

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOKTORA PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

KORONER ARTER BYPASS SONRASI
TELEFONLA HEMŞİRE DANIŞMANLIĞININ
YAŞLI HASTALARIN OTONOMİ DÜZEYİNE ETKİSİ

(Doktora Tezi)

Figen DIĞIN

Referans no: 10095337

EDİRNE -2018

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOKTORA PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

**KORONER ARTER BYPASS SONRASI
TELEFONLA HEMŞİRE DANIŞMANLIĞININ
YAŞLI HASTALARIN OTONOMİ DÜZEYİNE ETKİSİ**

(Doktora Tezi)

Figen DIĞIN

Destekleyen kurum:

Tez no:

EDİRNE -2018

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü


O N A Y

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı
doktora programı çerçevesinde ve Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FİNDİK danışmanlığında doktora
öğrencisi Figen DİĞİN tarafından tez başlığı
“ Koronar Arter Bypass Sonrası Telefonla Hemşire Danışmanlığının
Yaşlı Hastaların Otonomi Düzeyine Etkisi
.....” olarak teslim edilen bu
tezin tez savunma sınavı 18/05/2018 tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından “**Doktora**
Tezi” olarak kabul edilmiştir.

İmza
Unvanı Adı Soyadı
JÜRİ BAŞKANI

Prof. Dr. Ayfer Özbaş



İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE


Prof. Dr. Sevilay Serpil
Çelebi

İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE


Prof. Dr. Neadet Süt

İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE


Prof. Dr. Ümmü Yıldız
Fındık

İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE


Doç. Dr. Özgül Eroğlu

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr.
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tezimin ve doktora eğitimim her aşamasında yardımını esirgemeyen, sabırlı ve anlayıŐlı tavırlarıyla mesleki geliŐimime katkı sağlayan hocam ve tez danıŐmanım Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK'a, tez izleme komitesinde yer alarak araştırma sürecinde desteklerini esirgemeyen değerli öğretim üyeleri Prof. Dr. Necdet SÜT ve Doç Dr. Özgül EROL'a, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Programı Hemşirelik ABD Başkanı ve öğretim üyelerine, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği hemşirelerine, tez çalıŐmamda emeiği geçenlere, tüm hastalarım ve sevgili aileme en içten duygularım ile teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
KORONER ARTER BYPASS GREFT (KABG) CERRAHİSİ	3
YAŞLILARDA KABG CERRAHİSİNDE HEMŞİRELİK BAKIMI	4
YAŞLILARDA KORONER ARTER BYPASS GREFT AMELİYATI SONRASI TABURCULUK	12
YAŞLILARDA KABG AMELİYATI SONRASI EVDE BAKIM	20
YAŞLILARDA OTONOMİ (FONKSİYONEL BAĞIMSIZLIK)	21
KORONER ARTER BYPASS GREFT AMELİYATININ YAŞLI HASTANIN OTONOMİSİNE ETKİSİ	23
YAŞLILARDA KABG AMELİYATI SONRASI EVDE BAKIMDA TELE SAĞLIK	27
YAŞLILARDA KABG AMELİYATI SONRASI EVDE BAKIMDA TELEFONLA HEMŞİRE DANIŞMANLIĞI	29
GEREÇ VE YÖNTEMLER	33
BULGULAR	43
TARTIŞMA	64
SONUÇLAR	74
ÖZET	77
SUMMARY	79
KAYNAKLAR	81
ŞEKİLLER LİSTESİ	93
ÖZGEÇMİŞ	95
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

Ark	: Arkadaşları
KABG	: Koroner Arter Bypass Greft
ODÖ	: Otonomi Değerlendirme Ölçeği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
ASA	: American Society of Anesthesiology

GİRİŞ VE AMAÇ

Nüfusun yaşlanması; yirmi birinci yüzyılda tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz içinde ön plana çıkan en önemli demografik olgulardan biridir (1). Dünyanın 2017 yılı nüfusunun %8,9'unu yaşlı nüfus oluşturmuştur (2). Günümüzde dünya üzerinde 146 milyon insanın yaşlı olduğu bilinirken, 2020 yılında bu sayının 232 milyona ulaşması beklenmektedir (3). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre yaşlı nüfusun oranı; 2016 yılında %8,3 iken 2017 yılında %8,5'e yükselmiştir (4). Bu oranın 2023 yılında %10,2, 2030 yılında %12,9 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmektedir (4).

Türkiye'nin yaşlanma hızındaki artışın temel nedenlerinden birisi yaşam süresinin uzamasıdır. Son çeyrek asırda Türkiye'nin yaşam süresi ortalama 14 yıl yükselmiş ve Türkiye dünyanın en hızlı yaşlanan ikinci ülkesi konumuna gelmiştir (5). Son yüzyıl içinde yaşlı oranının gelişmekte olan ülkelerde çok daha fazla olduğu görülmektedir. Bu anlamda gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfusa yönelik sağlık bakım hizmetlerinin ve sosyal hizmetlerin önemi giderek artmaktadır (6).

Yaşlanma, normal ve kaçınılmaz fizyolojik bir süreçtir. Dünya Sağlık Örgütü yaşlılığı "Yaşamsal fonksiyonların sürekli azalması, tüm organizmanın verimliliğinde görülen azalma, çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması" olarak tanımlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü, 65-74 yaş: yaşlılık, 75-84 yaş: ileri yaşlılık, 85 yaş ve üstü: çok ileri yaşlılık olarak adlandırmaktadır (7). Bilindiği gibi genel nüfus yaşlandıkça bu grubun sağlık bakımına olan gereksinimi artmaktadır. Türkiye'deki 2017 yılı yaşlı bağımlılık oranı %12,6 olarak bildirilmiştir (4). Fonksiyonel kapasite ve yeteneklerin kaybı ile yaşlının günlük yaşam aktiviteleri sınırlanmakta, bağımsız fonksiyonları giderek yarı bağımlı ya da tam bağımlı hale

gelmektedir. Bu nedenle gelişmiş ülkelerde yaşlılık dönemi bir “bağımlılık dönemi” olarak kabul edilmektedir (8). Bu nedenle yaşlı bakımında temel hedef, fonksiyonların iyileştirilmesini veya korunmasını sağlamak, fonksiyonel bağımsızlığı desteklemek ve böylelikle yaşam kalitesinin yükselmesini sağlamaktır (9).

Bu amaç doğrultusunda yaşlılara sunulan devlet desteğinin ve evde bakım sürecinde hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin artması gerekmektedir. Yaşlanan toplumların giderek artması sağlıklı ve başarılı yaşlanmayı gündeme getirmiştir. Sağlıklı ve başarılı yaşlanma; bireyin sağlığının, fiziksel, sosyal, ruhsal iyilik halinin en üst düzeyde olması; yaşadığı çevrede bağımsız olarak fonksiyon görebilmesi, yaşam kalitesinin korunması ve daha iyi hale getirilmesi olarak tanımlanmaktadır (10).

Kardiyovasküler hastalıklar yaşlılardaki mortalite ve morbiditenin en sık nedenidir (11). Koroner arter hastaları nefes darlığı, anjina yorgunluk ve bitkinlik semptomlarının yanı sıra aktivite intoleransı yaşamaktadırlar. Bu durum fiziksel, sosyal ve mental fonksiyonlarda azalmaya, sağlık algısının bozulmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine yol açmaktadır. Yaşamı uzatmak ve semptomları azaltmak için bu hastalara miyokarda kan akımını sağlayan koroner arter bypass greft (KABG) ameliyatı yapılmaktadır (12,13).

Yaşanan tıbbi gelişmelere paralel olarak ileri yaşlarda hastalara KABG ameliyatının yapılması ve hastaların erken dönemde taburcu edilmesi nedeniyle hastaların evde bakım döneminde bakım bağımlılığı artmaktadır. Son zamanlarda teknolojik gelişmeler ve evde bakım hizmeti sunumundaki yeni yöntemlerin kullanımının başlamasıyla evde bakım hizmetlerinde önemli değişiklikler ortaya çıkmıştır (14). Bu yeni yöntemlerden bir tanesi de telefonla danışmanlık hizmetidir. Diğer hasta gruplarına göre komplikasyon görülme riski daha yüksek olan yaşlı KABG ameliyatı hastalarının evde tedavi ve bakımları telefonla hemşire danışmanlığı hizmeti ile takip edilebilmektedir (15).

Bu araştırmanın amacı koroner arter bypass sonrası telefonla hemşire danışmanlığının yaşlı hastaların otonomi düzeyine etkisini belirlemektir. Koroner arter bypass ameliyatı olan yaşlı hastalara taburculuk sonrası verilecek olan telefonla hemşire danışmanlığı ile evde yaşanması olası olan sorunlara çözüm üretilmesi amaçlanmaktadır. Bu sayede yaşlı hastaların evde yaşayacakları sorunlarla daha etkin baş etmeleri sağlanacak ve bağımsız olarak kendi bakımlarını yapabilme kapasiteleri desteklenecektir.

GENEL BİLGİLER

KORONER ARTER BYPASS GREFT CERRAHİSİ

Koroner kalp hastalığı; birçok ülkeyle birlikte ülkemizde de hastalık ve ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, 2012 yılında 17,5 milyon insanın kalp hastalıkları nedeniyle öldüğünü, iskemik kalp hastalıklarının %22,7 ile ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer aldığını bildirmiştir (16,17). Dünya Sağlık Örgütü, 2020 yılında 11,1 milyon kişinin koroner arter hastalığı nedeniyle hayatını kaybedeceğini belirtmektedir (17). Türkiye İstatistik Kurumunun 2017 yılı verilerine göre; yaşlıların ölüm nedenleri arasında dolaşım sistemi hastalıkları %45,6'lık payla birinci sırada yer almaktadır (4).

Türk Kardiyoloji Derneği tarafından 1990 yılından bu yana yürütülen Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri çalışmasının 21 yıllık izlem verilerine göre 45-74 yaş arası koroner arter hastalığının ülkemizdeki yıllık mortalitesi erkeklerde binde 7,3, kadınlarda ise binde 3,7'dir (18).

Koroner arter hastalığı bulunan hastalar fiziksel aktivite ile ilişkili semptomlar arttıkça fiziksel aktivitelerini azaltmayı tercih etmektedirler (12). Bu durum fiziksel, sosyal, mental fonksiyonların ve yaşam kalitesinin azalmasına, sağlık algısının bozulmasına yol açmaktadır. Bu hastalara semptomları azaltmak, yaşamlarını uzatmak ve yaşam kalitesini arttırmak için koroner arter bypass greft ameliyatı yapılmaktadır (12). Koroner arter bypass greft (KABG) ameliyatı hastaların fiziksel, mental, sosyal ve emosyonel sağlığını arttırmakta ve genel sağlık algısını olumlu yönde etkilemektedir (12,13,19).

Koroner arter bypass greft ameliyatı, koroner kalp hastalığının etkili ve güvenilir tedavisidir ve dünya çapında yaygın olarak yapılmaktadır (19). Türkiye'de de KABG ameliyatı yapılan hastaların sayısı artmaktadır (12). Bununla birlikte KABG ameliyatının

hastanın hem fiziksel hem de ruhsal sağlığını etkilediği de bilinmektedir. Literatürde KABG ameliyatı sonrası iyileşme döneminin fiziksel sağlığa kavuşmayı, psikolojik ve sosyal açıdan düzelmeyi içinde barındıran oldukça karmaşık bir süreç olduğu belirtilmektedir (12,13).

Yaş bağlı kalbin yapısında ve fonksiyonlarındaki değişiklikler ve fiziksel inaktivite kalp yetmezliğine yol açan risk faktörleridir. Ateroskleroz sonucu yaşlılarda hipertansiyon, felç ve koroner arter hastalığı görülme riski artmaktadır. Koroner arter hastalığına bağlı ölümlerin 3/4'ü yaşlı hastalarda görülmektedir (11,20). Bu nedenle KABG ameliyatı yaşlılarda daha yüksek oranda yapılmaktadır. Yaşlı bireylerde tercih edilen KABG ameliyatının hedefleri; iskemiye önlemek, anjina pectorisi gidermek, gelişebilecek miyokard enfarktüsüne engel olmak, yaşlı bireyin egzersiz toleransını, fonksiyonel kapasitesini arttırmak, yaşam süresini uzatırken yaşam kalitesini de arttırmaktır (21).

Koroner arter bypass greft ameliyatı standart olarak median sternotomi ile yapılmaktadır. Günümüzde kalp akciğer makinesinin ekstrakorporal dolaşımı sağlaması ile durdurulan kalpte KABG ameliyatı yapılabilmektedir. Bununla birlikte son yıllarda uygun hastalarda daha çok tercih edilen çalışan “kalpte/off-pump” ve “minimal invaziv” yöntemler kullanılarak da KABG ameliyatı yapılmaktadır (22). Koroner arter bypass greft ameliyatlarında tıklalı olan bir ya da daha fazla koroner artere, internal mamariyan arter, safen ven ve radial arter greft kullanılarak myokardın revaskülarizasyonu sağlanmaktadır (23).

YAŞLILARDA KABG CERRAHİSİNDE HEMŞİRELİK BAKIMI

Yaşlılar çeşitli nedenlerle cerrahi girişim deneyimlemektedirler. Cerrahi girişimlerin bir kısmı elektif şartlarda yapılırken, acil şartlarda da yaşlılara cerrahi müdahale uygulanabilmektedir. Elektif cerrahi uygulamalarında yaşanan komplikasyonlar daha kabul edilebilir sayıda ve mortalite oranı da daha düşüktür. Literatürde, elektif cerrahi uygulanan yaşlıların mortalite oranı %2,6, acil cerrahi uygulanan yaşlıların mortalite oranı ise %13,9 olarak belirtilmiştir (24). Bu nedenle, yaşlı hastalara uygulanan cerrahi girişimlerde iyi bir ameliyat öncesi hazırlık, mevcut hastalıkların ve riski arttıran organ yetersizliklerinin değerlendirilmesi, azalan fizyolojik rezervler için optimum koşulların sağlanması, ameliyat sonrası komplikasyonları önlemeye yönelik kapsamlı hemşirelik bakımının sunulmasıyla mortalite ve morbiditede azalma beklenmektedir (25).

Yaşlı hastalarda kardiyovasküler cerrahi öncesi, sırası ve sonrası komplikasyonlara neden olabilecek durumların tespit edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir. Yaşlanmaya eşlik eden hastalıklar ile koroner arter bypass uygulamasının getireceği olumsuz

faktörlerin bilinmesi ve birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir (26). Planlanan tedavi ve bakımların uygulanması esnasında ameliyata bağlı gelişebilecek komplikasyonlar en aza indirilmelidir (27). Yaşlanmaya bağlı sistemlerde oluşan fizyolojik değişikliklerin bilinmesi ve yaşlıda görülen semptom ve bulguların izlenmesi için profesyonel bir yaklaşım sergilenmelidir (26,28). Yaşlının sahip olduğu komorbid hastalıkların ve cerrahi strese verilen yanıtın azalmasının etkisi de göz ardı edilmemelidir (25). Yaşlılarda kanama, anemi, sıvı/elektrolit dengesizlikleri ve enfeksiyon görülme olasılığı; genç hastalara göre daha fazladır. Yaşlanmaya bağlı kan damarlarının elastikiyetinin kaybolması, kardiyak, solunum ve renal rezervlerin azalması; sekonder olarak komplikasyon gelişme riskini arttırmaktadır. Bu nedenle yaşlı hastaların ameliyatlarının güvenle yapılabilmesi, komplikasyonların ve mortalitenin azaltılması için iyi bir ameliyat öncesi hazırlık ve etkin bir ameliyat sonrası bakım uygulanmalıdır (28).

Yaşlı hastaların cerrahi açıdan risk faktörleri incelendiğinde; yaş, uygulanan cerrahinin tipi, hastanın beslenme durumu, sistemik hastalık varlığı, eşlik eden malign hastalıklar, çoklu ilaç kullanımı ve fiziksel aktivite seviyesi sayılabilir (25,26,28). Yaşlı cerrahisinde biyolojik yaş, kronolojik yaşa göre daha önemli bir risk faktörüdür. Biyolojik yaşlanma kişiden kişiye değişkenlik göstermektedir (26). Yaşlanma sürecine bağlı olarak organlar ve sistemlerdeki değişiklikler yaşlılarda cerrahi tedavi gerektiren durumların tolere edilmesini olumsuz etkilemektedir (28). Ancak kronolojik yaşın artması, hastalığa bağlı yaşam süresinin azalmasına ve cerrahi morbidite ile mortalitenin artmasına yol açmaktadır. Yaşlı hastalara yapılan ameliyatın acil veya planlı olması cerrahiye bağlı ortaya çıkan komplikasyonları ve mortalite oranını etkilemektedir. Bununla birlikte kronik hastalıkların varlığı, yaşlıdaki beslenme bozukluğu ve kilo kaybı da ameliyat sonrası komplikasyonların görülme sıklığını arttırmaktadır (28).

Yaşlı hastalardaki komplikasyon riskini ve mortalite oranını azaltmak için ameliyat sürecinin üç aşamasında da (ameliyat öncesi, sırası ve sonrası) cerrahi hemşiresinin kapsamlı bir değerlendirme yapması gerekmektedir. Yaşlı KABG hastasının değerlendirmesi; hastaya ilişkin uygun verilerin toplanmasıdır. Bireyselleştirilmiş güvenli ve bütüncül hasta bakımı için yeterli veri ile birlikte hastanın yapılacak cerrahi işleme uygunluğunun değerlendirilmesi gerekmektedir (29). Yaşlı hastanın değerlendirilmesinde, yaşa bağlı ortaya çıkan tüm değişiklikler değerlendirilmelidir (30,31).

Cerrahi öncesi değerlendirmenin amacı hasta güvenliğidir. Cerrahi hastasının değerlendirilmesinde öncelikli olarak;

- Ameliyat gerektiren durumun belgelenmesi,
- Hastanın genel sağlık durumunun değerlendirilmesi ve en iyi duruma getirilmesi,
- Ameliyat sırası ve sonrası ortaya çıkabilecek gizli durumların ortaya çıkarılması,
- Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası mümkün olabilecek riskin belirlenmesi,
- Hastanın cerrahi ve anesteziye ilişkin komplikasyon ve ölüm riskini azaltmak için genel sağlık durumunun en iyi hale getirilmesi,
- Uygun ameliyat öncesi, sırası ve sonrası bakım planının geliştirilmesi,
- Anksiyete ve korkuyu azaltmak ve iyileşmeyi kolaylaştırmak için ameliyat, anestezi, ameliyat sırası bakım ve ameliyat sonrası ağrı tedavisine ilişkin öğretim yapılması,
- Hasta memnuniyetinin artırılması, hastanede kalış süresinin kısaltılması ve maliyetin azaltılması gerekmektedir (29).

Yaşlılarda KABG Ameliyatı Öncesi Psikolojik Hazırlık

Yaşlı bireylerde strese yanıt verme yeteneği bozulmakta, kayıpların sayısı ve etkisi artmaktadır. Yaşlanmaya bağlı olarak fiziksel değişiklikler yaşlı bireylerde fonksiyonel kayıpları arttırmaktadır (32). Bu kayıplara bağlı olarak yaşlı cerrahi hastaları kişisel özelliklerine göre farklı seviyelerde anksiyete yaşamaktadır. Ameliyat öncesi dönemde yeterli bilgilendirme ve danışmanlık yaşlı hastanın anksiyetesinin azalmasını sağlayacaktır. Bu sayede hastanın daha kısa sürede iyileşmesi, kendi öz bakımını yapması ve erken dönemde taburcu olmasına katkı sağlanacaktır (25). Ameliyat sonrası olası olumsuz sonuçlarla (ölüm, sakatlık, uyanamama gibi) birlikte, ağrı yaşama, kişisel bağımsızlığını kaybetme, uzun süre hastanede kalma ve anestezinin etkisinden kurtulamama gibi nedenler de hastanın korku yaşamasına sebep olmaktadır. Ameliyat öncesi yapılan hasta hazırlıklarında hastanın bu korkuları konusunda duyarlı olunmalıdır. Hasta ve yakınlarına tüm cerrahi süreçte yapılması planlanan tedavi ve bakımlar hakkında eğitim yapılmalıdır (28).

Yaşlılarda KABG Ameliyatı Öncesi Fiziksel Hazırlık

Yaşlı cerrahi hastasının fiziksel hazırlığında ilk olarak hastanın anamnezi alınmalıdır. Hastanın durumu ASA (American Society of Anesthesiology Clasification) sınıflamasına göre değerlendirilmelidir (Şekil 1).

ASA 1	Normal, sistemik bir bozukluğa neden olmayan cerrahi patoloji dışında bir hastalık veya sistemik sorunu olmayan sağlıklı bir kişi.
ASA 2	Cerrahi girişim gerektiren nedene veya başka bir hastalığa (hafif derecede anemi, kronik bronşit, hipertansiyon, amfizem, şişmanlık, diyabet gibi) bağlı hafif bir sistemik bozukluğu olan kişi.
ASA 3	Aktivitesini sınırlayan, ancak güçsüz bırakmayan hastalığı (hipovolemi, latent kalp yetmezliği, geçirilmiş miyokard infarktüsü, ileri diyabet, sınırlı akciğer fonksiyonu gibi) olan kişi.
ASA 4	Gücünü tamamen yitirmesine neden olup hayatına sürekli bir tehdit oluşturan bir hastalığı (şok, dekompanse kalp veya solunum sistemi hastalığı, böbrek, karaciğer yetmezliği gibi) olan kişi.
ASA 5	Ameliyat olsa da olmasa da 24 saatten fazla yaşamayı beklenmeyen, son ümit olarak cerrahi girişim yapılan ölüm halindeki kişi.
ASA 6	Organ alınmaya uygun, beyin ölümü gelişmiş kişi.

Şekil 1. ASA sınıflaması (33).

Yaşlı hastanın diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıkları, daha önce geçirdiği hastalıklar ve cerrahi süreç değerlendirilmelidir (26,34). Yaşlının kullandığı ilaçlar cerrahi tedavi için risk oluşturabilirler. Bu ilaç grupları içerisinde antihipertansifler, antidiyabetikler, diüretikler, antikoagülanlar ve steroidler yer almaktadır (35). Yaşa bağlı ortaya çıkan fizyolojik değişikliklere bağlı olarak ilaçların farmakokinetiği ve farmakodinamiği değişebilmektedir. Bu durum ilaç tedavisinden beklenen sonuçları değiştirebilmektedir (36).

Antihipertansif ilaçların ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde olabilecek hipotansiyon ve hipertansiyon nedeni ile kontrol altına alınması gerekmektedir. Antidiyabetik ilaç kullanan yaşlı hastaların hipoglisemi ve hiperglisemi risklerine karşı kan şekeri düzeyleri takip edilmelidir. Antidiyabetik ilaçlar, ameliyattan önceki gece kesilmiş ise, intravenöz yolla tamponlu insülin solüsyonuna geçilmesi gerekmektedir (25). Diüretik ilaçlar, ameliyat esnasında sıvı kaybına, hipovolemiye ve ciddi elektrolit kaybına neden olabilmektedirler. Özellikle potasyum kayıpları kalpte ritim sorunlarına neden olmaktadır. Kullanılan antikoagülanlar, ameliyat sonrası dönemde kanamaya neden olacağı için ameliyat öncesinde ilaç alımı engellenmektedir (25,27). Steroid kullanımı ise inflamasyon cevabını baskılayarak, ameliyat sonrası iyileşmeyi geciktirmektedir. Ayrıca steroidler su ve sodyum tutulumu ile

hipervolemiye neden olmaktadır (25). Bu nedenle hastaların ilaç kullanımı dikkatlice sorgulanmalı ve kesilmesi veya devam edilmesi konusunda rehberlik edilmelidir.

Yaşa bağlı olarak akciğer elastikiyetinin azalması, göğüs duvarının sertleşmesi, solunum kaslarının zayıflamasına bağlı olarak solunum fonksiyonlarında kayıplar ortaya çıkmaktadır. Sigara bu kayıpları daha da hızlandırmaktadır (20). Sigara kullanan hastalarda ameliyat sonrası pulmoner komplikasyonlar daha sık görülmektedir (37). Ameliyat sonrası etkin hava yolu açıklığının sağlanması için hastalardan ameliyat öncesinde sigara kullanmayı bırakması istenmeli, derin solunum ve öksürme egzersizleri öğretilerek yapmaları konusunda desteklenmelidirler. Alkol kullanımının hipertansiyon ve koroner arterlerde arterioskleroz oluşumunu arttırdığı bilinmektedir. Bununla birlikte alkol kullanan hastalarda ameliyat sırasında anestezi ilaçlara duyarsızlık oluşabilmektedir (37). Alkol bağımlılığı olan hastalarda ameliyat sonrası deliryum tablosu görülebileceğinden ameliyat öncesi alkol kullanımının bırakılması sağlanmalıdır (38).

Yaşlı hastanın tüm sistemleri değerlendirilerek, fiziksel muayenesi yapılmalıdır (40) (Şekil 2). Yapılan fiziksel muayene sonucuna göre olası ve mevcut riskler belirlenmelidir. Hastanın yaşam bulguları takip edilmelidir. Kanama, enfeksiyon gibi nedenlerle laboratuvar sonuçları kontrol edilmelidir (28). Yaşlanmayla birlikte böbreklerin idrarı dilüe ve konsantre etme yeteneği azaldığı için yaşlılar ani sıvı hacmi değişikliklerine duyarlı hale gelmektedirler. Bununla birlikte yaşlılarda sodyum, potasyum dengesizlikleri ve dehidratasyon sık görülmektedir. Vücuttaki renin ve aldosteron azaldığı için hiperkalemi görülme riski artmaktadır. Bu nedenle yaşlı hastaların değerlendirilmesinde sıvı elektrolit dengesi ve kilo takibinin yapılması önemlidir (39).



Şekil 2. Yaşlı hastanın fiziksel muayene alanları (40)

İleri yaşlarda ameliyat öncesi depresyon, anksiyete bozukluğu, demans ve kognitif fonksiyon bozukluğu sık görülmektedir (26). Bu nedenlerle yaşlılarda ameliyat sonrası deliryum, postperfüzyon sendromu ve geçici nörolojik kayıplar ortaya çıkmaktadır (25,26). Literatürde ileri yaşın ameliyat sonrası bilişsel bozukluklar için büyük risk olduğu vurgulanırken, bilişsel bozuklukların yaşlı cerrahisinde mortaliteyi arttırdığı bilinmektedir (41,42). Bununla birlikte hastalıkların neden olduğu değişiklikler, cerrahi girişimin şekli ve süresi, cerrahi girişim süresine bağlı kan kaybı bilişsel fonksiyonlarda kayba neden olmaktadır (34). Ameliyat sonrası gerektiğinde karşılaştırmalar yapabilmek için hastanın ameliyat öncesi bilinç, oryantasyon ve kooperasyon durumunun nörolojik muayene kapsamında değerlendirilmesi gerekmektedir (28,34).

Ameliyatın başarısı ve ameliyat sonrası iyileşme süreci beslenme durumu ile doğrudan ilişkilidir. Kalp cerrahisi gibi majör cerrahiye alınan yaşlı hastalarda cerrahi strese bağlı olarak protein ve enerji ihtiyacı artmaktadır. Yaşlı hastalardaki malnütrisyon yara iyileşmesinin gecikmesine ve basınç yaralarının oluşmasına , cerrahi alan enfeksiyon riskinin artmasına , anemiye, bilişsel fonksiyonlarda azalmaya, hastanede kalış süresinin uzamasına ve hastanın tekrar hastaneye başvurmasına neden olduğu bilinmektedir (24,43,44). Bu nedenle yaşlı hastanın beslenme yetersizlikleri düzenlenerek ameliyata alınması ve açlık süresinin mümkün olduğunca kısa olması gerekmektedir (28).

Ameliyat bölgesinin cilt hazırlığı için hastanın ameliyat öncesi duş/banyo, ameliyat öncesi tüy temizliği ve ameliyat masasında cilt hazırlığının yapılması gerekmektedir (45). Ameliyat öncesi hastanın kaliteli bir uyku alması için gerekli koşullar sağlanarak dinlenmesi gerekmektedir. Yaşlı hastaların ameliyat öncesi eğitilmesi ve ağrı değerlendirmelerinin yapılması gerekmektedir. Yaşlı hastalara ameliyat sonrası yaşanılacak ağrı ile baş etme yolları anlatılırken hemşirenin daha fazla bilgi vermesi ve hasta ile iyi bir iletişim sağlaması gerekmektedir (28,46).

Yaşlılarda KABG Ameliyatı Öncesi Yasal Hazırlık

Cerrahi girişim ya da ilgili tüm uygulamalar için yaşlı hastadan izin alınmasının amacı bireye uygulanacak girişime ilişkin bilgi vermek, girişime bağlı olabilecek komplikasyonlar hakkında bilgilendirmek ve bilinçli seçim yapmasını sağlamaktır. Yaşlı hasta cerrahi süreç hakkında bilgilendirildikten sonra gönüllü ve yazılı olarak ameliyat izin formunu imzalamalıdır (46).

Yaşlılarda KABG Ameliyatı Sırası Bakım

Yaşlı bireylerde meydana gelen fizyolojik değişikliklerle birlikte birçok sistemi etkileyen kalp cerrahisi yaşlılar için gerçek bir travma etkisi yaratmaktadır. Bu nedenle cerrahi ve anestezi yaklaşımı açısından ayrıntılı ve özenli bir değerlendirme gerektirmektedir (26). Ameliyat esnasında en önemli unsur hastanın güvenliğidir (43). Bununla birlikte yaşlı bireydeki fiziksel kısıtlılıklara ve ameliyat pozisyonuna bağlı olarak periferik sinir hasarı oluşabilmektedir (47). Yaşlı cerrahi hastaları tolere edemeyeceği için ameliyat esnasında nazik davranılması ve ani pozisyon değişikliklerinden kaçınılması gerekmektedir (28). Ameliyat esnasında hastanın hayati bulgularının yakından takip edilmesi, hipoksi ve hipotermi açısından hastanın değerlendirilmesi, aldığı-çıkardığı ve kanama takibinin yapılması gerekmektedir. Hastada kanama ve drenaja bağlı kayıplar yerine koyulurken, aşırı sıvı yüklemesinden de kaçınılması gerekmektedir (28,43). Yaşa bağlı cilt elastikiyetinin azalması ve cilt atrofisi nedeniyle basınç yaraları oluşabilmektedir (43,47). Bu nedenle ameliyat pozisyonuna bağlı olarak basınca maruz kalan bölgelerin dolaşımı desteklenmelidir (28).

Yaşlılarda KABG Ameliyatı Sonrası Bakım

Ameliyat sonrası erken dönemde yaşlı hastaların bakımı herhangi bir cerrahi hastası ile aynıdır. Bir sistemde yaşa bağlı bir fonksiyon kaybı varsa ilave destek gerekmektedir. Ameliyat sonrası dönemde gelişen komplikasyonların ileri yaş grubunda mortaliteyi arttırdığı belirtilse de (48) literatürde kronolojik yaşın tek başına olumsuz bir faktör olmadığı vurgulanmaktadır (26). Yaşlı hastaların fizyolojik depolarının/yedeklerinin daha az olduğu bilinmektedir. Yaşlılarda cerrahi strese verilen yanıt azaldığı için ameliyat sonrası bir çok komplikasyon ortaya çıkmaktadır (25,28). Bu nedenle hastanın monitörize edilerek, ameliyat sonrası erken dönemde en sık görülen kardiyovasküler komplikasyonlar hipotansiyon, hipertansiyon ve aritmi yönünden takip edilmesi gerekmektedir (25,47). Yaşlı cerrahi hastalarının ameliyat sonrası yakından izlenmesi, kanama ve şok yönünden takip edilmesi gerekmektedir (28). Yaşlı hastalara ameliyat sonrası dengeli sıvı verilmesi, yaşam bulgularının takip edilmesi önerilmektedir (26,47). Aldığı çıkardığı takibi yapılarak sıvı tedavisine karar verilmektedir. İlk 8-12 saat idrar miktarı saat başı ölçülerek, idrarın saatlik 30 ml'den az olmamasına dikkat edilmektedir (27). Hastanın solunum ve dolaşım açısından değerlendirilmesi, yaralarının kanama açısından takip edilmesi, basınç yarası için gerekli önlemlerin alınması ve nörolojik değerlendirmenin yapılması gerekmektedir (28). Yaşlı

hastanın takip ve bulguları ayılma ünitesinden ayrılma kriterlerine (Şekil 3) göre değerlendirildikten sonra kliniğe transferi yapılmalıdır.

Hastanın Ayılma Ünitesinden Ayrılma Kriterleri
•Yaşam bulguları düzenli / stabil olmalıdır.
•Yer, zaman, olay ve kişi oryantasyonu olmalıdır.
•Solunum ve oksijenizasyon sorunu olmamalıdır.
•Dolaşım sorunu olmamalıdır.
•Yeterli kan oksijen düzeyi (>%90) olmalıdır.
•Saatlik idrar miktarı en az 50 ml olmalıdır.
•Bulantı ve kusma olmamalıdır.
•Ağrı yönetimi sağlanmalıdır.
•Drenlerden aşırı drenaj olmamalıdır

Şekil 3. Ayılma ünitesinden ayrılma kriterleri (49)

Cerrahi girişim sonrası ilk 24 saatte klinikteki bakım anestezinin etkisinden kurtulmaya destek sağlanması, fizyolojik fonksiyonların sık aralıklarla kontrolü, olabilecek komplikasyonların izlenmesi, ağrı yönetimi ve sağlık personeli ile birlikte hastanın bakımının sürdürülmesi, eve taburculuk ve tam iyileşmeye yönelik planlanan uygulamaların yerine getirilmesini içermektedir (50).

Yaşlı hastaların büyük bir kısmının ameliyat sonrası ilk 24-72 saat süre ile yoğun bakım ünitesinde bakımı yapılmaktadır. Ameliyat sonrası olası erken komplikasyonlar ilk üç günde ortaya çıkmaktadır (28). Ameliyat sonrası yaşlı hastanın en kısa sürede ayağa kaldırılması, olabilecek komplikasyonların önlenmesinde çok önemlidir (48). Ameliyat sonrası erken dönemde hastalar hipotansiyon, hipoksi, hipotermi, hipertermi, sıvı-elektrolit dengesinde bozukluklar, bilişsel bozukluklar, deliryum ve ağrı gibi sorunlar yaşamaktadırlar (43,51). Bununla birlikte hastalarda beslenme yetersizlikleri, yara iyileşmesinde gecikme ve yara enfeksiyonları, atelektazi, kardiyovasküler komplikasyonlar, travma ve düşme gibi komplikasyonlar görülebilmektedir (20,51). Geç dönem komplikasyonları arasında ise derin ven trombozu, bası yarası, cerrahi alan enfeksiyonları ve pnömoni sayılmaktadır (28,51). Yaşlı hastalara ameliyat sonrası verilecek kaliteli bakımla ameliyata bağlı gelişebilecek sorunlar yaşanmaksızın hızlı iyileşme sağlanabilmektedir. Ayrıca bu süreçte yaşlının yaşam kalitesi ve fonksiyonel bağımsızlığının da korunması gerekmektedir (52). Literatürde yaşlı

hastalarda postoperatif komplikasyon oranının daha yüksek olmasına rağmen, KABG ameliyatının kabul edilebilir hastane mortalitesi ile yapılabildiği belirtilmektedir (48).

Yaşlı hastaların kardiyovasküler sistem fonksiyonlarını sürdürmek ve olası sorunları önlemek için;

- Ameliyattan sonra kalp sesleri, nabızı, kan ve nabız basıncı düzenli olarak ölçülerek hasta kardiyovasküler fonksiyonlar yönünden izlenmelidir (50).

- Yaşlı hastalarda hastanede bulunmak, kullanılan diüretik ilaçlar, yetersiz oral sıvı alımı gibi nedenlerle ortaya çıkan hipovoleminin belirti ve bulgularının takibi yapılmalıdır (52,53). Literatürde yaşlı hastaların ameliyat sonrası ilk 5 gün aldığı ve çıkardığı sıvı takibinin yapılmasının gerekli olduğu belirtilmektedir (43).

- Ameliyat sonrası damarlardaki kollajen yapının azalması ve damar elastikiyetinin kaybolması, vazomotor yanıtların etkilenmesi nedenleri ile yaşlılar ani hareketleri tolere edemeyebilirler (51,52). Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalar nazik ve yavaş hareket ettirilmelidirler. Hastanın yataktan kaldırılmadan önce yatak içinde bacak egzersizlerini yapması için cesaretlendirilmesi, önce yatak başının yükseltilmesi, yatak içinde oturtulması, bacaklarının yataktan sarkıtılması, bu aktiviteleri tolere edebiliyorsa ayağa kaldırılması şeklinde bir yaklaşımda bulunulması önemlidir (50,51).

- Yaşlı hasta egzersiz yaptıktan sonra kalp atım sayısının normale dönmesi daha uzun zaman alabilmektedir. Bu nedenle taşikardi ve aktivite intoleransı hastanın yaşadığı halsizliği doğru olarak göstermeyebilir. Dispne, taşipne gibi diğer halsizlik belirtileri de izlenmelidir (50).

- Bir görevi başarmak, iyileşme sürecine katkıda bulunmak hasta için önemlidir. Bu nedenle tolere edebileceği şekilde egzersizleri sürdürmeye yardım etmek, onu aktiviteleri sürdürme yönünde destekleyecektir (50).

YAŞLILARDA KORONER ARTER BYPASS GREFT AMELİYATI SONRASI TABURCULUK

Literatürde KABG ameliyatı sonrası hastaların ağrı, solunum problemleri, bulantı, beslenme değişiklikleri, ödem, ritim bozukluğu, diyare ve konstipasyon gibi fizyolojik sorunlar yaşadığı belirtilmektedir. Anksiyete, depresyon ve uyku sorunları da yaşanan psikolojik sorunlar arasında yer almaktadır (25,43,54). Bununla birlikte, görülen bu sorunların büyük bir bölümünün evde görüldüğü vurgulanmaktadır (54).

