

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

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

**AÇIK KALP AMELİYATI SONRASI HEMŞİRELER
TARAFINDAN VERİLEN TABURCULUK EĞİTİMİNİN
HASTALAR TARAFINDAN KULLANILMA ORANLARI**

(Yüksek Lisans Tezi)

Hacer ÖZCAN

EDİRNE – 2008

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

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

**AÇIK KALP AMELİYATI SONRASI HEMŞİRELER
TARAFINDAN VERİLEN TABURCULUK EĞİTİMİNİN
HASTALAR TARAFINDAN KULLANILMA ORANLARI**

(Yüksek Lisans Tezi)

Hacer ÖZCAN

Destekleyen Kurum :

Tez No :

EDİRNE – 2008

TEŞEKKÜR

Araştırmanın yürütülmesinde ve yüksek lisans eğitimim boyunca yardım ve desteğini esirgemeyen, hocam ve tez danışmanım

Yrd. Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FİNDİK'a,

Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksekokulu Müdürü

Prof. Dr. Mutasım SÜNGÜ'N'e ve Öğretim Elemanlarına,

Klinik değerlendirmedeki yardımlarından dolayı Doç. Dr. Turan EGE'ye

Yüksek lisans eğitimim boyunca destek ve yardımları için çalışma

arkadaşlarım Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama

Merkezi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne, Kalp Damar Cerrahisi

Kliniği Hekim ve Hemşirelerine

Verilerin analizinde yardımlarından dolayı

Yrd. Doç. Dr. Necdet Süt'e

En içten duygularıyla teşekkür ederim.

Hacer ÖZCAN

EDİRNE 2008

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER

Kalp Cerrahisi 4

Kalbin Cerrahi Girişim Gerektiren Hastalıkları 5

Kalbe İlişkin Cerrahi Girişimler 7

Kalp Cerrahisi Sonrası Hasta Bakımı 9

Hasta Eğitimi 11

Taburculuk Eğitimi 12

Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Taburculuk Eğitimi 15

GEREÇ VE YÖNTEMLER	26
BULGULAR	29
TARTIŞMA	46
SONUÇ VE ÖNERİLER	55
TÜRKÇE ÖZET	57
İNGİLİZCE ÖZET	58
KAYNAKLAR	59
TABLolar DİZİNİ	65
ÖZGEÇMİŞ	66
EKLER	67

KISALTMALAR

Ark.:	Arkadaşları
ASD:	Atrial Septal Defekt
ECC:	Ekstra Corporeal Circulation
ES :	Emekli Sandığı
IMA:	İnternal Mamarian Arter
JCAHO:	The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu)
KABG:	Koroner Arter Bypass Greft
KAH:	Koroner Arter Hastalığı
KKH:	Kronik Kalp Hastalıkları
SD :	Standart Sapma
SSK:	Sosyal Sigortalar Kurumu
TEKHARF:	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları Risk Faktörleri
YK:	Yeşil Kart

GİRİŞ VE AMAÇ

GİRİŞ

Kalp ve damar hastalıkları; ortalama yaşam süresinin ve kalitesinin artmasına, korunma ve önleme çalışmalarına, tıbbi-cerrahi tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere rağmen her yıl ülkemizde ve dünyada yaşamı tehdit eden önemli hastalıklar arasında birinci sıradaki yerini korumaktadır. Tedavi olanaklarının artması ve hastalıklara bağlı ölümlerdeki göreceli azalma, doğuştan beklenen yaşam süresinin uzamasına, nüfusun yaşlanmasına; kronik ve dejeneratif hastalıkların artmasına yol açmaktadır. Sağlık Bakanlığının 1996 yılında yapmış olduğu nüfus projeksiyonlarında ülkemizde 65 yaş ve üstü nüfusun; 1990 yılında toplam nüfusun %4.3'ünü, 2000 yılında toplam nüfusun %5.6'sını, 2010 yılında toplam nüfusun %6.7'sini oluşturacağı tahmin edilmektedir (1-6).

Türk Kardiyoloji Derneğinin yaptığı TEKHARF (Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları Risk Faktörleri) çalışmasıyla sağlanan verilere göre, Türkiye'de her yıl 330 bin kişide yeni olarak koroner kalp hastalığı (KKH) gelişmektedir. Türkiye'de 1000 erişkin erkeğin 39'u, 1000 erişkin kadından 33'ü kalp hastasıdır (7,8). 2000 Türkiye istatistik yılı verilerine göre Türkiye koroner mortalite bakımından Avrupa'da yer alan 50 ülke arasında en önde gelen 5 popülasyondan biridir (8-10).

Günümüzde, kalp hastalıklarının cerrahi tedavisinde en çok kullanılan yöntem açık kalp cerrahisidir. Açık kalp ameliyatı; Kalp hastalıklarının cerrahi tedavisinde kullanılan açık kalp ameliyatı koroner arter hastalıkları, kalp kapağı hastalıkları konjenital lezyonların tamiri, kalp transplantasyonu için uygulanan temel bir tedavi şeklidir (6,9,11-14).

Cerrahi girişim hastayı fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden etkileyen ve kişinin hayatındaki en önemli deneyimlerden biridir. Ameliyat olan hastaların yeni yaşam biçimine uyum sağlaması vücut imajındaki değişikliği kabullenmesi ve sonraki yaşamını olabildiğince bağımsız sürdürebilmesi gerekli bilgi ve beceriyi öğrenmesiyle mümkündür (15,16).

Açık kalp cerrahisi uygulanacak hastaların cerrahi girişim öncesi, sırası ve sonrası hemşirelik bakımı; preoperatif, yoğun bakım ve postoperatif dönem bakım ünitelerinde gerçekleşmektedir. Açık kalp cerrahisi perioperatif bakım kapsamında; hastanın öyküsünün alınması, fiziksel, psikolojik durumunun değerlendirilmesi, hastanın ameliyat öncesi hazırlanması ve eğitiminin yapılması, yoğun bakımda izlenmesi değerlendirilmesi, postoperatif dönem bakım uygulamalarının yerine getirilmesi ve taburculuk eğitimi konularını kapsamaktadır (11,15,16).

Normal koşullarda açık kalp ameliyatı olan hastalar yaklaşık bir hafta sonra evlerine dönebilmekte ve en geç iki ayın sonunda tüm günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmektedir (9).

Açık kalp ameliyatının tedavi edici ve olumlu etkilerinin yanı sıra, ameliyat sonrası dönemde hastalarda fiziksel, emosyonel ve sosyal bazı değişiklikler görülmektedir. Bunun için hastanın taburcu olduktan sonra ameliyatın getirdiği yeni düzenlemeler ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki dengeyi kurabilmesi gerekmektedir. Açık kalp ameliyatı olan hastalarda, sıklıkla anksiyete, depresyon, cinsel işlev bozukluğu, ev ve iş yaşamında rol ve statü kaybı gibi sorunların görüldüğü literatürde ifade edilmektedir (9,11).

Kalp cerrahisinde başarı oranının ve hastanın yaşam kalitesinin artmasını ameliyat sonrası verilen bakım da etkilemektedir. Hemşirenin sorumluluğunda olan ameliyat sonrası bakımın kalitesi ve hastanın taburcu olduktan sonraki kendi kendine bakımın yeterliliği ameliyatın başarısına yansiyacak ve komplikasyonları önlemede önemli rol oynayacaktır. Açık kalp ameliyatından sonraki iyileşme döneminde hastanede verilen bakım, eğitim ve danışmanlık kadar hastanın iyileşme süresince evde kendisi için uygulayacağı önlemler de önemlidir (9,11,17).

