



T.C

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KORONER ARTER BYPASS AMELİYATI GEÇİREN HASTALARIN
SEMPTOM DENEYİMİ VE EĞİTİMİN ÖNEMİNE İLİŞKİN
ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

ÖZGE ÇİFTÇİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

TEZ DANIŞMANI

Prof.Dr.ZEHRA DURNA

İSTANBUL-2011

SAGLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

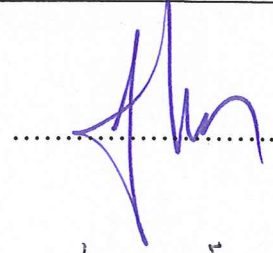
Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Özge ÇİFTÇİ tarafından hazırlanan “*Koroner Arter Bypass Ameliyatı Geçiren Hastaların Semptom Deneyimi ve Eğitimin Önemine İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi*” konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :28.10.2011

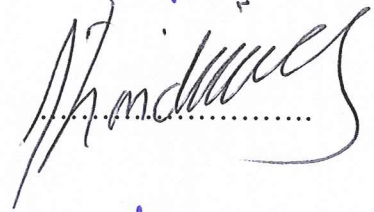
(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Zehra DURNA
: İstanbul Bilim Üniversitesi
(Danışmanı)




Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Kürşat ÖZDİLLİ
: Haliç Üniversitesi/ HYO.



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Türkinaz AŞTI
: İst. Üniversitesi/ Hemşirelik Fak.



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Mahmure AYGÜN
: İstanbul Bilim Üniversitesi



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Ayfer ÖZBAŞ
: İst. Üniversitesi/ Hemşirelik Fak.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

I. TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında duyarlılık gösteren, bilgi ve deneyimleriyle her zaman yanımda olan çok değerli hocam Sayın Prof. Dr. Zehra Durna'ya;

Araştırmamı gerçekleştirdiğim Alman Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi ve Kardiyovasküler Cerrahi Servisi doktorlarına, hemşirelerine ve perfüzyonistlerine;

Hiçbir zaman yanımdan ayrılmayan, bugünlere gelmemde çok büyük emekleri olan aileme;

Teşekkür ederim ...

Özge ÇİFTÇİ

II. İÇİNDEKİLER	
I. TEŞEKKÜR	II
II. İÇİNDEKİLER	III
III. KISALTMALAR	V
IV. TABLO LİSTESİ	VI
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	4
4.1. Koroner Arter Hastalığı.....	4
4.1.1. Koroner Arter Hastalıklarının Önemi.....	4
4.1.2. Koroner Arter Hastalıklarında Risk Faktörleri.....	5
4.1.3. Koroner Arter Hastalıklarında Tanı ve Tedavi.....	9
4.2. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatları.....	10
4.2.1. Endikasyonlar.....	11
4.2.2. Preoperatif ve Postoperatif Değerlendirme.....	12
4.2.3. Tanılama Kriterleri.....	13
4.2.4. Semptomlar.....	14
4.3. KABG Ameliyat Sonrası Bakım.....	17
4.3.1. Bakımın Planlanması.....	17
4.3.2. Hemşirelik Tanıları ve Uygun Girişimler.....	18
4.3.3. Bakımın Değerlendirilmesi.....	23
4.4. KABG Ameliyat Sonrası Bilgi Gereksinimi ve Eğitimin Önemi.....	24
4.4.1. Eğitimin Önemini Algılama.....	24
4.4.2. Eğitimin Değerlendirilmesi.....	24
5. GEREÇ ve YÖNTEM	
5.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli.....	26
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	26
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	26
5.4. Veri Toplama Araçları.....	26
5.5. Araştırmanın Uygulanması.....	26
5.6. Araştırmanın Etik Yönü.....	27

5.7. İstatistiksel Analiz.....	27
5.8. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	27
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	27
6. BULGULAR.....	28
6.1. Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	28
6.2. Semptom Deneyimlerine İlişkin Bulgular.....	30
6.3. Bilgi Gereksinimlerine İlişkin Bulgular.....	39
7. TARTIŞMA.....	46
7.1. Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	46
7.2. Semptom Deneyimlerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	47
7.3. Bilgi Gereksinimlerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	49
8. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	53
9. KAYNAKLAR.....	55
10. EKLER.....	58
Ek-1. Hasta Tanım Formu.....	58
Ek-2. Semptom Değerlendirme Formu.....	59
Ek-3. Koroner Arter Bypass Ameliyatı Geçiren Hastaların Bilgi Değerlendirme Formu.....	60
Ek-4. Etik Kurul Onayı.....	61
11. ÖZGEÇMİŞ.....	62

III. KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AKS	: Akut Koroner Sendrom
KAG	: Koroner Anjiyografi
EKG	: Elektrokardiyografi
HDL	: High Density Lipoprotein
IMA	: Internal Mammarial Arter
KABG	: Koroner Arter Bypass Greft
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
LAD	: Left Anterior Descending Coronary Artery
PTKA	: Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti
SB	: Sağlık Bakanlığı
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Taraması
TSHGM	: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
WHO	: World Health Organisation (Dünya Sağlık Örgütü)

IV. TABLO LİSTESİ

Tablo 4.3.2. Kalp Cerrahisi Geçiren Hastanın Bakım Planı Örneği.....	20
Tablo 6.1.1 KABG Cerrahisi Uygulanan Hastaların Kişisel Özellikleri (n=60).	28
Tablo 6.1.2 KABG Cerrahisi Uygulanan Hastaların Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı.....	29
Tablo 6.2.1 KABG Cerrahisi Uygulanan Hastaların Semptom Değerlendirme Formuna Yönelik Bulgular.....	30
Tablo 6.2.2 Ameliyat Sonrası En Sık Görülen Semptomlar.....	34
Tablo 6.2.3 Semptomların Sıklık ve Şiddet Derecelerine göre Değerlendirmesine Yönelik Bulguların Dağılımı.....	35
Tablo 6.3.1 Koroner Arter Bypass Ameliyatı Geçiren Hastaların Bilgi Gereksinimlerini Değerlendirme Ölçeği Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alfa Değeri (n=60).....	39
Tablo 6.3.2 Koroner Arter Bypass Ameliyatı Geçiren Hastaların Bilgi Gereksinimlerini Değerlendirme Toplam Puanları Dağılımı (n=60).....	40
Tablo 6.3.3 Bilgi Gereksinimlerini Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Dağılımı (n=60).....	41
Tablo 6.3.4 Koroner Arter Bypass Ameliyatı Geçiren Hastaların Bilgi Gereksinimlerini Değerlendirme Toplam Puanlarının Kişisel Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (n=60).....	42
Tablo 6.3.5 Koroner Arter Bypass Ameliyatı Geçiren Hastaların Bilgi Gereksinimlerini Değerlendirme Toplam Puanlarının Ameliyat Sonrası Sık Görülen Semptomların Değerlendirmesine Göre Karşılaştırılması (n=60).....	43
Tablo 6.3.6 Koroner Arter Bypass Ameliyatı Geçiren Hastaların Bilgi Gereksinimlerini Değerlendirme Madde Toplam Puanı İle Yaşlara Göre Korelasyonu (n=60).....	45

1.ÖZET

Bu araştırma Koroner Arter Bypass Ameliyatı geçiren hastaların semptom deneyimi ve eğitimin önemine ilişkin algılarının değerlendirilmesi, araştırma sonuçları doğrultusunda hasta eğitimine rehber olacak öneriler geliştirmesi amacıyla planlanmıştır. Çalışma 1 Ekim 2010 tarihinden itibaren toplam sekiz aylık bir sürede Özel Hastaneden Etik Kurul Onayı alındıktan sonra gerçekleştirildi. Post-op 4.-6. günler arasında hastalarla birebir görüşüldü. Veri toplama aracı olarak 'Hasta Tanılama Formu', Semptom Değerlendirme Formu' ve 'Koroner Arter Bypass Ameliyatı Geçiren Hastaların Bilgi Gereksinimlerini Değerlendirme Formu' kullanıldı. İstatistiksel analizlerde Kruskal-Wallis testi, Mann-Whitney U testi kullanıldı. Anlamlılık seviyesi $p<0,005$ olarak kabul edildi. KABG'li hastaların yaş ortalaması $64,32\pm9,577$ olarak bulundu. Olguların bilgi gereksinimleri cinsiyet, eğitim durumu, sigara kullanımı, alkol kullanımı gibi kişisel değişkenlere göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. KABG ameliyatı geçiren hastaların bilgi gereksinimleri toplam puanları yaşlara göre karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde ilişki saptanmadı. KABG cerrahisi uygulanan hastalarda ameliyat sonrası en sık görülen semptomların yorgunluk (n=48), insizyon yerinde ağrı (n=46), baş ağrısı (n=44), fiziksel harekette azalma (n=43), baş dönmesi (n=40), sırt veya omuz ağrısı (n=40), dinlendirici olmayan uyku (n=40), fiziksel harekette zorlanma (n=39), iştahsızlık (n=38), göğüs ağrısı (n=37) olduğu, eğitim gereksiniminin en çok ödem kontrolü ve ödemin önlenmesi, ameliyat sonrası ilaç kullanımı, ameliyat sonrası kullanılan ilaçların yan etkileri ve yan etki kontrolü, ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonlar ve komplikasyonların kontrolü konularında algılandığı saptandı. En sık görülen semptomların öncelikli değerlendirilmesi ve eğitim planlarının algılanan gereksinimler doğrultusunda planlanması önerildi.

Anahtar Kelimeler: KABG, Semptomlar, Eğitim Gereksinimleri, Ameliyat Sonrası Bakım

2. SUMMARY

Assessment of the Experiences About Symptoms and Perceptions Concerning the Importance of Training of the Patients Who Had a Coronary Arter Bypass Surgery

The purpose of this study is to evaluate experiences about symptoms and perceptions concerning the importance of training of the patients who had a coronary arter bypass surgery and to develop suggestions, that would guide patient training, according to the research results. This study have been carried out for 8 months dating from 1 October 2010 after getting the private hospital's ethics committee approval. A face to face interviews were made with the patients in Post-Op 4th and 6th days. "Patient Identification Form", Symptom Evaluation Form" and " Evaluation of the Knowledge Requirements of the Patients Who Had a Coronary Arter Bypass Surgery Form" were used as the data collection tools. Kruskal-Wallis and Mann-Whitney U tests were used for the statistical analysis. The level of significance was taken as $p < 0,005$. The average age of the patients who had a coronary arter bypass surgery was $64,32 \pm 9,577$. There were no statistically significance differences found after evaluating the knowledge requirements of the facts according to some personnel variables such as sexuality, education, smoking, alcohol use. There were no significance relationship found after comparing the patients' knowledge requirements total score according to their ages. The symptoms that patients have mostly after the CABG surgery were fatigue (n=48), pain in the incision location (n=46), headache (n=44), reduce in physical motion (n=43), vertigo (n=40), back or shoulder pain (n=40), sleep that is not relaxing (n=40), compulsion in physical movement, inaccetence (n=38), chest pain (n=37). It has been determined that the training requirements are about mostly oedema control or prevention, drug use after the surgery, side effects of the drugs that are used after the surgery and side effect control, the complications that may develop after the surgery and complication control. Prior evaluation of the symptoms that are mostly seen and the planning of the training plans according to the perceived requirements are suggested.

Key Words: CABG, Symptom, Training Requirements, Post Operative Care

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Koroner arter hastalığı (KAH), en yaygın görülen kardiyovasküler sistem hastalığıdır. Endüstri toplumlarında erişkin ölümlerin %50'inden fazlasının nedenidir. Morbidite ve mortalite oranının yüksek olması, üretken yaş grubunda daha sık görülmesi, tedavi maliyetinin yüksek olması ve ciddi komplikasyonlara yol açması gibi nedenlerden dolayı önemli bir toplum sağlığı sorunudur.

Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılan 'Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Taraması (TEKHARF)' çalışmasınca sağlanan verilere göre KAH'a bağlı 45-74 yaş grubu için ölüm oranı, 100.000 nüfus başına 630 kişidir.

Günümüzde, kalp hastalıklarının cerrahi tedavisinde en çok kullanılan yöntem koroner arter bypass grefti ameliyatıdır. Bu yöntem, stabil KAH tedavisinde mükemmel kısa ve orta dönem sonuçlarına sahiptir.

Cerrahi girişimin tedavi edici ve olumlu etkilerinin yanı sıra hasta yaşantısında önemli değişikliklere de neden olmaktadır. CABG sonrası bireyler stresli bir döneme girerek anksiyete, yorgunluk, konsantrasyon azlığı, uykusuzluk, göğüs ağrısı, ödem gibi semptomlar deneyimlemektedirler. (Güneş, 2001)

Açık kalp cerrahisi sonrası iyileşme döneminde hastanede verilen eğitim ve danışmanlığın son derece önemli olduğu konusuna literatürde yer verilmiştir. Yapılan çalışmalarda eğitim verilen hastaların; iyileşme süreçlerinin hızlandığı, özgüvenlerinin arttığı, hastaneye/polikliniğe tekrarlı başvuruların azaldığı, buna bağlı olarak hasta bakım maliyetlerinin azaldığı ve bakım kalitesinin yükseldiği belirtilmektedir. (Yıldırım, 2002., Dilek, 2008., Güneş, 2001.)

Çalışmamız Koroner Arter Bypass Ameliyatı geçiren hastaların semptom deneyimi ve eğitimin önemine ilişkin algılarının değerlendirilmesi, araştırma sonuçları doğrultusunda hasta eğitimine rehber olacak öneriler geliştirilmesi amacıyla planlanmıştır.

4.GENEL BİLGİLER

4.1. Koroner Arter Hastalığı

4.1.1. Koroner Arter Hastalıklarının Önemi

Ateroskleroza bağlı koroner arter hastalıkları edinsel kalp hastalıklarının çok önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Ateroskleroz Batı ülkelerinde önde gelen bir ölüm nedenidir. Türkiye ve Akdeniz ülkeleri, aterosklerozun çok yaygın olduğu Finlandiya ve Amerika Bileşik Devletleri gibi ülkeler ile çok seyrek olduğu Japonya arasında ortada bir yerde bulunmaktadır (Öztürk, 1998). Aterosklerotik KAH olan hastalarda, gelişen farmakoterapi ve revaskülarizasyon stratejileri ile kısa ve uzun dönem prognoz iyileşmiştir. Düzelen prognoza rağmen yaşlı popülasyonun artması, obezitenin ve diyabetin artması ile gelişmiş ülkelerde kronik aterosklerotik kalp hastalığı daha fazla sıkıntı yaratmaya başlamıştır. Dahası, hastalığın pandemik hale gelmesi ve gelişmekte olan ülkelerde de patlama yapması ile tüm dünyada risk altındaki popülasyon artmıştır (Runge, 2008).

Kronik koroner arter hastalığı en sık koroner arterlerin ateromatöz plaklar ile tıkanması sonucunda oluşur. KAH hastalarında ilk bakışta görülebilecek tek biçimli bir belirti ve bulgu sendromu yoktur. Göğüs rahatsızlığı (stabil) angina, stabil olmayan angina, Prinzmetal (varyant) angina, mikrovasküler angina ve akut miyokard infarktüsünde genellikle baskın semptomdur. Öte yandan, KAH sendromları asemptomatik (sessiz) iskemi, konjestif kalp yetersizliği, kardiyak aritmiler ve ani ölüm gibi durumlardaki şekilde göğüs ağrısının hiç ya da belirgin olmadığı biçimde de ortaya çıkabilir. Ayrıca tıkaçıcı KAH'nın aterosklerotik olmayan nedenleri de vardır; bunlar arasında koroner arterlerin konjenital anomalileri, miyokardiyal bridging, sistemik vaskülitlerle ilişkili koroner arterit, radyasyon kaynaklı koroner hastalık yer alır. Miyokardiyal iskemi ve angina, aort darlığında hipertrofik kardiyomyopati ve idiyopatik dilate kardiyomyopati olduğu gibi tıkaçıcı koroner arter hastalığı yokluğunda da ortaya çıkabilir. Dahası, KAH diğer kalp hastalıkları ile de birlikte bulunabilir (Zipes, 2008).