Koroner arter bypass greft ameliyatı olan hastalar genel durumları normal ise ameliyat sonrası ortalama 4-7 günde taburcu olmakta ve ortalama 6 haftada iyileşip normal aktivitelerine dönmektedirler (55,56). Koroner arter bypass greft sonrası yaşlının bakımının başarılı sonuçlara ulaşması için hastanın yatışından itibaren taburculuğunun planlanması gerekmektedir (57). Yaşlı hastanın ve yakınlarının taburculuk eğitimi yaşlı bakım prensipleri arasında yer almaktadır (43). Yapılan başarılı bir taburculuk eğitimi ile hastanın hastanede kalış süresi kısaltılmakta, tekrar hastaneye başvurma oranı ve olası komplikasyonların görülme sıklığı azalmaktadır. Hasta/hasta yakını evde öz bakımını başarıyla yapabilmekte ve hastanın ameliyat öncesi günlük yaşam aktivitelerine dönme süresi kısaltılmaktadır. Ayrıca iyi planlanan taburculuk eğitimi ile hem aileye hem de ülke ekonomisine destek sağlanmaktadır (57).

Taburculuğun planlanması, hastanın hastaneden ayrılması ve bakımının evde sürdürülmesi için planlı bir şekilde hastanın eve hazırlanmasıdır. Taburculuk planlaması hastanın hastaneye yatışı ile başlamaktadır. Taburculuk süreci hasta ve ailesi ile işbirliği içinde yürütülmelidir. Sürecin başarısı, hasta ve hasta yakınları dahil olmak üzere tüm ekip üyelerinin işbirliği içinde çalışmasına bağlıdır (32). Taburculuk planı kapsamlı bir şekilde yapılmalıdır (Şekil 4).

•Hastanın sağlık sorunu
•Daha önceki hastalık ve hastaneye yatma durumu
•Şu anki fonksiyonel düzeyi ve bakım ihtiyacı
•Kendine bakma kapasitesi, taburculuktaki fonksiyonel durum
•Sağlık sorununa yönelik bilgi ve algılamaları
•Hasta ve ailenin hastalık yönetimine ilişkin bilgi ve beceri düzeyi
•Hasta ve ailenin evde bakım deneyimi ve evde bakıma uyum düzeyleri
•Aile yapısı ve iletişim stilleri
•Kültürel değerleri, dini inanç ve uygulamaları
•Sosyal destek sistemleri
•Yaşanılan yere ve bölgeye yönelik bilgiler

Şekil 4. Taburculuk planı (58)

Taburculuk planlaması yaşlının hastaneye yatışı ile başlamakta ve hastaneden ayrılması ile sona ermektedir. Hastanın evde bakımını ve tedavisini sürdürebilmesi için gerekli taburculuk eğitimlerinin hemşireler tarafından verilmesi gerekmektedir (57).

Literatürde kalp ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası birinci hafta aktivite-egzersiz, beslenme ve metabolizma, bağırsak boşaltımı, uyku ve dinlenme fonksiyonu ile ilgili sorun yaşadığı, bu nedenle sağlık personeline gereksinim duydukları belirtilmektedir. Hastaların taburculuk ile ilgili bilgi gereksinimlerinin hemşireler tarafından karşılandığı ancak hemşirelerden aldıkları bilgilerin yetersiz olduğu belirlenmiştir (59). Hastaya yapılan taburculuk eğitimi kapsamlı olarak yapılmalıdır (Şekil 5).

•İlaç kullanımı	•Kabızlık
•Ağrı yönetimi	•Sigara
•Yara bakımı	•Cinsel aktivite
•Diyet	•Duygu durumunda değişiklik
•Egzersiz	•Acil durumlar
•Dinlenme	•Uğraşı
•Hijyenik bakım	•Kontrol gelme zamanı

Şekil 5. Taburculuk eğitimi (55,56,60).

İlaç Kullanımı

Yaşlılarda mide asiditesinde artma, motilitesinde yavaşlama ve dolayısıyla geç boşalma, bağırsak peristaltizminin ve bağırsaktan emilimin azalması gibi gastrointestinal sistem değişiklikleri meydana gelmektedir (50). Yaşlı hastaların çoğunluğunun kronik hastalığı olması nedeniyle çoklu ilaç tedavileri vardır. Bu durum ilaç etkileşimi sonucu bazı ilaçların emiliminin bozulmasına neden olmaktadır. Yaşla birlikte azalan karaciğer ve böbrek fonksiyonlarına bağlı olarak ilaç katabolizması ve ürünlerinin detoksifikasyonu azalmaktadır (50,53). Bu nedenle yaşlı hastalarda etkili, güvenli ve uygun ilacın seçilmesi gerekmektedir (61).

Koroner arter bypass greft ameliyatı olan yaşlı hastaların diüretikler, antiaritmik, antihipertansif, steroidler, antidiyabetik, antikoagülan ilaçlar olmak üzere çoklu ilaç kullanımı mevcuttur (25). Çoklu ilaç kullanımı ilaç etkileşimleri ve istenmeyen etkilerin ortaya çıkması olasılığını arttırmaktadır. Bununla birlikte çoklu ilaç kullanımı yaşlının tedavi düzenine uyum sağlamada sorun yaşamasına neden olmaktadır (61). Hemşireler tarafından yapılan taburculuk eğitiminde akılcı ilaç kullanımının önemi vurgulanmalıdır. Bununla birlikte antikoagülan ilaç kullanan hastaların kanama riski açısından travmalardan korunması da gerekmektedir (62).

Ağrı Yönetimi

Literatürde yaşı cerrahi hastalarının ilave kronik hastalıkları nedeniyle gençlerden daha fazla ağrı yaşadıkları belirtilmektedir (50). Hem görsel kıyaslama hem de sözel ölçek kullanımı ile ağrı değerlendirmesi yapılan çalışmada ameliyat sonrası yaşı hastaların genç hastalara göre daha şiddetli ağrı yaşadığı belirlenmiştir (63). Yaşı hastalar için ameliyat sonrası ağrı yönetimi daha kompleks bir sorundur (25). Dini inançlar, ağrıyı yaşanması gereken bir durum/deneyim olarak değerlendirme ya da ağrının yaşlılığın doğal bir sonucu (50) olarak düşünülmesi gibi nedenlerle yaşlılarda ağrı bildirimini daha az olabilmektedir (47,50). Hemşirelerin, ameliyat sonrası hastalara ağrı yönetimini öğretirken, ağrı bildirim becerilerini de geliştirmesi gerekmektedir (52). Kalp cerrahisi sonrası hastaların ilk altı gün yoğun ağrı yaşadıkları (64), ameliyattan bir hafta sonra ağrının azaldığı belirtilmektedir (65). Başarısız ağrı yönetimi hastanın ameliyat sonrası aktivitesini sınırlamakta ve buna bağı olarak tromboemboli, üriner retansiyon, atelektazi ve konstipasyon riskini arttırmaktadır (53). Ameliyat sonrası hastaların yaşadığı ağrı aktivite intoleransı, derin nefes alamama ve öksürüm gibi sorunlara neden olarak solunum komplikasyonlarının artmasına neden olmaktadır (26,62). Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrasında hastaların; omuz ve sırt bölgelerinde görülen ağrıların kontrolü için doktorun önerisine göre ağrı kesiciler kullanması gerekmektedir (66).

Hastaların en fazla öksürürken ağrı yaşadığı belirtilmektedir (64). Öksürme ve hapaşırma gibi durumlarda ameliyat bölgesinin desteklenmesi gerekmektedir. Hastaların göğüs bölgesindeki insizyon ağrısı inspiyum kapasitesini azaltmakta ve atelektazi, hipoksi ve pnömoni gibi komplikasyonlara neden olmaktadır (49). Hastaların gün geçtikçe ağrılarının azalacağı hakkında bilgi verilerek desteklenmesi gerekmektedir. Ayrıca bacadaki ödemi ve buna bağı oluşabilecek ağrıyı önlemek için elastik varis çorabı giyilmesi önerilmektedir (55,56,60).

Yara Bakımı

Yara iyileşme süreci çeşitli faktörlerden etkilenmekle birlikte, ortalama 6-8 hafta sürmektedir (50). Hastanın yarasının iyileşmesi; yaş, yaşla birlikte kardiyak out-putun azalması, beslenme, hijyen, sigara kullanma durumu, obezite, diyabet hastalığı ve immün sistem yetersizliğinden etkilenmektedir. Yara bölgesinin kanlanma durumu, cilt yapısı, solunum sistemi fonksiyonlarındaki kayıplara bağı parsiyel oksijen basıncında azalma (52), ameliyat tekniği ve yara kapatma yöntemi de yara iyileşmesini etkileyen faktörler arasında yer

almaktadır (50,55,56,60,67). Yaranın iyileşme sürecinde, hastanın yara bakımına dikkat etmesi, yara bölgesini geren hareketlerden kaçınması ve yara bölgesini darbelere karşı koruması gerekmektedir. Kızarıklık, kanama, akıntı, yara ayrılması, ateş gibi yara bölgesinde görülebilecek komplikasyonlar gözlemlenmelidir (55,56). Yara yerinde drenajın miktarı, rengi, tipi ve içeriği takip edilmelidir (25). Yaşlı hastalarda yara iyileşmesinin geç olması ve immün sistemin zayıflaması nedeni ile cerrahi alan enfeksiyonları daha fazla görülmektedir (68). Yara yeri pansumanının aseptik tekniklerle yapılması ve yara yerinin temiz tutulması gerekmektedir (25,62). Ameliyat sonrasında sternumun kaynayabilmesi için gerekli olan 6 hafta boyunca hastanın uygun pozisyonda dinlenmesi ve hareket halinde her iki kola güç verecek şekilde dengeli hareket etmesi gerekmektedir (55,56,60,67). Koroner arter bypass greft ameliyatlarında genellikle ciltten emilebilen süturlar kullanılmakta ve süturların alınmasına gerek kalmamaktadır. Hastalara aseptik tekniklerle yara bakımının iyileşme için yeterli olacağı konusunda bilgi verilmelidir (62).

Diyet

Yaşlı hastaların beslenme durumunun ameliyat öncesinde düzenlenip, ameliyat sonrasında da devam ettirilmesi (47), yara iyileşmesi, normal bağırsak fonksiyonları ve sıvı elektrolit dengesi için yeterli ve dengeli beslenmeleri için günlük enerji gereksinimi hesaplanmalı ve enerjinin %50-55'i karbonhidratlardan, %30-35'i yağlardan, %10-15'i proteinden sağlanacak şekilde düzenlenmelidir (69). Hipertansiyonu olan veya doktoru tarafından önerilen hastaların az tuzlu yemeleri gerekmektedir. Proteinden zengin bir diyetle birlikte, mümkün olduğu kadar doymuş yağları, kolesterolü azaltarak koroner risk faktörleri azaltılmaya çalışılmalıdır. Dengeli ve sık aralıklarda küçük porsiyonlarla beslenme iyileşmeyi hızlandırmaktadır. Ameliyat sonrası ilk günlerde görülen iştahsızlığın zamanla ortadan kalkacağı konusunda hasta bilgilendirilmelidir (50,55,56,60). Hastaların yemeklerinin haşlama veya ızgara şeklinde pişirilmesi önerilmektedir. Bununla birlikte hastalar hekim tarafından önerilen bir sıvı kısıtlaması yok ise bol sıvı almaları yönünde desteklenmelidir (70).

Egzersiz

Hastaların KABG ameliyatı sonrası ilk altı hafta içinde yaşadıkları göğüs bölgesindeki insizyon ağrısı, bacak yarası ve ödem nedeniyle önceki aktivitelerine dönmeyi erteledikleri bilinmektedir (59,71). Yılmaz ve Gürler'in (72) çalışmasında kalp cerrahisi sonrası hastaların

hareket etme ve mobilizasyon sırasında diğere hasta gruplarına göre daha fazla sorun yaşadıkları ve daha fazla desteğe ihtiyaçlarının olduğu belirlenmiştir. Yaşlı hastaların ameliyat sonrası uzun süreli hareketsiz kalması ve geç mobilize edilmesi pnömoni, atelektazi, tromboemboli, tromboflebit, idrar retansiyonu, mesane taşı ve üriner yol enfeksiyonu, deliryum ve bası yarası gibi komplikasyonlara neden olmaktadır (56,60). Bu nedenle hastaların iyileşmelerinin desteklenmesi amacıyla erken dönemde mobilizasyonun sağlanması ve hareket düzeyinin giderek artırılıp desteklenmesi gerekmektedir. Yaşlı hastalara ameliyat sonrası solunum ve öksürme egzersizi, yatak içinde dönme egzersizi, sandalyeye oturma ve yürüyüş önerilmektedir (73). Bununla birlikte fonksiyonel kapasitesini arttırmak, kas güçsüzlüğünü ve kanın pıhtılaşmasını önlemek, akciğer kapasitesini arttırmak, bağırsak hareketlerini arttırmak için egzersizleri düzenli yapmaları gerekmektedir (70). Herhangi bir aktivite sırasında yorgunluk, solunum güçlüğü, göğüste ağrı ya da baskı hissi, çarpıntı, baş ağrısı, baş dönmesi ve aşırı terleme gibi durumlar egzersizin tolere edilemediğini göstermektedir. Bu durumlarda egzersize ara verilmesi ya da egzersizin sonlandırılması konusunda hastalar ve yakınları bilgilendirilmelidir (55,56,60,74).

Dinlenme ve Uyku

Yaşlı hastaların ameliyat sonrası iyileşmesi için egzersiz ne kadar gerekli ise dinlenme de o kadar önemli ve gereklidir. Hastaların egzersiz ve yemek sonrasında muhakkak dinlenmesi gerekmektedir. Etkin bir dinlenme için ise kaliteli bir uyku örüntüsü önemlidir (55,60). Elitoğlu ve Erkuş'un (75) yaptıkları çalışmada KABG ameliyatı olan hastaların, taburculuk sonrası birinci haftalarında deneyimledikleri problemlerin başında uyku sorunları gelmektedir. Hastaların uyku düzenini bozan en önemli faktör ağrı olduğu için, hastaların ağrı yönetimi sağlanmalıdır. Hastalara ortalama sekiz saat uyumaları önerilmektedir (55,60).

Hijyenik Bakım

Hastalarda ameliyat sonrası genel vücut hijyenine dikkat edilmesi hem enfeksiyonların önlenmesi, hem de yara iyileşmesinin desteklenmesi açısından önemlidir. Ameliyat yaralarında açıklık, kızarıklık, akıntı gibi enfeksiyon (55) bulguları yok ise ameliyattan 3-4 gün sonra duş şeklinde banyo yapması önerilmektedir (70). Hastalar iki günde bir duş yapmaları ve duş sırasında yara bölgesini tahriş etmekten kaçınmaları konusunda uyarılmalıdırlar (55). Duş için ılık su ve sabun kullanılması ve duştan sonra yara yeri için batikon kullanılması önerilmektedir (70).

Kabızlık

Yaşlı hastalar; ameliyat öncesi hazırlık, anestetikler, bağırsak peristaltizminin ve emilimin azalması, elektrolit dengesizlikleri, nörolojik hastalıklar, endokrin ve metabolik hastalıklar, ilaçlar, yetersiz oral alım, hareketin azalması, depresyon ve liften fakir beslenme nedenleriyle kabızlığa yatkındırlar (76). Hastaların; kurubaklagiller, yulaf ve kepek ekmeği gibi lifli gıdalar ile beslenmeleri, düzenli egzersiz yapmaları, önerilen miktarda sıvı almaları ve düzenli tuvalet alışkanlığı kazanmaları önerilmektedir (55,74). Yaşlı hastalara ağrı kontrolü için opiyoidler kullanıldığında, opiyoidlerin yan etkilerinden biri olarak konstipasyon gelişebileceği konusunda bilgi verilmelidir (77).

Sigara

Sigara kullanımı kardiyovasküler hastalıklar için bağımsız bir risk faktörüdür (78). Bununla birlikte koroner arter hastası olanların sigara içmeye devam etmesi koroner arter hastalığına bağlı mortaliteyi arttırmaktadır (78). Perers ve ark. (79) çalışmasında sigara kullanan koroner arter hastalarının yaşam kalitesinin düşük olduğu belirlenmiştir. Sigara kullananların kullanmayanlara göre kalp krizi açısından iki kat riskli olduğu ve sigaranın KABG ameliyatı olan kişilere, çok daha zararlı olduğu bilinmektedir (69). Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası hastaların kesinlikle sigara kullanmaması önerilmektedir. Kardiyak rehabilitasyon programlarında yapılan davranış değişikliği eğitimleri ile sigara bırakma konusunda olumlu sağlık davranışı gelişimi konusunda hastalar bilgilendirilmeli ve desteklenmelidir (80).

Cinsel Aktivite

Ameliyattan sonra ilk 4-8 hafta süreyle cinsel ilişkinin kısıtlı olmasına özen gösterilmelidir (70). Hastalar, ameliyat sonrası hareket kısıtlılığı, genel ağrı ve yakınmaları geçtikten sonra cinsel hayatlarına dönebilmektedirler. Literatürde yara iyileşmesinin artması ve ağrı düzeyinin azalması ile birlikte bireylerin kendini algılama ve cinsellik örüntülerinin öne çıktığı belirlenmiştir (59). Hastaların cinsel hayata dönüşte acele etmemesi ve kendini rahat hissettiği anı beklemesi gerekmektedir. Cinsel yaşama dönebilme kriterlerinden biri, iki kat merdiveni sorunsuz çıkabilmesidir. Cinsel ilişki ile iki kat merdiven çıkma sırasında myokardın oksijen ihtiyacının eşit olduğu belirtilmektedir. Hastalar cinsel ilişki anında göğüs ağrısı, solunum güçlüğü, taşikardi ve aşırı yorgunluk yaşıyorlar ise hekime başvurmaları önerilmelidir (81).

Duygu Durum Değişiklikleri

Hastalar ameliyat sonrası huzursuzluk, mutsuzluk, kaygı, anksiyete, aile içinde rol ve statü kaybı ve depresyon gibi duygu durum değişiklikleri yaşamaktadırlar (55). Ameliyata bağlı hastada olabilecek duygu durum değişikliklerinin normal olduğu ve zamanla azaldığı bilinmektedir. Hasta ve yakınlarına ameliyat öncesi ve sonrasında duygu durum değişiklikleri ile ilgili olarak bilgiler verilmesi gerekmektedir (59). Hasta yakınları ile işbirliği yapılarak aile desteğinin sağlanması önemlidir. Hastanın düşünce ve hislerini ifade etmesine izin verilmesi ve hastanın durumu ile ilgili olarak gösterdiği çabalarının desteklenmesi gerekmektedir (70). Hastalara yapılan taburculuk eğitiminin daha çok fiziksel sorunlara yönelik olduğu, bireylerin psikososyal gereksinimlerine yer verilmediği belirtilmektedir (59). Ameliyat sonrası yaşlıda görülen duygu durum değişikliklerinin fonksiyonel kayıplara neden olarak mortalitede etkili olduğu ve bu nedenle taburculuk eğitiminde yer verilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (43).

Acil Durumlar

Hastada; ameliyat öncesinde görülen ağrıya benzer ağrıların görülmesi, dinlenmeyle geçmeyen nefes darlığı, ekstremitelerde his ve güç kayıpları, görme bozuklukları, taşikardi ve düzensiz kalp ritimleri, yara yerlerinde açılma ve enfeksiyon, yüksek ateş, vücudun herhangi bir yerinde kanama, kahve telvesi şeklinde kusma, idrar yaparken yanma ve ağrı gibi şikayetlerin olması durumunda hemen bir sağlık kuruluşuna başvurulması konusunda hasta ve yakınlarına bilgi verilmelidir (70).

Uğraşı

Koroner arter bypass ameliyatlarından sonra işe geri dönmek, hastanın sosyal ve psikolojik rahatlığını sağlama açısından çok önemlidir. Çalışma hayatına hafif tempolu işlerde ve günde dört saati geçmemek koşuluyla ilk 4 haftadan sonra, bedensel gücün kullanıldığı işlerde ise üçüncü aydan sonra başlanması önerilmektedir (70). Taburculuktan 6-8 hafta sonra doktor kontrolü ile çamaşır yıkama, temizlik, çocuk bakımı, yemek hazırlama, etraf düzenleme gibi aktivitelere başlanmalıdır (55,56,60). Koroner arter bypass greft ameliyatlarında reflektörlerin yavaşlaması nedeniyle, 6-8 haftadan sonra otomobil kullanılması önerilmektedir (55,56). Direksiyon kullanmanın sternuma zarar vererek, ağrıya neden olabileceği bilinmektedir (70). Hastaların evde bakım süreçlerinde psikolojik yönden daha dengeli olmaları için düzenli bir günlük yaşam sürmeleri önerilmektedir (55,56,60).

Kontrolle Gelme

Hastalar taburculuk sonrası, evde bakım esnasında ihtiyaç duyduklarında telefon edebilecekleri kişi/kişiler hakkında bilgilendirilmelidir. Dal ve ark. (60) yaptığı çalışmada ameliyat olan hastaların %87,7'sinin kontrol zamanı ve sıklığı konusunda sorunlar yaşadığı belirlenmiştir. Hastalara kontrole gelmeleri gereken tarihler sözlü ve yazılı olarak bildirilmelidir.

YAŞLILARDA KABG AMELİYATI SONRASI EVDE BAKIM

Toplumların yaşlanması ile birlikte farklı sağlık gereksinimleri ortaya çıkmaktadır. Rehabilitasyon hizmetleri ve evde bakım hizmetleri bu gereksinimlerin öne çıkanları arasındadır (82). Evde bakım hizmetleri çok klasik bir yaklaşımla; kişisel bakım, ev idaresi, temizlik, alışveriş, yemek, banyo, tuvalet gibi günlük yaşam aktivitelerinin biri ya da birkaçı ve evde sağlık hizmetlerinin sunulması şeklinde geniş bir yelpazede değerlendirilmektedir (83). Kavram olarak evde sağlık bakım hizmetleri; kişilerin sağlığını korumak, geliştirmek ve gerektiğinde yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla özel gereksinimi olan kişilerin evde sağlık bakım hizmeti alabilmesini kapsamaktadır (82). Bu hizmetlerden en fazla yaşlılar faydalanmaktadırlar. Tüm toplumlarda yaşlı nüfusun evde bakım, evde sağlık bakımı hizmetlerine gereksinim duyan özel bir grup olduğu bilinmektedir (82).

Gelişmekte olan ülkelerde yaşanan hızlı toplumsal değişmeye paralel olarak; çekirdek ailenin yaygınlaşması, geleneksel değerlerin zayıflaması, kentleşmenin artması ve kadınların istihdam piyasasında yer alma oranının artması gibi nedenlerle yaşlıların aile üyelerince bakımı giderek güçleşmektedir (6). Bu anlamda dünyanın en hızlı yaşlanan ülkelerinden birisi olarak Türkiye'de de toplumsal değişmeyle birlikte profesyonel yaşlı bakım hizmetlerine duyulan ihtiyaç artmaktadır (6).

Hastalar cerrahi girişimden sonra kendi bakımlarını sürdürmek için daha ayrıntılı bilgiye gereksinim duymaktadırlar. Günümüzde yaygın yaklaşım biçimi hastaya bir an önce kendi bakımını sürdürebilecek güç, cesaret ve beceri kazandırarak taburcu etmektir (50). Cerrahi girişim sonrası hastaneden çıkıp eve giden hastanın bakım ihtiyacı haftalarca, hatta aylarca devam edebilmektedir. Taburculuk sonrası görülebilecek komplikasyonların önlenmesi ya da azaltılabilmesi için cerrahi hastasına iyi bir taburculuk planlaması ve evde bakım hizmetinin verilmesi gerekmektedir (60). Evde bakım hizmetleri genel olarak; bireyin sağlığını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığa kavuşturmak amacıyla sağlık ve

sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından, bireyin kendi evinde ya da yaşadığı ortamda sunulmasıdır (84).

Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası hastalar ortalama 4-7 günde taburcu edildikleri için tam olarak iyileşmeden eve gönderilmektedirler (55,56). Ameliyat sonrası 6 haftalık süreçte iyileşmenin genel olarak tamamlandığı ve bu süreçte komplikasyon gelişme riskinin bulunduğu bilinmektedir (71). Literatürde evde bakım sürecinde hastaların yara iyileşmesi, ağrı kontrolü, beslenme, ilaç kullanımı, uyku, egzersiz, boşaltım ve günlük yaşam aktiviteleri gibi konularda sorunlar yaşadığı belirtilmektedir (59,71,85). Bu sorunlar nedeniyle hastaların günlük yaşam rollerine dönmede uyum sorunu yaşadıkları da bilinmektedir (71). Evde bakım için gerekli bilgi ve bakımdan eksik olarak eve dönen hasta ve yakını evde farklı düzeylerde bu sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu sorunlarla baş edebilmek için profesyonel desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası hastalara bu sorunlara yönelik planlanan bir taburculuk eğitimi ve evde bakım hizmetinin sunulması gerekmektedir (59).

Evde bakım hizmeti ile yaşlı bireylerin literatürde otonomi olarak tanımlanan (86,87) fonksiyonel bağımsızlık durumları desteklenmektedir. Koroner arter bypass greft ameliyatı olan yaşlı hastaların ameliyat sonrası otonomi düzeyleri olumsuz yönde etkilenmektedir. Yaşlı hastalara verilecek kapsamlı taburculuk eğitimi ile evde bakım sürecinde otonomiye katkı sağlanmaktadır. Subaşı ve Özbek (85) araştırmalarında evde bakım verilen kişilerin %15,4'ünün ameliyat sonrası bakıma ihtiyacı olduğunu ve evde bakım verilen yetişkinlerin %81,7'sinin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede değişik düzeylerde bağımlı olduğunu saptamışlardır.

YAŞLILARDA OTONOMİ (FONKSİYONEL BAĞIMSIZLIK)

Yaşlılık döneminde meydana gelen fiziksel, duyuşsal ve zihinsel fonksiyon kayıpları, yaşlı bireyde fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlara neden olmaktadır (88). Yaşlılarda görülen bu sorunlarla birlikte hastaneye yatma, hareket azlığı ve kırılğan olma durumu, yaşlıların sağlığını ve fonksiyonel bağımsızlığını olumsuz yönde etkileyebilmekte, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımsızlığın azalmasına/kaybına neden olmaktadır (11,57). 65-79 yaş arasındaki yaşlıların %11,5'inin tuvaleti kullanma, yemek yeme, banyo yapma gibi aktivitelerde, 80 yaş ve üzerindeki yaşlıların ise %80'inin alışveriş, temizlik, yemek hazırlama gibi aktivitelerde farklı derecelerde bağımlı oldukları belirtilmektedir (89). Yaşlılarda fonksiyonel bağımlılık, otonomiye azaltmakta, yaşam kalitesini düşürmekte,

morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır. Bireyin fonksiyonel bağımsızlığını tehdit eden risk faktörlerinin tespit edilmesi, gerekli önlemlerin alınması açısından önemlidir. Temel amaç, yaşam kalitesi üzerine etkili olan fonksiyonel bağımlılık durumunu ortadan kaldırarak/azaltarak yaşlının kaliteli yaşamasına olanak sağlamak olmalıdır (88). Yaşlıların fonksiyonel bağımsızlık durumlarının belirlenmesinde, yaşlı bireylerin değerlendirilmesi çok yönlü olarak yapılmalıdır (Şekil 6).

• Genel durum	• Ağrı
• Fiziksel durum, kronik hastalıklar	• İlaçlar
• Zihinsel durum	• Uyku kalitesi
• Günlük yaşam aktivitelerindeki otonomi düzeyi	• Cinsel fonksiyon
• Beslenme ve hidrasyon durumu	• Ekonomik durum ve sosyal destekler
• Basınç yarısı riski	• Yaşanılan çevre

Şekil 6. Yaşlı bireyin değerlendirmesi (30,90)

Yaşlıların fonksiyonel bağımsızlığının belirlenmesi için interdisipliner bir ekip anlayışı ile çalışmak önemlidir. Hemşireler de bu ekibin vazgeçilmez bir parçasıdır. Yaşlıların fonksiyonel durumunu değerlendirebilmek için; günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme performansını, bilinç, görme, işitme, sosyal destek durumunu ve psikolojik iyilik hali gözden geçirilmelidir (91). Fonksiyonel değerlendirme sırasında yaşlıların günlük yaşamında neleri ne zaman yapabildiği ve tek başına yaptığı işlerin ne kadarını yardımsız yapabildiği araştırılmalıdır. Altay ve arkadaşlarının çalışmasında yaşlılık algısı ve sağlık algısı iyi olan yaşlıların, otonomi düzeylerinin de iyi olduğu belirlenmiştir (92). Bu da yaşlıların, yaşlılık algısı ile fonksiyonel bağımsızlık durumları arasında paralel bir ilişkinin olduğunu göstermektedir. Yaşlı otonomisi ileri yaştaki bağımsızlık anlamına gelmektedir ve kendi başına yaşayabilme becerisi olarak tanımlanmaktadır (92).

Yaşlılık döneminde meydana gelen fiziksel, duygusal ve zihinsel fonksiyon kayıpları yaşanan kalp sorunlarının şiddetini daha da arttırmaktadır (11). Yaşlı bireylerde meydana gelen fonksiyonel bağımsızlığın azalması ya da kaybı, mortalite ve morbidite riskinin artmasına, yaşam kalitesinin azalmasına, tekrarlı ve uzun süreli hastane yatışlarına ve yüksek ekonomik giderlere yol açmaktadır (11).

Yaşlı hastaların otonomi düzeylerinin değerlendirilmesinde hem günlük yaşam aktiviteleri, hem de enstrümental yaşam aktiviteleri dikkate alınmalıdır (Şekil 7).

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ	ENSTRÜMENTAL YAŞAM AKTİVİTELERİ
<ul style="list-style-type: none">•Banyo•Giyinme•Transfer•Nakil•Tuvaleti kullanma•Kişisel bakım•Beslenme	<ul style="list-style-type: none">•Telefon kullanma•Alışveriş•Yemek hazırlama•Ev işleri•Çamaşır yıkama•Ulaşımı kullanma•İlaç kullanımı•Bütçe yönetimi

Şekil 7. Yaşam aktiviteleri (40)

KORONER ARTER BYPASS GREFT AMELİYATININ YAŞLI HASTANIN OTONOMİSİNE ETKİSİ

Yaşlının ameliyat öncesi fonksiyonel bağımsızlık durumu; ameliyat sonrası iyileşme sürecini doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle, ameliyat öncesi yaşlının fonksiyonel bağımsızlık düzeyi değerlendirilmelidir (93). Yaşlıya özgü ameliyat sonrası bakım planlaması yapılmalıdır (57). Yaşlılarda meydana gelen fizyolojik değişiklikler, uygulanan cerrahi yöntem ve teknikler, ameliyat süresi, yoğun bakımda ve hastanede kalış süresi hastanın otonomi düzeyini etkilemektedir. Bununla birlikte ameliyat sonrası gelişen komplikasyonlar, yaşlıda bulunan kronik hastalıklar ve daha önce geçirdiği hastalıklar, sosyal destek sistemleri de hastanın otonomi düzeyine olumlu veya olumsuz katkı sağlamaktadır (57). Yaş, depresyon, düşük sosyal destek, hareket yetersizliği ve kognitif bozukluklar nedeniyle ameliyat sonrası yaşlılarda fonksiyonel kayıplar ortaya çıkmaktadır (43). Yaşla birlikte tüm sistemlerdeki değişiklikler KABG ameliyatı sonrası yaşlının iyileşme sürecini olumsuz etkilemektedir (26). Bu nedenle de KABG ameliyatı sonrası yaşlının otonomi düzeyi azalmaktadır (93).

Ameliyat sonrası yaşlı bireyin bakım sürecini destekleme, komplikasyonları, mortalite ve morbitideyi azaltma, fonksiyonel bağımsızlık düzeyini sürdürmede hemşirelerin önemli rolleri bulunmaktadır (25). Hemşireler ameliyat öncesi ve sonrası yaşlılara ayrıntılı ve kapsamlı bilgilendirme yaparak, ameliyat sonrası otonomi düzeylerine önemli katkı sağlamaktadırlar (93). Bununla birlikte hastalara verilen kapsamlı taburculuk eğitimi ile yaşlının evde öz bakım sürecindeki otonomi düzeyleri de desteklenmiş olacaktır. Ancak KABG ameliyatı sonrası yaşlıların otonomi düzeyleri değerlendirilip desteklenirken yaşa

bağlı gelişen fizyolojik ve bilişsel değişimlerin, kronik hastalıkların ve yaşının fiziksel aktivite kapasitesinin de göz ardı edilmemesi gerekmektedir (26).

Yaşlılık Dönemindeki Fizyolojik Değişimler ve Hasta Otonomisine Etkisi

Yaşın ilerlemesi ile birlikte oluşan hücre yıpranması nedeniyle yaşlılık döneminde hem fizyolojik hem de bilişsel değişiklikler görülmektedir. Meydana gelen değişikliklerin hızı ve şiddeti olayın yaşlılığa bağlı fizyolojik bir süreç ya da başlı başına bir hastalık olduğunu göstermektedir (39,57). Akgün ve ark. (94) araştırmalarında yaklaşık her üç yaşlıdan birinde kalp damar hastalıkları, diabet ve hipertansiyon varlığı saptanmıştır. Yaşlı bireyde meydana gelen bu sorunların yanı sıra yaşlı bireyin KABG için hastaneye yatması, hareketsiz kalması, yaşlı bireyin sağlığını ve fonksiyonel bağımsızlığını olumsuz yönde etkileyebilmekte, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememesine ve dolayısıyla fonksiyonel bağımsızlığın azalmasına ya da kaybına neden olmaktadır (95).

Akciğerlerin daha az elastik ve daha sert hale gelmesi, göğüs duvarının sertliğinin artması, siliyaların aktivitesinin ve sayısının azalması, göğüs ön-arka çapının artması, kamburluk, rezidüel kapasitenin artması, gaz değişiminin bozulması ve solunum kaslarının zayıflamasına bağlı olarak; yaşlılarda akciğer fonksiyonları azalmaktadır (32,39,90). Cerrahi sonrası yaşlı hastaların kaybedilmesinde, ameliyat sonrası solunum sistemi ile ilgili komplikasyonların önemli rol aldığı bilinmektedir. Yaşa bağlı solunum sistemindeki fonksiyon kayıpları ve immün sistem yetersizliği nedeniyle ameliyat sonrası pnömoni çok sık görülmektedir (20). Kalp cerrahisi sonrası yaşlılarda ortaya çıkan solunum yetmezlikleri mortalite ve morbidite oranlarında artışa neden olmaktadır (52). Yaşlı hastaların solunum sistemindeki fonksiyonel kayıplar evde bakım sürecinde hastaların otonomi düzeyini olumsuz etkilemektedir. Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası yaşlı hastaların solunum fonksiyonlarının takip edilmesi, erken dönemde mobilize edilmesi, derin solunum ve öksürük egzersizlerinin düzenli yaptırılması ve evde bakım sürecinde de devam ettirilmesi gerekmektedir (73).

Yaşla birlikte, kas iskelet sisteminde; vücut kas dokusunun, ligament ve tendonların esnekliğinin azalması, kemiklerin yoğunluğunun azalmasına bağlı olarak kemiklerin daha zayıf ve kırılabilir hale gelmesi, eklem kıkırdaklarının incilmesi ve rahat hareket edemez hale gelmesi gibi değişiklikler oluşmaktadır (96). Bu değişiklikler ameliyat sonrası hastaların erken ayağa kalkmasına engel olabilmektedir (72). Hastaların evde bakım sürecinde kas

iskelet sistemindeki değişiklikler göz önünde bulundurularak, günlük yaşam aktiviteleri ve ev işleri konusunda teşvik etmek ve egzersiz planlamasını yapmak gerekmektedir (88).

Yaşlılarda tükürük üretimi, barsak peristaltizmi ve karaciğer kan akımı azalmaktadır. Bununla birlikte mide, ince ve kalın barsak mukozasındaki atrofi nedeniyle mukus sekresyonu azalmakta ve peptik ülser riski artmaktadır (20). Yaşlılarda mide bağırsak hareketleri, öğürme refleksi, tad ve koku duyusu azalırken, diş kayıpları da yaşanmaktadır. Bu değişiklikler yaşlılarda; iştahsızlık, hazımsızlık, ağız kuruluğu, kilo kaybı, beslenme problemleri, gaz, karında rahatsızlık duyusu ve konstipasyon gibi sorunlara yol açmaktadır (32,90,96,97). Hastalarda beslenme problemlerine bağlı olarak ameliyat sonrası katabolizma reaksiyonlarının oluşması pulmoner komplikasyonların ve enfeksiyonların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Ameliyat sonrası yaşlı hastalara erken beslenme desteğinin verilmesi ve uygun yöntemle beslenmenin evde de devam ettirilmesi gerekmektedir (51,52).

Yaşlılıkta böbreklerde kütle kaybı, kan akımında azalma, üreter, mesane ve üretra esnekliğinde azalma gibi değişiklikler olmaktadır. Yaşlılarda böbreğe gelen kan akımının azalması, nefronların fonksiyon kaybına ve metabolik artıkların vücutta birikmesine neden olmaktadır. Bu değişiklikler; böbreğin idrarı konsantre etme yetisinin ve sıvı-elektrolit dengesinin bozulmasına, glomerular filtrasyon hızının azalmasına yol açmaktadır (32,39,90). Kalp cerrahisi sonrası yaşlı hastalarda böbrek fonksiyonlarının bozulmasına bağlı olarak iyileşme sürecinin uzadığı ve mortalite oranının arttığı bilinmektedir (26). Koroner arter bypass greft sonrası böbrek yetmezliği, stres inkontinansı, idrar yolu enfeksiyonu ve sıvı-elektrolit dengesizlikleri izlenmelidir (66).

