

**T.C.  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**AÇIK KALP AMELİYATI GEÇİRMİŞ BİREYLERİN  
FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİNE GÖRE  
EVDE BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS BİTİRME TEZİ**

**EMİNE SELDA ÇİFÇİ**

**SİVAS**

**2006**

**T.C.  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**AÇIK KALP AMELİYATI GEÇİRMİŞ BİREYLERİN  
FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİNE GÖRE  
EVDE BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS BİTİRME TEZİ**

**EMİNE SELDA ÇİFÇİ**

**TEZ DANIŞMANI**

**Yrd. Doç. Dr. MERYEM YILMAZ**

**SİVAS  
2006**

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 15/12/1984 tarih ve 84-1 nolu kararıyla kabul edilen kabul edilen Tez Yazma Yönergesi'ne göre hazırlanmıştır.

Bu yoğun ve yorucu ama bir o kadar da öğretici ve doyum verici süreçte tarif edilemez özverisini ve hiçbir desteğini benden esirgemeyen hocam Yrd. Doç.Dr. Meryem Yılmaz'a, maddi ve manevi destekleriyle beni yine yalnız bırakmayan aileme, uykusuz gecelerimi benimle paylaşan ve her türlü desteğiyle her an yanımda olan başta Arş.Gör. Nurcan Akgül olmak üzere çok değerli dostumlarım, Süreyya Çerikçioğlu, Zeynep Temel, Erhan Temel ve Gülçin Oyan'a sonsuz teşekkürler.

## İÇİNDEKİLER

I.GİRİŞ	8
II. GENEL BİLGİLER	13
II.1. Kalbin Yapı ve Fonksiyonu	13
II.2. Kardiyovasküler Sistemin Düzenlenmesi	15
II.3. Açık Kalp Ameliyatı Gerektiren Hastalıklar	15
II.3.a. Koroner Arter Hastalığı	16
II. 3.b. Kalp Kapağı Hastalıkları	21
II.4. Açık Kalp Ameliyatı	21
II.5. Açık Kalp Ameliyatı Olacak Hastanın Hemşirelik Bakımı	25
II.5.a. Ameliyat Öncesi Dönem	26
II.5.b. Ameliyat Sonrası Dönem	27
II.6. Evde Bakım Kavramı	30
II.7. Cerrahi Hastasında Evde Bakım	34
II. 8. Kalp Cerrahisi ve Evde Bakım	35
II.9. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Taburculuk Eğitimi	37
II.10. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri	42
III. ARAŞTIRMANIN AMACI	47
IV. ARAŞTIRMANIN GEREÇ VE YÖNTEMİ	47
V. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	47
V. 1. Araştırmanın Evreni	47
V. 2. Araştırmanın Örneklemi	47
V. 3. Araştırmanın Sınırları	47
V. 4. Araştırmanın Sınırlılıkları	47
VI. VERİLERİN TOPLANMASI UYGULANMASI ve DEĞERLENDİRİLMESİ	48
VI. 1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması	48
VI. 2. Veri Toplama Formunun Uygulanması	50
VI. 3. Verilerin Değerlendirilmesi	50
VII. BULGULAR	51
VIII. TARTIŞMA	79
IX. SONUÇLAR	96
X. ÖNERİLER	103
XI. ÖZET	104
XI. ABSTRACT	105
KAYNAKLAR	106
EKLER	115

<b>Tablo Adı</b>	<b>Sayfa</b>
<b>Tablo 1.</b> Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri	<b>52</b>
<b>Tablo 2.a.</b> Bireylerin Sağlığını Etkileyen Olumsuz Alışkanlıkları	<b>54</b>
<b>Tablo 2.b.</b> Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Hastaların Taburculuk Sonrası Evde Sağlığı Algılama/Sağlığı Yönetmeye İlişkin Verilerinin Dağılımı	<b>55</b>
<b>Tablo 2.c.</b> Bireylerin Evde Bakıma İlişkin Düşünceleri	<b>56</b>
<b>Tablo 3.a.</b> Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Hastaların Taburculuk Sonrası Evde Beslenme ve Metabolizma Özelliklerine İlişkin Bilgi Alma Durumları	<b>57</b>
<b>Tablo 3.b.</b> Ameliyattan Sonra Hastaların Evde Beslenme ve Sıvı Alımına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	<b>58</b>
<b>Tablo 4. a.</b> Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Hastaların Taburculuk Sonrası Boşaltım Özelliklerine İlişkin Bilgi Alma Durumları	<b>59</b>
<b>Tablo 4.b.</b> Hastaların Taburculuk Sonrası Boşaltım Fonksiyonlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	<b>60</b>
<b>Tablo 5.a.</b> Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Hastaların Taburculuk Sonrası Aktivite Özelliklerine İlişkin Bilgi Alma Durumları	<b>61</b>
<b>Tablo 5.b.</b> Hastaların Taburculuk Sonrası Aktivite/Egzersiz Fonksiyonlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	<b>62</b>
<b>Tablo 6.a.</b> Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Hastaların Taburculuk Sonrası Uyku ve Dinlenme Özelliklerine İlişkin Bilgi Alma Durumları	<b>63</b>
<b>Tablo 6.b.</b> Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Hastaların Taburculuk Sonrası Uyku ve Dinlenme Özelliklerinin Dağılımı	<b>64</b>
<b>Tablo 7.a.</b> Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Hastaların Taburculuk Sonrası Biliş ve Algılama Özelliklerine İlişkin Bilgi Alma Durumları	<b>65</b>
<b>Tablo 7.b.</b> Hastaların Taburculuk Sonrası Biliş ve Algı Fonksiyonlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	<b>66</b>
<b>Tablo 8.a.</b> Hastaların Taburculuk Sonrası Kendini Algılama Özelliklerine İlişkin Bilgi Alma Durumları	<b>67</b>
<b>Tablo 8.b.</b> Hastaların Taburculuk Sonrası Kendini Algılama Fonksiyonlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	<b>67</b>

<b>Tablo Adı</b>	<b>Sayfa</b>
<b>Tablo 9.a.</b> Hastaların Taburculuk Sonrası Rol ve İlişkiler Özelliklerine İlişkin Bilgi Alma Durumları	<b>68</b>
<b>Tablo 9.b.</b> Hastaların Taburculuk Sonrası Rol ve İlişkiler Fonksiyonlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	<b>69</b>
<b>Tablo 10.a.</b> Hastaların Taburculuk Sonrası Cinsellik Özelliklerine İlişkin Bilgi Alma Durumları	<b>70</b>
<b>Tablo 10.b.</b> Hastaların Taburculuk Sonrası Cinsellik Fonksiyonlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	<b>71</b>
<b>Tablo 11.a.</b> Hastaların Taburculuk Sonrası Stresle Baş Etme ve Stres Toleransı Özelliklerine İlişkin Bilgi Alma Durumları	<b>72</b>
<b>Tablo 11.b.</b> Hastaların Taburculuk Sonrası Stresle Baş Etme ve Stres Toleransı Fonksiyonlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	<b>73</b>
<b>Tablo 12.a.</b> Hastaların Taburculuk Sonrası Değer ve Özelliklerine İlişkin Bilgi Alma Durumları	<b>74</b>
<b>Tablo 12.b.</b> Hastaların Taburculuk Sonrası Değer ve İnanç Fonksiyonlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	<b>75</b>
<b>Tablo 13.</b> Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Bireylerin Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine İlişkin Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı	<b>76</b>
<b>Tablo 14.</b> Açık Kalp Ameliyatı Olmuş Bireylerin Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Evde Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı	<b>77</b>
<b>Tablo 15.</b> Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Bireylerin Taburculuk Sonrası Sağlık Personeline Gereksinim Duyma Durumlarının Dağılımı	<b>78</b>

# I.GİRİŞ

## I. 1. Problemin Tanımı

Açık kalp cerrahisi toplumda sık görülen koroner arter hastalığı ve kapak hastalıklarında yaygın olarak kullanılan bir tedavi yöntemidir (Pudner 2001). Günümüzde toplumun beslenme alışkanlıkları, yoğun ve yaygın sigara kullanımı ve yaşamın bir parçası haline gelmiş olan stresten dolayı kalp hastalıkları, en sık rastlanan hastalıklar arasında yer almaktadır. Bu nedenle kalp hastalıklarının görülme yaşı gün geçtikçe düşmektedir. Gelişmiş ülkelerde, açık kalp ameliyatı geçiren hastaların yaşı çoğunlukla 65 yaş ve üzeri iken ülkemizde açık kalp ameliyatı olan bireyler daha genç yaşta (Eren 2001).

Türkiye’de 50’nin üzerinde merkezde yılda yaklaşık 34.000 açık kalp ameliyatı yapılmaktadır. Dünyada kalp ve damar cerrahisinin önde gelen merkezlerinde açık kalp cerrahisi mortalitesi, hastaların taşıdığı riske göre %1 ile %4 arasında değişmektedir. Açık kalp ameliyatı; ameliyatın uzun sürmesi, geniş sternotomi, ameliyat sonrası yaklaşık 12-24 saat süren ventilatör desteği, 5-6 gün hastanede kalma ve 6-8 hafta süren iyileşme dönemi nedeni ile inme (stroke), multiple organ yetmezliği ve koagülopati gibi yaşamsal komplikasyonların gelişebildiği majör bir ameliyattır. Açık kalp ameliyatı sonrası ortaya çıkan bu komplikasyonlar genellikle ilk altı hafta içinde görülmektedir (Edgar ve ark 1999, Lewis, Collier, Heitkemper 1998). Oysa açık kalp ameliyatı geçiren birey herhangi bir komplikasyon gelişmemiş ise ortalama altıncı günde hastaneden taburcu edilmektedir (Doğan 2006). İngiltere’de kalp merkezlerinde altın kural, açık kalp ameliyatı sonrası 6-7. günde hastayı taburcu etmektir ( Naughton ve ark 1999). Bilindiği gibi hastanın taburcu edildiği bu günde yara henüz tam iyileşmemiştir. Bu nedenle birey ve aile evde pek çok sorun yaşayabilmektedir.

Taburculuğun ilk haftasında görülen en genel sorunlar; göğüste ve bacadaki insizyon alanında rahatsızlık, aktivite intoleransı (yorgunluk, halsizlik, güçsüzlük) dır. Bu problemler hastaların %50’den fazlasında altıncı haftaya kadar devam edebilmektedir (Brunner 2004). Redeker (1996)’in bu konuda yapmış olduğu bir çalışmada, açık kalp ameliyatı olan hastalar evlerinde izlenmiş (ortalama 28.8 gün); hastaların %40.0’ının uyku örüntüsünde değişiklik, %67.0’ının insizyon bölgesinde ödem, %57.0’ının yarasında akıntı, %41.0’ının ateş ve %47.0’ının solunum sıkıntısı yaşadığı saptanmıştır. Gültekin ve Özbayır ( 2002)’in yaptıkları çalışmada, açık kalp ameliyatı olan hastaların %85.71’inin ameliyat yerinde akıntı ve

sızıntının arttığını, %77.14'ünün ameliyat yerinin çevresinde kızarıklık, ödem, ısı artışı olduğunu ve %51.43'ünün ameliyat yerinde ağrının arttığını ifade ettiklerini belirlemişlerdir. Bu nedenle açık kalp cerrahisinin iyileşme döneminde özellikle bireylerin taburculuktan sonraki ilk haftada çeşitli fiziksel sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu dönemde bireylerin hemşirelik bakımının önemli olduğu belirtilmektedir (Redeker, Brassard 1996). Hastaneden taburcu olduktan sekiz hafta sonra ise ağrı, etkisiz bireysel baş etme, aktivite intoleransı, uyku örüntüsünde bozulma, beslenmede değişim (vücut gereksinimden az beslenme) görüldüğü bildirilmektedir (King, Parinello 1988).

Bireyler, ameliyattan sonraki ilk üç ay ile bir yıl içinde; fiziksel problemlerin yanı sıra mutsuzluk, stresörlerle baş edememe, aile içinde rol karmaşıklığı, yaşam biçiminde, sosyal ve fiziksel aktivitelerinde, iş yaşamında değişiklikler, evlilik-aile-arkadaş ilişkilerinde ve cinsel yaşamda değişim, anksiyete, depresyon, postkardiyotomi psikozu (Smeltzer, Bare 1996) sinirlilik ve sık duygusal durum değişikliği gibi psikososyal sorunlar da yaşamaktadır. Bu sorunlar hastaların aktivitelerini sınırlamasına ve önceki rollerine dönmeyi ertelemesine neden olabilmektedir (Brunner 2004, Aydın 2000, Goodman 1997, Moore 1996, King, Parinello 1988). Yapılan çalışmalarda bireylerin özellikle taburculuğun ilk altı ayında anksiyete, depresyon, sinirlilik ve sık duygusal durum değişikliği, yorgunluk, uykuda dengesizlik, boşaltım alışkanlığında değişim, iştahta değişim, göğüs ve bacak insizyon bölgesinde rahatsızlık, solunum sıkıntısı ve anjinal ağrı yaşadıkları belirtilmektedir (Moore 1994, King, Parinello 1988). Goodman (1997)'nin açık kalp cerrahisi (CABG) yapılan hastaların ilk altı hafta içinde yaşadıkları sorunları belirlemeye yönelik yaptığı çalışmada; hastaların yorgunluk, uyku problemleri, boşaltım alışkanlığında değişim, iştah değişimi, göğüs ve bacak ağrısı, insizyon bölgesinde rahatsızlık, solunum sıkıntısı ve anjinal ağrı yaşadıklarını ve hastaların yaşadıkları bu problemler nedeni ile aktivitelerini kısıtladıklarını ya da önceki rollerine dönmeyi ertelediklerini ifade ettiklerini belirlemiştir. Aydın (2000)'ın yaptığı bir çalışmada da açık kalp ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası ilk hafta yeterince yememeye bağlı kabızlık ve kabızlık için ilaç almaya bağlı ishal, %68'i birinci, %62'si dördüncü haftada egzersiz sorunu, %98'i birinci, %88'i dördüncü haftada sırtüstü yatmakta güçlük ve sırtüstü yatmaya bağlı ağrı yaşadıklarını, %54'ünün birinci, %52'sinin dördüncü haftada öfkeli olduğu, %52'sinin birinci, %46'sının dördüncü haftada damarlarının yeniden daralacağı korkusu, %52'sinin kendisini cinsel yaşama başlamaya hazır hissetmediklerini ifade ettikleri belirlenmiştir. Gültekin ve Özbayır (2002)'in çalışmalarında da hastaların %14.29'unun cinsel yaşantısının eskisi gibi olmayacağını, %42.86'sının taburcu

olduktan iki ay sonra cinsel yaşamlarına döndüklerini, %31.43'ünün ölüm korkusu yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Günümüzde birçok hastalık cerrahi olarak tedavi edilmektedir. Bilindiği gibi cerrahi işlem uygulanan bireyler iyileşme sürecinin bir kısmını hastanede, büyük bir kısmını ise evlerinde geçirmektedir. Ameliyat olan bireyler, ameliyata özel olmakla birlikte herhangi bir komplikasyon gelişmezse ameliyattan sonraki 3-7. günlerde evlerine taburcu edilmektedirler (Lewis, Collier, Heitkemper 1998). Hastaneden eve dönüş olumlu bir gelişme olarak görülse de birey ve ailesi; fiziksel bakımın sürekliliğiyle ilgili güçlükler, görünüm, rol, fonksiyon ve yaşam biçimindeki değişikliklerle ilgili ortaya çıkan sorunlar nedeniyle oldukça zor bir dönem geçirir (Kanan 1998). Bu nedenle cerrahi girişimden sonra hastaların evde bakımı önemlidir. Evde bakım kavramı, hasta bakımı ve tedavisinde sürekliliğin sağlandığı bir hizmettir (Kelly ve ark 1994). Etkili evde bakım ile bireylerin hastanede ve evde yaşayacağı sorunların azaltılması ve daha kısa sürede eski yaşantılarına dönmeleri sağlanabilir (Öztekın 1998). Ülkemizde evde bakım hizmetinin gelişmemiş olması, ameliyattan sonra tam olarak iyileşmeden eve dönen hasta ve ailesinin birçok sorunla tek başlarına mücadele etmek zorunda kalmalarına neden olmaktadır. Taburcu olan bireyler; evde genellikle ilk haftalarda yara, ilaç tedavisi, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme ve gelişebilecek komplikasyonlara ilişkin problem yaşayabilmektedir. Birey ve ailenin evde yaşadığı bu problemlerle baş edebilmesi için profesyonel desteğe gereksinimleri vardır (Lewis, Collier, Heitkemper 1998). Altun ve Nahçıvan (1998)'ın evde bakımı gereken hastaların bakım sorumluluğunu üstlenen aile bireylerinin, zorlandıkları alanları belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, bakım vericilerin %81.82'sinin baktığı kişinin sağlığı konusunda endişelendiğini, %80.34'ünün ölmesinden korktuğunu ve %78.79'unun ise profesyonel bir desteğe gereksinim duyduklarını belirlemişlerdir.

Literatürde evde bakım sisteminin sağlık hizmet giderlerini önemli boyutlarda düşürdüğü, evde bakımın hasta ve aileleri açısından birçok yararı olduğu ve bireylerin kendi ortamlarında bakım almalarının iyileşme sürecini hızlandırdığı belirtilmektedir (Cimete, Aksayan 1998, Odacıoğlu 1998, Bayık 1998). Aksayan ve Cimete (1998)'nin bireylerin evde bakım gereksinimleri, olanakları ve tercihlerini araştırdıkları bir çalışmada; bireylerin %60.1'inin aile üyelerinin yanında olma, evin sakin, rahat, huzurlu ve bilinen ortam olması, hastane ortamını sevmeme, hastanenin zaman kaybettirmesi, evde bakım verecek bir bireyin bulunması gibi nedenlerle evde bakımı tercih ettikleri, %36.5'inin ise bakım ve tedavinin

sürekliği, sürekli doktor kontrolü, aile üyelerine yük olmama, güvenli ortam, araç gerecin bulunması gibi nedenlerle hastanede bakımı tercih ettikleri belirlenmiştir. Redeker ve Brassard (1996)'ın Gordonun Sağlık Örüntüleri Modeline göre açık kalp ameliyatı olan bireylerin evde bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapmış olduğu bir başka çalışmada da, ameliyat sonrası hastaların %30'unun hastaneye tekrarlı yattığı ve günlük yaşam aktivitelerinden giyinme, beslenme, banyo, tuvalet konusunda diğer aktivitelere göre daha az desteğe gereksinim duyduğu belirlenmiştir.

Açık kalp ameliyatı olan hastanın evde bakımı, evde bakım hizmetinin bulunmadığı ülkemizde hasta ve/veya aile üyeleri tarafından gerçekleştirilmektedir (Brunner 2004, Hacıoğlu, Özer 2003). Bunun için hemşirenin kapsamlı veri toplaması gerekmektedir. Yurt dışında, açık kalp ameliyatı sonrası hastaların aktivite düzeyi, bilgi ve fiziksel gereksinimleri, nöropsikolojik değişiklikler, taburculuk eğitiminin stres düzeyine etkisi ve yaşam kalitesi üzerine çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (Broers ve ark 2006, Gersbach ve ark 2006, Smith 2006, Foot ve ark 2006, Goyal ve ark 2005, Gardner ve ark 2005, Schriber ve ark 2004, Currey, Boti 2001, Kneebone 1999, Edington ve ark 1997, Goodman 1997, Moore 1996, Redeker, Brassard 1996, Redeker ve ark 1994, Redeker 1993, Keller 1991, Stein ve ark 1990, King, Parinello 1988). Ülkemizde ise bununla ilgili hastaların fiziksel bakımı ve gereksinimleri, bilgi gereksinimi, ameliyat sonrası anksiyete düzeyi üzerine çalışmalar yapılmıştır (Togay, Yavuz 2003, Hacıoğlu, Özer 2003, Yıldırım 2001, Yılmaz 2001, Özer, Akyıl 2005, Aydın 2000, Yava 2000, Sinci ve ark 1998, Aşılıoğlu, Keleş 1998, Biçer, Çoruh, Canik 1998). Özellikle bakım gereksinimlerini ortaya koyan hemşirelik çalışmaları sınırlı sayıda ve bu çalışmalarda beden sistemleri üzerine odaklanılan tıbbi değerlendirme modeli kullanılmıştır. Tıbbi değerlendirme modeli, hemşirenin hastalık sürecini izlemesini olanaklı kılmakta ancak bireyin hemşirelik bakımı için gerekli sistematik değerlendirilmesini sağlamamaktadır. Gordon, 1982'de, bireyleri kapsamlı bir şekilde biyopsikososyal boyutta ele alan bir hemşirelik bakımı modeli geliştirmiştir. "Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri" olarak adlandırılan bu model, bireylerin gereksinimlerini 11 fonksiyonel alanda açıklamaktadır. Bu alanlar, sistematik ve standardize edilmiş bilgi toplama yaklaşımı ve hemşirelik bakış açısı ile bilginin analiz edilmesini olanaklı kılmaktadır. Fonksiyonel sağlık örüntüleri hem bir değerlendirme formatı hem de içerik düzenleyici olarak, hemşirelik süreci, kritik düşünme ve klinik karar vermenin üzerinde durmaktadır. Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri, hastane ve toplum sağlığı alanlarında hemşirelik değerlendirmesi ve girişimlerinin düzenlenmesi için kullanılmaktadır. Bu örüntüler birbiri ile ilişki içinde olup, birbirine bağımlıdır. Hastalık ve

fonksiyonel sağlık problemleri arasında karşılıklı bir ilişki vardır. Çünkü fonksiyonel sağlık örüntülerinde bozulma, hastalık veya olası sağlık problemlerini göstermektedir. Hastalık, fonksiyonel sağlık örüntülerinin bozulmasına, fonksiyonel sağlık örüntülerindeki bozulma da hastalığa yol açabilir. Bu nedenle fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli açık kalp ameliyatı olmuş bireylerin sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve düzenlenmesi için geniş bir bakış açısı oluşturmaktadır (Gordon 1982). Çalışmada bu model kullanılarak bireylerin kapsamlı değerlendirmesinin yapılması ve çok yönlü olarak gereksinimlerinin belirlenmesi hedeflenmiştir.

## II. GENEL BİLGİLER

### II.1. Kalbin Yapı ve Fonksiyonu

Kalp, dört boşluğu olan yaklaşık yumruk büyüklüğünde musküler bir organ olup, mediastinal aralıkta akciğerlerin arasında bulunur. Kalp atımları yaklaşık orta hattın 2inc\* solundan, beşinci interkostal aralıktan palpe edilebilir. Kalbin ince iç tabakası endokardium, orta kas tabakası myokardium ve en dış seroz membran epikardium olmak üzere üç tabakası vardır. Kalbin dört boşluğu, sağ taraftaki iki boşluk ve sol taraftaki iki boşluk septumla ayrılmıştır. Üst boşluklar atrium, alt boşluklar ventrikül adını alırlar. Atriumlardaki myokardium ventriküllerdekinden daha incedir. Sol ventrikül duvarı, sağ ventrikül duvarından daha kalındır.

Sağ atrium venöz kanı vena cava superior, inferior ve koroner sinüsten almaktadır. Kan, triküspit kapak aracılığı ile sağ ventriküle geçer ve ventrikülün kasılmasıyla pulmoner arterlere pompalanır. Pulmoner arterin girişinde pulmoner kapak bulunmaktadır. Kan akciğerlerden pulmoner venler aracılığıyla sol atriuma oradan da mitral kapak yolu ile sol ventriküle geçer. Kalbin kasılması ile kan aort kapağından geçerek aortaya ve sistemik dolaşıma geçer (Lewis, Heitkemper, Collier 1998).

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

**1. Sağ koroner arter:** Temel olarak sağ ventrikülü beslemektedir. Kalbin kasılma fonksiyonunda önemli bir yeri olan ventriküller arası septumu genellikle bu arterin dalı olan arka inen dal (PD) beslemektedir.

**2. Sol anterior descending (LAD):** temel olarak sol ventrikülün ön ve yan yüzünü beslemektedir. Ayrıca ventriküller arası septumu besleyen dallar verir. Kalp apeksini dolandır ve bundan sonra 1-2 cm. ilerleyerek sonlanır. Sol ön koroner'in sol ventriküle verdiği yan dallara "diagonal damarlar" adı verilir. LAD, sıklıkla kalbin yüzeyinde olmasına rağmen yağ dokusu ve kas tabakasına çeşitli derecede gömülmüş vaziyette olabilir. Diagonal dallara superiordan inferiora doğru numaralar verilir, birinci diagonal, ikinci diagonal ve üçüncü diagonal gibi. LAD birçok septal perforatör alan ile interventriküler septumun 2/3 ünü ve apikal kısmını besler.

---

\* 1inc=2.54cm (www.wikipedia.org)

**3. Circumflex arter (Cx):** Sol ventrikülün yan ve arka kısımlarını beslemektedir. Obtus magrin (OM) adı verilen dalları vardır. Posterior descending arter (PDA) bazen bu arterden çıkar.

Sağlıklı koroner arterler elastiktir, iç yüzeyleri düzdür ve kan içinden rahatlıkla akar. Koroner arter hastalığında ise damar duvarı kalınlaşır, elastikiyetini kaybeder ve içerisinde oluşan aterom plaklar nedeniyle sertleşir. Damar sertleşmesi, ateroskleroz olarak adlandırılmaktadır. Aterom plak, damarın iç çapının daralmasına ya da tamamen tıkanmasına neden olmaktadır. Bir koroner arterdeki kan akımının kritik olarak bozulması için belirli bir oranda daralmış olması gerekmektedir. Sol ana koroner arter dışındaki damarlarda %60'dan daha fazla darlık durumunda koroner bypass ameliyatı yapılması gerekmektedir. Ayrıca bypass ameliyatının yararlı olabilmesi için tıkanıklığın olduğu bölgenin uç kısımlarındaki koroner damarların sağlıklı olması, çok ince veya çok kısa olmaması gerekmektedir (www.gata.edu.tr). Myokard, arterioskleroz gelişmesine karşı koroner damarlarda gelişen kollateral dolaşım ile korunmaktadır. Kalpteki kollateral dolaşım, koroner arterlerde yavaş gelişen aterosklerotik daralma ya da ani tıkanmalar sonucu kalp de gelişen harabiyete bağlıdır. Büyük koroner arterlerden biri ani olarak tıkanıldığında zaman, birkaç saniye içinde küçük anastomozlar genişler. Bu küçük kollateraller kan akımını, genellikle kalp kasını canlı tutabilecek miktarın yaklaşık yarısı kadar artırır. Ancak bu kollaterallerin çapları 8-24 saat içinde daha fazla genişleyemez. Daha sonra artmaya başlayan kollateral akım, ikinci, üçüncü günde iki katına çıkarak yaklaşık bir ay sonra iskemik kalan kas dokusuna hemen hemen normal koroner akımı sağlayacak düzeye erişebilir. Bu gelişen kollateral kanalların yardımıyla çeşitli koroner tıkanmalarda, ilgili kas alanı çok geniş değilse hastaların iyileştiği görülür. Bununla birlikte koroner arterlerde meydana gelen daralma ve tıkanıklıklar sonucunda bu damarların beslediği kalp kasında kalıcı veya geri döndürülebilir hasar meydana gelebilmektedir. Günümüzde koroner arterlerde en sık görülen edinsel hastalık, ateroskleroz sonrasında gelişen iskemik kalp hastalığıdır. Aterosklerotik tutulmanın en sık yerleştiği bölge sağ koroner arterin akut margini ile posterior descending dalları arasında kalan alandır (Crux). İkinci sıklıkta sol anterior descending (LAD) proximalin yarısıdır. Hastalığın üçüncü sıklıkta yerleştiği yer sağ koroner arterin çıkışı ile marginal dalı arasındaki segmenttir. Aterosklerotik lezyonlar karakteristik olarak çok sayıdadır ve çoğunlukla birden fazla arterde yerleşmektedir (Solak 1995).

## **II.2. Kardiyovasküler Sistemin Düzenlenmesi**

Kalp, sempatik ve parasempatik sistemden meydana gelen otonom sinir sistemi tarafından kontrol edilmektedir. Sempatik sinir sisteminin uyarısı, AV nodundan geçerek atrial ve ventriküler kasılma gücünü dolayısıyla kalp hızını artırır. Bu etki epinefrin ve norepinefrine yanıt olarak  $\beta$ -adrenarjik reseptörlerle gerçekleşmektedir. Parasempatik sistem uyarıldığında ise, tersine SA nodun etkilenmesiyle kalp hızı azalır. Kalp hızını etkileyen diğer faktörler, egzersiz, emosyonel, vücut ısısı ve ilaçlardır (Lewis, Heitkemper, Collier 1998).

Sempatik lifler, periferel damarlar boyunca bulunurlar. Damarların düz kaslarında sempatik sinir uyarısına farklı yanıt veren iki tip reseptör bulunduğu kabul edilir. Bunlar  $\alpha$  ve  $\beta$  reseptörleridir.  $\alpha$  reseptörleri uyarıldığında, vazokonstriksiyon,  $\beta$  reseptörleri uyarıldığında, vazodilatasyon oluşur. Parasempatik sistemin damarlar üzerinde büyük bir etkisi yoktur (Lewis, Heitkemper, Collier 1998). Koroner arterlerde sempatik lifler yoğun, parasempatik (vagal) lifler de oldukça az bulunmaktadır. Ayrıca koroner damarlarda konstriksiyon yapan alfa reseptörler ve dilatasyona neden olan beta reseptörler de bulunmaktadır. Bazı bireylerde alfa reseptörlerin etkisinin ağır basması sonucu aşırı sempatik uyarı genellikle anjinal ağrıların ortaya çıktığı vazospastik myokard iskemisine neden olduğu bildirilmektedir (Solak 1995).

Aort kavsi ve karotid sinüste yer alan arter sistemi içindeki basınç ve gerilime duyarlı baroreseptörler, arteriyel basınç azaldığında, sempatik sinir sistemini uyararak periferel vazokonstriksiyona dolayısıyla kalp hızının artmasına, tersi durumda da periferel vazodilatasyona sonuçta kalp hızının azalmasına neden olmaktadır. Aynı şekilde aort kavsi ve karotidde bulunan kemorseptörler de, azalmış oksijen basıncı (PO<sub>2</sub>), artmış arteriyel karbondioksit basıncı (PCO<sub>2</sub>) ve azalmış plazma pH'ı ile uyarılarak kardiak aktiviteyi artırmaktadır (Lewis, Heitkemper, Collier 1998).

## **II.3. Açık Kalp Ameliyatı Gerektiren Hastalıklar**

Konjenital defektler (atrial septal defekt, ventriküler septal defekt, büyük damarların transpozisyonu, fallot tetralojisi, trunkus arteriozus, triküspit atrezisi, aort stenozu), edinsel/kazanılmış defektler (koroner arter hastalığı, kalp kapağı hastalığı, aortik, ventriküler anevrizma) gibi durumlarda açık kalp ameliyatı yapılmaktadır. Ancak çalışmada, toplumda daha sık görülmesi nedeniyle, koroner arter hastalığı ve kalp kapak hastalıkları ele alınmıştır (Lewis, Heitkemper, Collier 1998, Smeltzer, Bare 1996, Tucker ve ark 1996).

### **II.3.a. Koroner Arter Hastalığı**

Aterosklerosiz gelişimi sonucu oluşan kan damarları hastalığının bir tipidir. Olguların yaklaşık %90'unda makroanjyopatiler ve koroner arterlerde ateroskleroza bağlı olarak gelişen plaklar nedeniyle oluşan akut trombus ve darlıklar sonucu ortaya çıkan kronik ya da akut bulgularla seyreden tablo koroner arter hastalığı olarak adlandırılmaktadır. Koroner arter hastalığı iskemik kalp hastalıklarının %85-90'nını oluşturmaktadır (Heper 2005).

Gelişmiş ülkelerde ölümlerin en az yarısı kalp damar hastalıklarına ve bunların ¾'ü de atherosklerotik koroner arter hastalıklarına bağlıdır. Görülme sıklığı erkeklerde kadınlardan dört kat daha fazladır. Kırk yaşından önce koroner arter hastalığı görülme oranı 8:1, 40-60 yaş arası 4:1 ve 70 yaş sonrasında 1:1'dir. Erkeklerde en çok 50-60, kadınlarda ise 60-70 yaş grubunda rastlanılmaktadır(www.bayindirhastanesi.com). Amerika'da en önemli ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklardır. The American Heart Association (AHA), her yıl kalp krizinden 490.000 kişinin öldüğünü bildirmiştir (Lewis, Heitkemper, Collier 1998). Türkiye istatistik yaylığı 2000 yılı verilerine göre, Türkiye'de kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin %50-75'ini koroner arter ve kalp kapağı hastalıklarının oluşturduğu bildirilmektedir. Ayrıca Türkiye'de yaklaşık 2.8 milyon koroner kalp hastası bulunduğu, yılda 310 bin koroner olay meydana geldiği ve yılda 170 bin kişinin koroner kalp hastalığından kaybedildiği bildirilmektedir. Türkiye'de 20 yaş üstü erişkinlerde kalp hastalığı prevalansının % 6.7 olduğu, bunun % 6.2'sini erkeklerin, % 7.3'ünü kadınların oluşturduğu belirtilmektedir. Yeni koroner olaylara yüksek sıklıkta rastlanılmaya devam edilmiştir. 2004 yılında erişkinlerimizde koroner olayların sayısal dinamiği şöyle değerlendirilebilir. Ülke genelinde yılda 310 bin civarında koroner olay meydana gelmekte, bunların içinden ani olarak veya bir yıl içinde kaybedilen grup çıkarıldığında toplam koroner kalp hastası birey sayısı yılda 140 bin kadar artmaktadır. Ayrıca Türkiye'de kalp hastalıklarının en fazla görüldüğü bölge % 8.2 ile Karadeniz bölgesidir. Daha sonra % 7.6 ile Marmara, % 6.6 ile Doğu Anadolu, % 5.9 ile Güneydoğu Anadolu, % 5.6 ile Ege bölgesi, % 5.3 ile İç Anadolu bölgesi ve bunları % 4.6 ile Akdeniz Bölgesi izlemektedir (Onat ve ark 2005).

Koroner kalp hastalığı için her iki cinste de hipertansiyon, özellikle sistolik kan basıncındaki her 10 mm yükselme, koroner kalp hastalığı riskini %22 arttırmaktadır. Bunun yanı sıra kanda kolesterol yüksekliği, kolesterol düzeyi 200 mg üzerindeki bireylerde her 50 mg yükselme koroner kalp hastalığı riskini % 36 arttırmaktadır. Ayrıca HDL kolesterolün 35 mg altında olması koroner kalp hastalığı riskini 1.54 oranında arttırmaktadır. Sigara içme, hareketsizlik, kadınlarda şişmanlık ve diyabet diğer önemli etkenlerdir. Ayrıca Avrupa ülkelerine göre Türkiye'de koroner kalp hastalığına bağlı ölümlerde her yıl %5 oranında artış

olduğu tahmin edilmektedir (www.bayindirhastanesi.com.tr). Bu hastalığın en önemli özelliği ileri aşamalarda yaşamı tehdit eden myokard enfarktüsüne yol açabilmesidir. Bu nedenle hastalığa yol açan risk faktörlerinin bilinmesi ve koruyucu önlemlerin alınması, hastalığın tedavisi kadar önemlidir (www.sağlık.net).

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

- 1-Atheroskleroz (%99)
- 2-Arteritler (Sistemik Lupus Eritematozus, Pan Arteritis Nodoza, Takayaşu vb.)
- 3-Embolizm
- 4-Koroner Mural Kalınlaşma (Amiloidoz, radyasyon)
- 5-Koroner daralmaya neden olan diğer nedenler (spasm, aort diseksiyonu)
- 6-Konjenital Koroner Arter Hastalıkları (arteriovenöz fistüller, koroner arter çıkış anomalileri) (Kaş, Şahin 2003).

Ateroskleroz koroner arter hastalığının majör nedenidir. Ateroskleroz, Yunanca athere ‘‘yağ toplanması’’ ve skleroz ‘‘sert’’ olmak üzere iki kelimedenden oluşmuştur. Bu cümle kombinasyonu aterosklerozisin yaşla birlikte sertleşen yumuşak yağ depoları olarak başladığını göstermektedir. Bu nedenle ateroskleroz, genellikle damarların sertleşmesi olarak ifade edilmektedir. Ateromlar (yağ depositleri) koroner arterlerde olduğu gibi vücuttaki her arterde oluşabilir. Arteriosklerotik kalp hastalığı, kardiyovasküler kalp hastalığı ve koroner kalp hastalığı bu hastalık sürecini tanımlamak için kullanılmaktadır (Lewis, Heitkemper, Collier 1998). Ateroskleroz, primer olarak arterlerin intima tabakası içinde kolesterol ve lipitlerin lokal toplanması ile karakterizedir. Plak oluşumunun başlangıcı vasküler duvarı oluşturan elementler ve kan komponentleri arasında kompleks etkileşimlerin sonucudur. Endotel yaralanması ateroskleroz oluşumu için temel nedendir (Kaş, Şahin 2003).

**A. Aterosklerozun Gelişim Aşamaları:** koroner arter hastalığının gelişimi yıllar sürer. Bulgular ortaya çıktığında hastalık genellikle ilerlemiştir. Aterosklerozun gelişim aşamaları: 1. yağ toplanmaları (fatty streak), 2. düz kas hücre proliferasyonu sonucu fibröz plak oluşumu ve 3. komplike olmuş lezyonlardır.

**1. Yağ toplanmaları (fatty streak):** Yağ toplanmaları, yağ ile dolmuş düz kas hücreleri ile karakterize aterosklerozdaki en erken lezyondur. Düz kas hücreleri içinde yağ toplanması hafif sarı görünmesine neden olmaktadır. Yağ toplanması genellikle 15 yaşında koroner arterlerde gözlenmiştir ve hasta yaşlandıkça yüzey alanı artmaktadır (Kaş, Şahin 2003).