Modern toplumda KAH'nın önemi, neredeyse epidemik denebilecek etkilenen kişi sayısı ile kendini göstermektedir. 13,200,000 Amerikalının KAH'a, 6,800,000'ünün

angina pektoris ve 7,800,000'ünün miyokard infarktüsü öyküsüne sahip olduğu hesaplanmaktadır. Framingham Kalp Çalışmasındaki verilere dayanılarak 40 yaşından sonraki erkeklerde hayat boyu semptomatik KAH ortaya çıkma riski %49, bayanlarda %32'dir. 2001'de KAH tüm kardiyovasküler hastalıktan ölümlerin %54'ünü oluşturmuş ve Amerikalı erkek ve baynalarda tek başına en sık ölüm nedeni olarak Birleşik Devletler'deki her 5 ölümden 1'inden sorumlu bulunmuştur. İskemik kalp hastalığı artık dünya çapında ölümün önde gelen sebebidir ve gelecek on yılda beklenen KAH oranı yaşlanan popülasyon, obezitenin dünya çapındaki alarme edici sıklığı, tip 2 diyabet, metabolik sendrom ve gen jenerasyonlardaki kardiyovasküler risk artışının katkısıyla artacaktır. WHO, 2020 yılında KAH'na bağlı ölüm sayısının 2002'deki 7.1 milyondan 11.1 milyona yükselmiş olacağını tahmin etmektedir (Zipes, 2008). Sağlık Bakanlığı'nın da küresel ölçekte ölüm sebebi olarak açıkladığı ve uzun bir süre daha bir numaralı ölüm sebebi olarak devam edeceği tahmin edilen kalp damar hastalıkları eğer uygun önlemler alınmazsa 2015 yılına kadar tahminen 20 milyon insanın daha her yıl bu sebeple kaybedileceğini göstermektedir. Türkiye'de erkeklerde 2000 yılında kalp-damar hastalıklarına bağlı nedenlerle gerçekleşen ölüm sayısı toplam 102.386' dır. Bu sayının 2010 yılında 134.700' e, 2020 yılında 175.663' e, 2030 yılında ise 235.567' ye ulaşacağı beklenmekte iken kadınlarda kalp-damar hastalıklarına bağlı olarak gerçekleşen ölüm sayısının 103.071 olduğu, bu sayının 2010 yılında 123.411, 2020 yılında 144.297 ve 2030 yılında 180.530' a çıkacağı hesaplanmaktadır. 30 yıllık surede kadınlarda kalp-damar hastalıklarına bağlı ölümlerin 1,8 kat artış göstereceği tahmin edilmektedir (SB, TSHGM, 743, 2008).

4.1.2. Koroner Arter Hastalıklarında Risk Faktörleri

Koroner ateroskleroz klinikte kararlı angina pektoris, kararsız angina pektoris, akut miyokard infarktüsü ve angina pektorisin ön planda yer almadığı klinik tablolar olan sessiz iskemi, kalp yetersizliği, aritmi ve ani ölüm şeklinde ortaya çıkabilir. Koroner bakım üniteleri akut miyokard infarktüsünün öldürücü komplikasyonlarının önlenmesi ve tedavisi olanağını sağlamıştır. Son yıllarda daha yaygın kullanılma olanağı bulan reperfüzyon yöntemleri, özellikle trombolitik tedavi de akut miyokard infarktüsünün erken ve geç prognozunda çok büyük iyileşme sağlamıştır. Belki bunlardan daha da önemlisi ateroskleroz için büyük risk oluşturan değiştirilebilir üç faktörün, sigara, hiperkolesterolemi ve hipertansiyonun kontrol altına alınması koroner

aterosklerozda primer önleme ve sekonder önleme konularında büyük yarar sağlamıştır. Kolesterol düşürücü yöntemler ile atrosklorezun ilerlemesinin durdurabildiği ve geriletebildiği de klinik çalışmalar ile kanıtlanmıştır. Bu konularda toplumun eğitimi çok önemlidir. Bunun bir örneği son yıllarda ABD’de yaşanmıştır. Bu ülkede tedavideki gelişmeler yanında risk faktörlerinin kontrol altına alınması ile, aterosklerotik kalp hastalığından ölümler önemli ölçüde azaltılmıştır (Öztürk, 1998). Bu önemli üç faktörün dışında kalp hastalarında risk faktörleri arasında:

- Irk, cinsiyet, ileri yaş
- Aşırı alkol tüketme
- Obezite
- Diabetes mellitus
- Hareketsiz yaşam
- Kişilik özellikleri
- Tozlu bir iş ortamında çalışma
- Stres ve oral kontraseptif kullanma sayılabilir (Öz, 2008., Solak, 1995., Karadakovan, 2010).

Koroner Risk Faktörlerinin Azaltılması

Hipertansiyon: Artmış kan basıncı ile KAH ciddiyeti ve mortalitesi arasındaki ilişki iyi bilinmektedir. 40 ila 70 yaşlarındaki bireyler için 115 ila 185 mmHg aralığındaki sistolik kan basıncındaki 20 mmHg’lık yükseliş iskemik kalp hastalığı riskini ikiye katlar. Hipertansiyon vasküler hasara neden olur, ateroskleroz gelişimini hızlandırır, miyokard oksijen ihtiyacını artırır ve önceden bulunan obstrüktif koroner arter hastalığı varlığında iskemiye şiddetlendirir. Hipertansiyon ile KAH arasındaki ilişki lineer olsa da, sol ventrikül hipertrofisi miyokard infarktüsü için daha güçlü bir prediktördür ve KAH ölümleri ile kan basıncının mutlak yüksekliğinden daha ilintilidir. Hafif orta hipertansiyonun tedavisine ilişkin klinik çalışmaların bir metaanalizi antihipertansif ilaç alan hastalarda KAH olaylarında %16’lık anlamlı bir düşme göstermiştir. Bu etki genç hastalarda neredeyse yaşlılardan iki kat fazladır. Hipertansif tedavinin faydalarına ilişkin bu gözlemleri KAH hastalarına yaymak mantıklıdır. Dahası tanı konmuş kardiyovasküler hastalığı olanlarda bir ölümü önlemek için gerekli tedavi edilecek hasta

sayısı daha düşüktür. Bundan dolayı, kronik stabil anginada kan basıncı kontrolü tedavinin önemli bir kısmıdır (Öz, 2008., Solak, 1995., Karadakovan, 2010).

Sigara İçme: Tüm yaş gruplarında bu en güçlü risk faktörlerinden biridir. Anjiyografik olarak dökümente edilen KAH hastaları arasında sigara içicileri içmeyi bırakanlara göre daha yüksek 5 yıllık ani ölüm, miyokard infarktüsü ve tüm nedenlerden mortaliteye sahiptir. Dahası, sigaranın bırakılması bilinen KAH hastalarında advers koroner olay riskini azaltır. Sigara içme anginayı ateroskleroza ilerletmeden farklı biçimde anginanın şiddetlenmesinden sorumlu olabilir. Miyokardiyal oksijen ihtiyacını arttırabilir ve alfa adrenerjik sistem aracılı koroner tonus artışıyla koroner kan akımını azaltabilir ve akut iskemiye neden olabilir. Sigara içimi ayrıca antianginal ilaçların etkinliğini de azaltıyor gibi görünmektedir. Sigaranın bırakılması normal damarlarda ve by-pass greftlerinde hastalık ilerlemesinin yavaşlatılması için en etkin ve en az pahalı yöntemdir (Öz, 2008., Solak, 1995., Karadakovan, 2010).

Dislipidemi: Ateroskleroz kardiyovasküler hastalığı olan hastalarda yapılan klinik çalışmalar 3-hidroksi-3-netilglutaril koenzim A (HMG-CoA) redüktaz inhibitörleri ile (statinler) tedavi edilen geniş bir kolesterol seviye aralığındaki hastada sonraki kardiyovasküler olaylarda belirgin azalma göstermiştir. Çoğu kronik stabil anginali hastalarda yapılan kronik KAH hastalarında anjiyografik çalışmalar gelecek kardiyovasküler olaylarda belirgin azalma yapmalarına karşın koroner obstrüksiyona ılımlı etkileri olduğunu göstermiştir. Bazı çalışmalar, fakat hepsi değil, statinlerin bilinen hiperkolesterolemi ve ateroskleroza olan hastalarda, koroner ve sistemik arterlerde belirgin miktarda endotel bağımlı cevapları iyileştirdiğini göstermiştir (Zipes, 2008).

Diabetes Mellitus: Koroner arter hastalığı için önemli bir risk faktörüdür. Kötü kontrollü diabetik hastalarda, total kolesterol ve trigliseritlerde belirgin bir artış izlenirken HDL kolesterolü değişmemiş olarak kalır. Bu arada belirgin koroner arter hastalığı olmaksızın kardiyomiopatik tip kalp hastalığı diabetes mellitusa eklenebilir. Bu genellikle kadınlarda görülür. Diabetes mellitusta tıbbi tedavi periyodik

olarak kontrol altına alınmazsa, koroner kalp hastalığı gelişim süreci hızlanmaktadır (Öz, 2008., Solak, 1995., Karadakovan, 2010).

Cinsiyet: Koroner arter hastalığı erkeklerde kadınlara kıyasla daha sık oranda gözlenir. Östrojenin koroner arter hastalığı riskini azaltıcı etkisi bulunmaktadır. Kadınlarda menapoz sonrasında koroner arter hastalığı insidansı belirgin bir şekilde artmaktadır (Öz, 2008., Solak, 1995., Karadakovan, 2010).

Obezite: Kilo fazlalığı ile koroner arter hastalığı arasında bir ilişki mevcuttur. Fiziksel aktivitenin koroner kalp hastalığıyla ilişkili olduğu bilinen bir gerçektir. Nitekim günlük hayatlarında daha fazla fiziksel aktivite gösterenlerde iskemik kalp hastalığı daha az görülmektedir. Düzenli egzersiz programları uygulayan koroner kalp hastalığı vakalarının fonksiyonel kapasitelerinde anlamlı düzelmeler sağlanmaktadır. Fiziksel inaktivitenin koroner kalp hastalığı konusundaki olumsuz etkisini ise serum lipitleri, hipertansiyon, şişmanlık ve belki de psikolojik durumu etkilemesiyle açıklamak mümkündür. Fiziksel aktivitesi yüksek olan kimselerde fiziksel aktivitesi düşük olan kimselere göre kolesterol seviyesi daha düşük olduğu görülmüştür. Bundan da şu sonucu çıkarabiliriz; fiziksel aktivitenin koroner kalp hastalığı gelişmesini önlemek bakımından koruyucu etki gösterdiği izlenimi vermektedir (Öz, 2008., Solak, 1995., Karadakovan, 2010).

Oral Kontraseptifler: Genç kadınlarda özellikle sigara içiyorlarsa koroner hastalıkları için bir risk faktörü olarak gözlenir. Yine oral kontraseptiv kullananlarda hipertansiyon riski beş yılda yaklaşık % 15 oranında arttığı gözlenmiştir. Yine progestin içeren oral kontraseptifler HDL kolesterolünü düşürür (Öz, 2008., Solak, 1995., Karadakovan, 2010).

Yaş: Koroner arter hastalığının mortalitesi yaş ile paralellik gösterir. Hastalık 30-50 yaş grubu erkeklerde majör ölüm nedenidir. Aynı durum 50-60 yaş grubunda da geçerlidir. Erkeklerde bütün yaş grubunda ölümlerin %30-40 nedeni koroner arter hastalığıdır (Öz, 2008., Solak, 1995., Karadakovan, 2010).

Taşikardi: İstirahat halinde sebepsiz kalp hızı yüksekliği hızı kardiyovasküler mortalitede minör risk olarak kabul edilmiştir (Öz, 2008., Solak, 1995., Karadakovan, 2010).

Alkol: Aşırı alkol alınması mortalite ve morbiditeyi artırır. Alkolün kardiyovasküler sistem üzerindeki etkisi oldukça fazladır. Bazı hastalarda koroner aterosklerozis olmaksızın alkol primer kardiyomiyopati nedeni olabilir. Aşırı alkol alanlarda hipertansiyon gelişebilir. Bu durum koroner arter hastalığı riskini artırır. Ağır alkol alımı ise akut miyokard infarktüs riskini artırır (Solak, 1995).

4.1.3. Koroner Arter Hastalıklarında Tanı ve Tedavi

Kardiyovasküler sistem hastalıklarında tanı hastanın öyküsün değerlendirilmesinin yanı sıra fiziki inceleme, muayene ve ilgili laboratuvar test sonuçlarına göre konur. Hastalığın doğru tanınması, etyolojik faktörlerin saptanabilmesi ve uygun tedavi için rutin kan tetkikleri yapılır. Örneğin, anemi bir kalp yetmezliğinin nedeni olabilir. Ayrıca kalp hastalıklarına özel incelemeler ve tedavinin yönlendirilmesi amacıyla bazı testler yapılmaktadır (Öz, 2008).

Cerrahi endikasyonu koyduracak anahtar tetkik KAG'dır. Çalışmalarda koroner arterin kesitsel alanını %70 azaltan veya çapının %50 azaltan lezyonların akım kısıtlayıcı olduğu belirtilmiştir. Bazen KAG ile lezyon stenozunun ciddiyeti olduğundan daha az görülür. Aynı zamanda distal yatakları da iyi gösterememektedir. Ek olarak, anlamlı darlık yapmayan birden fazla lezyonun birleşimi ile de miyokard oksijen ihtiyacı artabilir. Stres testi, hasta AKS ile başvurmadığı durumlarda önce yapılır. Stres testinin mortalitesi 1/10000 iken KAG'ninki 1/1000 dir. Hafif semptomatik olan hastalarda genellikle iskemi alanları küçüktür ve sol ventrikül fonksiyonları da normale bu hastalar çoğunlukla medikal tedavi ile taburcu edilmektedir. Kararsız anginası olan hastalara direkt olarak KAG uygulanmalıdır. Çünkü stres testi bu hastalarda risklidir (Runge, 2008).

Tanısal değerlendirme çoklu yaklaşımlar içerir. Laboratuvar çalışmaları diabetes mellitus, hiperlipidemi ve hipertiroidizm gibi risk faktörleri için dökümantasyonunu sağlar. Stres testi KAG veya koroner lezyonların fonksiyonel önemini tayin etmek için kullanılabilir. Eğer hastada, iskemik EKG değişimleri olan angina pectorisin semptomları varsa test sonucu pozitif çıkar. Stres testinin spesifikliğı egzersiz sırasında talyum enjekte edilimiyle artırılabilir. Miyokardiyal perfüzyon veya stres testi tayininin diğeri yolları da sentetik ketokolamin dobutamin (egzersiz veya dipidamol)

adenosine gibi derin vazodilasyon yapan kalp atışı ve atım volümünü yükselten bu yüzden miyokardiyal oksijen gereksinimi arttıran vazodilatör ilaçları taklit eder)kullanımıdır. Duvar hareket abnormaliteleri transtorasik elektrokardiyografiyle stabil veya yükselmiş miyokardiyal gereksinimi, katekolamine (dobutamin)'in intovenöz infüzyonunu kullanarak stres durumunda tayin edilebilir. Aynı zamanda MRI farmakolojik stres durumunda miyokardiyal perfüzyonu veya ventriküle duvar hareketini tayin edebilir (Runge, 2008).

4.2. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatları

1964'de Garret, Dennis ve DeBakey ilk kez KABG'i bir " kefalet " prosedürü gibi kullandılar. 1960'ların sonlarında Favoloro ve Johnson ile peşi sıra gelen iş arkadaşlarının tekniği yaygın kullanımı bunu takip etti. İnternal mamariyal arterin (IMA) kullanımına Kolessov tarafından 1967'de ve Gren ve arkadaşları tarafından 1970'de öncülük edildi (Zipes, 2008). Birleşik Devletlerde yıllık koroner bypass operasyonlarının sayısı 1979 ve 1997 arasında sabit olarak arttı ve bu periyot sırasında %227 fazlaştı. 2001'de yaklaşık 305.000 hasta koroner bypass operasyonuna girdi. 1997'den beri gözlenen %16lık bir azalmada da kısmen büyüyen PCI'nın katkısı mevcuttur (Zipes, 2008).

KABG, stabil KAH tedavisinde mükemmel kısa ve orta dönem sonuçlarına sahiptir; uzun dönem sonuçları venöz greftlerin başarısızlığından etkilenmektedir. Tamamen arteriyal cerrahi revaskülarizasyona ait uzun dönem veri ise azdır (Zipes, 2008).

Koroner arter cerrahisi medikal tedavi altında riskli operasyon riskinin üzerinde ve prognozu opere olanlara göre daha kötü olan veya kötü prognoz kriterlerine sahip olan ve PTKA (Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti) uygulanması mümkün olmayan hastalarda veya PTKA komplikasyonlarının tedavisinde uygulanabilen bir revaskülarizasyon yöntemidir (Heper, 2002).

Operasyonlar, başlıca : Aortokoroner ve grefleriyle KABVG, arteria thoracica interna (mammaria) ile LIMA veya RIMA-CABG şeklinde veya endarterektomi uygulaması şeklinde yapılır. Ven greftlerinde beş yıllık açıklık %75 den fazla, 10 yıllık açıklık ise %50 civarındadır (Heper, 2002).