Yaşlılarda hormonal sistemde meydana gelen değişikliklerin seksüel, kemik-mineral, kas-iskelet sistemi üzerine olumsuz etkileri vardır (39). Hipofiz bezi ağırlık ve vaskülaritesini kaybederken, tiroid stimule edici hormon, parathormon ve insulin sekresyonunda azalma; tiroid bezinde atrofi, fibrozis ve inflamasyon; adrenal bezlerde fibrozis görülmektedir. Yaşlanmayla birlikte pankreasın insülin salgılanmasının yavaşlamasına bağlı olarak glikoz toleransı azalmaktadır (39,90,96,97). Hastalarda cerrahi ve anesteziye bağlı olarak hiperglisemi ortaya çıkmaktadır (26). Yaşlanmaya bağlı endokrin sistemdeki değişikliklerle birlikte ameliyat sonrası hipergliseminin kontrolü daha da zorlaşmaktadır. Kontrol edilemeyen hipergliseminin ameliyat sonrası enfeksiyon, düşük kalp debisi, atriyal fibrilasyon ve serebrovasküler olaylarla ilişkili olduğu ve mortaliteyi arttırdığı bildirilmektedir (98).

Yaşlılıkta meydana gelen değişikliklerin en fazla olduğu organ gözdür. Gözde oluşan lens sertliği; gözün görme niteliğini azaltmakta ve görme fonksiyonunun sağlanabilmesi için

daha fazla ışığa ihtiyaç duyulmaktadır. Bunun yanında; gözde korneanın düzleşmesi ve kalınlaşması, irisin renginin kaybolması, lensin elastikiyetini kaybetmesi ve gözyaşının azalması gibi değişiklikler de görülmektedir. Bu gibi sorunlara bağlı olarak yaşlı bireylerde görme sorunları oluşur (32,39,90,96,97). Görme sorunları nedeniyle hastalar kendi bakımını yapmada sorunlar yaşayabilirler.

Yaşlıların cilt yapısı ele alındığında; cilt atrofik görünümde ve kolay zedelenebilir özelliktedir. Derinin esnekliğini ve nemi azalmıştır (88). Yaşlı bireylerde reseptörlerdeki duyarlılık kaybı sonucunda sıcak, soğuk, basınç ve dokunma duyarlılığı azalmaktadır (32,52,90,96). Bu nedenle yaşlılarda cilt bütünlüğü bozulma riski fazla olduğu için basınç bölgelerinin gözlenmesi, desteklenmesi ve cilt temizliğine dikkat edilmesi gerekmektedir (66). Yaşlı hastalarda yara iyileşmesinin gençlere göre daha yavaş ve immün sistemin zayıf olması nedeniyle yara yeri enfeksiyonu riski daha yüksektir (68). Yaşlı hastalarda cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesi için yara bakımının aseptik koşullarda yapılması ve enfeksiyon belirtilerinin izlenmesi önemlidir (27). Ameliyat sonrası oluşabilen cerrahi alan enfeksiyonu ve basınç yaraları yaşlı hastanın evde bakım sürecindeki fonksiyonel bağımsızlığında kayıplara neden olmaktadır.

Yaşlanmayla birlikte görülen hastalıkların oluş şekli ve devamlılığı değişmekte, hastalığın kalıcı olma ihtimali daha da artmaktadır. Bu nedenle de kronik hastalıkların diğer yaş gruplarına göre yaşlılarda görülme oranı daha yüksektir. Altmış yaş üzeri ölüme neden olan ilk on hastalık değerlendirildiğinde ilk üç sırada sırası ile iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı gelmektedir. Yaşlılar kronik hastalıkların tedavisi için farklı ilaçlar kullanmaktadırlar. Bu ilaçlar da ameliyat sonrası yara iyileşmesinde gecikme, sıvı elektrolit dengesizlikleri, kanama ve enfeksiyon gibi komplikasyonların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (25).

Fiziksel aktivite, artan enerji tüketimiyle sonuçlanan, iskelet kasları tarafından üretilen istemli hareketler olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel aktivite günlük yaşamın bir parçası olarak yapılan aktiviteleri içerir. Fiziksel aktivite yaşlı bireylerde yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili değiştirilebilir davranışsal bir risk faktörü olarak da tanımlanmaktadır. Yaşın ilerlemesiyle birlikte aktivitelerde azalma görülmekte, böylece kalp damar hastalıkları, eklem ve kaslarla ilgili hastalıklar artış göstermektedir (88). Altuğ ve ark. (99) evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yaptığı araştırmada, mobilite ve fonksiyonel bağımsızlık skoru düşük bireylerin yaşam kalitesinin de düşük olduğunu belirlemiştir. Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası erken dönemde yapılan

mobilizasyon, solunum ve öksürme egzersizleri oluşabilecek komplikasyonların önlenmesinde, iyileşme sürecinin hızlandırılmasında yarar sağlamaktadır (73).

YAŞLILARDA KABG AMELİYATI SONRASI EVDE BAKIMDA TELE SAĞLIK

Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası taburcu olan yaşlılar ilk haftalarda evde yara bakımı, ilaç tedavisi, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme, beslenme, ağrı ve gelişebilecek komplikasyonlara ilişkin sorun yaşayabilmektedir (57). Yaşa bağlı fizyolojik ve bilişsel değişimler ve kronik hastalıklarla birlikte geçirilen KABG ameliyatı, yaşlıların evde bakım sürecinde otonomi düzeylerini olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşlılar ve aileleri bakımın evde devamlılığının sağlanmasında çok çeşitli sorunlarla baş başa kalmaktadır (15). Bu nedenle hastalar ve aileleri evde yaşadığı bu sorunlarla baş edebilmek için profesyonel desteğe gereksinim duymaktadır (15).

Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası yaşlılara sunulan evde bakım hizmetinde kardiyak rehabilitasyon, ev izlemleri, eğitim, danışmanlık, sosyal ve manevi destek yer almaktadır. Koroner arter bypass greft ameliyatı ile otonomi düzeyi azalan yaşlıların evde bakım hizmeti ile kaybettiği fonksiyonlarının tekrar kazandırılması amaçlanmaktadır (54,57). Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren yaşlı bireyin evde bakım süreci veri toplama, gereksinimleri belirleme (tanı), bakımı planlama, uygulama ve değerlendirme olmak üzere beş aşamada gerçekleşmektedir. Bu aşamalarda hemşire birebir hasta veya hastaya bakım veren kişi ile işbirliği yaparak sürece yön vermektedir. Hemşire hasta veya hastaya bakım veren yakınının da bakıma katılımını sağlamaktadır (21,57,58).

Yaşanan tıbbi gelişmelere paralel olarak ileri yaşlarda hastaların ameliyat edilebilmesi, hastaların erken dönemde taburcu edilmesi, evde bakım hizmetlerinde teknolojik araçların kullanımının yaygınlaşması nedeniyle hastaların evde bakım hizmeti ihtiyacı giderek artmaktadır. Son zamanlardaki teknolojik gelişmelere paralel olarak evde bakım endüstrisinde de önemli değişiklikler ortaya çıkmıştır. Buna paralel olarak ise evde bakım hizmetlerinin sunumunda yeni yöntemler kullanılmaya başlanmıştır (14).

Evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ve de sürdürülmesi için uygulanan tele sağlık hizmetleri zamanla farklı uygulamalar ile geliştirilmektedir (14). Tele sağlık, sağlık bakım uygulamaları, tanılama, danışmanlık, tedavi için interaktif görsel-işitsel araçlar kullanılarak sağlıkla ilgili bilgilerin paylaşılmasıdır (100). Diğer bir deyişle tele sağlık, sağlık bakımında hizmet sunan profesyonel ile hasta arasında bilgi alışverişinin çeşitli teknolojik iletişim

araçlarının (telefon, bilgisayar, televizyon, telekonferans, vb) kullanımı ile sağlanmasıdır. Tele sağlık ile sadece bilgi alışverişi değil, aynı zamanda hasta bakımı ve eğitimi de yürütülebilmektedir (100,101).

Tele sağlığın prensipleri;

- Hasta ve sağlık profesyoneli arasında interaktif görsel/işitsel veri alışverişi,
- Başlangıçta tıbbi bir başvuru,
- Hemşirelik ve diğer disiplinlerin proaktif olması ve ilerleyen süreçte reaktif kalmaları

olarak belirtilmektedir (102).

Tele sağlık ile;

- Hareket edemeyen hastalara,
- Uzak veya ulaşılması zor bir yerde yaşayan hastalara,
- Kronik hastalığı olan hastalara (KOA, Diyabet, Konjestif kalp hastalığı... gibi),
- Zayıflatıcı hastalıkları olan hastalara (Parkinson, Alzheimer, Amyotrofik lateral

sikleroz gibi) evde bakım hizmeti sunulmaktadır (102,103).

Tele Sağlığın Yararları;

- Bakıma ileri yöntemle erişim,
- Gelişmiş sağlık kalitesi,
- Zamanında sağlık hizmeti sunumu,
- Hastanın ihtiyaçlarına kolay adapte edilebilir hizmet,
- Daha az sağlık bakım masrafı şeklinde belirtilmektedir (102).

Ülkemizde 26 Mart 2015 tarihinde “Tele Sağlık Servisi Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge” uygulamaya konulmuş, ancak bu yönerge; sadece hekim görevlendirmeleri ve görevlerini kapsayacak nitelikte hazırlanmıştır. Bu alanda çalışabilecek hemşirelerin görevlerine yer verilmemiştir. Yönergeye göre, tele sağlık hizmetinin en iyi şekilde sunulabilmesi için, 24 saat ve kesintisiz olarak, bir ekip anlayışı içerisinde yürütülmesi ve kısa zamanda ulaşılabilir olması esastır. Tele sağlık hizmetinin bu esaslara göre, bu hizmetle ilgili faaliyet gösteren kamu veya özel bütün kurum ve kuruluşların işbirliği ile tek merkezden yönetmek ve yönlendirmek amacıyla “Tele Sağlık Merkezi” oluşturulmuştur (104).

Günümüzde sağlık alanındaki teknolojik gelişmeler ve tele sağlık kavramının yaygınlaşması hemşirelik uygulamalarında değişim yapma gereksinimini ortaya çıkarmıştır. Hemşirelerin yaygınlaşan tele sağlık sisteminde üstlerine düşen rolleri yerine getirmeleri gerekmektedir (103).

- Tele sağlık uygulamasında görev alan hemşirenin;
- Bilgi toplama,
 - Hastanın hayati bulgularını takip etme,
 - Elde ettiği bilgiler doğrultusunda hastaya bakım verme ve hastanın hekimi ile bilgi alışverişinde bulunma,
 - Hasta eğitimi yapma,
 - Hastanın yaşam koçu olma,
 - Vaka yöneticisi olma,
 - Halk sağlığı hemşireliği,
 - Klinik tele sağlık koordinatörlüğü rolleri vardır (103).

Tele sağlık hemşiresinin bu rollerini etkin bir şekilde yerine getirebilmesi ve diğer sağlık bakım sistemleri ile bütünleştirilebilmesi için öncelikle tele sağlık hemşireliğinin tanımlanması ve organize edilmesi için yapılandırılmış bir terminoloji ve sınıflama sistemi yanında, teknoloji kullanımında yeterli/yetkin hemşirelere gereksinim vardır (105).

Tele sağlık hemşireliği sağlık bakımının birçok alanında etkin olarak kullanılmaktadır (şekil 8).



şekil 8. Tele sağlık hemşireliği sağlık bakım alanları (106)

YAşLILARDA KABG AMELİYATI SONRASI EVDE BAKIMDA TELEFONLA HEMşİRE DANIşMANLIĞI

Sağlık bakım profesyonelleri içinde en geniş kitleyi oluşturan hemşirelerden; güvenli, yeterli ve kaliteli sağlık bakımını, yüksek teknolojik ve dijital bir ortamda sunmaları ve

hemşirelik bilgisini kaliteli bir şekilde yönetmeleri beklenmektedir (107). Hızla değişim gösteren günümüzün sağlık bakım hizmetinde hemşireler önemli rol oynamaktadır. Hemşirelerin verdiği bakımın kalitesinin göstergelerinden biri; bakımdaki sürekliliğin devamlı olmasıdır. Bu süreklilik hastanın taburculuk sonrası evde izlenmesi ile sağlanacaktır. Bu nedenle bireylerin iyileşme süreçlerini değerlendirmek için telefon aracılığı ile yapılan hasta izleminin önemi gün geçtikçe artmaktadır (108). Hemşireler, sağlık hizmetlerinde özellikle bakım kalitesini artıracak, sağlık bakım kaynaklarının etkin kullanımını ve bakımın sürekliliğini sağlayacak alanlara yönelmektedir. Tele sağlık sisteminde en sık kullanılan teknolojik yöntemlerden biri de telefon ile iletişimidir. Hemşirelik uygulamalarında telefon kullanımı birey/ailelere yaşadıkları ortamda gereksinim duydukları konular ile ilgili gerekli bilgilerin verilmesini içermektedir (13).

Telefon; maliyeti düşük, hasta eğitiminde etkili, hasta memnuniyetini arttıran ve hastaneye tekrar başvuruları azaltan bir yöntemdir (13,109). Literatürde bakımın devamlılığının sağlanmasında telefonla takip sisteminin kullanılmasının çok ekonomik olduğu vurgulanmaktadır (13). Hemşirelerin telefon kullanarak sağlık hizmeti sunması ile hastaların bakımının sürekliliğinin sağlanması ve bireysel danışmanlık gereksinimlerinin karşılanması ile ilgili sorunların çözümüne de katkı sağlanabilir. Telefon aracılığı ile yapılan hemşirelik izlemi; tedavi edici hemşire-hasta ilişkisine dayanan ve hemşirenin uzakta bulunan hastanın hemşirelik izlemini sağlamak için telefon kullanmasını gerektiren hemşirelik bakımındır (110,111).

Tele sağlık hizmetlerinde telefon; akut ve kronik hasta izlemi, yatağa bağımlı hastalarda evde bakım hizmeti, danışmanlık ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi, taburculuk eğitiminin evde de devam ettirilmesi ve desteklenmesinde kullanılmaktadır. Ayrıca hastane ve ev arasında duygusal bağın oluşturulması, yaşlı hastaların fonksiyonel bağımsızlığının desteklenmesi, bakım kalitesi ve performansın değerlendirilmesi ile verilen hizmetin iyileştirilmesi amacıyla kullanımı önerilmektedir (108-110,111). Bununla birlikte Akay ve Akyol'un (112) çalışmasında tele izlem yönteminin öz bakım gücünü desteklemek için de kullanılabileceği belirlenmiştir.

Tele hemşirelik; telekomünikasyon tekniklerini kullanarak uzaktaki hastalara kolaylıkla bakım verilmesi anlamında, hemşirelik uygulamalarının içine girmiştir. Amerikan Hemşireler Birliği, tele hemşireliğin ilk kez 1999'da iletişim teknolojileri kullanılarak hastaların sağlık durumu hakkında bilgi edinme, bakımını sağlama, hasta eğitimi gibi uygulamaları içeren hemşirelik alanı olduğunu onaylamıştır (113). Uluslararası Hemşireler

Birliği, tele-hemşireliği;“hemşirelikte hasta bakımını güçlendirmek için telekomünikasyon teknolojisinin kullanımı; insanlar ve/veya bilgisayarlar arasında elektronik ya da optik iletileri kullanarak gerçekleştirilen uzaktan iletişim” olarak tanımlamıştır (106).

Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliği İkinci Bölümdeki “Hemşirelik hizmetlerinin kapsamı, hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları” başlıklı 5’inci maddesinde yer alan; “mesleki eğitimle kazanılan bilgi, beceri ve karar verme yeteneklerini kullanarak, insanlara yaşadıkları ve çalıştıkları her ortamda doğum öncesinden başlayarak yaşamın tüm evrelerinde meslek standartları ve etik ilkeler çerçevesinde sunduğu hemşirelik bakımı” ifadesi ile hemşirelik hizmetlerinin kapsamı tanımlanmaktadır (114). Türkiye’de telefonla hemşirelik uygulamalarında (danışmanlık, hasta izlemi) en önemli sıkıntılardan biri, bu alanda görev tanımı ve işlevlerinin tam olarak belirlenmemiş olmasıdır (109).

Avrupa Birliği’ne üye ülkelerde bu sorunlara çözüm üretmek için NIGHTINGALE projesi ve TeleNurse ID-ENTITY projesi gibi Avrupa Birliği projeleri geliştirilmiştir (105). Ülkemizde hemşirelikte uluslararası bir sınıflama sisteminin aktif olarak kullanılmıyor olması tele-hemşirelik gibi ileri uygulamalar için önemli bir engel oluşturmaktadır (105). Tele-hemşireliğin gerçekleşmesinin diğer engelleri; mesleki eğitim, yetkilendirme standartları ve politikaları konusunda yaşanan belirsizlikler, teknoloji kullanımında eğitsel ve uygulamaya yönelik sınırlılıklar, kurumların ve toplumun teknolojik donanımındaki sınırlılıklar yanında uygulamada hemşirelerin mesleki özerkliğinin sınırlı olması şeklinde sıralanabilir. Ancak, toplumumuzun yaşam şeklindeki ve sağlık hizmetlerine olan gereksinimindeki değişimler tele-hemşirelik uygulamalarını gerekli kılmaktadır (105).

Yaşlılar evde bakım sürecinde en fazla hizmet ve bakım alan gruplar arasında yer almaktadır. Yaşlılara sunulan evde bakım sürecinde telefonla hemşire danışmanlığı dünyada giderek yaygınlaşmaktadır. Literatürde telefonla hemşire danışmanlığı sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda iletişim ve teknoloji bilgisinin kullanımının önemi vurgulanmaktadır (115). Furuya ve arkadaşları çalışmasında telefonla danışmanlığın kardiyovasküler hastalıklar; ameliyat sonrası komplikasyonlar; öz bakım, davranışsal ve yaşam tarzı değişiklikleri ve psikososyal ve duygusal destek olmak üzere dört temada kullanıldığını belirlemiştir (54). Jerant ve arkadaşlarının klasik bakım ile telefonla hemşire desteğini ve evde tele izlemi karşılaştırdığı çalışmalarında; klasik bakıma göre, telefon ile hemşire desteği ve evde tele izlemin hastaneye yatış oranlarında azalma sağladığını saptamışlardır (14). Bununla birlikte literatürde telefonla hemşire danışmanlığında en önemli unsurlardan birinin güvenilir bir iletişim olduğu belirtilmektedir. Yaşlılar kendilerine verilen

telefonla danışmanlık hizmetinde, odak noktasının kendileri olmasını, verilen hizmetin kendi sorunları ile bir bire ilgili olmasını ve aldıkları hemşire danışmanlığının bireyselleştirilerek, kendilerine özel olarak sunulmasını beklemektedirler (116).

Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası hem ameliyata hem de yaşa bağlı otonomi düzeyleri azalan yaşlı hastaların evde özbakım sürecinde telefonla hemşire danışmanlığının etkin kullanılması gerekmektedir. Telefonla hemşire danışmanlığı aracılığı ile KABG ameliyatı sonrası yaşlılar günlük ve enstrümental yaşam aktiviteleri doğrultusunda desteklenmelidir. Furuya ve arkadaşlarının çalışmasında telefonla hasta takibinin KABG ameliyatı sonrası evde özbakım sürecine olumlu katkı sağladığı ifade edilmektedir (54). Ayrıca telefonla hemşire danışmanlığı ile KABG ameliyatı sonrası yaşlı hastaların evde bakım sürecindeki otonomi düzeylerine de olumlu katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

Bu araştırma koroner arter bypass sonrası telefonla hemşire danışmanlığının yaşlı hastaların otonomi düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN AMAÇ VE TİPİ

Bu çalışma; koroner arter bypass sonrası telefonla hemşire danışmanlığının yaşlı hastaların otonomi düzeyine etkisini değerlendirmek amacıyla randomize kontrollü, deneysel bir araştırma olarak planlanıp gerçekleştirildi.

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma; Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği'nde yapıldı. Kalp Damar Cerrahisi Kliniği; toplam 28 yatak kapasitelidir. Hastalar, kliniğe koroner arter bypass ameliyatı, kalp kapağı replasmanı, konjenital kalp, arter, ven ve lenf hastalıklarının cerrahi tedavisi için kabul edilmektedir.

Hasta odaları bir ya da iki kişilik olup, her odada banyo, tuvalet, televizyon ve buzdolabı bulunmaktadır. Bu klinikte hastalara ameliyat öncesi ve sonrası dönemde toplam 8 hemşire bakım vermektedir. Hemşireler; genelde 08:00-16:30, 16:00-08:00 saatleri arasında iki vardiya, hemşire sayısının az olduğu dönemlerde ise 08:00-08:00 saatleri arasında tek vardiya düzeninde çalışmaktadırlar. Kliniğe yatan 65 ve üzeri yaş grubundaki hastalara verilen ameliyat öncesi ve sonrası bakım hizmeti diğer yaş grubundaki hastalarla aynıdır.

Planlı ameliyat olacak hastalar ameliyattan en az bir gün önce kliniğe kabul edilmektedir. Kardiyoloji Kliniği'nden sevk edilen bazı hastalar ise ameliyat günü doğrudan ameliyathaneye gönderilmektedir. Hastalar, durumuna göre 1 veya 2 gece Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım ünitesinde kaldıktan sonra kliniğe çıkarılmaktadır. Hastalar, herhangi bir komplikasyonun gelişmemesi durumunda, ameliyattan ortalama 7-8 gün sonra taburcu edilmekte ve bir hafta sonra kontrole çağırılmaktadır. Taburcu olan hastalara sunulan evde

bakım hizmeti olmayıp, hastalar ihtiyaçlarına göre, hemşirelerden ve hekimlerden danışmanlık hizmeti alabilmektedirler.

Araştırma Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği'nde 2 Aralık 2015- 10 Ocak 2017 tarihleri arasında yapıldı.

ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evrenini, Aralık 2015-Ocak 2017 tarihleri arasında, Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kardiyovasküler Cerrahi Ana Bilim Dalı'nda 65 yaş ve üstü KABG ameliyatı olan hastalar oluşturdu.

Araştırmanın örnekleme gücü analizi ile hesaplandı. Yapılan literatür taramasında, Tuna (57) tarafından 2012 yılında yapılan çalışmadaki (Otonomi Değerlendirme Ölçeği'nin 65 yaş ve Üstü Bireylerde Geçerlilik-Güvenirlilik Çalışması) bulguların dahilinde, genel otonomi değerlendirme ölçeğinin standart sapma oranına göre ($\pm 10,21$), %95 güven düzeyinde ve tolerans oranı %5 öngörülerek, her grup 32 kişiden oluşmak üzere, n=64 olarak belirlendi.

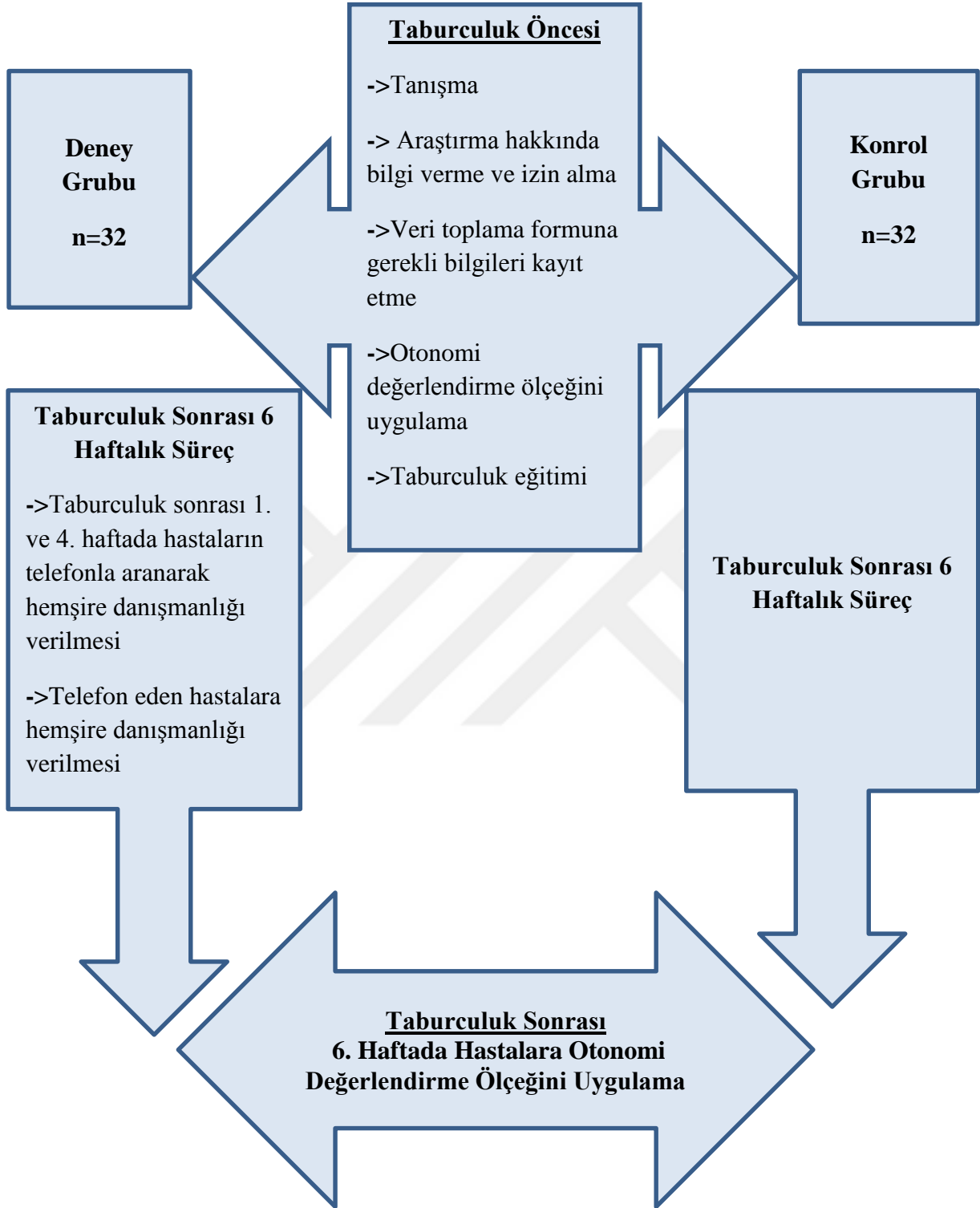
Araştırma kapsamına; KABG ameliyatı olan ve taburculuğu planlanan hastalardan, çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalar alındı. Hastalar gruplandırılırken taraf tutmaktan kaçınmak amacıyla, kardiyovasküler cerrahi kliniğine gelme sırasına göre numaralandırıldı. Alınma kriterlerine uyan tek rakamlı hastalar deney grubuna çift rakamlı hastalar kontrol grubuna dahil edildi. Şekil 9'da "Araştırmanın Deseni" görülmektedir.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri;

- 65 yaş ve üstü yaşta olmak,
- KABG ameliyatı olmak,
- İletişim sorunu olmamak (görme ve işitme problemi olmamak),
- Zihinsel problemi olmamak,
- Telefonla iletişim kurabilmek (hasta veya yakını tarafından),
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
- En fazla iki kronik hastalığa sahip olmak (Diyabet ve Hipertansiyon) olarak belirlendi.

Araştırma Dışı Tutulma Kriterleri;

- Acil KABG ameliyatı geçirmiş olmak,
- İkinci kez KABG ameliyatı geçirmiş olmak belirlendi.



Şekil 9. Araştırma deseni

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ

H1: Koroner Arter Bypass Ameliyatı Sonrası Telefonla Hemşire Danışmanlığının Yaşlı Hastaların Otonomi Düzeyine Etkisi vardır.

ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı Değişken

Araştırmanın bağımlı değişkeni; “yaşlı hastanın otonomi düzeyi” olarak belirlendi.

Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenleri;“yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer, sigara ve alkol kullanma durumu, birlikte yaşadığı kişiler ve bu kişilerin eğitim durumu, sosyal çevrenin verdiği destek” olarak belirlendi.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak “Hasta Tanım Formu”, “Telefon Danışmanlığı İzlem Formu”, “Otonomi Değerlendirme Ölçeği” ve “Taburculuk Eğitim Rehberi” kullanıldı.

Hasta Tanım Formu

Araştırmacı tarafından literatür desteği (57,117) ile hazırlanan sosyo-demografik özellikleri ve hastaya ilişkin soruları içeren form kullanıldı. Formda; hastanın adı ve soyadı, telefon numarası, açık adresi, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma/ iş durumu, yaşamını en fazla geçirdiği yerleşim yeri, sigara ve alkol kullanma durumu, birlikte yaşadığı kişi sayısı ve birlikte yaşadığı kişinin eğitim düzeyi ve sosyal çevre desteğine ilişkin sorular yer aldı (Ek 1).

Telefon Danışmanlığı İzlem Formu

Bu form, KABG ameliyatı geçiren yaşlı hastaların taburculuk sonrası evde yaşadıkları sorunları belirlemeye yönelik olarak araştırmacı tarafından geliştirildi. Deney grubundaki hastaların taburculuk sonrası 6 haftalık süreçte araştırmacı ile yaptıkları telefon görüşmelerinin kaydı için kullanıldı. Formda; hasta/yakını ile yapılan görüşmenin tarihi, görüşme nedeni, görüşme yapılan kişi, önerilen girişimler/tavsiyeler ve sonuç kısmını içeren sorular yer aldı. (Ek 2).

Otonomi Değerlendirme Ölçeği (The Functional Autonomy Measurement System-SMAF)

Araştırmada; 65 ve üzeri yaş grubundaki bireylerin fonksiyonel bağımsızlık düzeylerini belirlemek için 1984 yılında Hebert ve ark. (118) tarafından geliştirilen Otonomi Değerlendirme Ölçeği (The Functional Autonomy Measurement System-SMAF) kullanıldı.

Otonomi Değerlendirme Ölçeği (ODÖ); günlük yaşam aktiviteleri, iletişim ve zihinsel fonksiyonlar ile ilgili 25 fonksiyonu değerlendirmektedir. Günlük yaşam aktiviteleri; hastanın hareket ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerini de içermektedir. Günlük yaşam aktivitelerinin alt boyutu; yemek yeme, yıkanma, giyinme, kişisel bakım, üriner, bağırsak fonksiyonu, tuvaleti kullanma, nakil, bina içinde yürüme, merdiven inip çıkma, bina dışında dolaşma, ev işleri, yemek hazırlama, alışveriş, çamaşır yıkama, telefon kullanma, ulaşım, ilaç kullanma ve bütçe yönetme fonksiyonlarını kapsamaktadır. İletişimin alt boyutunda; görme, işitme ve konuşma fonksiyonları yer almaktadır. Zihinsel fonksiyonların alt boyutu; hafıza, anlama ve karar verme fonksiyonlarını kapsamaktadır. ODÖ'den elde edilen toplam bağımlılık skoru -87 puandır (57,118,119) (Şekil 10). Ancak Araştırmanın örnekleme dahil edilme kriterleri gereği yaşlılarda zihinsel fonksiyonlar kapsamında davranış değişikliği ve oryantasyon bozukluğu gözlenmediği ve hareket kapsamında protez, ortez ya da tekerlekli sandalye kullanan hasta olmadığı için, ölçeğin oryantasyon, davranış, protez ya da ortez takma ve bina içinde tekerlekli sandalye kullanma ile ilgili 4 madde doğrulayıcı faktör analizinden çıkarıldı. Bu nedenle araştırmaya katılan hastaların ODÖ'den elde edilen toplam bağımlılık puanı -75 olarak hesaplandı (Ek 3).

Alt Boyutlar	En Düşük Puan	En Yüksek Puan
Günlük Yaşam Aktiviteleri	-63	0
İletişim	-9	0
Zihinsel Fonksiyonlar	-15	0
Toplam Puan	-87	0

Şekil 10. Otonomi değerlendirme ölçeği'nin yetersizlik alanından alınabilecek en düşük ve yüksek puanlar

Otonomi Değerlendirme Ölçeği; Desrosiers ve ark. tarafından tekrar gözden geçirilmiş ve yeniden geçerlik-güvenirlik çalışması yapılmıştır (120). Yaşlı bireyler üzerinde, iki hafta arayla yapılan test-retest çalışmasına göre; ölçeğin ortalama uyum yüzdesinin %70-80, ortalama Cohen's ağırlıklı kappa katsayısının ise 0,57-0,74 arasında değişim gösterdiği

belirlenmiştir. Aynı çalışmada ölçeğin her bir alt boyu için hesaplanan sınıf içi güvenilirlik katsayısının (ICC) %95 güven aralığı ile 0,78-0,96 olduğu belirlenmiştir (57,119,120).

Türkçe'ye uyarlanan ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Tuna tarafından 2012 yılında yapılmıştır (57). Tuna çalışmasında Otonomi Değerlendirme Ölçeği'nin Chronbach's Alfa değerini 0,99 olarak hesaplamıştır (57). Bu çalışma kapsamında alınan hastalar için ODÖ için toplam güvenilirlik katsayısı taburculuk öncesi 0,85 ve taburculuk sonrası 0,82 olarak belirlendi (Şekil 11).

Otonomi Değerlendirme Ölçeği	Madde Sayısı	CHRONBACH'S ALPHA İÇ TUTARLILIK KATSAYISI					
		DENEY GRUBU (n=32)		KONTROL GRUBU (n=32)		TÜM ÖRNEKLEM (n=64)	
		Taburculuk Öncesi	Taburculuk Sonrası	Taburculuk Öncesi	Taburculuk Sonrası	Taburculuk Öncesi	Taburculuk Sonrası
Günlük Yaşam Aktiviteleri	19	0,819	0,677	0,914	0,836	0,882	0,879
İletişim	3	0,125	1,125	0,161	0,161	0,137	0,137
Zihinsel Fonksiyonlar	3	0,753	0,630	0,634	0,700	0,691	0,665
Toplam	25	0,796	0,665	0,890	0,755	0,858	0,824

Şekil 11. Taburculuk öncesi ve taburculuktan sonra 6. haftada ODÖ'nün alt boyutlarının ve ölçek toplamının iç tutarlılık (Chronbach's Alpha) katsayısı

Otonomi Değerlendirme Ölçeğinin Kullanımı

Otonomi değerlendirme ölçeğinin birinci kısmında “yetersizlik alanı” değerlendirildi. Ölçeğin bu kısmında araştırmacı; yaşlı hastaya ya da bakım verene sorular sorarak ya da gözlem yaparak, sorgulanan her bir fonksiyon için 0 ile -3 puan arasında bir puanlama yaptı. Yaşlı birey;

- Değerlendirilen fonksiyonu tamamen bağımsız olarak uygulayabiliyorsa 0,
- Hiçbir gözetim yapılmadan, uyarın ya da yardım almadan fakat güçlkle fonksiyonu yerine getirebiliyorsa -0,5,
- Gözetim ya da uyarın ihtiyacıyla fonksiyonu yerine getirebiliyorsa -1,
- Güçlkle tekerlekli sandalye kullanıyorsa -1,5,
- Yardımla fonksiyonu yerine getirebiliyorsa -2,
- Fonksiyonu hiçbir şekilde kendi başına yerine getiremiyorsa (tamamen bağımlı) -3 puan aldı (57).

Toplam yetersizlik puanını elde etmek için tüm fonksiyon puanları toplandı. ODÖ'nden elde edilen tüm fonksiyon puanlarının toplanması ile yaşlı bireyin engelli olma puanı belirlendi. Toplam puan -75'e yaklaştıkça yaşlı bireyin engelli olma riski arttı.

Taburculuk Eğitim Rehberi

Koroner arter bypass greft ameliyatı yapılan hastalara taburculuk öncesinde uygulanan eğitim protokollerini belirlemek için ilgili literatür incelendi. Yabancı dilde yazılanlar Türkçe'ye çevrildi ve konuyla ilgili toplam on beş adet kaynaktan yararlanıldı. Eğitim rehberinin içeriği; ameliyat sonrası ilaç kullanma, ağrıyla başetme, ameliyat yaralarının bakımı, istenmeyen etkilerin önlenmesi, diyet, egzersizler, dinlenme hijyenik bakım kabızlık, sigara ve alkol, cinsel aktivite, ruh halinde değişiklik, acil durumlar, uğraşı ve kontrole gelme olmak üzere on beş ana başlık altında toplandı. Bilgilerin akılda kalıcı olması için zaman zaman görsel ifadelerden yararlanıldı (Ek 4).

VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma; 2 Aralık 2015- 10 Ocak 2017 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kardiyovasküler cerrahi servisinde uygulandı. Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın veri toplama sürecinin planlanması için Kardiyovasküler cerrahi servisinin çalışma düzeni hakkında bilgi alındı. Araştırma sürecinde kliniğin çalışma düzeninin bozulmamasına ve hasta bakımlarının aksamamasına özen gösterildi. Taburculuk eğitimi ve elde edilen verilerin veri toplama formuna kaydedilmesine yönelik işlemler araştırmacı tarafından yapıldı.

Araştırmacı ameliyat kararı ile kliniğe yatırılan her hastayı araştırmaya dahil edilme kriterlerine göre değerlendirdi. Değerlendirme sürecine göre araştırmaya dahil edilmesi planlanan hastaların ameliyat tarihi ve yoğun bakım süreci yakından takip edildi. Taburculuk aşamasına gelen hastalar taburculuk öncesinde klinikte ziyaret edilerek, araştırma hakkında bilgilendirme yapıldı.

Araştırmacı tarafından, hasta yakınının da hasta odasında bulunduğu sırada yapılan ve ortalama 10-15 dakika süren yüz yüze görüşme ile hastalara araştırma konusunda sözel bilgiler verildi. Daha sonra, hastaların bilgilendirilmiş gönüllü olur formlarına (Ek 7) imzaları alındı. Araştırma sürecinde bilgilerin araştırmacı tarafından toplanacağı konusunda bilgilendirme yapıldı. Hastalar ile yüzyüze görüşme tekniği kullanılarak hastaların cevapları doğrultusunda verilerin kaydı araştırmacı tarafından yapıldı.

Deney Grubu Uygulamaları

•Örnekleme seçim kriterlerine uyan hastalara, araştırma hakkında bilgi verilerek ve gönüllü bilgilendirme formu okunarak sözlü ve yazılı izinleri elde edildi.

•Hasta tanıtım formu dolduruldu.

•Hastalara taburculuk öncesi otonomi değerlendirme ölçeği uygulandı.

•Hastaların iletişim bilgileri (telefon) alınarak ve araştırmacının iletişim bilgisi (telefon) hastalara/yakınlarına verildi.