Bir ameliyatı takiben evde iyileşmeyi kolaylaştırmak için taburculuk bilgisi vermek en yaygın hemşirelik girişimlerinden birisidir. Bu aşamada hemşirenin rolü; hastanın hastaneye tekrar yatırılmasının önlenmesine, öz bakım gücünün artırılmasına, bağımsızlığını kazanmasına ve komplikasyonların önlenmesine yardımcı olabilecek bilgiyi aktarmaktır. Hemşire; hastanın gereksinimi olan taburculuk eğitimini vererek, hastanın ve ailesinin ihtiyaç

duyduğu danışmanlığı yaparak, fiziksel ve sosyal faaliyetlerde bulunabilme yeteneklerini artırarak, bireylerin yaşam biçimindeki değişikliklere ve hastalığa uyumlarında uygun baş etme yöntemi geliştirmelerini sağlayarak, kaliteli bir yaşam düzeyine ulaşmalarına yardımcı olmalıdır. Yapılan çalışmalarda taburculuk eğitimi verilen hastaların; iyileşme sũrelerinin hızlandığı, öz bakım yeteneklerine paralel olarak zgũvenlerinin arttığı, hastaneye/polikliniğe tekrarlı başvuruların azaldığı, buna bağlı olarak da hasta bakım maliyetlerinin azaldığı ve bakım kalitesinin yükseldiği belirtilmektedir (2,15,18-23).

Genel olarak açık kalp ameliyatı olan hastaya verilecek taburculuk eğitiminde hastalarda görũlebilecek fiziksel ve psikolojik değişiklikler, hastanın yapması ve yapmaması gerekenler, acil olarak doktora bildirmesi gereken durumlar anlatılmalıdır (10,24,25). Ayrıca taburculuk eğitiminde hareket etme, beslenme, boşaltım, solunum, cinsel işlev, uyku ve dinlenme gibi fiziksel aktiviteleri yerine getirmede değişiklikler, düzenli bir egzersiz programını sürdürme, planlı ve uzun süre ilaç kullanma ve komplikasyon belirtilerini erken tanıyabilme gibi konular yer almalıdır (2,9,17).

Açık kalp ameliyatı olan hastanın bakımında hemşirenin önemli işlevlerinden biri de taburculuk eğitimi planlaması ve uygulamasıdır. Bu nedenle bu araştırmanın amacı; açık kalp ameliyatı yapılan hastalara hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitiminin hastalar tarafından kullanılma oranlarını belirlemektir.

GENEL BİLGİLER

KALP CERRAHİSİ

Kalp yaşamsal bir organ olması nedeniyle cerrahlar tarafından her zaman korkulan ve cerrahi açıdan uzak durulması gereken bir organ olarak algılanmıştır. Bu anlamda cerrahlar tarafından en son müdahale edilen organ kalp olmuştur. Kalp yaralarına dokunulmazlık ilkesi kalbe ilk süturu koyan Ludwig Rnen tarafından bozulmuş ve 1923 yılında Cuttler ve Levine'nin yaptığı mitral kapak tamiriyle kalbe ilk cerrahi girişim gerçekleşmiştir. Anestezi ve tanı yöntemlerindeki ilerlemeler 19. yüzyılın sonları ile 20 yüzyılın ilk yarısında bilim ve teknolojideki gelişmelerin sonucu olarak, kalp cerrahisinin hızla gelişmesinde büyük rol oynamıştır. (3,6,9,10,13,14,26,27).

Dünyada ilk kez 1952 yılında Minessato Üniversitesi'nde John Lewis sistemik hipotermi kullanılarak kalp ameliyatını gerçekleştirmiştir. Ekstrakorporeal sirkülasyon tekniğini kullanarak dünyada ilk başarılı kalp ameliyatını 1953 yılında John H Gibbon gerçekleştirmiştir. 1955 yılında Mayo Klinikten Kirklin, Gibbon adı verilen pompada bazı yenilemeler ve düzenlemeler yaparak 'Mayo Gibbon IBM' adı verilen Kalp Akciğer makinasını tamamlamış ve başarılı bir seri halinde açık kalp ameliyatı yapmıştır (3,6,10,13,26,27).

Türkiye'de ise kalp cerrahisinin ilk adımları 1953-1954 yıllarında kapalı mitral kommissürotomi ile başlamıştır. Ülkemizde ECC (ekstra corporeal circulation) kullanmak suretiyle ilk açık kalp ameliyatı 1960 yılında Dr Mehmet Tekdoğan tarafından Hacettepe Üniversitesinde yapılmıştır (9,10,17,26,27).

Kalp cerrahisi; kalp kapaklarına yönelik girişimleri, konjenital lezyonların tamirini, koroner damar greftlerini ve son yıllarda önem kazanan kalp transplantasyonunu içerir. Kalp cerrahisinin açık ve kapalı kalp ameliyatı olarak iki şekli vardır. Kapalı kalp ameliyatı ECC cihazı kullanılmadan, kalp ve akciğer çalışırken kalbe cerrahi girişimde bulunulmasıdır. Açık kalp ameliyatı ise, kalp ve akciğer fonksiyonlarının ameliyat süresince vücut dışında bir makine tarafından geçici olarak sağlanması sırasında yapılan ameliyattır. Açık kalp ameliyatında geçici olarak kardiyak arrest oluşturulmakta, miyokard koruma uygulamaları ve kardiyopulmoner bypass teknikleri kullanılmaktadır (3,6,9,10,13,14).

KALBİN CERRAHİ GİRİŞİM GEREKTİREN HASTALIKLARI

Koroner Arter Hastalıkları (KAH)

Sağ ve sol koroner arterler miyokardın kanlanmasını sağlayan damarlardır. Kalbi besleyen koroner damarların daralması ya da tıkanması sonucu miyokardda iskemi ve nekroz oluşmasına koroner arter hastalığı (KAH) adı verilir. Koroner arter hastalıkları iskemik kalp hastalıkları olarak da bilinmektedir. Burada sözü edilen iskemi, koroner arterlerin daralmasına veya tıkanmasına bağlı olarak gelişen miyokard iskemisidir. Koroner damarlar kısmen tıkalı ise angina pectoris, tamamen tıkalı ise miyokard infarktüsü gelişmektedir (9,11).

Koroner arter hastalıklarının en sık rastlanan nedeni aterosklerozdur. Ateroskleroz; arterlerin intima tabakasının lipid, karbonhidrat, fibroz doku, bazı kan elemanları ve kalsiyum gibi maddelerin lokal olarak birikmesi sonucu media tabakasında da değişikliklere neden olan patolojik bir durumdur. Arteriyoskleroz ise arterlerin ateroskleroz nedeniyle elastikiyetini kaybedip sertleşmesi ve kalınlaşmasıdır (2,9,11).

Yapılan çalışmalarda bazı faktörlerin aterosklerozun gelişmesinde rol oynadığı belirlenmiştir. Bu faktörler yaş, cinsiyet, sigara kullanımı, hipertansiyon, diyabet ve serum kolesterolündeki yükselmedir. Diğer risk faktörleri ise obezite, egzersizlerin yer almadığı hareketsiz bir yaşam, iddialı ve hırslı kişilik özelliğine sahip olma ve dengesiz beslenmedir. Atherosklerotik hastalıklar ülkemizde ve gelişmiş ülkelerde birinci sıradaki ölüm nedeni olarak yer almaktadır. Koroner arter hastalığı olan hastaların yaklaşık %50-75'i kardiyak nedenle ölmektedir. Ciddi koroner arter hastalığı olan ve herhangi bir tedavi almayan hastaların %20'sinde ise ani ölüm gelişmektedir (2,9,11,28).

Koroner arterlerdeki atherosklerotik plaklar genellikle birden fazla koroner arteri etkilemektedir. Atheroskleroz, genellikle koroner arterlerin dallanmadan hemen önceki proksimal segmentlerini tutmaktadır. Epidemiyolojik ve deneysel araştırmalar sonucunda, üç koroner arteri tıkalı olan hastaların 5 yıllık yaşam süresinin %70, sol koroner arteri tıkalı olan hastaların 5 yıllık yaşam süresinin %40-60 olduğu ve bu hastaların 15 yıllık yaşam süresinin ise %15 kadar düştüğu bulunmuştur. Bu bilgiler dikkate alınarak koroner arter hastalıklarındaki cerrahi endikasyonlar şöyle sıralanmaktadır: kronik stabil ve unstabil anginası olan hastalar, sol koroner arteri tıkalı olan hastalar, kardiyojenik şokla gelen miyokard enfarktöslü hastalar ve tekrarlayan semptomlar nedeniyle gelen hastalardır (9).