4.2.1. Endikasyonlar

KABG endikasyonları şu durumları kapsamaktadır: Postinfarkt angina, ventriküler septal defekt, akut mitral yetmezlik, serbest duvar rüptürü ve\veya akut miyokard infarktüsü nedeniyle hastaneye yatırılan hastalarda kardiojenik şok meydana gelmesidir. Bu durumların her biri cerrahi girişim ve revaskülarizasyona uygunluk sağlar (Runge, 2008).

Epikardiyal koroner obstrüksiyonun nedeni aterosklerotik veya non-aterosklerotik olabilir. Non-aterosklerotik nedenler arasında konjenital anomaliler, miyokardiyal köprü, aort diseksiyonu, granülomlar, tümörler, travmatik skar, vazospazm, embolizm yer alır. Bunların her birisi de KABG endikasyonu olabilir. (Runge, 2008).

Yine ek olarak;

- Günlük yaşantıyı kısıtlayan angina
- Değişken angina
- Post-miyokardial infarction angina
- Perkutan koroner mudahaleden sonra ani gelişen koroner kapanma
- Geniş medikal tedaviye rağmen kalıcı septomlar
- İstirahat EKGsinde veya efor testinde ağır iskemi bulguları
- Sol ana koronerde %50 ve üzerinde stenoz
- LAD (RIVA)' da proksimal \geq %70'den fazla stenoz ve diğer major ve önemli koroner arterlerde ciddi stenozlar
- En az %50 stenozlu proksimal 3 damar hastalığı
- LMCA lezyonu
- Diyabet
- %50 ve üzerinde darlıkların olduğu 3 damar hastalığı da KABG endikasyonu olarak sıralanabilir (Heper, 2002., Runge, 2008).

4.2.2. Preoperatif ve Postoperatif Değerlendirme

Ameliyat öncesi evredeki genel amaç, mümkün olduğu kadar fazla sayıda pozitif faktörü hastaya kazandırmaktır. Ameliyat öncesi evrede hastanın öyküsü alınır, temel yaşam bulguları kaydedilir ve gelecekteki karşılaştırmalar için bir veri tabanı oluşturulur. Fizik muayene sırasında cerrahi hastasını etkileyebilecek birçok faktör göz önünde bulundurulur. Ameliyat öncesi her hastaya öykü alma, fizik muayene, kan testleri, filmler ve diğer tanı testleri uygulanır. Ameliyat öncesi sağlık personeli ile olan ilk karşılaşma ve sonrası temasları hastanın soru sorabilmesine ve cerrahi sırasında ve sonrasında sağlık personeli ile bağlantıda olabilmesine olanak sağlar. Hastayı ameliyat öncesi ve sonrası etkileyebilecek durumlar;

- Beslenme ve sıvı durumu
- Solunum durumu
- Kardiyovasküler durum
- Karaciğer ve böbrek fonksiyonu
- Endokrin fonksiyonu
- İmmun fonksiyon
- İlaç ve alkol kullanımı
- Psikososyal faktörler
- Ruhsal ve kültürel inançlar

Ameliyat öncesi kalp damar sisteminin hazırlanmasında amaç ameliyat evresinde hastanın oksijen, sıvı ve beslenme ihtiyaçlarını karşılamak için gereken kalp damar sistemini hazırlamaktır. Ameliyat öncesinde kalp damar fonksiyon değerlendirmesi için istenilen başlıca tetkikler: EKG, santral venöz basınç, eritrosit sayımı, hemoglobin, hematokrit, Na, K değerleridir. Bulguların ciddiyetine göre hastanın durumu tıbbi tedavi ile düzeltilene kadar ameliyat ertelenebilir. Ameliyat riskini artıran, kalbe ilişkin sorunlar arasında angina pectoris, son altı ay içinde geçirilmiş miyokard infarktüsü, hipertansiyon ve konjestif kalp yetmezliği sayılabilir (Karadakovan, 2010., Aksoy, 1998).

Kalp hastalarının postoperatif değerlendirmelerinde amaç, postoperatif seyrin normal olup olmadığını kontrol etmek ve herhangi bir girişim gerekip gerekmeyeceğine

karar vermektir. Açık kalp cerrahisinden sonra hastaların klinik ve laboratuvar takibi büyük önem taşımaktadır. Açık kalp cerrahisi yönteminin uygulanması ile birçok kalp hastalıklarında başarılı sonuçlar alınmaktadır. Ancak cerrahi sonrası ciddi komplikasyonlar görülebileme riski vardır. Bu nedenle hastaların yakın takibi büyük önem taşır.(İliçin, 1974)

- Hastaların çoğu ameliyathanede veya postop birkaç saat içinde ekstübe edilebilir ve ikinci gün yoğun bakım ünitelerinden çıkarılır.
- Genellikle hastalar postop 6. veya 7. gün evine taburcu edilir. 10 veya 12. Günde cerrah tarafından tekrar görülür.
- Kardiyak postoperatif rehabilitasyon hemen yoğun bakım ünitesinde başlamalıdır. Aile eğitimi, cinsel danışma, diyet eğitimi,erken mobilizasyon ve hastane dışı egzersizleri kadar önemlidir. Mümkün olduğunca eksiksiz bir rehabilitasyon programı uygulanmalıdır.
- Nadiren postop 8-12 saat içinde kan basıncında %10-20 düşme görülür. Bu durum çoğunlukla tedavi gerektirmez ve küçük doz dopamin endikedir.
- Postop 6. saatten itibaren supraventriküler aritmilere karşı profilaktik olarak propranolol başlanabilir.
- Safen ven greftlerinin açıklığının korunmasında aspirin postop 1. günden itibaren başlanmalıdır ve kullanımına en az 1 yıl devam edilmelidir.
- Genellikle düşük kardiyak debili ve yüksek sol atriyal basınçlı hastalarda veya nadiren düzeltilemeyen ventriküler aritmileri olan hastalara operasyon esnasında ve /veya postop birkaç saat ile birkaç gün sonraya dek intra aortik balon yerleştirilmesi endikedir (Heper, 2002).

4.2.3. Tanılama Kriterleri

Şüpheli angina hikayesi tanısal ve prognostik değerlendirme gerektirir. Tedavinin aciliyeti başvuruadaki prezentasyona ve klinik değerlendirmeye bağlıdır. Yeni başlayan angina, hızlanan angina, düşük şiddetteki eforla ortaya çıkan angina ve istirahat anginası kararsız olarak değerlendirilir. Fizik muayene sırasında ventrikül disfonksiyonu bulgularına bakılmalıdır. Kardiyak risk faktörlerinin (hipertansiyon, sigara içme, lipit profil yüksekliği, diabetes mellitus) değerlendirilmesine ek olarak aterosklerotik hastalıklarla ilişkili olduğu öngörülen kladikasyo, inme, geçici iskemik

atak sorgulanmalı ve üfürüm, asimetrik nabızlar, palpe edilebilen anevrizmalara bakılmalı, ayak bileği-kol indeksine bakılmalıdır. Aynı zamanda metabolik sendroma ait fiziksel ve kimyasal bulgulara dikkat edilmelidir (Runge, 2008).

Tanısal yaklaşımda önce hastalığın olasılığına ait sorular sorulur. Tipik anginası, çoklu risk faktörleri, bozulmuş sol ventrikül fonksiyonuna yüksek risk kriterleri eşlik ediyorsa direk olarak tanısal koroner anjiyografi uygulanır. Hastalığın varlığı açısından düşük ihtimalli olan hastalarda ileri tetkik gerekmemekle birlikte aralıklarla tekrar değerlendirilmelidir. Bu hastalarda risk azaltılmasına gidilmeli, yaşam şekli değiştirilmeli ve sigara bırakılmalıdır. Çoğu hasta orta riskli gruba girmektedir ki bunlarda risk sınıflaması için stres testi önerilmelidir. Bunlar arasında, istirahat EKG'si normal olanlara egzersiz tradmil testi yapılmalıdır. Hasta hakkında daha fazla bilgi verdiği için (iskeminin derecesi, sol ventrikül fonksiyonu) bazı hekimler başlangıç tetkiki olarak MPS veya stres Eko önermektedir. Bu pre-eksitasyonu olan, pacemaker ritmi olan, LBBB olan, bazal EKG'Sİ anormal olan, digoksin kullanan ve tradmil testi non-diyagnostik olan hastalarda endikedir. Efor testinde veya efor gerektiren herhangi bir tetkikte egzersizi tamamlayamamak başlı başına bir kötü prognoz göstergesidir. Bu hastalara dipiridamolü veya adenozinli veya dobutaminli farmakolojik stres yapılır (Runge, 2008).

Nükleer perfüzyon taramalarında yüksek risk saptanan, iskemisi, ciddi sol ventrikül disfonksiyonu olan hastalarda KAG uygulanmalıdır. Tetkikte düşük riskli olduğu saptanan hastalar medikal tedavi ile izlenebilirler (Runge, 2008).

4.2.4. Semptomlar

Koroner arter hastalarında görülen kardiyak semptomlar dikkatle değerlendirilmelidir. Kardiyak sorunu olan bireyde genel değerlendirmede; kardiyak fonksiyonların değerlendirilmesi, sık görülen belirtilerin değerlendirilmesi, boyun venlerinin muayenesi, kalbin inspeksiyon ve palpasyonu yapılır. Kalp hastalıklarında gözlenen belirti ve bulgular kardiyak ve ekstrakardiyak belirtiler olarak incelenmelidir.

Kardiyak Semptomlar

- a) **Dispne:** Dispne sübjektif nefes darlığı hissidir. Psikojenik ve metabolik nedenlerle gelişebilir. Kalp hastalıklarında görülen dispnenin nedeni kanın akciğer kapillerinde göllenmesidir. Dispne bir iş yaparken ortaya çıkıyorsa buna “efor dispnesi” denir. Yatar pozisyonda ortaya çıkıyorsa buna “ortopne” denir. Hastanın rahat nefes almak için geliştirdiği pozisyona “ortopne pozisyonu” denir. Hastayı gece uykusundan uyandıran dispne “paroksizmal nokturnal dispne” (PND) dir. Dispne bazen “kardiyak astma” şeklinde gelişebilir. Paroksizmal nokturnal dispnenin bir şeklidir. Dispne bazen miyokard iskemi belirtisi olabilir, bazen dispne ile birlikte wheezing (hışırtılı solunum) da olabilir.
- b) **Senkop:** Senkop kalp debisinin ani azalması nedeniyle beyne giden kan akımının azalması sonucu gelişen bilinç kaybıdır, bu durum uzun süre devam ederse konvülsiyonlar görülür, hasta kaybedilebilir. Senkop kardiyak ya da nörojenik nedenlerle gelişebilir. Ani olarak gelişebilen kardiyak senkop nedenleri; kalp blokları, geçici kalp durmaları, aort darlığı ve yetmezliği, hipertrofik kardiyomiopati, sol atrium tümörü, pulmoner darlık, supraventriküler taşikardi, ventriküler taşikardi olabilir.
- c) **Göğüs ağrısı:** Ağrı kalp damar hastalıkları için önemli bulgulardan birisidir. Plevra, perikard ve miyokarddan kaynaklanabilir, o nedenle ağrının nedenini anlamak için özelliklerine ilişkin değerlendirmeler yapılır.
- Ağrının lokalize olduğu yer ve yayılımı nasıl? Substernal, prekardial, retrosternal, çene gibi yerlerde mi hissediliyor?
 - Ağrının özelliği ve kalitesi değerlendirilir. Ağrı baskı hissi, sıkıştırıcı, batıcı, ezici, künt, kuvvetli ya da kalp yanması şeklinde algılanabilir.
 - Ağrının başlama şekli, süresi ve sıklığı değerlendirilir. Ağrı ani başlayıp giderek artan bir eğilim mi gösteriyor, ne kadar sürüyor, ağrı sürekli mi devam ediyor yoksa periyodik mi? Sorgulanır.
 - Ağrıyı başlatan ve uyaran faktörler değerlendirilir. Ağrının efor ya da dinlenme ile ilgisi var mı, uyanık iken, uykudan uyandıran, yeme ile eliminasyon ve duygusal dengesizliklerde değişiklik gösteriyor mu?
 - Ağrının ciddiyet derecesi skala ile değerlendirilebilir.
 - Ağrıyı artıran faktörler değerlendirilir. Efor, solunum, yemek ve ısı gibi.

- Ağrıyı azaltan faktörler değerlendirilir, ilaçlar, dinlenme ağrıyı azaltabilir yada ağrıyı etkileyen herhangi bir neden olmayabilir.
- d) **Yorgunluk:** Hastayı hastaneye getiren en yaygın nedenlerden biridir. Hasta efor sonrası yorgunluk hisseder. Kalp yetmezliklerinde yorgunluk hücre ve dokuların metabolizması için gerekli O₂ ve kanı kalp yeterince pompalayamaması ve özellikle kalp debisi düşüklüğü sonucu, magnezyum (Mg) ve potasyum iyonun düşüklüğünde ortaya çıkan bir belirtidir. Yorgunluğa neden olan fiziki aktivite klinikte iyi belirlenmelidir.
- e) **Palpitasyon:** Hızlı ya da düzensiz kalp atımlarının hissedilmesidir. Kişinin kalbinin atımlarını duyması şekilde tanımlanır. Palpitasyon oluşturan nedenler arasında kan basıncının geçici yükseliği, enfeksiyon, kalp ritmi değişiklikleri, hipoglisemi, anksiyete, anemi, alkol, sigara ve hipertroidizm sayılabilir.
- f) **Ödem:** Ödem ekstrasellüler sıvı artışı olarak tanımlanabilir. Kalp, böbrek ve damarsal nedenlerle gelişebilir. Kalp yetmezliğine bağlı ödem vücutta sodyum retansiyonuna bağlı hipervolemiden ileri gelir. Damar içi basıncın artmasına bağlı olarak damar dışına ve ekstrasellüler aralığa sıvı sızar. Ağır yetmezlik vakalarında ödem alt ekstremitelerde, sakral bölgede karın duvarında ve seröz boşluklarda (plevra periton ve perikard) görülebilir. Tüm vücutta yaygın olarak görülen ödeme ‘anazaika’ denir.
- g) **Öksürük ve hemoptizi:** Kalp hastalığına eşlik eden akciğer sorunlarında görülebilir. Akut akciğer ödemi, akciğer enfarktüsü ve kronik akciğer konjesyonu sonucu hemoptizi görülür. Hemoptizi konjestif kalp yetmezliğinde, akciğer konjesyonu sonucu görülür.
- h) **Nöktüri:** Konjestif kalp yetmezliği olan hastalarda gece ödemin çözülmesi ile nöktüri görülmesi sık görülen bir belirtidir. Ayrıca hastada: bulantı, kusma, anksiyete, terleme hafif baş ağrısı ya da baş dönmesinin varlığı değerlendirilir.
- i) **Siyanoz:** Dokularda ortaya çıkan morumsu renk değişikliğine siyanoz denir. Periferik veya merkezi olabilir. Kanda oksijenlenmemiş hemoglobin miktarının artması sonucu deride mavi morumsu renk değişikliği gözlenir. Merkezi siyanoz genellikle ağız mukozası, dili dudaklar ve konjunktivada gözlenirken, periferik dolaşım yetersiz ise periferik siyanoz gözlenir.

- j) Hipoksi:** Doku düzeyindeki oksijen eksikliğidir. İlk önce beyin etkilenir. Akciğer ve kalp hastalıklarında sık gelişir. Kalp hastasına bakım veren hemşire hipoksi belirtilerini gözlemlemelidir. Bu belirtiler: taşikardi, serebal anoksi, siyanoz görülür. Siyanozun en geç belirtidir, hemen hekimine haber verilmelidir. İleri derecede hipokside ölüm meydana gelir.
- k) Üfürüm:** Anormal kalp sesi olup kalp kapak hastalıklarının tanısı açısından önemlidir. Üfürüm; normal ya da hasta olan kapaktan kanın hızla geçmesi, sklerotik ya da dilate olmuş damardan veya kalp bölümünden kanın hızla akışı, kanın septal defekten ya da yetersiz kapaktan geri kaçması sırasında oluşur.
- l) Uykusuzluk:** Uyku bireyin yaşam bütünlüğünü devam ettirebilmesi için gerekli enerjiyi sağlama sürecidir. Kalp cerrahisi sonrası uyku problemleri; uykuya dalmakta zorluk, uyku bölünmeleri, uyandıktan sonra bir daha uykuya dalamamak sıkça görülen durumlardır.
- m) İştahsızlık:** Birçok hastada sıkça karşılaşılan semptomlardandır. Operasyon sonrası iştahın geri dönmesi haftaları alabilir. Bazı hastalar tat alma duygularında azalma ve hatta tamamen yok olma tarif eder (Öz, 2008, Runge, 2008, Us).