•Hastalara/yakınlarına evde bakım süreçlerinde yaşadıkları sorunlar için araştırmacıdan telefonla danışmanlık hizmeti alabilecekleri konusunda bilgi verildi.

•Araştırmacının literatür doğrultusunda hazırladığı “Taburculuk Eğitimi Rehberi” doğrultusunda hasta odasında, ortalama 15-20 dakika yüzyüze görüşülerek, hasta ve yakınlarına bir kez taburculuk eğitimi verildi.

•Taburculuk sonrası 1. ve 4. haftada hastalar araştırmacı tarafından telefonla aranarak danışmanlık hizmeti verildi.

•6 hafta boyunca telefonla araştırmacıyı arayan hastalara “Taburculuk Eğitim Rehberi” doğrultusunda evde danışmanlık hizmeti verildi. Yapılan görüşmeler ve verilen danışmanlık hizmetinin kapsamı telefon danışmanlığı izlem formuna kaydedildi.

•6.haftanın sonunda hastayla telefonla görüşülerek otonomi değerlendirme ölçeği tekrar uygulandı.

Kontrol Grubu Uygulamaları

•Örnekleme seçim kriterlerine uyan hastalara, araştırma hakkında bilgi verilerek ve gönüllü bilgilendirme formu okunarak sözlü ve yazılı izinleri elde edildi.

•Hasta tanıtım formu dolduruldu.

•Hastalara taburculuk öncesi otonomi değerlendirme ölçeği uygulandı.

•Hastaların iletişim bilgileri (telefon) alındı.

• Araştırmacının literatür doğrultusunda hazırladığı “Taburculuk Eğitimi Rehberi” doğrultusunda hasta odasında, ortalama 15-20 dakika yüzyüze görüşülerek, hasta ve yakınlarına bir kez taburculuk eğitimi verildi.

•6. haftanın sonunda hastayla telefonla görüşülerek otonomi değerlendirme ölçeği tekrar uygulandı.

ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Araştırmanın yürütüleceği Edirne ili Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nden 15.10.2015 tarih ve 79056779/6006546 sayılı Kurum Onayı (Ek 5) ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu'ndan 18.11.2015 tarih ve B.30.2.TRK.0.20.05.04/050.04.02 sayılı EtikKurul Kararını (Ek 6) içeren yazılı izin alındı.

Araştırmaya başlamadan önce Kardiyovasküler Cerrahi Kliniği'nin hekim ve hemşirelerine araştırmanın amacı ve süreci hakkında bilgilendirme yapıldı. Araştırmaya katılan hastalara araştırmaya katılım konusunda özgür iradeleri ile karar verebilecekleri, araştırma sürecinde kendilerinden alınacak bilgilerin gizli kalacağı ve sadece bu araştırma için kullanılacağı konusunda bilgi verildi. Araştırmaya katılan hastalara gönüllü bilgilendirme formu okunarak, araştırmaya gönüllü katıldıklarına ve araştırma sürecini bildiklerine ilişkin sözlü ve yazılı izinleri alındı.

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların merak ettikleri konulara ilişkin sorular araştırmacı tarafından yanıtlandı. Hastalara taburculuk sonrası hemşirelik danışmanlığı uygulaması için herhangi bir ücret talep edilmeyeceği ve bağlı buldukları sosyal güvenlik kuruluşuna araştırma gideri olarak herhangi bir gider gösterilmeyeceği konusunda bilgi verildi. Araştırma sonucunda, elde edilen verilerin bilimsel amaçlı olarak ve isim verilmeksizin yayınlanacağı açıklandı.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen veriler, istatistiksel analizler ile (SPSS – Statistical Package for Social Sciences for Windows, Version 21,0) değerlendirildi. Değerlendirme sonucunda elde edilen bulgular tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (ortalama, sayı, yüzde), Ki-Kare ve Bağımsız Örneklem t Testi kullanılarak tablolar halinde verildi. Gruplar arasındaki istatistiksel farklılıkların belirlenmesinde; İkili Örneklem İki Yönlü Varyans Analizi, taburculuk öncesi ve sonrasındaki fonksiyonel bağımsızlık düzeylerinin karşılaştırılmasında Wilcoxon Signed Rank Test, Mann Whitney U Testi ve son olarak Otonomi Değerlendirme Ölçeği'nin alt boyutlarından ve ölçek toplamından alınan puanların değerlendirilmesinde “Korelasyon Analizi” kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

ARAŞTIRMANIN OLUMLU VE SINIRLI YÖNLERİ

Araştırmanın Olumlu Yönleri

1. Araştırmada randomize kontrollü, deneysel bir araştırma modeli kullanılması,
2. Günlük yaşam aktiviteleri, iletişim ve zihinsel fonksiyonlar gibi verilerin objektif olarak değerlendirilmesi ile araştırma sonuçlarının elde edilmesi,
3. Hasta bakımında teknolojinin kullanılması,
4. Bakım hizmetinin evde devamının sağlanması,
5. Deneysel araştırma için gereksinim duyulan disiplinlerarası işbirliğinin gerçekleştirilmiş olması, araştırmanın olumlu yönleri olarak belirtilebilir.

Araştırmanın Sınırlı Yönleri

1. Araştırmanın tek bir klinikte uygulanması
2. Araştırmanın örnekleme uygunluk kriterlerini sağlayan hastalar üzerinde uygulanması,
3. Araştırmaya katılmayı kabul eden 65 yaş ve üstü hastaların katılımı ile gerçekleşmesi
4. Tüm KABG ameliyatı olan yaşlı hastalara genellenememesi araştırmanın sınırlı yönleri olarak belirtilebilir.

Araştırmanın Yürütülmesi Sırasında Karşılaşılan Durumlar

Olumlu durumlar

1. Araştırmanın yürütüldüğü klinikte çalışan sağlık bakım profesyonelleri, hasta ve hasta yakınları ile olumlu işbirliği sağlandı ve sürdürüldü.
2. Klinikte çalışan hemşireler ile, ameliyat olacak yaşlı hastaların yatışı, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde ve taburculuk tarihinin planlanması ile ilgili olarak etkin bir iletişim ve işbirliği sağlandı.
3. Hastalara telefonla hemşire danışmanlığı verilerek bakımın evde de devamının sağlanması konusunda bilgilendirme yapıldı.

Olumsuz durumlar

1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri (yaş ve kronik hastalıklar) nedeni ile uygun hastaya ulaşma süreci uzadı

BULGULAR

Bu bölümde, deney ve kontrol grubundaki hastaların bireysel özellikleri (Tablo 1), otonomi düzeyleri (Tablo 2), yaşa (Tablo 3), cinsiyete (Tablo 4), medeni duruma (Tablo 5), eğitim durumuna (Tablo 6), çalışma durumuna (Tablo 7), yaşadığı yere (Tablo 8), sigara kullanma durumuna (Tablo 9), alkol kullanma durumuna (Tablo 10), birlikte yaşadığı kişi sayısına (Tablo 11), birlikte yaşadığı kişinin eğitim durumuna (Tablo 12) ve sosyal destek durumuna (Tablo 13) göre otonomi düzeyleri, telefonla hemşirelik danışmanlığı aldıkları sorunların dağılımı (Tablo 14) ve telefonla danışmanlık alma ile otonomi düzeyi arasındaki ilişkiyi (Tablo 15) inceleyen bulgular on beş tablo ve tablo içeriği yazımı halinde sunulmuştur.

Tablo 1. Hastaların bireysel özelliklere göre dağılımı (n=64)

Bireysel Özellikler	Deney Grubu (n=32)		Kontrol Grubu (n=32)		Varyansların Homojenliği
	N	%	n	%	
Yaş(Ort±Ss)	69,37(±4,94)		70,56(±4,94)		t=-0,986* p=0,328
Cinsiyet					
Kadın	7	21,9	8	25,0	$\chi^2=0,087^+$ p=0,768
Erkek	25	78,1	24	75,0	
Medeni Durum					
Evli	27	84,4	28	87,5	$\chi^2=0,129^+$ p=0,719
Bekar	5	15,6	4	12,5	
Eğitim Düzeyi					
Okuryazar değil	1	3,10	5	15,6	$\chi^2=4,989^+$ p=0,284
Okuryazar	2	6,30	1	3,10	
İlköğretim	23	71,9	24	75,0	
Lise	2	6,30	1	3,10	
Üniversite ve üzeri	4	12,5	1	3,10	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	4	12,5	2	6,30	$\chi^2=0,736^+$ p=0,672
Çalışmıyor	28	87,5	30	93,8	
Yaşadığı Yer					
Kentsel bölge	26	81,3	16	50,0	$\chi^2=6,926^+$ p=0,008
Kırsal bölge	6	18,8	16	50,0	
Sigara Kullanma Durumu					
Evet, kullanıyor	1	3,10	4	12,5	$\chi^2=2,175^+$ p=0,359
Hayır, kullanmıyor	12	37,5	13	40,6	
Bırakmış	19	59,4	15	46,9	
Alkol Kullanma Durumu					
Evet, kullanıyor	8	25,0	2	6,30	$\chi^2=6,128^+$ p=0,039
Hayır, kullanmıyor	16	50,0	25	78,1	
Bırakmış	8	25,0	5	15,6	
Birlikte Yaşanan Kişi Sayısı					
Yalnız yaşıyor	2	6,30	3	9,40	$\chi^2=0,217^+$ p=0,641
İki kişi ve üzeri	30	93,8	29	90,6	
Birlikte Yaşanan Kişinin Eğitim Düzeyi (n=59)					
Okuryazar değil	2	6,70	6	20,7	$\chi^2=6,620^+$ p=0,142
Okuryazar	2	6,70	1	3,40	
İlköğretim	16	53,3	19	65,5	
Lise	6	20,0	1	3,40	
Üniversite ve üzeri	4	13,3	2	6,90	
Sosyal Çevreden Alınan Destek Düzeyi					
Çok iyi	11	34,3	8	25,0	$\chi^2=1,266^+$ p=0,555
İyi	19	59,4	23	71,9	
Yetersiz / Destek yok	2	6,30	1	3,10	

Ort: ortalama; Ss: standart sapma.

* Bağımsız örneklem t testi, † Pearson ki kare, ‡ Fisher's exact

Hastaların bireysel özelliklerine göre dağılımı Tablo 1’de yer almaktadır.

Hastaların yaş ortalamasına göre dağılımı incelendiğinde; deney grubundaki hastaların yaş ortalamasının 69,37 ($\pm 4,94$) kontrol grubundaki hastaların yaş ortalamasının 70,56 ($\pm 4,94$) olduğu belirlenirken; gruplar arasında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlendi ($t=-0,986$, $p=0,328$), (Tablo 1).

Hastaların cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %21,9’unu ($n=7$) kadınların, %78,1’ini ($n=25$) erkeklerin ve kontrol grubundaki hastaların %25,0’ini ($n=8$) kadınların, %75,0’ini ($n=24$) erkeklerin oluşturduğu belirlenirken; gruplar arasında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlendi ($\chi^2=0,087$, $p=0,768$), (Tablo 1).

Hastaların medeni durumuna göre dağılımları incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %84,4’ünü ($n=27$) evlilerin, %15,6’sını ($n=5$) bekarların ve kontrol grubundaki hastaların %87,5’ini ($n=28$) evlilerin %12,5’ini ($n=4$) bekarların oluşturduğu belirlenirken; gruplar arasında medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlendi ($\chi^2=0,129$, $p=0,719$), (Tablo 1).

Hastaların eğitim düzeyine göre dağılımları incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %3,10’unun ($n=1$) okur yazar değil, %6,30’unun ($n=2$) okur yazar, %71,90’ının ($n=23$) ilköğretim, %6,30’unun ($n=2$) lise ve %12,50’sinin ($n=4$) üniversite ve üzeri eğitim aldığı belirlenirken; kontrol grubundaki hastaların %15,60’ının ($n=5$) okur yazar değil, %3,10’unun ($n=1$) okur yazar, %75,0’ının ($n=24$) ilköğretim, %3,10’unun ($n=1$) lise ve %3,10’unun ($n=1$) üniversite ve üzeri eğitim aldığı belirlendi. Gruplar arasında eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlendi ($\chi^2=4,989$, $p=0,284$), (Tablo 1).

Hastaların çalışma durumuna göre dağılımları incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %12,5’inin ($n=4$) çalışıyor, %87,5’inin ($n=28$) çalışmıyor, kontrol grubundaki hastaların %6,30’unun ($n=2$) çalışıyor, %93,8’inin ($n=30$) çalışmıyor olduğu belirlenirken; gruplar arasında çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlendi ($\chi^2=0,736$, $p=0,672$), (Tablo 1).

Hastaların yaşadığı yere göre dağılımı incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %81,3’ünün ($n=26$) kentsel bölgede, %18,8’inin ($n=6$) kırsal bölgede, kontrol grubundaki hastaların %50,0’sinin ($n=16$) kentsel bölgede ve %50,0’sinin ($n=16$) kırsal bölgede yaşadığı ve deney grubunda kentsel bölgede yaşayan hastaların istatistiksel olarak anlamlı oranda fazla olduğu belirlendi ($\chi^2=6,926$, $p=0,008$), (Tablo 1).

Hastaların sigara kullanma durumuna göre dağılımı incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %3,10'unun (n=1) sigara kullandığı, %37,5'inin (n=12) sigara kullanmadığı, %59,4'ünün (n=19) sigarayı bıraktığı, kontrol grubundaki hastaların %12,5'inin (n=4) sigara kullandığı, %40,6'sının (n=13) sigara kullanmadığı ve %46,9'unun (n=15) sigarayı bıraktığı belirlenirken; gruplar arasında sigara kullanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlendi ($\chi^2=2,175$, $p=0,359$), (Tablo 1).

Hastaların alkol kullanma durumuna göre dağılımı incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %25,0'inin (n=8) alkol kullandığı, %50,0'sinin (n=16) alkol kullanmadığı ve %25,0'inin (n=8) alkol kullanmayı bıraktığı, kontrol grubundaki hastaların %6,30'unun (n=2) alkol kullandığı, %78,1'inin (n=25) alkol kullanmadığı ve %15,6'sının (n=5) alkol kullanmayı bıraktığı belirlenirken; kontrol grubunda alkol kullanmayan hastaların fazlalığı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($\chi^2=6,128$, $p=0,039$), (Tablo 1).

Hastaların birlikte yaşanan kişi sayısına göre dağılımı incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %6,30'unun (n=2) yalnız yaşadığı, %93,8'inin (n=30) iki kişi ve üzeri sayıda kişi ile yaşadığı, kontrol grubundaki hastaların %9,40'ının (n=3) yalnız yaşadığı, %90,6'sının (n=29) iki kişi ve üzeri sayıda kişi ile yaşadığı belirlenirken; gruplar arasında birlikte yaşanan kişi sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlendi ($\chi^2=0,217$, $p=0,641$), (Tablo 1).

Hastaların birlikte yaşadığı kişinin eğitim düzeyine göre dağılımı incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %6,70'inin (n=2) okur yazar değil, %6,70'inin (n=2) okur yazar, %53,3'ünün (n=16) ilköğretim, %20,0'sinin (n=6) lise ve %13,3'ünün (n=4) üniversite ve üzeri eğitim aldığı belirlenirken; kontrol grubundaki hastaların %20,7'sinin (n=6) okur yazar değil, %3,40'ının (n=1) okur yazar, %65,5'inin (n=19) ilköğretim, %3,40'ının (n=1) lise ve %6,90'ının (n=2) üniversite ve üzeri eğitim aldığı belirlendi. Gruplar arasında birlikte yaşanan kişinin eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlendi ($\chi^2=6,620$, $p=0,142$), (Tablo 1).

Hastaların sosyal çevreden alınan destek düzeyine göre dağılımı incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %34,3'ünün (n=11) çok iyi, %59,4'ünün (n=19) iyi, %6,30'unun (n=2) yetersiz/destek yok, kontrol grubundaki hastaların %25,0'inin (n=8) çok iyi, %71,9'unun (n=23) iyi, %3,10'unun (n=1) yetersiz/destek yok olduğu belirlenirken; gruplar arasında sosyal çevreden alınan destek düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlendi ($\chi^2=1,266$, $p=0,555$), (Tablo 1).

Tablo 2. Hastaların otonomi düzeyi (n=64)

	OTONOMİ PUAN ORTALAMASI						<i>Gruplar Arasındaki Farkın Anlamlılığı</i>	
	DENEY GRUBU (n=32)			KONTROL GRUBU (n=32)				
OTONOMİ ALT BOYUTU	<i>Taburculuk Günü Ort±Ss</i>	<i>Taburculuk Sonrası 6. Hafta Ort±Ss</i>	<i>Anlamlılık</i>	<i>Taburculuk Günü Ort±Ss</i>	<i>Taburculuk Sonrası 6. Hafta Ort±Ss</i>	<i>Anlamlılık</i>	<i>Taburculuk Günü</i>	<i>Taburculuk Sonrası 6. Hafta</i>
<i>Günlük Yaşam Aktiviteleri</i>	-20,17±6,78	-2,20±1,71	Z=-4,937* p=0,000	-22,07±9,69	-8,06±4,40	Z=-4,938* p=0,000	Z=-0,524 p=0,600	Z=-5,778 [†] p=0,000
<i>İletişim</i>	-0,96±0,82	-0,96±0,82	Z=0,000* p=1,000	-1,03±0,82	-1,03±0,82	Z=0,000* p=1,000	Z=-0,413 p=0,679	Z=-0,413 [†] p=0,679
<i>Zihinsel Fonksiyonlar</i>	-0,96±1,17	-0,87±1,03	Z=-1,732* p=0,083	-1,00±1,16	-0,96±1,14	Z=-1,000* p=0,317	Z=-0,122 p=0,903	Z=-2,216 [†] p=0,829
<i>Toplam</i>	-22,10±7,02	-4,04±2,52	Z=-4,937* p=0,000	-24,10±9,81	-10,06±4,40	Z=-4,938* p=0,000	Z=-0,638 p=0,523	Z=-5,565 [†] p=0,000

Ort: ortalama; Ss: standart sapma.

* Wilcoxon Signed Rank Test, † Mann Whitney U Test

NOT: Taburculuk günü ve taburculuktan 6 hafta sonra tüm iletişim puanlarının aynı seyretmiş olması nedeniyle istatistiksel karşılaştırma yapılamamıştır.

Hastaların otonomi puan ortalamalarına göre dağılımı Tablo 2’de yer almaktadır.

Deney grubu hastaların otonomi ölçeği günlük yaşam aktiviteleri alt boyutu puan ortalamasının taburculuk günü -20,17±6,78, taburculuk sonrası 6.haftada -2,20±1,71 olduğu ve taburculuk sonrası 6.haftada puan ortalamasının yüksek olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (Z=-4,937, p=0,000), (Tablo 2).

Deney grubu hastaların otonomi ölçeği iletişim alt boyutu puan ortalamasının taburculuk günü -0,96±0,82, taburculuk sonrası 6.haftada -0,96±0,82 olduğu ve gruplar

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi ($Z=0,000$, $p=1,000$), (Tablo 2).

Deney grubu hastaların otonomi ölçeği zihinsel fonksiyonlar alt boyutu puan ortalamasının taburculuk günü $-0,96\pm 1,17$, taburculuk sonrası 6.haftada $-0,87\pm 1,03$ olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi ($Z=-1,732$, $p=0,083$), (Tablo 2).

Deney grubu hastaların otonomi ölçeği toplam puan ortalamasının taburculuk günü $22,10\pm 7,02$, taburculuk sonrası 6.haftada $-4,04\pm 2,52$ olduğu ve taburculuk sonrası 6.haftada puan ortalamasının yüksek olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($Z=-4,937$, $p=0,000$), (Tablo 2).

Kontrol grubu hastaların otonomi ölçeği günlük yaşam aktiviteleri alt boyutu puan ortalamasının taburculuk günü $-22,07\pm 9,69$, taburculuk sonrası 6.haftada $-8,06\pm 4,40$ olduğu ve taburculuk sonrası 6.haftada puan ortalamasının yüksek olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($Z=-4,938$, $p=0,000$), (Tablo 2).

Kontrol grubu hastaların otonomi ölçeği iletişim alt boyutu puan ortalamasının taburculuk günü $-1,03\pm 0,82$, taburculuk sonrası 6.haftada $-1,03\pm 0,82$ olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi ($Z=0,000$, $p=1,000$), (Tablo 2).

Kontrol grubu hastaların otonomi ölçeği zihinsel fonksiyonlar alt boyutu puan ortalamasının taburculuk günü $-1,00\pm 1,16$, taburculuk sonrası 6.haftada $-0,96\pm 1,14$ olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi ($Z=-1,000$, $p=0,317$), (Tablo 2).

Kontrol grubu hastaların otonomi ölçeği toplam puan ortalamasının taburculuk günü $24,10\pm 9,81$, taburculuk sonrası 6.haftada $-10,06\pm 4,40$ olduğu ve taburculuk sonrası 6.haftada puan ortalamasının yüksek olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($Z=-4,938$, $p=0,000$), (Tablo 2).

Gruplar Arası Taburculuk Günü Farkın Anlamlılığı

Hastaların taburculuk günü, otonomi ölçeği günlük yaşam aktiviteleri alt boyutu puan ortalamasının deney grubunun $-20,17\pm 6,78$, kontrol grubunun $-22,07\pm 9,69$ olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi ($Z=-0,524$, $p=0,600$), (Tablo 2).

Hastaların taburculuk günü, otonomi ölçeği iletişim alt boyutu puan ortalamasının deney grubunun $-0,96\pm0,82$, kontrol grubunun $-1,03\pm0,82$ olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi ($Z=-0,413$, $p=0,679$), (Tablo 2).

Hastaların taburculuk günü, otonomi ölçeği zihinsel fonksiyonlar alt boyutu puan ortalamasının deney grubunun $-0,96\pm1,17$, kontrol grubunun $-1,00\pm1,16$ olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi ($Z=-0,122$, $p=0,903$), (Tablo 2).

Hastaların taburculuk günü, otonomi ölçeği toplam puan ortalamasının deney grubunun $-22,10\pm7,02$, kontrol grubunun $-24,10\pm9,81$ olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi ($Z=-0,638$, $p=0,523$), (Tablo 2).

Gruplar Arası 6. Haftada Farkın Anlamlılığı

Hastaların taburculuk sonrası 6.haftada, otonomi ölçeği günlük yaşam aktiviteleri alt boyutu puan ortalamasının deney grubunun $-2,20\pm1,71$, kontrol grubunun $-8,06\pm4,40$ olduğu ve deney grubunun puan ortalamasının yüksek olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($Z=-5,778$, $p=0,000$), (Tablo 2).

Hastaların taburculuk sonrası 6.haftada, otonomi ölçeği iletişim alt boyutu puan ortalamasının deney grubunun $-0,96\pm0,82$, kontrol grubunun $-1,03\pm0,82$ olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi ($Z=-0,413$, $p=0,679$), (Tablo 2).

Hastaların taburculuk sonrası 6.haftada, otonomi ölçeği zihinsel fonksiyonlar alt boyutu puan ortalamasının deney grubunun $-0,87\pm1,03$, kontrol grubunun $-0,96\pm1,14$ olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi ($Z=-2,216$, $p=0,829$), (Tablo 2).

Hastaların taburculuk sonrası 6.haftada, otonomi ölçeği toplam puan ortalamasının deney grubunun $-4,04\pm2,52$, kontrol grubunun $-10,06\pm4,40$ olduğu ve deney grubunun puan ortalamasının yüksek olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($Z=-5,565$, $p=0,000$), (Tablo 2).

Tablo 3. Hastaların yaş grupları ve otonomi düzeyi

		OTONOMİ PUAN ORTALAMASI			
		DENEY GRUBU (n=32)		KONTROL GRUBU (n=32)	
OTONOMİ BOYUTU	Yaş Grupları	Taburculuk Günü Ort±Ss	Taburculuktan Sonra 6. Hafta Ort±Ss	Taburculuk Günü Ort±Ss	Taburculuktan Sonra 6. Hafta Ort±Ss
<i>Günlük Yaşam Aktiviteleri</i>	65-74	-18,95±4,60	-1,70±1,26	-19,75±8,24	-7,19±3,71
	75-84	-23,81±10,67	-3,68±2,08	-32,16±9,62	-11,83±5,48
		<i>F=13,955 p=0,000*</i>		<i>F=12,556 p=0,001*</i>	
<i>İletişim^a</i>	65-74	-0,87±0,67	-0,87±0,67	-1,03±0,87	-1,03±0,87
	75-84	-1,25±1,16	-1,25±1,16	-1,00±0,63	-1,00±0,63
<i>^aTaburculuk öncesi ve taburculuktan 6 hafta sonra tüm iletişim puanlarının aynı seyretmiş olması nedeniyle varyans analizi hesaplanmamıştır.</i>					
<i>Zihinsel Fonksiyonlar</i>	65-74	-0,87±1,11	-0,79±0,93	-0,88±1,10	-0,88±1,10
	75-84	-1,25±1,38	-1,12±1,35	-1,50±1,37	-1,33±1,36
		<i>F=1,924 p=0,171</i>		<i>F=1,355 p=0,249</i>	
<i>Toplam</i>	65-74	-20,70±4,66	-3,37±2,20	-21,67±8,02	-9,11±3,56
	75-84	-26,31±10,96	-6,06±2,45	-34,66±10,51	-14,16±5,62
		<i>F=15,915 p=0,000*</i>		<i>F=15,333 p=0,000*</i>	

Ort: ortalama; Ss: standart sapma.

*p<0,05 F=İlişkili Örneklem İki Yönlü Varyans Analizi

Hastaların otonomi puan ortalamalarının yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 3'te yer almaktadır.

Deney grubu 65-74 ve 75-84 yaş gruplarındaki hastaların otonomi ölçeği ve alt boyutlarının taburculuk günü ve taburculuk sonrası 6.haftada puan ortalamaları incelendiğinde; taburculuk sonrası 6.haftada günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamasının (F=13,955, p=0,000), ve toplam ölçek puan ortalamasının 65-74 yaş grubunda yüksek olmasının istatistiksel olarak anlamlı (F=15,915, p=0,000) olduğu belirlendi. Zihinsel fonksiyonlar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (F=1,924, p=0,171), (Tablo 3).

Kontrol grubu 65-74 ve 75-84 yaş gruplarındaki hastaların otonomi ölçeği ve alt boyutlarının taburculuk günü ve taburculuk sonrası 6.haftada puan ortalamaları incelendiğinde; zihinsel fonksiyonlar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

farkın olmadığı ($F=1,355$, $p=0,249$), taburculuk sonrası 6. Haftada günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamasının ($F=12,556$, $p=0,001$) ve toplam ölçek puan ortalamasının 65-74 yaş grubunda yüksek olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F=15,333$, $p=0,000$) belirlendi (Tablo 3).

Tablo 4. Hastaların cinsiyeti ve otonomi düzeyi (n=64)

		OTONOMİ PUAN ORTALAMASI			
		DENEY GRUBU (n=32)		KONTROL GRUBU (n=32)	
OTONOMİ BOYUTU	Cinsiyet	Taburculuk Günü Ort±Ss	Taburculuktan Sonra 6. Hafta Ort±Ss	Taburculuk Günü Ort±Ss	Taburculuktan Sonra 6. Hafta Ort±Ss
<i>Günlük Yaşam Aktiviteleri</i>	Kadın	-23,00±7,57	-2,14±1,51	-30,37±10,19	-11,18±5,59
	Erkek	-19,38±6,48	-2,22±1,79	-19,31±7,95	-7,02±3,47
		<i>F=2,220 p=0,147</i>		<i>F=7,660 p=0,010*</i>	
<i>İletişim^a</i>	Kadın	-1,00±1,00	-1,00±1,00	-0,87±0,64	-0,87±0,64
	Erkek	-0,96±0,78	-0,96±0,78	-1,08±0,88	-1,08±0,88
<i>^aTaburculuk öncesi ve taburculuktan 6 hafta sonra tüm iletişim puanlarının aynı seyretmiş olması nedeniyle varyans analizi hesaplanmamıştır.</i>					
<i>Zihinsel Fonksiyonlar</i>	Kadın	-0,85±1,06	-0,71±0,75	-1,37±1,30	-1,25±1,28
	Erkek	-1,00±1,22	-0,92±1,11	-0,87±1,11	-0,87±1,11
		<i>F=0,240 p=0,628</i>		<i>F=3,214 p=0,083</i>	
<i>Toplam</i>	Kadın	-24,85±7,91	-3,85±2,23	-32,62±10,23	-13,31±5,07
	Erkek	-21,34±6,72	-4,10±2,63	-21,27±8,02	-8,97±3,65
		<i>F=2,353 p=0,135</i>		<i>F=7,797 p=0,009*</i>	

Ort: ortalama; Ss: standart sapma.

* $p<0,01$ $F=İlişkili Örneklem İki Yönlü Varyans Analizi$

Hastaların otonomi puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 4'te yer almaktadır.

Deney grubu kadın ve erkek hastaların otonomi ölçeği ve alt boyutlarının taburculuk günü ve taburculuk sonrası 6.haftada puan ortalamaları incelendiğinde; günlük yaşam aktiviteleri ($F=2,220$, $p=0,147$), zihinsel fonksiyonlar ($F=0,240$, $p=0,628$) ve toplam ölçek puan ortalamalarında ($F=2,353$, $p=0,135$) istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (Tablo 4).

Kontrol grubu kadın ve erkek hastaların otonomi ölçeği ve alt boyutlarının taburculuk günü ve taburculuk sonrası 6.haftada puan ortalamaları incelendiğinde; zihinsel fonksiyonlar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($F=3,214$, $p=0,083$),

taburculuk sonrası 6.haftada günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamasının erkek hastalarda (F=7,660, p=0,010) ve toplam ölçek puan ortalamasının erkek hastalarda yüksek olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu (F=7,797, p=0,009) belirlendi (Tablo 4).

Tablo 5. Hastaların medeni durumu ve otonomi düzeyi (n=64)

		OTONOMİ PUAN ORTALAMASI			
		DENEY GRUBU (n=32)		KONTROL GRUBU (n=32)	
OTONOMİ ALT BOYUTU	Medeni Durum	Taburculuk Günü Ort±Ss	Taburculuktan Sonra 6. Hafta Ort±Ss	Taburculuk Günü Ort±Ss	Taburculuktan Sonra 6. Hafta Ort±Ss
<i>Günlük Yaşam Aktiviteleri</i>	Evli	-19,37±6,08	-2,18±1,77	-21,00±9,57	-7,50±4,00
	Bekar	-24,50±9,40	-2,30±1,48	-29,62±7,73	-12,00±5,70
		<i>F=3,252 p=0,081</i>		<i>F=1,330 p=0,258</i>	
<i>İletişim^a</i>	Evli	-0,88±0,80	-0,88±0,80	-1,03±0,83	-1,03±0,83
	Bekar	-1,40±0,89	-1,40±0,89	-1,00±0,81	-1,00±0,81
<i>^aTaburculuk öncesi ve taburculuktan 6 hafta sonra tüm iletişim puanlarının aynı seyretmiş olması nedeniyle varyans analizi hesaplanmamıştır.</i>					
<i>Zihinsel Fonksiyonlar</i>	Evli	-1,07±1,23	-0,96±1,09	-0,92±1,08	-0,89±1,06
	Bekar	-0,40±0,54	-0,40±0,54	-1,50±1,73	-1,50±1,73
		<i>F=0,586 p=0,450</i>		<i>F=0,139 p=0,712</i>	
<i>Toplam</i>	Evli	-21,33±6,42	-4,03±2,68	-22,96±9,53	-9,42±3,91
	Bekar	-26,30±9,39	-4,10±1,51	-32,12±8,98	-14,40±5,67
		<i>F=3,165 p=0,085</i>		<i>F=1,277 p=0,267</i>	

Ort: ortalama; Ss: standart sapma.

p<0,05 F=İlişkili Örneklem İki Yönlü Varyans Analizi

Hastaların otonomi puan ortalamalarının medeni duruma göre dağılımı Tablo 5'te yer almaktadır.

Deney grubu evli ve bekar hastaların otonomi ölçeği ve alt boyutlarının taburculuk günü ve taburculuk sonrası 6.haftada puan ortalamaları incelendiğinde; günlük yaşam aktiviteleri (F=3,250, p=0,081), zihinsel fonksiyonlar (F=0,586, p=0,450) ve toplam ölçek puan ortalamalarında (F=3,165, p=0,085) istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (Tablo 5).

Kontrol grubu evli ve bekar hastaların otonomi ölçeği ve alt boyutlarının taburculuk günü ve taburculuk sonrası 6.haftada puan ortalamaları incelendiğinde; günlük yaşam aktiviteleri (F=1,330, p=0,258), zihinsel fonksiyonlar (F=0,139, p=0,712) ve toplam ölçek puan ortalamalarında (F=1,277, p=0,267) istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (Tablo 5).

Tablo 6. Hastaların eğitim durumu ve otonomi düzeyi (n=64)

		OTONOMİ PUAN ORTALAMASI			
		DENEY GRUBU (n=32)		KONTROL GRUBU (n=32)	
OTONOMİ ALT BOYUTU	Eğitim Düzeyi	Taburculuk Günü Ort±Ss	Taburculuktan Sonra 6. Hafta Ort±Ss	Taburculuk Günü Ort±Ss	Taburculuktan Sonra 6. Hafta Ort±Ss
Günlük Yaşam Aktiviteleri	Okuryazar değil	-32,00±0,00	-4,50±0,00	-31,50±11,08	-13,20±4,96
	Okuryazar	-23,25±14,49	-2,00±1,41	-31,50±0,00	-9,50±0,00
	İlköğretim	-19,00±5,98	-2,08±1,69	-20,72±8,11	-7,37±3,57
	Lise	-20,75±0,35	-3,25±2,47	-14,50±0,00	-4,50±0,00
	Üniversite	-22,12±8,60	-1,87±1,93	-5,50±0,00	-1,00±0,00
		F=1,161 p=0,350		F=1,629 p=0,196	
İletişim^a	Okuryazar değil	-1,00±0,00	-1,00±0,00	-0,40±0,54	-0,40±0,54
	Okuryazar	-2,00±1,41	-2,00±1,41	-2,00±0,00	-2,00±0,00
	İlköğretim	-0,82±0,77	-0,82±0,77	-1,08±0,82	-1,08±0,82
	Lise	-1,00±1,41	-1,00±1,41	-1,00±0,00	-1,00±0,00
	Üniversite	-1,25±0,50	-1,25±0,50	-2,00±0,00	-2,00±0,00
		F=0,285 p=0,885		F=1,424 p=0,253	
Zihinsel Fonksiyonlar	Okuryazar değil	0,00±0,00	0,00±0,00	-0,80±0,83	-0,60±0,54
	Okuryazar	-0,50±0,70	-0,50±0,70	-2,00±0,00	-2,00±0,00
	İlköğretim	-1,08±1,27	-0,95±1,10	-1,00±1,25	-1,00±1,25
	Lise	-1,50±0,70	-1,50±0,70	0,00±0,00	0,00±0,00
	Üniversite	-0,50±1,00	-0,50±1,00	-2,00±0,00	-2,00±0,00
		F=0,285 p=0,885		F=1,424 p=0,253	
Toplam	Okuryazar değil	-33,00±0,00	-5,50±0,00	-32,70±11,68	-14,20±5,14
	Okuryazar	-25,75±15,20	-4,50±2,12	-35,50±0,00	-13,50±0,00
	İlköğretim	-20,91±6,15	-3,86±2,49	-22,81±8,38	-9,45±3,85
	Lise	-23,25±2,47	-5,75±4,59	-15,50±0,00	-5,50±0,00
	Üniversite	-23,87±9,41	-3,62±2,86	-9,50±0,00	-5,50±0,00
		F=1,135 p=0,361		F=1,649 p=0,191	

Ort: ortalama; Ss: standart sapma.

p<0,05 F=İlişkili Örneklem İki Yönlü Varyans Analizi

Hastaların otonomi puan ortalamalarının eğitim düzeyine göre dağılımı Tablo 6'da yer almaktadır.

Deney grubu hastaların eğitim düzeyine göre otonomi ölçeği ve alt boyutlarının taburculuk günü ve taburculuk sonrası 6.haftada puan ortalamaları incelendiğinde; günlük yaşam aktiviteleri (F=1,161, p=0,350), zihinsel fonksiyonlar (F=0,285, p=0,885) ve toplam ölçek puan ortalamalarında (F=1,135, p=0,361) istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (Tablo 6).

Kontrol grubu hastaların eğitim düzeyine göre otonomi ölçeği ve alt boyutlarının taburculuk günü ve taburculuk sonrası 6.haftada puan ortalamaları incelendiğinde; günlük yaşam aktiviteleri (F=1,629, p=0,196), zihinsel fonksiyonlar (F=1,424, p=0,253) ve toplam ölçek puan ortalamalarında (F=1,649, p=0,191) istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (Tablo 6).

Tablo 7. Hastaların çalışma durumu ve otonomi düzeyi (n=64)

		OTONOMİ PUAN ORTALAMASI			
		DENEY GRUBU (n=32)		KONTROL GRUBU (n=32)	
OTONOMİ ALT BOYUTU	Çalışma Durumu	Taburculuk Günü Ort±Ss	Taburculuktan Sonra 6. Hafta Ort±Ss	Taburculuk Günü Ort±Ss	Taburculuktan Sonra 6. Hafta Ort±Ss
<i>Günlük Yaşam Aktiviteleri</i>	Çalışıyor	-19,25±3,01	-1,50±2,38	-15,00±7,77	-7,25±3,88
	Çalışmıyor	-20,30±7,18	-2,30±1,62	-22,55±9,73	-8,11±4,48
		F=0,006 p=0,939		F=1,905 p=0,178	
<i>İletişim^a</i>	Çalışıyor	-1,00±0,81	-1,00±0,81	0,00±0,00	0,00±0,00
	Çalışmıyor	-0,96±0,83	-0,96±0,83	-1,10±0,80	-1,10±0,80
<i>^aTaburculuk öncesi ve taburculuktan 6 hafta sonra tüm iletişim puanlarının aynı seyretmiş olması nedeniyle varyans analizi hesaplanmamıştır.</i>					
<i>Zihinsel Fonksiyonlar</i>	Çalışıyor	-0,75±0,95	-0,75±0,95	-0,50±0,70	-0,50±0,70
	Çalışmıyor	-1,00±1,21	-0,89±1,06	-1,03±1,18	-1,00±1,17
		F=0,450 p=0,507		F=0,065 p=0,801	
<i>Toplam</i>	Çalışıyor	-21,00±3,80	-3,25±4,03	-15,50±7,07	-7,75±3,18
	Çalışmıyor	-22,26±7,40	-4,16±2,32	-24,68±9,79	-10,21±4,46
		F=0,013 p=0,911		F=1,881 p=0,180	

Ort: ortalama; Ss: standart sapma.

p<0,05 F=İlişkili Örneklem İki Yönlü Varyans Analizi

Hastaların otonomi puan ortalamalarının çalışma duruma göre dağılımı Tablo 7’de yer almaktadır.