Dünyada ve ölkemizde yapılan araştırmalarda, koroner arter hastalarına bağlı semptomların iyileşmesinde, cerrahi tedavinin ilaç tedavisine oranla daha başarılı olduğu görölmektedir. Duitz ve ark. (9) yaptığı bir çalışmada koroner arter bypass ameliyatından sonra hastaların %70-90'ında göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı gibi semptomların azaldığı ve egzersiz performansının ameliyat öncesine göre %20-50 oranında arttığı saptanmıştır (9).

Kalp Kapağı Hastalıkları

Kalp kapağı hastalıkları, stenoz ya da regürjitasyon şeklinde ortaya çıkmaktadır. Darlık olması durumunda kanın ileriye doğru akışı engellenir. Yetmezlik oluşması durumunda ise kapağın tam kapanmaması nedeniyle kan normal yolun aksine geriye doğru kaçar. Aynı kapakta hem darlık hem yetmezlik oluşmuşsa miks lezyondan söz edilmektedir (9,11,17).

Kalp kapağı hastalıklarına neden olan faktörler; A grubu beta-hemolitik streptokokların oluşturduğu ateşli romatizma, kapağın efektif endokartide bağlı olarak bozulması, koroner atheroskleroz nedeniyle papiller kas fonksiyonlarının kaybı ya da rüptürü, konjenital malformasyonlar, yaşlanmaya bağlı kapakta kalsifikasyon, skleroz ve deformitenin artmasıdır.

En sık görölen kapak hastalıkları, mitral ve aortik kapak darlığı ya da yetmezlikleridir. Bunların dışındaki triküsbit ve pulmoner kapaklarda daha az görölmektedir (9,17).

Kalp Tümörleri

Kalp tümörleri primer ve sekonder olarak görölmektedir. Primer ve sekonder kalp tümörlerinin benign ve malign olanları vardır. Primer kalp tümörleri daha az görölürken

(%02-03), metastatik kalp tümörleri primer olanlarından 40 kat daha fazla görülmektedir. Kalbin bening tümörlerinden bazıları; miksoma, fibroma, lenfanjiyoma ve rhabdomyomadır. Maling tümörlerden bazıları ise, anjiosarkoma, rhabdomyosarkomadır (9).

Kalp Travmaları

Kalp yaralanmaları künt ya da penetran travmalara bağlı olarak meydana gelir. Künt göğüs travmaları sonucunda kalbin yaralanma oranı %10-15'tir. Bu acil bir durumdur ve cerrahi olarak tamiri yapılır. Penetran kalp yaralanmalarından hemen sonra genellikle ani ölüm görülmektedir. Hastaların ancak %15-20'si hastaneye ulaşabilir. Hastaneye gelebilen hastalar acil olarak ameliyata alınarak kalp duvarı yırtıkları tamir edilmektedir (9).

KALBE İLİŞKİN CERRAHİ GİRİŞİMLER

Koroner arter bypass grefti (KABG)

Koroner arter bypass grefti (KABG), tıkalı olan koroner arterin etrafından greft ile dolaştırılarak miyokarda kan akımının eski haline getirilmesi işlemidir. KABG'de, tıkalı olan koroner arterler üzerine, vücudun diğer bölümlerinden çıkarılmış arter, ven ya da protez greft konur. Greftin bir ucu asendan aortaya, diğer ucu ise darlığın ilerisindeki distal kısma bağlanır ve böylece koroner arterlerdeki darlık, bypass ile aşılmış olur. Bu uygulama ile kan miyokarda gönderilerek, normal dolaşım sağlanır, kalbe düşen yük azalır, sonuçta hastanın anginal ağrıları hafifler ya da tamamen geçer (2,6,29,30).

KABG için genellikle hastanın safen veni kullanılır. Bu işlemde; safen ven kapaklarının kan akımını engellememesi için ters çevrilir, daha sonra venin bir ucu koroner arterin dallandığı üst noktada aortaya, diğer ucu koroner arterin tıkalı olan alt kısmına birleştirilir. Bu yöntemde safen veni çıkarabilmek için bacağına da cerrahi girişim uygulanmaktadır. KABG için diğer yöntem sağ /sol internal mamarian arter (IMA) kullanılarak yapılır. Bu işlemde IMA'nın bir ucu kesilerek koroner arterin tıkalı olduğu noktaya birleştirilir. Bu iki yöntem tek tek kullanılabildiği gibi ikisi bir arada da kullanılabilir. Daha nadir olarak da radial arter kullanılmaktadır (2,6,9,14,29,31).

Koroner arter bypass grefti, açık kalp ameliyatı tekniği ile kardiyopulmoner bypass, miyokardın korunması, greftin hazırlanması ve anastomoz işlemleri uygulanarak

yapılmaktadır. Koroner arter bypass greftinin en büyük avantajı, hastanın ameliyattan sonraki yaşam süresi ve ilaç tedavisine oranla daha uzundur (9,14,29,31).

KABG yaşamın uzatılması, angina pektorisin giderilmesi, hastanın yaşam kalitesinin artırılması amacıyla yapılır. Atherosklerozun ilerlemesini önlemek için atheroskleroza neden olan risk faktörlerini azaltmak ve yaşam şeklini değiştirmek önemlidir(9).

Kalp kapağı hastalıklarında cerrahi tedavi yöntemleri

Kalbin kapak hastalıklarında cerrahi tedavi; hastalığın durumuna ve derecesine göre kapağın değiştirilmesi (replasman) ya da tamiri şeklinde olabilir. Üç tip kapak tamiri vardır. Bunlar;

- **Annüloplasti:** Kapak yetmezliklerinde genişlemiş annülüsün ya da kapak halkasının cerrahi olarak tamiridir. Daha çok mitral yetmezlik ve triküsbit yetmezliklerinde uygulanan bir tedavi şeklidir.
- **Valvuloplasti:** Yırtılan kapak yapraklarının dikilerek tamir edilmesidir.
- **Kommissürotomi (Valvotomi):** Dar olan kapağın genişletilmesidir. Açık ve kapalı kommissürotomi yapılabilir. Açık kommissürotomide ECC kullanılır ve darlığın olduğu kısma bistürü ile insizyon yapılır. Kapalı kommissürotomide ise, ECC kullanılmadan torakotomi yapılır ve darlık işaret parmağı ile açılmaya çalışılır (9,11).

Kalp kapağı replasmanı

Kalp kapağı hastalıklarında, kapak tamirinin yeterli olmadığı durumlarda kapak replasmanı uygulanmaktadır. Replasman için mekanik ya da biyolojik kapaklar kullanılmaktadır. Biyolojik kapak olarak en fazla domuzdan alınan kalp kapağı (heterograft), daha az olarak ölüden alınan kapaklar (hemograft) kullanılmaktadır. Biyolojik kapaklar tromboemboli riski bakımından mekaniklere göre daha az risk taşımalarına rağmen daha az dayanıklıdır. Tromboemboli riskine karşı mekanik kapaklar hastanın ömür boyu antikoagülan almasını gerektirir. Bu süre biyolojik kapaklarda oniki aydır (9,11,17).

Kalp transplantasyonu

Diğer tedavi yöntemlerinden yararlanma şansı olmadığı belirlenen, altı ay yaşama olasılığı %10'nun altında olan hastaların kalplerini değiştirerek daha fonksiyonel bir yaşam sürmesini sağlamak amacıyla yapılmaktadır.