Ekstrakardiyak Semptomlar

- Hipertansiyona bağlı kanamalar, görme bozuklukları
- Sağ kalp yetmezliği sonucu oluşan hepatomegaliye bağlı karın ağrısı
- Boyun venlerinde dolgunluk
- Büyüyen kalbin özefagus üzerine baskı yapması nedeniyle disfaji
- Ses kısıklığı (Öz, 2008).

4.3. KABG Ameliyat Sonrası Bakım

4.3.1. Bakımın Planlanması

Cerrahi hastasının bakımında bakım modellerinden yararlanılabilmekle birlikte, bu dönemde klinikte bakım, değerlendirme, hemşirelik tanısının belirlenmesi, girişimlerin uygulanması, beklenen iyileşmenin zamanında gerçekleşip gerçekleşmediği değerlendirmeyi içerir.

Kalp cerrahisi geçiren hastanın ameliyat sonrası erken dönemde en çok hemodinamik stabilitesi ve anesteziden uyanması üzerinde durulur. Bu tür hastaların bakımı yoğun bakım ünitesi, anestezi sonrası bakım ünitesi ya da yoğun bakım ünitesinde sağlanır. Hemodinamik durum stabil olduktan ve anestezinin etkisinden kurtulduktan sonra hasta cerrahi servisine gönderilir. Serviste hasta bakımı; yara bakımı, aşamalı olarak aktivitelerin artırılması ve beslenmeyi kapsar. KABG hastaları 3-5 gün sonra, taburcu olurlar. Hastalar etkisine göre daha az koroner arter hastalığı belirtisi yaşarlar ve daha kaliteli bir yaşam sürerler. Sol ana koroner arter tıkanıklığı, sol ventrikül disfonksiyonu, birden fazla damar tıkanıklığı sol ön inen koroner arter tıkanıklığı ve diyabeti olan hastaların KABG olmaları ile yaşam sürelerinin önemli derecede arttığı saptanmıştır. Kalp cerrahisi geçiren hastaların ameliyathaneden yoğun bakım ünitesine alınması esnasında pek çok risk söz konusudur. Bu nedenle ekip üyeleri çok dikkatli olmalıdır. Ameliyathane ekibi hastayı devrettiği yoğun bakım ekibine hastanın ameliyatı ve ameliyathanedeki durumu ile ilgili bilgileri iletmelidir (Karadakovan, 2010).

4.3.2. Hemşirelik Tanıları ve Uygun Girişimler

Hasta yoğun bakım, kritik bakım ya da anestezi sonrası bakım ünitesine alındığında hastanın en az 12 saatlik tüm sistemlerin tanınması yapılır ve ameliyat öncesi dönemdeki veriler ile karşılaştırılır. Bu aşamada hasta şu faktörler yönünden değerlendirilir:

- **Nörolojik fonksiyonları:** Hastanın verdiği tepki düzeyi, pupil büyüklüğü ve ışığa cevabı, refleksleri, yüzünün simetrisi, ekstremitelerin hareketi ve el sıkma kuvveti
- **Kalp fonksiyonları:** Nabız sayısı ve ritmi, kalp sesleri, arteriyel kan basıncı, santral venöz basıncı, pulmoner arter basıncı, pulmoner arter wedge basıncı, sol atriyum basıncı, kardiyak output ve indeksi, pulmoner arter oksijen satürasyonu, mediastinal göğüs tüpü drenajı ve pace maker durumu ve fonksiyonu
- **Solunum Fonksiyonları:** Göğüs hareketleri, solunum sesleri, ventilatör kurulumları, solunum sayısı, ventilasyon basıncı, end-tidal karbondioksit, plevral göğüs tüpü drenajı, arteriyel kan gazları

- **Periferik Vasküler Fonksiyonları:** Periferik nabızlar, derinin tırnak yataklarının, mukozaların, dudakların ve kulak memelerinin rengi, deri ısısı, ödem, pansumanın durumu ve invazif hatlar
- **Renal Fonksiyonlar:** İdrar çıkışı, dansitesi ve osmolaritesi
- **Sıvı ve Elektrolit Durumu:** Sıvı alımı, bütün drenajlar dahil sıvı çıkışı, kardiyak output ve elektrolit dengesizliklerinin belirtileri
- **Ağrı** (Karadakovan, 2010).

Komplikasyonların Tanılaması

Eldeki verilere ve gerçekleştirilen cerrahi işleme göre başlıca hemşirelik tanıları:

- Kan kaybı, miyokard fonksiyonlarının baskılanması ve disritmilerle ilişkili azalmış kardiyak output
- Göğüs cerrahisi travmasıyla ilişkili gaz değişiminde bozulma
- Dolaşan kan hacmindeki değişimlerle ilişkili sıvı hacim eksikliği ve elektrolit dengesizliği riski
- Aşırı çevresel uyarılar, yetersiz uyku, psikolojik stres, duygusal bütünlüğün değişmesi ve elektrolit dengesizliği ile ilişkili duygusal algı bozukluğu
- Cerrahi travma ve göğüs tüplerinin plevral irritasyonu ile ilişkili akut ağrı
- Kardiyak outputun azalması, hemoliz, vazopresör ilaç tedavisi, venöz staz, embolizasyon, aterosklerotik hastalık varlığı, vazopresörlerin etkisi ya da koagülasyon problemleri ile ilişkili yetersiz doku perfüzyonu
- Enfeksiyon ya da post perikardiyotomi sendromu ile ilişkili yetersiz termoregülasyon
- Öz bakım aktiviteleri hakkında bilgi eksikliği (Karadakovan, 2010).

Tablo 4.3.2. Kalp Cerrahisi Geçiren Hastanın Bakım Planı Örneği (Karadakovan, 2010)		
Hemşirelik girişimleri	Amaç	Beklenen sonuçlar
Hemşirelik tanısı: Kan kaybı ve miyokard fonksiyonlarının kısıtlanmasına bağlı kardiyak outputta azalma. Hedef: İstenilen yaşam tarzının devamı için kardiyak outputu düzeltmek.		
1. Kardiyovasküler durum izlenir. Kan basınçları, kardiyak output. Kardiyak indeks, sistemik ve pulmoner vasküler rezistans, kardiyak ritim ile kalp hızı sürekli izlenerek kayıt edilir ve hastanın durumu ile ilişkilendirilir.	1. Hemodinamik monitörizasyon ile kardiyak outputun etkinliği değerlendirilir.	Aşağıdaki parametreler normal sınırlar içinde olmalıdır. <ul style="list-style-type: none"> • Atriyal basınç • Sol atriyum basıncı • Pulmoner arter wedge basıncı • Pulmoner arter basınçları • Santral venöz basınç • Kalp sesleri • Pulmoner ve sistemik vasküler rezistans • Kardiyak output ve kardiyak indeks • Periferik nabızlar • Kalp hızı ve ritmi • Kalp enzimleri • İdrar çıkışı
2. Hasta kanama, sürekli kan drenajı, hipotansiyon, düşük santral venöz basınç ve taşikardi yönünden gözlenir. Kan ürünleri ve intravenöz solüsyonlar hazırlanarak verilir.	2. Kanama kardiyak insizyondan, doku travması ve pıhtılaşma eksikliğinden kaynaklanabilir.	<ul style="list-style-type: none"> • İlk 4-6 saatte göğüş tüpünden 200ml'den daha az drenaj olmalı • Yaşam bulguları stabil olmalı • Göğüş tüpü drenajı beklenen miktarlarda olmalı

<p>3. Kalp tamponadı, hipotansiyon, sol atriyum basıncı, polimer arter diyastolik basınç ve pulmoner arter wedge basıncı yada santral venöz basınçta yükselme, kalp seslerinde azalma, juguler ven distansiyonu, zayıf nabız ve idrar çıkışının azalması yönünden hasta gözlenir.</p> <p>4. Kalp yetersizliği, hipotansiyon, sol atriyum basıncı, polimer arter diyastolik basınç ve pulmoner arter wedge basıncı yada santral venöz basınçta yükselme, taşikardi, huzursuzluk, ajitasyon, siyanoz, venöz dolgunluk, dispne ve yaş raller yönünden hasta gözlenir.</p> <p>5. Miyokard enfarktüsü yönünden hasta gözlenir: ST segmenti yükselmeleri, T dalgası değişiklikleri, dolaşan kan hacminin ve volüm basınçlarının normal olmasına rağmen kardiyak outputta azalma. EKG ve izoenzimler kontrol edilir. Miyokard ağrısı insizyon ağrısından ayırt edilir.</p>	<p>3. Kalp tamponadı perikardiyal keseye olan kanamadan ya da perikardiyal kesede sıvı birikmesinden kaynaklanır. Bu durum da kalp baskı altında kalır ve ventriküller yeterince dolmaz. Toraks drenajında azalma sıvının perikardiyal kesede biriktiğinin gösterebilir.</p> <p>4. Kalp yetmezliği kalbin pompalama fonksiyonunun azalmasından kaynaklanır ve hayati organlara giden kan perfüzyonunun azalmasına sebep olabilir.</p> <p>5. Belirtiler hastanın bilinç seviyesi ve ağrı kesici ilaçların etkisiyle fark edilmeyebilir.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Santral venöz basınç ve sol atriyum basıncı normal sınırlarda olmalı• Deri rengi normal olmalı• Solunum zorlu olmamalı kalp sesleri net olmalı• Ağrı insizyon ile sınırlı olmalı• EKG ve izoenzimler iskemik değişimler yönünden negatif olmalı
---	--	---

Hemşirelik girişimleri	Amaç	Beklenen sonuçlar
<p>Hemşirelik tanısı: Göğüs cerrahisi travması ile ilişkili yetersiz gaz değişimi Hedef: Yeterli gaz değişimi sağlamak</p>		
<p>1.Hasta bağımsız olarak nefes alabilinceye kadar mekanik ventilasyon desteği sağlanır. 2.Arteriyel kan gazları, tidal volüm, peak inspirasyon basıncı ve ekstübasyon parametreleri izlenir. 3.Solunum sesleri için göğüs oskültasyonu yapılır. 4.Hekim istemine göre hastanın sedasyonu sağlanır, solunum sayısı ve derinliği izlenir. 5.Derin nefes alma, öksürme ve dönme egzersizleri sağlanır. Spirometre ve nefes alma ve öksürme esnasında görülen ağrıyı azaltmak için insizyon yerine öksürme yastığının konulması öğretilir. 6.Aseptik kurallara uyularak gerektiğinde aspirasyon yapılır.</p>	<p>1.Kalbin iş yükünü azaltmak, etkili ventilasyonu sürdürmek ve kardiyak arrest durumunda hava yolu sağlamak için ventilatör desteği kullanılabilir. 2.Arteriyel kan gazları ventilatörüne etkinliğini ve gaz değişimini değiştirmek için gerekli olacak değişiklikleri gösterir. 3.Raller pulmoner konjesyonu, solunumseslerinin azalması ya da duyulmaması pnömotoraks ve hemotoraksı gösterir. 4.Sedasyon hastanın endotrakeal tüpü tolere etmesini ve ventilatör ile baş etmesini yardımcı olur. Sedatifler solunum hızını ve derinliğini baskılar. 5.Hava yolu açıklığı sağlanarak atelektazi önlenir ve akciğerlerin ekspansiyonu kolaylaştırılır. 6.Sekresyonların birikmesi hipoksi ve kardiyak arrestte neden olabilir. Birikmiş sekresyonlar enfeksiyon girişimine yol açarlar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hava yolu açık olmalı • Arteriyel kan gazları normal sınırlarda olmalı • Endotrakeal tüpün doğru yerleştirildiği X-ray filmi ile doğrulanmalı • Solunum sesleri net olmalı ventilatör solunum ile uyumlu olmalı • Aspirasyon ve öksürme sonrası solunum sesleri net olmalı, tırnaklar ve mukoz membran pembe olmalı • Mental durum alınan sedatif ve analjezik miktarı ile ilgilidir. • Hasta oryante olmalı

Hastalarda;

- Koroner arter tıkanması sonucu doku iskemisi ile ilgili ağrı
- Tanısı hakkında bilgi eksikliği ve işlerinin yoğun olması ile ilgili anksiyete
- Devamlı yatma ile ilgili potansiyel kabızlık
- Koroner tıkanma ile ilgili doku perfüzyonunda değişiklik
- Oksijen gereksinimi ile tüketimi arasındaki dengesizlik nedeniyle aktivite intoleransı
- Böbrek perfüzyonunun azalması ile ilgili potansiyel sıvı volüm fazlalığı
- Bilgi eksikliği ile ilgili beden gereksiniminden fazla beslenme
- Tedavilere ve yoğun bakım ortamına bağlı uyuma şeklinde değişiklik riski
- Mevcut yada algılanan rol değişimine bağlı benlik kavramında bozulma riski
- Anjinalardan korkmaya ve benlik kavramında değişime bağlı seksüel örüntülerde değişim riski de görülebilir (Biol, 2004).

4.3.3. Bakımın Değerlendirilmesi

Ameliyat sonrası dönemde hastanın değerlendirilmesi yaşam bulgularının izlemi ve sistemlerin normal fonksiyonlarının sürdürülmesini içerir.

Cerrahi hastalarda solunum en ciddi komplikasyonlara neden olduğu için değerlendirilir. Değerlendirmede hava yolu açıklığı, solunum sesleri, derinliği ve düzenini içeren solunum kalitesine bakılır. Ameliyat sonrası dönemde analjeziklerin etkisi ile solunum sıklıkla yavaştır. Yüzeysel ve hızlı solunum ağrı, sıkı pansuman ve şişmanlığa bağlı olabilir (Karadakovan, 2010).

Hastanın ağrı şiddeti, sözlü ifadesine dayanarak ya da görsel kıyaslama ölçeği kullanılarak yapılır. Hastanın görünüşü, nabızı, solunumu, kan basıncı, cildin rengi, ısısı, nemi kardiyovasküler fonksiyonlara yönelik ip uçları verir. Hasta kliniğe ulaştığında cerrahi alan kanama, pansuman ve drenleri yönünden gözlenir. Mental durumu, bilinç düzeyi oryantasyonu ve konuşması preoperatif değerlendirme verileri ile karşılaştırılarak değerlendirilir (Biol, 2004., Karadakovan, 2010).

Rahatsızlık ve huzursuzluğun yaygın nedenleri arasında; ameliyat masasında aynı pozisyonda yatma, cerrahi girişim sırasında dokuların elenmesi, vücudun

anestetiklere reaksiyonu ve anksiyete nedeniyle oluşan genel rahatsızlık yer alır. Ayrıca üriner retansiyon ameliyat sonrası dönemde önemli rahatsızlık nedenidir. Bu nedenle distansiyon olup olmadığını belirlemek için mesane elle muayene edilir (Bırol, 2004., Karadakovan, 2010).

4.4. KABG Ameliyat Sonrası Bilgi Gereksinimi ve Eğitimin Önemi

4.4.1. Eğitimin Önemini Algılama

Hasta eğitimi; bireylerin yaşam kalitesinin artırılması, hastaneye geliş için ayrılan zamanın, hastane tedavileri için harcanan maliyetin ve hastane enfeksiyonlarının azalmasını sağlamaktadır. Eğitim yapılırken, farklı yaş gruplarında farklı eğitim yöntemleri kullanılmalıdır. Hasta eğitiminde: mevcut bilgiler ve gereksinimleri doğrultusunda hasta ile birlikte eğitimler planlanmalıdır. Hasta eğitimi; bireyin sağlığını ve hastalığını en üst düzeyde yönetmesini sağlayan eğitimidir. Hastanın doktoru, hemşiresi ve diyetisyeni tarafından verilmelidir. Ancak tedavi ve bakımını yürüten hemşire hasta ile direkt ve sürekli iletişimde olduğu için diğer sağlık elemanlarına göre hasta eğitiminde daha etkin rol oynar. Hemşire özel zaman planlayarak hasta bakımını gerçekleştirir. Hemşire hem hasta eğitimi konusunda donanımlı bilgiye sahip, istekli ve rolünü benimsemiş olmalı hem de düzenli, sürekli ve planlı bakım verebileceği sayıda hastanın bakımını üstlenmiş olmalıdır (Türgay, 2011).