Deney grubu çalışan ve çalışmayan hastaların otonomi ölçeği ve alt boyutlarının taburculuk günü ve taburculuk sonrası 6.haftada puan ortalamaları incelendiğinde; günlük

yaşam aktiviteleri (F=0,006, p=0,939), zihinsel fonksiyonlar (F=0,450, p=0,507) ve toplam ölçek puan ortalamalarında (F=0,013, p=0,911) istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (Tablo 7).

Kontrol grubu çalışan ve çalışmayan hastaların otonomi ölçeği ve alt boyutlarının taburculuk günü ve taburculuk sonrası 6.haftada puan ortalamaları incelendiğinde; günlük yaşam aktiviteleri (F=1,905, p=0,178), zihinsel fonksiyonlar (F=0,065, p=0,801) ve toplam ölçek puan ortalamalarında (F=1,881, p=0,180) istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (Tablo 7).

Tablo 8. Hastaların yaşadığı yer ve otonomi düzeyi (n=64)

		OTONOMİ PUAN ORTALAMASI			
		DENEY GRUBU (n=32)		KONTROL GRUBU (n=32)	
OTONOMİ ALT BOYUTU	Yaşamın Uzun Döneminin Geçirildiği Yerleşim Yeri	Taburculuk Günü Ort±Ss	Taburculuktan Sonra 6. Hafta Ort±Ss	Taburculuk Günü Ort±Ss	Taburculuktan Sonra 6. Hafta Ort±Ss
<i>Günlük Yaşam Aktiviteleri</i>	Kentsel bölge	-19,80±6,44	-1,94±1,38	21,78±11,02	-8,28±4,79
	Kırsal bölge	-21,75±8,58	-3,33±2,60	-22,37±8,52	-7,84±4,11
		<i>F=0,041 p=0,841</i>		<i>F=0,183 p=0,672</i>	
<i>İletişim^a</i>	Kentsel bölge	-1,03±0,82	-1,03±0,82	-1,12±0,95	-1,03±0,82
	Kırsal bölge	-0,66±0,81	-0,66±0,81	-0,93±0,68	-0,66±0,81
<i>^aTaburculuk öncesi ve taburculuktan 6 hafta sonra tüm iletişim puanlarının aynı seyretmiş olması nedeniyle varyans analizi hesaplanmamıştır.</i>					
<i>Zihinsel Fonksiyonlar</i>	Kentsel bölge	-0,92±1,09	-0,83±1,16	-1,00±0,89	-0,93±0,85
	Kırsal bölge	-1,16±1,60	-0,88±1,93	-1,00±1,41	-1,00±1,41
		<i>F=5,541 p=0,025*</i>		<i>F=1,000 p=0,325</i>	
<i>Toplam</i>	Kentsel bölge	-21,76±6,97	-3,86±2,44	-23,90±11,01	-10,34±4,66
	Kırsal bölge	-23,58±7,73	-4,83±2,94	-24,31±8,81	-9,78±4,25
		<i>F=0,099 p=0,755</i>		<i>F=0,158 p=0,694</i>	

Ort: ortalama; Ss: standart sapma.

**p*<0,05 *F*=İlişkili Örneklem İki Yönlü Varyans Analizi

Hastaların otonomi puan ortalamalarının yaşadığı yere göre dağılımı Tablo 8'de yer almaktadır.

Deney grubu kentsel ve kırsal bölgedeki hastaların otonomi ölçeği ve alt boyutlarının taburculuk günü ve taburculuk sonrası 6.haftada puan ortalamaları incelendiğinde; günlük yaşam aktiviteleri (F=0,041, p=0,841) ve toplam ölçek puan ortalamalarında (F=0,099,

p=0,755) istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı, taburculuk sonrası 6.haftada zihinsel fonksiyonlar puan ortalamasının yüksek olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (F=5,541, p=0,025), (Tablo 8).

Kontrol grubu kentsel ve kırsal bölgedeki hastaların otonomi ölçeği ve alt boyutlarının taburculuk günü ve taburculuk sonrası 6.haftada puan ortalamaları incelendiğinde; günlük yaşam aktiviteleri (F=0,183, p=0,672), zihinsel fonksiyonlar (F=1,000, p=0,325) ve toplam ölçek puan ortalamalarında (F=0,158, p=0,694) istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (Tablo 8).

Tablo 9. Hastaların sigara kullanma durumu ve otonomi düzeyi (n=64)

		OTONOMİ PUAN ORTALAMASI			
		DENEY GRUBU (n=32)		KONTROL GRUBU (n=32)	
OTONOMİ ALT BOYUTU	Sigara Kullanma Durumu	Taburculuk Günü Ort±Ss	Taburculuktan Sonra 6. Hafta Ort±Ss	Taburculuk Günü Ort±Ss	Taburculuktan Sonra 6. Hafta Ort±Ss
Günlük Yaşam Aktiviteleri	Evet, kullanıyor	-21,00±0,00	-2,50±0,00	-16,62±4,17	-6,12±1,54
	Hayır, kullanmıyor	-18,50±5,63	-1,37±1,29	-28,46±8,98	-10,50±5,38
	Bırakmış	-21,18±7,54	-2,71±1,81	-18,00±8,43	-6,46±2,87
		F=0,185	p=0,832	F=4,716	p=0,017*
İletişim^a	Evet, kullanıyor	-1,00±0,00	-1,00±0,00	-2,00±0,81	-2,00±0,81
	Hayır, kullanmıyor	-0,66±0,65	-0,66±0,65	-0,84±0,68	-0,84±0,68
	Bırakmış	-1,15±0,89	-1,15±0,89	-0,93±0,79	-0,93±0,79
^a Taburculuk öncesi ve taburculuktan 6 hafta sonra tüm iletişim puanlarının aynı seyretmiş olması nedeniyle varyans analizi hesaplanmamıştır.					
Zihinsel Fonksiyonlar	Evet, kullanıyor	-1,00±0,00	-1,00±0,00	-2,25±1,70	-2,25±1,70
	Hayır, kullanmıyor	-1,16±1,40	-1,00±1,12	-0,84±1,21	-0,76±1,16
	Bırakmış	-0,84±1,06	-0,78±1,03	-0,80±0,77	-0,80±0,77
		F=0,581	p=0,566	F=0,717	p=0,496
Toplam	Evet, kullanıyor	-23,00±0,00	-4,50±0,00	-20,87±3,44	-10,37±1,37
	Hayır, kullanmıyor	-20,33±5,35	-3,04±2,32	-30,15±9,57	-12,11±5,49
	Bırakmış	-23,18±8,00	-4,65±2,56	-19,73±8,64	-8,20±2,99
		F=0,157	p=0,855	F=4,722	p=0,017*

Ort: ortalama; Ss: standart sapma.

* p<0,05 F=İlişkili Örneklem İki Yönlü Varyans Analizi

Hastaların otonomi puan ortalamalarının sigara kullanma durumuna göre dağılımı Tablo 9’da yer almaktadır.

Deney grubu sigara kullanan, kullanmayan ve bırakmış olan hastaların otonomi ölçeği ve alt boyutlarının taburculuk günü ve taburculuk sonrası 6.haftada puan ortalamaları

incelendiğinde; günlük yaşam aktiviteleri ($F=0,185$, $p=0,832$), zihinsel fonksiyonlar ($F=0,581$, $p=0,566$) ve toplam ölçek puan ortalamalarında ($F=0,157$, $p=0,855$) istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (Tablo 9).

Kontrol grubu sigara kullanan, kullanmayan ve bırakmış olan hastaların otonomi ölçeği ve alt boyutlarının taburculuk günü ve taburculuk sonrası 6.haftada puan ortalamaları incelendiğinde; zihinsel fonksiyonlar puan ortalamalarında ($F=0,717$, $p=0,496$) istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı, taburculuk sonrası 6.haftada sigara kullananların ve sigarayı bırakmış olanların günlük yaşam aktiviteleri alt boyutunun ($F=4,716$, $p=0,017$) ve toplam ölçek puan ortalamalarının ($F=4,722$, $p=0,017$) yüksek olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (Tablo 9).

Tablo 10. Hastaların alkol kullanma durumu ve otonomi düzeyi (n=64)

		OTONOMİ PUAN ORTALAMASI			
		DENEY GRUBU (n=32)		KONTROL GRUBU (n=32)	
OTONOMİ ALT BOYUTU	Alkol Kullanma Durumu	Taburculuk Günü Ort±Ss	Taburculuktan Sonra 6. Hafta Ort±Ss	Taburculuk Günü Ort±Ss	Taburculuktan Sonra 6. Hafta Ort±Ss
Günlük Yaşam Aktiviteleri	Evet, kullanıyor	-20,18±7,19	-1,87±1,27	-22,75±11,66	-6,25±2,47
	Hayır, kullanmıyor	-20,71±6,31	-1,87±1,46	-23,76±9,33	-8,84±4,38
	Bırakmış	-19,06±8,02	-3,18±2,29	-13,40±7,72	-4,90±3,89
		$F=0,675$ $p=0,517$		$F=2,202$ $p=0,129$	
İletişim^a	Evet, kullanıyor	-1,00±0,75	-1,00±0,75	-1,00±0,00	-1,00±0,00
	Hayır, kullanmıyor	-0,93±0,77	-0,93±0,77	-1,12±0,83	-1,12±0,83
	Bırakmış	-1,00±1,06	-1,00±1,06	-0,60±0,89	-0,60±0,89
^a Taburculuk öncesi ve taburculuktan 6 hafta sonra tüm iletişim puanlarının aynı seyretmiş olması nedeniyle varyans analizi hesaplanmamıştır.					
Zihinsel Fonksiyonlar	Evet, kullanıyor	-1,00±1,41	-0,87±1,12	-0,50±0,70	-0,50±0,70
	Hayır, kullanmıyor	-0,68±0,87	-0,62±0,71	-1,04±1,27	-1,00±1,25
	Bırakmış	-1,50±1,41	-1,37±1,40	-1,00±0,70	-1,00±0,70
		$F=0,169$ $p=0,846$		$F=0,132$ $p=0,877$	
Toplam	Evet, kullanıyor	-22,18±7,26	-3,75±2,50	-24,25±12,37	-7,75±3,18
	Hayır, kullanmıyor	-22,34±6,60	-3,43±2,27	-25,92±9,37	-10,96±4,27
	Bırakmış	-21,56±8,47	-5,56±2,69	-15,00±7,59	-6,50±3,82
		$F=0,664$ $p=0,522$		$F=2,171$ $p=0,132$	

Ort: ortalama; Ss: standart sapma.

$p<0,05$ $F=İlişkili Örneklem İki Yönlü Varyans Analizi$

Hastaların otonomi puan ortalamalarının alkol kullanma durumuna göre dağılımı Tablo 10'da yer almaktadır.

Deney grubu alkol kullanan, kullanmayan ve bırakmış olan hastaların otonomi ölçeği ve alt boyutlarının taburculuk günü ve taburculuk sonrası 6.haftada puan ortalamaları incelendiğinde; günlük yaşam aktiviteleri (F=0,675, p=0,517), zihinsel fonksiyonlar (F=0,169, p=0,846) ve toplam ölçek puan ortalamalarında (F=0,664, p=0,522) istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (Tablo 10).

Kontrol grubu alkol kullanan, kullanmayan ve bırakmış olan hastaların otonomi ölçeği ve alt boyutlarının taburculuk günü ve taburculuk sonrası 6.haftada puan ortalamaları incelendiğinde; günlük yaşam aktiviteleri (F=2,202, p=0,129), zihinsel fonksiyonlar (F=0,132, p=0,877) ve toplam ölçek puan ortalamalarında (F=2,171, p=0,132) istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (Tablo 10).

Tablo 11. Hastaların birlikte yaşadığı kişi sayısı ve otonomi düzeyi (n=64)

		OTONOMİ PUAN ORTALAMASI			
		DENEY GRUBU (n=32)		KONTROL GRUBU (n=32)	
OTONOMİ ALT BOYUTU	Birlikte Yaşanan Kişi Sayısı	Taburculuk Günü Ort±Ss	Taburculuktan Sonra 6. Hafta Ort±Ss	Taburculuk Günü Ort±Ss	Taburculuktan Sonra 6. Hafta Ort±Ss
Günlük Yaşam Aktiviteleri	Yalnız yaşıyor	-22,50±13,43	-2,75±2,47	-27,83±8,40	-9,66±4,01
	İki kişi ve üzeri	-20,01±6,52	-2,16±1,70	-21,48±9,75	-7,89±4,47
		F=0,188 p=0,667		F=1,272 p=0,268	
İletişim^a	Yalnız yaşıyor	-1,00±0,00	-1,00±0,00	-0,66±0,57	-0,66±0,57
	İki kişi ve üzeri	-0,96±0,85	-0,96±0,85	-1,06±0,84	-1,06±0,84
^a Taburculuk öncesi ve taburculuktan 6 hafta sonra tüm iletişim puanlarının aynı seyretmiş olması nedeniyle varyans analizi hesaplanmamıştır.					
Zihinsel Fonksiyonlar	Yalnız yaşıyor	-0,50±0,70	-0,50±0,70	-2,00±1,73	-2,00±1,73
	İki kişi ve üzeri	-1,00±1,20	-0,90±1,06	-0,89±1,08	-0,86±1,05
		F=0,208 p=0,651		F=0,100 p=0,753	
Toplam	Yalnız yaşıyor	-24,00±12,72	-4,25±1,76	-30,50±10,25	-12,33±4,48
	İki kişi ve üzeri	-21,98±6,84	-4,03±2,58	-23,44±9,71	-9,82±4,40
		F=0,172 p=0,681		F=1,224 p=0,277	

Ort: ortalama; Ss: standart sapma.

p<0,05 F=İlişkili Örneklem İki Yönlü Varyans Analizi

Hastaların otonomi puan ortalamalarının birlikte yaşadığı kişi sayısına göre dağılımı Tablo 11’de yer almaktadır.

Deney grubu yalnız yaşayan ve iki kişi ve üzerinde kişi ile yaşayan hastaların otonomi ölçeği ve alt boyutlarının taburculuk günü ve taburculuk sonrası 6.haftada puan ortalamaları

incelendiğinde; günlük yaşam aktiviteleri (F=0,188, p=0,667), zihinsel fonksiyonlar (F=0,208, p=0,651) ve toplam ölçek puan ortalamalarında (F=0,172, p=0,681) istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (Tablo 11).

Kontrol grubu yalnız yaşayan ve iki kişi ve üzerinde kişi ile yaşayan hastaların otonomi ölçeği ve alt boyutlarının taburculuk günü ve taburculuk sonrası 6.haftada puan ortalamaları incelendiğinde; günlük yaşam aktiviteleri (F=1,272, p=0,268), zihinsel fonksiyonlar (F=0,100, p=0,753) ve toplam ölçek puan ortalamalarında (F=1,224, p=0,277) istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (Tablo 11).

Tablo 12. Hastaların birlikte yaşadığı kişinin eğitimine göre otonomi düzeyi (n=64)

		OTONOMİ PUAN ORTALAMASI			
		DENEY GRUBU (n=32)		KONTROL GRUBU (n=32)	
OTONOMİ ALT BOYUTU	Birlikte Yaşanan Kişinin Eğitim Düzeyi	Taburculuk Günü Ort±Ss	Taburculuktan Sonra 6. Hafta Ort±Ss	Taburculuk Günü Ort±Ss	Taburculuktan Sonra 6. Hafta Ort±Ss
Günlük Yaşam Aktiviteleri	Okuryazar değil	-22,75±2,47	-3,00±0,70	-20,83±8,31	-9,16±4,83
	Okuryazar	-12,75±8,13	-1,25±0,35	-35,50±0,00	-14,50±0,00
	İlköğretim	-19,90±5,61	-2,25±1,92	-22,50±9,87	-7,73±4,27
	Lise	-22,33±8,84	-2,33±2,13	-15,00±0,00	-7,00±0,00
	Üniversite	-19,25±6,89	-1,62±0,47	-10,00±6,36	-2,75±2,47
		F=0,846 p=0,499		F=1,242 p=0,320	
İletişim^a	Okuryazar değil	-2,00±1,41	-2,00±1,41	-0,16±0,40	-0,16±0,40
	Okuryazar	-0,50±0,70	-0,50±0,70	0,00±0,00	0,00±0,00
	İlköğretim	-0,75±0,68	-0,75±0,68	-1,26±0,65	-1,26±0,65
	Lise	-1,16±1,16	-1,16±1,16	-3,00±0,00	-3,00±0,00
	Üniversite	-1,25±0,50	-1,25±0,50	-1,50±0,70	-1,50±0,70
		F=0,673 p=0,617		F=0,115 p=0,976	
Zihinsel Fonksiyonlar	Okuryazar değil	-2,00±1,41	-2,00±1,41	-1,00±0,63	-1,00±0,63
	Okuryazar	0,00±0,00	0,00±0,00	0,00±0,00	0,00±0,00
	İlköğretim	-1,18±1,37	-1,00±1,15	-0,84±1,21	-0,78±1,18
	Lise	-1,00±0,89	-1,00±0,89	-2,00±0,00	-2,00±0,00
	Üniversite	-0,25±0,50	-0,25±0,50	-1,00±1,41	-1,00±1,41
		F=0,673 p=0,617		F=0,115 p=0,976	
Toplam	Okuryazar değil	-26,75±5,30	-7,00±3,53	-22,00±8,27	-10,33±4,76
	Okuryazar	-12,25±7,42	-1,75±1,06	-35,50±0,00	-14,50±0,00
	İlköğretim	-21,86±5,26	-4,00±2,34	-24,60±10,13	-9,78±4,47
	Lise	-24,50±9,77	-4,50±3,54	-20,00±0,00	-12,00±0,00
	Üniversite	-20,75±6,84	-3,12±0,85	-12,50±4,24	-5,25±0,35
		F=0,879 p=0,490		F=1,221 p=0,328	

Ort: ortalama; Ss: standart sapma.

p<0,05 F=İlişkili Örneklem İki Yönlü Varyans Analizi

Hastaların otonomi puan ortalamalarının birlikte yaşadığı kişinin eğitim düzeyine göre dağılımı Tablo 12’de yer almaktadır.

Deney grubu hastaların birlikte yaşanan kişinin eğitim düzeyine göre otonomi ölçeği ve alt boyutlarının taburculuk günü ve taburculuk sonrası 6.haftada puan ortalamaları incelendiğinde; günlük yaşam aktiviteleri ($F=0,846$, $p=0,499$), zihinsel fonksiyonlar ($F=0,673$, $p=0,617$) ve toplam ölçek puan ortalamalarında ($F=0,879$, $p=0,490$) istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (Tablo 12).

Kontrol grubu hastaların birlikte yaşanan kişinin eğitim düzeyine göre otonomi ölçeği ve alt boyutlarının taburculuk günü ve taburculuk sonrası 6.haftada puan ortalamaları incelendiğinde; günlük yaşam aktiviteleri ($F=1,242$, $p=0,320$), zihinsel fonksiyonlar ($F=0,115$, $p=0,976$) ve toplam ölçek puan ortalamalarında ($F=1,221$, $p=0,328$) istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (Tablo 12).

Tablo 13. Sosyal destek ve hastaların otonomi düzeyi (n=64)

		OTONOMİ PUAN ORTALAMASI			
		DENEY GRUBU (n=32)		KONTROL GRUBU (n=32)	
OTONOMİ ALT BOYUTU	Çevreden Alınan Sosyal Destek Düzeyi	Taburculuk Günü Ort±Ss	Taburculuktan Sonra 6. Hafta Ort±Ss	Taburculuk Günü Ort±Ss	Taburculuktan Sonra 6. Hafta Ort±Ss
Günlük Yaşam Aktiviteleri	Çok iyi	-19,22±5,99	-1,77±1,52	-17,50±10,22	-4,68±2,95
	İyi	-20,47±6,92	-2,39±1,79	-23,23±9,25	-8,78±3,86
	Yetersiz/ Yok	-22,50±13,43	-2,75±2,47	-32,00±0,00	-18,50±0,00
		$F=0,128$ $p=0,880$		$F=0,171$ $p=0,844$	
İletişim^a	Çok iyi	-0,63±0,67	-0,63±0,67	-1,37±0,74	-1,37±0,74
	İyi	-1,15±0,89	-1,15±0,89	-0,95±0,82	-0,95±0,82
	Yetersiz/ Yok	-1,00±0,00	-1,00±0,00	-0,00±0,00	-0,00±0,00
<i>^aTaburculuk öncesi ve taburculuktan 6 hafta sonra tüm iletişim puanlarının aynı seyretmiş olması nedeniyle varyans analizi hesaplanmamıştır.</i>					
Zihinsel Fonksiyonlar	Çok iyi	-0,81±1,07	-0,72±1,00	-0,62±0,91	-0,62±0,91
	İyi	-1,10±1,28	-1,00±1,10	-1,13±1,25	-1,08±1,23
	Yetersiz/ Yok	-0,50±0,70	-0,50±0,70	-1,00±0,00	-1,00±0,00
		$F=0,108$ $p=0,898$		$F=0,185$ $p=0,832$	
Toplam	Çok iyi	-20,68±6,14	-3,13±2,15	-19,50±10,70	-6,68±3,64
	İyi	-22,73±7,28	-4,55±2,72	-25,32±9,30	-10,82±3,77
	Yetersiz/ Yok	-24,00±12,72	-4,25±1,76	-33,00±0,00	-19,50±0,00
		$F=0,123$ $p=0,885$		$F=0,176$ $p=0,839$	

Ort: ortalama; Ss: standart sapma.

$p<0,05$ $F=İlişkili Örneklem İki Yönlü Varyans Analizi$

Hastaların otonomi puan ortalamalarının sosyal destek düzeyine göre dağılımı Tablo 13'te yer almaktadır.

Deney grubu hastaların çevreden alınan sosyal destek düzeyine göre otonomi ölçeği ve alt boyutlarının taburculuk günü ve taburculuk sonrası 6.haftada puan ortalamaları incelendiğinde; günlük yaşam aktiviteleri (F=0,128, p=0,880), zihinsel fonksiyonlar (F=0,108, p=0,898) ve toplam ölçek puan ortalamalarında (F=0,123, p=0,885) istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (Tablo 13).

Kontrol grubu hastaların çevreden alınan sosyal destek düzeyine göre otonomi ölçeği ve alt boyutlarının taburculuk günü ve taburculuk sonrası 6.haftada puan ortalamaları incelendiğinde; günlük yaşam aktiviteleri (F=0,171, p=0,844), zihinsel fonksiyonlar (F=0,185, p=0,832) ve toplam ölçek puan ortalamalarında (F=0,176, p=0,839) istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (Tablo 13).

Tablo 14. Hastaların kendilerinin araştırmacıyı arayarak ifade ettikleri sorunlar

DANIŞMANLIK ALINAN SORUN	SORUN SAYISI	
	n	%
Ağrı (Sırt, Omuz, Bel ve Bacak)	5	15,62
Solunum Sıkıntısı	4	12,50
Yara İyileşmesi	3	9,37
Günlük Yaşam Aktiviteleri	2	6,25
İdrar Sorunları	2	6,25
Uyku Sorunları	2	6,25
Öksürük	2	6,25
Ayakta/Bacakta Ödem	2	6,25
Beslenme Sorunları	2	6,25
Sırtüstü /Yarı Oturur Pozisyon	2	6,25
Korku/Anksiyete	2	6,25
Kabızlık	1	3,12
Halsizlik Ve Yorgunluk	1	3,12
Merdiven İnip/Çıkma	1	3,12
Yürüyüş	1	3,12
TOPLAM	32	100

*Taburculuk sonrası araştırmacıyı telefonla arayarak danışmanlık alan hasta sayısı 14'tür. Bir hasta birden fazla sorun ifade etmiştir.

Hastaların taburculuk sonrası kendilerinin araştırmacıyı arayarak telefonla hemşirelik danışmanlığı aldıkları sorunların dağılımını Tablo 14’te yer almaktadır.

Hastaların taburculuk sonrası telefonla hemşirelik danışmanlığı aldıkları sorunların dağılımını incelendiğinde; sorunların %15,62’sinin (n=5) ağrı, %12,50’sinin (n=4) solunum sıkıntısı, %9,37’sinin (n=3) yara iyileşmesi, %6,25’nin (n=2) günlük yaşam aktiviteleri, %6,25’inin (n=2) idrar sorunları, %6,25’inin (n=2) uyku sorunları, %6,25’inin (n=2) ksrk, %6,25’inin (n=2) ayakta/bacakta ödem, %6,25’inin (n=2) beslenme, %6,25’inin (n=2) sırtüstü /yarı oturur pozisyon ve %6,25’inin (n=2) korku/anksiyete sorunları, %3,12’sinin (n=1) kabızlık, %3,12’sinin (n=1) halsizlik ve yorgunluk, %3,12’sinin (n=1) merdiven inip çıkma sorunları ve %3,12’sinin (n=1) yürüyüş ile ilgili sorunlar olduğu belirlendi. 14 hasta/hasta yakınının toplam 32 sorun için telefonla hemşire danışmanlığına başvurduğu belirlendi (Tablo 14).

Tablo 15. Hastaların kendilerinin araştırmacıyı arayarak telefonla danışmanlık alma sayısı ve otonomi düzeyi

Hastaların Kendilerinin Telefonla Arayarak Aldıkları Danışmanlık Sayısı (ort=2,21±1,42)	Taburculuk Sonrası 6. Hafta Otonomi Puan Ortalamaları (ort=-4,39±2,29)	
		$r_p=0,263$
		$p=0,364$
1	-4,90	
2	-4,12	
3	-3,00	
4	-4,00	
6	-2,50	

Ort: ortalama; Ss: standart sapma.

$p<0,05$ r_p =Pearson Korelasyon

Hastaların kendilerinin araştırmacıyı arayarak telefonla danışmanlık alma sayıları ile taburculuk sonrası 6. hafta otonomi puan ortalamalarının dağılımını Tablo 15’te yer almaktadır.

Hastaların telefonla danışmanlık alma sayıları ile taburculuk sonrası 6.hafta otonomi puan ortalamalarının dağılımını incelendiğinde; 1 defa danışmanlık alan hastaların puan ortalaması -4,90, 2 defa danışmanlık alan hastaların -4,12, 3 defa danışmanlık alan hastaların -

3,00, 4 defa danışmanlık alan hastaların -4,00 ve 6 defa danışmanlık alan hastaların puan ortalamasının -2,50 olduğu belirlendi (Tablo 15).

Hastaların telefonla danışmanlık alma sayıları ile taburculuk sonrası 6. hafta otonomi puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi ($r_p=0,263$, $p=0,364$), (Tablo 15).



TARTIŞMA

Yaşlılığa bağlı vücutta meydana gelen temel değişimlerle birlikte, akut hastalıkların yerini kronik hastalıklar almaktadır. Bu kronik hastalıkların en önemlilerinden birisi koroner arter hastalığıdır (121). Koroner arter hastalığı nedeniyle KABG ameliyatı olan hastalar ortalama bir hafta hastanede kaldıktan sonra taburcu edilmektedir (56). Taburculuk sonrası ortalama 6-8 haftada iyileşme sağlanmaktadır. Hastalar evdeki iyileşme sürecinde ağrı yönetimi, yara bakımı, solunum ve kalp problemleri, beslenme yetersizliği, diyare ve konstipasyon, depresyon ve ödem gibi sorunlar yaşamaktadırlar (43,54). Bu sorunlar nedeniyle yaşlı hastaların kendi bakımlarını gerçekleştirmedeki otonomileri azalmaktadır. Hastaların bu süreçte evde bakım uygulamaları ile otonomi düzeylerinin desteklenmesi gerekmektedir (57). Yaşlı bireylere sunulan evde bakım hizmetlerinde hemşirelerin etkin rol alması çok önemlidir. Hastaların taburculuk sonrası evde izlenmelerinde farklı teknolojik uygulamalar hemşireler tarafından kullanılmaktadır. Bu uygulamalardan bir tanesi olan telefon, yaşlı hastanın evde bakımının yapılması ve sürdürülmesi açısından ulaşılabilirlik sağlamaktadır (109). Telefonla hemşire danışmanlığı KABG ameliyatı sonrası yaşlı hastaların evde bakımlarına katılmaları için fonksiyonel bağımsızlık düzeylerinin desteklenmesinde büyük yarar sağlamaktadır (54).

Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması

Bu bölümde araştırmaya katılan deney ve kontrol grubundaki hastaların tanımlayıcı özellikleri yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim düzeyi, sigara kullanma

durumu, birlikte yaşanan kişi sayısı ve eğitim düzeyi, sosyal çevreden alınan destek düzeyi literatür doğrultusunda tartışıldı (Tablo 1).

Deney ve kontrol grubu hastalarının yaş ortalamalarının birbirine benzer olduğu ve gruplar arasında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlendi ($p>0,05$), (Tablo 1). Tuna ve Çelik'in (86) KABG ameliyatı geçiren yaşlı hastalarla yaptıkları araştırma sonucunun da benzer olduğu belirlenmiştir. Bu sonucun araştırmaya 65 yaş ve üstü hastaların dahil edilmesi ve hastaların gruplar arasında homojen dağılım göstermesinden kaynaklandığı düşünüldü.

Deney ve kontrol grubundaki erkek hastaların sayısının kadın hastalara göre daha yüksek olduğu ancak gruplar arasında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlendi ($p>0,05$), (Tablo 1). Koroner arter bypass ameliyatları ile ilgili yapılan benzer araştırmalarda da erkek hastaların sayısının daha yüksek olarak belirlendi (12,57,59). Erkek cinsiyet koroner kalp hastalıklarının majör risk faktörleri arasında yer almaktadır (122). Koroner kalp hastalıkları erkeklerde kadınlara göre dört kat fazla görülmektedir. Kadınlardaki östrojen hormonunun kalp hastalıklarından korunmada etkili olduğu düşünülmektedir (123). Erkek cinsiyetinin koroner arter hastalığı için risk oluşturması nedeniyle çalışmadaki erkek hastaların sayısının daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Deney ve kontrol grubundaki evli hastaların sayısının bekar hastalara göre daha yüksek olduğu ancak gruplar arasında medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlendi ($p>0,05$), (Tablo 1). Yapılan benzer araştırmalarda da hastaların büyük çoğunluğunun evli olduğu bildirildi (59,124-126). TÜİK 2017 verilerine göre yaşlı erkeklerin %83,4'ünün, yaşlı kadınların ise %44,3'ünün evli olduğu belirlendi (4). Araştırmaya dahil edilen hastaların yaşlı bireylerden oluşması nedeniyle, Türk toplumunun geleneksel yapısı gereği hastaların evli olması kabul edilir bir sonuçtur.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun ilköğretim mezunu olmasıyla birlikte, gruplar arasında eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlendi ($p>0,05$), (Tablo 1). Sönmez (125) ve Cebeci ve Çelik'in (126) KABG ameliyatı olan hastalarla yaptığı araştırmada da hastaların çoğunun ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde TÜİK verilerine bakıldığında ilkokul mezunu olanların oranı ilk sırada yer almaktadır. Yine ülkemizdeki 65 yaş ve üstü eğitim düzeylerine bakıldığında ise yaşlıların %43,7'sinin ilkokul mezunu olduğu belirtilmektedir (4). Bu araştırmada hastaların çoğunluğunun ilkokul mezunu olması beklenen bir sonuçtur.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun çalışmıyor olmasıyla birlikte, gruplar arasında çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlendi ($p>0,05$), (Tablo 1). Koroner arter bypass greft ameliyatı olan yaşlı hastalarla yapılan benzer bir araştırmada da hastaların çoğunluğunun bir işte çalışmadığı belirlenmiştir (126). Bu durumun ülkemizdeki yasal düzenlemeler gereği (1 Haziran 2002 tarih ve 24772 sayılı Resmi Gazete) emeklilik yaşı kriterlerine uygun olduğu belirlendi. Araştırma sonucuna paralel olarak TÜİK 2017 yılı verilerine göre yaşlıların işgücüne katılma oranının %11,8 olduğu görüldü (4). Koroner arter bypass ameliyatlarının daha çok ileri yaşlarda yapılması ve ülkenin yasal düzenlemelerinin gereği bu sonucun ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Deney grubundaki kentsel bölgede yaşayan hastaların istatistiksel olarak anlamlı oranda fazla olduğu belirlendi ($p<0,01$), (Tablo 1). Akbari'nin (117) araştırmasında da hastaların büyük bir kısmının kentsel bölgede yaşadığı belirlenmiştir. Bikmoradi ve arkadaşlarının (127) yaptığı araştırmada, sağlık imkânlarına ulaşım açısından erişilebilirliği nedeniyle kent yaşamının olumlu etkiye sahip olduğu belirtilmiştir. Koroner arter bypass greft ameliyatı olan hastalarla yapılan başka bir araştırmada da deney grubundaki hastaların yarısından fazlasının kentsel bölgede, kontrol grubundaki hastaların ise yarısından azının kentsel bölgede yaşadığı belirlenmiştir (126). Literatürde her geçen yıl kentsel bölgeye göçlerin artmasıyla kalp rahatsızlıklarının oranının da arttığı belirtilmektedir. Kent yaşamının (yoksulluk, stres, hava kirliliği gibi) olumsuz koşulları nedeniyle kalp sağlığının olumsuz etkilendiği vurgulanmaktadır (128). Bu olumsuz koşullar nedeniyle kentsel bölgede yaşayan hastaların daha fazla kalp hastalıkları yaşayabileceği tahmin edilmektedir. Kalp hastalıklarından korunmaya yönelik uygulamaların ve danışmanlığın kentsel bölgede daha fazla yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun sigara kullanmayı bıraktığı ancak gruplar arasında sigara kullanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlendi ($p>0,05$), (Tablo 1). Koroner arter bypass greft ameliyatı olan hastalarla yapılan benzer araştırmalarda da hastaların yarısından fazlasının sigara kullanmadığı belirlenmiştir (57,117). Koroner kalp hastalıklarının oluşmasında birçok faktör rol almakla birlikte, faktörlerin en önemlilerinden biri sigaradır. Sigara kullanımı ile koroner kalp hastalıklarının görülme olasılığının iki kat arttığı belirtilmektedir (129). Amerikan Kalp Birliği'nin 2017 Yılı Kalp Hastalığı ve İnme İstatistikleri Raporu'nda belirttiği yaşamın basit yedi ilkesinden bir tanesi de sigaradan uzak durmaktır (130). Sonuçlar yaşlı kalp cerrahisi hastalarının sigara kullanmayı bıraktığını ya da aktif olarak şu anda içmediklerini gösterdi.

Deney grubundaki hastaların yarısının, kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunun alkol kullanmadığı ve kontrol grubunda alkol kullanmayan hastaların fazla olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$), (Tablo 1). Koroner arter bypass greft ameliyatı olan hastalar ile yapılan benzer araştırmalarda da hastaların çoğunluğunun alkol kullanmadığı belirlenmiştir (57,117). Kalp damar hastalıklarının oluşumundaki en önemli nedenlerden biri hipertansiyondur. Aşırı alkol kullanımının kan basıncının kontrolünü zorlaştırdığı belirtilmektedir. Bu nedenle kalp damar hastalıklarından korunmak için alkol kullanımından kaçınılması önerilmektedir (131). Kalp cerrahisi öncesi erken tanılama ve takip sürecinde hastalar sağlık personeli tarafından bilgilendirilmekte ve alkol kullanım oranı azalmaktadır.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunun iki ve üzeri sayıda kişi ile birlikte yaşadığı ve gruplar arasında birlikte yaşanan kişi sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlendi ($p>0,05$), (Tablo 1). Koroner arter bypass greft ameliyatı olan hastalarla yapılan benzer araştırmalarda hastaların tamamına yakınının yalnız yaşamadığı belirlenmiştir (57,117,132). Literatürde ameliyat sonrası hastaların evde yalnız yaşamadığı ve bakımlarının yakınları tarafından yapıldığı belirtilmektedir (60). Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası hastaların kendi bakımlarını üstlenmede sorumluluklarının azaldığı, bakım ihtiyaçlarının arttığı ve yakınları tarafından desteklendikleri belirtilmektedir (19). Aile yapısı araştırması sonuçlarına göre, 2016 yılında yaşlı bireylerin kendilerine bakamayacak kadar yaşlandıklarında %40,2'sinin çocuklarının yanında yaşamayı istedikleri belirlenmiştir (133). Ülkemizdeki kültürel yapı nedeniyle yaşlıların yakınlarıyla birlikte yaşaması yaygın olarak görülmektedir. Yaşlılar kendi istekleri ile yakınlarının yanında yaşamayı seçmektedirler (134). Araştırmaların sonuçları istatistiksel olarak anlamsız olsa da KABG ameliyatı geçiren hastaların aile üyeleri ile birlikte yaşadığını gösterdi.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunun birlikte yaşadıkları kişinin eğitim düzeyinin ilköğretim olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlendi ($p>0,05$), (Tablo 1). Taşdelen ve Ateş (135) de araştırmalarında KABG ameliyatı olan hastalara evde bakım verenlerin büyük bir oranda ilkokul mezunu olduğunu belirlemiştir. Bu sonucun; ülke nüfusunun büyük bir oranda ilkokul mezunu olmasına bağlı olduğu düşünüldü.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunun iyi düzeyde sosyal desteğe sahip olduğu ve gruplar arasında sosyal çevreden alınan destek düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlendi ($p>0,05$), (Tablo 1). Koroner arter bypass greft

ameliyatı olan hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında sosyal destek varlığı da yer almaktadır (12). Lie ve arkadaşlarının (136) yaptıkları çalışmada KABG ameliyatı sonrası sosyal destek durumunun iyi düzeyde olan hastaların fiziksel sağlığının olumlu yönde etkilendiğini belirlemiştir. Kalp hastalarının komplikasyon gelişme, ölüm, önceki yaşama dönememe korkusu nedeniyle stres yönetiminde sorunlar yaşadığı ve sosyal desteğe gereksinim duydukları bilinmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının durumun ciddiyeti nedeni ile evde bakımda hastanın desteklenmesine önem verdikleri belirtilmektedir (19). Sonuçlar KABG ameliyatı sonrası hastaların sosyal desteğinin iyi olduğunu gösterdi.