Cerrahi girişimler arasında hem fizyolojik hem de psikolojik sorunların en fazla görüldüğü gruplardan birisinin kalp cerrahisi olduğu bilinmektedir. Kalp cerrahisi, bireylerde hastalığından kurtulma umut ve beklentisi yanında psikolojik açıdan kendi bedenini, yaşamını destekleyemeyeceği endişesine, hastalık öncesi yaşamına dönemeyeceği ve ölüm korkusuna neden olan bir girişimdir. Birçok yazar, açık kalp ameliyatı olan hastalarda, sıklıkla anksiyete, depresyon, cinsel işlev bozukluğu, ev ve iş yaşamında rol ve statü kaybı gibi sorunların görülebildiğini ifade etmektedir (9,11).

KALP CERRAHİSİ SONRASI HASTA BAKIMI

Kardiovasküler cerrahide başarı için, iyi geçen bir operasyon kadar post operatif dönemde verilen hemşirelik bakımın kalitesi de önemlidir.

Postoperatif dönemde yoğun bakıma kabul edilecek olan hastanın adı-soyadı, tanısı, kan grubu, kilo, boy, sistemik hastalıkları, yaşı, cinsiyeti gibi bilgileri önceden alınmalıdır.

Hasta için yoğun bakımda kullanılacak olan ilaç ve malzemeler (monitörü, ventilatörü, acil arabası, aspirasyon sistemi vb) hasta gelmeden önce hazır hale getirilmelidir.

Operasyondan gelen hasta;

- Mekanik ventilatöre bağlanıp solunumu ve entübasyon tüpü değerlendirilmelidir.
- Hasta monitorize edilerek hemodinamik parametreleri monitörden izlenir hale getirilmelidir.
- Hasta ile beraber gelen inotropik ajanlar (dopamin, dobutamin) takılmalıdır.
- Hastanın mesane katateri kontrol edilerek seviye konulmalı ve aldığı çıkardığı takibi yapılmalıdır. İdrar çıkışında problem varsa (anüri, oligüri) nedene yönelik tedavi uygulanmalıdır.
- Hastanın drenlerine seviye konulmalı ve numaralandırılmalıdır. Gelen içerik ilk iki saat yarım saatte bir daha sonra saatlik olarak değerlendirilmelidir. Hastanın drenajının çok olması veya olmaması durumunda hemodinamik parametreler dikkatle izlenip hekime haber verilmelidir.

- Hastanın yoğun bakıma geldiği andan itibaren alınan vital bulguları hemşire izlem formuna kayıt edilmelidir.
- Hastanın uyanıklığı gözlenmelidir.
- Derin anestezi, hipoksi, postoperatif sendrom nedeni ile sık nörolojik değerlendirme yapılmalıdır.
- Yoğun bakımda hastanın hemodinamisi stabilize edildiğinde, oryante ve koopere olduğunda, spontan solunumu döndüğünde mekanik ventilatörden ayrılıp oksijen maskesi ile solunumu desteklenmeli ve solunum egzersizlerine başlanmalıdır.
- Ekstübasyonu sağlanan hastanın larenks ödemi için hastanın ağzına buz verilmeli ve 4 saat sonra da su vermeye başlanmalıdır.
- Extübasyonun ardından hastanın durumu stabil ise erken mobilizasyonu sağlanmalıdır.
- Hastanın drenajı kesildikten sonra drenleri çekilmelidir.
- Hastanın sıvı ve inotropik destekleri kesildikten, oral alıma geçtikten ve mobilizasyonu gerçekleştirildikten sonra hastanın kliniğe çıkması için girişimde bulunulmalıdır (3,11,31-34).

Açık kalp cerrahisi sonrası post operatif dönemdeki hemşirelik tanıları şunlardır:

- Azalan kan hacmine bağlı kardiak outputta azalma,
- Yaygın göğüs cerrahisi travmasına bağlı gaz değişiminde bozulma,
- Aşırı çevresel uyarı, uyku yoksunluğu, elektrolit dengesizliğine bağlı duygusal algılamada bozulma,
- Değişen kan volümüne bağlı sıvı volüm yetersizliği ve elektrolit dengesizliği riski,
- İnsizyon, invaziv monitorizasyon girişimleri, göğüs tüpü ve foley katetere bağlı olası enfeksiyon riski,
- Öz bakım aktiviteleri hakkında yetersiz bilgi,
- İnternal mammarian arter diseksiyonuna ve göğüs tüpünün neden olduğu plevral irritasyon ve cerrahi travmaya bağlı şiddetli ağrı,
- Azalan kardiyak output, kan akımı veya vazopresör ilaç tedavisine bağlı etkisiz renal doku perfüzyonu,
- İnfeksiyon ya da postperikardiotomi sendromu sonrası etkisiz ısı düzenlenmesi (31).

HASTA EĞİTİMİ

Hasta eğitimi; yakın zamana kadar hastanın tedavisinin doğru şekilde uygulanmasına odaklanmıştır. Günümüzde ise bireyin gereksinimlerini karşılayacak, sorunlarına çözüm üretecek bilgi, beceri, tutum ve davranışların kazanılması süreci olarak tanımlanabilir. Bireyin kendi sağlığı ile ilgili konularda bilgilenmesi; bireyin hastalığı ya da sorunlarıyla baş edebilmesi, tedavi ve uygulamalara yardımcı olabilmesi, gelişebilecek komplikasyonların en aza indirilmesi, bakım maliyetinin azaltılması ve hastanede kalış süresinin kısaltılması gibi pek çok konuda yarar sağlamaktadır (2,21,23,35,36).

Hasta eğitimi; hastanın doktoru, hemşiresi ve diyetisyeni tarafından verilmelidir. Ancak tedavi ve bakımı yürüten hemşire hasta ile doğrudan ve daha fazla zaman geçirip iletişim ve güven geliştirdiği için diğer sağlık elemanlarına göre hasta eğitiminde daha etkin rol oynar. Hasta eğitimi hemşirelik uygulamalarının en önemli girişimlerinden biridir. Devlet Hemşirelik Uygulaması Kanunu'nda hasta eğitimi her bir hemşirenin yasal sorumluluğundadır. Hemşire hem hasta eğitimi konusunda donanımlı, istekli ve rolünü benimsemiş olmalı ve hem de düzenli, sürekli ve planlı bakım verebileceği sayıda hastanın bakımını üstlenmiş olmalıdır (18,21,23,36-38).

JCAHO'nun (Sağlık Bakım Organizasyonu Birleşik Güven Komisyonu) standartları ile hasta eğitiminin standartları şu şekilde belirlenmiştir.

1. Hasta ve ailesine iyileşmenin sağlanması ve fonksiyonlarının düzenlenmesi için gerekli bilgi ve beceriyi sağlayacak bir eğitim planının oluşturulması,
2. Hastanın bakım verme sürecine katılımının sağlanması ve eğitim sürecine ailenin de dahil edilmesi,
3. Tanılama ile başlayan ve belirlenmiş bilgi gereksinimlerine yönelik tercihlerine uygun bir eğitim programının vurgulanması,
4. Hastanın güvenli ve etkili ilaç kullanımı ile ilgili eğitilmesi,
5. Hastanın kullandıkları araç gereç ve desteklerin güvenli ve etkili kullanımı ile ilgili eğitilmesi,
6. Hastaya besin-ilaç etkileşimleri, hastalığa uygun diyet önerilerinin açıklanması,
7. Hastaya sağlık kontrolleri ve ulaşabilecekleri toplumsal kaynaklar hakkında bilgi verilemesi esas alınmıştır (21,23,36,39).

Her hastanın öğrenme tarzı farklıdır. Hemşire hastaya eğitim verirken farklı eğitim yöntemlerini kullanabilir. Sıklıkla kullanılan öğretim yöntemleri/ teknikleri; düz anlatım, tartışma (bire-bir ve grup), soru- cevap, demonstrasyon, uygulama, rol oynama/ yapma, örnek olay/ vaka çalışması, kendi kendine/öz yönelmeli öğrenim sayılabilir. Belirli bir iki yöntemi kullanmak yerine konuya ve eğitim verdiği kişilere en uygun olanlarını hatta gerektiğinde birkaç yöntemi birlikte kullanmasında yarar vardır. Hemşire eğitim verirken eğitim verdiği kişinin öğrenme biçimini ve özelliklerini göz önünde bulundurmalıdır. Seçilen yöntem amaca uygun olmalıdır. Ayrıca verilecek eğitimde uygun araç gereç kullanılmalıdır (23,41).