4.4.2. Eğitimin Değerlendirilmesi

Hemşireliğin özü iletişim ve kişiler arası ilişkilere dayanır. Bakım verirken hemşire sürekli açıklamalarda bulunur ve soruları yanıtlar. Hemşireler önceden planlayarak yapabilecekleri gibi, farkında olmadan da öğretilerde bulunurlar. Spontan olarak ya da planlı olarak da öğretim yapabilirler (Karadakovan, 2010).

Eğitim bireyin davranışlarında istenilen değişikliklerin oluşturulması süreci olarak ele alındığında, değerlendirme, bu davranışların daha önce belirlenmiş olan ölçütler doğrultusunda ne derece gerçekleştiğinin saptanması sürecidir. Bilindiği gibi eğitim öğretim programları, programın amaçlarına ulaşmak için düzenlenmiş hedefler değerlendirme öğelerinden oluşan açık bir sistemdir (Karadakovan, 2010).

Değerlendirme, eğitim sürecinin ayrılmaz bir parçasıdır. Değerlendirme olmadan, öğrenim durumu hakkında doğru karar vermek olanaksızdır. “öğrenende, hedeflenen davranış değişiklikleri ne derecede gerçekleşti?”, sorusuna geçerli ve güvenilir bir yanıt arar. Değerlendirmede elde edilen sonuçlar, öğrenmeyi yönlendirmede giriş verisi olarak kullanılır (Taşocak, 2007).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Bu araştırma Koroner Arter Bypass Ameliyatı geçiren hastaların semptom deneyimi ve eğitimin önemine ilişkin algılarının değerlendirilmesi, araştırma sonuçları doğrultusunda hasta eğitimine rehber olacak öneriler geliştirmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma; İstanbul ilinde yer alan bir özel hastanede Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi'nde ve Kardiyovasküler Cerrahi Servisi'nde KABG ameliyatı geçiren 60 hastada gerçekleştirilmiştir. Araştırma veri toplama süreci; 01.10.2010 itibaren toplam sekiz ayda tamamlanmıştır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini; 01.10.2010 tarihinden itibaren toplam sekiz aylık bir sürede İstanbul ilinde, belirtilen özel hastanede Koroner Arter Bypass Ameliyatı olan tüm hastalar oluşturmuştur.

5.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verisi; sosyo-demografik özelliklere ilişkin bilgilerden oluşan hasta tanılama formu, semptom değerlendirme formu, Koroner Arter Bypass Ameliyatı geçiren hastaların bilgi gereksinimlerini değerlendirme formu olmak üzere üç form yüz yüze görüşme tekniği ile tamamlanmıştır.

5.5. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulanmasında gerekli izin alındıktan sonra KABG Ameliyatı uygulanan hastalara araştırmanın amacı anlatıldı. Post-op 4.-6. günler arasında, yüz yüze yaklaşık 20-30 dk görüşülerek Hasta Tanılama Formu (Ek-1), Semptom Değerlendirme Formu (Ek-2) ve Koroner Arter Bypass Ameliyatı Geçiren Hastaların Bilgi Gereksinimlerini Değerlendirme Formu (Ek-3) doldurulmuştur.

5.6. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırmanın planlanan hastanede uygulanması için kuruma araştırmanın konusu, amacı ve yöntemi ile ilgili bilgileri içeren bir form doldurularak başvuruda bulunuldu ve kurum izni (Ek-4) alındıktan sonra araştırmaya başlanmıştır.

5.7. İstatistiksel Analiz

Araştırmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) v 16.0 programı kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis H testi, farklılıkların tespitinde Mann-Whitney U testleri kullanıldı. Tüm istatistiksel değerlendirmeler $p < 0,005$ düzeyinde değerlendirildi.

5.8. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırma örneklemini; KABG geçiren genel durumu iyi olarak postop 4-6 günde servise alınan araştırmaya katılmaya gönüllü olan, Türkçe okuyup anlayan, 60 hastadan oluşmaktadır.

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

1 Ekim 2010 tarihinden itibaren toplam sekiz aylık bir sürede koroner arter bypass ameliyatı geçiren toplam 60 hasta çalışmaya alınabilmiş ve sadece bir özel hastanede ameliyat geçiren hastalar izlenerek örneklem grubu oluşturulmuştur.

6. BULGULAR

Çalışmada veriler üç başlıkta ele alınarak sunulmuştur.

1. KABG cerrahisi uygulanan hastaların kişisel özelliklerine ilişkin bulgular
2. KABG cerrahisi uygulanan hastaların semptom deneyimlerine ilişkin bulgular
3. KABG cerrahisi uygulanan hastaların bilgi gereksinimlerine ilişkin bulgular

6.1. Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 6.1.1. KABG Cerrahisi Uygulanan Hastaların Kişisel Özellikleri (n=60)

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	14	23,3
Erkek	46	76,7
Eğitim Durumu		
Okur Yazar	7	11,7
Orta Öğretim	37	61,7
Lise	13	21,7
Üniversite	3	5,0
Meslek		
İşçi	7	11,7
Memur	9	15,0
Emekli	24	40,0
Ev Hanımı	12	20,0
İşsiz	0	0
Serbest Meslek	8	13,3
Uzun Süre Yaşanılan Yer		
Köy	2	3,3
Kasaba	1	1,7
Şehir	57	95,0
Sigara Kullanımı		
Evet	31	51,7

Hayır	29	48,3
Alkol Kullanımı		
Evet	16	26,7
Hayır	44	73,3
Hastalık İle İlgili Eğitim Alma Durumu		
Evet	60	100,0
Hayır	0	0

Tablo 6.1.1. incelendiğinde; hastaların %23,3'ünü (n=14) kadın, %46'sını (n=46) erkeklerin oluşturduğu görülmektedir.

Hastaların sigara alkol kullanma durumları incelendiğinde; %51,7'sinin (n=31) sigara kullandığı, %48,3'ünün (n=29) sigara kullanmadığı, %26,7'sinin (n=16) alkol kullandığı, %73,3'ünün (n=44) alkol kullanmadığı görülmektedir.

Tablo 6.1.2. KABG Cerrahisi Uygulanan Hastaların Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı (n=60)

	\bar{x}	$\pm ss$	Minimum	Maksimum
Yaş	64,32	9,577	40	83
Boy	166,52	9,924	140	189
Kilo	75,98	11,948	46	102

Yaş ortalaması $\bar{x} \pm ss$ 64,32 \pm 9,577 (Dağılım: 40-83) olan örneklemin %61,7'si (n=37) orta öğretim mezunu, %21,7'si (n=13) lise mezunu, %5'i (n=3) üniversite mezunudur (Tablo 6.1.2.).

6.2. Semptom Deneyimlerine İlişkin Bulgular

Tablo 6.2.1. KABG Cerrahisi Uygulanan Hastaların Semptom Değerlendirme Formuna Yönelik Bulgular

		n	%
Mental durum	Uyku Hali		
	Hayır	24	40,0
	Evet	36	60,0
	Sinirlilik		
	Hayır	29	48,3
	Evet	31	51,7
	Huzursuzluk/Endişe		
	Hayır	32	53,3
	Evet	28	46,7
	Dikkati yoğunlaştırmada zorlanma		
	Hayır	35	58,3
Evet	25	41,7	
Sinir sistemi	Baş ağrısı		
	Hayır	16	26,7
	Evet	44	73,3
	Baş dönmesi		
	Hayır	20	33,3
Evet	40	66,7	
Solumun sistemi	Öksürük		
	Hayır	28	46,7
	Evet	32	53,3
	Nefes darlığı/Dispne		
	Hayır	38	63,3
	Evet	22	36,7
	Sekresyon artışı		
	Hayır	50	83,3
	Evet	10	16,7
	Yan ağrısı		
	Hayır	28	46,7
Evet	32	53,3	

		n	%
Kardiyovasküler sistem	Kan basıncı düşüklüğü/yüksekliği		
	Hayır	36	60,0
	Evet	24	40,0
	Kalp ritim sorunları		
	Hayır	41	68,3
	Evet	19	31,7
	Çarpıntı		
	Hayır	34	56,7
	Evet	26	43,3
	Göğüs ağrısı		
	Hayır	23	38,3
	Evet	37	61,7
	Sırt veya omuz ağrısı		
	Hayır	20	33,3
Evet	40	66,7	
Üriner sistem	İdrar yapamama		
	Hayır	41	68,3
	Evet	19	31,7
	İdrar tutamama		
	Hayır	47	78,3
	Evet	13	21,7
	İdrar yaparken zorlanma		
	Hayır	38	63,3
	Evet	22	36,7
	İdrar yaparken yanma		
	Hayır	32	53,3
Evet	28	46,7	

		n	%
Gastrointestinal sistem	Yutmada güçlük		
	Hayır	26	43,3
	Evet	34	56,7
	İştahsızlık		
	Hayır	22	36,7
	Evet	38	63,3
	Bulantı		
	Hayır	31	51,7
	Evet	29	48,3
	Kusma		
	Hayır	43	71,7
	Evet	17	28,3
	Gaz çıkaramama		
	Hayır	46	76,7
	Evet	14	23,3
	Kabızlık		
	Hayır	45	75,0
	Evet	15	25,0
İshal			
Hayır	48	80,0	
Evet	12	20,0	
Hareket sistemi	Fiziksel harekette zorlanma		
	Hayır	21	35,0
	Evet	39	65,0
	Fiziksel harekette azalma		
	Hayır	17	28,3
	Evet	43	71,7
	Yorgunluk		
	Hayır	12	20,0
Evet	48	80,0	
Uyku	Uyumada zorlanma		
	Hayır	23	38,3
	Evet	37	61,7
	Uyuyamama		
	Hayır	27	45,0
	Evet	33	55,0
Dinlendirici olmayan uyku			

	Hayır	20	33,3
	Evet	40	66,7
		n	%
Cilt	İnsizyon yerinde ağrı		
	Hayır	14	23,3
	Evet	46	76,7
	İnsizyon yerinde kanama		
	Hayır	53	88,3
	Evet	7	11,7
	İnsizyon yerinde kızarıklık		
	Hayır	41	68,3
	Evet	19	31,7
	İnsizyon yerinde akıntı		
	Hayır	54	90,0
	Evet	6	10,0
	Bacakta insizyon yerinde ağrı		
	Hayır	25	41,7
	Evet	35	58,3

Mental durum sorgulandığında, KABG ameliyatı olan hastaların %40'ında (n=24) uyku halinin mevcut olmadığı, %60'ında (n=36) uyku halinin mevcut olduğu belirlenmiştir. Grubun %53,3'ü (n=32) huzursuzluk/endişe yaşadığını, %46,7'si (n=28) huzursuzluk/endişe yaşamadığını bildirmiştir (Tablo 6.2.1).

Sinir sistemi sorgulandığında, hastaların %73,3'ünün (n=44) baş ağrısı yaşadığını, %26,7'sinin baş ağrısı yaşamadığını bildirmiştir. Grubun %33'ü (n=20) baş dönmesi yaşamadığını, %66,7'si baş dönmesi yaşadığını bildirmiştir (Tablo 6.2.1).

Solunum sistemi sorgulandığında, hastaların %83,3'ünün (n=50) sekresyon artışı yaşamadığını, %16,7'sinin (n=10) sekresyon artışı yaşadığını bildirmiştir (Tablo 6.2.1).

Üriner sistem sorgulandığında, hastaların %78,3'ünün (n=47) idrar tutamama problemi yaşamadığı, %21,7'sinin (n=13) idrar tutamama problemi yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 6.2.1).

6.2.2. Ameliyat Sonrası En Sık Görülen Semptomlar

Semptom	N	%
Yorgunluk	48	80
İnsizyon yerinde ağrı	46	76,7
Baş ağrısı	44	73,3
Fiziksel harekette azalma	43	71,7
Baş dönmesi	40	66,7
Sırt veya omuz ağrısı	40	66,7
Dinlendirici olmayan uyku	40	66,7
Fiziksel harekette zorlanma	39	65
İştahsızlık	38	63,3
Göğüs ağrısı	37	61,7
Uyumada zorlanma	37	61,7
Uyku Hali	36	60
Bacakta insizyon yerinde ağrı	35	58,3
Yutmada güçlük	34	56,7
Uyuyamama	33	55
Öksürük	32	53,3
Yan ağrısı	32	53,3
Sinirlilik	31	51,7

KABG cerrahisi uygulanan hastalarda ameliyat sonrası en sık görülen semptomlar incelendiğinde hastaların %80'inin (n=48) yorgunluk, %76,7'sinin (n=46) insizyon yerinde ağrı, %73,3'ünün (n=44) baş ağrısı, %71,7'sinin (n=43) fiziksel harekette azalma, %66,7'sinin (n=40) baş dönmesi, %66,7'sinin (n=40) sırt veya omuz ağrısı, %66,7'sinin (n=40) dinlendirici olmayan uyku, %65'inin (n=39) fiziksel harekette zorlanma, %63,3'ünün (n=38) iştahsızlık, %61,7'sinin (n=37) göğüs ağrısı, %61,7'sinin (n=37) uyumada zorlanma deneyimlediği saptandı.

6.2.3. Semptomların Sıklık ve Şiddet Derecelerine Göre Değerlendirmesine Yönelik Bulguların Dağılımı

		<i>x</i>	\pm ss	Min	Max
Mental durum	Uyku Hali (N=36)				
	Sıklık	2,44	0,969	1	4
	Şiddet	2,28	0,882	1	4
	Sinirlilik (N=31)				
	Sıklık	2,52	0,996	1	4
	Şiddet	2,55	0,925	1	4
	Huzursuzluk/Endişe (N=28)				
	Sıklık	2,39	0,875	1	4
	Şiddet	2,54	0,999	1	4
	Dikkati yoğunlaştırmada zorlanma (N=25)				
	Sıklık	2,2	0,816	1	3
	Şiddet	2,04	0,735	1	3
Sinir sistemi	Baş ağrısı (N=44)				
	Sıklık	1,82	0,815	1	4
	Şiddet	1,77	0,831	1	4
	Baş dönmesi (N=40)				
	Sıklık	1,97	0,698	1	3
	Şiddet	1,92	0,944	1	4
Solunum sistemi	Öksürük (N=32)				
	Sıklık	2,06	0,878	1	3
	Şiddet	2,06	0,878	1	4
	Nefes darlığı/Dispne (N=22)				
	Sıklık	2,18	0,958	1	4
	Şiddet	2,18	1,053	1	4
	Sekresyon artışı (N=10)				
	Sıklık	2,6	0,843	1	4
	Şiddet	2,7	0,823	1	4
	Yan ağrısı (N=32)				
	Sıklık	2,25	0,842	1	4
	Şiddet	2,19	0,965	1	4

		x	±ss	Min	Max
Kardiyovasküler sistem	Kan basıncı düşüklüğü/yüksekliği (N=24)				
	Sıklık	2,5	0,722	1	3
	Şiddet	2,33	0,917	1	3
	Kalp ritim sorunları (N=19)				
	Sıklık	2,05	0,848	1	4
	Şiddet	2	0,745	1	3
	Çarpıntı (N=26)				
	Sıklık	2,12	0,909	1	4
	Şiddet	2,15	0,967	1	4
	Göğüs ağrısı (N=37)				
	Sıklık	2,11	0,843	1	4
	Şiddet	2,14	0,887	1	4
	Sırt veya omuz ağrısı (N=40)				
	Sıklık	2,07	0,859	1	4
Şiddet	2,07	0,797	1	4	
Üriner sistem	İdrar yapamama (N=19)				
	Sıklık	2,16	0,688	1	3
	Şiddet	2,21	0,713	1	3
	İdrar tutamama (N=13)				
	Sıklık	1,92	0,76	1	3
	Şiddet	1,85	0,555	1	3
	İdrar yaparken zorlanma (N=22)				
	Sıklık	2,27	0,767	1	4
	Şiddet	2,45	0,963	1	4
	İdrar yaparken yanma (N=28)				
	Sıklık	2,07	0,979	1	4
Şiddet	1,96	0,999	1	4	