Hastaların Otonomi Düzeylerinin Tartışılması

Bu bölümde araştırmaya katılan deney ve kontrol grubundaki hastaların taburculuk günü ve taburculuk sonrası 6.haftadaki otonomi düzeyleri literatür doğrultusunda tartışıldı (Tablo 2).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların kendi grupları içinde taburculuk sonrası 6.haftada otonomi ölçeği alt boyutu günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamasının taburculuk günü puan ortalamasına göre yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,001$) (Tablo 2). Literatüre paralel olarak hastaların 6 haftalık süreçte iyileşmenin sağlandığı (71) ve hem deney hem de kontrol grubu hastalarının günlük yaşam aktivitelerinde otonomi düzeyinin yüksek olduğu görüldü. Dal ve arkadaşlarının (60) araştırmasında cerrahi sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunların en önemlilerinden birinin öz bakım sorunu olduğu ve hastaların çoğunun kendi bakımını yapamadığı belirlenmiştir. Telefonla hemşire danışmanlığı yapılan bir çalışmada ise danışmanlığın hastaların öz bakım gücünü geliştirmede olumlu katkı sağladığı vurgulanmıştır (137). Yaşlanmayla birlikte fiziksel ve psikolojik kapasitedeki azalmalar, yaşlıların günlük yaşam fonksiyonlarını yerine getirmelerinde sorunlara neden olmaktadır. Yaşlıların banyo yapma, giyinme, idrar kontrolü (138), yemek hazırlama, bulaşık ve çamaşır yıkama, alış veriş, ev temizliği ve ulaşım gibi günlük yaşam aktivitelerinde zorluklar yaşadığı belirtilmektedir (139). Bununla birlikte KABG ameliyatının yaşlı hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki otonomilerini etkilediği de bilinmektedir (56,57). Araştırma sonucunda KABG ameliyatı sonrası hastaların kaybedilen fonksiyonel bağımsızlıklarını kazanmaları için 6 haftalık iyileşme sürecinin olumlu katkı sağladığı görüldü.

Deney grubundaki hastaların taburculuk sonrası 6. haftada otonomi ölçeği alt boyutu günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamasının kontrol grubundaki hastaların puan ortalamasına

göre yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,001$), (Tablo 2). Demirkıran araştırmasında KABG ameliyatı olan hastaların taburculuk sonrası en fazla günlük yaşam aktiviteleri konusunda öğrenim gereksinimi duyduğunu belirlemiştir (56). Akay ve Akyol (112) tele izlem yönteminin öz bakım gücüne etkisini araştırdıkları çalışmada ve Rantanen ve ark. (13) araştırmalarında KABG sonrası iyileşme sürecinin sonunda günlük yaşam aktivitelerinin iyileştiğini belirlemişlerdir. Sonuçlar bu araştırmanın sonucunu destekler niteliktedir. Kalp ameliyatı sonrası telefonla hemşire danışmanlığı hastaların günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili otonomi düzeylerini arttırmaktadır.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların taburculuk günü ve taburculuk sonrası 6.hafta otonomi ölçeği alt boyutu iletişim puan ortalamasının değişmediği ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 2). Benzer şekilde Tuna'nın (57) taburculuk eğitiminin KABG ameliyatı olan yaşlı hastaların fonksiyonel bağımsızlık düzeylerine etkisi ile ilgili araştırmasında da deney ve kontrol grubundaki hastaların iletişim puanları arasında fark belirlenmemiştir. Koroner arter bypass greft ameliyatı olan hastaların otonomi düzeyinin iletişim boyutunda etkilenmediği görüldü.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların taburculuk sonrası 6.hafta otonomi ölçeği alt boyutu zihinsel fonksiyonlar puan ortalamalarının taburculuk günü puan ortalamalarına göre yüksek olduğu ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 2). Araştırma sonucundan farklı olarak, Yılmaz ve Çiftçi (59) KABG ameliyatı sonrası ev ziyaretleri ve telefon görüşmeleri ile hasta memnuniyetini arttırdığını, Tuna (57) ev ziyaretlerinin hastalarının zihinsel fonksiyonlarını sürdürmedeki bağımsızlık düzeylerini olumlu etkilediğini ve Lök ve Lök (140) fiziksel aktivitenin artırılması ile zihinsel fonksiyonların artırılabilirliğini belirlemişlerdir. Sonuçlar KABG ameliyatı sonrası hastaların zihinsel fonksiyonlardaki otonomi düzeylerinin tartışmaya açık olduğunu gösterdi.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların taburculuk günü otonomi ölçeği toplam puan ortalamalarının taburculuk sonrası 6.hafta puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında hastaların 6.haftada otonomi ölçeği puan ortalamasının yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,001$) (Tablo 2). Hem deney hem de kontrol grubundaki hastaların 6.hafta puan ortalamasının yüksek olması, KABG ameliyatı sonrası hastaların ortalama 6 haftalık süreçte iyileştiklerini belirten literatür bilgisine uyum göstermektedir (71).

Deney grubundaki hastaların taburculuk sonrası 6.haftada otonomi ölçeği toplam puan ortalamasının kontrol grubundaki hastaların puan ortalamasına göre yüksek olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,001$). Yapılan araştırmalarda Tuna (57)

profesyonel destek ve hemşire danışmalığı verilen hastaların fonksiyonel bağımsızlık düzeylerinin yüksek olduğunu, Bilik'in (108) evde telefonla izlenen hastaların merdiven çıkma, maksimum yürüme mesafesi, sandalyeden kalkma gibi fonksiyonlarda kontrol grubuna göre çok daha iyi durumda olduğunu, Jerant ve ark. (14) telefonla hemşire desteği ve evde tele izlemin hastaların hastaneye yatış oranlarını azalttığını, Kleinpell ve Avitall (141) KABG ameliyatı olan riskli hastaların tele izlem yöntemi ile evde takip edilmesinin semptom yönetimini etkilediğini, Weaver ve Doran (15) kalp cerrahisi sonrası evde telefonla hemşire izleminin acile başvurma oranlarını azalttığını ve hasta memnuniyetini arttırdığını belirlemişlerdir. Diğer taraftan Temizer'in (142) araştırmasında da telefonla hemşire danışmanlığının hastalara evde bakım verenlerin bakım yükünü azalttığı bulunmuştur. Literatürde telefonla hemşire danışmanlığının akut ve kronik hasta izlemleri, evde sağlık bakımı ve eğitim hizmetleri, danışmanlık, yaşlının fonksiyonel bağımsızlığının desteklenmesi, bakımın kalitesi ve devamlılığının değerlendirilmesi amacıyla kullanılabilceği vurgulanmaktadır (13,54,109). Deney grubundaki hastaların otonomi düzeyinin artmasına taburculuk sonrası altı hafta süresince verilen telefonla hemşire danışmanlığının etkisi olduğu ve telefonla hemşire danışmanlığının KABG hastalarının otonomi düzeyini arttırdığı belirlendi. Bu sonuç doğrultusunda, **“Koroner Arter Bypass Ameliyatı Sonrası Telefonla Hemşire Danışmanlığının Yaşlı Hastaların Otonomi Düzeyine Etkisi vardır”** olarak kurulan H₁ hipotezi kabul edildi.

Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Otonomi Düzeyine Etkisinin Tartışılması

Bu bölümde araştırmaya katılan deney ve kontrol grubundaki hastaların tanımlayıcı özellikleri ile taburculuk günü ve taburculuk sonrası 6.haftadaki otonomi düzeyleri literatür doğrultusunda tartışıldı (Tablo 3, Tablo 4, Tablo 8, Tablo 9). Deney ve kontrol grubundaki hastaların medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, alkol kullanma durumu, hastaların birlikte yaşadığı kişi sayısı, birlikte yaşadığı kişinin eğitim düzeyi ve sosyal destek düzeyine göre taburculuk günü ve taburculuk sonrası 6.haftadaki otonomi ölçeği toplam puan ortalamaları ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (Tablo 5, Tablo 6, Tablo 7, Tablo 10, Tablo 11, Tablo 12, Tablo 13), (p<0,05).

Deney ve kontrol grubu 65-74 yaş grubundaki hastaların taburculuk sonrası 6.haftada otonomi ölçeği toplam puan ortalamasının ve alt boyutu günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamasının yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p<0,05) (Tablo

3). Yıldırım ve Atalay'ın (132) araştırmasında da 70 yaş ve üzeri hastaların diğer hasta gruplarına göre fonksiyonel kayıplarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Cingil ve Bodur'un (138) araştırmasında 75 yaş ve üstünde günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık oranının üç kat arttığı, Korkmaz ve arkadaşlarının (12), Doğu ve arkadaşlarının (143) araştırmasında da yaş ilerledikçe hastaların fiziksel fonksiyonlarının azaldığı belirlenmiştir. Literatürde kalp ameliyatı sonrası kardiyak rehabilitasyon ihtiyacının yaşla orantılı olarak arttığı belirtilmektedir (144). Araştırmaların sonuçları yaş ilerledikçe hastaların otonomi düzeyinin günlük yaşam aktiviteleri boyutunda azaldığını gösterdi.

Kontrol grubunda taburculuk sonrası 6.haftada günlük yaşam aktiviteleri puan ortalaması ve otonomi ölçeği toplam puan ortalaması erkek hastalarda yüksek bulundu ($p<0,01$) (Tablo 4). Yapılan araştırmalarda KABG ameliyatı sonrası Demir (93), Karagözoğlu ve arkadaşları (87) ve Cingil ve Bodur (138) kadın hastaların fonksiyonel bağımsızlık puanlarının, Korkmaz ve ark. (12) kadın hastaların fiziksel işlev puanlarının erkeklere göre düşük olduğunu belirlemiştir. Koroner arter bypass ameliyatı olan hastalar ile yapılan benzer bir araştırmada da cinsiyete göre fonksiyonel bağımsızlık puan ortalamaları arasında fark olmadığı görülmüştür (57). İlgili literatürde kadın hastaların fiziksel fonksiyonlardaki işlevselliklerinin daha düşük olduğu (145) ve kadın hastaların erkeklere göre daha fazla semptom yaşadığı belirtilmektedir (146). Cinsiyetin koroner arter bypass ameliyatları sonrası mortalite ve morbidite açısından önemli olduğu (147) ve kadın cinsiyetinin KABG ameliyatından sonra yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörler arasında yer aldığı belirtilmektedir (12). Araştırmamız ve diğer araştırmaların sonuçları kadın cinsiyetinin otonomi düzeyinin düşmesinde rol aldığını gösterdi.

Araştırmada deney grubu kentsel bölgede yaşayan hastaların taburculuk sonrası 6.haftada zihinsel fonksiyonlar otonomi düzeyi yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 8). Türkiye'de hızlı kentleşmeyle birlikte, yaşlılar için kırsal alanlara göre kent yaşamının daha avantajlı olmasına neden olan alternatifler bulunmaktadır. Bunlar arasında; sağlık kurumlarına erişim, hastanelerde 65 yaş ve üstüne öncelikli hizmet ve evde bakım hizmeti alma alternatifleri önemli yer tutmaktadır (148). Literatürde sağlık imkanlarına ulaşım açısından kentsel yaşamın KABG ameliyatı sonrası olumlu etkiye sahip olduğu belirtilmektedir (127). Araştırmanın sonucuna göre kentsel yaşamın avantajlarının hastaların zihinsel fonksiyonlardaki otonomi düzeyinin yükselmesine etki ettiği düşünülmektedir.

Araştırmada KABG ameliyatı olan hastalarda sigara kullanmanın otonomi düzeyine etkisi incelendiğinde deney grubunda etki etmediği belirlenirken kontrol grubunda taburculuk

sonrası 6.haftada otonomi düzeyini arttırdığı belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 9). Yapılan araştırmalarda Tuna (57) sigaranın otonomi düzeyini etkilemediğini, Demir (93) sigara içen yaşlıların fonksiyonel bağımsızlık düzeyinin düşük olduğunu, Saxena ve ark. (149) sigara içenlerin ölüm açısından daha riskli olduğunu belirlemişlerdir. İlgili literatürde akciğer kapasitesi azalan ve oksijen ihtiyacı artan yaşlılarda, sigaraya bağlı olarak koroner arter ameliyatları sonrası iyileşmenin geciktiği ve solunum komplikasyonlarının arttığı belirtilmektedir (150). Sigaranın sinir sistemini etkileyerek rahatlama ve keyif almaya neden olması, hastaların anksiyetesini azaltması ve stresle baş etmede kullanılan uygunsuz davranışlar arasında yer alması nedeniyle (151) otonomi düzeyini olumlu etkilediği düşünüldü.

Hastaların Kendilerinin Telefonla Arayarak Hemşire Danışmanlığı Aldığı Sorunlar ve Telefonla Danışmanlık Alma Sayısının Otonomi Düzeyine Etkisinin Tartışılması

Bu bölümde hastaların telefonla arayarak hangi sorunlar için hemşire danışmanlığı aldıkları ve danışmanlık alma sayısı (Tablo 14) ile taburculuk sonrası 6.haftadaki otonomi düzeyi arasındaki ilişki literatür doğrultusunda tartışıldı (Tablo 15).

Araştırmada taburculuk sonrası 14 hasta evde bakım sürecinde sorun yaşadığında telefonla hemşire danışmanlık hizmetinden yararlandı (Tablo 14). Hastaların bazılarının bir aramada birkaç sorun için telefonla hemşire danışmanlığına başvurduğu görüldü. Benzer şekilde Taşkın'ın (137) araştırmasında hastaların yaklaşık üçte birinin telefonla hemşire danışmanlığı hizmeti aldığı belirlenmiştir. Araştırmaların sonuçları hastaların evde bakım sürecinde sorun yaşadıklarında telefonla hemşire danışmanlığına yeterince başvurmadıklarını gösterdi.

Telefonla hemşire danışmanlığı hizmeti alan hastaların en fazla sırt, omuz, bel ve bacak ağrısı konusunda danışmanlık istediği belirlendi (Tablo 14). Tuna (57) KABG ameliyatı olan yaşlı hastalarla yaptığı araştırmada çoğunluğunun sırt, bel, omuz ve boyun ağrısı yaşadığı belirlemiştir. Bu bulguları destekler nitelikte Dal ve ark. (60), Elitoğlu ve Erkuş (75) cerrahi girişim geçiren hastalarla yaptıkları araştırmalarda hastaların en fazla ağrı yönetimi konusunda hemşire danışmanlığına gereksinim duyduklarını göstermiştir. Sonuçlar hastaların ameliyat sonrası ağrı yönetimi konusunda telefonla hemşire danışmanlığına gereksinim duyduklarını gösterdi.

Araştırmada hastaların ikinci sırada solunum sıkıntısı sorunu ve üçüncü sırada ise yara iyileşmesi ile ilgili olarak telefonla hemşire danışmanlığına başvurduğu belirlendi (Tablo 14). Direk ve Çelik'in (152) araştırmasında KABG ameliyatı sonrası hastaların yarısına yakınının solunum sorunları, yarısından fazlasının ise yara ile ilgili sorunlar yaşadığı, Taşkın'ın (137) araştırmasında da hastaların yara bakımı konusunda daha fazla telefonla danışmanlık aldıkları belirlenmiştir. Sonuçlar KABG ameliyatı sonrası hastaların solunum sıkıntısı ve yara iyileşmesi ile ilgili telefonla hemşire danışmanlığı gereksinimi duyduklarını gösterdi.

Araştırmada dördüncü sırada günlük yaşam aktiviteleri, idrar sorunları, uyku sorunları, öksürük, ayak/bacakta ödem, beslenme sorunları, sırtüstü/yarı oturur pozisyon ve korku/anksiyete sorunlarının yer aldığı görüldü (Tablo 14). Furuya ve arkadaşlarının (54) kalp ameliyatı sonrası hastaların günlük yaşam aktiviteleri, uyku ve beslenme sorunları vb, Direk ve Çelik'in (152) araştırmasında da hastaların tamamının uyku ile ilişkili sorun yaşadığı belirlenmiştir.

Araştırmada hastaların beşinci sırada kabızlık, halsizlik ve yorgunluk, merdiven inip/çıkma ve yürüyüş konusunda telefonla hemşire danışmanlığına başvurduğu belirlendi (Tablo 14). Tuna'nın (57) araştırmasında halsizlik ve yorgunluk evde yaşanan sorunlar arasında birinci sırada yer alırken, Cebeci ve Çelik (126) ikinci sırada belirlemiştir. Direk ve Çelik (152), Bilgiç (153) hastaların düşük oranda konstipasyon yaşadığını belirlemiştir. Bulgular hastaların KABG ameliyatı sonrası hastaların görülme sıklığı az olsa da idrar yapma, uyku, ödem, kabızlık, halsizlik ve yorgunluk vb. gibi fizyolojik sorunlar yaşanabileceğini düşündürdü.

Araştırmada hastaların kendilerinin araştırmacıyı arayarak telefonla danışmanlık alma sayılarının otonomi düzeylerini etkilemediği belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 15). Araştırmada telefonla danışmanlık alan hastaların otonomi düzeyinin yüksek belirlenmesi ve araştırma sürecinde hastaların araştırmacı tarafından sorun olmaksızın aranması telefonla danışmanlık alan hasta sayısını azaltmıştır. Benzer şekilde Kleinpell ve Avitall (141) araştırmalarında evde tele izlem yönteminin hastaların semptom yönetimini kolaylaştırdığını belirlemiştir. Bulgular planlı sunulan telefonla hemşire danışmanlığının başvuru sayısını azalttığını düşündürdü.

SONUÇLAR

Doktora tezi olarak Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Programı Hemşirelik Ana Bilim Dalında yapılan koroner arter bypass sonrası telefonla hemşire danışmanlığının yaşlı hastaların otonomi düzeyine etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen sonuçlara aşağıda yer verildi.

•Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamalarının $69,95 \pm 4,94$ olduğu belirlendi (Tablo 1).

•Hastaların %76,6'sının (n=49) erkek, %85,9'unun (n=55) evli, %73,4'ünün (n=47) ilköğretim mezunu olduğu, %90,6'sının (n=58) çalışmadığı, %65,6'sının (n=42) kentsel bölgede yaşadığı, %53,1'inin (n=34) sigarayı bıraktığı, %64,0'ünün (n=41) alkol kullanmadığı, %92,1'inin (n=59) iki kişi ve üzeri ile yaşadığı, %54,7'sinin (n=35) birlikte yaşadığı kişinin ilköğretim mezunu olduğu ve %65,6'sının (n=42) sosyal destek düzeyinin iyi olduğu belirlendi (Tablo 1).

•Deney ve kontrol grubundaki hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sigara kullanma durumu, birlikte yaşanan kişi sayısı, birlikte yaşanan kişinin eğitim düzeyi ve sosyal çevreden alınan destek düzeyi açısından benzer olduğu belirlendi ($p > 0,05$), (Tablo 1).

•Kentsel bölgede yaşayan hastaların deney grubunda daha fazla olduğu belirlendi ($p < 0,01$), (Tablo 1).

•Alkol kullanmayan hastaların kontrol grubunda daha fazla olduğu belirlendi ($p < 0,05$), (Tablo 1).

•Deney ve kontrol grubundaki hastaların taburculuk sonrası 6.haftada otonomi ölçeği alt boyutu günlük yaşam aktiviteleri otonomi düzeyinin yüksek olduğu belirlendi ($p<0,01$), (Tablo 2).

•Deney grubundaki hastaların taburculuk sonrası 6.haftada otonomi ölçeği alt boyutu günlük yaşam aktiviteleri otonomi düzeyinin yüksek olduğu belirlendi ($p<0,001$), (Tablo 2).

•Deney ve kontrol grubundaki hastaların taburculuk günü ve taburculuk sonrası 6.haftada otonomi ölçeği iletişim ve zihinsel fonksiyonlar alt boyutu puan ortalamaları arasında fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$), (Tablo 2).

•Deney ve kontrol grubundaki hastaların kendi grupları içinde taburculuk sonrası 6.haftada otonomi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,001$), (Tablo 2).

•Deney grubundaki hastaların taburculuk sonrası 6.haftada otonomi düzeyinin yüksek olduğu belirlendi ($p<0,001$), (Tablo 2).

•Deney ve kontrol grubu 65-74 yaş grubundaki hastaların taburculuk sonrası 6.haftada otonomi düzeyinin ve günlük yaşam aktiviteleri otonomi düzeyinin yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$), (Tablo 3).

•Kontrol grubundaki erkek hastaların taburculuk günü ve taburculuk sonrası 6.haftada otonomi düzeyinin ve günlük yaşam aktiviteleri otonomi düzeyinin kadın hastalara göre daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,01$), (Tablo 4).

•Deney ve kontrol grubundaki hastaların medeni, eğitim, çalışma ve alkol kullanma durumunun, birlikte yaşadığı kişi sayısının, birlikte yaşadığı kişinin eğitim durumunun ve sosyal destek düzeyinin otonomi düzeyini etkilemediği belirlendi ($p>0,05$), (Tablo 5), (Tablo 6), (Tablo 7), (Tablo 10), (Tablo 11), (Tablo 12), (Tablo 13).

•Deney grubundaki kentsel bölgede yaşayan hastaların taburculuk sonrası 6.haftada zihinsel fonksiyonlar otonomi düzeyinin yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$), (Tablo 8).

•Kontrol grubundaki hastaların taburculuk sonrası 6.haftada sigara kullananların ve sigarayı içmiş bırakmış olanların otonomi düzeyi ve günlük yaşam aktiviteleri otonomi düzeyinin yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$), (Tablo 9).

•Deney grubundaki hastaların birinci sırada sırt, omuz, bel ve bacak ağrısı, ikinci sırada solunum sıkıntısı, üçüncü sırada yara iyileşmesi, dördüncü sırada günlük yaşam aktiviteleri, idrar sorunları, uyku sorunları, öksürük, ayakta/bacakta ödem, beslenme sorunları, sırtüstü/yarı oturur pozisyon ve korku/anksiyete ve beşinci sırada kabızlık, halsizlik ve yorgunluk, merdiven inip/çıkma ve yürüyüş ile ilgili telefonla hemşire danışmanlığı aldığı belirlendi (Tablo 14).

•Deney grubundaki hastaların kendilerinin arayarak telefonla danışmanlık alma sayısının otonomi düzeyine etki etmediği belirlendi ($p>0,05$), (Tablo 15).

ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

•Koroner arter bypass greft ameliyatı olan yaşlı hastaların otonomi düzeyinin artırılması için telefonla hemşire danışmanlığının hastalara verilmesi,

• Koroner arter bypass greft ameliyatı olan yaşlı hastaların otonomi düzeyinin artırılması için yaşları arttıkça telefonla hemşire danışmanlığının verilmesi,

• Koroner arter bypass greft ameliyatı olan yaşlı kadın hastaların evde bakım sürecinde telefonla hemşire danışmanlığı ile daha fazla desteklenmesi,

•Kırsal bölgede yaşayan KABG ameliyatı olan hastaların evde bakım sürecinde telefonla hemşire danışmanlığı ile daha fazla desteklenmesi,

•Koroner arter bypass greft ameliyatlardan sonra yaşlı hastaların evdeki iyileşme sürecini takip etmek ve desteklemek, gerekli durumlarda eğitim vermek amacıyla telefonla hemşire danışmanlığının evde bakım uygulamalarına dahil edilmesi,

•Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası hastaların fizyolojik sorunlarının azaltılması için telefonla hemşire danışmanlığının verilmesi,

•Koroner arter bypass greft ameliyatı olan hastaların bakımında telefonla hemşire danışmanlığına yer verilmesini önermekteyiz.

ÖZET

Bu araştırma koroner arter bypass sonrası telefonla hemşire danışmanlığının yaşlı hastaların otonomi düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Araştırma 2 Aralık 2015- 10 Ocak 2017 tarihleri arasında bir üniversite hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği'nde, 64 hastanın (32 deney 32 kontrol grubu) katılımı ile randomize kontrollü deneysel bir araştırma olarak yapıldı. Bireysel, kurumsal ve etik kurul izinleri alındı. Veri toplama aracı olarak "Hasta Tanım Formu", "Telefon Danışmanlığı İzlem Formu" ve "Otonomi Değerlendirme Ölçeği" kullanıldı. Hastalara "Taburculuk Eğitimi Rehberi" doğrultusunda taburculuk eğitimi verildi ve otonomi değerlendirme ölçeği uygulandı. Hastaların iletişim bilgileri (telefon) alındı. Araştırmacının iletişim bilgisi sadece deney grubundaki hastalara verildi. Deney grubundaki hastalara taburculuk sonrası telefonla hemşire danışmanlığı yapıldı. Hastalara 6 haftanın sonunda otonomi değerlendirme ölçeği tekrar uygulandı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, Bağımsız Örneklem t Testi, İki Yönlü Varyans Analizi, Ki-Kare Wilcoxon Signed Rank Test, Mann Whitney U ve Pearson Korelasyon kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Hastaların yaş ortalamalarının $69,95\pm 4,94$, %76,6'sının ($n=49$) erkek, %85,9'unun ($n=55$) evli ve %73,4'ünün ($n=47$) ilköğretim mezunu olduğu belirlendi. Koroner arter bypass ameliyatı olan yaşlı hastalara verilen telefonla hemşire danışmanlığının hastaların taburculuk sonrası 6.haftada otonomi düzeyini arttırdığı ($p<0,05$), 75 yaş üstü hastalarda ($p<0,05$), kadın hastalarda ($p<0,05$) ve kırsal bölgede yaşayan hastalarda otonomi düzeyinin azaldığı ($p<0,05$) belirlendi.

Sonuç olarak, koroner arter bypass ameliyatı olan; yaşı hastalara, 75 yaşı üstü hastalara, kadın hastalara, kırsal bölgede yaşayan hastalara otonomi düzeyinin artırılması için telefonla hemşire danışmanlığı verilmesini önermekteyiz.

Anahtar kelimeler: Hemşire, koroner arter bypass, otonomi, telefon, yaşı hasta



THE EFFECT OF NURSE TELEPHONE CONSULTATION ON THE LEVEL OF AUTONOMY OF OLDER PATIENTS FOLLOWING CORONARY ARTERY BYPASS SURGERY

SUMMARY

This study was conducted to determine the effect of nurse telephone consultation on the level of autonomy of older patients following coronary artery bypass surgery.

The study was undertaken as randomized controlled experimental research over the period December 2, 2015 - January 10, 2017 at the Cardiovascular Surgery Clinic of a university hospital with the participation of 64 patients (32 experimental, 32 control group). The consent of the individuals and permission from the institution and its ethics committee was obtained. A "Patient Descriptive Form," "Telephone Consultation Follow-up Form" and the "The Functional Autonomy Measurement System (SMAF)" were used as data collection tool. The patients were given discharge education as per the "Discharge Education Guide" and the SMAF was implemented. The patients' contact information (telephone) was taken. The researcher's contact information was only provided to the experimental group. The patients in the experimental group were provided with nurse telephone consultation after discharge. At the end of 6 weeks, the SMAF was administered to the patients once again. In the evaluation of the data, descriptive statistics, the Independent Samples t-test, Two-way Anova, Chi-square, Wilcoxon Signed Rank Test, Mann Whitney U and Pearson's Correlation were used. Statistical significance was accepted as $p < 0.05$.

The mean age of the patients was 69.95 ± 4.94 , 76.6% (n=49) were male, 85.9% (n=55) were married and 73.4% (n=47) had an elementary school education. It was determined that nurse telephone consultation increased the level of autonomy of the older patient who undergone coronary artery bypass surgery at the 6th week after discharge, the level of autonomy was reduced in patients over 75 years of age ($p < 0.05$), female patients ($p < 0.05$) and patients living in rural areas ($p < 0.05$).

In conclusion, we recommend that nurse telephone consultation to increase the level of autonomy be provided to older patients, patients over 75 years of age, female patients and patients living in rural areas who have undergone coronary artery bypass surgery.

Key words: Nursing, coronary artery bypass, autonomy, telephone, older patient

KAYNAKLAR

1. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı. Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı 2007. Yayın No DPT: 2741. <http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylempla.pdf>. Erişim: 04.01.2018.
2. United Nations. United Nations Demographic Yearbook 2009-2010. [online]. URL: <http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dybssets/2009-2010.pdf>. August 13, 2012. Erişim tarihi: 22.12.2017.
3. Kutsal GY. Yaşlanan dünya. Türk Fiz. Tıp Rehab. Dergisi 2006;52(Özel Ek A):6-11.
4. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. İstatistiklerle Yaşlılar, 2017. www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27595. Erişim tarihi:20.03.2018.
5. Arun Ö, Arun BK. Türkiye’de yaşlı kadının en büyük sorunu: dulluk. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2011;10(4):1515-1527.
6. Ceylan H. Yaşlanan Türkiye’de yaşlı bakım personeline duyulan ihtiyaç ve yaşlı bakım programlarının önemi. Electronic Journal of Vocational Colleges 2015;(4):61-68.
7. World Health Organisation. World report on Ageing and Health 2015. <http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>. Erişim tarihi: 5.01.2018.
8. Çilingiroğlu N, Demirel S. Yaşlılık ve yaşlı ayrımcılığı. Turkish Journal of Geriatrics 2004;7(4):225-230.
9. Kutsal GY. Yaşlanan dünya, yaşlanan toplum, yaşlanan insan, Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni 2003;24:1-6.
10. Aslan D, M.M. Başar (Haz.). Konuşma metinleri. 4. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi: 1-4 Nisan 2010- İzmir:. Ankara: Türk Geriatri Derneği.

11. Graf C. Functional decline in hospitalized older adults. *The American Journal of Nursing* 2006;106(1):58-67.
12. Korkmaz FD, Alcan AO, Aslan FE, Çakmakçı H, Koroner arter baypas greft ameliyatı sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 2015;23(2):285-294.
13. Rantanen A, Tarkka MT, Kaunonen M, Tarkka M, Sintonen H, Koivisto AM, et al. Health-related quality of life after coronary artery bypass grafting. *J Adv Nurs* 2009;65:1926-36.
14. Jerant AF, Azari R, Martinez C, Nesbitt TS. A randomized trial of telenursing to reduce hospitalization for heart failure: patient-centered outcomes and nursing indicators, *Home Health Care Services Quarterly*, 2002;22(1):1-20.
15. Weaver LA, Doran KA. Telephone follow-up after cardiac surgery: Facilitating the transition from hospital to home. *The American Journal of Nursing* 2001;101(5):84-96.
16. World Health Organisation. The top 10 causes of death. 2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/> Erişim tarihi:12.12.2017.
17. World Health Organisation. Turkey: WHO statistical profile. 2012. <http://www.who.int/gho/countries/tur.pdf?ua=1>). Erişim tarihi:18.03.2018.
18. Onat A, Aydın M, Köroğlu B, Örnek E, Altay S, Çelik E ve ark., TEKHARF 2011 taraması: Ölümler ve uzun vadeli takipte performans, *Türk Kardiyoloji Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol* 2012;40(2):117-21.
19. Alcan AO, Korkmaz FD, Çakmakçı H. Koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 2017;25(1):45-51.
20. Smith CM, Cotter VT, Age-related changes in health. In: Boltz M (Ed.). *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*. 4th ed. New York: Springer Pub Co; 2012. p.23-47.
21. Cebeci F. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastalara Verilen Taburculuk Eğitimi ve Danışmanlık Hizmetinin Öz-Bakım Gücüne, Anksiyete ve Depresyon Durumuna Etkisi (tez) Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2004.
22. Duhaylongsod FG. Minimally invasive cardiac surgery defined. *Archives Surgery* 2000;35(1):296-301.
23. Dursun M, Şanlı Ş. Koroner baypas greftlerin değerlendirilmesi. *Türk Radyoloji Derneği Dergisi* 2013;1:83-92.
24. Mayir B, Altınel Ö, Özerhan İH, Ersöz N, Harlak A, Kılbaş Z ve ark. Yaşlı hastalarda cerrahi sonrası mortaliteye etki eden faktörler, *Anatol J Clin Investig* 2010;4(1):32-35.

25. Akbuğa GA, Bahçeli A. Kalp cerrahisi girişimi uygulanan bireylere yönelik bakım. Bozok Tıp Dergisi 2017;7(2):71-6.
26. Gümüş F, Erkalp K, Kayalar N, Alagöl A. Yaşlı hasta nüfusunda kalp cerrahisi ve anestezi yaklaşımı. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 2013;21(1):250-5.
27. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. Cerrahi Hemşireliği I. İstanbul: Nobel kitabevi, 2012.s.257-367.
28. Aygin D. Yaşlı cerrahisinde bakım. Aslan FE (Editör). Cerrahi bakım vaka analizleri ile birlikte. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2017. s.181-247.
29. Yılmaz M. Cerrahi hastanın değerlendirilmesi. Aslan FE (Editör). Cerrahi bakım vaka analizleri ile birlikte. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2017. s.281-317.
30. Touhy TA, Jett K. Ebersole & Hess' toward healthy aging: human needs and nursing response. 8th ed. Mosby Missouri: Elsevier, 2008:19-28.
31. Savaş S, Akçiçek F. Kapsamlı geriatrik değerlendirme. Ege Tıp Dergisi 2010;49(3) Ek / Supplement:19-30.
32. Karadakovan A. Yaşlılık ve bakım. Karadakovan A, Aslan FE (Editörler). Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Adana: Nobel Kitabevi; 2011. s.119-41.
33. American Society of Anesthesiology Clasification sınıflaması <http://istanbultip.istanbul.edu.tr/asa-american-society-of-anesthesiologists-siniflandirmasi>. Erişim tarihi:10.01.2018.
34. Çelik S, Kavacık D, Nair Asude, Şeker N, Demirel L. Cerrahi girişim geçiren yaşlı hastalarda bilişsel fonksiyon bozukluğunun değerlendirilmesi. Bakırköy Tıp Dergisi 2015;11(2):66-73.
35. Karadakovan A. Yaşlıda ilaç kullanımı. Karadakovan A (Editör). Yaşlı Sağlığı ve Bakım. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014. s.188-208.
36. Badur F. Diyabetli Yaşlılarda Oral İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirilmesi (tez). İstanbul: İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.
37. Türk Kardiyoloji Derneği. Koroner Kalp Hastalığı Riski ve Değerlendirilmesi, <https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k11/4e423.htm?wbnum=1604>, Erişim tarihi:31.01.2018.
38. Robinson TN, Eiseman B. Postoperative delirium in the elderly: diagnosis and management. Clinical Interventions in Aging 2008;3(2):351-355.
39. Nalbant S. Yaşlılıkta fizyolojik değişiklikler. Nobel Medicus Online Dergi 2008;4(2):4-11.
40. www.Ucdenver.edu.tr/academics/colleges/medicakschool/departments/surgery/education/grandrounds/documents. Erişim tarihi:07.03.2017.

41. Kotekar N, Kuruvilla CS, Murthy V. Post-operative cognitive dysfunction in the elderly: A prospective clinical study. *Indian Journal of Anaesthesia* 2014; 58(3):263-8.
42. Mistry PK, Gaunay GS, Hoenig DM. Prediction of surgical complications in the elderly: Can we improve outcomes?. *Asian Journal of Urology* 2017;4(1):44-49.
43. Mohanty S, Rosenthal RA, Russel MM, Neuman MD, Ko CY, Esnaola NF. Optimal perioperative management of the geriatric patient: a best practices guideline from the american college of surgeons nsqip and the american geriatrics society. *Journal of the American College of Surgeon* 2016;222(5):930-947.
44. Kalkan N, Karadağ M. Cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemede güncel yaklaşımlar ve hemşirelere yönelik önleme girişimleri algoritması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017;6(4):280-9.
45. Association of perioperative Registered Nurses-AORN. Guidelines for Perioperative Practice. Guideline for Preoperative Patient Skin Antisepsis 2015. <https://pdfs.semanticscholar.org/ab7e/e4d1472be36334c24d506bb8eb19d1645366.pdf>
Erişim Tarihi: 16.03.2018.
46. Yavuz M. Ameliyat öncesi bakım. Karadakovan A, Aslan FE (Editörler). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. Adana: Nobel Kitabevi; 2011. s.261-276.
47. Griffiths R, Beech F, Brown A, Dhese J, Foo I, Goodall J et al. Guidelines peri-operative care of the elderly 2014: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. *Anaesthesia* 2014;69(Suppl. 1):81-98.
48. Uncu H, Acıpayam M, Badak TO, Ketenciler S, Çakır H, Özsöyler İ. İleri yaşlı hastalarda koroner bypass deneyimi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2012;3(10):9-16.
49. Fındık ÜY. Cerrahi süreç: ameliyat sonrası bakım ve komplikasyonların önlenmesi. Aslan FE (Editör). *Cerrahi bakım vaka analizleri ile birlikte*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2017. s.425-447.
50. Aslan FE. Ameliyat sonrası bakım. Karadakovan A, Aslan FE (Editörler). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. Adana: Nobel Kitabevi; 2011. s.315-42.
51. Erdil F. Yaşlılarda ameliyat sonrası bakım, Hacettepe Üniversitesi Gebam Bülteni. 2008:4-5.
52. Usta E, Aygin D. Yaşlı hastanın ameliyat sonrası bakımı neden farklı olmalıdır?. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2015;5(3):59-65.
53. Cheng SP, Yang TL, Jeng KS, Lee JJ, Liu T, Liu CL. Perioperative care of the elderly. *International Journal of Gerontology* 2007;1(2):89-97.
54. Furuya RJ, Mata LRF, Veras SV, Appoloni AH, Dantas RAS, Silveira RCCP et al. Telephone follow-up for patients after myocardial revascularization: a systematic review. *The American Journal of Nursing* 2013;113(5):28-39.