Yazılı eğitim araçları hasta eğitiminde sıklıkla kullanılmaktadır. Yazılı gereçleri tek başına kullanmak yerine sözel ve yazılı gereçleri birlikte kullanmak daha yararlıdır. Basit çizimler ve şekiller konunun anlaşılmasına yardımcı olur. Modeller, maketler sözel ve yazılı gereçlere yardımcı olarak kullanılabilir (23).

Nancy Barrett ve ark. yaptığı bir araştırmada 15 hastanın tümü teşhislerini ve hastalık nedenlerini, 11 hastada hastalıklarının yaşamlarını nasıl etkilediğini bilmek istediklerini vurgulamışlardır. Bu ve benzer araştırma sonuçları hastaların; hastalık nedenleri, yaşamlarına etkileri, hastaneden çıktıktan sonraki yaşamın düzenlenmesi konusunda bilgi sahibi olmak istediklerini açıkça ortaya çıkarmaktadır (2).

TABURCULUK EĞİTİMİ

Hastanede kalış süresi, hasta ve hastalığa göre değişmekle birlikte genellikle hastalar kendi bakımlarını evlerinde sürdürebilecekleri duruma geldiklerinde, bir başka deyişle hastalıklarının nekahat evresinde taburcu edilirler. Sağlık bakım kaynaklarının pahalı ve sınırlı olmasının yanında cerrahi ve tıp alanındaki ilerlemeler hastanın hastanede kalış süresini kısaltmıştır. Özellikle teknolojik alandaki gelişmeler kalp cerrahisini izleyen dönemde hastanın erken taburcu olmasına yönelik girişimlerin kolaylaştırılmasını olanaklı kılmaktadır. Açık kalp cerrahisi sonrası da hastalar 4-7 gün içinde taburcu olmaktadır. Hastalar taburcu olduklarında karşılaşılabilecekleri sorunları bilmeden ya da çözümleyemedikleri çeşitli sorunlarla ve endişelerle kendi ortamlarına dönmektedirler. Bakımın evde devamı için gerekli bilgi ve beceriden yoksun taburculuk hasta ve ailesini fiziksel ve psikolojik yönden strese sokarak, iyileşme sürecini yavaşlatabilmektedir (15,18,24,42,43).

Taburculuk eğitimi; hasta ve ailesinin taburcu olduktan sonra gereksinimleri olabilecek bakım aktiviteleri ile ilgili sorumluluk almaya hazırlanmasıdır (18,19,21,23,42,44,45,46,47).

Taburculuk eğitiminin amacı;

- Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası evde bakım gereksinimlerini karşılamalarına yardımcı olmak,
- Gerekğinde sağlık ekibinden yardım almalarını kolaylaştırmak,
- İyileşme sürecini hızlandırmak,
- Normal yaşama en kısa sürede geçişi sağlamaktır. (42,44,48).

Taburculuk eğitiminin hedefleri;

- Birey ve ailesinin; tanı, kendilerinden beklenen fonksiyon düzeyi, taburculuk sonrası ilaçlar ve tedaviler, beklenen tıbbi izlem ve acil durumda yapılabileceklerini anlamalarını sağlama,
- Taburculuk sonrası uygun bakım adına hasta ve ailesine hastalığına özel bakımına ilişkin eğitim sağlama,
- Birey ve ailesine sağlık statüsündeki değişikliklerle baş edebilmelerinde yardım etmekte var olan toplum destek sistemlerini koordine etme,
- Gerekğinde başka bir alana ya da diğer bir sağlık bakım kuruluşuna naklini gerçekleştirme olarak sıralanabilir (19,44)

Taburculuk eğitimi verilen hastaların; iyileşme süreçlerinin hızlandığı, öz-bakım yeteneklerine paralel olarak öz güvenlerinin arttığı, hastaneye/polikliniğe tekrarlı başvuruların azaldığı buna bağlı olarak da hasta bakım maliyetinin azaldığı ve bakım kalitesinin yükseldiği belirtilmektedir . Ayrıca taburculuk planlamasının potansiyel diğer bir yararı, sağlık çalışanı ile hasta arasında devam eden bir ilişki oluşmasını desteklemektir. Bu ilişki hastanın bütün öyküsünün hemşire tarafından bilinmesini sağlar. Böylece hemşire bireyi tüm yönleriyle görebilecek ve bütüncül yaklaşımın gereklerini yerine getirecektir (15,18,19,42).

Sağlık eğitimi konusunda bilgi ve beceri sahibi hemşirelerin, eğitim ve bilgilendirme gibi hasta açısından oldukça önemli konularda, hasta ile her an beraberlikleri nedeniyle görevin büyük bir bölümünün sorumluluğunu devraldıkları görülmektedir. Yıldız ve ark. yaptıkları açık kalp ameliyatı olacak hastaların bilgi gereksinimine ilişkin çalışmalarında hastaların bilgi gereksinimlerinin kaynağı olarak hekimi gördükleri ancak iletişim kurmada genelde hemşireyi seçtikleri sonraki yaşamlarına ilişkin bilgi eksikliği olduğu, bunun pek

farkında olmadıkları ve hastaların bu konuda eğitim almalarının gerekliliğini ortaya çıkarmıştır.

Bir ameliyatı takiben evde iyileşmeyi kolaylaştırmak için taburculuk bilgisi vermek en yaygın hemşirelik girişimlerinden birisidir. Bu aşamada hemşirenin rolü, hastanın hastaneye tekrar yatırılmasının önlenmesine, öz bakım gücünün arttırılmasına, bağımsızlığını kazanmasına ve komplikasyonların önlenmesine yardımcı olabilecek bilgiyi aktarmaktır. Hemşire, hastanın gereksinimi olan taburculuk eğitimini vererek, hastanın ve ailesinin ihtiyaç duyduğu danışmanlığı yaparak, fiziksel ve sosyal faaliyetlerde bulunabilme yeteneklerini artırarak, bireylerin yaşam biçimindeki değişikliklere ve hastalığa uyumlarında uygun baş etme yöntemi kullanmalarını sağlayarak, kaliteli bir yaşam düzeyine ulaşmalarına yardımcı olmalıdır (2,19-23,32,49).

Taburculuk eğitimi; hastaların anksiyetesi yüksek olduğu için ameliyat öncesi verilen bilgiyi alamayacaklarından bilgi verme işlemi, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemlerde yavaş ve tekrarlanarak yapılmalıdır. Öğrenme aktivitelerine gerekirse ve uygunsa aileyi de aktif şekilde dahil etmek gerekir. Böylece hasta, hastaneden çıkarken öğrenmesi gereken konularda tam bilgi ve beceri sahibi olarak çıkar. Ancak bu şekilde hastalar, hastalığın getirdiği yetersizliklerle baş edebilir ve daha sonraki yaşamlarını komplikasyonsuz, üretken ve mutlu şekilde sürdürebilir (2,15,44,46,49,50).

Hasta eğitimi yapılırken; uygun ortam yaratılmalı. Hasta yargılayıcı ve eleştirici davranışlarla korkutulmamalı, bakış açısını anladığımızı belli eden sözlerle desteklenmelidir. Bireyin sadece hastalığı değil, sosyal psikolojik ve kültürel durumu ile özgeçmişini dikkate alınmalıdır. Tıbbi terim kullanmak gerektiğinde eş anlamlısı da verilmelidir (18).