		\bar{x}	$\pm ss$	Min	Max
Gastrointestinal sistem	Yutmada güçlük (N=34)				
	Sıklık	2,15	0,857	1	4
	Şiddet	2,21	0,88	1	4
	İştahsızlık (N=38)				
	Sıklık	2,21	0,843	1	4
	Şiddet	2,11	0,831	1	4
	Bulantı (N=29)				
	Sıklık	2	0,926	1	4
	Şiddet	2,03	1,085	1	4
	Kusma (N=17)				
	Sıklık	1,88	0,857	1	3
	Şiddet	1,82	1,015	1	4
	Gaz çıkaramama (N=14)				
	Sıklık	2,43	0,852	1	4
	Şiddet	2,5	0,941	1	4
	Kabızlık (N=15)				
	Sıklık	2,53	0,834	1	4
	Şiddet	2,4	0,986	1	4
İshal (N=12)					
Sıklık	2,33	0,778	1	3	
Şiddet	2,33	0,778	1	3	
Hareket sistemi	Fiziksel harekette zorlanma (N=39)				
	Sıklık	2,1	0,718	1	3
	Şiddet	2,08	0,774	1	3
	Fiziksel harekette azalma (N=43)				
	Sıklık	2,09	0,84	1	4
	Şiddet	2,16	0,924	1	4
	Yorgunluk (N=48)				
	Sıklık	2,63	0,866	1	4
Şiddet	2,67	0,996	1	4	
Uyku	Uyumada zorlanma (N=37)				
	Sıklık	2,57	0,959	1	4
	Şiddet	2,65	0,949	1	4
	Uyuyamama (N=33)				
	Sıklık	2,73	0,977	1	4
	Şiddet	2,76	1,001	1	4
	Dinlendirici olmayan uyku (N=40)				

	Sıklık	2,62	1,102	1	4
	Şiddet	2,65	1,21	1	4
				Min	Max
Cilt	İnsizyon yerinde ağrı (N=46)				
	Sıklık	1,85	0,729	1	3
	Şiddet	1,91	0,784	1	3
	İnsizyon yerinde kanama (N=7)				
	Sıklık	1,29	0,488	1	2
	Şiddet	1	0	1	1
	İnsizyon yerinde kızarıklık (N=19)				
	Sıklık	1,63	0,684	1	3
	Şiddet	1,37	0,496	1	2
	İnsizyon yerinde akıntı (N=6)				
	Sıklık	1,67	0,816	1	3
	Şiddet	1,5	0,837	1	3
	Bacakta insizyon yerinde ağrı (N=35)				
	Sıklık	1,74	0,852	1	4
Şiddet	1,77	0,942	1	4	

KABG geçiren hastaların, sıklık ve şiddet açısından en belirgin hissettiği semptomlar belirlenmiştir. Hastaların uyku hali semptomunun sıklığı ortalama değeri $x \pm ss$ 2,44±0,969'dur. Hastaların sinirlilik sıklığı ortalama değeri $x \pm ss$ 2,52±0,996, şiddeti 2,55±0,925'dir. Hastaların huzursuzluk/endişe sıklığı ortalama değeri $x \pm ss$ 2,39±0,875, şiddeti 2,54±0,999'dur. Hastaların sekresyon artışı sıklığı ortalama değeri $x \pm ss$ 2,6±0,843, şiddeti 2,7±0,823'tür. Hastaların kan basıncı düşüklüğü/yüksekliği sıklığı ortalama değeri $x \pm ss$ 2,5±0,722'dir. Hastaların idrar yaparken zorlanma şiddeti ortalama değeri $x \pm ss$ 2,45±0,963'dür. Hastaların gaz çıkaramama sıklığı ortalama değeri $x \pm ss$ 2,43±0,852'dir. Hastaların kabızlık sıklığı ortalama değeri $x \pm ss$ 2,53±0,834, şiddeti 2,4±0,986'dır. Hastaların yorgunluk sıklığı ortalama değeri $x \pm ss$ 2,63±0,866'dır. Hastaların uyumada zorlanma sıklığı ortalama değeri $x \pm ss$ 2,57±0,959, şiddeti 2,65±0,949'dur. Hastaların uyuyamama sıklığı ortalama değeri $x \pm ss$ 2,73±0,977, şiddeti 2,76±1,001'dir. Hastaların dinlendirici olmayan uyku sıklığı ortalama değeri $x \pm ss$ 2,62±1,102, şiddeti 2,65±1,21'dir (Tablo 6.2.3.)

6.3. Bilgi Gereksinimlerine İlişkin Bulgular

Tablo 6.3.1. Koroner Arter Bypass Ameliyatı Geçiren Hastaların Bilgi Gereksinimlerini Değerlendirme Ölçeği Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alfa Değeri (N=60)

	Madde Toplam Puan Korelasyonu	
	r _s	P
1. Ameliyat (göğüs) bölgesinin bakımı	0,516	0,001
2. Bacaktaki insizyon yerinin bakımı	0,591	0,001
3. Göğüs ağrısı geliştiğinde veya insizyon yerlerinde ağrı olduğunda yapılması gerekenler	0,538	0,001
4. Ameliyat sonrası ilk üç haftaya ilişkin fiziksel aktivite ve egzersizler	0,631	0,001
5. Ameliyat sonrası solunum egzersizleri	0,611	0,001
6. Ameliyat sonrası beslenme	0,404	0,001
7. Ameliyat sonrası kilo takibi, aldığı çıkardığı takibi	0,593	0,001
8. Ödem kontrolü ve ödemin önlenmesi	0,457	0,001
9. Ameliyat sonrası tuz ve sıvı tüketimi	0,532	0,001
10. Ameliyat sonrası ilaç kullanımı	0,643	0,001
11. Ameliyat sonrası kullanılan ilaçların yan etkileri ve yan etki kontrolü	0,567	0,001
12. Ameliyat sonrası konstipasyonu önleme	0,623	0,001
13. Ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonlar ve komplikasyonların kontrolü	0,335	0,001
14. Ameliyat sonrası yorgunluk ile baş etme	0,485	0,001
15. Ameliyat sonrası uyku düzeninin sağlanması	0,502	0,001
16. Ameliyat sonrası çalışma yaşamı	0,506	0,001
17. Ameliyat sonrası dönemde cinsel yaşam	0,573	0,001
18. Ameliyat sonrası stres ile baş etme teknikleri	0,625	0,001
19. Ameliyat sonrası sağlık kontrolleri ve sıklığı	0,563	0,001
20. Bulantı ve kusma geliştiğinde yapılması gerekenler	0,637	0,001
21. Acil durumların önemi ve yapılması gerekenler	0,443	0,001
Cronbach α: 0,91		

Tablo 6.3.2. Koroner Arter Bypass Ameliyatı Geçiren Hastaların Bilgi Gereksinimlerini Değerlendirme Toplam Puanları Dağılımı (N=60)

	X	±ss	Min	Max
Bilgi Gereksinimlerini Değerlendirme Toplam puanı	71,33	9,591	42	84

Grubun eğitimin önemine ilişkin algısını değerlendirmek amacıyla yapılan puan ortalaması hesabında ortalama puanın $71,33 \pm 9,591$ olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6.3.3. Bilgi Gereksinimlerini Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Dağılımı (N=60)

	<i>x</i>	$\pm ss$	Minimum	Maximum
1.Ameliyat (göğüs) bölgesinin bakımı	3,25	0,654	2	4
2. Bacaktaki insizyon yerinin bakımı	3,32	0,676	2	4
3.Göğüs ağrısı geliştiğinde veya insizyon yerlerinde ağrı olduğunda yapılması gerekenler	3,35	0,709	2	4
4.Ameliyat sonrası ilk üç haftaya ilişkin fiziksel aktivite ve egzersizler	3,33	0,774	1	4
5.Ameliyat sonrası solunum egzersizleri	3,33	0,857	1	4
6. Ameliyat sonrası beslenme	3,38	0,691	2	4
7.Ameliyat sonrası kilo takibi, aldığı çıkardığı takibi	3,47	0,812	1	4
8.Ödem kontrolü ve ödemin önlenmesi	3,53	0,676	2	4
9.Ameliyat sonrası tuz ve sıvı tüketimi	3,33	0,837	1	4
10.Ameliyat sonrası ilaç kullanımı	3,50	0,748	2	4
11. Ameliyat sonrası kullanılan ilaçların yan etkileri ve yan etki kontrolü	3,57	0,698	2	4
12. Ameliyat sonrası konstipasyonu önleme	3,32	0,854	1	4
13. Ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonların kontrolü	3,60	0,643	2	4
14. Ameliyat sonrası yorgunluk ile baş etme	3,28	0,739	2	4
15. Ameliyat sonrası uyku düzeninin sağlanması	3,45	0,746	1	4
16. Ameliyat sonrası çalışma yaşamı	3,28	0,846	1	4
17. Ameliyat sonrası dönemde cinsel yaşam	3,18	1,017	0	4
18.Ameliyat sonrası stres ile baş etme teknikleri	3,22	0,739	2	4
19.Ameliyat sonrası sağlık kontrolleri ve sıklığı	3,52	0,748	2	4
20.Bulantı ve kusma geliştiğinde yapılması gerekenler	3,43	0,810	1	4
21.Acil durumların önemi ve yapılması gerekenler	3,68	0,651	2	4

KABG cerrahisi uygulanan hastalarda eğitim gereksiniminin en çok ödem kontrolü ve ödemin önlenmesi, ameliyat sonrası ilaç kullanımı, ameliyat sonrası kullanılan ilaçların yan etkileri ve yan etki kontrolü, ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonlar ve komplikasyonların kontrolü konularında algılandığı saptanmıştır.

Tablo 6.3.4. Koroner Arter Bypass Ameliyatı Geçiren Hastaların Bilgi Gereksinimlerini Değerlendirme Toplam Puanlarının Kişisel Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (N =60)

	Koroner Arter Bypass Ameliyatı Geçiren Hastaların Bilgi Gereksinimlerini Değerlendirme Toplam Puanı			
	x	±ss	Minimum	Maksimum
Cinsiyet				
Kadın	71,93	8,669	54	84
Erkek	71,15	9,938	42	84
Z_{mwu}	-0,096	p=0,923		
Eğitim Durumu				
Okur Yazar	71,57	7,829	55	78
Orta Öğretim	71,22	9,950	42	84
Lise	70,92	10,492	47	84
Üniversite	74,00	8,660	64	79
X²_{kw}	0,524	p=0,914		
Meslek				
İşçi	70,43	7,547	60	80
Memur	67,56	10,321	47	77
Emekli	71,79	10,595	42	84
Ev Hanımı	73,50	7,538	55	84
Serbest Meslek	71,75	10,886	54	84
X²_{kw}	3,045	p=0,550		
Uzun Süre Yaşanılan Yer				
Köy	69,00	21,213	54	84
Kasaba	75,00	0	75	75
Şehir	71,35	9,405	42	84
X²_{kw}	0,034	p=0,983		
Sigara Kullanımı				
Evet	69,39	10,029	42	84
Hayır	73,41	8,797	54	84
Z_{mwu}	-1,764	p=0,078		
Alkol Kullanımı				
Evet	67,56	12,033	42	80

Hayır	72,70	8,276	54	84
Z_{mwu}	-1,432	p=0,152		

Koroner arter bypass ameliyatı geçiren hastaların bilgi gereksinimlerini değerlendirme toplam puanları cinsiyet, eğitim durumu, meslek, uzun süre yaşanan yer, sigara kullanımı ve alkol kullanımı gibi kişisel değişkenlere göre karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 6.3.4.).

Tablo 6.3.5. Koroner Arter Bypass Ameliyatı Geçiren Hastaların Bilgi Gereksinimlerini Değerlendirme Toplam Puanlarının Ameliyat Sonrası Sık Görülen Semptomların Değerlendirmesine Göre Karşılaştırılması (N =60)

	Koroner Arter Bypass Ameliyatı Geçiren Hastaların Bilgi Gereksinimlerini Değerlendirme Toplam Puanı			
	x	±ss	Minimum	Maksimum
Mental Durum (Uyku Hali)				
Evet	72,64	9,816	42	84
Hayır	69,38	9,093	51	84
Z_{mwu}	-1,776	p=0,076		
Mental Durum (Sinirlilik)				
Evet	70,38	10,185	47	84
Hayır	72,23	9,076	42	84
Z_{mwu}	-0,674	p=0,500		
Sinir Sistemi (Baş ağrısı)				
Evet	70,91	9,114	47	84
Hayır	72,50	11,033	42	84
Z_{mwu}	-0,678	p=0,498		
Sinir Sistemi (Baş dönmesi)				
Evet	68,80	11,358	42	84
Hayır	72,60	8,448	47	84
Z_{mwu}	-1,524	p=0,128		
Solunum Sistemi (Öksürük)				
Evet	72,84	8,065	51	84
Hayır	69,61	10,979	42	84
Z_{mwu}	-1,069	p=0,285		

Solunum Sistemi (Yan ağrısı)				
Evet	71,97	8,859	51	84
Hayır	70,61	10,482	42	84
Z_{mww}	-0,572	p=0,568		
Kardiyovasküler Sistem (Göğüs ağrısı)				
Evet	71,14	9,253	47	84
Hayır	71,65	10,316	42	84
Z_{mww}	-0,061	p=0,951		
Kardiyovasküler Sistem (Sırt veya omuz ağrısı)				
Evet	71,37	8,356	47	84
Hayır	71,25	11,929	42	84
Z_{mww}	-0,676	p=0,499		

Gastrointestinal Sistem (Yutmada)				
Evet	72,09	10,101	42	84
Hayır	70,35	8,980	47	81
Z_{mww}	-0,912	p=0,362		
Gastrointestinal Sistem (İştahsızlık)				
Evet	70,66	11,134	42	84
Hayır	72,50	6,147	57	84
Z_{mww}	-0,215	p=0,830		
Hareket Sistemi (Fiziksel harekette zorlanma)				
Evet	71,36	10,497	42	84
Hayır	71,29	7,875	54	81
Z_{mww}	-0,443	p=0,658		
Hareket Sistemi (Fiziksel harekette azalma)				
Evet	71,77	10,309	42	84
Hayır	70,24	7,645	54	79
Z_{mww}	-1,183	p=0,237		
Hareket Sistemi (Yorgunluk)				
Evet	71,35	9,619	42	84
Hayır	71,25	9,901	51	81
Z_{mww}	-0,204	p=0,839		
Uyku (Uyumada zorlanma)				
Evet	72,05	10,398	42	84
Hayır	70,17	8,217	51	81

Z_{mww}	-1,181	p=0,238		
Uyku (Uyuyamama)				
Evet	71,39	10,825	42	84
Hayır	71,26	8,032	51	84
Z_{mww}	-0,625	p=0,532		
Uyku (Dinlendirici olmayan uyku)				
Evet	71,00	9,782	42	84
Hayır	72,00	9,409	51	84
Z_{mww}	-0,581	p=0,561		
Cilt (İnsizyon yerinde ağrı)				
Evet	70,41	10,001	42	84
Hayır	74,36	7,642	55	84
Z_{mww}	-1,480	p=0,139		
Cilt (Bacakta insizyon yerinde ağrı)				
Evet	71,97	7,983	51	84
Hayır	70,44	11,594	42	84
Z_{mww}	-0,270	p=0,787		

Koroner arter bypass ameliyatı geçiren hastaların bilgi gereksinimlerini değerlendirme toplam puanları uyku hali, sınırlılık, baş ağrısı, baş dönmesi, öksürük, yan ağrısı, göğüs ağrısı, sırt veya omuz ağrısı, yutmada güçlük, iştahsızlık, fiziksel harekette zorlanma, fiziksel harekette azalma, yorgunluk, uyumada zorlanma, uyuyamama, dinlendirici olmayan uyku, insizyon yerinde ağrı ve bacakta insizyon yerinde ağrı gibi ameliyat sonrası sık görülen semptomların değerlendirilmesine göre karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 6.3.5.).

Tablo 6.3.6. Koroner Arter Bypass Ameliyatı Geçiren Hastaların Bilgi Gereksinimlerini Değerlendirme Madde Toplam Puanı ile Yaşlara Göre Korelasyonu (N=60)

	Koroner Arter Bypass Ameliyatı Geçiren Hastaların Bilgi Gereksinimlerini Değerlendirme Ölçeği	
	r_s	p
Yaş	0,040	0,763

Koroner arter bypass ameliyatı geçiren hastaların bilgi gereksinimleri toplam puanları yaşlara göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır (Tablo 6.3.6.).

7. TARTIŞMA

7.1. Kişisel Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamıza katılan 60 KABG cerrahisi uygulanan hastanın yaş ortalamasını $64,32 \pm 9,577$ olarak bulduk. Güneş'in yaptığı çalışmada hastaların %31,4'ü 60 yaş ve üstü olarak bulunmuştur. Literatürde, cerrahi girişim gerektiren kalp hastalıklarının 50 ve üzeri yaşlar arasında daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Karadakovan, 2010., Güneş, 2001).

Araştırma kapsamına giren hastaların %76,7'sini erkekler oluşturmaktadır (Tablo6.1.1.). Özcan'ın yaptığı çalışmada hastaların %84'ünü, Güneş'in yaptığı çalışmada ise %68,6'sını erkekler oluşturmaktadır. Literatüre bakıldığında da KAH'ın oluşmasında cinsiyetin önemli bir risk faktörü olduğu görülmektedir. Koroner kalp hastalıkları açısından kadın-erkek arasındaki belirgin fark ancak menopozdan sonra giderek kapanıp asgariye iner. Çalışmamızda KABG ameliyatı olan erkeklerin kadınlardan daha fazla sayıda olması literatürle uyumludur (Karadakovan, 2010., Güneş, 2001., Özcan, 2008).