55. Özcan H. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastalar Tarafından Kullanılma Oranları (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
56. Demirkıran G. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi (tez). Malatya: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.
57. Tuna Z. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olan Yaşlı Hastalara Fonksiyonel Bağımsızlık Düzeyleri Doğrultusunda Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastaların Fonksiyonel Bağımsızlıklarına Etkisi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.
58. Ergün A. Taburculuk planlaması ve evde bakım. Karadakovan A, Aslan FE (Editörler). Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Adana: Nobel Kitabevi; 2011. s.25-34.
59. Yılmaz M, Çifçi ES. Açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde bir model: fonksiyonel sağlık örüntüleri. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 2010;18(3):183-9.
60. Dal Ü, Bulut H, Demir SG. Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar, Bakırköy Tıp Dergisi 2012;8(1):34-40.
61. Gülhan R. Yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı, Okmeydanı Tıp Dergisi 2013;29(Ek sayı 2):99-105.
62. Inwood HL. Adult Cardiac Surgery Nursing Care And Management, London: Whurr Publishers, 2002:196-207.
63. Çelik S. Batın ameliyatından 24-48 saat sonra hastaların ağrı düzeyleri ve uygulanan hemşirelik girişimleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;2(3):325-330.
64. Lesley B, Milgrom RN. Pain levels experienced with activities after cardiac surgery. American Journal of Critical Care 2004;13(2):121-123.
65. Mueller XM, Tinguely F, Tevæearai HT, Revelly JP, Chiolo'ro R, von Segesser LK. Pain location, distribution, and intensity after cardiac surgery, Chest Journal 2000;118(2):391-396.
66. Sullivan J. Caring For Older Adults After Surgery. Nursing 2011;41(4):48-51.
67. Akyolcu N. Yaşlı hastalarda yara iyileşmesi ve hemşirelik bakımı, Fındık ÜY, Erol Ö (Editörler). Geriatrik hasta ve hemşirelik bakımı. Ankara: Alter Yayıncılık; 2010. s.19-40.
68. Kaye KS, Anderson DJ, Sloane R, Chen LF, Choi Y, Link K et al. The impact of surgical site infection on older operative patients. Journal of the American Geriatrics Society 2009;57(1):46-54.

69. Aydın ÇF. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası İki Aylık Dönemde Yaşadıkları Güçlükler (Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2000.
70. Erkuş B, Mentеш D. Kalp cerrahisi sonrası taburculuk eğitimi. 2010 [Http://Www.Acibademhemsirelik.Com/E-Dergi/Yeni Tasarim/Files/Uyg_Gel_Son.Pdf](http://www.acibademhemsirelik.com/E-Dergi/Yeni_Tasarim/Files/Uyg_Gel_Son.Pdf) Erişim Tarihi: 28.01.2018.
71. Gallagher R, McKinley S, Dracup K. Post discharge problems in women recovering from coronary artery bypass graft surgery. *Aust Crit Care* 2004;17(4):160-5.
72. Yılmaz M, Gürler H. Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: Hasta görüşleri. *Ağrı* 2011;23(2):71-79.
73. Çevik K, Zambak A. Açık kalp ameliyatı sonrasında yapılan egzersizlerin ağrıya etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011;14(4):54-9.
74. Fındık ÜY. Yaşlı hastanın ameliyat sonrası hemşirelik bakımı, Fındık ÜY, Erol Ö (Editörler). *Geriatrik hasta ve hemşirelik bakımı*. Ankara: Alter Yayıncılık; 2010. s.145-161.
75. Elitoğ N, Erkuş B. CABG operasyonu geçirmiş olan hastaların taburculuk sonrası en sık yaşadıkları problemlerin tanımlanması. *Acibadem Hemşirelik e-Dergi* 2010;(25):1-6.
76. Hsieh C. Treatment of constipation in older adults. *American Family Physician* 2005; 72(11):2277-2285.
77. Öztürk GB, Karan MA. Yaşlıda Ağrıya Yaklaşım. 2008 http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2009-01/html/2009-1-1-031-044.htm, Erişim Tarihi: 24.01.2018.
78. Wilson K, Gibson N, Willan A, Cook D. Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. *Jama Internal Medicine* 2000;160(7):939-44.
79. Perers E, From Attebring M, Caidahl K, Herlitz J, Karlsson T, Wahrborg P et al. Low risk is associated with poorer quality of life than high risk following acute coronary syndrome. *Coronary Artery Disease* 2006;17(6):501-510.
80. Alkan HÖ. Hasta eğitimi ve davranış değişikliği geliştirme, *Journal of Cardiovascular Nursing* 2016;7(Sup 2):41-47.
81. Bahtiyar G. Ameliyat sonrası gelişen cinsel sağlık sorunları ve hemşirelik bakımı. 2015. <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/84/docs/ug-1.pdf>, Erişim Tarihi: 12.02.2018.
82. Aslan D. Evde yaşlı bakımı; hekimin rolü. *Türk Geriatri Dergisi Özel Sayı* 2012;(15):34.
83. Gönen E, Özmete E. Uzun süreli bakıma karar vermede bilgi teknolojilerinden yararlanma. I. Ulusal yaşlılık kongresi: Bildiriler, 10-11 Ekim 2001 Ankara: Yaşlı Sorunları Araştırma Derneği, 2001:318-331.

84. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. Geriatri 2002;5(4):155-159.
85. Subaşı N, Öztekin Z. Türkiye’de karşılanamayan bir gereksinim: evde bakım hizmeti. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006;5(1):19-30.
86. Tuna Z, Çelik SŞ. Otonomi değerlendirme ölçeği’nin 65 yaş ve üstü bireylerde geçerlilik-güvenirlilik çalışması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2012;19(1):51-61.
87. Karagözoğlu Ş, Arıkan A, İnan N, Höyük ZG. The self-esteem, autonomy level of the elderly staying in the rest homes and the relation between two variables. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2013;35:152-165.
88. Karadakovan A. Yaşlı bireyin sağlıklı yaşam gereksinimleri. Karadakovan A (Editör). Yaşlı Sağlığı ve Bakım. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014. s.99-177.
89. Karaduman A, Yiğiter K, Aras Ö, Yakut Y. Yaşlılıkta fiziksel bağımsızlık ve yaşam kalitesi, yaşlılık gerçeği. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, 2004:79-96.
90. Erdil F. Yaşlanma nedeniyle gelişen fiziksel, fonksiyonel, bilişsel ve psikososyal değişiklikler. 4. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi Geriatri Hemşireliği Kursu Konuşma Metinleri. s.9-25. İzmir, 2010.
91. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset, 2005: 452-467.
92. Altay B, Çavuşoğlu F, Çal A. Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin 2016;15(3):181-9.
93. Demir N. Yaşlı Hastaların Ameliyat Öncesi Dönemde Fonksiyonel Bağımsızlık Düzeylerinin Belirlenmesi (tez). Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
94. Akgün HS, Bakar C, Budakoğlu İ. Başkent üniversitesi sağlık kuruluşlarında tedavi görmüş 65 yaş üstü hastaların fiziksel ve ruhsal sorunları ile günlük yaşam aktivite durumlarının değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2004;7(3):133-138.
95. Yağcı İ. Geriatrik rehabilitasyon, Kutsal YG. (Editör.). Temel Geriatri. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2007. s.1187-95.
96. Pehlivan S, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik tanılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;2(3):385-95.
97. Kanan N. Geriatri hemşireliği, Fındık ÜY, Erol Ö (Editörler). Geriatrik hasta ve hemşirelik bakımı. Ankara: Alter Yayıncılık; 2010. s.8-17.

98. Carvalho MJ, Marques E, Mota J. Training and detraining effects on functional fitness after a multicomponent training in older women. *Gerontology*. 2009;55:41-48.
99. Altuğ F, Yağcı N, Kitiş A, Bükler N, Cavlak U. Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi, *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2009;(1):48-60.
100. Opot R. Application of telenursing in the rehabilitation of elderly hip fracture patients at home: A literature Review (thesis). Vantaa: Laurea University of Applied Sciences; 2011.
101. Dixon BE, Hook JM, McGowan JJ., Using Telehealth to Improve Quality and Safety Findings from the AHRQ Health IT Portfolio. U.S. Department of Health and Human Services AHRQ Publication, 2008. https://healthit.ahrq.gov/.../Telehealth_Issue_Paper_Final_0 Erişim tarihi:19.03.2018.
102. Schlachta L. Telehealth and Telenursing: Looking Toward the Future, AACN Hot Issues Conference. 2009. <http://www.aacn.nche.edu/membership/members-only/presentations/2009/09hotissues/satschlachtafairchild.pdf>. Erişim tarihi:26.12.2017.
103. Westra B. Telehealth Nursing Practice Essentials. American Academy of Ambulatory Care Nursing 2009, <http://www.aacn.nche.edu/qsen-informatics/2012-workshop/presentations/westra/Telehealth.pdf>. Erişim tarihi:11.01.2018.
104. Sağlık Bakanlığı (T.C.). Tele Sağlık Servisi Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. <http://www.telesaglik.gov.tr/dokumanlar/>Erişim tarihi:19.03.2018.
105. Erdemir F, Akman A. Tele hemşirelik, VI. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi Bildiri Kitabı s.368, Antalya, 2009.
106. http://www.icn.ch/images/stories/documents/networks/Telenursing/eHealth_and_Telehealth_for_International_Nursing. Erişim tarihi:11.03.2018.
107. Seçginli S. 13. Uluslararası Hemşirelik Bilişimi Kongresi: Herkes için e-Sağlık, *Smyrna Tıp Dergisi* 2016:59-60.
108. Bilik Ö. Kalça Protezi Uygulanmış Hastaların Evde Telefonla İzlenmesinin İyileşmeye Etkisi (tez) İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
109. Hintistan S, Çilingir D. Hemşirelik uygulamalarında güncel bir yaklaşım: telefon kullanımı, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2012;9(1):30-35.
110. Guidelines for Telenursing Practice. 2000. Registered Nurses' Association of Nova Scotia, Telephone Nursing Practice Standards, www.rnans.ns.ca. Erişim tarihi:22.12.2017.
111. Guidelines for Telenursing Practice. 2002. Registered Nurses' Association of Nova Scotia, www.rnans.ns.ca. Erişim tarihi:22.12.2017.

112. Akay B, Akyol AD. Kronik kalp yetersizliği olan hastalarda tele izlem yönteminin özbakım gücüne olan etkisinin incelenmesi. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2014; 5(8):75-88.
113. Lorentz M. Telenursing and home healthcare the many facet of technology. Home Healthcare Nurse 2008;26(4):237-243.
114. Sağlık Bakanlığı (T.C.). Hemşirelik Yönetmeliği (T.C. Resmi Gazete, 08.03.2010, Sayı: 27515).http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=745:hemrelyetmel&catid=2:ymelik&Itemid=33 Erişim Tarihi: 10.01.2018.
115. Tuden DS, Boryckı EM, Kushnırık AW, Clinical simulation: evaluating the usability of a health information system in a telenurse call centre. In: Lau F, Bartle-Clar JA, Bliss G, Borycki EM, Courtney KL, Kuo A (Eds). Building capacity for health informatics in the future. The Authors and IOS Press 2017;234:340-345.
116. Holmström IK, Nokkoudenmaki MB, Zukancic S, Sundler AJ. It is important that they care-older person' experiences of telephone advice nursing. Journal of Clinical Nursing 2016;25(11-12):1644-1653.
117. Akbari M. Determination Of The Effects Of Discharge Training And Counseling On Quality Of Life And Post Discharge Problems In Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
118. Hebert R, Carrier R, Bilodeau A. (1988). The functional autonomy measurement system (SMAF): Description and validation of handicaps. Age and Ageing. 1998;17(5): 293-302.
119. Hebert R, Guilbeault J, Desrosiers J. The functional autonomy measurement system (smaf): a clinical-based instrument for measuring disabilities and handicaps in older people. Eriatrics Today: Journal Of The Canadian Geriatrics Society 2001;4:141-7.
120. Desrosiers J, Bravo G, Hebert R, Dubuc N. Reliability of the revised functional autonomy measurement system (SMAF) for epidemiological research. Age and Ageing 1995;24(5):402-6.
121. Softa HK. Sağlıklı Yaşlanma Bakım Modeli Geliştirme (tez). İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi; 2014.
122. Tekbaş ÖF. Kalp damar hastalıkları ve çevresel faktörler, TAF Preventive Medicine Bulletin 2008;7(5):435-444.
123. Türk Kardiyoloji Derneği. Kadın kalbinde kırmızı alarm avrupa kalp sağlığı stratejisi avrupa kalp sağlığı projesi, modül 6 kadınlar ve kalp damar hastalıkları. Türk Kardiyoloji Dern Arş 2010;38 Suppl 1:9-15.
124. Hartford K. Telenursing and patients' recovery from bypass surgery. Journal of Advanced Nursing 2005;50(5):459-468.

125. Sönmez A. Koroner Arter Bypass Graft Ameliyatı Uygulanan Hastaların Konfor Ve Kaygı Deneyimlerinin Değerlendirilmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.
126. Cebeci F, Çelik SŞ. Effects of discharge teaching and counselling on anxiety and depression level of CABG patients. Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery 2011;19(2):170-76.
127. Bikmoradia A, Masmoueib B, Ghomeisic M, Roshanaeida G. Impact of tele-nursing on adherence to treatment plan in dischargedpatients after coronary artery bypass graft surgery: aquasi-experimental study in Iran, International Journal of Medical Informatics 2016;86:43–48.
128. Dingil B. Şehir Sağlığı Kriterleri (tez). İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2007.
129. Bilir N. Sağlıklı yaşam, sigara ve gençlik genç kalmak için sağlıklı yaşam ilkeleri. www.undp.org.tr/publicationsdocuments/.../nhdr.bp17.02.2018. Erişim Tarihi: 17.02.2018.
130. American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics 2017 At-a-Glance. https://healthmetrics.heart.org/wp-content/uploads/2017/06/Heart-Disease-and-Stroke-Statistics-2017-ucm_491265.pdf. Erişim tarihi: 19.03.2018.
131. Eroğlu GS. Kalp damar hastalıklarında beslenme, Ankara: Reklam Kurdu Ajansı; 2012. s.13-9.
132. Yıldırım N, Atalay M. Koroner arter bypas ameliyatı olan hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, Hemşirelik Araştırma Dergisi 2002;4(1):52-64.
133. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. İstatistiklerle Yaşlılar, 2016. www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27595. Erişim tarihi:20.03.2018.
134. Çamur D, Acar Vaizoğlu S. Sağlıklı yaşlanma için çevre. Aslan D, Ertem M (Editörler). Yaşlı sağlığı: sorunlar ve çözümler. Ankara: Palme Yayıncılık; 2012. s.31-36.
135. Taşdelen P, Ateş M. Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2012;9 (3):22-29.
136. Lie I, Arnesen H, Sandvik L, Hamilton G, Bunch EH. Predictors for physical and mental health 6 months after coronary artery bypass grafting, A cohort study. European Journal of Cardiovascular Nursing 2010;9(4):238–243.
137. Taşkın EÜ. Total Diz Protezi Uygulanan Hastalara Ameliyat Öncesi ve Sonrası Verilen Danışmanlığın Özbakım Gücü, Fonksiyonel Durum ve Ağrıya Etkisi (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.
138. Cingil D, Bodur S. Karaman il merkezinde yaşayan yaşlıların bağımlılık düzeyleri, demografik ve medikal özelliklerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;11(3):33-39.

139. Karadakovan A, Çelebioğlu A, Sert ZE, Gündüzoğlu ÇN, Topçu S, Sağkal T, Bozkurt S. Yaşlıların sosyal destek gereksinimlerinin belirlenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017;33(1):64-75.
140. Lök N, Lök S. Yaşlıların fiziksel aktivite düzeyleri ile bilişsel durumları arasındaki ilişki. Yeni Symposium 2016;54(2):21-4.
141. Kleinpell RM, Avitall B. Integrating telehealth as a strategy for patient management after discharge for cardiac surgery. Journal of Cardiovascular Nursing 2007;22(1):38-42.
142. Temizer H. İnmeli Hastalara Evde Bakan Aile Üyelerine Verilen Hemşirelik Girişimlerinin Bilgi Düzeylerine Ve Bakım Yükünü Algılamalarına Etkisi. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.
143. Doğu Ö, Güngörsün HÇ, Erkorkmaz Ü. Koroner by-pass ameliyatı olan hastalarda yaşam kalitesinin incelenmesi. Journal of Human Rhythm 2015;1(3):155-161.
144. Anderson J, Petersen N, Kistner C, Soltero E, Willson P. Determining predictors of delayed recovery and the need for transitional cardiac rehabilitation after cardiac surgery. Journal of the American Association of Nurse Practitioners 2006;18(8):386-392.
145. Barnason S, Zimmerman L, Anderson A, Burt-Mohr S, Nieveen J. Functional status outcomes of patients with a coronary artery bypass graft over time. Heart Lung 2000;29(1):33-46.
146. Zimmerman L, Barnason S, Hertzog M, Young L, Nieveen J, Schulz P et al. Gender differences in recovery outcomes after an early recovery symptom management intervention. Heart Lung 2011;40(5):429-39.
147. Kutsal A. Yaşlıda kalp cerrahisi, Türk Geriatri Dergisi 2010;13(özel sayı 2):115-123.
148. Köroğlu CZ, Köroğlu MA. Mekânın dönüşümü ve yaşlılık üzerine: kentleşme ve yaşlılık olgusu, Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 2015;8(41):812-821.
149. Saxena A, Shan L, Diem CR, Julian AD, Gilbert CS, Shardey GC. Impact of smoking status on early and late outcomes after isolated coronary artery bypass graft surgery, Journal of Cardiology 2014;61(5):336-341.
150. Çeçen D, Özbayır T. Cerrahi kliniklerinde yatan yaşlı hastaların genel sağlık durumlarının değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2010;26(3):11-22.
151. Kamışlı S, Karatay G, Terzioğlu F, Kubilay G. Sigara ve ruh sağlığı, Ankara: Klasmat Matbaacılık, 2008:9-13.
152. Direk F, Çelik SŞ. Postoperative problems experienced by patients undergoing coronary artery bypass graft surgery and their self-care ability after discharge. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 2012;20(3):530-535.

153. Bilgiç Ş, Dilek F, Avcı Arslan HS, Ünal A. Bir Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Konstipasyon Durumları ve Etkileyen Faktörler. Uluslararası Temel ve Klinik Tıp Dergisi 2016;4(1):9-16.



ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİLLER

Şekil 1. ASA (American Society of Anesthesiology Clasification) sınıflaması	7
Şekil 2. Yaşlı hastanın fiziksel muayene alanları	8
Şekil 3. Ayılma ünitesinden ayrılma kriterleri	11
Şekil 4. Taburculuk planı	13
Şekil 5. Taburculuk eğitimi	14
Şekil 6. Yaşlı bireyin değerlendirmesi	22
Şekil 7. Yaşam aktiviteleri	23
Şekil 8. Tele sağlık hemşireliği sağlık bakım alanları	29
Şekil 9. Araştırmanın deseni	35
Şekil 10. Otonomi değerlendirme ölçeği'nin yetersizlik alanından alınabilecek en düşük ve yüksek puanlar.....	37
Şekil 11. Taburculuk öncesi ve taburculuktan sonra 6. haftada ODÖ'nün alt boyutlarının ve ölçek toplamının iç tutarlılık (chronbach's alpha) katsayısı.....	38

TABLolar

Tablo 1. Hastaların bireysel özelliklere göre dağılımı.....	44
Tablo 2. Hastaların otonomi düzeyi.....	47
Tablo 3. Hastaların yaş grupları ve otonomi düzeyi.....	50
Tablo 4. Hastaların cinsiyeti ve otonomi düzeyi	51
Tablo 5. Hastaların medeni durumu ve otonomi düzeyi.....	52
Tablo 6. Hastaların eğitim durumu ve otonomi düzeyi	53

Tablo 7. Hastaların çalışma durumu ve otonomi düzeyi	54
Tablo 8. Hastaların yaşadığı yer ve otonomi düzeyi	55
Tablo 9. Hastaların sigara kullanma durumu ve otonomi düzeyi	56
Tablo 10. Hastaların alkol kullanma durumu ve otonomi düzeyi.....	57
Tablo 11. Hastaların birlikte yaşadığı kişi sayısı ve otonomi düzeyi	58
Tablo 12. Hastaların birlikte yaşadığı kişinin eğitimine göre otonomi düzeyi.....	59
Tablo 13. Sosyal destek ve hastaların otonomi düzeyi.....	60
Tablo 14. Hastaların telefonla arayarak hemşirelik danışmanlığı aldıkları sorunların dağılımı.....	61
Tablo 15. Hastaların telefonla danışmanlık alma sayısı ve otonomi düzeyi.....	62



ÖZGEÇMİŞ

1981 yılında Edirne’de doğdum. İlk ve Orta öğretimimi Edirne’de tamamladım. Lisans eğitimimi 2004 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu’nda, Yüksek lisans eğitimimi de Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’ndan 2007 yılında tamamladım.

Çalışma hayatıma Şubat 2003’de Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi’nde Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım ünitesinde hemşire olarak başladım. Aralık 2004’te Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi’nde Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım hemşiresi olarak çalışmaya devam ettim. Aralık 2007’de Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım sorumlu hemşiresi olarak çalışmaya başladım. Nisan 2010’da Edirne Devlet Hastanesi Beyin Cerrahi-Kardiyovasküler Cerrahi-Göğüs Cerrahisi ve Üroloji karma servisinde hemşiresi olarak çalışmaya başladım. 2011 yılında Edirne Devlet Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi sorumlu hemşiresi olarak çalışmaya devam ettim. Ocak 2013’te Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu’nda öğretim görevlisi olarak çalışmaya başladım ve halen bu görevde çalışmaktayım.

EKLER

Ek 1. Hasta Tanıtım Formu

Ek 2. Telefon Danışmanlığı İzlem Formu

Ek 3. Otonomi Değerlendirme Ölçeği

Ek 4. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği Koroner Arter Bypass Ameliyatı Olan Hastaların Taburculuk Eğitim Rehberi

Ek 5. Kurum Onayı

Ek 6. Etik Kurul İzni

Ek 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Ek 1. Hasta Tanıtım Formu

1. **Adı-Soyadı:**

2. **Telefon numarası:**

3. **Açık Adres:**

4. **Yaşı:**

5. **Cinsiyetiniz:** Kadın () Erkek ()

6. **Medeni Durum:** Evli () Bekâr ()

7. **Eğitim durumunuz:**

Okur-yazar () İlköğretim () Lise () Üniversite ve üzeri ()

8. **Çalışma /işdurumunuz:** Çalışıyor () Çalışmıyor ()

9. **Yaşanılan yer:** Kentsel Bölge () Kırsal Bölge ()

10. **Sigara kullanıyor musunuz?**

a. Evet b.Hayır c. Bıraktım

11. **Alkol kullanıyor musunuz?**

a. Evet b.Hayır c. Bıraktım

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

Okur-yazar değil ()

Okur-yazar ()

İlköğretim ()

Lise ()

Üniversite ve üzeri ()

13. **Birlikte yaşanan kişiler:** Yalnız yaşayan () 2 ve üzeri ()

14. **Sosyal çevrenin verdiği destek:**

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

Ek 2. Telefon Danışmanlığı İzlem Formu

GÖRÜŞME TARİHİ	GÖRÜŞME NEDENİ	GÖRÜŞME YAPILAN KİŞİ	ÖNERİLEN GİRİŞİMLER/TAVSİYELER	SONUÇ

Ek 3. Otonomi Değerlendirme Ölçeği

Otonomi Değerlendirme Ölçeği

Adı :
Dosya No :
Tarih :
Değerlendirme :

YETERSİZLİK ALANI
A. GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ (GYA)
1. YEMEK YEME (0) Yardım almadan beslenir. (- 0.5) Güçlükle beslenir. (-1) Kendi başına beslenir; fakat uyarıya ya da gözetime ihtiyacı var YA DA yemek önceden hazırlanmalı ya da dilimlenmeli ya da püre haline getirilmeli. (-2) Bazı yemekleri (çorba vs.) yemek için yardıma ihtiyacı var YA DA yemekler sırayla verilmeli. (-3) Tamamen başkası tarafından beslenmeli YA DA nazogastrik tüpü ya da gastrostomisi / jejunostomi var. <input type="checkbox"/> nazogastrik tüp <input type="checkbox"/> gastrostomi <input type="checkbox"/> jejunostomi
2. YIKANMA (0) Yardım almadan yıkanır (küvette ya da duşa girme ya da çıkma dâhil). (- 0.5) Yıkanmada güçlük yaşar. (-1) Kendi başına yıkanır; fakat yönlendirilmeye YA DA gözetime YA DA hazırlığa YA DA sadece bütün haftalık tam vücut banyosu (ayakları, başını ve tüm bedeni yıkamak dâhil) için yardıma ihtiyacı var. (-2) Günlük yıkanma (yüz, koltuk altı, perianal bölgeyi yıkamayı içerir) için yardıma ihtiyacı var; fakat kendisi de aktif olarak katılır. (-3) Başkası tarafından yıkanmalı.
3. GİYİNME (tüm mevsimler) (0) Yardım almadan giyinir. (-0.5) Güçlükle giyinir. (-1) Kendisi giyinir; fakat yönlendirilmeye YA DA gözetime YA DA giysinin hazırlanmasına ve verilmesine YA DA giyinme eyleminin sonlandırılması (düğmeleri ilikleme, bağcıkları bağlama, fermuarı kapatma vs.) için yardıma ihtiyacı var. (-2) Giyinmek için yardıma ihtiyacı var. (-3) Başkası tarafından giydirilmeli. <input type="checkbox"/> elastik çorap
4. KİŞİSEL BAKIM (diş fırçalama, saç tarama, traş olma, tımak kesme, makyaj yapma) (0) Yardım almadan kişisel bakımını yapar. (- 0.5) Kişisel bakımını yapmada güçlük yaşar. (-1) Kendi kişisel bakımını yapar; fakat yönlendirilmeye ya da gözetime ihtiyacı var. (-2) Kişisel bakımı için yardıma ihtiyacı var. (-3) Kişisel bakımı başkası tarafından yapılmalı.

YETERSİZLİK ALANI

5. URİNER FONKSİYON

(0) İdrarını normal yapar.

(-1) Ara sıra idrar kaçırma

YA DA damlatma

YA DA idrarını kaçırmaması için sık sık yönlendirilmeye ihtiyacı var.

(-2) Sık sık idrar kaçırma (günde 1 ya da 2 kez)

(-3) İdrarını tutamama

YA DA hasta bezi kullanıyor ya da kalıcı sondası ya da üriner kondomu var.

bez kalıcı sonda üriner kondom

gündüz idrar kaçırma gece idrar kaçırma

6. BAĞIRSAK FONKSİYONU

(0) Bağırsak fonksiyonu normal

(-1) Ara sıra gaita kaçırma

YA DA ara sıra boşaltıcı lavmana ihtiyacı var.

(-2) Sık sık gaita kaçırma (son 1 ay boyunca haftada 4 kez)

YA DA düzenli olarak boşaltıcı lavmana ihtiyacı var.

(-3) Sürekli gaita kaçırma

YA DA hasta bezi kullanıyor ya da stoması var.

bez stoma

gündüz gaita kaçırma gece gaita kaçırma

7. TUVALETİ KULLANMA

(tuvalete oturma / kalkma, kendini temizleme ve elbiselerini düzeltme dâhil)

(0) Kendi başına tuvaleti kullanır.

(-0.5) Tuvaleti kullanmada güçlük yaşar.

(-1) Tuvaleti kullanmada gözetime ihtiyacı var

YA DA oturaklı iskemle, sürgü ya da ördek kullanır.

(-2) Tuvaleti kullanmada

YA DA oturaklı iskemle, sürgü ya da ördek kullanmada yardıma ihtiyacı var.

(-3) Tuvalet, oturaklı iskemle, sürgü ya da ördek kullanamaz.

oturaklı iskemle sürgü ördek

8. NAKİL (yataktan sandalyeye ya da tekerlekli sandalyeye geçme; yataktan ayağa kalkma; sandalyeden ya da tekerlekli sandalyeden yatağa geçme; ayakta yatağa ya da ayakta sandalyeye ya da tekerlekli sandalyeye geçme)

(0) Kendi başına yatağa yatar ve yataktan kalkar ya da sandalyeye oturur ve sandalyeden kalkar.

(-0.5) Yataktan sandalyeye geçme, ayağa kalkma ya da tersi durumlarda güçlük yaşar.

(-1) Kendi başına yatağa yatar ve yataktan kalkar ya da sandalyeye oturur ve sandalyeden kalkar; fakat yönlendirilmeye, gözetime ya da talimatlara ihtiyacı var.

Belirtiniz:.....

(-2) Yatağa yatmada ve yataktan kalkmada ya da

sandalyeye oturmada ve sandalyeden kalkmada yardıma ihtiyacı var.

Belirtiniz:.....

(-3) Yatağa bağımlı (yatağa yatırılmalı ve yataktan kaldırılmalı)

nakil sırasında özel pozisyon:.....

hasta taşıma lifi sedye

YETERSİZLİK ALANI**15. ÇAMAŞIR YIKAMA**

- (0) Tüm çamaşırtanını kendi başına yıkar.
(-0.5) Çamaşırtanını güçlükde yıkar.
(-1) Çamaşırtanını yıkar; fakat yeterince temizdenmesi için yönlendirilmeye ya da gözetime ihtiyacı var.
(-2) Çamaşır yıkamak için yardıma ihtiyacı var.
(-3) Çamaşır yıkayamaz.

16. TELEFON KULLANMA

- (0) Kendi başına telefonu kullanır (telefon rehberini kullanma dâhil).
(-0.5) Telefonu güçlükde kullanır.
(-1) Telefona cevap verir; fakat sadece ezberlediği birkaç numarayı ya da acil numaraları arar.
(-2) Telefonda konuşur; fakat numaraları çeviremez ya da ahizeyi yerinden kaldıramaz.
(-3) Telefonu hiç kullanamaz.

17. ULAŞIM

- (0) Kendi başına ulaşım araçlarını kullanabilir/sürebilir (araba, engelli aracı, taksi, otobüs vb.).
(-0.5) Ulaşım araçlarını güçlükde kullanır.
(-1) Ulaşım araçlarını kullanmak için eşlik edilmesi gerekir (bağımsız olarak araca binebilir; inebilir).
(-2) Eşlik edildiği ve araçtan inmek ve araca binmek için yardım aldığı sürece ulaşım aracını kullanabilir (bağımsız olarak araca binip inemez).
(-3) Ulaşım aracı kullanamaz (sedye ile taşınmalı).

18. İLAÇ KULLANIMI

- (0) İlaç kullanmaz.
YA DA reçetede belirttiği gibi ilaçlarını alır.
(-0.5) İlaçlarını güçlükde alır.
(-1) Reçeteye uygun şekilde ilacını kullandığından emin olmak için haftalık denetime (telefonla denetim dâhil) ihtiyacı var.
YA DA başkası tarafından hazırlanan saatleri ve ilaç dozunu gösteren ilaç kutusu kullanır.
(-2) Günlük olarak hazırlanmış ilaçlarını alır.
(-3) İlaçlarının her bir dozunun reçetede belirttiği gibi verilmesi gerekir.
 saatleri ve ilaç dozunu gösteren ilaç kutusu

19. BÜTÇE YÖNETME

- (0) Bütçesini kendi başına yönetir (bankacılık işlemleri dâhil).
(-0.5) Bütçesini güçlükde yönetir.
(-1) Bazı büyük bankacılık işlemlerinde (emeklilik maaşı, senetler vs.) yardıma ihtiyacı var.
(-2) Bazı düzenli bankacılık işlemleri için yardıma ihtiyacı var (faturaları ödeme); fakat cebindeki parayı uygun kullanır.
(-3) Bütçesini yönetemez.

C. İLETİŞİM**1. GÖRME**

- (0) Gözlükle/lensle ya da gözlüksüz/lenssiz yeteri kadar görür.
(-1) Görme sorunu var; fakat GYA'ni yapacak kadar görür.
(-2) Sadece nesnelere dış hatlarını görür ve GYA için talimatlara ihtiyacı var.
(-3) Görme fonksiyonu yok.
 lens büyüteç gözlük

2. İŞİTME

- (0) İşitme cihazıyla ya da cihazsız yeteri kadar duyar.
(-1) Yüksek sesle konuşulursa duyar.
YA DA başkası tarafından takılan işitme cihazına ihtiyacı var.
(-2) Çok yüksek sesle konuşulanları ya da belli kelimeleri duyar.
YA DA dudakları okur.
YA DA mimikleri anlar.
(-3) İşitme fonksiyonu yok ve kendisine söylenenleri anlayamaz.
 işitme cihazı

YETERSİZLİK ALANI

3. KONUŞMA

(0) Normal konuşur.

(-1) Konuşmaldı (İsian) sorunu var; fakat kendisini ifade edebilir.

(-2) Ciddi bir konuşmaldı (İsian) sorunu var; fakat temel gereksinimlerini ifade edebilir.

YA DA sorulara basit cevaplar verebilir (evet, hayır).

YA DA işaret dili kullanır.

(-3) İletişim kuramaz.

Teknik yardım:

bilgisayar iletişim tahtası

D. ZİHNİSEL FONKSİYONLAR

1. HAFIZA

(0) Hafızası normal

(-1) Küçük anlık unutkanlığı var (İsimler, randevular v.b); fakat önemli olayları hatırlar.

(-2) Ciddi unutkanlığı var (Isıtıcıyı kapatmayı, ilaçlarını almayı, eşyalarını kaldırmayı, yemek yemeyi, ziyaretçileri unutma).

(-3) Tam ya da tama yakın hafıza kaybı var.

2. ANLAMA

(0) Talimatları ve istekleri anlar.

(-1) Talimatları ve istekleri yavaş anlar

(-2) Tekrarlanan talimatların belli bir kısmını anlar

YA DA talimatları öğrenemez.

(-3) Etrafında olup bitenleri anlamaz.

3. KARAR VERME

(0) Durumları değerlendirir ve yerinde kararlar verir.

(-1) Durumları değerlendirir; fakat yerinde kararlar vermek için yardıma ihtiyacı var.

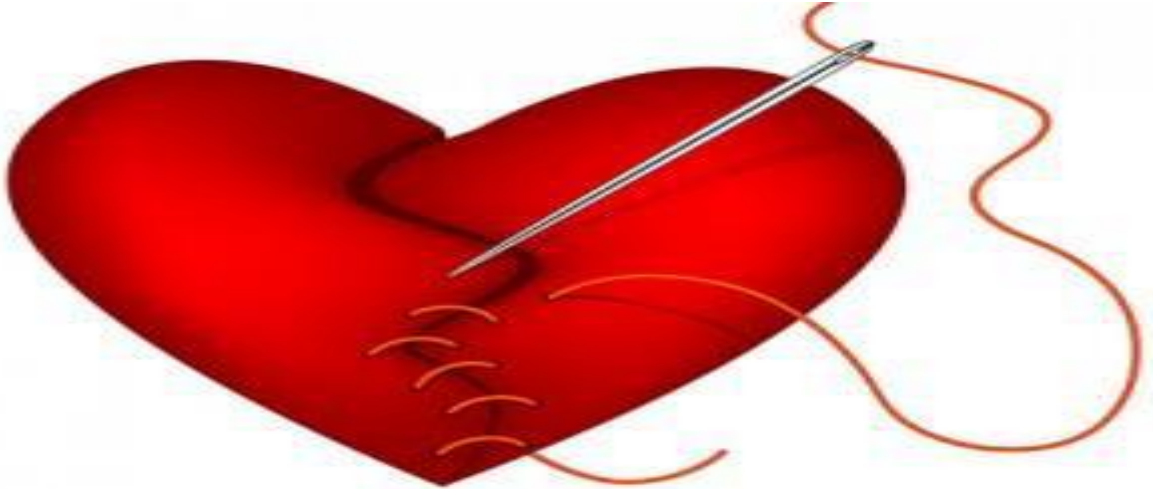
(-2) Durumları değerlendirmede yetersiz ve sadece kesin önerilerle yerinde kararlar verir.

(-3) Durumları değerlendiremez ve karar vermede başkalarına bağımlıdır.

Ek 4. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği Koroner Arter Bypass Ameliyatı Olan Hastaların Taburculuk Eğitim Rehberi



**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA ve UYGULAMA MERKEZİ
KALP DAMAR CERRAHİSİ KLİNİĞİ
KORONER ARTER BYPASS AMELİYATI OLAN HASTALARIN
TABURCULUK EĞİTİM REHBERİ**



**EDİRNE
2015**

TABURCULUK EĞİTİM REHBERİ

ÖNSÖZ

Sayın

Bu taburculuk eğitimi rehberi sizlere Koroner Arter Bypass ameliyatı sonrası taburculuk eğitimi yapmak ve evde bakım uygulamaları hakkında bilgi sunmak amacıyla hazırlanmıştır. Eğitim kitapçığı uzman görüşleri ve literatürde yer alan ilgili 17 kaynaktan bilgi alınarak hazırlanmıştır. Bu kitapçık aracılığıyla yapılması planlanan taburculuk eğitimi ile evde bakımınızın desteklenmesi ve sürdürülmesi amaçlanmaktadır. Bu eğitim kitapçığının evde bakım sürecinde otonomi düzeyinize olumlu etkisinin olacağını umut etmekteyiz. Taburculuk eğitim rehberi taburcu olduktan sonra evde bakım sürecinin tüm basamaklarında size rehberlik edecektir. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Sağlıklı günler dileriz.

Not: Bu kitapçık Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programında yürütülmekte olan ‘Koroner Arter Bypass Sonrası Telefonla Hemşire Danışmanlığının Yaşlı Hastaların Otonomi Düzeyine Etkisi’ başlıklı doktora tezinin uygulamasında kullanılmak üzere araştırmacı ve danışmanı tarafından eğitim materyali olarak hazırlanmıştır.