Taburculuk planlaması; koordine edilmiş, disiplinlerarası yaklaşımı olan, mümkün olduğu kadar erken başlatılmış, hastanın sorunlarla baş etme ile ilgili becerilerini geliştiren ve hastayı, ailesini ve diğer bakım verenleri içine almış olmalıdır. Hastalara verilecek eğitim sözel olabileceği gibi taburculuğa bağlı anksiyetenin verilen bilgileri anlama ya da unutma olasılığını önlemek için kitapçık, broşür gibi yazılı eğitim materyali verilmesinin önemi bilinmektedir. Bu kitapçık, genel bilgiler yanı sıra her hastaya özel bilgileri de sunmalıdır. Kitapçığın kolay anlaşılması ve okunabilir olmasının sağlanmasında, karmaşık dil kullanımı veya tıbbi terimlerden ve şaşkıncı, ürkütücü ya da gereksiz klinik bilgi vermekten kaçınmanın önemi büyüktür (2,16,32,42,49,51).

Taburculuk öncesi hastanın alması gereken bilgiler;

- Yara bakımı,

- Ameliyat sonrası aktivite kısıtlamaları, (örn. Araba kullanma, ağır objeleri çekme ve koitus)
- Diyet ile ilgili bilgiler ve kısıtlamalar,
- Ameliyat sonrası ilaç kullanımı hakkında bilgi,
- Kişisel hijyen bakım bilgisi,
- Ameliyat/klinik ile ilgili izlem randevuları olarak sıralanabilir (23,50,52).

Karadağ ve Sabuncu'nun ameliyat olan hastaların taburcu olurken evde bakımla ilgili bilgi gereksinimlerini inceledikleri araştırmalarında hastaların beslenme/diyet hakkında, evde ilaç kullanımı, ameliyat sonrası komplikasyon ve bunları önleme yolları hakkında bilgi almak istedikleri belirlemişlerdir (15) .

Taburculuk eğitimi; akut bakım biriminden taburculuk sonrası ailenin; eğitim, danışmanlık ve hemşirelik bakımı gereksinimlerinin tanımlanmasını içerir. Taburculuğun planlanması sürecinde anahtar, hasta ve ailesi ile iletişimidir. Hemşirelerin iletişimi koordine ederek taburculuk planını evde bakıma köprü olması açısından sağlık bakım kayıtlarına kaydetmesi önemlidir (18,44,50).

AÇIK KALP CERRAHİSİ SONRASI TABURCULUK EĞİTİMİ

Açık kalp cerrahisi sonrası hastalar ortalama bir hafta içinde taburcu edilmektedirler. Ancak hasta ve ailesi transport ve eve dönüş konusunda anksiyete yaşamaktadırlar. Aile üyeleri sıklıkla gelişebilecek komplikasyonlar ve evde bakım konusundaki bilgi yetersizliğinden anksiyete yaşadıklarını ifade etmektedirler (31).

Hastanın özellikle evdeki ilk günlerinde çok yakından gözlenmesi, normal ve tehlikeli durumların birbirinden ayırt edilmesi, olabilecek tehlikelere karşı uyanık olunması önemlidir. Ameliyat sonrası ortalama 6 hafta süren bir iyileşme dönemi vardır. Unutulmaması gereken nokta kişisel farklılıklar nedeniyle her hastanın ameliyat sonrası döneminin birbirinden farklı olacaktır (24,25).

Konuya yönelik yapılan çalışmalarda ameliyattan sonraki üç ay ile bir yıl içinde hastalar yaygın olarak kas sertliği, göğüste ve bacakta ağrı, kilo kaybı, uyku bozuklukları, iştahsızlık, konstipasyon, banyo yapmada zorluk gibi fiziksel problemlerin yanı sıra mutsuzluk, stresörlerle baş edememe, huzursuzluk, panik atak yaşamaktadırlar. Ayrıca açık kalp ameliyatı geçiren hastaların yaşam biçiminde, sosyal faaliyetlerinde, fiziksel aktivitelerinde, iş

yaşamlarında değişmeler görülmekte evlilik-aile ilişkilerinde ve cinsel yaşamlarında problemler yaşanabilmektedir (2,9,51,53).

Hasta ve ailesini hastayı ilgilendiren tüm konularda, sorumlulukları çerçevesinde eğitmek hemşireliğin önemli görev ve sorumluluklarından (22,54).

Goodman açık kalp ameliyatı olan hastaları ameliyattan sonraki 6-8 hafta süreyle incelemiş, inceleme sonunda açık kalp ameliyatı olan hastaları ve evde bakımın sürdürülmesine yönelik bilgilendirilmeyen hastaların %78'inin hastaneden taburcu olduktan sonra evde ağrı, hareket kısıtlılığı ve solunum güçlüğü gibi fiziksel sorunlarla karşılaştıklarını belirlemişlerdir(9).

Öztekin, Aksoy ve arkadaşlarının yaptığı koroner arter by pass cerrahisinde eşlerin deneyimledikleri kaygıları ve istekleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada eşlerin ifade ettiği kaygı tipleri diyet ve egzersiz programı, ameliyatın oluşturduğu sınırlamalar, göğüs ve bacak ağrısı, insizyon yerinin görüntüsü, hastanın ameliyatı konusunda bilgilendirilmeme duygusu, hatanın KABG ile başa çıkmadaki yetenekleri konusunda şüphe duyma oluşturmaktadır (54).

Ancak genel olarak açık kalp ameliyatı olan hastaya verilecek taburculuk eğitiminde hastalarda görülebilecek fiziksel ve psikolojik değişiklikler, hastanın yapması ve yapmaması gerekenler, acil olarak doktora bildirmesi gereken durumlar anlatılmalıdır (24,25,31).

İlaç Kullanımı

İlaçların isimleri, etkileri ve yan etkilerinin bilinmesi son derece önemlidir. Hastaların öğrenmesini kolaylaştıracak sınıflandırma yapılmalıdır. Kapak replasmanı yapılan hastalar ameliyattan sonra sürekli antikoagulan tedavisi almaktadırlar. Bu hastalar antikoagulan ilaçların yan etkilerini ve önleyici girişimlerini bilmeleri gerekmektedir. Bu da hastaların kendilerini travmalardan korumalarını, ufak kesikler sonrasında kanama sürelerine dikkat etmelerini, dış tedavilerinde aldığı tedaviden doktorun haberdar edilmesini, hastanın üzerinde antikoagulan tedavi aldığı belirten kart ya da bilezik taşınmasını gerektirmektedir (17,55,56).

Hastaların ilaçlarını uygun zaman dilimleri içinde ve doğru zamanda ve doğru dozda almaları, olabilecek yan etkilerini bilmeleri, uygun şartlarda saklamaları, ilaçları bitmeden yenisini temin etmeleri, ilaçlarını aksatmamaları, tedavinin sürekliliği ve dolayısıyla beklenen etkinin alınmasında etkin olacaktır (24,25,30,55,57-60).

Ağrının Kontrolü

Açık kalp ameliyatı sonrası omuz, sırt ve göğüs bölgelerinde sık görülen ağrıların tamamen kaybolması birkaç ay sürebilir. Hastaların taburcu olduktan sonraki dönemde ağrıları azalsa da ameliyat kesisinin bulunması, hastanın günlük aktiviteleri sırasında insizyon bölgesinin gerilmesi, derin solunum ve öksürme egzersizleri sırasında ameliyat bölgesine olan basınç, hastanın insizyon bölgesini zorlayacak pozisyonlarda bulunması ve insizyon bölgesinin travmaya maruz kalması gibi sebeplerden dolayı hastalar ağrı problemi ile karşılaşabilmektedirler (17,59,60).

Hastaların ağrı problemini daha az yaşamaları için insizyon bölgesinin her türlü zorlanma ve travmadan korunması son derece önemlidir. Hastalar derin solunum ve öksürme egzersizleri sırasında ağrı duyuyorlarsa ve bu ağrı kendilerini rahatsız ediyor ve solunum egzersizi yapmalarını engelliyorsa ağrı kesici ilaç aldıktan sonra egzersiz yapmalarının, derin solunum ve öksürme egzersizleri sırasında insizyon bölgesinin küçük bir yastık vb. ile desteklenmesinin ağrı üzerine yararı olacaktır. Hastaların kullanacağı ilaçların doktorun önerdiği ilaç olması önemlidir. Ayrıca ağrıyı dindirmeye yönelik yürüyüş, tv izleme, hoşlanılan uğraşlarla zaman geçirme gibi, dikkati başka yöne çeken ilaç dışı uygulamalar da kullanılabilir (24,17,53,59,61).