**2. Fibröz plak oluşumu:** Fibröz plak oluşum aşamasında, arter duvarında ilerleyici değişiklikler başlar. Bu değişiklikler 30 yaşlarında koroner arterlerde görünür ve yaşla birlikte artar. Arter duvarındaki değişiklikler yüksek kan basıncı, yüksek kan kolesterolü, genetik, sigara içme ile ortaya çıkan karbonmonoksit, immün reaksiyonlar ve kan içinde bulunabilen toksik maddeleri içeren birçok faktörden dolayı kronik endotel yaralanması ile başlar. Normal olarak endotel kendi kendini hemen yeniler ancak, koroner arter hastalığı olan bireyde endotel hızla yenilenemez, düşük-yoğunluktaki lipoproteinlerin (LDL) toplanmasına izin verir ve trombositlerden açığa çıkan growth faktör düz kas proliferasyonunu uyarır ve arter duvarı kalınlaşır. Endotel yaralanma başladığında lipoproteinler, kolesterol ve diğer lipitler arteriyal intima içine taşınır. Lipitler, plağın kalınlaşmasına ve dayanıksızlaşmasına olduğu kadar düz kas zararına da neden olabilir. Bu lipitler ve diğer maddeler, damar içine geçip yapışarak damarın pürüzsüzlüğünü bozar ve damar duvarını yaralar. Böylece lezyon veya yapısal anormallik oluşur. Kollajen doku, elastik lifler ve düz kas hücreleri lezyonu oluşturur. Fibröz plak, gri veya beyazımsı görünür. Bu plaklar, arterin bir bölümünde oluşabilir veya dolaşım içinde lümenin tamamını kapsayabilir. Trombositler yine düz kas hücrelerinin hipertrofinde rol oynar. Arterin iç duvarı zarar görmeye başlar, trombositler büyük miktarlarda toplanarak trombüs oluşur. Trombüs, arter duvarına yapışır ve daralmasına veya arterin tamamen tıkanmasına yol açabilir (Lewis, Heitkemper, Collier 1998). Fibröz plaklar en sık abdominal aortada daha sonra sırası ile koroner arterler, popliteal arterler, inen aorta, internal karotid arterler ve beynin Willis poligonunu oluşturan damarlarda oluşur. Plak damar lümeninde %50 ya da daha fazla tıkanma meydana getirirse dokuda beslenme bozukluğu ortaya çıkar (Kaş, Şahin 2003)

**3. Komplike olmuş lezyonlar:** Aterosklerotik lezyonun oluşumunda en tehlikeli aşamadır. Plak, bir ölü doku alanı içindeki lipit materyalleri özünden meydana gelir. Lipitler, trombüs ve zarar görmüş dokunun bir araya gelmesi ve bazen kalsiyum toplanması ile lezyon kompleks olmaya başlar. Nekrotik doku siyahtır ve arter içinde sertleşmiş görünür, rijitide ve

sertlik meydana gelir. Bu komplike lezyon arteri kısmi ya da tam olarak tıkar (Lewis, Heitkemper, Collier 1998).

Atheroskleroz için çeşitli risk faktörleri bulunmaktadır. Bunlar değiştirilebilir (reversibl) ve değiştirilemeyen (irreversibl) olarak 2'ye ayrılmaktadır:

**∫ Değiştirilemeyen:** İleri yaş, erkek cinsiyet, ailede erken yaşta koroner arter hastalığı hikayesinin bulunması (55 yaş altı), diabetes mellitus, kişilik yapısı (A tipi denilen stresli kişilik) .

**∫ Değiştirilebilir:** Sigara (10adet/gün), hipertansiyon, yüksek lipit düzeyi, şişmanlık, sedanter ya da stresli yaşam stili, oral kontraseptif kullanımı, alkol .

### **B. Ateroskleroz Oluşumuna İlişkin Teoriler**

Aterosklerotik sürecin oluşması ile ilgili olarak çeşitli teoriler ileri sürülmüştür. Son olarak aterosklerozun damar duvarının bir inflamasyonu sonucunda oluştuğu gösterilmiştir (Kaş, Şahin 2003). İleri sürülen teoriler şunlardır:

**a. Lipid Teorisi :** 1913' de Anitschow tarafından ortaya atılmıştır. Aterosklerozun, damar duvarında lipid birikmesi ile oluştuğu ileri sürülmüştür. Bu teori kan lipit düzeyi yüksek olan bireylerde ateroskleroz gelişmesini açıklayabilir (Kaş, Şahin 2003). Lipitler, dolaşımdan endotel içine girer ve mekanik ya da inflamatuvar travmada düz kaslarda toplanır. Lipoproteinler engel olmaya başlar ve hasar oluşur. Endotel geçirgenlik değişir (Lewis, Heitkemper, Collier 1998).

**b. Trombojenik Teori:** Bu hipoteze göre, aterosklerotik lezyonlar, luminal trombüsün arteriyel duvarın içine yavaş yavaş girmesi ile oluşur. Bu hipotez immatür damarlardaki ilerlemiş lezyonları açıklayamamaktadır. Oysa trombüs, neden değil bir sonuçtur (Kaş, Şahin 2003). Eritrositler, trombositler ve lipitler arterin intima tabakası boyunca toplanır. Mikrotrombüs oluşur. Trombositler birbirine yapışır, salınan maddeler endotel geçirgenliği değiştirir. Trombüs büyür ve tepkiler başlar (Lewis, Heitkemper, Collier 1998).

**c. Hasara Yanıt Teorisi:** 1856'da Virchow tarafından ileri sürülmüştür. Aterosklerozla ilgili dejeneratif değişikliklerin hasara karşı arterin intima tabakasında iyileşme şeklindeki yanıtı sonucunda oluştuğuna inanılmaktadır (Kaş, Şahin 2003).

**d. Modifiye Hasara Yanıt Teorisi:** 1973'de Russel Ross ve John Glomset hasara yanıt hipotezini modifiye ederek endotel yaralanması veya hasarına karşı aşırı damar düz kas hücreleri proliferasyonu sonucunda aterosklerozun oluştuğunu göstermişlerdir. Bu teori daha sonra yeniden düzenlenerek endotel disfonksiyonun aterosklerozun temelinde rol oynadığı görülmüştür. Bugün bu hasar yapıcı ajanların risk faktörleri (hiperlipidemi, okside LDL, hipertansiyon, DM, yaşlanma, sigara) olduğu bilinmektedir (Kaş, Şahin 2003).

**e. İnflamasyon Teorisi:** Ross'un hipotezinin devamı olarak yapılan son çalışmalar, endotel disfonksiyonunun temel rol oynadığı, ancak inflamasyonun, aterosklerozun her aşamasında en önemli özellik olduğu gösterilmiştir. Bu sürecin merkezinde rolü olan hücreler endotel, inflamatuvar ve düz kas hücreleridir. Endotel disfonksiyon, endotelin bariyer olma özelliğini, seçici geçirgenliğini ve antitrombotik yapısını bozar. Bunun sonucunda gelişen inflamatuvar ve proliferatif olaylar dizisi aterosklerotik plağın oluşmasına neden olur. Gevşeme ile kasılma, anti ile protrombojenite ve proliferasyon ile anti-proliferasyon arasında denge bozulur. Aktive olmuş endotel hücrelerinden adhezyon molekülleri, sitokinler ve büyüme faktörleri salgılanır. Salgılanan kemotaktik maddeler ile lezyonlu alana göç eden monositler inflamatuvar sitokinler salgılar. Bazı sitokinler (IL-1 $\beta$  ve TNF-alfa gibi) endotele daha çok lökosit ve LDL bağlanmasına neden olarak protrombojeniteyi artırır. Endotele tutunduktan sonra subendotelyal alana geçen monositler burada makrofaja dönüşürler. Makrofaj, okside LDL'yi fagosite ederek köpük hücrelerine dönüşür ve fibroaterom oluşur (Kaş, Şahin 2003).

Bu teorilere, hücre biyolojisindeki yeni gelişmeler eklenerek, aterosklerozun patolojisinde yer alan temel özellikler aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

- 1- Ateroskleroz, lezyonlarında makrofajlar ve düz kas hücreleri major elamanlardır.
- 2- Hiperkolesterolemi endotel hasarına yol açarak monositlerin damar duvarına yapışmasına, subendotelyal bölgeye geçerek köpük hücrelerine dönüşmelerine ve aynı bölgede ilerleyici düz kas hücrelerinin birikmesine neden olur.
- 3- Aterosklerozda yer alan hücre elamanları (endotel, düz kas, trombosit, monosit, makrofaj) kemotaksis yapan maddeler ve PDGF (platelet derived growth factor) gibi mutagen maddeler salgılayarak arter duvarında hücre proliferasyonuna yol açar.
- 4- Endotel hasarı monosit, makrofaj trombositlerle karşılıklı etkilerle intimada düz kas hücre proliferasyonuna yol açmakta veya endotel hasarı doğrudan doğruya kendisi

mutagen maddeler salgılayarak intimada düz kas hücre proliferasyonuna neden olmaktadır (Solak 1995).

### **II. 3.b. Kalp Kapağı Hastalıkları**

Kalpte dört kapak bulunmaktadır. Bu kapaklar kanın hangi yönde hareket edeceğini düzenlemektedir. Vücudun alt ve üst bölümlerinden gelerek sağ atriumda toplanan kanın kalbin gevşemesi sırasında sağ atriumdan sağ ventriküle geçmesine izin veren ama kasılma sırasında sağ ventrikülden sağ atriuma kanın geri kaçmasını önleyen ve üç yaprakçıktan oluşan “trikuspid kapak”, kalbin kasılması sırasında sağ ventrikülden pompalanan kanın pulmoner artere geçişine izin veren fakat gevşeme sırasında sağ ventriküle geri kaçmasını önleyen “pulmoner kapak”, pulmoner arter aracılığıyla akciğerlere giden, burada oksijenlenen ve karbondioksitten temizlenerek pulmoner venler yoluyla sol atriuma dönen kanın, kalbin gevşemesi sırasında sol atriumdan sol ventriküle geçişine izin veren fakat kasılma sırasında sol atriuma geri kaçmasına engel olan iki yapraklı “mitral kapak”, kalbin kasılması sırasında sol ventrikülden pompalanan kanın vücuda dağılmak üzere aortaya geçişine izin veren fakat gevşeme sırasında sol ventriküle geri kaçmasını önleyen “aort kapağı”dır (Özcan 1997).

Kapak hastalıklarının patofizyolojisinde; genetik, infeksiyöz, doğumsal, travma, kimyasal ve diğer birçok faktörler etkili olmakta ve bunlar sonucunda kapakların yapı ve fonksiyonları bozulabilmektedir. Kalp kapaklarının yapı ve fonksiyonlarının bozulması, nefes darlığına ve kalbin büyümesine (kalp yetmezliği), kalp atışlarında düzensizliğe veya kalpte enfeksiyona neden olabilir. Kalp kapağı ameliyatı gerektiren durumlar genel olarak iki şekilde ortaya çıkmaktadır;

- 1.Kalp kapağının daralması içinden kanın geçmesinin zorlaşması (darlık)
- 2.Kalp kapağının geriye kan kaçırmaması (yetmezlik)

Ameliyat gerektiren durumlar daha çok mitral ve aort kapaklarında gelişmektedir. Dünyada her yıl 225.000 hastaya kalp kapağı ameliyatı yapılmaktadır. Kalp kapağı cerrahisi, açık ve kapalı şekilde yapılmaktadır(www.gata.edu.tr).

### **II.4. Açık Kalp Ameliyatı**

20.yy ikinci yarısında tıp alanındaki hızlı gelişmelerden en fazla etkilenen yöntemlerden birisi olan açık kalp ameliyatı, son 35 yıl içerisinde yaygın kullanılan teknikler

içerisine girmiştir. Bu alandaki teknik ve anestezi uygulama yöntemlerinin gelişmesi ile birlikte tedavi edilen hasta sayısı da artmıştır. ABD’de her yıl yaklaşık olarak ameliyat edilen kalp hastası sayısı 700.000’in, koroner arter by-pass ameliyatı olan hasta sayısı ise 350.000’in üzerindedir (Lewis, Heitkemper, Collier 1998). Türkiye’de 50`nin üzerinde merkezde yılda yaklaşık 34.000 açık kalp ameliyatı yapılmaktadır. Dünyada kalp ve damar cerrahisinin önde gelen merkezlerinde açık kalp cerrahisi mortalitesi hastaların taşıdığı riske göre %1 ile %4 arasında değişmektedir (www.hastanederjisi.com).

Günümüzde kalp hastalıklarından koroner arter bypass, kalp kapağı tamiri ve replasmanı ve kalp transplantasyonu rutin cerrahi işlemler arasına girmiştir. Kardiak cerrahi, bugün yaşam kalitesinin artmasını ve yaşam süresinin uzaması sağlamaktadır (Lewis, Heitkemper, Collier 1998).

### **Açık kalp cerrahisi yöntemleri**

1. Koroner Arter By-Pass Greft
2. Kapak Replasmanı

### **1. Koroner Arter Bypass Greft (CABG)**

Koroner bypass ameliyatı, koroner arterin daralan bölümünün, başka bir damar aracılığı ile etrafından dolanarak kan akımının devamlılığının sağlanmasıdır. Vücudun başka bir yerinden alınan bu damara “greft” denilir. Greftler genellikle hastanın kendi arter veya venlerinden hazırlanmaktadır. Arterden hazırlanan greftlerin, venlerden hazırlanan greftlere göre daha uzun süre açık kalma gibi bir avantajı bulunmaktadır. Bu işlem %75-80 ‘den daha fazla daralmış koroner arterin arkasından kan akımı sağlar. Böylece myokardiumun distalindeki obstrikte olmuş alana kan gönderilerek iskemi düzeltilir (Lewis, Heitkemper, Collier 1998).

#### **1.a.En Sık Kullanılan Greftler:**

**İnternal Mammarian Arterler (İMA):** 1968’de greft olarak kullanımı ortaya konmuştur. İMA’nın açıklık oranı 10 yılda %85-90’dır. Uzun süreli açıklık oranı olması nedeniyle safen venden daha fazla tercih edilmektedir. Sol İMA’nın kullanımı, sol subklavian arterden kaynaklanır, göğüs duvarından alınır ve daralmış olan koroner arterin distaline anastomoz edilir. Sağ İMA’da benzer şekilde kullanılabilir. Sol İMA ve safen ven üç-dört-beş veya altı damar değişimi gerektiğinde birlikte kullanılırlar (Lewis, Heitkemper, Collier 1998).

**Saphenous Ven:** Koroner bypass cerrahisinin ilk dönemlerinden beri kullanılmaktadır. Saphenous ven, hastanın bir bacağından alınır ve ters çevrilir. Böylece vende bulunan kapaklar kan akımını engellemez. Saphenous venler yaklaşık olarak ascending aortaya ve koroner arterin distaline anastomoz edilir. Ameliyattan sonra ilk birkaç hafta içinde distal greft anastomozunda trombozis gelişmesi ya da teknik problemler nedeniyle damarların %10'u tıkanır. Bu greftlerin açıklık oranı düşüktür. Sefan venlerde yaygın intima hiperplazisi geliştiğinden greftin daralmasına ve tıkanmasına neden olmaktadır. Hastanın ameliyattan sonra aspirin kullanması (günlük 325gr PO) ven greft açıklığını artırır. Ven greft açıklığı 5-10 yıl tahmin edilmektedir. Saphenous venlerin greft olarak kullanabilmesi için bacaklardaki toplardamarlarda varis olmaması veya daha önceden içinde pıhtı gelişmemiş olması gerekir. Bacaktan alınan toplardamar, bacağın kan dolaşımının sadece %10'undan sorumlu olduğu için bu damarın alınmasının bir sakıncası yoktur. Ameliyattan sonra bir süre ilgili bacakta şişlik oluşabilir ve bacağın yükseltilmesi ve varis çorabı kullanılması ile düzelir (Lewis, Heitkemper, Collier 1998).

**Radial Arter:** Atardamar greftleri arasında ikinci sıklıkla tercih edilendir. Ön kolda birbirine paralel 2 atar damar mevcuttur. Bunlardan biri radial, diğeri ise ulnar arterdir. Birçok insanda radial arter olmasa bile ulnar arter ön kolun ve elin kanlanması için yeterli olur. Bu nedenle uygun hastalarda radial arter greft olarak kullanılabilir. Açıklık oranı düşüktür (Lewis, Heitkemper, Collier 1998).

**Gastroepiploic Arter veya İinferior Epigastric Arter:** Hasta daha önce CABG (Coronary Arter By-pass Greft) olmuşsa ve saphenous ven veya İMA kullanılmışsa, yeniden ameliyat gerektiğinde çıkarması daha zor olan gastroepiploic arter veya inferior epigastric arter kullanılabilir. Bu arterler mükemmeldir ancak bu arterlerin kullanımı için ilave laparotomi gerekir. Bu ameliyat süresinin uzamasına ve özellikle diyabetik ve şişman hastalarda yara komplikasyonlarına neden olur. Greft olarak splenik arterde kullanılabilir ancak açıklık oranı İMA'dan düşüktür (Lewis, Heitkemper, Collier 1998).

Açık kalp ameliyatında kalp akciğer makinesi kullanılmaktadır. Kalp akciğer makinesi ilk olarak 1950'li yıllarda başarılı klinik kullanımından sonra kalp cerrahisindeki ilerlemenin temel dayanağı olmuştur. Her ameliyatta olduğu gibi kalp ameliyatlarında da ameliyat alanının kansız ve hareketsiz olması gereklidir. Ancak kalbin boşluklarının kanla dolu olması ve bizzat kendisinin vücuda kanı pompalaması nedeniyle, vücudun gereksinimi olan kan

dolaşımı başka bir mekanizma ile sağlanamadığı sürece ameliyat edilecek kalbin durdurulması ve kandan arındırılması mümkün değildir. Çünkü kan dolaşımı durduğunda öncelikle beyin hücreleri en fazla beş dakika gibi kısa bir zaman içinde ölmektedir. Kalp-akciğer makinesi kalbin ve akciğerin görevlerini üstlenerek vücut organlarına karbondioksitten arındırılmış ve oksijenlendirilmiş kan gönderilmesini sağlar ve ameliyat sırasında kalp ve akciğerin durdurulmasına olanak verir. Kalp-akciğer makinesinin, hastadan gelen kanın depolandığı **rezervuar**, kanın karbondioksitten arındırılıp oksijenlendirildiği **oksijenatör**, kanı hastaya pompalayan **pompa** ve kanın ısını artırıp azaltmasını düzenleyen **ısı değiştirici** bileşenleri vardır. Ayrıca atardamar hattında hava ve parçacık filtresi vardır (www.gata.edu.tr).

İç yüzeyi pıhtılaşmayı önleyici özel hücrelerle kaplı damarlar içinde akan kan, kalp-akciğer makinesi ve bağlantı hortumlarının pıhtılaşmayı tetikleyici yapay yüzeyleri ile temas edeceği için, pıhtılaşmayı önlemek için **heparin** verilir. Hastanın sağ atriumu veya venakavalarına yerleştirilen toplardamar (venöz) kanülü aracılığı ile yerçekimi kuvvetiyle rezervuarda toplanan kan oksijenatörde karbondioksitten arındırılıp oksijenlendirilerek, hastanın asendan aortasına yerleştirilen atardamar (arteriyel) kanülüyle pompanın itici gücü kullanılarak aortaya pompalanır. Aortaya pompalanan kanın kalbe de gitmesini önlemek için, aortanın, atardamar kanülüyle kalp arasındaki bölümüne, aortayı tamamen tıkayan **kros klemp** konmaktadır. Aortanın, kros klemp ile kalp arasında kalan bölümüne **kardiyopleji** kanülü yerleştirilerek bu kanülden kalbi durdurmak için potasyumlu sıvı verilir, bu sıvı koroner arterler aracılığı ile kalbe dağılarak kalbi durdurur. Bu şekilde, vücudun gereksinimi olan kan dolaşımı sağlanırken, kansız ve durmuş olan bir kalpte ameliyat gerçekleştirilir (www.gata.edu.tr).

Kalp-akciğer makinesi ile vücut kan dolaşımı sağlanırken, ısı değiştirici ile kanın ısı azaltılarak, normalde 36.5 0 C olan vücut sıcaklığı bir çok kalp ameliyatında genellikle 28 0 C'ye düşürülür. Vücut ısısının düşürülmesi, hücrelerin oksijen ve enerji gereksinimlerini azaltarak koruyucu etkiye neden olmaktadır. Vücut sıcaklığı 20 0C'nin altına indirildiğinde hücrelerin gereksinimi normalin %5'i kadar azalmaktadır. Bu şekilde, aortanın, beyne giden damarların çıktığı bölümünü ilgilendiren ameliyatlarda vücut sıcaklığı 19 0C'ye düşürülerek kan dolaşımı 30 dakika süreyle güvenli bir şekilde tamamen durdurulabilmektedir. Bu süre içerisinde kalp-akciğer makinesi de çalıştırılmamaktadır (hipotermik sirkülatuar arrest = soğuk dolaşım durdurulması). Açık kalp ameliyatlarında da, kan dolaşımından mahrum

bırakılan kalp hücrelerini korumak için kalbin etrafına özel olarak hazırlanmış yumuşak buz yerleştirilerek hücrelerin gereksinimleri azaltılmaktadır. Ayrıca, kardiyopleji kanülünden 20 dakikada bir kalbi besleyici sıvılar verilerek kalp kansızlığın olumsuz etkilerinden korunmaktadır (www.gata.edu.tr).

## 2. Kapak Cerrahisi

Hastalanmış kalp kapaklarının başarılı replasmanı 30 yıldan daha fazla süredir Hacker ve Star'ın kafesli küre protezleri geliştirmesi ile birlikte başlamıştır. Bugün teknolojik ilerlemeler sonucu hastalar için uygun çeşitli protezler bulunmaktadır. Kalp kapak protezleri, biyolojik veya mekanik olabilir. Her iki tip kalp protezinin de kapakla ilişkili komplikasyonları bulunmaktadır. Kapağın tipi hastanın kalbinin yapısı, yaş, geçmiş sağlık öyküsü, antikoagülan kullanımının kontrendike olması ve yaşam stiline göre belirlenmektedir (Lewis, Heitkemper, Collier 1998).

**Biyolojik Kapaklar:** Tromboembolizm ve kapak trombozu düşüktür, bu nedenle uzun süreli antikoagülan kullanmayı gerektirmez. Biyolojik kapaklarda başlıca endişe, daha az dayanıklı olması ve doku dejenerasyonu ve yetmezliği nedeniyle yeniden ameliyat gerektirmesidir (www.gata.edu.tr).

**Mekanik Kapaklar:** Uzun süreli dayanıklı olması ile karakterizedir. Kapakların süresi bugün, genellikle hastanın ortalama yaşam süresinden fazladır. Mekanik kapak kullanılan ameliyatlardan sonra dikkat edilmesi gereken en önemli konu ise, kanın pıhtılaşmasını engelleyen bir ilacın (ör. Coumadin) ömür boyu kullanılması zorunluluğudur. Ameliyatından sonra mekanik kapakların çalışma sesleri duyulabilir, bu normaldir.

Kapak ameliyatlarından sonra, vücutta bulunan yapay kapağın enfeksiyonlardan korunması çok önemlidir. Özellikle dişlere yönelik girişimlerden önce antibiyotik almak gerekmektedir. Kalp kapağı ameliyatlarında başarı oranı yüksektir. Hastaların şikayetleri düzelmekte ve ömürleri uzamaktadır. Kalp kapağı tamir ameliyatları dar olan kapağın genişletilmesi (valvüloplasti) ve yetmezlik durumunda kapağın daraltılması (annüloplasti) şeklindedir (Brunner 2004, Lewis, Heitkemper, Collier 1998).

## II.5. Açık Kalp Ameliyatı Olacak Hastanın Hemşirelik Bakımı

Açık kalp ameliyatları ile ilgili araştırmalar 1980'den sonra yeni bir boyut kazanarak ameliyat sonrası hastaların yaşam kalitesi, aile, evlilik ve cinsel ilişkileri, eski işine dönmede

zorluk gibi psikososyal sorunlar incelenmeye başlanmıştır (Togay, Yavuz 2003). Açık kalp ameliyatı, kalbin yaşamsal önemi nedeni ile hasta ve aile için majör bir krizdir. Aynı zamanda majör bir ameliyat olması nedeniyle ameliyat sonrası bir çok yaşamsal komplikasyon gelişme riski yüksektir. Bu bağlamda hasta ve ailesi, ameliyat öncesi biyopsikososyal yönden kapsamlı olarak değerlendirilerek ameliyata hazırlanmalıdır (Brunner 2004 ).

### **II.5.a. Ameliyat Öncesi Dönem**

Ameliyat öncesi dönem, hastanın fiziksel durumuna göre birkaç saatten bir ay ya da daha fazla olabilir. Kalbin delici bir aletle yaralanması gibi bazı durumlarda hemen cerrahi girişim gerekirken mitral stenoz ya da kalp yetmezliği gibi durumlarda hastanın cerrahi için hazırlanması ve stabil duruma getirilmesi gerekir. Açık kalp cerrahisi öncesi genellikle yoğun tanı çalışmaları yapılmaktadır. Kalp boşluklarının basınç ve gaz değişimlerini ölçmek için kardiyak kateterizasyon, myokardın koroner perfüzyonu için koroner anjiyografi, ayrıca diğer tanı işlemleri, ekokardiogram, stres testi, arteriyal kan gazları, EKG, göğüs x-ray, koagülasyon çalışmaları, CBC, serum elektrolitleri, idrar, BUN, kardiyak enzimler, pulmoner fonksiyon testleri, karaciğer fonksiyon testleri, cross-match ve kan grubu gibi çalışmalar yapılır. Hasta ameliyattan en az bir hafta önce -tercihen bir ay önce- sigarayı bırakmalıdır. Sigaranın bırakılması, bronşial sekresyonların azalmasını sağlayarak ameliyat sonrası atalektazi ve pnömoni riskini azaltır. Ancak ameliyat anksiyetesi nedeniyle birçok hasta için sigarayı bırakmak zordur (Brunner 2004, Lewis, Heitkemper, Collier 1998, Smeltzer, Bare 1996).

Hastanın ilaçlarının yan etkilerini önlemek için düzenlemeler gerekebilir. Hasta digoxin kullanıyorsa ameliyat sonrası digital toksisitesini azaltmak için ameliyattan 24-36 saat önce mümkünse 7 gün önce digoxin kesilmelidir. Hasta kalp yetmezliği için diüretik kullanıyorsa potasyum düzeyinin azalmasını ve hipovolemiyi önlemek için 24-48 saat önce kesilir. Kortikosteroidler, antihipertansif ve antidiabetik ilaçların da düzenlenmesi gerekir. İnsizyonel infeksiyonların önlenmesi için hastanın birkaç kez bakteriyostatik sabunla duş alması gerekir. Buna ilave olarak ameliyattan 12 saat önce parenteral antibiyotikler verilebilir. Hekim, ameliyatın uzunluğu, beklenen sonuçları, olabilecek komplikasyonlar ve ameliyat sonrası bakım hakkında hasta ve ailesi/yakınlarına bilgi verir (Smeltzer, Bare 1996).

Açık kalp ameliyatı yapılacak hastalara ameliyat öncesi öğretim yapmak hemşirenin en önemli sorumluluğudur. Kalbin, yaşamın sürdürülmesindeki öneminden dolayı hasta ve

ailenin anksiyete düzeyi yüksektir. Öğretimin amacı, komplikasyonları ve anksiyetenin azalmasına yardım etmektir. Hasta soru sormaya ve endişelerini tartışmaya teşvik edilmelidir. Hemşire, hastanın endişelerini hekimle paylaşarak hastanın anksiyetesi ile baş etmesi için işbirliği içinde yaklaşım geliştirir. Aile üyeleri ameliyat öncesi öğretime katılabilir. Hastanın genel fonksiyonel düzeyi, başatma mekanizmaları ve destek sistemleri önemlidir. Aile ve diğer destek kaynakları ameliyat sonrası sonuçları ve rehabilitasyon ve evde bakım sürecini etkilemesi nedeniyle önemlidir. Taburculuk planlaması, hastanın yaşam stili ve evin fiziksel çevresinden etkilenir (Brunner 2004, Lewis, Heitkemper, Collier 1998, Smeltzer, Bare 1996). Ameliyat öncesi dönemde hastanın tam bir fiziksel değerlendirmesi yapılmalıdır:

- Genel görünüm ve davranış,
- Yaşam bulguları,
- Beslenme ve sıvı alımı, kilo ve boyu,
- Kalbin inspeksiyonu ve palpasyonu, maksimal impuls noktası, anormal atımlar ve thriller,
- Kalbin oskültasyonu, kalp hızı, ritmi ve kalitesi, S<sub>3</sub> ve S<sub>4</sub>,
- Juguler venöz basınç,
- Periferel nabızlar,
- Periferel ödem (Brunner 2004).

### **II.5.b. Ameliyat Sonrası Dönem**

Açık kalp ameliyatı sonrası komplikasyonlar gelişebilir. Ameliyat sonrası hasta bakımının amacı, bu komplikasyonların önlenmesi ve erken saptanmasına yöneliktir. Açık kalp ameliyatı sonrası ortaya çıkan fizyolojik komplikasyonlar genellikle ilk altı hafta içinde görülmektedir. Açık kalp cerrahisi geniş sternotomi, 12-24 saat mekanik ventilatör desteği, 5-6 gün hastanede kalma ve 6-8 hafta iyileşme dönemi nedeni ile yaşamsal komplikasyonların geliştiği bir ameliyattır (Edgar ve ark 1999, Lewis, Collier, Heitkemper 1998). Ameliyat sonrası erken dönemde hipovolemi nedeniyle düşük kalp debisi sendromu, asidoz, akut miyokard infarktüsü, koroner kalp yetmezliği, mediastinal tamponad, kardiyak ritim bozuklukları, kanama, pulmoner emboli (özellikle safen ven bypassında), ateş, depresyon, yara infeksiyonu, elektrolit dengesizliği, sistemik arteriyel hipertansiyon, trombüs nedeniyle serebral infarkt, konfüzyon, huzursuzluk, oryantasyon bozukluğu, yaygın intravasküler koagülasyon (DIC), akut solunum yetmezliği sendromu, renal yetmezlik gibi komplikasyonlar

görülürken, ameliyat sonrası geç dönemde de yara infeksiyonu, hepatit, pankreatit (erken/geç), post perikardiyotomi sendromu, sistemik arteriyal emboli ve infektif endokardit (kapak cerrahisinde), greft oklüzyonu gibi ciddi komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir (Solh ve ark 2006, Foot ve ark 2006, Kazaz ve ark 2006, Nathoe ve ark 2006, Currey, Botti 2005, Çelebioğlu, Özer 2004, Lorenz, Coyte 2002, Lewis, Collier, Heitkemper 1998).

Ameliyat bittikten hemen sonra hasta, koroner yoğun bakım ünitesine alınmaktadır. Hasta için bu yaşamsal bir zamandır. Hasta yoğun bakım ünitesine alındığında hemen monitörize edilir ve endotrakeal tüp kontrol edilerek mekanik ventilatöre bağlanır. N/G ve göğüs tüpünün bağlantıları yapılarak hemodinamik parametreler değerlendirilir.

Yoğun bakımda 12 saat boyunca İlk 4 saat her 15 dakikada; daha sonra her 30 dakikada olmak üzere yaşam bulguları alınır ve her 4-12 saatte ameliyat sonrası durumuna karar vermek, ameliyat öncesi durumu ile karşılaştırmak için tüm sistemlerin tam bir değerlendirilmesi yapılır. Hasta aşağıdaki parametreler yönünden değerlendirilir (Brunner 2004, Lewis, Collier, Heitkemper 1998, Tucker ve ark.1996).

**Nörolojik Durum:** Yanıtlarının düzeyi, pupillerin hacmi, ışığa reaksiyonu, refleksleri, ekstremitelerin hareketi ve gerginliği.

**Kardiyak Durum:** Kalp hızı ve ritmi, kalp sesleri, arteriyal kalp sesleri, santral venöz basınç (CVP), pulmoner arter basıncı, pulmoner arter wedge basıncı (PAWP), sol atriyal basınç (LAP), kardiyak output, sistemik ve pulmoner vasküler direnç, pulmoner arter oksijen saturasyonu ( SvO2), varsa göğüs tüp drenajı, kardiyak enzimler.

**Solunum Durumu:** Hemen göğüs X-Ray alınır. Göğüs hareketleri, solunum sesleri, ventilatör alanları oranı, tidal volüm, oksijen konsantrasyonu, modu – ör. SIMV-, PEEP, solunum oranı, ventilatör basınç, arteriyal oksijen saturasyonu (SaO2), tidal sonu CO2, göğüs tüp drenajının miktarı ve rengi, arteriyal kan gazları.

**Periferik Vasküler Durum:** Periferik nabızlar, derinin rengi, tırnak yatakları, mukoza, dudaklar ve kulak memesi, derinin ısısı, ödem, pansuman ve invazif girişim alanları.

**Renal Durum:** Üriner output, idrarın yoğunluğu ve osmolaritesi.

**Sıvı ve Elektrolit Durumu:** Aldığı ve tüm tüplerden çıkardığı sıvı miktarı, tüm kardiyak output parametreleri ve aşağıdaki elektrolit dengesizliği göstergeleri:

▪**Hipokalemi:** Digital toksisitesi, ritm bozuklukları ( U dalgası, AV blok, düz ya da ters T dalgası).

▪**Hiperkalemi:** Mental konfüzyon, huzursuzluk, bulantı, halsizlik, ekstremitelerde duyu azalması, ritm bozuklukları (Pik yapmış T dalgası, QRS kompleksinde genişleme, uzamış QT aralığı).

▪**Hiponatremi:** Yorgunluk, bitkinlik, konfüzyon, kasılma, koma.

▪**Hipokalsemi:** Parastezi, karpal pedal spazm, kas krampları, tetani.

▪**Hiperkalsemi:** Digital toksisitesi, asistolü.

**Ağrı:** Doğası, tipi, lokalizasyonu, süresi (insizyonel ağrı anginal ağrıdan farklıdır), endişe, analjeziklere yanıtı değerlendirilmelidir (Brunner 2004, Lewis, Collier, Heitkemper 1998, Tucker ve ark 1996).

İnternal Mammarian arter ile CABG yapılan bazı hastalar greftin alındığı tarafta ulnar sinir parestезisi yaşarlar. Parastezi geçici ya da kalıcı olabilir. Gastroepiploik arter ile CABG yapılan hastalarda ameliyat sonrası uzun süre ileus gelişebilir bu nedenle hastalar insizyon alanında göğüs ağrısı kadar abdominal ağrı da yaşayabilirler (Brunner 2004).

Hasta, ameliyat sırasında ve ameliyat sonrası uzun bir süre hareketsiz kaldığından dolayı hastaya hareketsizlik ile ilişkili problemleri önlemek için yatakta pasif hareketler yaptırılır ve sakıncası yoksa bir yandan diğer yana döndürülür. Hastanın yaşam bulguları stabil olduğunda yatağın başı 30 derece yükseltilir. Endotrakeal tüp çıkarıldığında derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırılır ve genellikle ameliyattan sonra birinci günün sonunda mobilize edilir. İstirahat etmesi önemli olduğu için tüplerin çoğunluğu ameliyat sonrası 3. gün çıkarılır. Yoğun bakımdaki erken dönemde kesintisiz uyuması, uyanırken derin solunum ve öksürük egzersizlerini yapması ve aktif olabilmesi için ağrı kesici ilaçların verilmesi önemlidir. Hasta yoğun bakımda kaldığı kısa periyot sonrası durumu stabil ise kalp-damar kliniğine gönderilir. Kliniğe geldikten sonra hastanın aktivite düzeyi yavaş yavaş

artırılır. Ünite protokolüne göre yara bakımı yapılır (Brunner 2004, Lewis, Heitkemper, Collier 1998, Smeltzer, Bare 1996).

Ameliyat sonrası dönem boyunca hastanın bilinç düzeyi değerlendirilir. Hemşire, psikolojik ve emosyonel durumu gösteren parametreleri değerlendirir. Hasta, inkârı gösteren davranışlar, depresyon ya da postkardiyotomi psikoza gösterebilir. Psikozun karakteristik göstergeleri; kısa süreli kavramsal illüzyonlar, görme ve işitme halüsinasyonları, oryantasyon bozukluğu ve paranoid kuruntulardır (Brunner 2004, Lewis, Heitkemper, Collier 1998, Smeltzer, Bare 1996).

Ailenin gereksinimi değerlendirilmelidir. Hemşire, ailenin durumla nasıl baş ettiklerini psikolojik, emosyonel ve sprituel gereksinimlerini, hastanın durumu hakkında yeterli bilgi alıp almadıklarını araştırmalıdır (Brunner 2004, Lewis, Heitkemper, Collier 1998, Smeltzer, Bare 1996).

## **II.6. Evde Bakım Kavramı**

Son yıllarda sağlık harcamalarındaki sürekli artış, buna karşın sağlık hizmetleri kaynaklarının sınırlı olması, sağlık hizmetinde risk önleyici ve maliyet azaltıcı yaklaşımları gündeme getirmiştir (Marchall 2004). Bu nedenle, hastaneye hastanede tedavi edilmesi gereken hastaların yatırılması, hastanede yatarak tedavi edilmesi gerekmeyen sorunların birinci basamak hizmet alanlarında ve hastaların evinde bakım verilerek çözüm bulunması gerekliliği gündeme gelmiştir. Bu bağlamda ameliyat olmuş hastalar herhangi bir komplikasyon gelişmez ise hastanenin stresli ortamından rahat ettikleri kendi ortamlarına (evlerine) gönderilerek iyileşme sürecini hızlandırmak amacı ile erken taburcu edilmektedir. (Emiroğlu 1997). Literatürde, son yıllarda ABD'deki evde bakım hizmetlerinin uygulama alanına girmesi ile hastanede yatma süresinde % 35-50, hasta sayısında ise ortalama %65 oranında azalma kaydedildiği bildirilmektedir (Öztekin 1998). Bilindiği gibi yoğun bir hastalık süreci ya da ameliyat sonrası uzun süre hastanede yatmak zorunda kalan bireyler, bir an önce alıştıkları, bildikleri ortama dönmek isterler. Ancak tıbbi bakımları/ tedavileri henüz tamamlanmamışsa, hastaneden çıkmaları olanaksızdır. Tedavileri tamamlanmamış bu hastaların bildikleri ortamlarına dönebilmeleri için etkin bir evde bakım hizmetinin var olması önemlidir (Elbaş 2002). Sağlık bakım hizmetindeki bu gereklilik ev ortamını hemşireler için

önemli çalışma alanları haline getirmiştir. Evde bakım kavramı sadece sözlük olarak ev ve bakım sözcüklerinin birleşmesi ile ortaya çıkan, Türkçe olarak algılandığı anlamın dışında bir kavramdır. Evde bakım kavramı, ilişkili bulunduğu, taburculuğun planlanması, tedavi ve bakım sürekliliği kavramları ile birlikte değerlendirilmelidir (Emiroğlu 1998).

Evde bakım süreci, kişinin hastalığı nedeni ile hastane koşullarına gereksinimi kalmadığında başlar (Stanhope, Lancaster 1996). Amacı; koruma, tedavi ve rehabilite etme olan evde bakım kavramı çok yönlü bir yaklaşım gerektirmektedir. Bu nedenle de farklı alanlardaki meslek üyelerinin birlikte çalışmasını gerektiren bir hizmet şeklidir. Evde bakım ekibinin multidisipliner ekip yaklaşımında hastanın tedavi ve bakımı her bir meslek grubunun hasta için önemli gördüğü stratejiler doğrultusunda yürütülür (Stanhope, Lancaster 1996). Bu nedenle hasta bakımı sorunun özelliğine göre pek çok hizmet alanında çalışan profesyonel elemanların katkıları ile gerçekleştirilir. Bu elemanlar hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, ebe, çocuk gelişimci vs.dir. Evde bakım ekibinin sadece kendi aralarında değil hastane ile de işbirliği içinde olması gerekir (Bulut 2001). Evde bakım kavramı, hastalığın etkilerini en aza indirerek hastanın bağımsızlığını en üst düzeye çıkarmak, sağlığı sürdürmek ve geliştirmek amacıyla kapsamlı ve devamlı sağlık bakımının birey ve ailelere evlerinde verilmesidir (Albrecht 1992).