Araştırmacı: Uzm. Figen DIĞIN

Danışman: Doç.Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

İÇERİK PLANI

1. Ameliyat Sonrası İlaç Kullanma	4
2. Ağrıyla Başetme	4
3. Ameliyat Yaralarının Bakımı	5
4. İstenmeyen Etkilerin Önlenmesi	6
4.1. Şişlik	6
4.2. Enfeksiyon	6
5. Diyet	7
5.1.İştahsızlık	7
5.2.Kolesterol ve Yağ Tüketimi	7
5.3.Protein, Karbonhidrat ve Lifli Gıda Tüketimi	7
5.4.Kontrollü tuz tüketimi	8
6. Egzersizler	9
6.1.Yürüyüş	9
6.2.Merdiven	10
7. Dinlenme	10
7.1.Uyku	11
7.2.Oturma ve Yatma	11
8. Hijyenik Bakım	11
9. Kabızlık	12
10.Sigara Ve Alkol	12
11.Cinsel Aktivite	13
12.Ruh Halinde Değişiklik	13
13.Acil Durumlar	13
14.Uğraşı	14
14.1.İşe Başlama	14
14.2.Ev İşleri	14
14.3.Otomobil Kullanma	14
14.4. Seyahat	14
14.5.Sosyal Faaliyet	15
15.Kontrole Gelme	15
16.Kaynaklar	16

TABURCULUK EĞİTİM REHBERİ

1- AMELİYAT SONRASI İLAÇ KULLANMA:

- ✓ İlacı doğru yoldan, doğru zaman aralıklarında, doğru dozda ve belirtilen süre boyunca kesintisiz almalıdır.
- ✓ İlacın ismini, maksadını ve olabilecek yan etkilerini öğrenin ve not ederek saklayın. İlaçların kullanma şekillerini ve saatlerini içeren liste yapınız.
- ✓ Her altı saatte bir ilacın alınması söylendiğinde bu günün 24 saatinde her bir altı saati kapsar.
- ✓ Yemek öncesi demek yemekten on beş dakika önce yemek sonrası ise, yemekten on beş dakika sonra demektir.
- ✓ İlaçlarınızı her zaman kullanabileceğiniz şekilde müsait yerlerde (iş yerinde, evde ve arabanızda) bulundurunuz.



https://www.google.com.tr/search?q=ila%C3%A7+kullan%C4%B1m%C4%B1&biw=1821&bih=857&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0CAYQ_AUoAWoVChMI36GsvOi9yAIVKb9yCh0Z3Q1K&dpr=0.75#imgsrc=nme_Zr_N_8pgBM%3A

- ✓ Seyahate çıkarken ilaçlarınızı yeterli miktarda yanınıza alınız.
- ✓ İlaç dozunu bir seferlik unutursanız ikinci kez sakın iki tane birden almayınız.
- ✓ Eğer birden fazla ilaç almayı unutursanız mutlaka doktorunuzla görüşünüz
- ✓ Kendinizi iyi hissettiğinizde ilacı kendiliğinizden kesmemelisiniz.
- ✓ İlaçtan yarar görmüyorsanız durumu doktora bildirmelisiniz.
- ✓ İlacın kullanımıyla ilgili kuşkusu varsa doktorunuza sormalısınız.
- ✓ Reçeteye yazılmamış hiçbir ilaç, doktora danışmadan kullanılmamalıdır.

2- AĞRIYLA BAŞETME:

- ✓ Omuz, sırt ve sırt bölgelerinde görülen ağrılar için doktorun önerdiği ağrı kesiciler düzenli olarak kullanılmalıdır.
- ✓ Öksürme, hapşırma gibi durumlarda ağrıyı azaltmak için ameliyat bölgenizi elle ya da küçük bir yastıkla desteklemeniz gerekir.

- ✓ Pozisyonunuza bağlı ağrı olabilir. Böyle durumlarda pozisyonunuzu değiştirmek, omuz ve kolları sık sık hareket ettirip düzgün vücut pozisyonunda yürümek faydalı olacaktır.
- ✓ Bacaklardaki şişmeleri azaltmak için elastik varis çorapları giyilmelidir. Ayrıca yürümek, ayaklardaki kan dolaşımına katkıda bulunup kalbe de yardımcı olur.
- ✓ Tüm bunların yanı sıra yürüyüş, TV izleme, hoşlanılan uğraşlarla zaman geçirme gibi etkinliklerde ağrıyı gidermede yardımcı olacaktır.

3- AMELİYAT YARALARININ BAKIMI:

- ✓ Ameliyat yerleri tam iyileşene kadar temiz tutulmalı, yumuşatıcı kremler, kolonya vs. sürülmemeli ve bu bölgelerin hava alması sağlanmalıdır.
- ✓ Yaralarınız tamamen iyileşinceye ve kabuklarınız kayboluncaya kadar (genellikle 3 hafta) küveti doldurup içine girmeyin ve yara bölgesinin temizliğinde lif ve kese kullanmayın.
- ✓ Yaklaşık 14 gün sonra dikişlerinizi aldirtmalısınız. Aksi belirtilmedikçe sadece dren dikişleriniz (koyu mavi veya siyah renkli) alınacaktır.
- ✓ Diğer dikişler (beyaz renkli) kendiliğinden eriyip düşecektir.
- ✓ Ameliyattan sonraki bir yıl içinde yara yerlerinizi direkt güneş işiğından koruyun. Bu dönem içinde yara yerlerinin güneş işiğına maruz kalması buraların daha koyulaşmasına yol açar.
- ✓ Normal iyileşme döneminde; hafif yanma, kaşınmalar olabilir. Kesi yerinin rengi kademeli olarak mordan kırmızıya, sonra pembeye döner; birkaç ay sonrada normal rengini alır.
- ✓ Ancak enfeksiyon belirtileri olabilecek: yara yerinin kırmızılığında artış, ısısının artması, şişme, hassasiyet, akıntılar olması halinde doktorunuzla bağlantı kurunuz.
- ✓ Bazı hastalarda yara iyileşmesinde vücudun oluşturduğu aşırı yanıt nedeniyle ameliyat yerinde aşırı kaşıntı ve yara bölgesinin aşırı büyümesi görülebilir. Bu durumda da doktorunuzla bağlantı kurunuz.
- ✓ Hastanın göğüs n kemiğinin (iman tahtası) tam olarak kaynaması için gerekli süre 6 haftadır. Bu zamana kadar sırtüstü yatılması, yan dönülmemesi, ağırlık kaldırılmaması (5 kg üstünde), göğüs adalelerini zorlayan hareketlerden uzak durulması (itme, çekme, asılma, tek kolla destek olarak kalkmaya çalışmak vb.) nerilmektedir.

4- İSTENMEYEN ETKİLERİN ÖNLENMESİ

4.1.Şişlik(Ödem):

- ✓ Bu dönemde ayağınızın şişmesini önlemek için bacaklarınızı uzun süre kalp seviyesinin altında tutmamanız, uzun süre hareketsiz kalmamanız ve varis çorabı kullanmanız gerekecektir.
- ✓ Varis çorabı genellikle ameliyattan sonraki ilk 6 ay boyunca giyilir. Eğer ayağınızda şişlik bu süreden sonrada devam ediyorsa varis çorabınızı devamlı giymeniz önerilir.
- ✓ Varis çorapları sabahları yataktan kalkmadan önce giyilmelidir.
- ✓ Ameliyattan sonraki ilk 1 aylık dönemde göğüs kemiğinin korunması amacıyla varisçorabınızı bir başkasının giydirmesi önerilir.
- ✓ Varis çorabını gün içinde ayakta kaldığınız sürece devamlı giymeniz gerekmektedir.
- ✓ Varis çorabını gün içinde çıkarıp tekrar giymeniz gerekirse yatarak ayaklarınızı 20 dakika süreyle yüksekte bekletip daha sonra çorabınızı giymelisiniz.
- ✓ Akşamları yatarken varis çorabınızı çıkarınız.

4.2.Enfeksiyon:

Enfeksiyon Belirtileri:

- ✓ Yara yerinin kırmızılığında artış,
- ✓ Isısının/sıcaklığının artması,
- ✓ Şişme, hassasiyet,
- ✓ Akıntı,
- ✓ Beden ısısının 38⁰C'den fazla olması halinde doktorunuzla bağlantı kurunuz.

5. DİYET:

Eğer doktorunuzun başka bir talimatı yoksa şeker hastaları hariç hastaların hızla iyileşmeleri için ilk 1 ayda yiyeceklerinde herhangi bir kısıtlama yoktur. Ancak tansiyonu yüksek olan veya doktoru tarafından önerilen hastaların az tuzlu yemeleri gereklidir. Ayrıca mümkün olduğu kadar doymuş yağları, kolesterolü azaltarak koroner risk faktörleriazaltılmaya çalışılmalıdır. Küçük porsiyonlarda, sık aralıklarla ve dengeli beslenmeye özen göstermek iyileşmenizi hızlandıracaktır.

5.1.İştahsızlık: İştahınızın tam olarak geri dönmesi haftaları alabilir. Birçok hasta tat almaduygularında azalma ve hatta tamamen yok olma tarif eder. Hatta kimi hastalarda yemeğigörme ve yemek kokusu bile bulantı hissi uyandırabilir. Bu tamamen geçici bir durum olup 1-2 haftada düzelir.

5.2.Kolestrol Ve Yağ Tüketimi: Kolesterol içeren besinler; tereyağı, kaymaklı süt, yumurta sarısı, dondurma, krema, çikolata, salam, sosis, kırmızı etler, sakatatlar, kuruyemiş gibi besinlerde bulunan katı yağlardır ve yüksek oranda kolesterol içerirler. Bypass sonrası yüksek kalorisi nedeniyle kilo almaya yol açabileceğinden bunları da az tüketmemiz gerekmektedir. Kızartma yerine kesinlikle ızgara tercih edilmelidir.

5.3.Protein, Karbonhidrat Ve Lifli Gıda Tüketimi:

- ✓ Protein gereksinimini bezelye, nohut, kuru fasulye, mercimek gibi kuru baklagillerden, tahıllardan ve etlerden karşılanmalıdır.
- ✓ Damar sertliği oluşumunda karbonhidratlar da rol oynamaktadır. Bu nedenle şeker ve şeker ilave edilmiş gıdalar tüketilmesinde dikkatli olunmalıdır.
- ✓ Lifli gıdalar özellikle yüksek kolesterollü kişilerde önerilmektedir. Yulaf ürünleri, tam pirinç (kepekli), kuru baklagiller, tam ekmek, sebzeler, meyveler liflerden zengin gıdalardır.



https://www.google.com.tr/search?q=sebze+meyve&biw=1821&bih=857&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0CAYQ_AUoAWoVChMIyu2xsum9yAIVBLxyCh3WLGFL&dpr=0.75#imgrc=hit4b

5.4.Kontrollü Tuz Tüketimi:

Her şeyin özünde az veya çok tuz vardır. Bu nedenle tamamen tuzsuz bir diyet mümkün değildir. Tuz kullanma alışkanlığını bırakmanız sayesinde vücuda en az oranda tuz girişi sağlanmış olacaktır. Fazla tuzlu olan hazır gıdaların kullanımından mümkün olduğunca sakınılmalıdır.



https://www.google.com.tr/search?q=tuz+t%C3%BCketimi&biw=1821&bih=857&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0CAYQ_AUoAWoVChMIxLGG8um9yAIVgSVyCh0KCglJ&dpr=0.75#imgrc=P8pTSwkCeDcctM%3A

Ameliyattan sonra:

- ✓ Beslenmede genellikle sebze ve meyveye ağırlık veriniz.
- ✓ Aldığımız kalori miktarını kontrol ediniz ve belirli bir kiloyu muhafaza ediniz.
- ✓ Yemeklere koyduğunuz yağlar sıvı bitkisel yağlar olmalıdır. (Ayçiçeği, mısır özü, zeytinyağı gibi)
- ✓ Et olarak balık, derisi alınmış tavuk ve hindi, mecbur kalırsanız yağsız dana etini tercih ediniz. Yüksek kolesterol içeren sakatatları kesinlikle yemeyiniz.
- ✓ Kızartılmış yiyecekler yemeyiniz. Kızartma yapmak yerine ızgara, buğulama gibi yağ oranını azaltacak pişirme yöntemlerini kullanınız.
- ✓ Peynir, kaymaklı süt, kremalı yiyecekler, salam, sosis gibi yüksek oranda kolesterol içeren şarküteri ürünü besinleri almamaya çalışınız.
- ✓ Diyet programına yulaf ezmesi, kepekli gıdalar, fasulye, nohut gibi posalı yiyecekler koyunuz. Bu gıdalar eriyebilen lifler açısından zengindir ve araştırmalar bu gıdaları yiyenlerde vücutta kolesterolü yükselten maddelerin emiliminin engellendiğini göstermiştir.

6- EGZERSİZLER:

Egzersiz yapmanın amaçları; egzersiz yapabilme kapasitesini arttırmak, kas güçsüzlüğünü ve kanın pıhtılaşmasını önlemektir. Ayrıca çoğu hasta eve döndüğünde depresyona girmektedir.

6.1. Yürüyüş:

Gücünüz ve kondüsyonunuzun elverdiği ölçüde uzun süreli egzersiz yapabilirsiniz.

- ✓ Eve çıktıktan sonra her gün düzenli egzersiz yapın.
- ✓ En ideal egzersiz dış ortamda orta hızda yapılan yürüyüştür.
- ✓ Egzersize kısa sürelerle başlayın ve tolere ettikçe süreyi yavaş yavaş arttırın.
- ✓ Günde 10 dk ile başlayıp hergün 1 dakika arttırarak en az günlük 30 dk yürüyüş hedefine ulaşın.
- ✓ Yemeklerden önce veya en az 2 saat sonra egzersize başlayın.
- ✓ Her egzersizden sonra en az 30 dk dinlenin.
- ✓ Mutlaka yeterli sıvı alın.
- ✓ Sıcak havalarda ve kendimizi yorgun hissettiğinizde egzersiz yapmaktan kaçının.
- ✓ Ani, ağır ve yarışmalı sporlardan uzak durun.
- ✓ Yürüyüş yerine yüzme, bisiklete binme, hafif koşu gibi ağır olmayan egzersizleri de tercih edebilirsiniz.



Uj-
q9yAIViJyCh0gsQNL&dpr=0.75#tbm=isch&
q=ya%C5%9F1%C4%B1larda+y%C3%BCr%
C3%BCy%C3%BC%C5%9F&imgrc=Axhltjl
H5Hi6kM%3A

https://www.google.com.tr/search?q=egzersiz&biw=1821&bih=857&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0CAYQ_AUoAWoVChMI3t_

6.2.Merdiven:

- ✓ Doktorunuz tarafından aksi söylenmedikçe merdiven çıkabilirsiniz.
- ✓ Başlangıçta merdiven basamakları günde iki-üç kez, 2-3 basamakta bir dinlenerek çıkılmalıdır. Yorulunca durup dinlenmeyi ihmal etmeyin.
- ✓ Ameliyattan sonra ilk iki ay merdiven çıkarken kollarınızdan kuvvet almanız ameliyat bölgenize zarar vereceğinden önerilmemektedir.

Herhangi bir aktivite sırasında solunum güçlüğü, yorgunluk, baş ağrısı, baş dönmesi, göğüste ağrı ya da baskı hissi, çarpıntı, aşırı terleme gibi durumlar egzersizin tolere edilemediğini gösterir. Bu durumda egzersize ara vermek veya egzersizi sonlandırmak gerekebilir.

7- DİNLENME:

- ✓ Hızlı iyileşmeniz için egzersiz kadar dinlenmenin de gerekli olduğu unutulmamalı. Vemerdiven çıkarken, katlar arasında ve uzun yürüyüşler sırasında arada dinlenilmelidir.
- ✓ Aktiviteler arasında 20-30 dakika hiçbir şey yapmaksızın oturmak iyi bir dinlenme şeklidir.
- ✓ Yemeklerden sonra egzersiz yapmadan önce 30 dakika dinlenilmelidir.

7.1.Uyku:

- ✓ Her gece mutlaka en az 6 saat uyumanız gerekmektedir.
- ✓ Gerekirse doktorunuzun reçete edeceği düşük etkili ve kısa süreli uyku ilacı kullanabilirsiniz.

7.2.Oturma Ve Yatma:

- ✓ Bacaklarınızı uzun süre sarkıtarak oturmayınız.
- ✓ Otururken bacaklarınızı ezecek şekilde bacak bacak üstüne atmayınız ve bacaklarınızın altına destek koyunuz .
- ✓ Oturma aralıklarında oda içerisinde hafif yürüyüş yapınız.
- ✓ Ameliyattan 10 gün sonra sırt üstü düz biçimde yatabilirsiniz.
- ✓ En az 6 hafta boyunca sağa yada sola yatmayınız



<https://www.google.com.tr/search?q=s%C4%B1rt+%C3%BCst%C3%BC+yatmak&biw=1821&bih=857&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0CAYQ>

8- HİJYENİK BAKIM:

- ✓ Tüm yara yerleriniz temiz ve kuru ise banyo veya duşu istediğiniz kadar alabilirsiniz. Evinizde banyo yaptıktan sonra ameliyat bölgesini temiz ve kuru tutunuz.
- ✓ Kabuklar düşüp cilt iyileşene kadar ameliyat yarası yıkanırken ovulmamalıdır.
- ✓ Aşırı sıcak ya da soğuk suyla duş alınmamalıdır.
- ✓ Ameliyat bölgesine krem veya ilaç sürmeyin.
- ✓ Ameliyat yerinde karıncalanma, sertlik ve uyuşukluk olabilir. Bunlar zamanla düzelecektir.

9- KABIZLIK:

- ✓ Her gün en az 1.5 - 2 litre sıvı alınız. Aldığınız sıvıların ılık olmasına özen gösterin.
- ✓ Çok soğuk ve buzlu içecekler, alkollü içkiler, koyu çay, kahve ve sigara içmeyiniz.
- ✓ Fiziksel hareketlerinizi arttırınız. Orta derecede fizik egzersizler yapınız (yürüyüş, karın adalelerini kuvvetlendirici masajlar gibi)



https://www.google.com.tr/search?q=kepekli%C4%B0+ekmek&biw=1821&bih=857&source=lnms&tbm=isch&sa=X&sqi=2&ved=0CAYQ_AUoAWoVChMIre7Ywee9yAIVow9yCh1wCwtM&dpr=0.75#imgc=ZpFYcgcbPuUAM%3A

- ✓ Bol posalı diyet uygulayınız. Bağırsakların normal çalışması için sindirim artıkları ile yeteri kadar dolması gerekmektedir. Bu sebeple fazla posa bırakan yiyecekler yemek gerekir.
- ✓ Dışkılama alışkanlığınızı düzeltiniz. Her gün belli bir saatte muntazam olarak dışkılama için ihtiyaç duymasanız da tuvalete gitmeye alışkanlık haline getiriniz.
- ✓ Kepekli ekme, tahıllar, kurubaklagiller sık alınmalı; her gün en az dört kez sebze ve meyve tüketilmelidir.
- ✓ Sabahları aç karnına erik ve kayısıdan yapılmış marmelattan bir kaşık alarak üzerine su içilmelidir. Bağırsak hareketlerini artırır.

10- SİGARA VE ALKOL:

Sigara ve alkol ameliyat tarihinden itibaren kesinlikle bırakılmalı ve kullanılmamalıdır.

11- CİNSEL AKTİVİTE:

- ✓ Ameliyattan sonra ilk 4-8 hafta süreyle cinsel ilişkinin kısıtlı olmasına özen gösterin.
- ✓ Bu dönemdeki hareket kısıtlılıkları, genel ağrı ve yakınmaları geçtikten sonra eşinizle cinsel hayatınıza devam edebilirsiniz.
- ✓ Bunun zamanını doktorunuza danışarak belirlemelisiniz.

12- RUH HALİNDE DEĞİŞİKLİK:

- ✓ Eğer sağlıklı bir erişkin 1 hafta süreyle yatakta yatar ise, kas kitlesinin %15'ini kaybeder. Bu nedenle 1 veya 2 haftalık yatak istirahati gerektiren bu ameliyattan çıkıp, yorgunluk ve güçsüzlük hissetmek olağandır.
- ✓ Eve dönüşü bağlı mutluluk, istek, ilgi ve etkinliklerde azalma, düşünce ve dikkat bozuklukları, sürekli kaygı, karamsarlık ve depresif hissedebilirsiniz.
- ✓ Bu, geçici bir durum olup moralinizi bozmamalıdır.

13- ACİL DURUMLAR

- ✓ Ameliyat öncesi ağrılara benzeyen göğüste, omuzda, boyunda veya çenede dinlenmeye ve dilaltı hap (isordil) almaya rağmen geçmeyen ağrı olursa,
- ✓ Nefes darlığı ile birlikte olan çarpıntı veya göğüs ağrısı
- ✓ Dinlenmekle geçmeyen nefes darlığı,
- ✓ Günde 1-1.5 kg'dan fazla kilo alırsanız,
- ✓ Görmede ani değişiklik olursa,
- ✓ Kolda ve bacakta ani güç kaybı ve tutamama hali olursa,
- ✓ Bayılma olursa,
- ✓ Vücut döküntüsü olursa
- ✓ Çok yavaş, hızlı veya düzensiz kalp atışları olursa,
- ✓ 38 dereceyi geçen ateş olursa,
- ✓ İdrar zorluğu ve idrarda kan olursa,
- ✓ Makattan taze kan gelmesi, katran kıvamında büyük tuvalete çıkma,
- ✓ Kahve telvesi şeklinde kusma şikayetleri varsa,
- ✓ Damar alınan bacağın, kızarması, şişmesi, ateşlenmesi ağrması halinde,
- ✓ Yara yerlerinizde kızarıklık ve iltihaplı akıntı
- ✓ Ameliyat bölgesinde açılma olursa HEMEN DOKTORUNUZA BAŞVURUNUZ.

14- UĞRAŞI

14.1.İşe Başlama:

- ✓ Ameliyat sonrası doktor kararı ile işinize başlayabilirsiniz.
- ✓ Çalışma hayatına hafif tempolu işlerde, günde dört saati geçmemek koşuluyla ilk 4 haftadan sonra, zorlamaların olduğu özellikle ellerin kullanıldığı işlerde 3. aydan sonra başlanması önerilmektedir.

14.2.Ev İşleri:

- ✓ Çamaşır yıkama, yemek hazırlama, temizlik, çocuk bakımı, etraf düzenleme gibi aktiviteleri yerine getirmek için 6-8 haftadan sonra yapılacak kontrolün ve doktorun kararına göre hareket edilmelidir.
- ✓ Siz kendinizi iyi hissettiğinizde 8. haftadan itibaren çalışmalara katılabilirsiniz.

14.3.Otomobil Kullanma:

- ✓ Yolcu olarak istediğiniz zaman arabaya binebilirsiniz. Otomobil kullanmak için Ameliyattan sonra en az 4-6 hafta beklenilmelidir.

- ✓ Ortalama altıncı haftadan itibaren araba kullanabilirsiniz.
- ✓ Eğer uzun bir yola gidecekseniz 2 saatte bir arabadan inip 5-10 dakikalık bir yürüyüş yapılmalıdır.

14.4.Seyahat:

- ✓ Taburcu olduğunuzdan itibaren deniz seviyesinde dünyanın her yerine yolculuk yapabilirsiniz. Ayrıca sağlık yönünden en güvenli yolculuk uçakla yapılandır.

14.5.Sosyal Faaliyet:

- ✓ Taburcu olduktan sonraki ilk on günde ziyaretçilerinizi ve telefongörüşmelerinizi kısıtlayabilirsiniz.
- ✓ Sabah normal saatte kalkılmalı,
- ✓ Mümkünse duş alınmalı,
- ✓ Daima düzenli giyinilmeli. Pijama ile dolaşılmamalı,
- ✓ Her gün aktivite arttırılmalı, özellikle yürüyüşler yapılmalı
- ✓ Öğleden önce ve öğleden sonra; hareket ve yemek sonrası dinlenilmelidir.
- ✓ Ayrıca; küçük ev işlerine yardımcı olmak; tiyatro, restaurant ve alışverişe gitmek, arkadaş ziyaret etmekte hiçbir sakınca yoktur. Bazı durumlarda doktorunuz bu aktiviteleri kademeli olarak arttırabilir.

15- KONTROLE GELME:

İlk kontrol tarihinize kadar reçetede yazılan ilaçları düzenli ve eksiksiz olarak kullanın. Kalp Damar Cerrahisi Polikliniği'ne ilk kontrol 15 gün sonra yapılacak olup gelirken mutlaka epikriz kağıdını getirmeniz gerekmektedir.

KAYNAKÇA

1. Özcan H. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastalar Tarafından Kullanılma Oranları (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
2. Erdil F., Elbaş Ö. F., Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Aydoğdu Ofset, Ankara, 2001
3. Dal Ü, Bulut H, Demir SG. Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. Bakırköy Tıp Dergisi 2012;8:34-40.
4. Kalp Ameliyatı Sonrası Evde Bakım. <https://www.mustafaguden.com/acik-kalp-ameliyati-sonrasi-evde-bakim/> Erişim Tarihi: 10.09.2015.
5. Korkmaz FD, Alcan AO, Aslan FE, Çakmakçı H, Koroner arter baypas greft ameliyatı sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 2015;23(2):285-294.
6. Akyolcu N, Akyolcu MC. Koroner bypass ameliyatlarından sonra görülen psikosozial sorunlar, Hemşirelik Bülteni 1990;16:63-68.
7. Sönmez B. Broşürler, Kalp Hastaları ve Kalp damar Cerrahisinde Psikolojik Danışmanlık, www.bingursonmez.com/koroner_bypass.htm - 23k. Erişim Tarihi: 12.08.2015.
8. Us M. Koroner Kalp Hastalığı, By-Pass ‘Taburcu Olduktan Sonra Dikkat Edilmesi Gerekenler. <http://www.melihus.com>. Erişim Tarihi: 05.08.2015.
9. Koroner Arter Hastalığı Ve Koroner Bypass Ameliyatı, <http://www.baskent-adn.edu.tr/bdrindex.php?k=40>. Erişim Tarihi:07.09.2015.
10. Annesi SM, Bautch JC, Brunn JAB, Byers JF, Gab KC, Casey PE. Brunner&Suddarth’sTextbook Of Medical Surgical Nursing (10th Ed.). Philadelphia: Lippincottwilliams&Wilkins. 2006.
11. Akay M. Kalp ameliyatı olan hastalara verilen hemşirelik bakımı ve taburculuk eğitimi. Yeni Sağlık ve Tedavi Dergisi 2005;1:4.
12. Demirkıran G. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi (tez). Malatya: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.
13. Çifçi, E. Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Bireylerin FonksiyonelSağlık Örüntülerine Göre Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi (tez). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005.
14. Kalp Ameliyatı Sonrası Sağlığınıza Dikkat Edin, http://www.memorial.com.tr/rehberler/saglik_rehberi/kalp-ameliyati-sonrasi-sagliginize-dikkat-edin/ Erişim Tarihi:07.09.2015.
15. Özen B. Planlı Taburculuk Programının Koroner Arter Bypass Ameliyatı Olan Hastalarda Komplikasyonları Ve Hastaneye Geri Dönüşleri Azaltmaya Etkisi (tez) . Kayseri:Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2012.

Ek 5. Kurum Onayı



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ



SAYI : 79056779/ *600 6546*
KONU :

EDİRNE

15 Ekim 2015

Sayın; Figen DİĞİN

İlgi : 12/10/2015 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçeniz incelenmiş olup "Koroner Arter Bypass Sonrası Telefonla Hemşire Danışmanlığının Otonomi Düzeyine Etkisi" başlıklı doktora tezinizi Kurumumuz Kalp Damar Cerrahi Servisinde yürütme isteğiniz Merkez Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Ümit Nusret BAŞARAN
Merkez Müdürü

Posta Adresi:
T.Ü.Hastanesi
22030 Balkan Yerleşkesi/EDİRNE

Tel : (0284) 235 27 31
Fax : (0284) 235 27 30
e-posta: bashekim@trakya.edu.tr

Ek 6. Etik Kurul İzni

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2015/204	
	PROTOKOL ADI	Koroner Arter Bypass Sonrası Telefonla Hemşire Danışmanlığının Yaşlı Hastaların Otonomi Düzeyine Etkisi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 21/10	Tarih: 18.11.2015	
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Doktora Öğrencisi Figen DİĞİN'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ÇALIŞMA ESASI Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyostatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Salim DÖNMEZ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Koray ELTER Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Nurettin AYDOĞDU
Dekan a.
Dekan Yrd.

Ek 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Bu araştırmanın yürütülmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Araştırmaya katılmaya karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamamız çok önemlidir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük ilkesine bağlı olup katılmayı reddetmeniz herhangi bir cezaya ya da elde edilecek herhangi bir yararın kaybedilmesine kesinlikle yol açmayacaktır.

Aynı şekilde araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra da araştırmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin herhangi bir zarar ya da elde edilmesi beklenen bir yarar kaybına yol açmadan araştırmadan çekilebilirsiniz.

Araştırma kapsamında yapılan işlemlerin mali giderleri araştırmacılar ya da destekleyici (AÇIK AD.....) tarafından karşılanacak olup size ya da sosyal güvenlik kurumunuza hiçbir mali yük getirmeyecektir.

Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün.

Araştırmanın bilimsel adı: Koroner Arter Bypass sonrası telefonla hemşire danışmanlığının yaşlı hastaların otonomi düzeyine etkisi

Araştırmanın anlaşılabilir basit adı: Koroner Arter Bypass sonrası telefonla hemşire danışmanlığının yaşlı hastaların otonomi düzeyine etkisi

- Sorumlu Araştırmacının adı ve görev yeri: Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FİNDİK-Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
- Araştırmanın amacı: Koroner arter bypass ameliyatı olan yaşlı hastalara evde telefonla hemşire danışmanlığı verilerek otonomi düzeyine etkisini değerlendirmektir.
- Araştırmanın niteliği (klinik, laboratuvar, epidemiyolojik, tez çalışması vb.): Tez çalışması
- Araştırmanın başlama tarihi ve öngörülen süresi:01. Aralık.2015 ve 6 ay.
- Araştırmaya katılması beklenen gönüllü sayısı: 64 kişi.
- Araştırma sırasında uygulanacak olan invaziv yöntemler dahil olmak üzere gönüllüye uygulanacak yöntem, girişim ve tedavilerin tümü: Çalışmanın örneklemine dahil edilme kriterlerine uyan hastalar çalışmanın amacı, içeriği ve uygulaması hakkında sözel olarak bilgilendirilecektir.Hastalara demografik verileri içeren anket soruları ameliyat sonrası dönemde yaptıkları Kalp Damar Cerrahisi kliniğinde yönlendirilecek ve bilgilendirilmiş gönüllü olur formu imzalanacaktır.Ameliyat sonrası taburcu edilmesi planlanan hastalara (kontrol grubu ve deney grubundaki hastalara)araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan taburculuk eğitim rehberi doğrultusunda eğitim verilecektir. Aynı zamanda taburcu edilmesi planlanan hastalara otonomi değerlendirme ölçeği uygulanacaktır. Hastaların iletişim bilgileri (telefon) alınacak ve araştırmacının iletişim bilgisi sadece deney grubunda yer alan hastalara verilecektir. Deney grubundaki hastalara/yakınlarına evde bakım süreçlerinde yaşadıkları sorunlar için araştırmacıdan danışmanlık alabilecekleri konusunda bilgi verilecektir. Her iki gruptaki hastalar taburculuk sonrası

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu (TÜ_BAEE)
Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
14 Ocak 2016 v.1.0

Gönüllünün/Vasisinin imzası:

Sayfa 1/4

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

1. ve 4. haftada araştırmacı tarafından telefonla aranarak danışmanlık hizmeti verilecektir. Hastaların (hem deney grubu hem de kontrol grubu) taburculuk sonrası 6. haftada yapılacak kontrollerinde otonomi değerlendirmesi ölçeği tekrar uygulanacaktır.

- **Araştırmanın deneysel kısımları:** Ameliyat sonrası taburcu edilmesi planlanan hastalara (kontrol grubu ve deney grubundaki hastalara)araştırmacı tarafından literatür dogrultusunda hazırlanan taburculuk eğitim rehberi dogrultusunda eğitim verilecektir. Aynı zamanda taburcu edilmesi planlanan hastalara otonomi değerlendirmesi ölçeği uygulanacaktır. Hastaların iletişim bilgileri (telefon) alınacak ve araştırmacının iletişim bilgisi sadece deney grubunda yer alan hastalara verilecektir. Deney grubundaki hastalara/yakınlarına evde bakım süreçlerinde yaşadıkları sorunlar için araştırmacıdan danışmanlık alabilecekleri konusunda bilgi verilecektir. Her iki gruptaki hastalar taburculuk sonrası 1. ve 4. haftada araştırmacı tarafından telefonla aranarak danışmanlık hizmeti verilecektir. Hastaların (hem deney grubu hem de kontrol grubu) taburculuk sonrası 6. haftada yapılacak kontrollerinde tekrar otonomi değerlendirmesi ölçeği uygulanacaktır
- **Farklı uygulama ve girişimler için gönüllülerin araştırma gruplarına rastgele atama olasılığı:** Hastalar kardiyovasküler cerrahi servisine gelme arzusuna göre mmaralandırılacak. Alınma kriterlerine uyan tek rakamlı hastalar deney grubuna çift rakamlı hastalar kontrol grubuna dahil edilecektir.
- **Katılımcının araştırmaya dahil edilme nedeni:**
 - 65 ve tışta yaşta olmak,
 - CABG ameliyatı olmak,
 - İletişim sorunu olmamak (görme ve işitme problemi olmamak),
 - Zihinsel problemi olmamak,
 - Telefonla iletişim kurabilmek (hasta veya yakını tarafından)
 - Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
 - En fazla iki kronik hastalığa sahip olmak (Diyabet ve Hipertansiyon)
- **Araştırmadan doğrudan gönüllü için bellenen yarar:** Ameliyat sonrası evde bakım sürecinde komplikasyonların önlenmesi, hastaneye tekrar yatışların engellenmesi, sağlık bakım kaynaklarının etkin kullanılması, iyileşme sürecinin hızlandırılması, ağrı yönetimi, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır.
- **Gönüllünün sorumlulukları:** Taburculuk sonrası 6 hafta süresince gerekli durumlarda araştırmacıya telefonla ulaşarak danışmanlık hizmeti almak ve 1. ve 4. haftada araştırmacı telefonla aradığında araştırmacı ile görüşmektir. Ayrıca taburcu olmadan önce ve taburculuktan 6 hafta sonra otonomi değerlendirmesi ölçeğini doldurmaktır.
- **Gönüllünün (araştırma hamilelerde veya lohusalarda yapılacaksa ise embriyo, fetüs veya süt çocuklarının da) maruz kalabilecekleri riskler veya rahatsızlıklar:**
- **Risklere karşı alınan önlemler:** alışma gönüllüler için herhangi bir risk içermemektedir.
- **Gönüllüye alternatif olarak uygulanabilecek olan diğer yöntemler ve bunların olası yarar ve zararları:** Gönüllüye alternatif olarak uygulanacak bir yöntem yoktur.
- **Araştırmaya bağlı olarak bir zarar oluştuğunda verilecek tazminat ve sağlanacak tedaviler:**

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

- Gönüllülere yapılacak ulaşım, yemek gibi masraflara ilişkin ödemeler: Gönüllülere araştırma kapsamında herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma gönüllü hastalarla yapılacaktır.
- Gönüllünün araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar veya nedenler: Gönüllüler istedikleri zaman çalışmadan ayrılma hakkına sahiptir.
- Araştırma sonunda gönüllülere bilgi verilecek mi? Araştırma sonunda elde edilen veriler doğrultusunda hem hastalara hem de sağlık çalışanlara destek olabilecek bilgiler paylaşılacaktır.
- Gönüllülerin araştırma haldında, kendileri haldında ya da araştırmayla ilgili herhangi bir beklenmedik olay haldında daha fazla bilgi edinebilmesi için temasa geçebileceği kişi ve kendisine günün 24 saatinde erişebileceği telefon numarası: 05056461929
- Gönüllülerden elde edilecek olan biyolojik materyallerin hangi amaçlarla kullanılacağı:
- Gönüllülerden elde edilecek biyolojik materyaller üzerinde genetik araştırma yapılabilmesi için onay:
“.....(Araştırmanın açık adı)” araştırması kapsamında alınan biyolojik örneklerimin (kan, idrar, vb...);
 - Sadece yukarıda bahsi geçen araştırmada kullanılmasına izin veriyorum.
 - İleride yapılması planlanan tüm araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum.
 - Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Yukarıda açıkça tanımlanan çalışmanın ne amaçla, kimler tarafından ve nasıl gerçekleştirileceği anlayabileceğim bir ifade ile bana anlatıldı.

Bu araştırmadan elde edilen bilgilerin bana ve başka insanlara sağlayacağı yararlar bana anlatıldı.

Araştırma sırasında meydana gelebilecek riskler ve rahatsızlıklar bana anlayabileceğim bir dille anlatıldı.

Araştırma sırasında oluşabilecek zarar durumunda gerçekleştirilecek işlemler bana anlatıldı.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ve haklarım konusunda 24 saat bilgi alabileceğim bir yetkilinin adı ve telefonu bana verildi.

Araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve testler ile tıbbi bakım hizmetleri için benden ya da bağı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyeceği bana anlatıldı.

Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

Sorumlu araştırmacı / hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumum şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakıma hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.

Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / hekim ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabileceğini biliyorum.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun gerekli gördüğünde, gizliliğimin korunması ilkesine uygun olarak, araştırma konusuyla ilişkili orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişimde bulunabileceğini biliyorum.

İlgili yasal düzenlemeler gereğince kimliğimi ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacağı, kamuoyuna açıklanmayacağı; araştırma sonuçlarının bilimsel toplantılarda sunulabileceği ya da yayımlanabileceği, ancak, bu tür durumlarda kimliğimin kesin olarak gizli tutulacağı bana açıklandı.

Araştırma konusuyla ilgili olarak, çalışmaya devam etme isteğimi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde bana ya da yasal temsilcime zamanında bilgilendirme yapılacağı bana açıklandı.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu adlı metni kendi ana dilimde okudum.

Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularuma doyurucu cevaplar aldım.

Yukarıda konusu belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı.

Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.