Yaraların Bakımı

Ameliyat sonrası dönemde insizyon yerinde gerginlik, ağrı ya da hissizlik olabilir. İnsizyon bölgesi çevresindeki cilt hafif kırmızı ya da nekroze görülebilir. Bu tür etkiler zamanla düzelecektir (59).

İnsizyon bölgesi herhangi bir kızarıklık , açılma, akıntı, kötü koku, şişlik ve ateş gibi enfeksiyon belirti ve bulguları yönünden günlük olarak kontrol edilmelidir. Bunlardan herhangi birinin varlığı doktorun haberdar edilmesini gerektirir.

Yara iyileşmesini hastanın yaşı, sigara içmesi, obesite, diabet, anemi, stres, uzun süre ameliyatta kalma, cerrahi teknik, oksijen basıncı, kan akımı ve drenler gibi pek çok faktör etkilemektedir. Ancak ameliyat bölgesinin iyileşmesi ortalama olarak 6-8 haftada olmaktadır. Bu süre içinde zorlayıcı hareketlerden kaçınılması, araba kullanılmaması, ağır eşya kaldırma, itme çekme gibi hareketlerden kaçınılması gerekmektedir. Ayrıca göğüs bölgesine gelebilecek herhangi bir kuvvetli darbeden korunması da son derece önemlidir. Hastaların pamuklu ve

kuru giysiler giymesi insizyon bölgesinden olabilecek sızıntıları emmesi açısından önemlidir. (2,17,32,51,53,55,59,62).

İstenmeyen Belirtilerin Önlenmesi

• Ödem

Özellikle hastanın damar alınan kolunda ya da bacağına şişlikler olacaktır ve bu durum birkaç ay sürebilir. Ödemi önlemek için uzun süreli oturma ve yatma durumunda kol ya da bacak kalp seviyesinden yukarıda olacak şekilde yükseltilmeli ve uzun süre hareketsiz kalmamalıdır (43,51).

İyileşme döneminde ödemi engellemek için varis çorabı, önerilen süre ve şekilde kullanılmalıdır (24,43,60).

Varis çorabı genellikle ameliyattan sonraki ilk 6 ay boyunca giyilir. Eğer ayaktaki şişlik bu süreden sonrada devam ediyorsa varis çorabını devamlı giymesi önerilir. Varis çorapları sabahları yataktan kalkmadan önce, ayaklar bir süre elevasyona alındıktan sonra bacağın yukarısına doğru sıvazlayarak giyilmelidir. Varis çorabı gün boyunca, ayakta kalındığı sürece devamlı giyilmelidir. Varis çorabını gün içinde çıkarıp tekrar giyilmesi gerekirse yatarak ayaklar 20 dakika süreyle yüksekte bekletilip daha sonra varis çorabı giyilmelidir. Akşamları yatarken varis çorabı çıkartılmalı ve yıkanmalıdır. Ameliyattan sonraki ilk 1 aylık dönemde göğüs kemiğinin korunması amacıyla varis çorabını bir başkasının giydirmesi önerilmelidir (2,43,51,55,59,62,63).

• Enfeksiyon

Hastaya insizyon yerlerini günde iki kez gözlemesi ve enfeksiyon belirtileri olabilecek;

- Yara yerinin kırmızılığında ve ısısında artış
- Şişme, hassasiyet,
- Akıntı,
- Beden ısısının 38 °C'den fazla olması halinde hastaneye başvurması söylenir

(43,55,57,58,59,61).

Beslenme

İştahsızlık tamamen geçici bir durum olup hastanın iştahının tam olarak geri dönmesi birkaç hafta alabilir (60,62).

Açık kalp cerrahisi sonrası hastalara kolesterol ve sodyumdan düşük diyet önerilir. Kolesterol, doymuş yağlar ve şekerden zengin bir diyetin majör bir koroner risk faktörü olduğu bilinmektedir. Bu tür diyetin kanda kolesterol ve lipid seviyelerini arttırdığı bilinmektedir. KAH'ın gelişmesi yönünden serum kolesterol düzeyi 300mg/100ml'den düşük olan birey, 200mg/100ml'den düşük olan bireye göre üç kat daha fazla risk taşır (D,ii).

Fazla kilo hem yüksek tansiyona hem de kolesterol artışına eğilim yaratarak, kalbin yorulmasına neden olacağı için, sağlıklı bir diyet uygulayarak ideal kiloyu korumanın önemi anlatılmalıdır. Hastanın günlük enerji gereksinimi hesaplandıktan sonra her hastaya uygulanacak günlük diyet enerjinin %50-55' karbonhidratlardan, %30-35'i yağlardan, %10-15'i proteinden sağlanacak şekilde ayarlanmalıdır (2,30).

Beslenmede hastalara kalorisi fazla olan; tereyağ, iç yağ, kuyruk yağı, yağlı peynirler, krema, kaymak, sakatat, pastırma, sucuk, salam, sosis, kremalı tatlılar, yağlı unlu gıdalar, kızartmalar, kabuklu deniz ürünlerinden kaçınmaları, yağsız yada yağ oranı düşük besinler, meyve, sebze bol tüketmeleri, fındık, tavuk, balık diyetinde bulundurulmalıdır (24,25,55-57,64).

Protein gereksinimini bezelye, nohut, kuru fasulye, mercimek gibi kuru baklagillerden, tahıllardan ve et ile karşılanmalıdır. Damar sertliği oluşumunda karbonhidratlar da rol oynamaktadır. Bu nedenle şeker ve şeker ilave edilmiş gıdalar tüketilmesinde dikkatli olunmalıdır. Lifli gıdalar özellikle yüksek kolesterolü kişilerde önerilmektedir. Yulaf ürünleri, tam pirinç (kepekli), kuru baklagiller, tam ekmekek, sebzeler, meyveler liflerden zengin gıdalardır (2,59,62).

Boşaltım

Hastaların ameliyattan önce aç kalmaları, ameliyattan sonra birkaç gün normal beslenememeleri, hareketsizlik ve kullanılan ilaçlara bağlı olarak kabızlık olabilir. Ayrıca konstipasyon için kullanılan ilaçlara ya da alınan gıdalara bağlı olarak diare gelişebilmektedir (2,59).

Hastaya; daha çok sebze, meyve ve posalı yiyecekler ve bol sıvı tüketmesi önerilir. Kullanılan ağrı kesiciler kabızlığa neden olabileceği için uygun beslenme ve düzenli egzersizlerle kabızlık önlenmeye çalışılmalıdır. İshal geliştiği zaman da bol sıvı almaları, muz, şeftali, havuç, patates haşlaması, nişastalı muhallebiler, pirinç lapası alması önerilebilir (2,24,59,60).

Egzersizler

Egzersizler ameliyat sonrası hastalarda psikolojik ve sosyal fonksiyonları arttırdığı ve göğüs ağrısı belirtilerini azalttığı için önemlidir. Egzersiz yapmanın amaçları, egzersiz yapabilme kapasitesini arttırmak, kas güçsüzlüğünü ve kanın pıhtılaşmasını önlemektir (59,60).

Son yıllarda, koroner bypass cerrahisinde, egzersiz eğitiminin kişinin emosyonel durumu üzerinde yaptığı etkiler konusunda, pek çok araştırma yapılmıştır. Egzersizin ruhsal durumu geliştirdiği anksiyete ve depresyonu azalttığı çalışmalarca da kanıtlanmıştır. Hellerstein'inin KAH'ı üzerinde yaptığı bir çalışmada egzersiz eğitiminden sonra, depresyon skorlarının düştüğünü göstermiştir (65).

Egzersiz programı belirlenirken, hastanın egzersiz sırasında yorgunluk durumu ve kalp atışları değerlendirilmeli, hasta tolere edebileceği egzersizleri belirli aralıklarla dinlenerek yapmaya özendirilmelidir. (24,51,56,57).