Evdeki sağlık hizmeti hastaneden farklıdır. Hasta evde tedavisi sırasında daha rahattır. Hastalar hastanede hastane kuralları, düzenlemeleri ve planlama aktivitelerini beklerler, hastane yatağında pijamalarla vakit geçirirler, bakımları ve ihtiyaçları, banyoları, ilaçları genellikle kurumun belirlediği şekilde yapılır. Yemeklerini seçemezler, aile bireyleri ve arkadaşları ziyaret için hastanenin kurallarına uymak zorundadırlar. Ev ziyaretlerinde ise gelen sağlık çalışanı hastanın misafiri gibidir ve ziyaret ve tedavi için izne gereksinim duyarlar. Sağlık çalışanları ev ziyaretlerinde hastanın yaşam stilini, yaşam şartlarını sağlık uygulamalarını minimal kontrol edebilirler (Smeltzer, Bare 1996).

Ev bakım hizmeti, 1700'lerde dini amaçlarla hasta ve fakirlere yapılan ziyaretlere dayanır. Evde bakım hizmeti veren ilk kurum 1796 yılında İngiltere'de kurulmuş ve 1800'lü yılların sonuna kadar sağlık personeli olmayan kişilerce yürütülmüştür.

Amerika'da ilk ziyaretçi hemşirelere "Bölge Hemşireleri" denmiş, bunun en önemli temsilcisi ise F.Nightingale olmuştur. 1842'de Filedelfia'da ziyaretçi hemşireleri destekleyen hemşireler derneği kurulmuştur. 1877 yılında Newyork'ta kurulan bir dernek evde bakım

hizmetinin hemşireler tarafından verilmesini sağlayan ilk kurum olmuştur. 1886' da benzer dernekler kurulmuş ve bu dernekler daha sonra birleşerek ziyaretçi hemşireler birliğini oluşturmuştur. 1940'lı yıllarda hastaneye yatırılan kronik hasta sayısının artması üzerine hastanelerde evde bakım hizmetleri gündeme gelmiştir. Devlet destekli ilk evde bakım kurumu 1898'de Los Angeles' da kurulmuştur (Cimete 1998). Evde bakım hizmeti günümüzde birçok ülkede sistemli bir şekilde yürütülmektedir. Poliklinik, klinik ve evde bakım hizmeti veren işletmeler arasında işbirliğine dayalı entegre sağlık hizmetleri kavramı ülkemizde henüz konuşulmaya başlanmıştır (Odacıoğlu ve ark 1998).

Evde bakım hizmetinin içinde yer alan en önemli kavramlardan birisi taburculuk eğitimidir. Taburculuk eğitimi, hasta bireyin kendi bakım aktivitelerini üstlenerek, kısa sürede bağımsız duruma gelmesini sağladığı için sık hastaneye yatışı engeller. Ayrıca hastanın daha sonra evde bakım hizmeti almaya bile gereksinim duymayacak düzeye ulaşması sağlayarak aile ve ülke ekonomisine olumlu katkısı olabilir (Aksayan, Cimete 1998). Taburculuk planlamasının ve evde bakım hizmetlerinin yeterli verilmemesi sonucunda hastaneye tekrarlı yatışlar artmakta ve hastanın hastanede kalış süresi uzamaktadır. Bu durum hastada hastaneye yatış ile ilgili birçok fiziksel psikolojik ve sosyal sorunların eklenmesine neden olmakta, uzun süreli hastane bakımı aile bütçesine olduğu kadar ülke ekonomisine de yük getirmektedir (Oskay, Şahin 2003) . Ülkemizde Devlet Planlama Teşkilatı (2006)'nın 2005 yılı istatistiğine göre toplam yataklı tedavi kuruluşu sayısı 1172 olup yatak başına düşen kişi sayısı yaklaşık 378 dir. Kişi başına düşen yatak sayısındaki bu yetersizlik ve hastanede yatarak tedavi olması gerekmeyen hastaların hastanede yatırılması, hastanede yatarak tedavi alması gereken bireylerin bu olanaktan yararlanma olasılığını azaltmaktadır. Hastanede yatarak tedavi olması gereken hastaların hastaneye yatışını sağlamak, ameliyat sonrası hastane infeksiyonlarını önlemek ve hastayı kendi ortamına göndererek rahatlatmak amacıyla hastalar erken taburcu edilmektedir. Ancak, hastaların ve ailelerinin hastane sonrası yaşamlarında, tedavi ve bakımları ile ilgili karşılaştıkları sorunların çözümünde yol gösterebilecek sistemli bir "taburculuk planlaması" yapılmamaktadır. Ayrıca birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde işbirliğinin olmaması hastaların evde tedavi ve bakımları sırasında kendi kendilerine çözümleyemedikleri küçük-büyük birçok sorun nedeniyle birinci basamakta ve/veya ev ortamında çözümlenebilecek durumlar için tekrar hastaneye yatırılmaktadır (Cimete, Aksayan 1998). Maliyetin daha düşük olması, daha iyi bakım verilmesi ve hastaneyi gereksiz kullanımların önlenmesi açısından sağlık ekibinin veya hasta ailesinin ev ortamında etkili bakım vermesi önemlidir. (Smeltzer, Bare 1996). Dünya Sağlık Örgütü (WHO),

özellikle kurum dışı sağlık hizmetleri kapsamında evde bakım gereksiniminin karşılanmasında hemşireleri kilit insan gücü olarak görmektedir (Oktay 1996).

Evde bakım, sağlık hizmetlerinin maliyetini azaltmada etkili bir yöntem olarak görülmektedir. Evde bakım hizmetinin bulunduğu ülkelerde yapılan çalışmalar, evde bakım sisteminin sağlık hizmetleri maliyetini önemli boyutlarda düşürdüğünü göstermektedir. Örneğin (Cimete, Aksayan 1998) ;

-Evde ve hastanede kemoterapi uygulanan çocuklara yönelik yapılan bir araştırmada, hastane bakım maliyeti 2329 USD iken, evde bakım maliyetinin 1865 USD' olduğu, ayrıca evde bakım verilen çocukların bağımsızlık, kendini iyi hissetme, iştah, genel duygusal durum, okula devam etme durumlarının hastanede tedavi gören çocuklara göre daha iyi durumda oldukları, aile yaşam biçimlerinin olumlu yönde etkilendiği,

-Demanslı hastaların uzun süreli bakım kurumlarındaki giderleri 2.18 milyon USD iken, kendi ortamlarındaki bakım giderlerinin 1.25 milyon USD' a düştüğü,

-Konjestif kalp yetmezliği olan ve evde bakım uygulanan yetişkinlerin 90 günlük izlemleri sonucu yaşam kalitelerinde yükselme, hastaneye başvurma sıklığında ve tıbbi harcamalarında azalma olduğu saptanmıştır. Bireylerin kendi ortamlarında bakılması, tedavi sürecini hızlandırmaktadır. Evde sağlık bakım hizmetinin bu özellikleri nedeniyle geliştirilmesi ve hastanelerin ise yalnızca hastanede bakımı şart olan olgularda kullanılmasının önemli olduğu görülmektedir.

Evde bakım hizmetlerinin avantajları şu şekilde sıralanabilir;

- Komplikasyon gelişme olasılığının (ör. nazokomiyal enf.) az olması,
- İyileşmenin hızlı olması,
- Tekrarlı kurum gereksiniminin düşük olması,
- Stresi azaltması,
- Yaşam süresini uzatması,
- Hastane sirkülasyonunu arttırması,
- Yaşam kalitesini yükseltmesi,
- Hasta memnuniyetini artırması,
- Maliyetin düşük olması, (örn. Kanser gibi uzun süre tedavi gerektiren hastalıklarda sağlık masraflarının artması hastane tedavisini zorlaştırır, evde bakımda normalde maliyet 1\4 oranında azalır)
- Bireye bağımsızlık sağlaması,
- Aile bütünlüğünü koruması,
- Aile üyelerinin tükenmişlik yaşama riskini azaltması,

- Kişiyi özel hizmet sağlayıp tedaviyi daha konforlu kılması,
- Tanıdan iyileşme dönemine kadar kesintisiz hizmet sağlaması,
- Ekip, hasta, hasta ailesi işbirliğinin daha iyi olması,
- Aktivite, hobi, sosyal etkinliklere olanak sağlaması,
- Aile bireylerinin de eğitimini sağlaması,
- “Hastane yemeği” yakınmasının olması,

Bireyin kimliğinin kendi ortamında hastane ortamına göre daha iyi korunması ve kendi bakımına katılımını artırmasıdır (Aştı 2003, Elbaş 2002, Lewis, Collier, Heitkemper 1998, Potter, Perry 1997, Smeltzer, Bare 1996).

## **II.7. Cerrahi Hastasında Evde Bakım**

İnsanı ele alan geleneksel teorilerin yetersizliği sonucunda geliştirilen bazı modern teoriler, insanı bir bütün olarak ele alarak zihin ve beden etkileşimine dikkati çekmiş, hastalığın tek bir nedene bağlı olmayıp, birçok nedenden kaynaklanabileceğini belirtmişlerdir. Tıp ve teknolojiadaki gelişmeler sonucu hastalık nedenleri, sonuçları, hastalığın insanı etkileme şekli farklı bakış açılarından incelenmiştir. Davranışsal denge, sürekli ve durağan davranışların birbiri ile uyumlu çalışmasıyla sağlanır. İnsanlar yaşam deneyimleri ile olgunlaşarak çatışmalarını en aza indirmektedir. Bu olgunlaşma süreci içinde herhangi bir durumda ilk tercih edeceği davranış örüntülerini de geliştirmektedir. Zamanla bu davranış örüntüleri otomatikleşerek değişikliğe direnç göstermektedir. Bununla birlikte sistem dengede kalabilmek için tepkilerini uyarana göre değiştirmek, ayarlamak zorundadır. Yani, birey her zaman belli kalıplarla ilişkiler kurmaya çalışır ancak belli kalıplardaki davranışlar işlerliğini yitirdiğinde birey, bir düzen kaybı ve ilişkilerde aksaklık yaşamaktadır. Birey bu aksaklığı gidermek için yeni davranış örüntüleri geliştirebilir ya da önceden oluşan değerlerini, çevresini değiştirebilir (Gordon 1982). Cerrahi girişim büyük ya da küçük, acil ya da planlanmış olsun hastayı hem psikolojik hem de fizyolojik olarak etkilediğinden davranış örüntülerinde de değişime neden olur. Cerrahinin psikolojik ve fizyolojik etkileri aynı zamanda bireyde stres tepkisini oluşturur. Stres tepkisi bedende enfeksiyona direnci düşürür; vasküler sistemi, organ fonksiyonlarını, beden imajını ve yaşam tarzını etkiler yani bireyin bedenindeki homeostatik dengelerini bozar (Lewis, Collier, Heitkemper 1998). Bireyler ameliyat sonrası taburcu edildiklerinde bozulmuş homeostatik dengeleri henüz tam olarak eski haline dönmemiştir. Ameliyat sonrası bireyin homeostatik dengelerindeki olgunlaşma süreci hastanın doğal çevresinde/evinde devam eder. Cerrahi hastasının evdeki bakımı yapılan

ameliyata, hastanın ameliyat dışında hipertansiyon, kalp hastalığı, diyabet gibi başka bir kronik sağlık sorunun bulunmasına, hastanın yaşına, evde bakıma katkıda bulunacak hasta yakınının var olup olmamasına göre farklılık göstermektedir (Erdil, Bayraktar 2004).

## **II. 8. Kalp Cerrahisi ve Evde Bakım**

Kardiyak cerrahi sonrası gecikmiş taburculuk hastada komplikasyon gelişme riskini artırmaktadır. Ancak bilindiği gibi günümüzde cerrahi ve tıp alanındaki ilerlemeler koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası hastaların 4-7 gün gibi kısa sürede taburcu olmasına olanak sağlamaktadır. Bu durum hastanede iken hemşire tarafından verilen bakım hizmetlerinin evde sürdürülmesini gerekli kılmaktadır.

Kalp cerrahisi sonrası taburculuk günü ile ilgili uluslararası bir standart yoktur, ancak literatürde hastalarda bir komplikasyon gelişmez ise 4-8 gün arasında taburculuğun söz konusu olduğu belirtilmektedir. Bu konuda uzmanlar 7 günden uzun süre hastane yatmayı “gecikmiş taburculuk” olarak tanımlamaktadır. İngiltere’de kalp merkezlerinde altın kural\standart açık kalp ameliyatı sonrası 6-7. günde hastayı taburcu etmektir ( Naughton ve ark 1999). Ülkemizde de açık kalp cerrahisi sonrası komplikasyon gelişmezse hastalar altıncı gün taburcu edilmektedir. Goodman (1997) açık kalp ameliyatı geçirmiş ve taburcu olmuş hastaların ilk altı haftadaki eğitim gereksinimlerini incelediği çalışmasında; erken taburcu edilen hastaların fiziksel sorunlara yönelik gereksinimleri başta olmak üzere, ağrıyı dindirme, uyku kalitesini artırma, psikolojik gereksinimler, günlük gereksinimlerini karşılamada güçlük, sosyal destek gibi konularda desteğe gereksinimleri olduğunu belirlemiştir. Hasta ve ailesi taburcu olurken bir sonraki randevuya kadar acil bir durum söz konusu olursa kimi arayabileceklerini, beklentilerinin ne olması gerektiğini, hangi durumlarda endişelenmeleri gerektiğini, hangi durumlarda sağlık kuruluşuna başvurmaları gerektiğini, sağlık bakım profesyonellerine nasıl ulaşabileceklerini, mesai saatleri dışında gerekli durumlarda kiminle nasıl bağlantı kurabileceklerini bilmek isterler (Savaşer 2000). Aile üyelerinden birinin ciddi bir hastalığının olması, özellikle kişinin aile içindeki rolüne ve fonksiyonlarına bağlı olarak önemli sorunlar yaratır. Bu nedenle hem birey hem de ailesi yoğun bir desteğe gereksinim duyar (Büyükcoşkun 1998).

Son yıllarda ABD’de evde bakım hizmetlerinin uygulamaya girmesi ile hastanede kalış süresinde %35-50 oranında azalma kaydedildiği bildirilmektedir. Açık kalp ameliyatı olan hastanın evde bakımı, evde bakım hizmetinin bulunmadığı ülkemizde hasta ve/veya aile üyeleri tarafından gerçekleştirilmektedir (Brunner 2004, Hacıoğlu, Özer 2003). Bu nedenle

hastanın tutumu kadar, ailenin tutumu da iyileşme sürecini yakından etkiler. Ülkemizde hastanelerde, hasta ve hasta yakınlarına taburculuk eğitimi kısmen verilmektedir. Hazırlıksız ve hastalıkla baş edilemeyecek düzeyde iken taburcu olma hasta ile ailesini fiziksel ve psikolojik yönden strese sokarak, iyileşme sürecini yavaşlatabilmektedir. Bütün bu durumlar göz önüne alındığında, evde hastaya bakım verecek aile üyelerinin evde bakımı algılayışları ile bakım verme konusundaki gereksinimlerinin bilinmesi ve bu gereksinimler doğrultusunda eğitim planlanması ve uygulanması önem kazanmaktadır (Hacıoğlu, Özer 2003). Açık kalp ameliyatı geçiren birey ve ailesi bakım ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadan eve dönerse sağlığını yeniden kazanmada başarısız olabilir. Örneğin, hastanın evde kullanacağı ilaçlar hakkında yeterli bilgisinin olmaması, terapötik dozun çok üstünde ya da altında ilaç almasına, yetersiz bacak ve yara bakımına, enfeksiyonlara ve lenf ödeme, aktivite düzeyinde yanlış algılamının ise yaralanmalara neden olabileceği vurgulanmaktadır. Bu problemler hastaya verilecek etkili bir eğitimle en aza indirilebilir (Moore 1996). Hasta ve ailelerinin sağlık ekibi üyeleri tarafından bilgilendirilmesi hasta ve ailesinin ameliyat sonrası evde yapacakları ve yapmayacakları konuları bilmelerine ve daha az sorun yaşamalarını dolayısıyla hastaneye tekrarlı yatışları engeller. Kalp ameliyatı ile ilişkili yapılan çalışmalar ameliyat sonrası hasta ve yakınlarının aktivite düzeyi, ağrı ve emosyonel reaksiyonlarla ilgili bulgularla sık karşılaştıklarını ve bireylerin bunlarla ilgili bilgi almak istediklerini göstermiştir (King, Parinello ve ark 1988).

Hemşire açık kalp ameliyatı olan hasta ve aileye, ameliyat sonrası taburcu olduktan sonraki bakımı ile ilgili planlı taburculuk eğitimi vererek hastanın;

- Evde bakıma yönelik korku ve endişesinin azaltılmasına,
- Ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonların en aza indirilmesine,
- Ameliyat sonrası ortaya çıkabilecek sorunlarla baş edebilmesini,
- İyileşmesini hızlandırarak daha kısa sürede taburcu olmasına,
- Gereksinimlerini kendisinin karşılamasına ve böylece kendi kendine yetme ve güven duygusunun artmasına,
- Bireyin kendine verdiği değer artmasına,
- Bireyin rol ve statü kaybının önlenmesine,
- Fiziksel ve psikolojik dengesinin yeniden kazanmasına,
- İyileşme sürecinde (ameliyat sonrası 6-8 hafta) daha az sorun yaşamasına,
- İyileşme sürecinde karşılaşılabileceği sorunlara hazırlıklı olmasına ve ortaya çıkan sorunlarla baş edebilmesine ya da çözümlenmesine katkı verir (Lorenz, Coyte 2002, Huerta 1998, Moore 1996, Lewis, Collier, Heitkemper 1998).

## **II.9. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Taburculuk Eğitimi**

Hastaya eve gitmeden önce aşağıdaki konularda planlı eğitim yapılarak yazılı materyaller verilmelidir.

Aile ile işbirliği içinde ev ortamının hasta için hazırlanması ve eve hangi araçla gideceği planlanmalıdır. Eve dönmek hasta için heyecan verici olduğundan hasta yorulabilir. Bu nedenle eve geldiğinde ziyaretçi kabul edilmemesi ve kısa bir uyku uyuması gerekliliği açıklanır. Eve dönme hazırlıkları sırasında göğüste ağrı olabileceği için hemşirenin ağrı kesici ilaç vermesinde yarar vardır. Eve özel ve rahat bir araba ile ve sıkmayan rahat giysiler giyerek gidilmelidir.

Evde hasta hareketsizlik, iyi uyuyamama, verilen ilaçlar ve ameliyat nedeni ile kendisini yorgun hissedebilir. Bunun ameliyat sonrası dönem için normal olduğu açıklanmalıdır.

### **Banyo**

Taburcu olduktan bir hafta sonra hastanede yapılan kontrol sonrasında uygun ise dikişler alınır. Dikişler alındıktan bir gün sonra banyo yapabileceği hastaya söylenir. İlk günlerde hasta kendini yorgun hissedebileceğinden banyoda yardımcı olacak birinin yanında bulunması, sıcak su baş dönmesine ve bitkinliğe neden olacağından oturarak ve ılık su ile duş alması, ameliyat yarasını bastırmadan çok yumuşak olarak sabunlaması ve asla keselememesi gerektiği açıklanmalıdır.

### **Araba Kullanma**

Ameliyattan sonra 4-6 hafta araba kullanılmamalıdır. İyileşme döneminde yorgunluk ve kullanılan ilaçlar nedeni ile refleksler zayıflamaktadır. Ayrıca göğüs kemiğinin (sternum) iyileşmesi 4-6 hafta sürmektedir. Bu nedenle emniyet kemeri bağlı olsa bile herhangi bir kaza ya da çarpma/sarsılmada göğüs kemiğinin açılmasına neden olabileceğinden araba, bisiklet, motosiklet, çim biçme makinesi ve traktör kullanılmaması, ancak kendisi kullanmadığı sürece araba ile dolaşabileceği söylenmelidir. Uzun araba yolculuklarını ertelemesi, uzun yolculuk yapmak zorunlu ise bacaklardaki kan dolaşımını artırarak ödemi önlemek amacıyla her saat başı durarak yürüyüş yapılması gerekliliği vurgulanmalıdır.

### **Diyet**

Ameliyattan sonraki dönemde iyileşmenin hızlanması, hastanın kendini güçlü hissedebilmesi için yeterli ve dengeli beslenmesi gerekir. Sıkı bir diyet uygulanmasına gerek olmamakla birlikte iyi düzenlenmiş dengeli bir diyet uygulanmalıdır. Açık kalp ameliyatı sonrasında hastalara kolesterolden, doymuş yağlardan, şeker, tuz ve kafeinden fakir diyetin

önemi açıklanmalıdır. Bunun yanı sıra şişkinliğe neden olacak içecekler (gazoz, kola, vb) içilmemesi, asla kızartma, dondurma, krema ve peynir, fazla oranda doymuş yağ içerdiğinden, yenmemesi vurgulanmalıdır.

Alkol alma alışkanlığı varsa haftada bir duble alacak şekilde azaltması, uyku hapi, sakinleştirici veya ağrı kesici ilaçlarla birlikte alkol almaması gerektiği açıklanmalıdır.

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

- Yağsız et, tavuk, balık (haşlama)
- Kaymağı alınmış süt ve yoğurt
- Her türlü sebze ve meyve
- Yemeklerin pişirilmesinde sıvı yağ
- Kepekli ekmek
- Kuru baklagiller, pirinç, makarna, bulgur
- Çorbalar
- Yumurta akı

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

- Dondurma, tereyağı
- Kuruyemiş, yumurta sarısı, tuz
- Sakatat, tatlılar
- Kola, çikolata, kekler
- Yağda kızarmış tüm besinler
- Yağlı etler, sosis, kabuklu deniz hayvanları
- Patlamış mısır, patates cipsi

### **Egzersiz**

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

Her gün önce evin içinde düzgün bir yerde yürümeye başlaması, daha sonra açık havada her gün düzenli ve gittikçe mesafeyi artırarak, kısa mesafelerle, dinlenerek yürümesi, yürürken terlemekten sakınması, yaz aylarında öğleden sonra ya da yağmurlu kış günlerinde bitkin hale gelene kadar yürümemesi, parkta, ağaçlık bir yerde, yürüyüş yollarında yürümesi konusunda bilgi verilmelidir.

### **Merdiven Çıkma**

Eve döndüğünde merdivenleri yürüyerek çıkabileceği, ancak acele etmeden ağır ağır çıkması, merdiven çıkarken yorulursa, nefes darlığı başlarsa ya da başı dönerse oturup dinlenmesi konusunda hasta ve ailesi bilgilendirilmelidir.

### **Dinlenme**

Evdaki ilk ve ikinci haftada uyku saatleri dışında günde en az iki kez 20-30 dk yaptığı işi bırakarak dinlenmesi gerektiği, bunun için yatmasına gerek olmadığı, her gece 8-10 saat düzenli uyuması önerilmelidir.

### **Varis Çorabı**

Özellikle koroner arter bypass ameliyatından sonra varis çorabı giyilmesi istenir. Varis çorabı bacaklardaki kan akımına yardımcı olarak bacakların şişmesini önler. Varis çorapları ameliyattan sonraki ilk haftalar ya da aktiviteler normale dönene kadar giyilmelidir. Varis çorabı giyme konusunda hastalara varis çorabını sabahın ilk saatlerinde yataktan kalkmadan önce aile üyelerinden yardım alarak giymesi, giyerken yarayı zorlaması, kırışıklık kalan yerlerde çorabın bacağı sıkarak kan akımını engelleyeceğinden dolayı kırışıklık kalmamasına dikkat edilmesi, otururken bacak bacak üstüne atmaması, uzun süre ayakta kalmaması, otururken bacaklarını yüksekte tutması, yatarken varis çorabı giymesine gerek olmaması gibi konularda bilgi verilmelidir.

### **Ev İşleri ve Çalışma Hayatı**

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

Ameliyattan sonraki ilk 4-6 hafta içinde yapılan kontrolden sonra çalışma ortamı ve yapılan işin uygunluğu değerlendirilerek işe başlayabileceği açıklanmalıdır.

## **Cinsel Yaşam**

Açık kalp ameliyatı sonrası, hemen her birey ve eşinin cinsel yaşam ile ilgili endişeleri vardır. Ameliyat sonrası hastaların “cinsel ilişki göğüs kemiğimde hasara neden olur mu, ne zaman cinsel ilişkide bulunabilirim” gibi soruları vardır. Hastalara bu konuda endişelenmemeleri gerektiği, kendilerini iyi ve dinlenmiş hissettikleri zaman cinsel ilişkide bulunabilecekleri ancak sternumu zorlayan pozisyonlardan kaçınmaları, kendilerinin yorgun ve duygusal olarak gergin hissettiklerinde cinsel aktiviteyi ertelemeleri, kadın hastaların gebeliklerini mutlaka hekim kontrolünde planlaması gerektiği vurgulanmalıdır.

## **Sigara**

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

## **Ziyaretçiler**

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

## **Kilo Kontrolü**

Bazı kişiler çabuk kilo almaya eğilimlidirler. Ameliyattan sonra çabuk kilo almak problem olabilir. Özellikle tuzsuz diyet ve diüretik etkili ilaç kullanıyor ise her gün düzenli olarak tartılması, bir gün içinde 1-1.5 kiloluk artış yağlanma değil vücutta su tutulmasına bağlıdır. İki üç gün arka arkaya ağırlık artışı saptanırsa hekime başvurusu, tartılırken sabahları tuvalete gittikten sonra ve Ergün aynı giysiyle ya da çıplak olarak tartılması konusunda bilgilendirilmelidir.

## **İlaçlar**

Açık kalp ameliyatı sonrası daha önce kullanılan ilaçlara ek olarak analjezik ve antikoagülan ilaçlar verilebilir. Kullanılacak ilaçlarla ilgili olarak ilacın adı, etkisi, hangi dozda alınacağı, ne zaman ve hangi yoldan kullanılacağı, yan etkisi, ilacın dozunu artırma, azaltma ya da kesme ve bir dozunu almayı unutup ikinci doz zamanı geldiğinde çift doz almaması konusunda bilgilendirilmelidir.

## **Eğlence ve Boş Zamanların Değerlendirilmesi**

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

## **Hekim Kontrolü**

Hastaya eve geldikten sonra hekimini araması, gelişmelerle ilgili rapor vererek iki hafta içinde kontrole gitmek için randevu alması, bunun yanı sıra ameliyat yarasında kızarıklık, ödemi, ileri derecede hassasiyet, akıntı, ameliyat öncesi ağrılara benzer göğüs ağrılarının tekrar başlaması, göğüs, boyun veya omuza derin nefes almakla artan ağrı, iki üç gün süre ile 38 derecenin üzerinde ateş olması, iki üç gün süren grip benzeri belirtiler, istirahat sırasında solunum sıkıntısı, iki üç gün boyunca günde bir, bir buçuk kilogram ağırlık artışı, yorgunluk ve bitkinlik halinin iki üç gün devam etmesi, taşikardi, bradikardi veya aritmi, vücutta yaygın morarma ve kanamaların olması durumunda hemen hekimi araması, eğer hekimi bulamazsa başka bir hekim ya da hemşireyi araması ve sağlık kurumuna gitmesinin önemi vurgulanmalıdır (Bayındır Hastanesi 2000, Walsh, Rice 1998, Hakantürk 1988).

## II.10. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ)

Hemşirelik, ilk kez 1950'lerde Lydia Hall tarafından bir süreç olarak kavramsallaştırılmıştır. Daha sonra birçok hemşire bilimci hemşirelik aktivitelerini hemşirelik süreci çerçevesinde tanımlamaya başlamışlardır. Yura ve Walh 1967'de hemşirelik sürecinin aşamalarını veri toplama, planlama, uygulama ve değerlendirme olarak belirlemiştir. O tarihten sonra hemşirelik sürecinin her bir aşaması kendi bilgisine sahip bağımsız bir disiplin olan hemşirelik bilimi çerçevesinde genişletilerek tartışılmış ve sürecin birinci aşaması olan değerlendirme (assessment); veri toplama ve tanımlama olmak üzere yeniden sınıflandırılmıştır. Black (1967), hemşirelik değerlendirmesinin "hasta gereksinimleri" üzerinde odaklanması gerekliliğini ifade etmiştir. 1970 den önce doktorun yardımcısı olarak yatak başı hasta bakımı veren hemşirelerin 1970' de ilk yoğun bakım ünitesinin açılması ile rolleri genişlemeye başlamıştır. Yetmişli yıllarda hemşirenin rollerinin genişlemesi ile eğitim programlarında hemşirelere ayrıntılı bilgi toplamak için fizik muayene yapmayı gerektiren beceri ve yöntemlerin öğretilmesinin önemi üzerinde durulmuştur. Hemşirelik eğitim programları, o dönemden başlayarak uzun süre hasta değerlendirmesinin öğretilmesinde tıp modelini kullanmıştır. Bu model, hastalığın komplikasyonları ve fizyolojik etkilerini değerlendirmek için beden sistemlerinin durumunu değerlendirme üzerine odaklanmıştır. Tıbbi modelde hastayı değerlendirilme iyi standardize edilmiştir. Bu değerlendirme yöntemi, bilgi toplama biçimi, hastalık öyküsü, ana şikayeti, aile öyküsü ve sistemlerin fizik muayene yöntemi ile gözden geçirilmesini içerir. Tıbbi değerlendirme modeli hemşirenin hastalık sürecini izlemesini olanaklı kılar ancak bireyin hemşirelik bakımı için gerekli sistematik olarak değerlendirilmesini sağlamaz. Bununla birlikte tıbbi değerlendirme modeli 1970'lerde hemşirelik eğitimi, literatür ve klinik uygulamalarda etkin olmuştur (Gordon 1982).

Beden sistemlerini kullanarak bilgi toplama yöntemi, klinik problemlerin veya tıbbi tanıların belirlenebilmesinde iyi yol gösterse de hemşirelik tanısının belirlenmesi için bilgi toplanmasında hemşirelere yardım edememektedir. Hemşirelik tanıları için hemşirelik veri toplama sistemine gereksinim vardır. Bu amaçla Gordon 1987'de hemşirelik tanıları üzerinde çalışmalarında güçlü hemşirelik bakışı ile bilgi toplama ve bilgiyi organize etmek için Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri adını verdiği bir bakış açısı ileri sürmüştür. Fonksiyonel Sağlık Örüntülerini insan sağlığı ve yaşam süreci ile ilişkili 11 başlık altında sınıflandırmıştır. Sınıflandırılmış bu başlıklar sistematik ve standardize edilmiş bilgi toplama yaklaşımını ve hemşirelik bakış açısı ile bilginin analiz edilmesini olanaklı kılmaktadır. Bir değerlendirme formatı ve içerik düzenleyici olarak Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri, hemşirelik süreci, kritik

düşünme ve klinik karar vermenin üzerinde durmaktadır. Gordon örüntüyü (pattern), belirli bir zaman diliminde davranışların sırası olarak tanımlamaktadır.

### **II.10.a. Kardiyovasküler Sorunu Olan Bireyin Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Değerlendirilmesi:**

**1. Sağlığı Algılama ve Sağlık Yönetimi;** bireyin sağlık düzeyi ve iyilik halini algılaması, sağlığın anlamı, sağlığı değerlendirme ile ilişkili uygulamaları ve davranışlarına ilişkin verileri içermektedir.

Bireyin sağlığını algılaması ve sağlık yönetimine ilişkin hemşirenin hastada kardiyovasküler risk faktörlerinin var olup olmadığını değerlendirmesi gerekir. Majör risk faktörleri, serum lipitlerinin yüksek olması, hipertansiyon ve sigaradır. Şişmanlık, sedanter ya da stresli yaşam ve diyabetes mellitus minör risk faktörleri olarak araştırılmalıdır. Eğer hasta sigara içeriyorsa, kaç paket içtiği, sigara içmeye karşı tutumu, sigarayı bırakmaya çalışıp çalışmadığı öğrenilmelidir. Alkol kullanımının kayıt edilmesi, içkinin cinsi, miktarı, sıklığı ve alkole karşı reaksiyonu kayıt edilmelidir. Ayrıca ilaç kullanma alışkanlığı da not edilmelidir. Sonuç olarak hastanın hastalığını nasıl algıladığı, gelecekte sağlığını etkilemesi ve kendi gereksinimlerini karşılama yeteneğinin bilinmesi öğretim ve taburculuk planı için önemlidir. Ayrıca hastanın alerjisinin olup olmadığı, ilaç ya da alerjik bir reaksiyon deneyimi yaşayıp yaşamadığı, alerji tedavisi yapılmışsa bu tedavi araştırılır.

Koroner arter hastalığı, periferik vasküler hastalık, hipertansiyon, kanama, kardiyak hastalıklar, diyabetes mellitus, ateroskleroz ve stroke, vasküler sistemi etkileyen intermitten klaudikasyon ve varis ile ilgili ailesel yatkınlık tespit edilir. Bunun dışında kardiyovasküler sistemi etkileyebilen astım, renal hastalık ve şişmanlık gibi nonkardiyak ailesel hastalıklar değerlendirilmelidir. Göğüs ağrısı veya dispne gibi kardiyovasküler bulgularda artma, kardiyovasküler risk faktörlerini azaltmaya yönelik uygulamaları, kardiyovasküler hastalıktan dolayı kendi bakım problemlerini yapmada güçlükleri kaydedilir.

**2. Beslenme ve Metabolizma;** bu alanda metabolik gereksinim, yiyecek ve içecek özelliklerini içeren beslenme özellikleri hakkında veri toplanır.

Aşırı kilo ya da aşırı zayıflık kardiyovasküler problemlerin var olduğunu gösterebilir. Bu nedenle hastanın kilo ve boy ilişkisinin öğrenilmesi önemlidir. Hastanın normal günlük diyeti ile yaşam stilinin uyumu değerlendirilmelidir. Hastanın diyetindeki tuz, trigliserit ve doymuş yağ içeriği değerlendirilir. Ayrıca kültürel yemek alışkanlıkları ve bireyin diyeteye yönelik

tutumunun önerilecek diyet ile ilişkisi planlanır. Yiyecek alımı ve egzersiz örüntüsü birbirine uyumlu olmalıdır. Yağ, tuz ve sıvıyı içeren günlük diyet alışkanlıkları, kilosu, bir yıl öncekine göre kilosu, fark varsa açıklanır. Hastadan yorgunluk ya da solunum sıkıntısı nedeniyle yemek yemesinin etkilenimi öğrenilir.

**3. Eliminasyon;** mesane ve barsak eliminasyonu ile ilgili veri toplanır.

Deri rengi, vücut ısısı, ve turgor dolaşım problemleri hakkında bilgi verir. Ateroskleroz soğuk, siyanotik ekstremite ve ödem kalp yetmezliğini gösterebilir. Hastanın varsa üriner eliminasyonunu artıran diüretik kullanımı kayıt edilir. Kalp hastalarında sakınılması gereken valselva manevrasını kullanmayı gerektiren konstipasyon problemi kayıt edilir. Kardiyovasküler problemler, gerektiği kadar hızlı tuvalete gitme yeteneğini bozabilir. Hastaya problem yaratacak inkontinans veya konstipasyonunun var olup olmadığı sorulur.

**4. Aktivite ve Egzersiz;** kişilerin karşılayabildikleri günlük yaşam aktiviteleri, fiziksel kondüsyon / zindelik ve kas koordinasyonu ile ilgili veri toplanır.

Kardiyovasküler sağlık için egzersizin yararı bilinmektedir. Aerobik egzersiz en yararlısıdır. Hemşire, hastanın egzersiz yapma şekli hakkında bilgi almalıdır. Egzersiz programının uzunluğu, sıklığını, bireysel veya grup sporlarına katılımı kayıt edilmelidir. Egzersiz sırasında baş dönmesi, göğüs ağrısı, solunum sıkıntısı veya klaudikasyo gibi kardiyovasküler problem göstergeleri not edilmelidir. Ayrıca hastaya günlük yaşam aktivitelerini yaparken herhangi bir sınırlılığı olup olmadığı sorulur. Bu problemler genellikle kalp hastalıklarının genel bulguları olan depresyon ve yorgunlukla ilişkilidir. Hemşire hastanın boş vakitleri ve eğlence aktiviteleri hakkında bilgi edinir. Önceki yeteneklerindeki azalma olmuşsa kaydedilir.

Kardiyovasküler hastalıktan dolayı egzersiz veya aktivitelerinde azalma olup olmadığı, kardiyovasküler hastalığından dolayı günlük yaşam aktivitelerindeki sınırlamalar, egzersiz veya aktivitelerin yan etkisi, rahatsızlık var mı öğrenilir.

**5. Uyku ve Dinlenme;** uyku, dinlenme ve gevşeme ile ilgili veriler alınır. Uyku bozukluklarının birçok nedeni olmakla beraber kardiyovasküler problemlerde sık görülür. Paroksizmal noktürnal dispne, ileri kalp yetmezliği ile ilişkilidir. Kalp yetmezliği olan pek çok hasta, yastıklarla başını yükselterek uyumak zorundadır. Hemşirenin rahat edebilmek için kaç yastık kullandığını öğrenmesi gerekir. Gece kaç yastıkla yattığı, gece ürinyasyon için kaç kez uyandığı, solunum sıkıntısı ile aniden uyanıp uyanmadığı sorulur.

**6. Biliş ve Algı;** deneyimleri ve kognitif fonksiyonları, algılama/fark etme örüntüsü ile ilgili veriler alınır.

Bu konu ile ilgili hemşire hem hastaya hem de yakınlarına hastanın kendini algılama ve benlik problemlerini sorması önemlidir. Göğüs ağrısı ve klaudikasyo gibi kardiyovasküler sistemle ilişkili her bir ağrı rapor edilmelidir. Aritmi, hipertansiyon, stroke ve kardiyovasküler problemler, baş dönmesi, dil ve hafıza problemlerine neden olabilir. Hastanın farkındalık ve hafıza değişiklikleri, baş dönmesi, sözel ifadede zorlanma, aktivite ile oluşan göğüs ve bacak ağrısı kayıt edilir.

**7. Kendini Algılama ve Benlik;** kişinin benliğini (özünü) içeren kişilik, beden imajı, dünya bakışı ile ilgili hemşirelik verileri toplanır.

Kardiyovasküler hastalık aniden olmuşsa bireyin kendilik algısı sıklıkla etkilenir. İnvazif tanı ve palyatif işlemler sıklıkla hastada beden imajında bozulmaya/bozulma riskine neden olur. Kardiyovasküler hastalık kronik ise, nedeni belirleyemeyebilir ancak genellikle artık önceki aktivitelerini yapamadığını tanımlar. Bu hastanın kendilik algısını etkileyebilir. Bundan dolayı bu alanda hastalığın hasta üzerindeki etkisini sorgulamak temeldir.

Kardiyovasküler hastalık tanısı konduktan sonra kendisindeki değişiklik ve kardiyovasküler hastalığın kendilik algısı ve yaşamını nasıl etkilediği sorulmalıdır.

**8. Rol ve İlişkiler;** bireyin yaşamındaki ve ilişkide bulunduğu diğer insanlarla olan rollerinin sorgulanarak veri toplanır.