Hastaların eğitim durumları incelendiğinde %73,4'ünün okur yazar ve orta öğretim eğitimi düzeylerinde olduğu saptandı. Özcan'ın yaptığı çalışmada %88'inin ortaöğretim mezunu olduğu, Güneş'in çalışmasında %81,5'inin okur yazar ve orta öğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Her iki sonuç da ülkemizdeki genel eğitim durumuyla örtüşmektedir (Güneş, 2001., Özcan, 2008).

Araştırmaya katılan hastaların çalışma durumlarına bakıldığında %24'ünün emekli %12'sinin ev hanımı olduğu görülmektedir. Özcan'ın çalışmasında da hastaların %46'sını çalışmayan grup oluşturmaktadır. Çalışmayan grubun oranının bu kadar yüksek olması açık kalp ameliyatı olan hastaların yaş ortalamalarının emeklilik yaşına uyması ile ilgili olduğunu düşündürmektedir (Özcan, 2008).

Hastaların hastalıkları ile ilgili eğitim alma durumları incelendiğinde; %100'ünün eğitim aldığı görülmektedir (Tablo 6.1.1.). Bu sonuç çok önemli ve sevindiricidir. Çünkü hastalarla en fazla zaman geçiren hemşirelerin verdiği eğitim büyük önem taşır. Koroner veya cerrahi yoğun bakımda (ya da elektif koroner

anjyoplasti veya bypass cerrahisi öncesinde) yatan bir hastanın endişelerini gidermek veya sorunlarını yanıtlamak hastaya güven verir. Eğitim tıbbi yada cerrahi sorunların kısaca açıklanması, sonraki günlerde uygulanması planlanan testlerin ve yapılacak işlem ve ekipmanın anlatılmasını içerir. Bu bilgilendirme, hastanın stres yaşadığı işlemlere adapte olmasını sağlar. Daha fazla bilgi anksiyeteyi azaltıp, önerilere daha fazla uyulmasını sağlayabilir. Bergvik'in araştırmasına göre de hemşirelerin klinik alanda çalışırken, KABG hastalarının bakımı sırasında hasta merkezli yaklaşımı ve eğitim prosedürünü yararlı bulduklarını bildirmişlerdir (Bergvik, 2007., Fuster, 2002).

Hastaların alkol sigara kullanma durumları incelendiğinde; %73,3'ünün alkol kullanmadığı, % 48,3'ünün sigara kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 6.1.1.).

7.2. Semptom Deneyimlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hastalarda ameliyat sonrası en sık görülen semptomlar incelendiğinde hastaların %80'i (n=48) yorgunluk, %76,7'si (n=46) insizyon yerinde ağrı, %73,3'ü (n=44) baş ağrısı, %71,7'si (n=43) fiziksel harekette azalma, %66,7'si (n=40) baş dönmesi, %66,7'si (n=40) sırt veya omuz ağrısı, %66,7'si (n=40) dinlendirici olmaya uyku, %65'i (n=39) fiziksel harekette zorlanma, %63,3'ü (n=38) iştahsızlık, %61,7'si (n=37) göğüs ağrısı, %61,7'si (n=37) uyumada zorlanma, %60'ı (n=36) uyku hali yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 6.2.3.). Yılmaz'ın çalışmasına göre hastalar taburcu edildikten bir hafta sonra, fonksiyonel sağlık örüntülerine göre %95,6'sı beslenme, %86,7'si boşaltım, %100'ü aktivite, %88,9'u uyku gibi fizyolojik örüntülerde sorun yaşadı. Hastaların %100'ü ise biliş ve algı %55,5'i kendini algılama, %80'i rol ve ilişki, %64,5'i cinsellik, %100'ü stresle baş etme ve stres toleransı, %33,3'ü değer ve inanç gibi psikolojik ve sosyal örüntülerde sorun yaşadığı belirtilmektedir (Yılmaz, 2009). Lie ve Bunch'ın çalışmasına göre koroner arter bypass greft operasyonunda taburculuğu takiben ilk ay streslidir ve belirli hastalar, destek eksikliği ve yetersiz bilgi bildirmektedir. Anksiyete ve depresyon yaygındır ve kontrol eksikliği, sosyal destek eksikliği deneyimlenen hastalarda daha fazla anksiyete ve depresyon semptomları görülmüştür (Lie ve Bunch, 2010). Güneş de çalışmasında hastaların eğitim durumları ile sürekli anksiyete puan ortalamalarını karşılaştırmış ve anlamlı bir fark bulmamıştır (Güneş, 2001). Bu bulgular, eğitim durumu ne olursa olsun

tüm bireylerin açık kalp ameliyatı gibi stres yaratan bir durumla karşılaştıklarında benzer durumda anksiyete yaşayabileceklerini göstermesi bakımından önemlidir.

Yapılan çalışmalarda hastalar aynı zamanda KABG'nin ardından ilk haftalar boyunca ağrı, yorgunluk, uyku bozukluğu iştah bozuklukları ve yara drenajı gibi yaygın semptomlar bildirmişlerdir (Lie ve Bunch, 2010). KABG'den iki hafta sonra, hasta semptomları ve gereksinimleri, ameliyat sonrası ağrı, cerrahi alan algısı, fiziksel aktivite/egzersiz, ilaç tedavisine ilişkin farklı deneyimler, tıbbi ilaçlarla ilgili belirsizlik, uyku şekilleriyle ilişkili zorluklar, sinirlilik, ameliyat sonrası komplikasyonlar, işe dönme konusundaki belirsizlikler ve taburculuk hususunda yetersiz bilgi için normal olan ve beklentilerle ilişkili olan yeterli düzeyde belirsizlikle ilişkilendirilmiştir (Yılmaz, 2009).

Hastaların %65'i fiziksel harekette zorlanma ifade etmiştir. Aynı zamanda %76,7 gibi bir oranla hastaların büyük çoğunluğunu oluşturan kitlenin insizyon yerinde ağrıyı, %80'inin ise yorgunluğu tarif etmesi, bunun hareketi kısıtlayan neden olabileceğini düşündürmektedir. Aydın da çalışmasında hastaların büyük oranla vücut egzersizi yapma konusunda güçlük yaşadığını, yeterince egzersiz yapamama nedeni olarak ağrı ve yorgunluk hissini gösterdiklerini saptamıştır. Bu bulgular da çalışmamız sonuçlarıyla paralellik göstermektedir (Aydın, 2000).

Araştırmaya katılan hastaların ifadelerine göre koroner arter bypass ameliyatı sonrası en sık görülen semptomlardan biri de iştahsızlıktır. Aydın'ın çalışmasında da hastalar beslenmeye ilişkin güçlük olarak iştahsızlık yaşadıklarını, zararlı olacağı endişesiyle yemek yemekten kaçındıklarını ifade etmiştir (Aydın, 2000). Hastanın bedensel ve ruhsal kalp desteği alması önemlidir; egzersiz, diyet programları ve ruhsal olarak hastanın kendine güvenmesi için psikolojik danışmanlık gerekli olabilir (Enar, 2007).

Uyku ve dinlenmenin hastanedeki hastaların iyileşme sürecine etkisiyle ilgili bir çok çalışma yapılmış olsa da, bunların çok azı kalp cerrahisi ile ilişkisini göstermektedir. Ancak kalp cerrahisi sonrası iyileşme döneminde uyku yoksunluğu yaşam kalitesini, morbidite ve mortaliteyi etkilemektedir. Elitoğ'un çalışmasına göre hastaların ameliyat öncesi %42,9'u uykularının iyi, %32,9'u orta,%15,7'si kötü düzeyde

olarak nitelendirmiştir. Hastaların %58,6'sı ameliyat sonrası uyku düzeyinin değiştiğini ifade etmişlerdir. Hastanede kaldıkları süre içerisinde hastaların %61,4'ü uykusuzluk problemlerini hemşirelere ilettiklerini, yine uyku sorunu yaşayan hastaların %62,9'u kendileriyle ilgilenen hemşirelerin çözüm sağladıklarını belirtmişlerdir (Elitoğ, 2008). Bizim çalışmamızda da hastaların %61,7'sinin uyumada zorlanma, %60'ının uyku hali yaşadığı dikkat çekici bir sonuçtur.

Hartford'un bulgularına göre; fiziksel, duygusal ve yaşam tarzı değişiklikleri olmak üzere başlıca 3 hasta kaygısı ortaya çıkmıştır. Çıkışta ve 1. günde çıkışın hızıyla ilgili anksiyete durumları benzer şekilde oluşmuştur. Aksi takdirde, 1 hafta boyunca fiziksel kaygılar ağır basmıştır. 7.gün ve sonrasında geleceğe yönelik kaygılar ile ilgili tedbir oluşmaya başlamıştır. 7.haftadan itibaren çoğu hasta normal aktivitelerine dönmeyi planlamış, birkaçı yaşam tarzı değişiklikleri yapmıştır (Hartford, 2005). Theobald'ın araştırma sonuçlarına bakıldığında hastaların yaklaşık yarısı kalp ameliyatını büyük bir kişisel şok olarak yaşamışlardır. Sonrasında yaşama adapte olmak zor olmuştur ve ağrı da dahil olmak üzere çeşitli değişiklikler yaşamışlardır (Theobald, 2004).

Literatüre bakıldığında çalışmamız bulgularıyla da paralellik göstermekte olan ağrı ile ilgili çok sayıda sonuca ulaşılabilir. Leegard'ın 2008 yılında yaptığı çalışmalar, hastaların büyük bir kısmının kalp ameliyatı sonrası yara sıkıntısı yaşadığı ve hastanede yetersiz ameliyat sonrası ağrı deneyimi yaşadığını; taburcu olmadan önce kadınların erkeklerden daha fazla ağrısı olduğunu göstermiştir. Ayrıca günümüzde, kalp hastaları alanında cinsiyete özel araştırma yapılması ile ilgili vurgu yapılırsa da, temel deneyimlerin beklenenden daha az cinsiyete bağlı olduğu görülmüştür (Leegard, 2008).

7.3. Bilgi Gereksinimlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

KABG ameliyatı sonrası iyileşme sürecinde eve çıkan hastalar, özellikle ilk haftalar olmak üzere, süresi 6 ay kadar fazla bir zamana uzayabilen, önemli fiziksel ve duygusal zorluklarla karşılaşmaktadırlar. Taburcu olduktan sonraki 1 hafta içerisinde hastanın iyileşme kaygısı genellikle hayati risk içeren komplikasyonları algılama ve korunma, semptom yönetimi ve kişisel bakım ve fiziksel işlevleri sürdürmeye odaklanmaktadır. İyileşme sürecindeki ilk ayın sonlarına doğru, hastalar yavaş yavaş

günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmedeki bağımsızlıklarını geri kazanmaya ve aktivite toleransını oluşturmaya odaklanmaktadır. İyileşme sürecinin 2. ve 3. ayları boyunca, KABG hastaları çalışma faaliyetlerine geri dönme, cinsel ve sosyal aktivitelerini sürdürmeye odaklanmaktadır. 4 aydan 6 aya kadar ise, hastanın iyileşme hedeflerine maksimum aktivite düzeyine geri dönme ve egzersiz, diyet, stres yönetimi gibi uzun süreli yaşam tarzı değişiklikleri de eklenmektedir. İyileşme sürecinde izlenen yol, hastalar için duygusal olarak sıkıntılıdır ve anksiyete, öfke, depresyon, ruh hali değişkenliği, yorgunluk ve uyku bozuklukları yaşadıklarını bildirmektedirler. Değişen iyileşme kaygıları ve iyileşme sürecinde izlenen yolda başarılı olma gibi hedefler hastaların farklı zamanlarda, belirli konularda bilgiye ihtiyaç duyduklarını göstermiştir (Brennan, 2001). Cebeci'nin 'taburculuk eğitimi ve danışmanlık hizmetinin KABG hastalarının anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisi' adlı çalışmasının sonuçları müdahale grubundaki hastalara verilen taburculuk eğitimi ve danışmanlık hizmeti, hastaların anksiyete ve depresyonunun hafifletilmesi açısından pozitif bir etki göstermiştir (Cebeci, 2007). KABG geçiren kadın, yaşlı oranındaki artış ve acil, tekrarlayan prosedürlerdeki artış ile , iyileşme kaygıları ve ihtiyaç duyulan enformasyon zamanla değişmekle kalmayıp, cinsiyet, yaş, diğer kişisel ve durumsal özelliklere göre değişebilmektedir (Brennan, 2001). Çalışmamızda da KABG cerrahisi uygulanan hastalarda eğitim gereksiniminin en çok ödem kontrolü ve ödemin önlenmesi, ameliyat sonrası ilaç kullanımı, ameliyat sonrası kullanılan ilaçların yan etkileri ve yan etki kontrolü, ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonlar ve komplikasyonların kontrolü konularında algılandığı saptandı.

Hastanede geçirilen sürede hastaları yeterince bilgilendirmek ve taburcu işlemlerini planlamak gerekir. Hastalara ilaçları hakkında (kullanım amacı, doz, istenen etkiler, olası yan etkiler) bilgi verilmelidir. Uygulanan psikolojik destek, koroner arter hastalarını hastalıkları ile baş etme, kabullenme ve hayat tarzlarını sürdürme konusunda cesaretlendirir; ilaçlar ve diğer tedavi önerilerine bağlı kalmayı sağlar. Hasta eğitimi ile ilgili yapılan 28 kontrollü çalışmanın metaanalizi, eğitim programlarının kanbasıncı, mortalite, egzersiz ve diyet üzerinde belirgin değişikliklere neden olduğunu, diğer parametrelerin de olumlu yönde etkilendiğini göstermiştir. Eğitim danışmanlık ve davranış eğitimi hizmetleri en çok riski azaltma, yaşam tarzını olumlu biçimde değiştirme ve sağlık durumunu düzeltmek konusunda etkili görünmektedir. Tüm eğitim

programlarının fonksiyonel kapasiteyi, spontan iyileşmeye göre daha hızlı biçimde arttırdığı çok sayıda çalışma ile gösterilmiştir (Fuster, 2002).

Janice'in koroner arter bypass greft geçiren kadın ve erkek hastaların taburcu sürecindeki bilgi gereksinimlerine ilişkin yaptığı çalışmada; bilgi gereksinimleri açısından kadınlar ve erkekler arasında farklılık bulunmamıştır. Bu bulgular çalışmamızla paralellik göstererek cinsiyet farkının bilgi gereksinimini önemli ölçüde etkilemediğini vurgulamaktadır. Bilgi gereksiniminin en fazla olduğu alanlar; tedavi ve komplikasyonlar, aktiviteler, ilaç tedavileri ve yaşam kalitesini artırma olmuştur (Janice, 1997). Literatüre bakıldığında da çalışmaların yaklaşık üçte birinde kadın örneklem ve özellikle kadınlarla ilgili bulgular bulunmaktadır. Günümüzde kalp hastaları alanında cinsiyete özel araştırma yapılması ile ilgili vurgu yapılsa da, temel deneyimlerin beklenenden daha az cinsiyete bağlı olduğu görülmüştür. Temel farkın kadınların fiziki değişiklikleri kendi cinsiyetleri açısından göstermelerinin olduğu saptanmıştır (Leegard, 2008). Bu veriler de çalışmamızı destekler yöndedir.

Kalp cerrahisinde bilhassa postoperatif erken dönemde hasta takibi, morbidite ve mortaliteyi etkilemesi bakımından çok önemli bir yer tutmaktadır. Erken postoperatif izlem, hastanın cerrahi işleminden çıktığı andan başlayıp yoğun bakımda tüm sistem parametrelerinin stabilize olması ile servise çıkabilecek hale gelmesine kadar sürer. Değişik derecelerde de olsa fizyolojik fonksiyonların hemen hepsi gerek anestezi gerekse cerrahiden etkilendiği gibi, sıklıkla ameliyattan hemen sonra cerrahinin tüm yararları hemen görülememektedir. Bu nedenle kısa sürede ani değişikliklerin görülebileceği için hastanın tüm yaşamsal fonksiyonlarının izlenmesi, ölçülmesi ve kaydedilmesi gerekmektedir. Bu işlemler belirli protokoller çerçevesinde ve bu konuda eğitim görmüş, deneyimli hekim ve onun kontrolündeki diğer sağlık çalışanları, özellikle hemşireler tarafından yürütülmelidir. Günümüzde teknolojik imkanları ile fizyolojik fonksiyonların çoğunun monitorizasyonu mümkün olmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre yeni düzenlemeler yapıp hastaların stabilizasyonu sağlanır (Hatemi, 1998).