Hastanın cinsiyeti, ırk ve yaşı kardiyovasküler hastalıkla ilişkilidir ve bundan dolayı önemli temel bilgidir. Buna ilaveten hastanın evlilik durumu, ailedeki rolü, çocuklarının sayısı ve yaşları, yaşadığı çevre ve yakınları, hemşireye hastanın sosyal desteklerini belirlemesine yardım eder. Hemşire, hastanın her bir rolünden memnuniyet ya da memnuniyetsizlik düzeyini değerlendirmelidir.

Hastalığının günlük yaşamındaki rollerini, ilişkilerini nasıl etkilediği, hastalığından etkilenen kişilerin var olup olmadığı sorularak öğrenilir.

**9. Cinsellik;** üretkenlik; seksüel örüntü ve seksüel kişilik, davranış, fonksiyonlar ile ilişkili veriler toplanır.

Hastanın seksüel örüntüsü ve memnuniyeti üzerinde kardiyovasküler problemin etkisini sorması gerekir. Seksüel ilişki sırasında aniden ölüm korkusu hastalar arasında geneldir. Bu nedenle seksüel davranışta majör bir değişim olabilir. Ayrıca kardiyovasküler problemleri

tedavi etmek için kullanılan birçok ilaç, özellikle hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçlar empotansa neden olabilir. Bu yan etki medikal tedaviye uyumsuzluğa neden olabilir. Hasta ve eşine danışmanlık gerekebilir. Yorgunluk ve solunum sıkıntısı da yine seksüel aktiviteyi azaltır/kesebilir.

**10. Baş Etme ve Stres Toleransı;** bireyin stres algısı, kişisel baş etme yeteneği (strese cevap gibi) ile ilgili veri toplanır.

Hastanın stres ve anksiyetesine neden olan alanları belirlemek için soru sorması gerekir. potansiyel olarak stresli alanlar, evlilik ilişkileri, aile, iş, arkadaş, para ve evdir. Kişi pek çok aktiviteyi tercih edebilir ancak bu aktiviteler aynı zamanda stresli olabilir. Hastanın alışılmış stresle baş etme yöntemlerinin tartışılması gerekir. Patlayıcı, hızlı konuşma; kızgınlık ve düşmanlık gibi duygular kardiyak hastalıklarla ilişkilidir. Hasta ve aileye, bu davranışların tipi ve sıklığı hakkında soru sorulur.

Kardiyovasküler hastalıkla baş etmek sosyal desteğin bağlantısı ile ilişkilidir. Bu nedenle aile, arkadaş, psikolog, dini gruplar gibi sosyal destek ile ilgili bilgi bakım planı geliştirmek için mükemmel kaynak sağlayabilir. Stresi azaltmak için yaptığı uygulamalar, stresle normal başetme mekanizmaları, stresli zamanlarda kardiyovasküler bulgular, göğüs ağrısı, çarpıntının var olup olmadığı öğrenilir.

**11. Değer ve İnanç;** bireyin değer, inançları ve manevi özelliklerini içeren veriler toplanır.

Bireysel değer ve inançlar, büyük oranda bir kültür tarafından oluşmaktadır. Değer ve inançlar kardiyovasküler hastalık tanısı ile baş etmesinde hastanın karşı karşıya geldiği mücadelede önemli rol oynayabilir. Bazı hastalar, hastalıkların Allah tarafından ceza olarak verildiğine inanırken diğerleri Allah'ı onlara yardım eden büyük güç olarak görebilirler. Hasta kriz periyotları sırasında değer ve inançları ile ilgili hemşire veya diğer personele bilgi verecektir. Bu bilgi, hastanın değer sistemine ters plan yapmamak için önemlidir. Hastalığı sırasında değer ve inançları etkilendi mi, planlanan tedavi ile değer inanç sistemi arasında uyumsuzluk var mı, kardiyovasküler problemin tedavisini etkileyen kültürel ve dini inancı var mı öğrenilir (Lewis, Heitkemper, Collier 1998, Gordon 1982).

### **III. ARAŞTIRMANIN AMACI**

Araştırma, açık kalp ameliyatı olan bireylerin taburculuk sonrası fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline göre birinci ve altıncı haftadaki evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

### **IV. ARAŞTIRMANIN GEREÇ VE YÖNTEMİ**

Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

### **V. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

#### **V. 1. Araştırmanın Evreni**

Araştırma evrenini 2004-2005 yılında C.Ü.Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Servisinde 31 Mart- 31 Eylül 2005 tarihleri arasında açık kalp ameliyatı geçirmiş 45 hasta oluşturmuştur.

#### **V. 2. Araştırmanın Örneklemi**

Araştırmanın evreni, örneklemini temsil etmiştir.

#### **V.3. Araştırmanın Sınırları**

- Sivas il merkezinde yaşayan
- 18-65 yaş arasında,
- Bilinci açık,
- İşitme ve konuşma fonksiyon kaybı olmayan,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturmuştur.

#### **V.4. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmadan elde edilen verilerin çoğunlukla hasta ifadelerine dayalı olması nedeniyle sınırlılık taşımaktadır.

## **VI. VERİLERİN TOPLANMASI UYGULANMASI ve DEĞERLENDİRİLMESİ**

### **VI. 1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması**

Çalışmada veri toplama aracı olarak hasta bilgi formu (Ek 1) ve araştırmacı tarafından bireylerin evde bakım gereksinimlerini belirlemek üzere Gordon' un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline göre hazırlanan soru formu (Ek 2) olmak üzere iki veri toplama aracı kullanılmıştır.

#### **Hasta Bilgi Formu (Ek 1) :**

Bu formda bireylerin evde bakım gereksinimlerini etkileyebilecek yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer gibi demografik veriler, bireysel özellikler ve geçmiş deneyimlerini belirlemeye yönelik 22 adet soru yer almaktadır. Kalp hastalıkları çoğunlukla 55 yaşından sonra daha fazla görüldüğü için hastaların yaş grupları 55 yaş öncesi ve sonrası olarak ele alınmıştır.

#### **Açık Kalp Ameliyatı Olan Bireylerin (Gordon'un Sağlık Örüntüleri Modeline Göre) Evde Bakım Gereksinimlerini Belirleme Formu (Ek 2) :**

Fonksiyonel sağlık örüntüleri 1982'de Gordon tarafından güçlü hemşirelik bakış açısı ile veri toplama ve bilgiyi organize etmek için geliştirilmiştir. Gordon fonksiyonel sağlık örüntülerini insan sağlığı ve yaşam süreci ile ilişkili 11 başlık altında sınıflandırmıştır. Bu başlıklar, sistematik ve standardize edilmiş bilgi toplama yaklaşımı ve hemşirelik bakış açısı ile bilginin analiz edilmesini olanaklı kılmaktadır. Fonksiyonel sağlık örüntüleri, bir değerlendirme formatı ve içerik düzenleyici olarak, hemşirelik süreci, kritik düşünme ve klinik karar vermenin üzerinde durmaktadır.

Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri, hastane ve toplum sağlığı alanlarında bireylerin hemşirelik değerlendirmesi ve girişimlerinin düzenlenmesi için kullanılmaktadır. Bu örüntüler birbiri ile ilişkilidir, birbirini etkilemektedir ve birbirine bağımlıdır. Fonksiyonel sağlık örüntülerinde bozulma, hemşirelik tanıları ile sınıflandırılan hastalık veya olası sağlık problemlerini göstermektedir. Bu bağlamda hastalık ve fonksiyonel sağlık örüntüleri arasında karşılıklı bir ilişkinin var olduğu bildirilmektedir. Hastalık, fonksiyonel sağlık örüntülerinin bozulmasına, fonksiyonel sağlık örüntülerindeki bozulma da hastalığa yol açabilir. Fonksiyonel sağlık örüntüleri açık kalp cerrahisi geçiren bireylerin sağlık bakım gereksinimlerinin düzenlenmesi için geniş bir bakış açısı oluşturmaktadır (Gordon 1982).

Fonksiyonel sağlık örüntüleri:

**1. Sağlığı Algılama ve Sağlık Yönetimi;** bireyin sağlık düzeyi ve iyilik halini algılaması, sağlığın anlamı, sağlığı değerlendirme ile ilişkili uygulamaları ve davranışları,

**2. Beslenme ve Metabolizma;** metabolik gereksinim, yiyecek ve içecek özelliklerini de içeren beslenme özellikleri,

**3. Boşaltım ;** mesane ve bağırsak boşaltımı,

**4. Aktivite ve Egzersiz;** kişilerin günlük yaşam aktiviteleri, fiziksel kondüsyon / zindelik ve kas koordinasyonu,

**5. Biliş ve Algı;** deneyimleri ve kognitif fonksiyonları, algılama/fark etme örüntüsü,

**6. Uyku ve Dinlenme;** uyku, dinlenme ve gevşeme,

**7. Kendini Algılama ve Benlik Kavramı;** kişinin benliğini (özünü) içeren kişilik, beden imajı, dünya bakışı,

**8. Rol ve İlişkiler;** bireyin yaşamındaki ve ilişkide bulunduğu diğer insanlarla olan rolleri

**9. Cinsellik/Üretkenlik;** seksüel örüntü ve seksüel kişilik, davranış, fonksiyonları,

**10. Baş Etme ve Stres Toleransı;** bireyin stres algısı, kişisel baş etme yeteneği (strese cevap gibi),

**11. Değer ve İnanç;** bireyin değer, inanç ve manevi özelliklerine ilişkin veri toplamayı içermektedir (Gordon 1982).

Bu çalışmada açık kalp ameliyatı olmuş bireylerin evde yaşadıkları sorunların/gereksinimlerin belirlenmesi için kullanılan fonksiyonel sağlık örüntülerine göre evde bakım gereksinimlerini belirleme formunda (Ek-2), yukarda belirtilmiş olan Gordon (1982) tarafından belirlenmiş 11 örüntü çerçevesinde oluşturulmuş 146 adet soru yer almaktadır.

Beden Kitle İndeksi (BKİ)  $kg/(boy)^2$  olarak hesaplanmıştır. Bu hesaplamadan elde edilen sonuç 18.5'tan küçükse zayıf; 18.5- 25 arası normal; 25- 30 kilolu; 30- 35 I derece şişman; 35- 40 II derece şişman ve 40'ın üstü III derece şişman olarak değerlendirilmiştir. (www.drpozitif.com).

### **FSÖ Modeline Göre Taburculuk Eğitimi Verilen Bilgi Yeterlilik Formu (Ek-3):**

Araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür taranarak oluşturulmuş olan form, hastalar taburcu olmadan önce sağlık ekibi tarafından verilen bilginin yeterli olup olmadığını değerlendirmek üzere oluşturulmuştur.

## **VI. 2. Veri Toplama Formlarının Uygulanması**

### **VI.2.1. Hasta Bilgi Formu**

Form, Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi kalp damar cerrahisi kliniğine açık kalp ameliyatı olmak üzere yattığında ameliyata alınmadan önce hastanede ziyaret edilmiş ve hastalara araştırma ile ilgili açıklama yapılarak hasta ve ailesinin izni alındıktan sonra uygulanmıştır.

### **VI.2.2. Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Evde Bakım Gereksinimlerini Belirleme Formu**

Ameliyattan sonra hastalar hastaneden taburcu olmadan önce ikinci kez ziyaret edilerek taburculuğun birinci ve altıncı haftasında evde yapılacak ziyaret hatırlatılmıştır. Form, hastalar taburcu olduktan sonra, taburculuğun birinci ve altıncı haftasının sonunda her bireyin evine ev ziyareti yapılarak, araştırmacı tarafından yüz yüze uygulanmıştır.

Hasta hastaneden taburcu olduktan bir hafta sonra, araştırmacı hasta ile belirlediği gün eve gitmeden önce hastayı telefon ile aramış, görüşme için uygun olup olmadığını öğrendikten sonra hasta için uygun olan saatte eve giderek ilk ziyaretini yapmıştır. Bu ziyarette form yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Formun uygulaması her bir hasta için ortalama 4-5 saat sürmüştür. Hastaların hatırlayamadığından dolayı cevap veremediği hafıza ile ilgili sorular ve ailenin gözlemlediği destek alma, tedaviye uyum gibi sorular hasta yakınlarına da sorularak doğrulanmıştır. Araştırmacı, hasta ve ailelere belirlenen günler dışında ortaya çıkabilecek herhangi bir sorunda kendisine ulaşabilmeleri için telefon numarasını vermiştir. 16 hasta ve yakını hastanın ilaç kullanımı, iştahsızlık, konstipasyon sorunu, iyileşmenin nasıl gittiği, iyileşememe endişesi, bakımın sürekliliği ile ilgili destek gereksinimi, kontrole gidilecek durumlar için danışmanlık almak üzere araştırmacıyı telefon ile aramış ve araştırmacı sorunun çözümü için telefon ile danışmanlık yapmış ve gerektiğinde tekrarlı ziyarette bulunmuştur. Hastalar taburculuğun altıncı haftasında tekrar ziyaret edilmiş ve bu ziyarette de aynı form kullanılarak birinci haftada var olan sorunlarının devam edip etmediği ya da yeni sorunların gelişip gelişmediği yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak belirlenmiştir.

## **VI. 3. Verilerin Değerlendirilmesi**

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir.

## **VII. BULGULAR**

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan 45 hastaya ilişkin kişisel ve hastalık özellikleri, fonksiyonel sağlık örüntülerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

**Tablo 1.** Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri (n=45)

<b>Tanıtıcı Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	13	28.9
Erkek	32	71.1
<b>Yaş</b>		
≤ 55	13	28.9
> 55	32	71.1
<b>Yaş Ortalaması</b>	58.07	
<b>Eğitim</b>		
Okur-Yazar Değil	7	15.6
İlköğretim	31	68.9
Lise ve üzeri	7	15.6
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	33	73.3
Dul	12	26.7
<b>Sağlık Güvencesi</b>		
Emekli Sandığı	13	28.9
Bağ-Kur	10	22.2
SSK	15	33.3
Özel	2	4.4
Yeşil Kart	5	11.1
<b>Meslek</b>		
Ev Hanımı	4	8.8
Emekli	27	60.0
Memur-işçi	4	8.8
Serbest	9	18
İşçi	2	4.4
<b>Birlikte Yaşadığı Kişiler</b>		
Yalnız	5	11.1
Eşi ile	13	28.9
Eşi ve çocukları	20	44.4
Akrabalar	7	15.6
<b>Ev Tipi</b>		
Apartman	29	64.4
Müstakil	16	35.5
<b>Isınma</b>		
Soba	16	35.6
Kalorifer	29	64.4
<b>Hastaneye Yatış</b>		
Yatmamış	3	6.7
1-3 defa	28	62.2
4 ve üzeri	14	31.1
<b>Kronik Hastalık</b>		
Var	28	62.2
Yok	17	37.8

Tablo 1’de hastaların % 71.1’inin erkek, %71.1’inin 56-65 yaş arasında, yaş ortalamasının 58.07 olduğu, %68.9’unun eğitiminin ilköğretim, %73.3’ünün evli, % 33.3’ünün sağlık güvencesinin SSK, %60’ının emekli olduğu %44.4’ünün eşi ve çocukları ile, %64.4’ünün apartmanda yaşadığı, %64.4’ünün kaloriferle ısındığı, % 62.2’sinin daha önce 1-3 defa hastaneye yattığı, % 62.2’sinin ise kronik hastalığı bulunduğu görülmektedir.

**Tablo 2.a.** Bireylerin Sağlığını Olumsuz Etkileyen Alışkanlıkları (n=45)

AMELİYAT ÖNCESİ OLUMSUZ ALIŞKANLIKLAR	Sayı	%
<b>Ameliyattan önce sağlıklı olmayı olumsuz etkileyen alışkanlıkları</b>	(n=45)	
· Var	41	91.1
· Yok	4	8.9
<b>Ameliyattan önce sağlıklı olmayı olumsuz etkileyen alışkanlıkları*</b>	(n=41)	
· Sigara	21	46.7
· Alkol	1	2.2
· Diyet**	16	35.6
· Kahvehaneye gitme	8	17.8

\*ifadeler birden fazla olduğu için, yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

\*\* yağlı, hamur işi, tuzlu

Tablo 2.a.da görüldüğü gibi, hastaların %91.1'inin ameliyattan önce sağlığı olumsuz etkileyen alışkanlığının olduğu, %46.7'sinin sigara kullandığı, %35.6'sının ağırlıklı olarak yağlı, hamur işi ve tuzlu besinlerle beslendiği %17.8'inin kahvehaneye gittiği belirlenmiştir.

**Tablo 2.b.** Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Hastaların Taburculuk Sonrası Evde Sağlığı Algılama/Yönetmeye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=45)

SAĞLIĞI ALGILAMAYA İLİŞKİN VERİLER	1.Hafta		6. Hafta	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Ameliyattan sonra sağlıkla ilgili düşüncelerinde değişiklik</b>	(n=45)		(n=45)	
· Var	41	91.1	39	84.4
· Yok	4	8.9	6	13.3
<b>Sağlıkla ilgili düşüncelerde değişikliğin niteliği*</b>	(n=41)		(n=39)	
· Yenilendiğini düşünme	17	40.4	33	84.6
· Sağlığının ameliyattan sonra kötüleştiğini düşünme	12	28.2	4	10.2
· Kendini sağlıksız görme	21	51.4	11	28.2
<b>Ameliyattan sonra sağlığını koruma ve geliştirmeye ilişkin değişiklik</b>	(n=41)		(n=39)	
· Var	22	53.7	18	46.2
· Yok	19	46.3	21	53.8
<b>Ameliyattan sonra sağlığını koruma ve geliştirmeye ilişkin değişikliğin niteliği*</b>	(n=41)		(n=39)	
· Sigarayı bırakma	18	43.9	12	29.2
· Kahvehaneye gitmeme	8	19.5	6	14.6
· Yağsız yemek yeme	12	29.2	20	48.7
· Egzersiz yapma	8	19.5	11	26.8
<b>Ameliyattan sonra tedaviye uyumsuzluk*</b>	(n=45)		(n=45)	
· İlaç kullanımına uyumsuzluk	24	53.3	31	68.8
· Egzersiz Kısıtlamasına uyumsuzluk**	15	33.3	27	65.8
· Tedavi Kararlarına uyumsuzluk	40	88.9	43	95.5

\*ifadeler birden fazla olduğu için, yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

\*\* pozisyon değiştirme, hareket etme, aktivitelerde destek alma, egzersiz planı...vs

Tablo 2.b de ameliyattan sonra birinci hafta, hastaların %91.1'inin sağlıkları ile ilgili düşüncelerinde değişiklik olduğu, %51.4'ünün kendisini sağlıksız gördüğü, %53.7'sinin sağlığı koruma ve geliştirme yönünde hayatında değişiklik yaptığı, bu değişikliğin %43.9'unun sigarayı bırakma-sigaralı ortamdan uzak durma, %29.2'sinin yağsız yemek yeme, %19.5'inin kahveye gitmeme, %19.5'inin egzersiz yapma olduğu belirlenmiştir. Hastaların %88.9'u tedavi kararlarına, %53.3'ü ilaç kullanımına, %33.3'ü egzersiz kısıtlamalarına uyumsuz olduklarını ifade ettikleri görülmektedir.

Ameliyattan sonra altıncı haftada ise, hastaların %84.4'ünün sağlıkları ile ilgili düşüncelerinde değişiklik olduğu, %84.6'sının yenilendiği, %53.8'inin sağlığını koruma/geliştirmeye yönelik değişiklik yapmadığı, değişiklik yapanların %48.7'sinin yağsız

yemek yediği, %95.5'inin tedavi kararlarına, %68.8'i ilaç kullanımına, %65.8'i egzersiz kısıtlamalarına uyumsuz olduklarını ifade ettiklerinin belirlendiği görülmektedir.

**Tablo2.c.** Bireylerin Evde Bakıma İlişkin Düşünceleri (n=45)

EVDE BAKIMA İLİŞKİN İFADELER	1.Hafta		6. Hafta	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Ameliyat sonrası tedavinin evde sürdürülmesi ile ilgili düşünceleri</b>	(n=45)		(n=45)	
· Olumlu	37	82.2	41	91.1
· Olumsuz	8	17.8	4	8.9
<b>Ameliyattan sonra hastanın evi tercih etme/etmeme nedeni*</b>	(n=45)		(n=45)	
· Ev ortamı daha rahat	35	77.7	43	95.5
· Evde yemekleri iyi	21	46.7	36	80.0
· Ev ortamı daha temiz	13	28.8	32	71.1
· Hastane güvenli	8	17.8	4	8.9

\*ifadeler birden fazla olduğu için, yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 2.c. de ameliyat sonrası birinci haftada, hastaların %82.2'si tedavisinin evde sürdürülmesinin tedavisini olumlu etkileyeceğini, %77.8'i ev ortamının hastaneden daha rahat olması, %46.7'si evde yemeklerin daha iyi olması, %28.8'i ev ortamının daha temiz olması nedeniyle tedavinin evde sürmesini, %17.8'i hastane ortamının, sağlık personeline kolay ulaşılabilmesi nedeniyle, daha güvenli olduğu için bakımının hastanede sürdürülmesini tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Ameliyat sonrası altıncı haftada ise, hastaların %91.1'i tedavisinin evde sürdürülmesinin tedavisini olumlu etkilediğini, %95.5'i ev ortamının hastaneden daha rahat olması, %80'i evde yemeklerin daha iyi olması, %71.1'i ev ortamının daha temiz olması nedeniyle tedavinin evde sürmesini, %8.9'u hastane ortamının, sağlık personeline kolay ulaşılabilmesi nedeniyle, daha güvenli olduğu için bakımının hastanede sürdürülmesini tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

**Tablo 3.a.** Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Hastaların Taburculuk Sonrası Evde Beslenme ve Metabolizma Özelliklerine İlişkin Bilgi Alma Durumları (n=45)

BİLGİ ALMA DURUMLARI	Sayı	%
<b>Ameliyattan sonra beslenme özelliğine ilişkin</b>		
· Bilgi alan	45	100.0
· Bilgi almayan	-	-
<b>Ameliyattan sonra sıvı alımına ilişkin</b>		
· Bilgi alan	18	40.0
· Bilgi almayan	27	60.0
<b>Bilgi alınan kişi</b>		
· Hemşire	16	35.6
· Hekim	1	2.2
· Hemşire ve Hekim	28	62.2
<b>Alınan bilgi içeriği</b>		
· Yeterli	31	69.0
· Yetersiz	14	31.0

Tablo 3.a. da hastaların %100.0'nın beslenmeyle ilişkili, %60.0'nın sıvı alımı ile ilgili bilgi aldığı görülmektedir. Bilgi alan hastaların %62.2'sinin hem hemşire hem de hekimden bilgi aldıkları, %69'unun aldığı bilginin yeterli olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 3.b.** Ameliyattan Sonra Hastaların Evde Beslenme ve Sıvı Alımına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=45)

BESLENME VE SIVI ALIMINA İLİŞKİN ÖZELLİKLER	1.Hafta		6. Hafta	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Hastaların Taburculuk sonrası Beden Kitle Endeksleri (BKİ)</b>	(n=45)		(n=45)	
· Normal	22	48.9	19	42.2
· Zayıf	1	2.2	3	6.7
· Kilolu	14	31.1	14	31.1
· Şişman	8	17.8	9	20.0
<b>Taburculuk sonrası sonra beslenmeye ilişkin sorun</b>	(n=45)		(n=45)	
· Yaşayan	43	95.6	44	97.8
· Yaşamayan	2	4.4	1	2.2
<b>Ameliyattan sonra beslenmeye ilişkin yaşanan sorunun niteliği *</b>	(n=45)		(n=45)	
· Hastalığa özel diyet uygulamasına geçme	11	24.4	26	57.7
· İştahta azalma	31	68.9	18	40.0
· İştahta artma	1	2.2	-	-
· Sıvı alımına dikkat etmeme	20	44.4	1	2.2
· Önerilen diyete uymama	34	75.5	13	28.8
<b>Ameliyattan sonra beslenme alışkanlığını etkileyen durumlar*</b>	(n=43)		(n=44)	
· Ağrı	37	86	12	27.2
· Hareketsizlik	25	58.1	5	11.4
· Güçsüzlük	28	65.1	3	6.8
· Tat duyusunda değişme	6	14	-	-
· Ameliyata bağlı iştahsızlık	31	72.1	22	40.0
· Stres	3	6.9	5	11.4
<b>Ameliyattan sonra beslenme sorununa yönelik hastanın yaptığı uygulamalar</b>	(n=43)		(n=44)	
· Hiçbir şey yapmama	34	80.0	12	27.2
· Hastaneye gitme	3	6.7	8	18.2
· Kendi kendine ilaç alma	1	2.2	-	-
· Diğer **	5	11.1	24	54.6
<b>Beslenme ile ilgili sorunları konusunda sağlık personeline gereksinim duyma</b>	(n=45)		(n=45)	
· Evet	34	75.6	32	71.1
· Hayır	11	24.4	13	28.9

\*ifadeler birden fazla olduğu için, yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

\*\* hareket etme, sıvı yiyecekler alma, sevdiği yiyeceklerden yeme... vb

Tablo 3.b. de ameliyattan sonra birinci haftada, hastaların %48.9'unun BKİ' sinin normal olduğu, %95.6'sının beslenmeye ilişkin sorun yaşadığı, yaşanan beslenme sorununun %68.9'unun iştah da azalma olduğu, iştahında azalma olan hastaların %86'sının ağrının beslenmesini olumsuz etkilediği, hastaların %44.2'sinin sıvı alımına dikkat etmediği, %80'inin yaşadığı soruna yönelik hiçbir girişimde bulunmadığı ve %75.6'sının beslenme sorunu ile ilgili sağlık personeline gereksinim duyduğu belirlenmiştir.

Ameliyat sonrası altıncı haftada ise, hastaların %42.2'sinin BKİ' sinin normal olduğu, %97.8'inin beslenmeye ilişkin sorun yaşadığı, %57.7'sinin hastalığına özel diyet uygulamasına geçmede zorlandığı, %40.0'ının ameliyat sonrası yaşadığı beslenme probleminin nedeninin iştahsızlık olduğu, %27.2'sinin ağrının beslenmesini olumsuz etkilediğini düşündüğü, %54.5'inin bu sorunu çözmek için hareket etme, sıvı yiyecekler alma, sevdiği yiyecekler yeme gibi girişimlerde bulunduğu, %71.1'inin yaşadığı sorun için sağlık personeline gereksinim duyduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.a.** Hastaların Taburculuk Sonrası Boşaltım Özelliklerine İlişkin Bilgi Alma Durumları (n=45)

BOŞALTIM ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN İFADELER	Sayı	%
<b>Ameliyattan sonra boşaltım fonksiyonuna ilişkin bilgi alma durumu</b>		
· Bilgi alan	23	51.1
· Bilgi almayan	22	48.9
<b>Bilgi alınan kişi</b>	(n=23)	
· Hemşire	12	52.1
· Hekim	8	34.7
· Hemşire ve Hekim	3	13.2
<b>Boşaltım fonksiyonuna ilişkin alınan bilginin içeriği</b>	(n=23)	
· Yeterli	16	69.6
· Yetersiz	7	30.4

Tablo 4.a. da hastaların %51.1'inin boşaltım ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %52.1'inin hemşirelerden bilgi aldığı, %69.6'sının aldığı bilginin yeterli olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.b.** Hastaların Taburculuk Sonrası Boşaltım Fonksiyonlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=45)

BOŞALTIM ÖZELLİĞİNE İLİŞKİN İFADELER	1.Hafta		6. Hafta	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Taburculuk sonrası boşaltım ile ilgili sorun</b>	(n=45)		(n=45)	
· Yaşayan	39	86.7	26	57.8
· Yaşamayan	6	13.3	19	42.2
<b>Taburculuk sonrası boşaltım ile ilgili sorun yaşama durumu</b>	(n=39)		(n=26)	
· Ara sıra ishal olma	2	2.2	4	15.3
· Ara sıra kabız olma	10	25.8	15	57.7
· Sık sık kabız olma	27	60.0	7	27.0
<b>Taburcu olduktan sonra barsak boşaltımı ile ilgili sorun yaşamaya neden olan durum*</b>	(n=39)		(n=26)	
· Tuvalete gitmeyi erteleme	11	28.2	3	11.5
· Stres	4	10.2	-	-
· İlaçlar	13	33.3	-	-
· Tuvalet tipi	6	15.3	18	69.3
· Beslenme alışkanlığı	1	2.5	3	11.5
· Hareketsizlik	4	10.2	2	7.7
<b>Barsak boşaltımında yaşanan soruna yönelik hastanın girişimi*</b>	(n=39)		(n=26)	
· İlaç alma	12	30.8	14	53.8
· Sıvı alımını artırma	6	15.4	12	46.1
· Ev içinde yürüyüş yapma	16	41.1	11	42.3
· Hekime başvurma	2	5.1	3	11.5
· Hiçbir şey yapmama	3	7.6	-	-
<b>Boşaltımda yaşanan soruna yönelik yapılan girişimin sonucu</b>	(n=39)		(n=26)	
· Sorun çözüldü	15	38.4	10	38.4
· Sorun devam ediyor	24	61.6	16	61.6
<b>Beslenme fonksiyonuyla ilgili sağlık personeline gereksinim duyma</b>	(n=45)		(n=45)	
· Evet	35	77.8	23	51.1
· Hayır	10	22.2	22	48.9

\* ifadeler birden fazla olduğu için yüzdeler n üzerinden alınmıştır

Tablo 4.b. de ameliyat sonrası birinci haftada, hastaların %86.7'sinin boşaltım sorunu yaşadığı, %60.0'mın sık sık kabız olduğu, %22.2'sinin idrar yapma güclüğü yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların %33.3'ü ilaçlar, %28.2'si tuvalete gitmeyi erteleme, %15.3'ü tuvaletin tipinin uygun olmaması nedeniyle boşaltım sorunu yaşadığını, % 41.1'i bu sorunu

gidermek için ev içinde yürüyüş yaptığı, %30.8'i kabızlık için ilaç aldığını, %15.4'ü sıvı alımını artırdığını belirtmiş, %61.6'sı yapılan uygulamaların sorunu çözmediğini ifade etmiştir. Hastaların %77.8'i bu sorun için sağlık personeline gereksinim duyduğunu belirtmiştir.

Ameliyat sonrası altıncı haftada, hastaların %57.8'inin boşaltım sorunun yaşadığı, %57.7'sinin ara sıra kabız olduğu, %17.8'inin idrar yapma gücünü kaybettiği belirlenmiştir. Hastaların %69.3'ü tuvaletin tipinin uygun olmaması, %11.1'si tuvalete gitmeyi erteleme, %11.1'i beslenme özelliği, %7.7'si hareketsizlik nedeniyle boşaltım sorunu yaşadığını, %53.8'i bu sorunu gidermek için ilaç aldığını, %46.1'i sıvı alımını artırdığını %42.3'ü ev içinde yürüyüş yaptığını belirtmiş, %61.6'sı yapılan uygulamaların sorunu çözmediğini ifade etmiştir. Hastaların %51.1'i bu sorun için sağlık personeline gereksinim duyduğunu belirtmiştir.

**Tablo 5.a.** Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Hastaların Taburculuk Sonrası Aktivite Özelliklerine İlişkin Bilgi Alma Durumları (n=45)

AKTİVİTE/EGZERSİZ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN İFADELER	Sayı	%
<b>Ameliyattan sonra aktivite/egzersiz fonksiyonuna ilişkin bilgi alma durumu</b>	(n=45)	
· Bilgi alan	40	88,8
· Bilgi almayan	5	11.2
<b>Bilgi alınan kişi</b>	(n=40)	
· Hemşire	21	52.5
· Hemşire ve Hekim	18	45.0
· Diğer*	1	2.5
<b>Aktivite/egzersiz fonksiyonuna ilişkin alınan bilginin içeriği</b>	(n=40)	
· Yeterli	-	-
· Yetersiz	40	100

\* Ameliyat olan yakınlarından

Tablo 5.a. da hastaların %88.8'inin aktivite ve egzersiz ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların ise %52.5'inin hemşire ve hekimden bilgi aldığı, alınan bilginin %100'ünün yetersiz olduğunun belirlendiği görülmektedir.

**Tablo 5.b.** Hastaların Taburculuk Sonrası Aktivite/Egzersiz Fonksiyonlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

AKTİVİTE ÖZELLİĞİNE İLİŞKİN İFADELER	1.Hafta		6. Hafta	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Taburculuk sonrası aktivite-egzersiz fonksiyonuna ilişkin sorun</b>	(n=45)		(n=45)	
· Yaşayan	45	100.0	29	64.4
· Yaşamayan	-	-	16	35.6
<b>Taburculuk sonrası aktivite-egzersiz fonksiyonuna ilişkin yaşanan sorunun niteliği*</b>	(n=45)		(n=29)	
· Kendi kendine beslenememe	41	91.1	6	20.6
· Boşaltımını kendi kendine karşılayamama	35	77.8	14	48.3
· Kişisel temizliğini kendi kendine yapamama	21	46.7	19	65.5
· Kendi kendine giyinememe	43	95.6	25	86.2
· Rahat hareket edememe	42	93.3	29	100.0
· Verilen egzersiz programına uymama	13	28.8	7	24.1
· Çalışmalarını kendi kendine yapamama	33	73.3	21	72.4
· Sosyal aktivitelere katılamama	11	24.4	-	-
· Diğer **	36	80.0	25	86.2
<b>Aktivite/egzersiz fonksiyonuyla ilgili Sağlık personeline gereksinim duyma</b>				
· Evet	22	48.9	18	40.0
· Hayır	23	51.1	27	60.0

\*ifadeler birden fazla olduğu için, yüzdeler n üzerinden alınmıştır

\*\* kahvehaneye gitme, ibadet etme, eliş yapma gibi boş zaman aktivitelerini yerine getirememe

Tablo 5.b. de taburculuğun birinci haftasında, hastaların %100.0'ının aktivite ve egzersiz fonksiyonunda sorun yaşadığı, %95.6'sının kendi kendine giyinemediği, %93.3'ünün rahat hareket edemediği, %91.1'inin kendi kendine beslenemediği, %80.0'ının boş zaman aktivitelerini yerine getiremediği, %73.3'ünün çalışırken sorun yaşadığı, %48.9'u aktivite ve

egzersiz sorununa ilişkin sağlık personeline gereksinim duyduğunu ifade ettikleri görülmektedir.

Taburculuğun altıncı haftasında ise, hastaların %64.4'ünün aktivite ve egzersiz fonksiyonunda sorun yaşadığı, %100.0'ünün rahat hareket edemediği, %86.2'sinin kendi kendine giyinemediği, %72.4'sının kendi kendine çalışamadığı, %65.5'inin kişisel temizliğini kendi kendine yapamama, %40.0'ının aktivite ve egzersiz sorununa ilişkin sağlık personeline gereksinim duyduğunu ifade ettikleri saptanmıştır.

**Tablo 6.a.** Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Hastaların Taburculuk Sonrası Uyku ve Dinlenme zelliklerine İlişkin Bilgi Alma Durumları (n=45)

UYKU VE DİNLENME ÖZELLİKLERİNE İLİşKİN İFADELER	Sayı	%
<b>Ameliyattan sonra uyku ve dinlenme fonksiyonuna ilişkin bilgi alma durumu</b>	(n=45)	
• Bilgi alan	24	53.4
• Bilgi almayan	21	46.6
<b>Bilgi alınan kişi</b>	(n=24)	
• Hemşire	22	91.6
• Hemşire ve Hekim	2	8.4
<b>Uyku ve dinlenme fonksiyonuna ilişkin alınan bilginin içeriği</b>	(n=24)	
• Yeterli	-	-
• Yetersiz	24	100.0

Tablo 6.a. da ameliyat sonrası birinci haftada, hastaların %53.4'ünün uyku ve dinlenme ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %91.6'sının hemşirelerden bilgi aldığı, %100'ünün aldığı bilginin yetersiz olduğunun belirlendiği görülmektedir.

**Tablo 6.b.** Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Hastaların Taburculuk Sonrası Uyku ve Dinlenme Özelliklerine İlişkin İfadelerinin Dağılımı

UYKU VE DİNLENME ÖZELLİĞİNE İLİŞKİN İFADELER	1.Hafta		6. Hafta	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Taburculuk sonrası uyku ve dinlenme fonksiyonuna ilişkin sorun</b>	(n=45)		(n=45)	
· Yaşayan	40	88.9	28	62.3
· Yaşamayan	5	11.1	17	38.7
<b>Taburculuk sonrası uyku ve dinlenme fonksiyonuna ilişkin yaşanan sorunun niteliği*</b>	(n=40)		(n=28)	
· Aşırı uyuma	9	22.5	3	10.7
· Gün boyu uyuklama	25	62.5	14	50.0
· Dinlendirici olmayan uyku	27	67.5	21	75.0
· Uykuya dalmada\sürdürmede zorluk	25	62.5	28	100.0
· Bunalma, boğulma hissiyle uyanma	6	15.0	2	7.1
· Kabus görme	8	20.0	3	10.7
<b>Uyku sorunu yaşama nedeni*</b>	(n=40)		(n=28)	
· Sırt üstü pozisyonda yatma zorunluluğu	33	82.5	16	57.1
· Ağrı	35	87.5	6	21.4
· Gece idrara çıkma	19	42.2	10	35.7
· Bir yastıktan fazla yastıkla yatmak durumunda kalma	19	42.2	11	39.2
· Stres	3	6.7	2	7.1
<b>Uyku sorununa ilişkin hasta girişimleri*</b>	(n=40)		(n=28)	
· Kalkıp gezmek	26	65.0	20	71.4
· Televizyon izleme	32	80.0	17	60.7
· Ilık içecekler içme	16	40.0	8	28.5
· Hiçbir şey yapmama	8	20.0	8	28.5
<b>Uyku ve dinlenme fonksiyonuyla ilgili sağlık personeline gereksinim duyma</b>	(n=45)		(n=45)	
· Evet	35	77.8	27	60.0
· Hayır	10	22.2	18	40.0

\*ifadeler birden fazla olduğu için, yüzdeler n üzerinden alınmıştır

Tablo 6.b. de ameliyat sonrası birinci haftada, hastaların %88.9'unun uyku ve dinlenme sorunu yaşadığı, uyku sorunu yaşayanların %67.5'inin uykusunun dinlendirici olmadığı, %87.5'inin ağrı, %82.5'inin sürekli sırt üstü yatma zorunluluğu nedeniyle uyku sorunu yaşadığı, %80.0'ının uyku sorunu yaşadığında kalkıp televizyon izlediği, %77.8'inin uyku sorunu ile ilgili sağlık personeline gereksinim duyduğunun saptandığı görülmektedir.

Taburculuğun altıncı haftasında ise, hastaların %62.3'ünün uyku ve dinlenme sorunu yaşadığı, %100.0'mın uykuya dalmada/sürdürmede güçlük yaşadığı, %57.1'inin sürekli sırt üstü yatma, %39.2'sinin birden fazla yastıkla yatma nedeniyle uyku sorunu yaşadığı, %71.4'ünün uyku sorunu yaşadığında kalkıp gezdiği, %60.0'mın uyku sorunu ile ilgili sağlık personeline gereksinim duyduğunu ifade etmiştir.

**Tablo 7.a.** Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Hastaların Taburculuk Sonrası Biliş ve Algılama Özelliklerine İlişkin Bilgi Alma Durumları

BİLİŞ VE ALGI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN İFADELER	Sayı	%
<b>Ameliyattan sonra biliş ve algı fonksiyonuna ilişkin bilgi alma durumu</b>	(n=45)	
· Bilgi alan	37	82.2
· Bilgi almayan	8	17.8
<b>Bilgi alınan kişi</b>	(n=37)	
· Hemşire	8	21.6
· Hekim	10	27.0
· Hemşire ve Hekim	19	51.4
<b>Biliş ve algı fonksiyonuna ilişkin alınan bilginin içeriği</b>	(n=37)	
· Yeterli	-	-
· Yetersiz	37	100.0

Tablo 7.a. da hastaların %82.2'sinin biliş ve algı ile ilgili bilgi aldığı, %51.4'ünün bu bilgiyi hemşire ve hekimden aldığı, %100.0'mın aldığı bilginin yetersiz olduğu görülmektedir.

**Tablo 7.b.** Hastaların Taburculuk Sonrası Biliş ve Algı Fonksiyonlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=45)

BİLİŞ VE ALGI ÖZELLİĞİNE İLİŞKİN İFADELER	1.Hafta		6. Hafta	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Biliş ve algı fonksiyonuna ilişkin sorun</b>				
· Yaşayan	45	100	45	100
· Yaşamayan	-	-	-	-
<b>Biliş ve algı fonksiyonuna ilişkin yaşanan sorunun niteliği*</b>	(n=45)		(n=45)	
· Ağrı**	38	84.4	29	64.4
· Oryantasyon bozukluğu (yer)	1	2.2	-	-
· Unutkanlık	28	62.2	28	62.2
· Soyut düşünme yeteneğinde sorun	4	8.9	2	4.4
· Objeler arası benzerlik kurmada sorun	2	4.4	1	2.2
· Uzun bellek de sorun	3	6.7	3	6.7
· Kısa bellek de sorun	17	37.8	17	37.8
· Anlık bellek de sorun	7	15.6	5	11.2
· Konuşma hızında yavaşlama	4	8.9	-	-
· Yargı yeteneğinde bozulma	1	2.2	1	2.2
· Yardım için gereksinimlerini fark edememe	15	33.3	7	15.6
<b>Biliş ve algı fonksiyonuyla ilgili sağlık personeline gereksinim duyma</b>	(n=45)		(n=45)	
· Evet	7	15.6	3	6.7
· Hayır	38	84.4	42	93.3

\* ifadeler birden fazla olduğu için yüzdeler n üzerinden alınmıştır

\*\* sırt, boyun, kol-bacak insizyonu, göğüs bölgesinde

Tablo 7.b. de taburculuk sonrası birinci haftada, hastaların %100'ünün biliş ve algı ile ilgili sorun yaşadığı, %84.4'ünün sırt, boyun, kol-bacak insizyonu, göğüs insizyon alanlarında ağrı, %62.2'sinin unutkanlık, %37.8'inin kısa bellekte sorun yaşadığı, %33.3'ünün yardım için gereksinimlerini fark edemediği, %84.4'ünün biliş ve algı sorunu ile ilgili sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettiklerinin belirlendiği görülmektedir.

Taburculuğun altıncı haftasında ise, hastaların %100.0'ının biliş ve algı sorunu yaşadığı, %64.4'ünün ağrı, %62.2'sinin unutkanlık, %37.8'inin kısa bellekte sorun yaşadığı, %15.6'sının yardım için gereksinimlerini fark edemediği, hastaların %93.3'ünün biliş ve algı sorunu ile ilgili sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri görülmektedir.

**Tablo 8.a.** Hastaların Taburculuk Sonrası Kendini Algılama Fonksiyonlarına İlişkin Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı (n=45)

KENDİNİ ALGILAMA ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN İFADELER	Sayı	%
<b>Ameliyattan sonra kendini algılamaya ilişkin bilgi alma durumu</b>		
· Bilgi alan	-	-
· Bilgi almayan	45	100.0

Tablo 8.a. da hastaların %100.0'ının kendini algılama ile ilgili bilgi almadığı görülmektedir.

**Tablo 8.b.** Hastaların Taburculuk Sonrası Kendini Algılama Fonksiyonlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=45)

KENDİNİ ALGILAMA ÖZELLİĞİNE İLİŞKİN İFADELER	1.Hafta		6. Hafta	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Taburculuk sonrası benlik kavramına ilişkin sorun</b>	(n=45)		(n=45)	
· Yaşayan	25	55.5	32	71.1
· Yaşamayan	20	44.6	13	28.9
<b>Taburculuktan sonra benlik kavramı ile ilgili yaşanan sorunun niteliği</b>	(n=25)		(n=32)	
· Daha sinirli olma	22	88.0	22	68.7
· İçer kapanma	3	12.0	7	21.3
· Daha anlayışlı-yumuşak olma	-	-	3	10.0
<b>Taburculuk sonrası benlik sorunları ile ilgili sağlık personeline gereksinim duyma</b>	(n=45)		(n=45)	
· Evet	3	6.7	1	2.2
· Hayır	42	93.3	44	97.8

Tablo 8.b. de taburculuğun birinci haftasında, hastaların %55.5'inin kendini algılama/benlik kavramı ile ilgili sorun yaşadığı, %88.0'ının ameliyat öncesine göre daha sinirli olduğu, %93.3'ünün kendini algılama/benlik kavramı sorunu ile ilgili sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri görülmektedir.

Taburculuğun altıncı haftasında ise, hastaların %71.1'inin kendini algılama/benlik kavramı ile ilgili sorun yaşadığı, %68.7'sinin ameliyat öncesine göre daha sinirli olduğu,

%97.8'sinin kendini algılama/benlik kavramı ile ilgili yaşadığı sorun için sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettiği görülmektedir.

**Tablo 9.a.** Hastaların Taburculuk Sonrası Rol ve ilişkiler Fonksiyonlarına İlişkin Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı (n=45)

ROL VE İLİŞKİLER ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN İFADELER	Sayı	%
<b>Ameliyattan sonra rol ve ilişkilere ilişkin bilgi alma durumu</b>	(n=45)	
• Bilgi alan	17	37.8
• Bilgi almayan	28	62.2
<b>Bilgi alınan kişi</b>	(n=17)	
• Hemşire	14	82.3
• Hemşire ve Hekim	1	5.9
• Diğer *	2	11.8
<b>Rol ve ilişkiler fonksiyonuna ilişkin alınan bilginin içeriği</b>	(n=17)	
• Yeterli	-	-
• Yetersiz	17	100.0

\* ameliyat olmuş hastalar, yakınlar

Tablo 9.a. da hastaların %62.2'sinin rol ve ilişkiler ile ilgili bilgi almadığı, bilgi alanların %82.3'ünün hemşireden bilgi aldığı, %100.0'mın aldığı bilginin yetersiz olduğu görülmektedir.

**Tablo 9.b.** Hastaların Taburculuk Sonrası Rol ve İlişkiler Fonksiyonlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=45)

ROL VE İLİŞKİLER ÖZELLİĞİNE İLİŞKİN İFADELER	1.Hafta		6. Hafta	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Taburculuk sonrası rol ve ilişkilere ilişkin sorun</b>	(n=45)		(n=45)	
· Yaşayan	36	80.0	29	64.5
· Yaşamayan	9	20.0	16	35.4
<b>Rol ve ilişkilerle ilgili yaşanan sorunun niteliği*</b>	(n=36)		(n=29)	
· Aile içi rolünü yerine getirememe	14	38.8	16	55.1
· Ekonomik güçlük	18	50.0	18	62.1
· Akrabalarla sık görüşmeme	28	77.8	8	27.6
· Arkadaşlarla sık görüşmeme	22	61.1	14	48.3
· İşten ayrılma	2	5.5	1	3.5
· İş değişikliği yapmak durumunda kalma	5	13.8	6	20.1
<b>Rol ve ilişkiler fonksiyonuyla ilgili sağlık personeline gereksinim duyma</b>	(n=45)		(n=45)	
· Evet	3	6.7	-	-
· Hayır	42	93.3	45	100.0

\* ifadeler birden fazla olduğu için, yüzdeler n üzerinden alınmıştır

Tablo 9.b. de taburculuğun birinci haftasında, hastaların %80.0'nın rol ve ilişkiler ile ilgili sorun yaşadığı, %50.0'nın ekonomik güçlük, %38.8'inin aile içi rolünü yerine getirememe, %77.8'inin akrabalar ile sık görüşmeme, %13.8'inin iş değişikliği yapmak durumunda kalma nedeni ile sorun yaşadığı, hastaların %93.3'ünün rol ve ilişkiler ile ilgili yaşadığı sorunlarda sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri görülmektedir.

Taburculuğun altıncı haftasında ise, hastaların %64.5'inin rol ve ilişkiler ile ilgili sorun yaşadığı, %62.1'inin ekonomik güçlük, %55.1'inin aile içi rolünü yerine getirememe, %27.6'sının akrabalar ile sık görüşmeme, %20.1'inin iş değişikliği yapmak durumunda kalma nedeniyle sorun yaşadığını, hastaların %100.0'nın rol ve ilişkilerde yaşadığı sorunların çözümü için sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri saptanmıştır.

**Tablo 10.a.** Hastaların Taburculuk Sonrası Cinsellik Fonksiyonlarına İlişkin Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı (n=45)

CİNSELLİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN İFADELER	Sayı	%
<b>Ameliyattan sonra cinsellik fonksiyonuna ilişkin bilgi alma durumu</b>	(n=45)	
· Bilgi alan	23	51.1
· Bilgi almayan	22	48.9
<b>Bilgi alınan kişi</b>	(n=23)	
· Hemşire	22	95.6
· Hekim	1	4.4
<b>Cinsellik fonksiyonuna ilişkin alınan bilginin içeriği</b>	(n=23)	
· Yeterli	-	-
· Yetersiz	23	100.0

Tablo 10.a. da hastaların %51.1'inin cinsellik ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %95.6'sının hemşireden bilgi aldığı, %100.0'ının aldığı bilginin yetersiz olduğu görülmektedir.

**Tablo 10.b.** Hastaların Taburculuk Sonrası Cinsellik Fonksiyonlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

CİNSELLİK ÖZELLİĞİNE İLİŞKİN İFADELER	1.Hafta		6. Hafta	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Taburculuk sonrası cinsellik fonksiyonuna ilişkin sorun</b>	(n=45)		(n=45)	
· Yaşayan	29	64.5	31	69.9
· Yaşamayan	16	35.5	14	30.1
<b>Ameliyattan sonra cinsellik ile ilgili yaşanan sorunun niteliği*</b>	(n=29)		(n=31)	
· Eşinden ayrı yatma	7	15.5	4	8.8
· Cinsel ilişki sırasında ölüm korkusu	22	75.9	27	87.0
· Eski cinsel fonksiyonuna dönememe korkusu	14	48.2	19	61.3
<b>Cinsellik fonksiyonuyla ilgili sağlık personeline gereksinim duyma</b>	(n=45)		(n=45)	
· Evet	4	8.9	10	22.2
· Hayır	41	91.1	35	77.8

\* ifadeler birden fazla olduğu için, yüzdeler n üzerinden alınmıştır

Tablo 10.b. de taburculuğun birinci haftasında, hastaların %64.5'inin cinsellik ile ilgili sorun yaşadığı, %75.9'unun cinsel ilişki sırasında ölmekten korktuğu, %91.1'inin cinsellik ile ilgili yaşadığı sorunda sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri görülmektedir.

Taburculuğun altıncı haftasında ise, hastaların %69.9'u cinsellik ile ilgili sorun yaşadığı, sorun yaşayanların %87.0'ının cinsel ilişki sırasında ölmekten korktuğu, hastaların %77.8'inin cinsellik ile ilgili yaşadığı sorunda sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri görülmektedir.

**Tablo 11.a.** Hastaların Taburculuk Sonrası Stresle Baş Etme ve Stres Toleransı Fonksiyonlarına İlişkin Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı (n=45)

STRESLE BAŞ ETME VE STRES TOLERANSI FONKSİYONLARINA İLİŞKİN İFADELER	Sayı	%
<b>Ameliyattan sonra stresle baş etme ve stres toleransı ilişkin bilgi alma durumu</b>	(n=45)	
· Bilgi alan	16	35.6
· Bilgi almayan	29	64.4
<b>Bilgi alınan kişi</b>	(n=16)	
· Hemşire	13	81.3
· Hekim	2	12.5
· Diğer *	1	6.2
<b>Stresle baş etme ve stres toleransı fonksiyonuna ilişkin alınan bilginin içeriği</b>	(n=16)	
· Yeterli	-	-
· Yetersiz	16	100.0

\* kitapçık, broşür

Tablo 11.a. da hastaların %64.4'ünün stresle baş etme ve stres toleransına ilişkin bilgi almadığı, bilgi alanların %81.3'ünün hemşireden bilgi aldığı, %100.0'ının aldığı bilginin yetersiz olduğu görülmektedir.

**Tablo 11.b.** Hastaların Taburculuk Sonrası Stresle Baş Etme ve Stres Toleransı Fonksiyonlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

STRESLE BAŞ ETME VE STRES TOLERANSI ÖZELLİĞİNE İLİŞKİN İFADELER	1.Hafta		6. Hafta	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Taburculuk sonrası stresle baş etme ve stres toleransına ilişkin sorun</b>	(n=45)		(n=45)	
· Yaşayan	45	100.0	45	100.0
· Yaşamayan	-	-	-	-
<b>Stresle Baş Etme ve Stres Toleransı ile ilgili yaşanan sorunun niteliği*</b>	(n=45)		(n=45)	
· Aile içi rolleri yerine getirememe	14	31.1	18	40.0
· Bağımlılık hissi	22	48.8	16	35.5
· Ekonomik güçlük	18	40.0	16	35.5
· İş gücü kaybı	10	22.2	12	26.6
· Sosyal ilişkilerde azalma	17	24.4	6	13.3
· İyileşememe korkusu	18	40.0	15	33.3
<b>Taburculuk sonrası stresi azaltmaya ilişkin hasta girişimleri *</b>	(n=45)		(n=45)	
· Birisi ile konuşma	26	57.8	28	62.2
· Yemek yeme	1	2.2	6	13.3
· Durumu kabul etme	14	31.1	16	35.6
· Öfkelenip bağırma	17	37.8	17	37.8
· Bir şeyler kırma/fırlatma	17	37.8	17	37.8
· Unutmaya çalışma	3	6.7	5	11.1
· Sigara içme	17	37.8	6	13.3
· Problemler için birini suçlama	9	20.0	12	26.7
· Sorunu önemsememe	17	37.8	17	37.8
· Sorunu çözmeye çalışma	33	73.3	38	84.4
· Uyuma	21	46.7	18	40.0
· İnsanlardan uzaklaşma	4	8.9	6	13.3
· Hiçbir şey yapmama	45	100.0	43	95.6
<b>Stresle baş etme ve stres toleransı fonksiyonuyla ilgili sağlık personeline gereksinim duyma</b>	(n=45)		(n=45)	
· Evet	7	15.6	-	-
· Hayır	38	84.4	45	100.0

\* ifadeler birden fazla olduğu için yüzdeler n üzerinden alınmıştır

Tablo 11.b. de taburculuk sonrası birinci hafta, hastaların %100.0'nin stresle baş etme ve stres toleransına ilişkin sorun yaşadığı, %40.0'nin bağımlılık hissi, %40.0'nin ekonomik güçlük, %31.1'inin aile içi rolleri yerine getirememe, %22.2'sinin iş gücü kaybı, %24.4'ünün sosyal ilişkilerde azalma, %40.0'nin iyileşememe korkusu yaşadıkları, hastaların stresle baş

etme yöntemlerinin değişiklik göstermekle birlikte, %100.0'nın yaşadığı sorunla ilgili hiçbir şey yapmadığı, hastaların %84.4'ünün stresle baş etme ve stres toleransı ile ilgili sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri görülmektedir.

Taburculuğun altıncı haftasında ise, hastaların %100.0'nın stresle baş etme ve stres toleransına ilişkin sorun yaşadığı, %40.0'nın aile ilgili rolleri yerine getirememe, %35.5'inin bağımlılık hissi, %35.5'inin ekonomik güçlük, %26.6'sının iş gücü kaybı, %13.3'ünün sosyal ilişkilerde azalma, %33.3'ünün iyileşememe korkusu yaşadığı, hastaların stresle baş etme yöntemleri değişiklik göstermekle birlikte, %95.6'sının hiçbir şey yapmadığı, hastaların %100.0'nın stresle baş etme ve stres toleransı ile ilgili sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri saptanmıştır.

**Tablo 12.a.** Hastaların Taburculuk Sonrası Değer ve İnanç Fonksiyonlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=45)

DEĞER VE İNANÇ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN İFADELER	Sayı	%
<b>Ameliyattan sonra değer ve inanç ilişkin bilgi alma durumu</b>	(n=45)	
· Bilgi alan	6	13.3
· Bilgi almayan	39	86.7
<b>Bilgi alınan kişi</b>	(n=6)	
· Hemşire	1	16.7
· Diğer*	5	83.3
<b>Değer ve inanç fonksiyonuna ilişkin alınan bilginin içeriği</b>	(n=6)	
· Yeterli	-	-
· Yetersiz	6	100.0

\*diğer hastalardan

Tablo 12.a. da hastaların değer ve inanç özellikleri ile ilgili bilgi almadığı, bilgi alanların %83.3'ünün diğer hastalardan bilgi aldığı, %100.0'nın aldığı bilginin yetersiz olduğunun belirlendiği görülmektedir.

**Tablo 12.b.** Hastaların Taburculuk Sonrası Değer ve İnanç Fonksiyonlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

DEĞER VE İNANÇ ÖZELLİĞİNE İLİŞKİN İFADELER	1.Hafta		6. Hafta	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Taburculuk sonrası değer ve inanç ile ilgili değişiklik</b>	(n=28)		(n=28)	
· Yaşayan	9	33.3	9	33.3
· Yaşamayan	19	66.7	19	66.7
<b>Değer ve inanç ile ilgili yaşanan sorunun niteliği*</b>	(n=28)		(n=28)	
· Namaz kılamama	12	42.8	12	42.8
· Camiye gidememe	8	28.6	8	28.6
· Dini toplantılara katılamama	8	28.6	8	28.6
<b>Taburculuk sonrası değer ve inançlara ilişkin hasta girişimleri *</b>	(n=28)		(n=28)	
· Yeni çözüm arama	9	33.3	9	33.3
· İnançlarına yönelik uygulamayı yapmama	19	33.3	19	66.7
<b>Değer ve inanç fonksiyonuyla ilgili sağlık personeline gereksinim duyma</b>	(n=45)		(n=45)	
· Evet	-	-	-	-
· Hayır	45	100.0	45	100.0

\* ifadeler birden fazla olduğu için yüzdeler n üzerinden alınmıştır

Tablo 12.b. de taburculuğun birinci haftasında, hastaların %66.7'sinin değer ve inançlarla ilgili sorun yaşamadığı, sorun yaşayanların %42.8'inin namaz kılamadığı, yaşadığı soruna yönelik %33.3'ünün yeni çözüm aradığı, hastaların %100.0'inin yaşadığı soruna ilişkin sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri görülmektedir.

Taburculuğun altıncı haftasında ise, hastaların %66.7'sinin değer ve inançlarla ilgili sorun yaşamadığı, sorun yaşayanların %42.8'inin namaz kılamadığı, yaşadığı soruna yönelik %33.3'ünün yeni çözüm aradığı, hastaların %100.0'inin yaşadığı soruna ilişkin sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri görülmektedir.

**Tablo 13.** Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Bireylerin Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine İlişkin Bilgi Alma Özelliklerinin Dağılımı (n=45)

Örüntü Adı	Bilgi Alan								Bilgi Almayan			
	Hekim		Hemşire		Hemşire ve Hekim		Diğer*		Toplam			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Beslenme ve Metabolizma	1	2.2	16	35.6	28	62.2	-	-	45	100.0	-	-
Boşaltım	8	7.8	12	26.7	3	6.7	-	-	23	51.1	22	48.9
Aktivite ve Egzersiz	-	-	21	46.8	18	40.0	1	2.2	40	88.8	5	11.2
Uyku ve Dinlenme	-	-	22	48.9	2	4.4	-	-	24	53.4	21	46.7
Biliş ve Algı	10	22.2	8	17.7	19	42.2	-	-	37	82.2	8	17.8
Kendini Algılama	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45	100.0
Rol ve İlişki	-	-	14	31.1	1	2.2	2	4.4	17	37.8	28	62.2
Cinsellik ve Üretkenlik	-	-	22	48.9	-	-	1	2.2	23	51.1	22	48.9
Stresle Baş etme ve Stres Toleransı	-	-	13	29.0	2	4.4	1	2.2	16	35.6	29	64.4
Değer ve İnançlar	-	-	1	2.2	-	-	5	11.1	6	13.3	39	86.7

\* diğer hastalar, broşür vs.

Tablo 13. de hastaların % 100.0'ının beslenme ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %62.2'si hekim ve hemşireden, %51.1'inin boşaltım ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların 26.7'sinin hemşireden bilgi aldığı, %88.8'inin aktivite ve egzersiz ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların % 46.8'inin hemşireden bilgi aldığı, % 53.4'ünün uyku ve dinlenme ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %48.9'unun hemşireden bilgi aldığı, %82.2'sinin biliş ve algı ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %42.2'sinin hemşire ve hekimden bilgi aldığı, %37.8'inin rol ve ilişkiler ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %48.9'unun hemşireden bilgi aldığı, %51.1'inin cinsellik ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %48.9'unun hemşireden bilgi aldığı, %35.6'sının stres ve baş etme ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %29.0'ının hemşireden bilgi aldığı, %13.3'ünün değer ve inançlarla ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %13.3'ünün diğer hastalardan bilgi aldığı, benlik kavramı ile ilgili %100.0'ının bilgi almadığı saptanmıştır.

**Tablo 14.** Açık Kalp Ameliyatı Olmuş Bireylerin Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Taburculuğun Birinci ve Altıncı Haftasında Evde Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı

Örüntü adı	Birinci Hafta		Altıncı Hafta	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Beslenme ve Metabolizma</b>	43	95.6	44	97.8
<b>Boşaltım</b>	39	86.7	26	57.8
<b>Aktivite ve Egzersiz</b>	45	100.0	29	64.4
<b>Uyku ve Dinlenme</b>	40	88.9	28	62.3
<b>Biliş ve Algı</b>	45	100.0	45	100.0
<b>Kendini Algılama</b>	25	55.5	32	71.1
<b>Rol ve İlişki *</b>	36	80.0	29	64.5
<b>Cinsellik ve Üretkenlik</b>	29	64.5	31	69.9
<b>Stresle Baş Etme ve Stres Toleransı</b>	45	100.0	45	100.0
<b>Değerler ve İnançlar</b>	15	33.3	6	13.4

Tablo 14. de taburculuğun birinci haftasında, hastaların %95.6'ünün beslenme ve metabolizma, %86.7'sinin boşaltım, %100.0'min aktivite ve egzersiz, %88.9'unun uyku ve dinlenme, %100.0'min biliş ve algı, %55.5'inin benlik kavramı, %80.0'min rol ve ilişkiler, %64.5'inin cinsellik, %20.0'min değer ve inançlarla ilgili sorun, %100.0'min stres yaşadığı, taburculuğun altıncı haftasında ise %97.8'inin beslenme ve metabolizma, %57.8'inin boşaltım, %64.4'ünün aktivite ve egzersiz, %62.3'ünün uyku ve dinlenme, %71.1'inin benlik kavramı, %64.5'inin rol ve ilişkiler, %69.9'unun cinsellik ve üretkenlik, %20.0'min değer ve inançlarla ilgili sorun, %100.0'min stres yaşadığı saptanmıştır.

**Tablo 15.** Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Bireylerin Taburculuklarının Birinci ve Altıncı Haftasında Sağlık Personeline Gereksinim Duyma Durumlarının Dağılımı (n=45)

Örüntü adı	Birinci hafta		Altıncı Hafta	
	Sayı	%	Sayı	%
Beslenme ve Metabolizma	34	75.6	32	71.1
Boşaltım	35	77.8	23	51.1
Aktivite ve Egzersiz	22	48.9	18	40.0
Uyku ve Dinlenme	35	77.8	27	60.0
Biliş ve Algı	7	15.6	3	6.7
Kendini Algılama	3	6.7	1	2.2
Rol ve İlişki	3	6.7	-	-
Cinsellik ve Üretkenlik	4	8.9	10	22.2
Stresle Baş Etme ve Stres Toleransı	7	15.6	-	-
Değerler ve İnançlar	-	-	-	-

Tablo 15 de taburculuğun birinci haftasında, hastaların %75.6'sı beslenme ve metabolizma, %77.8'i barsak boşaltımı, %48.9'u aktivite-egzersiz, %77.8'i uyku ve dinlenme fonksiyonu, ile ilgili yaşadığı problemle ilgili sağlık personeline gereksinim duyduğunu belirtirken, taburculuğun altıncı haftasında ise, hastaların %55.5'i sağlığı algılama, %71.1'i beslenme ve metabolizma, %51.1'i barsak boşaltımı, %40.0'ı aktivite-egzersiz, %60.0'ı uyku ve dinlenme fonksiyonu ile ilgili yaşadığı problemde sağlık personeline gereksinim duyduğunu ifade etmiştir.

## VIII. TARTIŞMA

Cerrahi alanındaki teknolojik ilerlemeler birçok hastalığın cerrahi yolla tedavi edilmesine neden olmuştur. Ameliyat olan bireyler, ameliyata özel olmakla birlikte herhangi bir komplikasyon gelişmezse ameliyattan sonraki 3-7. günlerde taburcu edilirler (Lewis, Collier, Heitkemper 1998). Hastalar ve aileleri taburcu olduktan sonra evlerinde fiziksel bakımın sürekliliğiyle ilgili güçlüklerin yanı sıra görünüm, rol, fonksiyon ve yaşam biçimindeki değişikliklerle ilgili ortaya çıkan sorunlar nedeniyle oldukça zor bir dönem geçirir (Kanan 1998), özellikle açık kalp ameliyatı sonrası ilk 3 ay ile 1 yıl içinde göğüs ya da bacadaki insizyon bölgesinde ağrı, kilo kaybı, solunum sıkıntısı, uyku bozuklukları, yorgunluk, bitkinlik, iştahsızlık, konstipasyon, banyo yapmada güçlük ve vücut hareketlerinde kısıtlılık gibi fiziksel problemlerin yanı sıra mutsuzluk, stresörlerle baş edememe, aile içinde rol karmaşıklığı, yaşam biçiminde, sosyal faaliyetlerde fiziksel aktivitelerinde, iş yaşamında değişiklikler, evlilik-aile-arkadaş ilişkilerinde ve cinsel yaşamda değişiklik gibi psikososyal sorunlar da yaşamaktadır (Brunner 2004, Aydın 2000, Goodman 1997, Moore 1996). Yaşanan bu sorunlar nedeni ile bireylerin sağlık algıları ve davranışlarında değişiklik olabilmektedir. Açık kalp ameliyatı gibi majör ameliyatlar da bireylerin sağlığı algılama ve sağlık yönetimi davranışlarını değiştirmektedir. Sağlığı algılama kavramı, bireyin algıladığı sağlık ve iyilik durumunu sürdürmek için yaptığı uygulama ve davranışları içermektedir. Bu nedenle hemşirelerin bakım gereksinimlerini belirlemek için bireylerin sağlıklarını nasıl algıladıklarını değerlendirmesi gerekmektedir (Gordon 1982). Çalışmamızda hastaların %91.1'inin ameliyattan önce sağlığı olumsuz etkileyen alışkanlığının olduğu, %46.7'sinin sigara kullandığı, %35.6'sının ağırlıklı olarak yağlı, hamur işi ve tuzlu besinlerle beslendiği %17.8'inin kahvehaneye gittiği belirlenmiştir (Tablo 2.a). Ameliyattan sonra birinci haftada, hastaların %91.1'inin sağlıkları ile ilgili düşüncelerinde değişiklik olduğu, %51.4'ünün kendisini sağlıksız gördüğü, %53.7'sinin sağlığı koruma ve geliştirme yönünde hayatında değişiklik yaptığı, bu değişikliğin %43.9'unun sigarayı bırakma-sigaralı ortamdan uzak durma, %29.2'sinin yağsız yemek yeme, %19.5'inin kahvehaneye gitmeme, %19.5'inin egzersiz yapma olduğu belirlenmiştir. Hastaların %88.9'u tedavi kararlarına, %53.3'ü ilaç kullanımına, %33.3'ü egzersiz kısıtlamalarına uyumsuz olduklarını ifade ettikleri, altıncı haftada ise, %84.4'ünün sağlıkları ile ilgili düşüncelerinde değişiklik olduğu, %53.8'inin sağlığını koruma/geliştirmeye yönelik değişiklik yapmadığı, değişiklik yapanların %48.7'sinin yağsız yemek yediği, %95.5'inin tedavi kararlarına, %68.8'i ilaç kullanımına, %65.8'i egzersiz kısıtlamalarına uyumsuz olduklarını ifade ettikleri saptanmıştır (Tablo 2.b).

Ameliyattan sonra altıncı haftada sağlık algısının daha olumlu olduğu, sağlığı geliştirme davranışlarında azalma olduğu, tedavi, ilaç ve uyumunun yetersiz olduğu buna bağlı olarak ise komplikasyon gelişmesi açısından riskli oldukları ve sağlık personeline gereksinimlerinin olduğu söylenebilir.

Açık kalp ameliyatı sonrasında iyileşme için yaşam stilinde yapılacak değişiklikler önemlidir. Çünkü cerrahi travma ve hastanın bunu algılaması, önceki deneyimleri ile ilişkili olarak yaşam stilinde değişikliklere neden olmaktadır. Çalışmamızda hastaların birinci haftada %40.4'ünün, altıncı haftada ise %84.6'sının yenilendiğini düşündükleri saptanmıştır. Bağımsızlığın artmasına bağlı olarak altıncı haftada hastaların kendilerini daha sağlıklı olarak gördüğü söylenebilir. Araştırma sonuçlarımızla paralellik göstermemekle birlikte Yılmaz (2001)'in çalışmasında, hastaların %30.5'inin sigarayı bırakma ve kahvehaneye gitmede zorlandığını ifade ettiklerini belirlemiştir. Aydın(2000)'in çalışmasında, hastaların %52.0'ının birinci haftada, %46.0'ı dördüncü haftada damarlarının yeniden daralacağı korkusu yaşadıkları belirlenmiştir.

Evdeki sağlık bakım hizmeti hastanedeki bakım hizmetinden farklılık göstermektedir. Hasta ve ailesi evde tedavisi sırasında daha rahattır. Hastalar hastanede hastane kuralları, düzenlemeleri ve planlama aktivitelerini beklerler, hastane yatağında pijamalarla vakit geçirirler, bakımları ve ihtiyaçları, banyoları, ilaçları genellikle kurumun belirlediği şekilde yapılır. Yemeklerini seçemezler, aile bireyleri ve arkadaşları ziyaret için hastanenin kurallarına uymak zorundadırlar. Ev ziyaretlerinde ise, gelen sağlık çalışanı hastanın misafiri gibidir ve ziyaret ve tedavi için izne gereksinim duyarlar. Sağlık çalışanları ev ziyaretlerinde hastanın yaşam stilini, yaşam şartlarını sağlık uygulamalarını minimal kontrol edebilirler (Smeltzer, Bare 1996). Kardiyak cerrahi sonrası gecikmiş taburculuk hastada komplikasyon gelişme riskini artırmaktadır. Ancak bilindiği gibi günümüzde koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası hastaların 4-7 gün gibi kısa sürede taburcu olmasına olanak sağlamaktadır. Bu durum hastanede iken hemşire tarafından verilen bakım hizmetlerinin evde sürdürülmesini gerekli kılmaktadır. Çalışmamızda ameliyat sonrası birinci haftada, hastaların %82.2'si tedavisinin evde sürdürülmesinin tedavisini olumlu etkileyeceğini, %77.8'i ev ortamının hastaneden daha rahat olması, %46.7'si evde yemeklerin daha iyi olması, %28.8'i ev ortamının daha temiz olması nedeniyle tedavinin evde sürmesini tercih ederken, %17.8'i hastane ortamının, sağlık personeline kolay ulaşılabilmesi, daha güvenli olması nedeniyle hastanede sürdürülmesini tercih ettiklerini, altıncı haftada ise, hastaların %91.1'i tedavisinin evde sürdürülmesinin tedavisini olumlu etkilediğini, %95.5'i ev ortamının hastaneden daha

rahat olması, %80.0'ı evde yemeklerin daha iyi olması, %71.1'i ev ortamının daha temiz olması nedeniyle tedavinin evde sürmesini tercih ederken, %8.9'u hastane ortamının, sağlık personeline kolay ulaşılabilmesi ve daha güvenli olması nedeniyle bakımının hastanede sürdürülmesini tercih ettiklerini belirtmişlerdir (Tablo 2.c.). Araştırma sonuçlarında da görüldüğü gibi hastaların çoğunluğu ev ortamının iyileşmesini olumlu etkilediğini düşünmektedir. Bu durum hastaların kendi evlerinde rahat ve huzurlu olduğunu bu nedenle evde profesyonel bakımın sürdürülebilmesi için sağlık politikalarına gereksinim olduğunu göstermektedir. Bireyler açık kalp ameliyatı sonrası oluşan değişikliklerle etkin baş edebilmesine yönelik bilgilendirilerek, olumlu bireysel algılar geliştirmesi sağlanabilir. Subaşı (2001)'nin yaptığı bir çalışmada, bireylerin %28.4'ünün muayene, tedavi ve kontrol için sağlık personelinin eve gelmesini istediği ve hasta bakım hizmetinin verildiği evlerin %80.2'sinde günlük yaşamı, %73.3'ünde aile huzurunu olumlu etkilediğini bulmuştur. Aksayan ve Cimete (1998)'nin bireylerin evde bakım gereksinimleri, olanakları ve tercihlerini araştırdıkları bir çalışmada, bireylerin %60.1'inin aile üyelerinin yanında olma, evin sakin, rahat, huzurlu ve bilinen ortam olması, hastane ortamını sevmeme, hastanenin zaman kaybettirmesi, evde bakım verecek bir bireyin bulunması gibi nedenlerle evde bakımı tercih ettikleri, %36.5'inin ise bakım ve tedavinin sürekliliği, sürekli doktor kontrolü, aile üyelerine yük olmama, güvenli ortam, araç gerecin bulunması gibi nedenlerle hastanede bakımı tercih ettikleri belirlenmiştir. Altun ve Nahçıvan (1998)'in evde bakımı gereken hastaların bakım sorumluluğunu üstlenen aile bireylerinin, zorlandıkları alanları belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, bakım vericilerin %81.82'sinin baktığı kişinin sağlığı konusunda endişelendiğini, %80.34'ünün ölmesinden korktuğunu ve %78.79'unun ise profesyonel bir desteğe gereksinim duyduklarını belirlemişlerdir.