Kalp cerrahisi bakım ve eğitim protokolü; yapılan cerrahi girişimin başarısını doğrudan etkilemesi bakımından postoperatif dönemde hasta takibinin, deneyimli ve uyum içerisinde çalışan bir ekip tarafından, düzenle yapılmasını gerektirmektedir. Bu

aşamada bireysel gereksinimler doğrultusunda değerlendirmelerin yapılması özellikle semptomların ve bilgi gereksinimlerinin izlenmesi önemlidir.

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç olarak araştırmada elde edilen bulgular;

1. KABG geçiren hastaların yaş ortalaması $64,32 \pm 9,577$ olarak bulunurken %61,7'sinin ortaöğretim mezunu olduğu saptandı.
2. Hastaların %26,7'sinin alkol, %51,7'sinin sigara kullandığı saptandı.
3. Hastaların % 80'inin yorgunluk hissi yaşadığı saptandı.
4. Olguların % 76,7'sinin insizyon yerinde ağrısı olurken %73,3'ünün baş ağrısı olduğu belirlendi.
5. Hastaların %66,7'si dinlendirici olmayan uyku yaşarken, %61,7'sinin uyumada zorlanma yaşadığı saptandı.
6. Hastaların % 65'inin fiziksel harekette zorlandığı belirlendi.
7. KABG geçiren hastaların bilgi gereksinimleri cinsiyete göre incelendiğinde, kadınlar ve erkekler arasında önemli ölçüde bir fark olmadığı saptandı.
8. Ameliyat sonrası en sık görülen on semptomun sırasıyla yorgunluk (n=48), insizyon yerinde ağrı (n=46), baş ağrısı (n=44), fiziksel harekette azalma (n=43), baş dönmesi (n=40), sırt veya omuz ağrısı (n=40), dinlendirici olmayan uyku (n=40), fiziksel harekette zorlanma (n=39), iştahsızlık (n=38), göğüs ağrısı (n=37) olduğu saptandı.
9. KABG cerrahisi uygulanan hastalarda eğitim gereksiniminin en çok ödem kontrolü ve ödemin önlenmesi, ameliyat sonrası ilaç kullanımı, ameliyat sonrası kullanılan ilaçların yan etkileri ve yan etki kontrolü, ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonlar ve komplikasyonların kontrolü konularında algılandığı saptandı.

Sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- 1.** KABG cerrahisi uygulanan hastalarda en sık görülen semptomlar yorgunluk, insizyon yerinde ağrı, baş ağrısı, fiziksel harekette azalma, baş dönmesi, sırt veya omuz ağrısı, dinlendirici olmayan uyku, fiziksel harekette zorlanma, iştahsızlık, göğüs ağrısına yönelik ayrıntılı tanılama ve gereksinimlerin değerlendirilmesi postop bakım ve izlem haritalarının oluşturulması,
- 2.** Yaşlı hasta grubu çoğunluğu oluşturduğu için yaşlı hasta bakımında öne çıkan komplikasyonların ve önleyici bakım girişimlerinin de bakım planı içerisinde kapsama alınması,
- 3.** Sağlık özgeçmişini mevcut sorunları ve sosyo kültürel durumuna göre belirlenen gereksinimler doğrultusunda eğitim programlarının planlanması,
- 4.** KABG cerrahisi uygulanan hastalarda eğitim gereksiniminin en çok ödem kontrolü ve ödemin önlenmesi, ameliyat sonrası ilaç kullanımı, ameliyat sonrası kullanılan ilaçların yan etkileri ve yan etki kontrolü, ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonlar ve komplikasyonların kontrolü konularında algılandığı için eğitim programlarının öncelikli olarak bu konularda eğitim materyali hazırlanarak kapsamlı olarak sürdürülmesi,
- 5.** Farklı kişisel özelliklerin ve çok sayıda hastanın yer aldığı örneklem grubunda benzer araştırmaların planlanması önerilebilir.

9. KAYNAKLAR

Aksoy G. (1998) Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. İstanbul. Vehbi Koç Yayınları. No:10.

Aydın ÇF. (2000). Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası İki Aylık Dönemde Yaşadıkları Güçlükler. Ankara: Hacettepe Üniv. Sağ. Bil. Ens. Hemş. Prog.

Bergvik S., Wynn R., Sorlie T. (2007) Nurse training of a patient-centered information procedure for CABG patients. Patient Education and Counseling 70 (2008) 227-233.

Biröl L. (2004) Hemşirelik Süreci. İzmir. Etki Matbaacılık

Brennan P.F., Moore S.M., Bjornsdottir G., Jones J., Visovsky C., Rogers M. (2001) HeartCare: an Internet-based information and support system for patient home recovery after bypass graft (CABG) surgery. Blackwell Science Ltd, Journal of Advanced Nursing, 35(5), 699-708.

Cebeci F., Çelik S.Ş. (2007) Discharge training and counselling increase self-care ability and reduce postdischarge problems in CABG patients. Blackwell Publishing Ltd, Journal of Clinical Nursing, 412-419.

Çil E., Kimya Y., Heper C., Sunay B., Heper Y., Sivrioğlu Y., Moğol E., Uzaslan E., Şimşek Ü., Armağan E. (2002). C. Heper (Ed). Heper Kardiyoloji. Nobel&Güneş, p:355-358.

Dilek F. (2008). Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Ankara: Trakya Üniv. Sağ. Bil. Ens. Hemş. Prog.

Elitoğ N., Öztürk N., Menteş D., Zeytun B., Kahraman H., Kırdag G., Cengiz O., Erkuş B. (2008). Kalp Cerrahisi Operasyonu Geçirmiş Olan Hastaların Post-Op Hastanede Yatış dönemlerinde Uykularını Etkileyen Faktörler ve Günlük Uyku Düzenindeki Değişimlerin Değerlendirilmesi. http://www.acibademhemsirelik.com/dergi/yeni_tasarim/files/kalp%20_bil_2.pdf

Enar R. (2007). Kalp ve Damar Sağlığı Kitabı. Nobel Tıp Kitabevleri.

Fuster V., Alexander R.W., O'Rourke R.A. (2002). The Heart. And Danışmanlık&Yayıncılık. 3.Cilt.

Güneş P. (2001). Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaları Taburculuk Öncesi Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeyine Etkisi. Sivas: Cumhuriyet Üniv. Sağ. Bil. Ens. Hemş. Prog.

Hartford K. (2005) Telenursing and patients' recovery from bypass surgery. University of Western Ontario, London, Ontario, Canada. Blackwell Publishing Ltd, Journal of Advanced Nursing, 50(5), 459-468.

Hatemi H., Öztürk E. (1998) Kardiyoloji. Yüce Yayım.

İliçin G. (1974) Açık Kalp Cerrahisinde Postoperatif Bakım ve Komplikasyonlar. Ankara. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, p:7-14.

Jickling J.L., Graydon J.E. (1997) The information needs at time of hospital discharge of male and female patients who have undergone coronary artery bypass grafting: Apilot study. Heart&Lung Vol.26, No.5 350-357.

Karadakovan A. (2010). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Tıp Kitabevi, p:293-345, 499-535.

Leegaard M., Fagermoen S.M. (2008) Patients' key experiences after coronary artery bypass grafting: a synthesis of qualitative studies. The Authors. Journal compilation Nordic College of Caring Science, 616-628.

Lie I., Arnesen H., Sandvik L., Hamilton G., Bunch H.E. (2009) Health-related quality of life after coronary artery bypass grafting. The impact of a randomised controlled home-based intervention program. Qual Life Res, 18: 201-207.

Lie I., Bunch E.H., Smeby N.A., Arnesen H., Hamilton G. (2010) Patients' experiences with symptoms and needs in the early rehabilitation phase after coronaryartery bypass grafting. European Society of Cardiology. Published by Elsevier B.V. 1-9.

Özcan H. (2008). Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastalar Tarafından Kullanılma Oranları. Edirne: Trakya Üniv. Sağ. Bil. Ens. Hemş. Prog.

Öz G., Yıldırım F., Bayer A., Yalçın N. (2008). Dahiliye Hastalıkları ve Bakımı. Ankara

Öztürk E., Hatemi H. (1998). Kardiyoloji. Yüce Yayım, p:127.

Runge M.S., Ohman M. (2008). M.S. Buğdacı (Ed). Netter'in Kardiyolojisi. Nobel Tıp Kitabevleri, p:74-83,112-118.

Solak H. (1995). Koroner Arter Cerrahisi. Konya: Gökçe Ofset

Taşocak G. (2007). Hasta Eğitimi. İstanbul. F.N.H.Y.O. Yayın No:9

Türgay A., Süzen B., Yıldırım B., Sarı D., Kuyurtar F., Tosun H., Küçük L., Aydınoglu N., Gençtürk N., Işık R., Akpınar R., Çelik S., Sarvan S., Ertem Ü., Usta Y.,

Demir Y. (2011). F.A. Ay (Ed) Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Nobel Tıp Kitabevi, p:661-662.

Theobald K., McMurray A. (2004) Coronary artery bypass graft surgery: discharge planning for successful recovery. Blackwell Publishing Ltd, Journal of Advanced Nursing, 47(5),483-491.

Us M., Koroner Kalp Hastalığı, ByPass ‘Taburcu Olduktan Sonra Dikkat Edilmesi Gerekenler’, <http://www.melihus.com>

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

Yılmaz M., Çifçi E.S. (2009). Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Bireylerin Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesinde Bir Model: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 18(3):183-189.

Zipes D.P., Libby P., Bonow R.O., Braunwald E. (2008). E. Aslanger (Ed). Kalp Hastalıkları. (Cilt 2). Nobel Tıp Kitabevi, p:1281-1317.

EK 2. Semptom Değerlendirme Formu

	Ameliyat sonrası aşağıda yer alan sorunlardan herhangi birisini yaşıyor musunuz?		Cevabınız EVET ise, Ne SIKLIKTA yaşadınız?				Cevabınız EVET ise, Genellikle ŞİDDETİ nasıldı?				
	Hayır	Evet	Nadiren	Ara sıra	Genellikle	Sürekli	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli	
Mental durum	Uyku hali		1	2	3	4	1	2	3	4	
	Sinirlilik		1	2	3	4	1	2	3	4	
	Huzursuzluk/Endişe		1	2	3	4	1	2	3	4	
	Dikkati yoğunlaştırmada zorlanma		1	2	3	4	1	2	3	4	
	Diğer.....		1	2	3	4	1	2	3	4	
Sinir sistemi	Baş ağrısı		1	2	3	4	1	2	3	4	
	Baş dönmesi		1	2	3	4	1	2	3	4	
	Diğer.....		1	2	3	4	1	2	3	4	
Solumun sistemi	Öksürük		1	2	3	4	1	2	3	4	
	Nefes darlığı/Dispne		1	2	3	4	1	2	3	4	
	Sekresyon artışı		1	2	3	4	1	2	3	4	
	Yan ağrısı		1	2	3	4	1	2	3	4	
	Diğer.....		1	2	3	4	1	2	3	4	
Kardiyovasküler sistem	Kan basıncı düşüklüğü/yüksekliği		1	2	3	4	1	2	3	4	
	Kalp ritim sorunları		1	2	3	4	1	2	3	4	
	Çarpıntı		1	2	3	4	1	2	3	4	
	Göğüs ağrısı		1	2	3	4	1	2	3	4	
	Sırt veya omuz ağrısı		1	2	3	4	1	2	3	4	
	Diğer.....		1	2	3	4	1	2	3	4	
Üriner sistem	İdrar yapamama		1	2	3	4	1	2	3	4	
	İdrar tutamama		1	2	3	4	1	2	3	4	
	İdrar yaparken zorlanma		1	2	3	4	1	2	3	4	
	İdrar yaparken yanma		1	2	3	4	1	2	3	4	
	Diğer.....		1	2	3	4	1	2	3	4	
Gastrointestinal sistem	Yutmada güçlük		1	2	3	4	1	2	3	4	
	İştahsızlık		1	2	3	4	1	2	3	4	
	Bulantı		1	2	3	4	1	2	3	4	
	Kusma		1	2	3	4	1	2	3	4	
	Gaz çıkaramama		1	2	3	4	1	2	3	4	
	Kabızlık		1	2	3	4	1	2	3	4	
	İshal		1	2	3	4	1	2	3	4	
	Diğer.....		1	2	3	4	1	2	3	4	
Hareket sistemi	Fiziksel harekette zorlanma		1	2	3	4	1	2	3	4	
	Fiziksel harekette azalma		1	2	3	4	1	2	3	4	
	Yorgunluk		1	2	3	4	1	2	3	4	
	Diğer.....		1	2	3	4	1	2	3	4	
Uyku	Uyumada zorlanma		1	2	3	4	1	2	3	4	
	Uyuyamama		1	2	3	4	1	2	3	4	
	Dinlendirici olmayan uyku		1	2	3	4	1	2	3	4	
	Diğer.....		1	2	3	4	1	2	3	4	
Cilt	İnsizyon yerinde ağrı		1	2	3	4	1	2	3	4	
	İnsizyon yerinde kanama		1	2	3	4	1	2	3	4	
	İnsizyon yerinde kızarıklık		1	2	3	4	1	2	3	4	
	İnsizyon yerinde akıntı		1	2	3	4	1	2	3	4	
	Bacaktaki insizyon yerinde ağrı		1	2	3	4	1	2	3	4	
	Diğer.....		1	2	3	4	1	2	3	4	

EK.3 Koroner Arter Bypass Ameliyatı Geçiren Hastaların Bilgi Gereksinimlerini Değerlendirme Formu

Taburcu olmadan önce aşağıda sıralanan konularda bilgilendirilmeniz sizin için ne kadar önemli?

	Önemlilik Düzeyi				
	Önemli değil	Biraz önemli	Orta düzeyde önemli	Oldukça fazla önemli	Çok önemli
1. Ameliyat (göğüs) bölgesinin bakımı					
2. Bacaktaki insizyon yerinin bakımı					
3. Göğüs ağrısı geliştiğinde veya insizyon yerlerinde ağrı olduğunda yapılması gerekenler					
4. Ameliyat sonrası ilk üç haftaya ilişkin fiziksel aktivite ve egzersizler					
5. Ameliyat sonrası solunum egzersizleri					
6. Ameliyat sonrası beslenme					
7. Ameliyat sonrası kilo takibi, aldığı çıkardığı takibi					
8. Ödem kontrolü ve ödemin önlenmesi					
9. Ameliyat sonrası tuz ve sıvı tüketimi					
10. Ameliyat sonrası ilaç kullanımı					
11. Ameliyat sonrası kullanılan ilaçların yan etkileri ve yan etki kontrolü					
12. Ameliyat sonrası konstipasyonu önleme					
13. Ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonlar ve komplikasyonların kontrolü					
14. Ameliyat sonrası yorgunluk ile başetme					
15. Ameliyat sonrası uyku düzeninin sağlanması					
16. Ameliyat sonrası çalışma yaşamı					
17. Ameliyat sonrası dönemde cinsel yaşam					
18. Ameliyat sonrası stres ile baş etme teknikleri					
19. Ameliyat sonrası sağlık kontrolleri ve sıklığı					
20. Bulantı ve kusma geliştiğinde yapılması gerekenler					
21. Acil durumların önemi ve yapılması gerekenler					



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAYI : B.30.2.HAL.0.42.00.00- 151

KONU:

22.08/2010

ALMAN HASTANESİ
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ DİREKTÖRLÜĞÜ' NE

Halic Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Özge ÇİFTÇİ'nin Prof.Dr.Zehra DURNA danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı *“Koroner Arter Bypass Ameliyatı Geçiren Hastaların Semptom Deneyimi Ve Eğitimin Önemine İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi”* konulu araştırmasının anketlerini hastanenizde uygulayabilmesi için gerekli iznin verilmesini saygılarımla arz ederim.

Yard.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

Ek(1):Anket Formu



11.ÖZGEÇMİŞ

Adı : Özge
Soyadı : Çiftçi
Doğum Tarihi : 20.05.1987
Medeni Hali : Bekar
Yabancı Dil : İngilizce
E-posta Adresi : ozge_cftc@hotmail.com
Tel : 05358885756

Eğitim ve Akademik Durumu

Orta Öğretim ve Lise : Hamdi Akverdi İlköğretim Okulu (1998-2001) Yahya Kemal Beyatlı Lisesi (2001-2004)

Yüksek Öğretim : Haliç Üniversitesi (2005-2009)

İş Tecrübesi

Çalıştığım Kurumlar : Alman Hastanesi / Ameliyathane (04.2010-09.2011)