Major bir ameliyat olan açık kalp ameliyatında hastalara geniş sternotomi ve ameliyatın özelliğine göre kol-bacak insizyonu uygulanmaktadır. Ameliyat sonrasında yaşanan ağrı, hareketsizlik ve hastalıklar nedeniyle önerilen diyetler bireylerin beslenme alışkanlığını değiştirdiği için iştahsızlığa neden olabilmektedir. Açık kalp ameliyatı bireyin homeostatik dengesini bozan majör bir ameliyattır. Homeostatik dengenin yeniden sağlanabilmesi için beslenme önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle ameliyat sonrası hasta mümkün olduğunca erken beslenmeye başlanır. Çalışmamızda da hastaların %100.0'ının beslenmeyle ilişkili, %60.0'ının sıvı alımı ile ilgili bilgi aldığı görülmektedir. Bilgi alan hastaların %62.2'sinin hem hemşire hem de hekimden bilgi aldıkları, %69'unun aldığı

bilginin yeterli olduğu belirlenmiştir (Tablo 3.a.). Redeker (1993)'in yaptığı çalışmasında da hastaların %65'inin ameliyattan sonra iştahsızlık yaşadığı belirlenmiştir. Bilindiği gibi açık kalp ameliyatından sonra hastalarda anastomoz yapılan yeni damarların tıkanmasını geciktirmek, aynı zamanda yara iyileşmesini desteklemek amacıyla kalp koruyucu diyet önerilmektedir (Lewis, Collier, Heitkemper 1998). Ancak taburculuğun ilk haftasında yara iyileşmesi ve hastanın kendisini güçlü hissedebilmesi için diyetle kısıtlama yapılmamaktadır (Aydın 2000). Çalışmamızda ameliyattan sonra birinci haftada, hastaların %48.9'unun BKİ'sinin normal olduğu, %95.6'sının beslenmeye ilişkin sorun yaşadığı, çoğunluğunun yaşadığı beslenme sorununun iştah da azalma olduğu, iştahında azalmaya neden olan durumun çoğunlukla ağrı olduğu, hastaların %44.2'sinin sıvı alımına dikkat etmediği, hastaların çoğunluğunun yaşadığı soruna yönelik hiçbir girişimde bulunmadığı ve bu konuda sağlık personeline gereksinim duyduğu belirlenmiştir. Ameliyat sonrası altıncı haftada ise, hastaların %42.2'sinin BKİ'sinin normal olduğu, %97.8'inin beslenmeye ilişkin sorun yaşadığı, %40.0'ının ameliyat sonrası iştahsızlık yaşadığı, %27.2'sinin ağrı nedeni ile beslenmesinin olumsuz etkilediğini düşündüğü, %54.5'inin bu sorunu çözmek için hareket etme, sıvı yiyecekler alma, sevdiği yiyecekler yeme gibi girişimlerde bulunduğu, %71.1'inin yaşadığı sorun için sağlık personeline gereksinim duyduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 3.b.). Ağrı beslenmeyi etkileyen önemli bir problemdir. Altıncı haftada ağrının beslenmeye etkisi azalmakla birlikte tamamen ortadan kalkmamaktadır. Miller (2004)'in açık kalp ameliyatı yapılmış hastalarla yaptığı çalışmada hastaların birinci haftada, insizyonel ağrı, solunum sıkıntısı, bulantı nedeni ile iştahsızlık yaşadığı, altıncı haftada azalmakla birlikte tamamen ortadan kalmadığı bulunmuştur. Ameliyatın fiziksel fonksiyon ve yaşam değişikliklerine neden olduğu bilinmektedir. Ancak hastalar yaşam değişikliklerine uyum sağlamada zorlanabilmektedir. Çalışmamızda hastaların çoğunluğu diyet alışkanlıklarını değiştirmede ve verilen diyetle uyum sağlamakta zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Yılmaz (2001)'in çalışmasında da benzer şekilde hastaların %42.2'sinin verilen diyeti uygulamada zorlandığını ifade ettikleri bulunmuştur. Hastaların diyet ve yaşam tarzında yapılacak değişikliklerde kültürel özelliklerin de göz önüne alınarak planlanmasının bu sorunun yaşanmamasında etkili olabileceği söylenebilir. Ayrıca yaşanan beslenme sorunu ile ilgili hastaların çoğunluğunun sorunu çözmeye yönelik girişimde bulunmaması evde bakım hizmetinin gerekliliğini göstermektedir. Aydın (2000)'in bu konuda yaptığı çalışmasında da bireylerin zararlı olacağı endişesiyle yemek yemekten kaçındıkları, tuz kısıtlaması yapamadıklarını, midede şişkinlik ya da ağrı olması nedeniyle yemek yiyemediklerini, yediğinin tadını alamadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Açık kalp ameliyatı sonrası beslenme fonksiyonu ile ilgili yapılan

diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur Moore (1994)'un çalışmasında da benzer şekilde hastaların açık kalp ameliyatından sonra iştahlarının azaldığını bulmuştur. King, Parinello (1988)'in araştırmasında iyileşmenin erken döneminde aktivite düzeyi arttıkça iştahsızlık sorununun azaldığı belirlenmiştir. Ameliyat sonrası beslenme problemleri negatif nitrojen dengesine neden olarak yara iyileşmesini geciktirebileceği için önemlidir. Edington ve arkadaşları (1997) major cerrahi geçiren hastalarda ameliyat sonrası malnutrisyon oranını %5.6 bulmuşlardır. Aynı çalışmada hastalarda altıncı haftaya kadar nutrisyonel riskin devam ettiği ve hastaların %11.0'unda görüldüğü bulunmuştur. Beslenme problemlerinin azaltılması için hem hastanede hem de evde bakıma yönelik girişimlerin planlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Hastalar açık kalp ameliyatından sonra ağrı, hareketsizlik, iştahsızlık, tuvalete gitmeyi erteleme gibi nedenlerle barsak boşaltımında değişiklik yaşayabilmektedir. Ameliyat sonrası yaşanan sorun daha çok konstipasyondur. Literatürde ameliyat sonrası konstipasyonun nedeni ağrı kesici ilaç kullanımı olarak bildirilmektedir (King, Parinello 1988). Açık kalp ameliyatından sonra sternum alanındaki yaranın açılmasını engellemek ve genel rahatlık için karın içi basıncı artıran konstipasyon önlenmelidir (Brunner 2004). Çalışmamızda hastaların %51.1'inin boşaltım ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %52.1'inin hemşirelerden bilgi aldığı, %69.6'sının aldığı bilginin yeterli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.a.). Ameliyat sonrası birinci hafta, hastaların %60.0'ının sık sık kabız olduğu, hastaların %33.3'ünün ilaçlar, %28.2'si tuvalete gitmeyi erteleme nedeniyle bu sorunu yaşadıklarını, % 41.1'i bu sorunu gidermek için ev içinde yürüyüş yaptığı, %30'u kabızlık için ilaç aldığı, %61.6'sının yaptığı uygulamaların sorunu çözmediğini ifade ettikleri ve %77.8'isinin bu sorunun çözümü için sağlık personeline gereksinim duyduğu saptanmıştır. Ameliyat sonrası altıncı haftada ise, hastaların %60'ının ara sıra kabız olduğu, %69.3'ünün tuvaletin tipinin uygun olmaması, nedeniyle boşaltım sorunu yaşadığı, % 53.8'i bu sorunu gidermek için ilaç aldığı, %61.6'sının yapılan uygulamaların sorunu çözmediğini ifade ettikleri ve hastaların %51.1'i bu sorunun çözümü için sağlık personeline gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızın sonuçlarında da görüldüğü gibi hastaların büyük çoğunluğu birinci ve altıncı haftada konstipasyon yaşamış ve yaptıkları uygulamalar sorunu çözmemiştir (Tablo 4.b.). Yaşanan bu soruna karşılık hastaların durumun ciddiyetinin farkında olmaması aldıkları eğitimin hedefine ulaşmadığını, bununla birlikte yara açılması riskinin olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamızda hastaların %51.1'inin boşaltım ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %52.1'inin

hemşirelerden bilgi aldığı ancak verilen bilginin yetersiz olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.a). Sağlık personelinin danışmanlık alma davranışının yetersiz olması, sorunun altıncı haftaya kadar sürmesi de bunu desteklemektedir. Ergün ve Fadiloğlu (2001)'nin yaptığı bir çalışmada, hastaların %18'inin konstipasyon sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Aydın (2000)'in çalışmasında da ameliyattan sonraki birinci haftada hastaların %60'ında barsak hareketlerinin yavaşlaması, hareketsizlik nedeni ile konstipasyon görüldüğünü saptamıştır. King, Parinello (1988)'in araştırmasında, barsak fonksiyonu ile ilgili sorunun genellikle taburculuktan iki hafta sonra ortaya çıktığı ve iyileşmenin erken döneminde aktivite düzeyi arttıkça konstipasyon sorunun azaldığı belirlenmiştir. Yıldırım (2001)'in yaptığı çalışmada ise, ameliyat sonrası hastaların % 56.6'sının barsak sorunu yaşamadığı belirlenmiştir.

Açık kalp ameliyatı sonrası hastaların iyileşmesinin hızlanması ve hareketsizliğin neden olduğu komplikasyon gelişiminin önlenmesi için düzenli egzersiz yapmaları önerilmektedir. Çalışmamızda hastaların, %88.8'inin aktivite ve egzersiz ile ilgili bilgi aldığı, ancak alınan bilginin %100.0'mının yetersiz olduğu belirlenmiştir (Tablo 5.a.). Bilindiği gibi egzersiz, fizyolojik, psikolojik, sosyal fonksiyonları artırır. Canlı, sağlıklı olmayı sağlar, gereksinimlerin karşılanmasına yardım eder, birey-çevre etkileşimine olanak verir, bireye özgürlük, seçme şansı sunar, üretmeye ve kendini gerçekleştirmeye katkı verir. Ancak bireylerin özellikle ameliyattan sonra ilk ayda, stres, anksiyete, depresyon, öfke, duygu durumunda değişiklik, yorgunluk, halsizlik, uyku, barsak problemleri, iştah değişimi, bacak ve göğüs insizyonunda rahatsızlık/ağrı, solunum sıkıntısı ve anjinal ağrı gibi problemlere bağlı olarak aktivite düzeyleri etkilenmektedir (Moore 1996). Ameliyat sonrası altıncı haftadan itibaren aktivite düzeyi ve aktivite toleransı artmaya başlar, ancak yorgunluk sekiz haftadan daha uzun sürebilmektedir (King, Parinello 1988). Düzenli egzersiz yapma, egzersiz yapabilme kapasitesini artırır, kas güçsüzlüğünü ve kanın pıhtılaşmaya yatkınlığını azaltır. Bu nedenle iyileşme dönemi içerisinde hastalara kademeli olarak ve insizyon bölgesini zorlamayacak şekilde aktivitelerini artırmaları önerilmektedir. Egzersiz programı belirlenirken, hastanın egzersiz sırasında yorgunluk durumu ve kalp atışları değerlendirilmeli, hasta tolere edebileceği egzersizleri belirli aralıklarla dinlenerek yapmaya teşvik edilmelidir (Hacıoğlu, Özer 2003). Çalışmamızda taburculuğun birinci haftasında, hastaların %100.0'mının aktivite ve egzersiz fonksiyonunda sorun yaşadığı, %100.0'mının kendi kendine giyinemediği, %93.3'ünün rahat hareket edemediği, %91.1'inin kendi kendine beslenemediği, %80.0'mının boş zaman aktivitelerini yerine getiremediği, %73.3'ünün çalışırken sorun

yaşadığı, %48.9'u aktivite ve egzersiz sorununa ilişkin sağlık personeline gereksinim duyduğunu ifade ettikleri, altıncı haftada ise, hastaların aktivite ve egzersiz fonksiyonunda yaşadıkları sorunların azaldığı, aktivite düzeyinin kademeli olarak arttığı ve %40.0'ının aktivite ve egzersiz sorununa ilişkin sağlık personeline gereksinim duydukları belirlenmiştir (Tablo 5.b.). Bireylerin günlük yaşam aktivitelerini karşılamada zorluk yaşadığı, iyilik hali ve bağımsızlık arttıkça sağlık personeline gereksiniminin azaldığı söylenebilir.

Redeker ve Brassad (1994)'nın açık kalp ameliyatı geçirmiş kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada da, aktivite düzeyinin ameliyatı takiben ancak altı aydan sonra kademeli olarak arttığı belirlenmiştir. Bayık ve arkadaşları (1998)'nin açık kalp ameliyatı olan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların beslenme, çevre, vücut hijyeni, mobilizasyon gibi aktivitelerde bağımlılık düzeyleri yüksek bulunmuştur. Goyal ve arkadaşları (2005) tarafından açık kalp ameliyatı geçiren hastalar üzerinde yapılan çalışmada ise, hastaların %41.2'inin ameliyattan sonra yardıma gereksinimi olmadığını ifade ettikleri belirlenmiştir. Warrington, Cholowski, Peters (2003)'in açık kalp ameliyatı olan hastalarla yaptığı çalışmada, hastalar dokuz hafta egzersiz toleransı açısından izlenmiş ve hastaların egzersiz toleransının giderek arttığı ve yaşam kalitesinde pozitif değişiklikler gözlemlendiği belirlenmiştir. Ameliyat sonrasında hastalar yaşadıkları halsizlik, çabuk yorulma, ağrı, egzersiz toleransında azalma, insizyon bölgesine zarar verme korkusu nedeniyle özellikle taburculuğun ilk haftalarında bağımsız olarak hareket etmede zorlanıp, hijyen, giyim, pozisyon değiştirme-hareket etme gibi bazı gereksinimlerini tek başlarına karşılayamamakta ve bir başkasının yardımına gereksinim duymaktadırlar. Ülkemizde evde bakım hizmetinin yetersiz olması nedeniyle bu yardım hasta yakınları tarafından yapılmaktadır. Bu nedenle ailelerin taburculuk eğitimi ile bilgilendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Açık kalp ameliyatı sonrası görülen yaygın problemlerden birisi uykusuzluktur. Ameliyat sonrasında genellikle hastalar uykuya dalmada/sürdürmede güçlük yaşamaktadır. Kronobiyolojik çalışmalarda, sağlık ile güçlü stabil yüksek sirkadian ritm arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. İnsanın biyoritmi aktivite dinlenme örüntüsü, sağlık ve iyilik hali ile oluşturduğu fizyolojik parametrelerden etkilenmektedir. Ameliyat sonrasında beden ısısı, elektrolitler ve katekolaminler (sirkadian ritm) değişkenlik göstermektedir. Ağrı ve anestezi için kullanılan ilaçlar, kortizon ve melatonin sekresyonu ile sirkadian ritmi etkilemektedir. Kadınlarda sirkadian ritm eski haline yavaş olarak dönmektedir. Bu nedenle kadınlarda uykusuzluk sorunu daha fazla görülmekte olduğu bildirilmektedir. Uykusuzluk ağrı, yaklaşık

üç ay sırt üstü pozisyonda uyuma zorunluluğu, uyku sırasında insizyon bölgesine zarar verme korkusu, solunum sıkıntısı gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır (Goodman 1997). Redeker ve Brassard (1996)'ın yaptığı çalışmada ameliyat sonrası hastaların %40'ının uyku örüntüsünde sorun yaşadığını bulmuşlardır. Çalışmamızda ameliyat sonrası birinci hafta, hastaların %88.9'unun uyku ve dinlenme sorunu yaşadığı, hastaların %87.5'i ağrı, %82.5'i bu sorunu sürekli sırt üstü yatma nedeniyle yaşadığı, %80'inin uyku sorunu yaşadığında kalkıp televizyon izlediği ve çoğunluğunun uyku sorununun çözümü için sağlık personeline gereksinim duyduğunu ifade ettikleri saptanmıştır. Taburculuğun altıncı haftasında ise, hastaların yaşadığı uyku ve dinlenme sorununun azaldığı ancak tamamen ortadan kalkmadığı bu dönemde %100'ünün uykuya dalmada/sürdürmede güçlük yaşadığı ve %60.0'ının uyku sorunu ile ilgili sağlık personeline gereksinim duyduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 6.b.). Aydın (2000) tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde hastaların taburculuğun birinci haftasında %88'inin gündüz uyuma, öksürük ve sık idrar, ağrı, sırt üstü yatma gibi nedenlerle uyku sorunu yaşadığını ifade ettikleri belirlenmiştir. Ameliyat sonrasında uyku ve dinlenme ameliyat sonrası iyileşme süreci için önemlidir. Bilindiği gibi uykusuzluk bireylerin fonksiyonel sağlık örüntülerini olumsuz olarak etkiler. Bu nedenle hastaların etkin uyumalarını sağlayacak girişimler konusunda ailelerin taburculuk öncesi bilgilendirilmesinin ve evde bakımın önemli olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda hastaların %53.4'ünün uyku ve dinlenme ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %91.6'sının hemşirelerden bilgi aldığı, %100'ünün aldığı bilginin yetersiz olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.a.).

Akut ve kronik nöropsikolojik komplikasyonlar koroner arter by-pass greft ameliyatlarında ekstrakorporeal dolaşımının kullanılması ile ilişkilidir. Bu ameliyat sonrasında kısa bellekte fonksiyon bozukluğu gelişebilmektedir. Nöropsikolojik fonksiyon bozukluğunun patofizyolojisinde mikroembolik hipoksinin rol oynadığı tahmin edilmektedir. Bu durum hastalarda ameliyat sonrasında hafıza ve bilişsel yeteneklerde azalma şeklinde nöropsikolojik değişikliklerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Kneebone 1999). Bunun yanı sıra açık kalp ameliyatında kullanılan hipotermik yöntem, nörolojik ve psikiyatrik komplikasyonlara (postoperatif delirium sendromu) neden olabilmektedir (Sinci ve ark 1998). Literatürde CABG ameliyatı sonrası nörolojik bozuklukların %2-4, nöropsikolojik bozuklukların %33-83 arasında görüldüğü bildirilmektedir (Biçer, Çoruh, Canik 1998). Çalışmamızda taburculuk sonrası birinci haftada, hastaların %100'ünün biliş ve algı ile ilgili sorun yaşadığı, %84.4'ünün sırt, boyun, kol-bacak insizyonu, göğüs insizyon alanlarında ağrı,

%62.2'sinin unutkanlık, %37.8'inin kısa bellekte sorun yaşadığı, %33.3'ünün yardım için gereksinimlerini fark edemediği, %84.4'ünün biliş ve algı sorunu ile ilgili sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri belirlenmiştir. Taburculuğun altıncı haftasında da, hastaların %100'ünün biliş ve algı sorunu yaşadığı, %64.4'ünün ağrı, %62.2'sinin unutkanlık, %37.8'inin kısa bellekte sorun yaşadığı, %15.6'sının yardım için gereksinimlerini fark edemediği, hastaların %93.3'ünün biliş ve algı sorunu ile ilgili sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 7.b.). Biliş ve algı fonksiyonu ile ilgili hasta ve ailelerinin soruna erken çözüm bulmak için bilgi alma önemlidir. Çalışmamızda hastaların %82.2'sinin biliş ve algı ile ilgili bilgi aldığı, %51.4'ünün bu bilgiyi hemşire ve hekimden aldığı, %100'ünün aldığı bilginin yetersiz olduğu saptanmıştır (Tablo 7.a.). Smith (2006)'in açık kalp ameliyatı yapılan hastalarla yaptığı çalışmada, hastaların %6.1'inde sererbral disfonksiyon görüldüğü saptanmıştır. Schreiber (2004)'in Posttravmatik semptomları belirlemek üzere yaptığı çalışmada, açık kalp cerrahisi sonrasında bireylerde nöropsikolojik değişikliklerin ortaya çıkmasında demografik özelliklerin (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu) ve ameliyatla ilgili faktörlerin (ameliyatın tipi, perfüzyon ısı, kros klemp süresi, yoğun bakımda kalma süresi) rol oynadığını ve hafızada önemli değişikliklerin ortaya çıktığını ancak 6 ay sonra hafıza değişikliklerinin düzeldiğini belirlemiştir. Gersbach ve ark (2006)'nın yaptığı çalışmada nörolojik komplikasyon gelişme oranı %6.2 olarak bulunmuştur. Bu nedenle ameliyat sonrası dönem boyunca hastanın bilinç düzeyinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Hemşire, depresyon ya da postkardiyotomi psikoza gibi psikolojik ve emosyonel durumu gösteren parametreleri değerlendirmelidir. Psikozun karakteristik göstergeleri; kısa süreli kavramsal illizyonlar, görme ve işitme halüsinasyonları, oryantasyon bozukluğu ve paranoid kuruntulardır (Smeltzer, Bare 1996). Yava (2000)'nin açık kalp ameliyatı olan 119 hasta üzerinde nöropsikolojik etkilenimin nedenlerini belirlemeye yönelik yaptığı çalışmada, 60 ve üzeri, kadınlarda, evlilerde, kros klemp süresi 39 dakikadan daha fazla olanlarda, 3 gün ve daha uzun süre yoğun bakımda kalanlarda, koroner arter bypass ameliyatı olanlarda ameliyat sonrası erken dönemde (6-7. günlerde) nöropsikolojik değişiklik meydana geldiğini belirlemiştir. Okutan ve arkadaşları (2001)'nin açık kalp ameliyatı geçiren yaşlı ve genç hastalar üzerinde yaptığı çalışmada da benzer şekilde serebral fonksiyon bozukluğu görülme oranının yaşlı hasta grubunda daha fazla olduğu bulunmuştur.

Açık kalp cerrahisinden sonra bireyler büyük bir ameliyat geçirmiş olma, ağrı, aktivite kısıtlılığı, iştahsızlık, yorgunluk-halsizlik ve iyileşememe korkusu yaşamaları

nedeniyle psikososyal uyumun zaman almasından dolayı kişilik özelliklerinde değişiklik gelişebilmektedir. Ameliyat aynı zamanda cinsiyet üzerinde farklı etki göstermektedir. Ameliyat insizyonu ile ilgili duygular, bedensel görüntü erkekler tarafından daha kolay kabul edilirken kadınlar bedenlerinde oluşan skarı kadınlık kimliğine tehdit olarak algılamaktadırlar (Stein ve ark 1990). Çalışmamızda taburculuğun birinci haftasında, hastaların %55.5'inin kendini algılama/benlik kavramı ile ilgili sorun yaşadığı, %88'inin ameliyat öncesine göre daha sinirli olduğu, %93.3'ünün kendini algılama/benlik kavramı sorunu ile ilgili sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri saptanmıştır. Taburculuğun altıncı haftasında ise, hastaların %71.1'inin kendini algılama/benlik kavramı ile ilgili sorun yaşadığı, %68.7'sinin ameliyat öncesine göre daha sinirli olduğu, %97.8'sinin kendini algılama/benlik kavramı ile ilgili yaşadığı sorun için sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettiği belirlenmiştir (Tablo 8.b.). Shiraishi (2002)'nin anjina pectoris'li hastalar ve yakınları üzerinde yaptığı araştırmada, hastaların %64'ünün ameliyattan sonra duygusal tepkilerinde değişiklikler olduğu belirlenmiştir. Redeker(1996) çalışmasında da hastaların %18'inin anksiyete, %4'ünün korku yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Fadiloğlu ve Ergün (2001) çalışmalarında, hastaların %74'ü ameliyattan sonra kendine güvenlerinin azaldığını ifade ettiklerini belirlemiştir. Literatürde açık kalp cerrahisi sonrası bireylerin kendini algılamaları üzerine yapılmış çalışmaya rastlanılmamıştır, ancak cerrahi girişimler bireylerin kendilerini algılamalarını olumlu ya da olumsuz olarak etkilemektedir. Hemşirenin hasta ve ailesine ameliyat öncesinde bilgi vererek ortaya çıkabilecek değişiklikler konusunda birey ve ailesinin farkındalığının artırılabilceği düşünülmektedir. Oysa çalışmamızda hastaların %100'ünün kendini algılama ile ilgili bilgi almadığı belirlenmiştir (Tablo 8.a.).

Ameliyat süreci hasta birey ve ailesi için oldukça zor bir süreçtir. Hastanede yatma süresince ve taburculuktan sonra evdeki iyileşme döneminde hastanın yaşadığı fiziksel sınırlılıklar, işten ve sosyal yaşamdan uzak kalma gibi durumlar nedeniyle bireyler eski rollerine dönmekte zorluk yaşamaktadır (Moore 1996, Keller 1991). CABG bireylerde psikolojik ve fonksiyonel değişikliklere neden olur. Bu nedenle bireyler işlerine tekrar başlamada zorlanırlar. Cerrahi travma, hastanın ameliyatı algılaması ve önceki deneyimler ile ilişkili olarak yaşam stilinde değişikliklere neden olmaktadır. Çalışmamızda taburculuğun birinci haftasında, hastaların %80.0'mının rol ve ilişkiler ile ilgili sorun yaşadığı, %40.0'mının ekonomik güçlük, %31.1'inin aile içi rolünü yerine getirememe, %62.2'sinin akrabalar ile sık görüşememe, %11.1'inin iş değişikliği yapma durumunda kalma nedeni ile sorun yaşadığı,

hastaların %93.3'ünün rol ve ilişkiler ile ilgili yaşadığı sorunlarda sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri, taburculuğun altıncı haftasında ise, hastaların %64.5'inin rol ve ilişkiler ile ilgili sorun yaşadığı, %40.0'mın ekonomik güçlük, %35.5'inin aile içi rolünü yerine getirememe, %17.7'sinin akrabalar ile sık görüşememe, %13.3'ünün iş değişikliği yapmak durumunda kalma nedeniyle sorun yaşadığını, hastaların %100.0'inin rol ve ilişkilerde yaşadığı sorunların çözümü için sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri saptanmıştır (Tablo 9.b.). Hastaların %62.2'sinin rol ve ilişkiler ile ilgili bilgi almadığı, bilgi alanların %82.3'ünün hemşireden bilgi aldığı, %100.0'inin aldığı bilginin yetersiz olduğu saptanmıştır (Tablo 9.a.).

Stein ve ark (1996)'nın yapmış olduğu çalışmada erkeklerin kadınlara göre eski fonksiyonel durumlarına ve rollerine daha kolay dönebildiğini belirlemiştir. Weiss (1989)'in açık kalp ameliyatı yapılmış hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların %22.6'sının iş yaşamına döndüğünü diğerlerinin işten ayrıldığını bulmuştur. Rol ve ilişki fonksiyonunu değerlendirme, kişinin rolleri ve ilişkilerinin niceliği ve niteliği hakkında bilgi toplamayı sağlar. Bilgi toplama, kişinin rol kavramı, iletişim modelleri, aile ve sosyal etkilenme süreçleri ve yeteneklerini göz önünde bulundurmaya kapsar. Hemşirelikte rol ve ilişkiler, bireylerin rol ve ilişkilerini sağlık durumuna, sosyal ilişkiler, aile ile ilgili belirli rollerini nasıl kullandıkları tanımlamak için değerlendirilir (Gordon 1982). Fadıoğlu ve Ergün (2001)'ün çalışmasında da benzer şekilde, hastaların %44'ünün ameliyattan sonra aile ve arkadaş ilişkilerinde problem yaşadıkları saptanmıştır.

Cinsellik toplumda, rahat konuşulan bir konu değildir. Ayrıca kalp yaşamsal önemi olan bir organ olmasından dolayı hastalar iyileştikten sonra bile cinsel ilişkiye girmekten korkabilirler. Bu nedenle hastalara ve eşlerine bu konuda gerekli ve yeterli bilgi verilerek hastaların yaşayabileceği endişenin azaltılabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda hastaların %51.1'inin cinsellik ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %95.6'sının hemşireden bilgi aldığı, %100'ünün aldığı bilginin yetersiz olduğu saptanmıştır (Tablo 10.a.). Çalışmamızda taburculuğun birinci haftasında, hastaların %64.5'inin cinsellik ile ilgili sorun yaşadığı, %75.9'unun cinsel ilişki sırasında ölmekten korktuğu, %91.1'inin cinsellik ile ilgili yaşadığı sorunda sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri saptanmıştır. Taburculuğun altıncı haftasında ise, hastaların %69.9'u cinsellik ile ilgili sorun yaşadığı, sorun yaşayanların %87'sinin cinsel ilişki sırasında ölmekten korktuğu, hastaların %77.8'inin cinsellik ile ilgili yaşadığı sorunda sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri belirlenmiştir

(Tablo 10.b.). Açık kalp ameliyatında hastaların taburculuk eğitiminde, iyileşme süreci için önemli olan, ilk 6 hafta cinsel ilişkiye girmemesi önerilmektedir. Bu nedenle hastaların 6. haftada cinsel ilişkiye girme endişesi yaşadıklarından dolayı ölüm korkusunun arttığı, cinselliğin toplumumuzda mahremiyeti yüksek olan bir konu olması dolayısıyla hastaları çoğunluğunun bu konuda sağlık personeline gereksinim duymadıklarını belirttikleri söylenebilir. Yılmaz (2001) tarafından yapılan araştırmada hastaların %33.7'ünün eski gücümü toplayana kadar uzak durmayı düşünüyorum, %66.3'ünün önceki yaşantım gibi olmayacağını düşünüyorum ifadelerini kullandığı, Aydın'ın (2000) açık kalp ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası iki aylık dönemde yaşadıkları güçlükler üzerine yaptığı araştırmada ise, hastaların %18.8'inin taburculuğun dördüncü haftasında, %52.'si sekizinci haftasında halen güçlük yaşadığını, kendilerini cinsel yaşama başlamaya hazır hissetmedikleri, %8.3'ünün taburculuk sonrası dördüncü hafta, %42.7'si sekizinci haftada cinsel ilişkiye başladıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir.

Ameliyat sonrasında iyileşme için yaşam stilinde yapılacak değişiklikler önemlidir. Çünkü ameliyat yaşam stilinde değişikliklere neden olmaktadır. Çalışmamızda taburculuk sonrası birinci hafta, hastaların %100'ünün stresle baş etme ve stres toleransına ilişkin sorun yaşadığı, %40.0'mın bağımlılık hissi, %40.0'mın ekonomik güçlük, %31.1'inin aile içi rolleri yerine getirememe, %22.2'sinin iş gücü kaybı, %24.4'ünün sosyal ilişkilerde azalma, %40.0'mın iyileşememe korkusu yaşadıkları, hastaların stresle baş etme yöntemlerinin değişiklik göstermekle birlikte, %100'ünün yaşadığı sorunla ilgili hiçbir şey yapmadığı, hastaların %84.4'ünün stresle baş etme ve stres toleransı ile ilgili sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri saptanmıştır. Taburculuğun altıncı haftasında da, hastaların %100.0'mın stresle baş etme ve stres toleransına ilişkin sorun yaşadığı, %40.0'mın aile ilgili rolleri yerine getirememe, %35.5'inin bağımlılık hissi, %35.5'inin ekonomik güçlük, %26.6'sının iş gücü kaybı, %13.3'ünün sosyal ilişkilerde azalma, %33.3'ünün iyileşememe korkusu yaşadığı, hastaların stresle baş etme yöntemleri değişiklik göstermekle birlikte, %95.6'sının hiçbir şey yapmadığı, hastaların %100'ünün stresle baş etme ve stres toleransı ile ilgili sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 11.b.).

Keller (1991)'in açık kalp ameliyatı olan hastaların normal yaşantılarına dönme özelliklerini incelediği çalışmasında, ameliyat sonrası bireylerin işlerine tekrar başlamada zorlandığını ve iyileşme sürecinde aile ve arkadaş desteğinin etkili olduğunu belirlemiştir.

Fadıloğlu ve Ergün (2001)'ün çalışmasında da benzer şekilde, hastaların %44'ünün ameliyattan sonra aile ve arkadaş ilişkilerinde problem yaşadıklarını saptanmıştır. Bu konuda Shiraishi (2002)'nin anjina pectoris'li hastalar ve yakınları üzerinde yaptığı araştırmada, hastaların %64'ünün ameliyattan sonra duygusal tepkilerinde değişiklikler olduğu belirlenmiştir. Redeker(1996) alışmasında hastaların %7'sinin depresyon, %1'ünün dūřmanlık yaşadıklarını, hastaların %92.0'nın ailesinin etkili stresle bař etmede yeterli problem çözme stratejisi kullandıklarını ve tedavi önerilerini etkili olarak yerine getirdiklerini belirlemiştir. Owen ve Stachler (2003) hastaların evde bakımı sırasında stresi azaltmaya yönelik yaptıkları araştırmada, bireylerin yetersiz bilgilendirildiğinde stres yaşadığını bulmuştur. Çalışmamızda hastaların %64.4'ünün stresle bař etme ve stres toleransına ilişkin bilgi almadığı, bilgi alanların %81.3'ünün hemşireden bilgi aldığı, %100'ünün aldığı bilginin yetersiz olduğu görölmektedir (Tablo 11.a.).

Değer, bireyin bir kişi, bir durum, bir fikir ile ilgili geliştirdiği tavır\ davranış ya da, belirli bir grup tarafından “genel” olarak kabul edilen\ onaylanan bir dizi özelliklere önem verme olarak tanımlanmaktadır. Ahlak, aileye bağlılık gibi değerler toplumdan topluma, zamana ve kişiden kişiye farklılık gösterir. Bu nedenle bireyseldir. Değerler uzun bir zaman sürecinde oluşur ve genellikle karar verme sürecinde kullanılan kişiliğimizin önemli bir parçasıdır. Değerler kişinin gereksinimleri, içinde yaşadığı toplum ve kúltür, yakın ilişkide olduğu/önem verdiği bireyler (aile)den etkilenir. İnanç ise, bir şeyin gerçekten var olduğu ya da doğru, gerçek olduğuna ilişkin his-duygu ya da bir dizi tutumlardır. İnanç, fikirler, kişiler, objelerle ilgili olarak kişinin geliştirdiği kişisel bir güven durumudur. Genellikle travmatik yaşam olaylarında öne çıkan değer ve inançlar unutulana/görmezden gelinen bir boyuttur Oysa değer ve inançlar insanları motive eden ve bireyin yaşamını, sağlığını, davranışlarını ve ilişkilerini etkileyen vazgeçilmez bir yaşam gücüdür. Kiřiden kişiye farklılık gösteren ve kişinin yaşam felsefesinin temelini oluşturan değer ve inanç sistemi, birey duygusal baskı altında, fiziksel hastalık veya ölüm ile yüz yüze geldiğinde bilinçli ya da bilinçsiz olarak ortaya çıkmaktadır. Kişinin değer ve inanç örüntüleri benlik algısı, başetme becerileri, stres toleransı ve rol ilişkileri ile yakından ilişkilidir. Bireyin değer ve inançları yalnızca fiziksel gereksinimlerine yönelik değil aynı zamanda psikolojik ve spiritual gereksinimlerini de dikkate alarak bakım verebilmek için mutlaka değerlendirilmelidir. Hemşire bireyin değer ve inançlarını ve bunların kişinin sağlığını nasıl ve ne yönde etkilediğini anlamaya çalışmalıdır (Gordon 1982). Çalışmamızda taburculuğun birinci haftasında, hastaların %66.7'sinin değer

ve inançlarla ilgili sorun yaşamadığı, sorun yaşayanların %42.8'inin namaz kılamadığı, yaşadığı bu soruna yönelik %33.3'ünün yeni çözüm aradığı, hastaların %100'ünün yaşadığı soruna ilişkin sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri, altıncı haftada ise, hastaların %66.7'sinin değer ve inançlarla ilgili sorun yaşamadığı, sorun yaşayanların %42.8'inin namaz kılamadığı, yaşadığı bu soruna yönelik %33.3'ünün yeni çözüm aradığı, hastaların %100'ünün yaşadığı soruna ilişkin sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 12.b.). Literatürde bu konuyla ilişkili çalışmaya rastlanılmamakla birlikte, kültürel özelliklere göre farklı bölgelerde farklı sonuçlar çıkabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda hastaların değer ve inanç özellikleri ile ilgili bilgi almadığı, bilgi alanların %83.3'ünün diğer hastalardan bilgi aldığı, %100.0'ının aldığı bilginin yetersiz olduğu belirlenmiştir (Tablo 12.a.).

Literatürde açık kalp ameliyatı sonrası iyileşme dönemi ortalama 2 ay olarak belirtilmektedir (Brunner 2004, King, Parinello1988). Bazı kaynaklarda ise, bireylerin ameliyattan sonra günlük yaşamlarında yaşadıkları bir çok sorundan dolayı iyileşme süresinin 6-8 ayı bulabildiği belirtilmektedir. Bu nedenle birey ve yakınlarının, evde bakıma yönelik kapsamlı bir taburculuk eğitimine gereksinimleri vardır (King, Parinello 1988). Eğitim, kişinin kendi sağlığını koruma ve sürdürme davranışı geliştirmesinde en önemli faktördür. Evde bakım hizmetinin henüz yaygın olarak kullanılmadığı ülkemizde taburculuk eğitimi daha çok önem kazanmaktadır. Literatürde hemşirelerin taburculuk eğitimi vermesinin, hastaların iyileşme sürecinde ortaya çıkan problemlerle baş edebilme ve taburcu olduktan sonra normal yaşama uyum sağlamasını arttırdığı belirtilmektedir (Ergün, Fadıloğlu 2001). Etkili bir taburculuk eğitimi ile, komplikasyon gelişme olasılığı, sağlık kurumuna tekrarlı yatış, maliyet ve aile üyelerinin tükenmişlik yaşama riski azalır, iyileşme hızlanır, yaşam kalitesi yükselir, hasta memnuniyeti artar, aile sürecinin devamı sağlanır (Erdil, Bayraktar 2004). Hastanede aldığı bakımın evde devamı için gerekli bilgi ve beceriden yoksun olarak eve dönen hasta sağlığını yeniden kazanmada problemler yaşamaktadır. Örneğin, İlaçları hakkında yeterli bilgisinin olmaması nedeniyle, terapötik dozun çok üstünde ya da altında ilaç almaya ya da yara bakımını bilmemesi önemli enfeksiyonlara, aktivite düzeyi ile ilgili yanlış anlamalar ise yaralanmalara neden olabilmektedir (Gültekin, Özbayır 2002). Çalışmamızda hastaların % 100.0'ının beslenme ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %62.2'si hekim ve hemşireden, %51.1'inin boşaltım ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların 26.7'sinin hemşireden bilgi aldığı, %88.8'inin aktivite ve egzersiz ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların % 46.8'inin

hemşireden bilgi aldığı, % 53.4'ünün uyku ve dinlenme ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %48.9'unun hemşireden bilgi aldığı, %82.2'sinin biliş ve algı ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %42.2'sinin hemşire ve hekimden bilgi aldığı, %37.8'inin rol ve ilişkiler ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %48.9'unun hemşireden bilgi aldığı, %51.1'inin cinsellik ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %48.9'unun hemşireden bilgi aldığı, %35.6'sının stres ve başatme ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %29.0'ının hemşireden bilgi aldığı, %13.3'ünün değer ve inançlarla ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %13.3'ünün diğer hastalardan bilgi aldığı, benlik kavramı ile ilgili %100.0'ının bilgi almadığı saptanmıştır (Tablo 13). Çalışmamızın sonuçlarında da görüldüğü gibi hastalar taburculuk ile ilgili bilgiyi daha çok hemşirelerden almaktadır. Ancak verilen bilgiler genellikle fiziksel sorunlara yönelik olup, bireylerin psikososyal boyutlarının etkileniminin gözden kaçtığı ve verilen taburculuk eğitiminin yetersiz olduğu söylenebilir. Aydın (2000) 'ın çalışmasında da hastalık ve tedavi süreci ile ilgili gerekli bilgiyi hastaların %64'ünün hemşireden almak istedikleri belirlenmiştir. Owen ve Stachler (2003) hastaların evde bakımı sırasında stresi azaltmaya yönelik yaptıkları araştırmada, bireylerin yetersiz bilgilendirildiğinde stres yaşadıklarını bulmuştur. Yılmaz (2001)'in Myokard enfarktüsü tanısı konulan hastaların taburculuk planlaması ve evde bakım gereksinimleri üzerine yaptığı araştırmada, hastaların çoğunluğunun hastalıkları, ilaçları, aktiviteleri, çok azının bağırsak alışkanlığı, cinsel yaşam ve stresi ile ilgili hekimden bilgi aldıkları, %57.4'üne hemşirelerin açıklama yapmadan kitapçık verdiği, %2.7'sinin ise kendisinin soru sorduğu belirlenmiştir. Alpar, Karabacak, Gülseven (1997)'in yaptıkları çalışmada da hastaların %83.63'üne evde kullanacakları ilaçlar hakkında bilgi verildiği, %52.72'sinin bu bilgiyi doktorlardan aldığı, %60.91'ine evde uymaları gereken diyetle ilişkin bilgi verildiği, %23,64'ü diyetle ilgili bilgiyi doktordan, %22.73'ü de diyet uzmanından aldıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Bu çalışmada eğitim işini genellikle hekimlerin yaptığı, hemşirelerin daha çok taburculuk ve hastaneden ayrılma işlemlerine yardımcı olduklarının gözlemlendiği belirtilmektedir. Ergün ve Fadıoğlu (2001 )nun yapmış olduğu çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur.

Açık kalp ameliyatı bireyin homeostatik dengesini bozan majör bir ameliyattır. Hastalar ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmezse ortalama 5-7. günde taburcu olurlar (Pintor ve ark 2003). Çalışmamızda hastaların %95.6'ünün beslenme ve metabolizma, %86.7'sinin boşaltım, %100.0'ının aktivite ve egzersiz, %88.9'unun uyku ve dinlenme, %100.0'ının biliş ve algı, %55.5'inin benlik kavramı, %80.0'ının rol ve ilişkiler, %64.5'inin

cinsellik, %20.0'ının değer ve inançlarla ilgili sorun, %100.0'ının stres yaşadığı, taburculuğun altıncı haftasında ise %97.8'inin beslenme ve metabolizma, %57.8'inin boşaltım, %64.4'ünün aktivite ve egzersiz, %62.3'ünün uyku ve dinlenme, %71.1'inin benlik kavramı, %64.5'inin rol ve ilişkiler, %69.9'unun cinsellik ve üretkenlik, %20.0'ının değer ve inançlarla ilgili sorun, %100.0'ının stres yaşadığı saptanmıştır (Tablo 14). Sağlığı algılama, beslenme, boşaltım, aktivite egzersiz, uyku, biliş ve algı örüntüsünde yaşanan sorunların altıncı haftada azaldığı, aile ile ilgili stres düzeyinin değişmediği, cinsellik örüntüsünde yaşanan sorunlarda artış olduğu belirlenmiştir. Birinci ve altıncı haftada yaşanan sorunlardaki değişimin bireylerin yaralarının iyileşmesi, ağrı düzeyinin azalması, aktivite düzeyinin artması, bağımlılığının azalması sonucu cinsellik gibi gereksinimlerde sorun yaşamalarına neden olduğu söylenebilir.

Miller (2004)'in açık kalp ameliyatı olan 102 hastada yapmış olduğu çalışmada, hastaların birinci haftada solunum sıkıntısı, insizyonel ağrı, yara akıntısı, bulantı, baş dönmesi, ayakta ödem, iştahsızlık, terleme yaşadıklarını ifade ettikleri belirlemiştir. Redeker ve arkadaşları (1997)'nin, fonksiyonel sağlık örüntülerine göre, kalp ameliyatı geçirmiş hastaların yaşadıkları problemleri belirlemek amacı ile yaptığı çalışmada, hastaların %73'ünün sağlığı algılama/yönetme, %58'inin rol ve ilişkiler (aile), %72'sinin aktivite-egzersiz, %67'sinin uyku-dinlenme, %65'inin beslenme-metabolizma, %97'sinin biliş ve algı, %92'sinin stres ve baş etme (aile), örüntülerinde sorun yaşadığı bulunmuştur. Aydın(2000)'in açık kalp ameliyatı olan hastaların taburculuklarının ilk iki ayında yaşadıkları sorunları belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada da, hastaların taburculuklarının birinci haftasında %64'ünün solunum, %74'ünün beslenme, %60'ının barsak boşaltımı, %92'sinin banyo yapma, %68'inin vücut egzersizleri, %56'sının venöz dolaşım, %88'inin uyku, %98'inin pozisyon ile ilgili sorun yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Kalp cerrahisi geçiren bireyler üzerinde yapılan diğer bazı çalışmalarda da bireylerin göğüs ya da bacakta ağrı, etkisiz bireysel baş etme, aktivite intoleransı, yorgunluk, konstipasyon, uyku örüntüsünde değişiklik, beslenmede değişim, kilo kaybı gibi sorunlar yaşadıkları bulunmuştur (Moore 1994, Redeker 1993, Ruberman 1992, King, Parinello 1988). Bu konuda literatürde yer alan ve yapılan çalışmaların sonuçları ile bu çalışmadan elde edilen sonuçlar paralellik göstermektedir.

Ülkemizde evde bakım hizmetinin gelişmemiş olması ameliyattan sonra tam olarak iyileşmeden eve dönen hasta ve ailesinin birçok sorunla tek başlarına mücadele etmek

zorunda kalmalarına neden olmaktadır. Taburcu olan bireyler evde genellikle ilk haftalarda yara, ilaç tedavisi, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme ve gelişebilecek komplikasyonlara ilişkin problem yaşayabilmektedir. Birey ve ailenin evde yaşadığı bu problemlerle baş edebilmesi için profesyonel desteğe gereksinimleri vardır (Lewis, Collier, Heitkemper 1998). Çalışmamızda taburculuğun birinci haftasında, hastaların %75.6'sı beslenme ve metabolizma, %77.8'i barsak boşaltımı, %48.9'u aktivite-egzersiz, %77.8'i uyku ve dinlenme fonksiyonu ile ilgili yaşadığı problemle ilgili sağlık personeline gereksinim duyduğunu belirtirken, taburculuğun altıncı haftasında ise, hastaların %71.1'i beslenme ve metabolizma, %51.1'i barsak boşaltımı, %40.0'ı aktivite-egzersiz, %60.0'ı uyku ve dinlenme fonksiyonu ile ilgili yaşadığı problemde sağlık personeline gereksinim duyduğunu ifade ettiği belirlenmiştir. (Tablo 15). Goyal ve arkadaşları (2005) tarafından açık kalp ameliyatı olan hastalar üzerinde yapılan araştırmada, günlük yaşam aktivitelerinde taburculuğun ikinci haftasında hastaların %87.7'sinin günlük yaşam aktivitelerini yapmada zorlandığı belirlenmiştir. Broers ve arkadaşları (2006)'nın 584 açık kalp ameliyatı olan hasta üzerinde yaptıkları araştırmada, hastaların tamamının evde profesyonel destek almaktan memnun oldukları belirlenmiştir. Bayık ve ark (1998)'nin yaptığı çalışmada da benzer şekilde açık kalp ameliyatı olan hastaların %65'inin evde bakım için sağlık personeline gereksinim duyduğunu ifade ettiklerini belirlemiştir. Sivri kaya ve Ergün ey (2004)'de çalışmalarında hastaların %51.8'inin evin sakin, rahat, huzurlu ve bilinen bir ortam olması nedeniyle evde bakımı tercih ettiklerini saptamıştır. Bradley (2003) evde bakımın etkinliği ile ilgili yaptığı araştırmada, hastaların %78,4'ünün sağlık eğitimine ve evde sağlık hizmetine gereksinim duyduklarını ve bakım verenlerinde bireylerin evde bakılmasını istediğini belirlemiştir. Alpar, Karabacak, Gülseven (1997)'de çalışmalarında hastaların %24,1 hastane ortamını sevmeme, %24.1'i evde bakım verecek bir birey için evde bakımı tercih ettiklerini belirlemiştir.

## IX. SONUÇLAR

Bu araştırma açık kalp ameliyatı olan hastaların fonksiyonel sağlık örüntülerine göre evde bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmamızda elde edilen sonuçlar;

✓ Hastaların % 71.1'inin erkek, %71.1'inin 56-65 yaş arasında, yaş ortalamasının 58.07 olduğu, %68.9'unun eğitiminin ilköğretim, %73.3'ünün evli, % 33.3'ünün sağlık güvencesinin SSK, %60'ının emekli olduğu %44.4'ünün eşi ve çocukları ile, %64.4'ünün apartmanda yaşadığı, %64.4'ünün kaloriferle ısındığı, % 62.2'sinin daha önce 1-3 defa hastaneye yattığı, % 62.2'sinin ise kronik hastalığı bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

✓ Hastaların %91.1'inin ameliyattan önce sağlığı olumsuz etkileyen alışkanlığının olduğu, %46.7'sinin sigara kullandığı, %35.6'sının ağırlıklı olarak yağlı, hamur işi ve tuzlu besinlerle beslendiği %17.8'inin kahvehaneye gittiği saptanmıştır (Tablo 2.a.).

✓ Ameliyattan sonra birinci hafta, hastaların %91.1'inin sağlıkları ile ilgili düşüncelerinde değişiklik olduğu, %51.4'ünün kendisini sağlıksız gördüğü, %53.7'sinin sağlığı koruma ve geliştirme yönünde hayatında değişiklik yaptığı, bu değişikliğin %43.9'unun sigarayı bırakma-sigaralı ortamdan uzak durma, %29.2'sinin yağsız yemek yeme, %19.5'inin kahveye gitmeme, %19.5'inin egzersiz yapma olduğu belirlenmiştir. Hastaların %88.9'u tedavi kararlarına, %53.3'ü ilaç kullanımına, %33.3'ü egzersiz kısıtlamalarına uyumsuz olduklarını ifade ettikleri, ameliyattan sonra altıncı haftada ise, hastaların %84.4'ünün sağlıkları ile ilgili düşüncelerinde değişiklik olduğu, %84.6'sının yenilendiği, %53.8'inin sağlığını koruma/geliştirmeye yönelik değişiklik yapmadığı, değişiklik yapanların %48.7'sinin yağsız yemek yediği, %95.5'inin tedavi kararlarına, %68.8'i ilaç kullanımına, %65.8'i egzersiz kısıtlamalarına uyumsuz olduklarını ifade ettikleri bulunmuştur (Tablo 2.b.).

✓ Ameliyat sonrası birinci haftada, hastaların %82.2'si tedavisinin evde sürdürülmesinin tedavisini olumlu etkileyeceğini, %77.8'i ev ortamının hastaneden daha rahat olması, %46.7'si evde yemeklerin daha iyi olması, %28.8'i ev ortamının daha temiz olması nedeniyle tedavinin evde sürmesini, %17.8'i hastane ortamının, sağlık personeline kolay ulaşılabilmesi nedeniyle, daha güvenli olduğu için bakımının hastanede sürdürülmesini tercih ettiklerini, altıncı haftada ise, hastaların %91.1'i tedavisinin evde sürdürülmesinin tedavisini olumlu

etkilediğini, %95.5'i ev ortamının hastaneden daha rahat olması, %80'i evde yemeklerin daha iyi olması, %71.1'i ev ortamının daha temiz olması nedeniyle tedavinin evde sürmesini, %8.9'u hastane ortamının, sağlık personeline kolay ulaşılabilmesi açısından daha güvenli olduğu için bakımının hastanede sürdürülmesini tercih ettikleri belirlenmiştir (Tablo 2.c.).

✓ Hastaların %100.0'nin beslenmeyle ilişkili, %60.0'nin sıvı alımı ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alan hastaların %62.2'sinin hemşire ve hekimden bilgi aldıkları, %69'unun aldığı bilginin yeterli olduğu saptanmıştır (Tablo 3.a.).

✓ Ameliyattan sonra birinci haftada, hastaların %48.9'unun BKİ' sinin normal olduğu, %95.6'sının beslenmeye ilişkin sorun yaşadığı, yaşanan beslenme sorununun %68.9'unun iştah da azalma olduğu, iştahında azalma olan hastaların %86'sının ağrının beslenmesini olumsuz etkilediği, hastaların %44.2'sinin sıvı alımına dikkat etmediği, %80.0'nin yaşadığı soruna yönelik hiçbir girişimde bulunmadığı ve %75.6'sının beslenme sorunu ile ilgili sağlık personeline gereksinim duyduğu, altıncı haftada ise hastaların %42.2'sinin BKİ' sinin normal olduğu, %97.8'inin beslenmeye ilişkin sorun yaşadığı, %57.7'sinin hastalığına özel diyet uygulamasına geçmede zorlandığı, %40.0'nin ameliyat sonrası yaşadığı beslenme probleminin nedeninin iştahsızlık olduğu, %27.2'sinin ağrının beslenmesini olumsuz etkilediğini düşündüğü, %54.5'inin bu sorunu çözmek için hareket etme, sıvı yiyecekler alma, sevdiği yiyecekler yeme gibi girişimlerde bulunduğu, %71.1'inin yaşadığı sorun için sağlık personeline gereksinim duyduğu bulunmuştur (Tablo 3.b.).

✓ Hastaların %51.1'inin boşaltım ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %52.1'inin hemşirelerden bilgi aldığı, %69.6'sının aldığı bilginin yeterli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.a.).

✓ Ameliyat sonrası birinci haftada, hastaların %86.7'sinin boşaltım sorunu yaşadığı, %60.0'nin sık sık kabız olduğu, %22.2'sinin idrar yapma gücünü kaybettiği belirlenmiştir. Hastaların %33.3'ü ilaçlar, %28.2'si tuvalete gitmeyi erteleme, %15.3'ü tuvaletin tipinin uygun olmaması nedeniyle boşaltım sorunu yaşadığını, % 41.1'i bu sorunu gidermek için ev içinde yürüyüş yaptığı, %30.8'i kabızlık için ilaç aldığını, %15.4'ü sıvı alımını artırdığını belirtmiş, %61.6'sı yapılan uygulamaların sorunu çözmediğini, %77.8'i bu sorun için sağlık personeline gereksinim duyduğunu belirtmiştir. Ameliyat sonrası altıncı haftada, hastaların %57.8'inin boşaltım sorununun yaşadığı, %57.7'sinin ara sıra kabız olduğu, %17.8'inin idrar

yapma güçlüğü yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların %69.3'ü tuvaletin tipinin uygun olmaması, %11.1'si tuvalete gitmeyi erteleme, %11.1'i beslenme özelliği, %7.7'si hareketsizlik nedeniyle boşaltım sorunu yaşadığını, %53.8'i bu sorunu gidermek için ilaç aldığını, %46.1'i sıvı alımını artırdığını %42.3'ü ev içinde yürüyüş yaptığını belirtmiş, %61.6'sı yapılan uygulamaların sorunu çözmediğini ifade etmiştir. Hastaların %51.1'inin bu sorun için sağlık personeline gereksinim duyduğu saptanmıştır (Tablo 4.b.).

✓ Hastaların %88.8'inin aktivite ve egzersiz ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların ise %52.5'inin hemşire ve hekimden bilgi aldığı, alınan bilginin %100.0'nın yetersiz olduğu belirlenmiştir (Tablo 5.a.).

✓ Taburculuğun birinci haftasında, hastaların %100.0'nın aktivite ve egzersiz fonksiyonunda sorun yaşadığı, %95.6'sının kendi kendine giyinemediği, %93.3'ünün rahat hareket edemediği, %91.1'inin kendi kendine beslenemediği, %80.0'nın boş zaman aktivitelerini yerine getiremediği, %73.3'ünün çalışırken sorun yaşadığı, %48.9'u aktivite ve egzersiz sorununa ilişkin sağlık personeline gereksinim duyduğunu ifade ettikleri, altıncı haftada ise hastaların %64.4'ünün aktivite ve egzersiz fonksiyonunda sorun yaşadığı, %100.0'ünün rahat hareket edemediği, %86.2'sinin kendi kendine giyinemediği, %72.4'sinin kendi kendine çalışmadığı, %65.5'inin kişisel temizliğini kendi kendine yapamama, %40.0'nın aktivite ve egzersiz sorununa ilişkin sağlık personeline gereksinim duyduğu bulunmuştur (Tablo 5.b.).

✓ Hastaların %53.4'ünün uyku ve dinlenme ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %91.6'sının hemşirelerden bilgi aldığı, %100.0'nın aldığı bilginin yetersiz olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.a.).

✓ Ameliyat sonrası birinci haftada, hastaların %88.9'unun uyku ve dinlenme sorunu yaşadığı, uyku sorunu yaşayanların %67.5'inin uykusunun dinlendirici olmadığı, %87.5'inin ağrı, %82.5'inin sürekli sırt üstü yatma zorunluluğu nedeniyle uyku sorunu yaşadığı, %80'inin uyku sorunu yaşadığında kalkıp televizyon izlediği, %77.8'inin uyku sorunu ile ilgili sağlık personeline gereksinim duyduğu, altıncı haftada ise hastaların %62.3'ünün uyku ve dinlenme sorunu yaşadığı, %100.0'nın uykuya dalmada/sürdürmede güçlük yaşadığı, %57.1'inin sürekli sırt üstü yatma, %39.2'sinin birden fazla yastıkla yatma nedeniyle uyku

sorunu yaşadığı, %71.4'ünün uyku sorunu yaşadığında kalkıp gezdiği, %60.0'ının uyku sorunu ile ilgili sağlık personeline gereksinim duyduğu saptanmıştır (Tablo 6.b.).

✓ Hastaların %82.2'sinin biliş ve algı ile ilgili bilgi aldığı, %51.4'ünün bu bilgiyi hemşire ve hekimden aldığı, %100.0'ının aldığı bilginin yetersiz olduğu belirlenmiştir (Tablo 7.a.).

✓ Taburculuk sonrası birinci haftada, hastaların %100.0'ının biliş ve algı ile ilgili sorun yaşadığı, %84.4'ünün sırt, boyun, kol-bacak insizyonu, göğüs insizyon alanlarında ağrı, %62.2'sinin unutkanlık, %37.8'inin kısa bellekte sorun yaşadığı, %33.3'ünün yardım için gereksinimlerini fark edemediği, %84.4'ünün biliş ve algı sorunu ile ilgili sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri, altıncı haftada ise hastaların %100.0'ının biliş ve algı sorunu yaşadığı, %64.4'ünün ağrı, %62.2'sinin unutkanlık, %37.8'inin kısa bellekte sorun yaşadığı, %15.6'sının yardım için gereksinimlerini fark edemediği, hastaların %93.3'ünün biliş ve algı sorunu ile ilgili sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri bulunmuştur (Tablo 7.b.).

✓ Hastaların %100.0'ının kendini algılama ile ilgili bilgi almadığı saptanmıştır (Tablo 8.a.).

✓ Taburculuğun birinci haftasında, hastaların %55.5'inin kendini algılama/benlik kavramı ile ilgili sorun yaşadığı, %88.0'mın ameliyat öncesine göre daha sınırlı olduğu, %93.3'ünün kendini algılama/benlik kavramı sorunu ile ilgili sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri, altıncı haftada ise hastaların %71.1'inin kendini algılama/benlik kavramı ile ilgili sorun yaşadığı, %68.7'sinin ameliyat öncesine göre daha sınırlı olduğu, %97.8'sinin kendini algılama/benlik kavramı ile ilgili yaşadığı sorun için sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 8.b.).

✓ Hastaların %62.2'sinin rol ve ilişkiler ile ilgili bilgi almadığı, bilgi alanların %82.3'ünün hemşireden bilgi aldığı, %100.0'ının aldığı bilginin yetersiz olduğu saptanmıştır (Tablo 9.a.).

✓ Taburculuğun birinci haftasında, hastaların %80.0'ının rol ve ilişkiler ile ilgili sorun yaşadığı, %40.0'ının ekonomik güçlük, %31.1'inin aile içi rolünü yerine getirememe, %62.2'sinin akrabalar ile sık görüşememe, %11.1'inin iş değişikliği yapmak durumunda

kalma nedeni ile sorun yaşadığı, hastaların %93.3'ünün rol ve ilişkiler ile ilgili yaşadığı sorunlarda sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri, taburculuğun altıncı haftasında ise hastaların %64.5'inin rol ve ilişkiler ile ilgili sorun yaşadığı, %40.0'mın ekonomik güçlük, %35.5'inin aile içi rolünü yerine getirememe, %17.7'sinin akrabalar ile sık görüşememe, %13.3'ünün iş değişikliği yapmak durumunda kalma nedeniyle sorun yaşadığını, hastaların %100.0'inin rol ve ilişkilerde yaşadığı sorunların çözümü için sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri bulunmuştur (Tablo 9.b.).

✓ Hastaların %51.1'inin cinsellik ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %95.6'sının hemşireden bilgi aldığı, %100.0'mın aldığı bilginin yetersiz olduğu saptanmıştır (Tablo 10.a.).

✓ Taburculuğun birinci haftasında, hastaların %64.5'inin cinsellik ile ilgili sorun yaşadığı, %75.9'unun cinsel ilişki sırasında ölmekten korktuğu, %91.1'inin cinsellik ile ilgili yaşadığı sorunda sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri, altıncı haftada ise hastaların %69.9'u cinsellik ile ilgili sorun yaşadığı, sorun yaşayanların %87.0'mın cinsel ilişki sırasında ölmekten korktuğu, hastaların %77.8'inin cinsellik ile ilgili yaşadığı sorunda sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 10.b.).

✓ Hastaların %64.4'ünün stresle baş etme ve stres toleransına ilişkin bilgi almadığı, bilgi alanların %81.3'ünün hemşireden bilgi aldığı, %100.0'mın aldığı bilginin yetersiz olduğu belirlenmiştir (Tablo 11.a.).

✓ Taburculuk sonrası birinci hafta, hastaların %100.0'mın stresle baş etme ve stres toleransına ilişkin sorun yaşadığı, %48.8'inin bağımlılık hissi, %40.0'mın ekonomik güçlük, %31.1'inin aile içi rolleri yerine getirememe, %22.2'sinin iş gücü kaybı, %24.4'ünün sosyal ilişkilerde azalma, %40.0'mın iyileşememe korkusu yaşadıkları, hastaların stresle baş etme yöntemlerinin değişiklik göstermekle birlikte, %100.0'mın yaşadığı sorunla ilgili hiçbir şey yapmadığı, hastaların %84.4'ünün stresle baş etme ve stres toleransı ile ilgili sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri, altıncı haftada ise hastaların %100.0'mın stresle baş etme ve stres toleransına ilişkin sorun yaşadığı, %40.0'mın aile içi rolleri yerine getirememe, %35.5'inin bağımlılık hissi, %35.5'inin ekonomik güçlük, %26.6'sının iş gücü kaybı, %13.3'ünün sosyal ilişkilerde azalma, %33.3'ünün iyileşememe korkusu yaşadığı, hastaların stresle baş etme yöntemleri değişiklik göstermekle birlikte, %95.6'sının hiçbir şey

yapmadığı, hastaların %100.0'nin stresle baş etme ve stres toleransı ile ilgili sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri saptanmıştır (Tablo 11.b.).

✓ Hastaların değer ve inanç özellikleri ile ilgili bilgi almadığı, bilgi alanların %83.3'ünün diğer hastalardan bilgi aldığı, %100.0'nin aldığı bilginin yetersiz olduğu belirlenmiştir (Tablo 12.a.).

✓ Taburculuğun birinci haftasında, hastaların %66.7'sinin değer ve inançlarla ilgili sorun yaşamadığı, sorun yaşayanların %42.8'inin namaz kılamadığı, yaşadığı soruna yönelik %33.3'ünün yeni çözüm aradığı, hastaların %100.0'nin yaşadığı soruna ilişkin sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri, altıncı haftada ise hastaların %66.7'sinin değer ve inançlarla ilgili sorun yaşamadığı, sorun yaşayanların %42.8'inin namaz kılamadığı, yaşadığı soruna yönelik %33.3'ünün yeni çözüm aradığı, hastaların %100.0'nin yaşadığı soruna ilişkin sağlık personeline gereksinim duymadığını ifade ettikleri bulunmuştur (Tablo 12.b.).

✓ Hastaların % 100.0'nin beslenme ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %62.2'si hekim ve hemşireden, %51.1'inin boşaltım ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların 26.7'sinin hemşireden bilgi aldığı, %88.8'inin aktivite ve egzersiz ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların % 46.8'inin hemşireden bilgi aldığı, % 53.4'ünün uyku ve dinlenme ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %48.9'unun hemşireden bilgi aldığı, %82.2'sinin biliş ve algı ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %42.2'sinin hemşire ve hekimden bilgi aldığı, %37.8'inin rol ve ilişkiler ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %48.9'unun hemşireden bilgi aldığı, %51.1'inin cinsellik ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %48.9'unun hemşireden bilgi aldığı, %35.6'sının stres ve başatme ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %29.0'nin hemşireden bilgi aldığı, %13.3'ünün değer ve inançlarla ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %13.3'ünün diğer hastalardan bilgi aldığı, benlik kavramı ile ilgili %100.0'nin bilgi almadığı saptanmıştır (Tablo 13.).

✓ Taburculuğun birinci haftasında, hastaların %95.6'ünün beslenme ve metabolizma, %86.7'sinin boşaltım, %100.0'nin aktivite ve egzersiz, %88.9'unun uyku ve dinlenme, %100.0'nin biliş ve algı, %55.5'inin benlik kavramı, %80.0'nin rol ve ilişkiler, %64.5'inin cinsellik, %20.0'nin değer ve inançlarla ilgili sorun, %100.0'nin stres yaşadığı, taburculuğun altıncı haftasında ise %97.8'inin beslenme ve metabolizma, %57.8'inin boşaltım, %64.4'ünün aktivite ve egzersiz, %62.3'ünün uyku ve dinlenme, %71.1'inin benlik

kavramı, %64.5'inin rol ve ilişkiler, %69.9'unun cinsellik ve üretkenlik, %20.0'inin değer ve inançlarla ilgili sorun, %100.0'inin stres yaşadığı saptanmıştır (Tablo 14.).

✓ Taburculuğun birinci haftasında, hastaların %75.6'sı beslenme ve metabolizma, %77.8'i barsak boşaltımı, %48.9'u aktivite-egzersiz, %77.8'i uyku ve dinlenme fonksiyonu ile ilgili yaşadığı problemle ilgili sağlık personeline gereksinim duyduğunu belirtirken, taburculuğun altıncı haftasında ise, hastaların %55.5'i sağlığı algılama, %71.1'i beslenme ve metabolizma, %51.1'i barsak boşaltımı, %40.0'ı aktivite-egzersiz, %60.0'ı uyku ve dinlenme fonksiyonu ile ilgili yaşadığı problemde sağlık personeline gereksinim duyduğu saptanmıştır (Tablo 15).

## X. ÖNERİLER

Bu araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

1. Bu çalışmada ameliyat sonrası bireylerin iştahsızlık, konstipasyon, hareket etme ve günlük gereksinimlerini karşılamada güçlük, aile içi rollerini yerine getirememesi, uykusuzluk, ağrı, unutkanlık, aile-iş ve sosyal yaşantıya yönelik stres, kişilik değişikliği yaşadığı belirlenmiştir. Elde edilen bu sonuca göre hastanede ve evde verilecek bakım için hastaların bütüncül olarak değerlendirilmesi,
2. Araştırmamızın sonuçlarında hastaların genellikle sağlık çalışanlarından taburculuk sonrası aldıkları bakım ve taburculuk eğitiminin fiziksel ağırlıklı olduğu belirlenmiştir. Bireylerin taburculuk sürecine daha iyi ve etkili biçimde hazırlanabilmesi için kapsamlı değerlendirme yöntemleri doğrultusunda etkili taburculuk eğitimi uygulanması,
3. Çalışmamızda hastaların ameliyat sonrası, beden bilinci, beslenme, boşaltım, hareket etme, uyku ve dinlenme ile ilgili konularda yaşadığı sorunlara yönelik sağlık personeline gereksinim duyduğu ve bu gereksinimin altıncı haftada azaldığı, cinsellik ile ilgili konularda ise altıncı haftada sağlık personeline gereksinimin arttığı saptanmıştır. Taburculuk sonrası ülkemizde evde bakım hizmetinin verilmemesi nedeni ile hastaların gereksinim duyduğu konularda kurumla işbirliği yapılması,
4. Araştırma sonuçlarında bireylerin taburcu olurken aldıkları eğitimin içeriğinin yeterli olmadığı belirlenmiştir. Bu nedenle sağlık ekibine fonksiyonel sağlık örüntüleri temel alınarak hizmet içi eğitim verilmesi,
5. Daha ileri çalışmalarda uzun süreli izlemi içeren çalışmalar yapılması,
6. Bu çalışmada hastaların evde yaşadıkları güçlükler odaklanılmıştır. Evde bakımda ailelerin yaşadıkları güçlükleri araştıran çalışma yapılması önerilmektedir.

## XI. ÖZET

Bu çalışma açık kalp ameliyatı geçirmiş hastaların evde bakım gereksinimlerini belirlemek üzere tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmada veriler “Hasta Bilgi Formu” ve “Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Evde Bakım Gereksinimlerini Belirleme Formu” kullanılarak araştırmacı tarafından yüz yüze tekniği ile toplanmıştır. Araştırma kapsamını Sivas il merkezinde yaşayan, 18-65 yaş arasında, bilinci açık, işitme ve konuşma fonksiyon kaybı olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden 45 hasta oluşturmuştur. Elde edilen veriler yüzdeler kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, hastaların % 71.1'inin erkek, yaş ortalamasının 58.07 olduğu, %68.9'unun eğitiminin ilköğretim, %73.3'ünün evli, %60'ının emekli olduğu %44.4'ünün eşi ve çocukları ile yaşadığı, taburculuğun birinci haftasında, hastaların %93.3'ünün beslenme ve metabolizma, %84.4'ünün barsak boşaltımı, %91.1'inin aktivite ve egzersiz, %88.9'unun uyku ve dinlenme, %62.2'sinin biliş ve algı, %64.5'inin cinsellik ile ilgili sorun, %100.0'inin stres yaşadığı, taburculuğun altıncı haftasında ise birinci haftada yaşanan sorunlarda azalma, cinsellik fonksiyonu ile ilgili sorunda artma olduğu saptanmıştır. Hastaların yaşadıkları sorunlara ilişkin sağlık personeli tarafından verilen bilginin çoğunluğunun yetersiz olduğu, taburculuğun birinci ve altıncı haftasında hastaların sağlığı algılama, beslenme ve metabolizma, boşaltım, aktivite-egzersiz, uyku ve dinlenme fonksiyonu ile ilgili yaşadığı problemlerle ilgili sağlık personeline gereksinim duyduğu belirlenmiştir.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, açık kalp ameliyatından sonra birey ve ailesinin evde bakım gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik etkin hemşirelik girişimlere ilişkin önerilerde bulunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik, evde bakım, açık kalp ameliyatı

## **XII. ABSTRACT**

This research was made as descriptive in order to determine the home needs of patients who had open heart operations. The data at the research were collected by means of “Patient Information Form” and “Determining The Home Needs According The Functional Health Pattern Form” with the face to face technique. The research consisted of 18-65 years old people who live in Sivas city center, accept to join the research and don't the loss of hearing and speaking. The data that were got, evaluated by using percentage.

According to the findings that were gotten from the research, %71.0 of patients are male, the average of age is 58.07, % 68.9 of them have primary school education, %73.3 of them are married, %60.0 are retired, %44.4 live with their spouses and children. At the first week of discharging, it has seen that %93.3 of patients had problems with eating and metabolism, %84.4 with intensive excretion, % 100.0 with activities and exercises, %88.9 with sleeping and resting, %100.0 with knowing and perception, %100.0 cope with stress, %64.5 with sexuality.

At the sixth week of discharging it is seen that there are less problems than the first week but more problems with sexual activities. In addition to these, it is found out that the information that was given to the patients by the health personal was not enough, and patients need health personal with the perception of health, eating, metabolism, excretion, activities-exercises, sleeping and resting functions.

In the direction of gain result, after the open heart operation some advices about active nursing about meeting the individuals and his familys needs at were given.

**Key Words:** Nursing, home care, open heart surgery

## KAYNAKLAR

1. Akdemir N (2001) Sağlık Hizmetlerinde Süreklilik, Evde Bakım Hizmeti, Yeni Türkiye, sayı 39, s 935-944.
2. Aksayan S, Cimete G (1998) Evde Bakım, STED, 7 (6): 202-204.
3. Aksayan S., Cimete G (1998) Evde Bakım Kavramı. I. Ulusal Evde Bakım Kongre Kitabı. İstanbul. Marmara Üniversitesi Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaa Birimi. s. 1-6.
4. Aksayan S. Cimete G. (1998) Kronik Hastalıklı Bireylerin Evde Bakım Gereksinimleri, Olanakları ve Tercihleri. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. İstanbul. Marmara Üniversitesi Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaa Birimi. s.79-90.
5. Albrecht M (1992) The Community Health Nurse In Home Health and Hospice Care: Community Health Nursing, Third Edition, St. Louis, Mosby Company, s747-758.
6. Algera M ve ark (2004) Home Care Needs of Patients with Long Term Conditions Literature Review, Journal of Advanced Nursing, 46 (4): 417-429.
7. Alpar Ş ve ark (1997) Hastanın Hastaneye Kabul ve Taburculuk İşlemlerinde Hemşirelik Bakımı Standartlarının Saptanması, İstanbul, Marmara Üniversitesi Araştırma Fonu Başkanlığı, s.48.
8. Alpar Ş, Karabacak Ü, Gülseven B (1997) Hastanın Hastaneden Taburcu Edilmesinde Hemşirenin Rolünün Değerlendirilmesine İlişkin Bir Çalışma, Şişli Etfal Hastanesi Hemşirelik Dergisi, 1(3-4):83-88.
9. Altun İ. (1998) Hasta Yakınlarının Bakım Verme Rolünde Zorlanma Durumları. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. İstanbul. Marmara Üniversitesi Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaa Birimi. s.71-78.
10. Anderson MA, Madigan EA, Helms LB (2001) Nursing Research in Home Health Care: Endangered Species, Home Care Provider, December:200–204.
11. Aşılıoğlu K. Keleş G. (1998) Koroner Arter By-pass Greft Cerrahisi Uygulanan Bir Hastanın Hemşirelik Bakım Planı. 5. Ulusal Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Kongre Kitabı. İzmir. 238.
12. Aştı T (2003) Kanserli Hastanın Evde Bakımında Temel İlke ve Uygulamalar, Hemşirelik Forumu, 6(2):48–61.

13. Aydın FÇ (2000) Açık kalp cerrahisi Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası iki Aylık Dönemde Yaşadıkları Güçlükler. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.
14. Bayık A ve ark (1998) Taburculuk Sırasında Hastaların Evde Günlük Yaşam Kalitelerini Gerçekleştirmelerinde Bağımlılık Durumlarının İncelenmesi. İstanbul. Marmara Üniversitesi Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaa Birimi. s.121-134.
15. ... (2000), Bayındır Hastaneleri Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü, Kalp Ameliyatından Sonra Yeni Bir Yaşam, Bayek, Ankara , s 1-36
16. Bradley PS (2003) Family Caregiver Assessment Essential for effective Home Health Care, Journal of Gerontologic Nursing, 29(2):29–36.
17. Biçer Y, Çoruh T, Canik S (1998) Kardiyopulmoner Bypass'ın Nöropsikolojik Fonksiyonlar Üzerine Etkisi, 5. Ulusal Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Kongresi, Kongre Kitabı, Antalya
18. Broers C ve ark (2006) Safety and Efficacy of a Nurse-Led Clinic for Postoperative Coronary Artery Bypass Grafting Patients, International Journal of Cardiology, 106: 111-115.
19. Brunner S (2004) Textbook of Medical Surgical Nursing, 10 th Edition, St Louis, Mosby, Company, s 673-680.
20. Bulut I (2001) İnsani Gelişme ve Sosyal Hizmet, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, Yayın no 009, s 33-37.
21. Büyükcoşkun A (1998) Evde Bakım Hizmetleri ve Rehabilitasyon, Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı, İstanbul, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, no 1, s 179183.
22. Cebeci F (1996) Hemşirelerin Hasta Bireyin Kliniğe Kabulüne İlişkin Bilgi ve Uygulamaları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.
23. Cimete G, Aksayan S (1998) Evde Bakım Kavramı, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. İstanbul. Marmara Üniversitesi Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaa Birimi. s.1-7.
24. Cimete G, Aksayan S (1998) Evde Sağlık Bakımı Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Evde Bakımda Hemşirenin Yeri. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. İstanbul. Marmara Üniversitesi Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaa Birimi. s.7-16.

25. Coşkun H, Akbayrak N (2001) Hastaların Kliniklere Kabul ve Taburculuklarında Hemşirelik Yaklaşımlarının Belirlenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(2):63-68.
26. Currey J, Boti M (2005) The Hemodinamik Status of Cardiac Surgical Patients in The Initial 2-h Recovery Period, European Journal of Cardiovascular Nursing, 4:207-214.
27. Çelebioğlu B, Özer E (2004) Kardiyopulmoner Bypass ve Sistemik İnflamatuvar Yanıt, Hacettepe Tıp Dergisi, 35:18-26.
28. Devlet Planlama Teşkilatı (2006) 2005 Yılı Programı, Ankara, s.142.
29. Doğan K (2005) Kalp Damar Cerrahisi Bölüm Başkanı, Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sivas.
30. Dracup K ve ark (1991) Effect of a Multidimensional Cardiopulmonary Rehabilitation Program on Psychosocial Function, The American Journal of Cardiology Vol 68.
31. Edgar F ve ark (1999) Midcab, Advanced Nursing of Journal, 99(7):40-45.
32. Edington J ve ark (1997) Perevelance of Malnutrition After Major Surgery
33. Elbaş N (2002) Cerrahi Hastanın Evde Bakımı, Ulusal Cerrahi Kongresi Kongre Kitabı, Antalya, Ege Üniversitesi Basımevi. s. 27.
34. Emiroğlu O N (1997) Taburculuğun Planlanması ve Evde Bakım, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Halk Sağlığı A.B.D.
35. Erdil F, Bayraktar N (2004) Cerrahi Hastasının Evde Bakımı, Sağlık ve Toplum, 14(4):3-6.
36. Erdil F, Elbaş N (1997) Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Ankara, Tasarım Ofset, s.101.
37. Eren N T (2001) Dünyada ve Ülkemizde Kalp ve Damar Cerrahisi, Yeni Türkiye, 39:962-963.
38. Ergin S ve ark. (1998) 1. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerinin Kurumsallaştırılması I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. İstanbul. Marmara Üniversitesi Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaa Birimi. s.48-51.
39. Fadiloğlu Ç (2006) Evde Bakım Hizmetlerinin Gelişimi ve Önemi, Evde Bakım, Meta Basım Matbaacılık, İzmir, s.7-26
40. Fisher KM (2001) Posthospital Care for Frail Older Adults in Rural Locations, Journal of Community Health Nursing, 18(4):247-260.
41. Foot C ve ark (2006) Common Complications After Cardiac Surgery in The Adult; Anecdotes, Biases and Some Evidence, Anaesthesia and Critical Care, 603.

42. Gardner ve ark (2005) Patient Experience Following Cardiothoracic Surgery, *European Journal of Nursing*, 4:242-250
43. Gersbach P ve ark (2006) Are There Accurate Predictors of Long-Term Vital and Functional Outcomes in Cardiac Surgical Patients Requiring Prolonged Intensive Care, *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 29:466—472.
44. Goodman H (1997) Patients Perceptions of Their Education Needs in the First Six Weeks Following Discharge After Cardiac Surgery, *Journal of Advanced Nursing*, 25:1241–1251.
45. Gordon M (1982) *Functional Health Patterns, Nursing Diagnosis Process and Application*, New York, Mc Graw- Hill Book Comp, s. 81.
46. Goyal S ve ark (2005) Outcome and Quality of Life Cardiac Surgery in Octogenarians, *ANZ J Surgical*, 75:429-435
47. Gözüm ve ark (1998) Evde Bakımın Finansal Boyutu, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. İstanbul. Marmara Üniversitesi Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaa Birimi. s.52–53.
48. Gürsoy AA (2002) Mastektomi Sonrası Hastaların Evde İzlenmelerinin Değerlendirilmesi, *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.
49. Gültekin G, Özbayır T (2002) Koroner Bypass Ameliyatı Olan Hastalara Taburcu Olmadan önce Verilen Eğitimin Etkinliğinin Karşılaştırılması, *Ulusal Cerrahi Kongresi Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Panel ve Bildiri Özet Kitabı*, Antalya, s 309–317.
50. Hacıoğlu N, Özer N (2003) Koroner Arter By-Pass Graft Ameliyatı Olan Hastaya Evde Bakımı Algılayışları ve Bakım Konusundaki Gereksinimleri, 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongre Kitabı, İzmir. Ege Üniversitesi Basımevi, s.467–477.
51. Hakantürk S (1988) *Kalbiniz ve Siz*, Net Ofset, Ankara, s. 1-56
52. Heper C (2005) *Multidisipliner Kardiyoloji*, Nobel ve Güneş Tıp Yayınevi, s.1-97,301-348
53. Huerta V (1998) Preparing Patient for Early Discharge After Coroner Bypass Graft, *American Journal of Nursing*, 98 (5):49–51.
54. Kanan N (1998) Yanıklı Hastanın Evde Bakımı ve Uzun Dönemde İzlenmesi, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. İstanbul. Marmara Üniversitesi Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaa Birimi, s.159–162.

55. Kanan N (2002) Cerrahi hastasında erken taburculuk, Ulusal Cerrahi Kongresi Kitabı. Antalya. Ege Üniversitesi Basımevi. s.18.
56. Karadağ G (2004) Profesyonel Hemşirelik: Rol, Davranış – Değerler, Model, s.17–18.
57. Kaş Y, Şahin M (2003) Ateroskleroz, Aterotromboz ve Kardiyovasküler Korunma, Sanofi-Avontis, s.1-16.
58. Kaymakçı Ş ve ark (2002)
59. Kazaz H ve ark (2006) Midterm Results of Off-Pump Coronary Artery Bypass Surgery in 136 Patients: An Angiographic Control Study, Journal of Cardiac Surgery, 21:6-10.
60. Keller C(1991) Seeking Normalcy, The Experience of Coronary Artery Bypass Surgery, REsearch in Nursing & Health, 14:173-178
61. Kelly ve ark (1994) Managed Care, Nursing Clinics of North America, 29(3):471-481.
62. King F, Parinello D (1988) Patient Perceptions of Recovery From Coronary Artery By-Pass Grafting After Discharge From the Hospital, Heart and Lung, 17(6):11.
63. Kneebone AC (1999) Neuropsychological Aspects of Coronary Artery Bypass Graft Surgery, Flinders University Research Report, (www.flindes.edu.tr)
64. Lewis S M, Collier C I, Heitkemper M M (1998) Medical Surgical Patient Fourth Edition, Toronto, Mosby, s 957-961.
65. Lorenz BT, Coyte KM (2002) Coronary Artery Bypass Graft Surgery Without Cardiopulmonary Bypass: A Review and Nursing Implications, Critical Care Nurse,22(1):51-60.
66. Marchall T (2004) Koroner Kalp Ameliyatı Önlenmesi Artan Maliyet Yararlılık Örneklemlerinden Çıkarılan Dersler, BMJ Türkiye, 9(1):41-44.
67. Mentş A (2002) Cerrahide Erken Taburculuk ve Evde Bakım Anlayışlarından Hareketle Hemşire Kimliğine İlişkin Bir Stratejik Analiz, Ulusal Cerrahi Kongresi Kongre Kitabı, sy 1
68. Michalopoulos A ve ark (2006) Frequency, Charecteristics, and Predictors of Microbiologically Documented Nasocomial İnfctions After Cardiac Surgery, European Journal of Cardio-Thoracic Surgery, 29:456–460.
69. Miller KH (2004) Comparison of Symptoms of Younger and Older Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Surgery, Clinical Nursing Research, 13(3):179–193.

70. Moore S (1996) The Effect of a Discharge Information Intervention on Recovery Outcomes Following Coronary Artery Bypass Surgery, *Int.J. Stud.*, 33(2):181-189.
71. Nahcivan N Ö (1999) Evde Bakım Sürecinde Hastada Gelişen Tehlike Belirtilerinin Değerlendirilmesi, *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 15(5):47-52.
72. Nathoe H ve ark (2006) Risk and Determinants of Myokardial Injury During Off-Pump Coronary Artery Bypass Grafting, *The American Journal of Cardiology*, 1-5.
73. Naughton C et all (1999) Reasons for Prolonged Hospital Stays Following Heart Surgery, *British Journal of Nursing*, 8(16).
74. Odacıoğlu Y ve ark (1998), Hastane Hizmetleri ile Evde Bakım Hizmetlerinin Organizasyon ve Koordinasyonu Nasıl Olmalıdır, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. İstanbul. Marmara Üniversitesi Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaa Birimi. s.101-106.
75. Odacıoğlu Y ve ark (1998), Sağlık Hizmetleri Üretiminin Bir Boyutu Olarak Evde Bakım Hizmetlerinin Hastane İşletmeciliğinde Toplam Kalite Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. İstanbul. Marmara Üniversitesi Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaa Birimi. s.107-110.
76. Oktay S ve ark (1996) Ülkemizde Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Toplantı Raporu, *Şişli Etfal Hastanesi Hemşirelik Dergisi*, 1(1):52-56.
77. Okutan ve ark ( 2001 ) Yaşlı Hastalarda Açık Kalp Cerrahisi Sonuçları, *Geriatry* 4 (4): 146-151.
78. Onat A ve ark (2005) Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı, *Yelken Basım*, İstanbul, s.9-17
79. Oskay Y, Şahin N (2003) Hafif Preeklampsili Gebelerin Evde Bakımı, *İ.Ü.F.N.H.Y.O. Hemşirelik Dergisi*, Cilt XIII, Sayı 50.
80. Owen BD, Stachler KS (2003) Decreasing Back Stres in Home Care, *Home Health Nurse*, 21(3):180-186
81. Öz F (2004) Sağlık Alanında Temel Kavramlar, *İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ*, Ankara, s 19-24.
82. Özcan N(1997) Koroner Kalp Hastalıkları, *GATA Basımevi*, Ankara, s.1-31
83. Özer N, Akyıl R Ç (2005) Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Öncesi Verilen Eğitimin Ameliyat Sonrası Stres Düzeyine Etkisi. *Üçüncü Uluslar Arası Onuncu Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı*. İzmir.

84. Öztekin S D (1998) Koroner Arter Bypass Cerrahisi Geçiren Hastalarda Graft – Bacak Komplikasyonlarının Önlenmesinde Hemşirenin Rolü, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, Marmara Üniversitesi Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaa Birimi, İstanbul, s 269–274.
85. Öztürk Y, Günay O (2000) Çev. Ed., Sağlık 21 21. Yüzyılda Herkese Sağlık. Erciyes Üniversitesi Yayınları. Kayseri. No 126.
86. Pintor ve ark (2003) Can EuroSCORE Predict Direct Costs of Cardiac Surgery, European Journal of Cardio Thoracic Surgery, 23:595–598.
87. Potter P, Perry A (1997) Nursing Theory and Practice, Third Edition, Philadelphia
88. Pudner R (2004) Nursing the Surgical Patient , Baviere Tindall, Toronto, s.375.
89. Redeker NS, Brassard AB (1996) Health Patterns Of Cardiac Surgery Clients Using Home Health Care Nursing Services, Public Health Nursing, December, 13(6):394–403.
90. Redeker NS ve ark (1994) First Postoperative Week Activity Patterns and Recovery in Women After Coronary Artery Bypass Surgery, Clinical Nursing Research, 43(3):179-193.
91. Redeker NS (1993) Symptoms Reported by Older and Middle-Aged Adults After Coronary Bypass Surgery, Clinical Nursing Research, 2(2):148–159.
92. Ruberman W (1992) Psychosocial Influences on Mortality with Coronary Heart Disease, JAMA, 267;559–560.
93. Savaşer S (2000) Kanserli Çocuğun Taburculuğuna Hazırlanması ve Evde Bakımında Hemşirenin Rolü, Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(1):51-56.
94. Schreiber S ve ark (2004) Holocaust Survivors Coping with Open Heart Surgery Decades Later Posttraumatic Symptoms and Quality of Life, General Hospital Psychiatry, 26:443–452.
95. Shiraishi M (2002) Discussion of Care management operation of a visiting nurse – a case of increased ADL by the support of independent life Gon To Kagaku Ryoho, 29:461-465.
96. Sinci V ve ark (1998) Kalp Cerrahisinin Psikiyatrik Komplikasyonları Postoperatif Delirium Sendromu, 5. Ulusal Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Kongresi, Kongre Kitabı, Antalya
97. Smeltzer SC, Bare BG (1996) Brunner and Suddarth's Textbook of M-S N, Eight Edition, Lippincott- Roven Publishers, s.81.

98. Smith P (2006) Predicting and Preventing Adverse Neurologic Outcomes with Cardiac Surgery, *Journal Cardiac Surgery*, 21:15–19.
99. Solak H (1995) Koroner Arter Cerrahisi, Gökçe Ofset, Konya
100. Solh AA ve ark (2006) Nosocomial Pneumonia in Elderly Patients Following Cardiac Surgery, *Respiratory Medicine*, 100:729–736.
101. Söyük S, Ören BG (1999) Açık Kalp Ameliyatı sonrası Enfeksiyon Görülme Sıklığı, *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, 3(2); 72-75.
102. Stanhope M, Lancaster J (1996) Community Health Nurse in Home Health and Hospice Care, *Community Health Nursing*, St Loius, Mosby Company, s.805-834.
103. Stanhope M, Knollmueller R (2000) Community Based and Home Health Nursing Practice, Third Edition, Mosby Company, s.756-758.
104. Stein D ve ark (1990) Psychosocial Adjustment Before and After Coronary Artery Bypass Surgery, *Psychiatry in Medicine*, 20(2):181-192.
105. Subaşı N (2001) Ankara İli Çankaya İlçesinde Evde Bakım Durumu Araştırması, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.
106. Togay S, Yavuz M (2003) Açık Kalp Ameliyatı Olan Bireylerin Eşlerinin Psikososyal Durumlarının İncelenmesi. 4. Ulusal ve Ameliyathane Hemşireliği Kongre Kitabı. İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi. s 383-391.
107. Tucker SM ve ark (1996) Patient Care Standards, Colloborative Practice Planning Guides, Mosby Company, s153-167
108. Ünlüoğlu İ, Saatçi E, Bozdemir N (1998), Sağlık Mevzuatımızda Evde Bakım. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. İstanbul. Marmara Üniversitesi Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaa Birimi. s.95-101.
109. Warrington D, Cholowski K, Peters D (2003) Effectiviness of Home- Based Cardiac Rehabilitation for Special Needs, Patients, *Journal of Advance Nursing*,41 (2):121–129.
110. Weiss M, Eichhorn G, Geissler W (1989) The Changign Psychosocial Profile of Patients, A Preliminary Report With The Enlarged Bortner-scale, *Activ. Nerv. Super.*, 31:3
111. Wilson LB (2004) Postoperative Nursing Management, Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing, 10 th Ed., St Loius, Mosby Company. s.116.
112. Yalçın N ve ark (2002) Hastane İnfeksiyonlarında Antibiyotik Maliyeti, *Hastane İnfeksiyonları Dergisi*, 6: 41-45.

113. Yava A (2000) Açık Kalp Cerrahisi Geçiren Bireylerde Postoperatif Nöropsikolojik Değişikliklerin İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı.
114. Yetkin A (2002) Hemşirelerin Hasta ve Ailesinin Eğitimi ile İlgili Görüş ve Uygulamaları, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(1):53-59.
115. Yıldırım N (2001) Koroner Arter Bypass Ameliyatı Olan Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi.
116. Yıldız ve ark (1998) Açık Kalp Ameliyatı olacak Hastaların Bilgi Gereksinimlerinin Saptanması, 5. Ulusal Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Kongre Kitabı, s 164.
117. Yılmaz MC (2001) Miyokard Enfarktüsü Tanısı Konan Hastaların Taburculuk Planlaması ve Evde Bakım Gereksinimleri Yönünden İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.
118. Yurdalan SU, Cımbız A, Akaryıldız Ö, Oto Ö ( 1998) Koroner By-pass'lı Olgularda Erken Dönem Fonksiyonel Kapasitenin Değerlendirilmesi, 5. Ulusal Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Kongre Kitabı, s 33.
119. [http://www.bayindirhastanesi.com.tr/bolum22\\_5.asp](http://www.bayindirhastanesi.com.tr/bolum22_5.asp)
120. <http://www.drpozitif.com>
121. <http://www.gata.edu.tr/cerrahibilimler/kalpdamar/kalp-akciğer.html>
122. <http://www.hastanedergisi.com>
123. <http://www.internationalhospital.com.tr>
124. <http://www.sabem.saglık.gov.tr>
125. <http://www.saglık.net>
126. <http://www.tyih.gov.tr/kvc.html>
127. <http://www.wikipedia.org>

# **EKLER**

## EK-I

### HASTA TANITIM FORMU

1. Yaşınız : **Görüşme Tarihi:**
2. Cinsiyetiniz : ( )Kadın ( )Erkek
3. Eğitiminiz : Okur-Yazar Değil( ) Okur-Yazar( ) İlköğretim( ) Lise( )  
Üniversite( ) Lisansüstü( )
4. Medeni durumunuz: Evli ( ) Bekar ( ) Dul( )
5. Sağlık güvenceniz: Emekli sandığı( ) Bağ-Kur ( ) SSK( )  
Özel ( ) Yeşil Kart ( ) Yok( )
6. Mesleğiniz : Ev Hanımı( ) Emekli( ) Memur ( )  
Serbest ( ) İşçi ( ) Diğer .....
7. Açık adres:
8. Ev telefonu:
9. Birlikte Yaşadığınız Kişiler: Yalnız( ) Eşi ile( ) Eşi ve Çocukları ile( )  
Akrabalarıyla ( ) Diğer.....
10. Ameliyatın şekli:
11. Ameliyattan sonra evde bakımınıza yardımcı olabilecek kişiler kimler?
12. Yaşadığı Ev Tipi :Apartman( ) Müstakil( ) Diğer.....
13. Eviniz apartmansa kaçınıcı katta oturuyorsunuz?
14. Asansör kullanıyorsunuzuz? Evet( ) Hayır( )
15. Eviniz müstakil ise tuvalet içeride mi? Evet( ) Hayır( )
16. Evininizde ne ile ısıyorsunuzuz? Soba( ) Kalorifer( ) Diğer.....
17. Araba kullanıyorsunuzuz? Evet( ) Hayır( )
18. Sigara kullanıyorsunuzuz? Evet( ) Hayır( ) Günde( )paket\adet
19. Alkol kullanıyorsunuzuz? Evet( ) Hayır( ) Günde( ) kadeh\şişe
20. Daha önce hastaneye Yattınız mı? Evet ( ) defa Hayır ( )
21. Başka Bir Hastalığınız Var mı?  
Diyabet ( ) Hipertansiyon( ) ABY\KBY( ) Anemi( )  
KOAH ( ) Diğer.....
22. Sürekli Kullandığınız İlaçlar.....

## EK-II

### AÇIK KALP AMELİYATI OLMUŞ BİREYLERİN FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİNE GÖRE EVDE BAKIM GEREKSİNİMLERİNİ BELİRLEME FORMU

#### I.SAĞLIĞIN ALGILANMASI/SAĞLIK YÖNETİMİ

1. Ameliyattan sonra sağlığımızla ilgili düşüncelerinizde değişiklik oldu mu?  
Evet( ) Hayır( )
2. Birinci sorunun cevabı evetse nasıl bir değişiklik oldu?
3. Şu anda kendinizi sağlıklı olarak görüyor musunuz?Evet( ) Hayır( ) Neden( ).....
4. Sağlığınızı sürdürmek için neler yapmayı planlıyorsunuz?  
Spor( )Düzenli uyku( ) Düzenli beslenme( ) Sigara\alkol kullanmama( )Diğer( ).....
5. Ameliyattan sonra eve gelmenin iyileşmenizi nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?  
İyi etkileyecek( ) Kötü etkileyecek( )
6. Beşinci soruya verdiğiniz cevabın nedenini açıklayınız.
7. Sağlıklı Olmayı Etkileyen Alışkanlıkları  
Sigara  
Alkol  
İlaç  
Diyet
8. Ameliyattan sonra bu alışkanlıklarınızda bir değişiklik oldu mu?  

<u>Alışkanlık</u>	<u>Özelliği</u>
Sigara	.....
Alkol	.....
İlaç	.....
Diyet	.....
9. Alışkanlıklarınız ile ilgili sorun yaşadıysanız sağlık personeline ihtiyaç duydunuz mu?  
Evet ( ) Hayır( )

#### 10. Tedaviye uyum düzeyi (yakınına da sorulacak)

- |                        | Uyumlu | Uyumsuz | Diğer    |
|------------------------|--------|---------|----------|
| İlaç                   | ( )    | ( )     | ( )..... |
| Egzersiz kısıtlamaları | ( )    | ( )     | ( )..... |
| Tedavi kararları       | ( )    | ( )     | ( )..... |
| Önerilere uyma         | ( )    | ( )     | ( )..... |
11. Yukarıda belirttiğiniz sorunlardan hangisi\hangileri devam ediyor? (6.haftada sorulacak)

#### II. BESLENME VE METABOLİZMA

12. Kilo:                      Boy:                      BKİ:
13. Ameliyattan sonra nasıl beslenmeniz gerektiği ile ilgili size bilgi verildi mi?  
Evet ( ) Hayır ( )
14. Bilgi verildi ise kim tarafından verildi? Doktor( ) Hemşire( ) Diğer( ).....

15. Bilgi verildi ise ne söylendi?

16. Ameliyattan sonra beslenme alışkanlığınızda bir değişiklik oldu mu?

Evet ( ) Hayır ( )

17. Değişim olduysa nasıl bir değişiklik oldu? Açıklayınız.

Hastalığıma özel diyet diyet uyguluyorum( )

İştahım azaldı ( ) İştahım Arttı( ) Diğer( )

18. Hastalığınıza özel bir diyet verildi mi? Evet ( ) Hayır ( )

19. Diyet verildi ise bu diyeti uygulayabiliyor musunuz? Evet ( ) Hayır ( )

20. Uygulayamıyorsanız nedenini açıklayabilirmisiniz?

21. Ameliyattan sonra size ne kadar sıvı almanız söylendi? .....Litre\Bardak

22. Günde kaç litre\su bardağı sıvı alıyorsunuz?

23. Beslenmenizi etkileyen aşağıdaki sorunlardan hangisi\hangilerini yaşıyorsunuz?

	Var	Yok
Ağrı	( )	( )
Hareketsizlik	( )	( )
Güçsüzlük	( )	( )
Tat duyusunda değişme	( )	( )
İştahsızlık	( )	( )
Stres	( )	( )
Diğer.....		

24. Beslenme sorun\sorunlarınızı gidermeye yönelik ne yapıyorsunuz?

( ) Hiçbirşey yapmıyorum

( ) Dr'a gittim

( ) İlaç alıyorum

( ) Diğer.....

25. Bu problem için bir sağlık personeline ihtiyaç hissediyormusunuz? Evet ( ) Hayır ( )

26. Yukarıda belirttiğiniz sorunlardan hangisi\hangileri devam ediyor?

(6.Haftada sorulacak)

### III. BOŞALTIM

27. Taburcu olmadan önce barsak boşaltımınızla ilgili bilgi verildi mi? Evet ( ) Hayır( )

28. Bilgi verildi ise kim tarafından verildi? Doktor( ) Hemşire( ) Diğer( )

29. Verilen bilgide ne söylendi?

30. Taburcu olduktan sonra barsak boşaltım alışkanlığınızda sorun oldu mu?

Evet( ) Hayır ( )

31. Cevabınız evetse yaşadığınız sorun nedir?

( ) Sık sık ishal olma

( ) Ara sıra ishal olma

( ) Sık sık kabız olma

( ) Ara sıra kabız olma

( ) Diğer.....

**32. Sizce bu sorunu yaşamanızın nedeni nedir?**

- ( ) Tuvalete gitmeyi erteleme ( ) İşe yaramama düşüncesi ( ) Tuvaletin tipi  
( ) Stres ( ) İlaçlar (antidepresanlar vb) ( ) Beslenme alışkanlığı  
( ) Diğer.....

**33. Bu sorunu gidermeye yönelik ne yaptınız ?**

- ( ) Reçetesiz ilaç alma ( ) Sıvı alımı ( ) Besin alımı ( ) Dr.a gitme ( ) Hiçbir şey ( ) Diğer

**34. Yaptığınız uygulama sorununuzun çözümüne yardımcı oldu mu?**

- Evet ( ) Hayır ( )

**35. Bu sorunuz için bir sağlık personeline ihtiyaç duydunuz\duyuyormusunuz?**

- Evet ( ) Hayır ( )

**36. Taburcu olmadan önce idrar boşaltımı ile ilgili bilgi aldınız mı? Evet ( ) Hayır ( )**

**37. Cevabınız evet ise kimden bilgi aldınız ? Dr ( ) Hemşire ( ) Diğer ( )**

**38. Bilgi adıysanız ne söylendi?**

**39. Taburcu olduktan sonra idrar yapma alışkanlığınızda sorun oldu mu?**

- Evet ( ) Hayır ( )

**40. Cevabınız evet ise yaşadığınız sorun nedir?**

- ( ) Ağrı ( ) Sık idrar yapma ( ) Yanma ( ) idrar yapma güçlüğü  
( ) İdrar kaçırma ( ) İdrarda kan olması ( ) Diğer .....

**41. Bu soruna yönelik neler yaptınız? ( ) Dr.a gittim ( ) Hiçbirşey yapmadım Diğer.....**

**42. Bu soruna yönelik bir sağlık personeline ihtiyaç duyuyormusunuz? Evet ( ) Hayır ( )**

**43. Yukarıda belirttiğiniz sorunlardan hangisi\hangileri devam ediyor?**

(6.haftada Sorulacak)

#### **IV.AKTİVİTE VE EGZERSİZ**

**44. Ameliyattan sonra aktiviteleriniz ile ilgili bilgi verildi mi? Evet ( ) Hayır ( )**

**45. Bilgi aldıysanız kimden aldınız? Doktor ( ) Hemşire ( ) Diğer ( ).....**

**46. Bilgi verildi ise ne söylendi?**

**47. Boş zamanlarınızda yapmaktan hoşlandığınız alışkanlıklarınız var mı?**

- Evet ( ) Hayır ( )

**48. Cevabınız evet ise nelerdir? Yürümek ( ) Uyumak ( ) Eğlence ( ) Diğer ( ).....**

**49. Ameliyattan sonra bu alışkanlıklarınızda değişiklik oldu mu? Evet ( ) Hayır ( )**

**50. Cevabınız evet ise nasıl bir değişiklik oldu? Açıklayınız.**

**51. Ameliyattan sonra hastalığınıza yönelik egzersiz programı verildi mi?**

- Evet ( ) Hayır ( )

**52. Cevabınız evet ise bu egzersiz programına uyabiliyor musunuz? Evet ( ) Hayır ( )**

**53. Cevabınız hayır ise düzenli egzersiz yapamamanızın nedeni nedir? Açıklayınız.**

**54. Ameliyattan sonra evde günlük ihtiyaçlarınızı karşılamada sorun yaşıyor musunuz?**

- Evet ( ) Hayır ( )

**55. Evet ise aşağıdaki aktivitelerden hangisi\hangilerinde sorun yaşıyorsunuz?**

- ( ) Beslenme ( ) Banyo ( ) Giyim ( ) Egzersiz  
( ) Boşaltım ( ) Çalışma ( ) Eğlence Diğer .....

**56. Bu sorunları gidermeye yönelik ne yapıyorsunuz?**

	Yardım aldım	Yardım Almadım
Beslenme	( )	( )
Boşaltım	( )	( )
Banyo	( )	( )

Giyim	( )	( )
Egzersiz	( )	( )
Çalışma	( )	( )
Eğlence	( )	( )

57. Yaşadığınız bu soruna\sorunlara yönelik olarak sağlık personeline ihtiyaç duyuyormusunuz? Evet( ) Hayır( )

58. Yukarıda belirttiğiniz sorunlardan hangisi\hangileri devam ediyor?(6.haftada sorulacak)

#### V. UYKU / DİNLENME

59. Taburcu olmadan önce uyku ve dinlenme ile ilgili bilgi aldınız mı? Evet( )Hayır( )

60. Bilgi verildiyse kim tarafından verildi? Doktor( ) Hemşire( ) Diğer ( )

61. Bilgi verildi ise ne söylendi?

62. Taburcu olduktan sonra gün içinde dinlenmek için ne yapıyorsunuz?

İşlerimi dinlenerek yapıyorum( ) İş yapmıyorum( ) İş Yapamıyorum( )  
Gün içinde uyuyorum( ) Kendimi yorgun hissediyorum( ) Dinlenemiyorum ( ) Diğer( )...

63. Taburcu olduktan sonra uyku düzeninizde değişiklik yaşadınız mı?

Evet( ) Hayır( )

64. Cevabınız evet ise yaşadığınız değişiklik nedir?

- ( ) Aşırı uyuma
- ( ) Gün boyunca yoğun uyuklama durumu
- ( ) Dinlendirici olmayan uyku
- ( ) Uykuya başlama güçlüğü/uykuyu sürdürme güçlüğü
- ( ) Bunalma, boğulma hissiyle birden bire uykudan uyanma
- ( )Yalnız uyumaktan korkma\ölüm korkusu
- ( )Kabuslar
- ( ) Diğer.....

65. Yaşadığımız sorunu gidermeye yönelik neler yapıyorsunuz?

66. Sizce uyku sorunu yaşamamızın nedeni nedir?(uyku sorunu olanlar için)

- ( ) Cerrahi girişim
- ( ) Bir yastıktan daha fazla yastık kullanma
- ( ) Ağrı
- ( ) Kafein, çay, sigara
- ( ) Gece idrara çıkma
- ( ) Stres
- ( ) Diğer .....

67. Yaşadığınız bu sorunlarda sağlık personeline ihtiyaç duyuyormusunuz?

Evet( ) Hayır( )

68. Yukarıda belirttiğiniz sorunlardan hangisi\hangileri devam ediyor?

(6.haftada sorulacak)

#### VI. BİLİŞSEL VE ALGISAL DEĞERLENDİRME

69. Ameliyattan sonra size hafızanızda, konuşmanızda, olayları kavrama, düşünme yeteneğinizde olabilecek değişiklikler ile ilgili bilgi verildi mi? Evet( ) Hayır( )

70. Cevabınız evet ise kimden bilgi aldınız? Doktor ( ) Hemşire( ) Diğer( ).....

71. Bilgi aldıysanız ne söylendi?

72. Aşağıdaki sorunlardan hangisini\hangilerini yaşıyorsunuz?

	Var	Yok	Ne yapıyor
Ağrı	( )	( )	.....
Yorgunluk	( )	( )	.....
Halsizlik	( )	( )	.....
Baş dönmesi	( )	( )	.....

73. Oryantasyon değerlendirilmesi;

	Normal	Disoryante
Yer	( )	( )
Kişi	( )	( )
Zaman	( )	( )

74. Ameliyattan sonra unutkanlık yaşıyor mu? (yakınına sorulacak)

Evet( ) Hayır( ) Ara sıra ( )

75. Eğer olduysa bu soruna yönelik ne yaptınız ?

76. Oryantasyon durumunun değerlendirilmesi:

Zaman : Bugün (ay, yıl, gün) günlerden ne?	Doğru( )	Yanlış ( )
Şu anda günün hangi zamanı?	Doğru( )	Yanlış ( )
Yer: Bu binanın adı nedir? Bu şehrin adı nedir	Doğru( )	Yanlış ( )
Kişi: İsminiz nedir?	Doğru( )	Yanlış ( )

77. Çevresinde olanların farkında mı? Evet( ) Hayır( )

78. Soyut düşünme yeteneği: Aşağıdaki nesnelere gösterebiliyor mu, isimlerini söyleyebiliyor mu?

Saat ( ) Anahtarlık ( )

Atasözünün anlamını açıklamasını isteyin Doğru ( ) Yanlış ( )

79. Objeler arasında benzerlikleri ve farklılıkları bulabiliyor mu? (ağaç-çiçek)

Evet ( ) Hayır ( )

80. Problem çözme ve konsantrasyon yeteneği : (eğitim durumuna göre)

Aritmetik bir işlemi çözebiliyor mu?

Evet ( ) Hayır ( )

100'den geriye doğru 65'e kadar 7'şer 7'şer sayabiliyor mu? 93,86,79,72,

Evet ( ) Hayır ( )

81. Hafıza yeteneğinin değerlendirilmesi:

Şu andaki hafıza :(3-4 nesne adı söylendiğinde tekrarlayabiliyor mu)?

( ) Mavi ( ) Şahin ( ) Lale

1 dakika sonra tekrar söyleyebildi mi? ( ) Mavi ( ) Şahin ( ) Lale

Yakın hafıza :sabah kahvaltıda ne yediniz?

Dün ne yaptınız?

Uzak hafıza doğum gününüzü söylemişsiniz?

Doğum yeriniz neresi?

Kaç yılında evlendiniz?

82. Konuşma yeteneğinin değerlendirilmesi:

Hızı normal( ) yavaş( ) hızlı ( )

**Kelimelerin kullanımı** uygun( ) uygun değil ( )  
**Cevap verme durumu** : ( ) içten ( ) açık sözlü ( ) kaçamak  
**Konuşma bozukluğu** : ( )disartri ( ) güçlkle konuşma

### 83. Yargılama yeteneğinin değerlendirilmesi:

Olaylar arasında neden sonuç ilişkisini kurabiliyor mu?

Olası bir durumu analiz ederek karar verebiliyor mu? (Örneğin: yolda giderken cüzdandan bulursanız ne yaparsınız)

**İç görüşü:** Hastalığını/durumunu nasıl görüyor?

84. Yardım için gereksinimlerini fark ediyor mu? ( ) Evet ( ) Hayır

85. Kendi sorumluluklarını kabul ediyor mu? ( ) Evet ( ) Hayır

86. Yardım gereksinimini ifade ediyor mu?(gözlemlenecek) ( ) Evet ( ) Hayır

87. Ameliyattan sonra hastanın konuşmasında bir değişiklik oldu mu?(yakınına sorulacak)  
Evet( ) Hayır( )

88. Cevabınız evet ise nasıl bir değişiklik oldu?

89. Değişiklik oldu ise bunun için ne yaptınız?

90. Yaşadığınız sorunlar için sağlık personeline ihtiyaç duyuyormusunuz? Evet( ) Hayır( )

91. Yukarıda ifade ettiğiniz sorunlardan devam eden\edenler hangileridir?(6.haftada sorulacak)

## VII. KENDİNİ ALGILAMA

92. Ameliyattan sonra kendiniz ile ilgili olan düşüncelerinizde olabilecek değişikliklere yönelik bilgi verildi mi? ( ) Evet ( ) Hayır

93. Cevabınız evet ise kim tarafından verildi? Dr( ) Hemşire( ) Diğer( )

94. Bilgi verildiyse ne söylendi?

95. Kendinizi görünüş olarak beğenirmisiniz? Evet( ) Hayır( )

96. Kendisini görünüş olarak nasıl tanımlar ?

Güçlü( ) Güçsüz( ) Güzel( ) Çirkin( )

Yakışıklı( ) Çekici( ) Diğer( )

97. Ameliyattan sonra kendiniz ile ilgili düşüncenizde değişiklik oldu mu?

Evet( ) Hayır( )

98. Değişiklik olduysa nasıl bir değişiklik oldu?Açıklayınız.

99. Nasıl bir kişiliğe sahipsiniz?

Sinirli( ) Sabırsız( ) Sabırlı( ) Anlayışlı( ) Sessiz( )Diğer( ).....

100. Kendinizi kişilik olarak beğenirmisiniz? Evet( ) Hayır( )

101. Size göre ameliyattan sonra kişilik özelliklerinizde bir değişiklik oldu mu?

Evet( ) Hayır( )

102. Değişiklik oldu ise nasıl bir değişim oldu?Açıklayınız.

103. Değişiklik oldu ise ne yaptınız?

104. Bu değişiklik için bir sağlık personeline ihtiyaç duyuyormusunuz? Evet( ) Hayır( )

105. Yukarıda belirttiğiniz sorunlardan hangisi\hangileri devam ediyor?(6.haftada sorulacak)

## VIII. ROL VE İLİŞKİ

106. Ameliyat sonrasında insanlarla ilişkileriniz ve günlük yaptığınız görevleriniz/sorumluluklarımızın değişebileceği ile ilgili bilgi verildi mi?

Evet( ) Hayır( )

107. Bilgi verildi ise kim tarafından verildi? Dr( ) Hemşire( ) Diğer( )

108. Cevabınız evet ise ne söylendi?

109. Yaşamınızda önemli olan kişiler kimler?

110. Bu kişilerle olan ilişkilerinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

Sıcak\Yakın( ) Soğuk\Uzak( ) Diğer( ).....

111. Ameliyattan sonra bu kişiler ile olan ilişkilerinizde bir değişiklik oldu mu?

Evet( ) Hayır( )

112. Değişiklik oldu ise nasıl bir değişiklik oldu ?

113. Ameliyattan sonra iş yaşamınızda değişiklik oldu mu? Evet( ) Hayır( )

114. Değişiklik oldu ise nasıl bir değişiklik oldu?

115. Ameliyattan sonra aileniz ile olan ilişkilerinizde değişiklik oldu mu?

Evet( ) Hayır( )

116. Değişiklik olduysa nedir?

( ) Rolünü yerine getirememe ( ) İletişim kurma ve sürdürmede güçlük

( ) Kendisinden beklentilerin yüksek olması ( ) Ekonomik güçlük

( ) Birden fazla rol içinde olmak ( ) Rol çatışması

117. Ameliyattan sonra akrabalarınızla olan ilişkilerinizde değişiklik oldu mu?

Evet( ) Hayır( )

118. Değişiklik olduysa nedir?

119. Ameliyattan sonra arkadaşlarımız ile olan ilişkilerinizde değişiklik oldu mu?

Evet( ) Hayır( )

120. Değişiklik olduysa nedir?

121. Bu değişikliklere yönelik sağlık personeline ihtiyaç duyuyormusunuz?

Evet( ) Hayır( )

122. Yukarıdaki belirttiğiniz sorunlardan hangisi\hangileri devam ediyor?(6.haftada sorulacak)

## VIII. CİNSELLİK – ÜRETKENLİK

123. Ameliyattan sonra cinsel yaşamınızın nasıl olması gerektiği ile ilgili bilgi aldınız mı? Evet( ) Hayır( )

124. Cevabınız evet ise kimden aldınız? Dr( ) Hemşire( ) Diğer( )

125. Eğer bilgi aldıysanız ne söylendi?

126. Ameliyattan sonra eşinize karşı olan duygularınızda bir değişiklik yaşıyor musunuz?

Evet( ) Hayır( )

127. Değişiklik olduysa nedir?

Ayrı yatıyoruz( ) İlişkiye girmekten korkuyoruz( ) İlişkiye girmiyoruz( )Diğer( ).....

128. Bu değişiklik sizin yaşantınızı nasıl etkiledi?

Sinirliyim( ) Kendimi işe yaramaz hissediyorum( ) Diğer( ).....

129. Bu sorunlara yönelik sağlık personeline ihtiyaç duyuyormusunuz?  
Evet ( ) Hayır( )
130. Cinsellik ile ilgili belirttiğiniz sorunlardan hangisi\hangileri devam ediyor?(6.haftada sorulacak)

#### X. STRESLE BAŞETME VE STRES TOLERANSI

131. Taburcu olmadan önce stresinizi azaltmaya yönelik olarak bilgi aldınız mı?  
Evet ( ) Hayır( )
132. Cevabınız evet ise kimden aldınız? Dr( ) Hemşire( ) Diğer( )
133. Bilgi aldıysanız ne söylendi?

134. Ameliyattan sonra sizde strese neden olan durumlar nelerdir?

Aile yaŐantısı ile ilgili:

İŞ yaŐantısı ile ilgili:

Sosyal yaŐantı ile ilgili:

135. Ameliyattan sonra kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Gergin( ) Kaygılı( ) Rahat ( ) Depresif( ) Diğer( ).....

136. Ameliyattan sonra sizde stres yaratan durumları azaltmak için ne yapıyorsunuz?

Birisi ile konuşmak ( ) Unutmaya alıŐma ( ) Problemi çözmeye çalıŐmak( )  
Hiçbir Şey yapmamak ( ) Sigara içmek ( ) İlaç almak( )  
AŞırı yemek yemek ( ) Problemler için birini suçlamak ( ) Uyumak( )  
Durumu kabul etmek ( ) nem vermemek ( ) İnsanlardan uzaklaŐmak( )  
fkelenip bağırmak ( ) fkelenip içine atmak( )  
fkelenip vurmak bir Şeyler fırlatmak( ) Diğer( ).....

137. Stresinize yönelik olarak sağlık personeline ihtiyaç duyuyormusunuz?

Evet ( )Hayır( )

138. Yukarıda belirttiğiniz sorunlardan hangisi\hangileri devam ediyor?

(6.haftada sorulacak)

#### XI. DEĞERLER VE İNANÇLAR

139. Ameliyatlar çok önemli olaylardır. Kişilerin değer ve inançlarında değerliklere neden olabilir. Size taburcu olmadan önce bu konuda bilgi verildi mi?

Evet ( ) Hayır( )

140. Cevabınız evet ise kim tarafından verildi? Dr( ) Hemşire( ) Diğer( ).....

141. Bilgi aldıysanız ne söylendi?

142. Dini inanlarınıza göre yaptığınız uygulamalar var mı? Evet ( ) Hayır( )

143. Ameliyat olma nedeniyle dini uygulamalarınızda herhangi bir değerlik oldu mu?

Evet ( ) Hayır( )

144. Bu durum sizi nasıl etkiledi?

145. Bu değerlikler için sağlık personeline ihtiyaç duyuyormusunuz?

Evet ( ) Hayır( )

146. Yukarıda belirttiğiniz sorunlardan hangisi\hangileri devam ediyor?

(6.haftada sorulacak)

## **EK III**

### **FSÖ Modeline Göre Taburculuk Eğitimi Verilen Bilgi Yeterlilik Formu**

#### **BESLENME**

Kolesterolden, doymuş yağlardan, tuz ve kafeinden fakir, proteinden zengin (özellikle ilk bir ay) beslenmesinin gerektiği

#### **BOŞALTIM**

Tuvalete gitmeyi ertelememesi, düzenli ve yavaş yavaş artırarak hareket etmesi, sebze ve meyve ağırlıklı beslenmesi,

#### **AKTİVİTE/EGZERSİZ**

Her gün önce evin içinde düzgün bir yerde yürümeye başlama, kendini iyi/güçlü hissettiğinde açık havada her gün düzenli ve gittikçe mesafeyi artırarak, kısa mesafelerle, dinlenerek yürüme, yürürken terlemekten sakınma, yeterince dinlenmeden egzersiz yapmama, nefes darlığı, göğüs ağrısı ya da bitkinlik hissettiğinde egzersizi sonlandırması.

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

#### **UYKU ve DİNLENME**

Her gece 8-10 saat düzenli uyuma, uyku saatleri dışında günde en az iki kez 20-30 dk yaptığı işi bırakarak dinlenmesi,

#### **BİLİŞ ve ALGI**

Ameliyattan sonra hareket azlığı, iyi uyuyamama, verilen ilaçlar nedeniyle yorgun hissetme, korku ve endişeye bağlı huzursuz, ağlama gibi abartılı duygular, geceleri kabuslar, dikkatini bir noktaya toplamada zorlanma gibi olumsuz duygular, unutkanlık yaşayabileceği

## **KENDİNİ ALGILAMA**

İlk haftalarda ameliyat yarasında morluklar, kaşıntı, hissizlik, sızı olabileceği, Yaşayacağı ağrı ve uykusuzluk nedeniyle yorgunluk, halsizlik, güçsüzlük hissedebileceği ve bu durumun normal olduğu, hafif bir (order edilen) ağrı kesici kullanabileceği,

## **ROL ve İLİŞKİLER**

Evde ilk iki hafta boyunca arkadaş ve akraba ziyaretlerinin ertelenmesi, günde iki ziyaretçiden fazla ziyaretçi kabul edilmemesi, yorulduğunda ve dinlenmeye gereksinimi olduğunu hissettiğinde çekinmeden ziyaretçilerinin yanında ayrılması,

## **CİNSELLİK**

Kendilerini iyi ve dinlenmiş hissettikleri zaman cinsel ilişkide bulunabilecekleri ancak sternumu zorlayan pozisyonlardan kaçınmaları, kendilerinin yorgun ve duygusal olarak gergin hissettiklerinde cinsel aktiviteyi ertelemeleri, kadın hastaların gebeliklerini mutlaka hekim kontrolünde planlaması,

## **STRESLE BAŞETME.**

Relaksasyon yöntemlerini (hayal kurma, derin solunum egzersizleri, masaj) kullanma, Açık havada yürüme, sosyal aktiviteleri artırma, gerekirse profesyonel destek alması,

## **DEĞER ve İNANÇ**

Değer ve inançlarına yönelik uygulamaları varsa kendisini iyi hissettiğinde, yarasını zorlamayacak şekilde yapabileceği ya da erteleyebileceği söylenmesi gerekmektedir.