Yürüyüş tüm vücut ve kalp kasında dolaşımı arttıracığından, önerilebilecek en iyi egzersizdir. Ancak yürüyüş mesafesi her gün yavaş yavaş arttırılarak haftada 500 metre, 2 ay sonunda da 4-5 km' ye çıkarılabilir (30,56,59).

Egzersiz kişinin kendini iyi hissettiği zamanlarda, açken veya yemekten iki saat sonra, yeterli sıvı alınarak, çok sıcak, nemli ve aşırı güneşli olmayan ortamda, rahat elbise ve ayakkabı ile yapılmalı, yavaş başlamalı ve yavaş sonlandırılmalıdır. Kişi egzersiz öncesi sırası ve sonrası nabzını kontrol etmelidir (30,62,66,67).

Herhangi bir aktivite sırasında, solunum yetersizliği, yorgunluk, baş ağrısı, baş dönmesi, göğüste ağrı ya da baskı hissi, çarpıntı yaygın terleme, yapılan egzersizin tolere edilemediğinin göstergeleridir. Bu belirtiler ortaya çıktığında hasta dinlenmelidir. Eğer dinlenmekle geçmiyorsa hekime başvurmalıdır (24,30,55,61,66).

Dinlenme

Hızlı bir iyileşme için egzersiz kadar dinlenmekte gereklidir. Yemeklerden sonra 20-30dk oturup dinlenilmelidir Hasta egzersiz ve dinlenme arasındaki dengeyi sürdürmeyi öğrenmelidir (24,57).

- **Oturma ve yatma pozisyonu:**

İki ay boyunca yaklaşık 5 kg'dan ağır yük kaldırmamalı ve itme ve çekme hareketlerini yapmamalıdır. Hasta oturup kalkarken ağırlığını kollarına vermemeli, kollarını yalnızca dengeyi sağlamak için kullanmalıdır (24,55,59).

- **Uyku:**

Uyku, bireyin yaşam bütünlüğünü devam ettirebilmesi için gerekli enerjiyi sağlama sürecidir. Uykusuzluk ve uyku düzensizliği; öğrenme güçlüğü, depresyon, kas ağrıları, yorgunluk ve halisünasyona yol açabilir. Kalp cerrahisi sonrası uyku problemleri; uykuya dalmakta zorluk, uyku bölünmeleri, uyandıktan sonra bir daha uykuya dalamamak sıkça görülen durumlardır. Bazen panikle uyanmak olabilir, bütün bunlar zamanla azalmakla birlikte altı aya kadar geçer (2,24,60).

Uyku sorunlarının en önemli nedeni ağrı olduğundan öncelikle hastaların ağrısı giderilmeye çalışılmalı, daha sonra ihtiyaç duyulursa ilaç tedavisine geçilmelidir. Hastalara taburcu olurken ağrıları için ağrı kesici kullanabilecekleri ve ilaç dozları söylenmelidir. Uygun olduğu ölçüde pozisyon değişikliği önerilebilir. Ayrıca hastalara her gece belirli saatlerde yatmaları ve günde 8-10 saat uyumaları gerektiği de söylenmelidir (2,57,60).

Hijyenik Bakım

Açık kalp ameliyatından sonra hastalar genellikle yara yerinin enfekte olabileceği ya da banyo yaparken düşecekleri endişesiyle birkaç hafta banyo yapmaktan kaçınmaktadır. Ameliyat kesi yerinde, problem yoksa ilk günler silme şeklinde, bir hafta sonra da birisinin yardımıyla banyo yapabileceği hastalara söylenmelidir (2,59).

Hastalara baş dönmesi ve bitkinliğe neden olacağından banyoda sıcak su kullanmaması, insizyon bölgesini parfümsüz bir sabun ve su ile ovmadan yumuşak hareketlerle günlük olarak yıkayabileceği söylenmelidir (2,43,60,61).

Hekim tarafından önerilmemişse insizyon bölgesine krem ya da pomad kullanılmamalıdır (2,43).

Alışkanlıklar

- **Alkol:**

Bazı araştırmacılar az miktarda alkol tüketilmesinin kalbi koruyucu etkisi olabileceği görüşünü desteklemektedirler. Miyokard iskemisi konusundaki yapılan yeni bir çalışmada;

akut koroner olaylardan sonraki sonuçların, içki içenlerde içmeyenlere kıyasla daha iyi olduğu gösterilmiştir. Alkol, damarlarda oluşan aterom plakları üzerindeki kalsiyum ya da damar duvarındaki birikintilerin çözülmesini sağlayan High Density Lipoprotein kolesterolün normal düzeylerde (%35-70mg) kalmasına yardımcı olur. Buna karşın aşırı alkol tüketilmesi, çeşitli kardiovasküler sorunlara neden olabilmektedir. Bu nedenle alkolün kalp için yararlı mı yoksa zararlı mı olduğu konusunda sağlık ekibi elemanları, hastalarına tavsiyede bulunacakları zaman çelişkide kalabilmektedirler. Hastanın alkol alışkanlığı var ise bırakması en doğru olanıdır. Alkol ilaçlarla birlikte alındığında istenmeyen yan etkilere neden olabileceğini unutulmamalıdır. Fazla miktarda tüketilecek alkol, kalpte yorulma ve deformite meydana getirir. Kilo artışı ve karaciğer bozukluğu da fazla alkol tüketilmesi ile ortaya çıkan istenmeyen etkilerdir (2,59,62,68).

- **Sigara:**

Dünyada yapılan tüm araştırmalara göre, sigaranın diğer organlarda olduğu gibi kalp ve damar sistemi üzerine zararlı etkileri bulunduğu saptanmıştır. Sigara içme ateroskleroz için kesin risk faktörüdür. Sigara içenlerde aterojen faktörün, karbonmonoksit ve nikotin olduğu bildirilmiştir. Nikotin sigara içilir içilmez hemen plazmada norepinefrin ve epinefrin gibi katokalomünlerin miktarını arttırmakta, aynı zamanda kalp hızı ve kan basıncını da yükselterek kalbin oksijen ihtiyacını arttırmaktadır (59,65).

Sigara içen kişilerin içmeyenlere göre kalp krizi geçirme riski 2 kat daha fazladır. Sigara içiciliği ani kalp ölümleri için en önemli risk faktörüdür. Aynı zamanda sigara kalp ameliyatı geçiren bireylerde sağlıklı insanlara göre çok daha zararlıdır (2).

Pasif içicilik, kişinin kendisinin sigara içmemesi, çevresinde sigara içen kişilerin bıraktığı dumanı solumasıdır. Ameliyattan sonra aktif ve pasif olarak kesinlikle sigara içmemesi gerekmektedir (59).

Cinsel Yaşam

Açık kalp cerrahisi sonrası hastalara, cinsel yaşama ilişkin endişelerin normal olduğu açıklanmalıdır. Seksüel ilişkiye başlama normal hayata geri dönüşün bir parçasıdır. Hastalara ameliyattan 4-6 hafta sonra seks yapılması önerilmektedir. Cinsel yaşama başlama kriterlerinden birisi hastanın iki kat merdiveni zorlanmadan çıkabilmesidir. İki kat merdiven çıkma ve cinsel ilişkide miyokardial oksijen gereksiniminin eşit olduğu saptanmıştır. Cinsel ilişki sırasında sternumu germeyecek ve yorucu olmayan pozisyonlar tercih edilmesi

gerekmektedir. Ayrıca olağan dışı bir yerde veya değişik bir partner ile gerçekleştirilen eylemin normalden daha fazla strese yol açacağı, katekolamin salımının ve miyokardial oksijen tüketiminin artacağı, bunların sonucunda da kardiyak bir olayın tetiklenebileceği düşünülebilmekte ve bu tür ilişkilerden kaçınılması önerilmektedir. Hastalarda, cinsel aktivitenin ölüme yol açabileceği korkusu yanında, eşi ile arasında soğukluğun ve uzaklaşmanın gelişebileceği endişesi gelişmektedir. Bunun dışında hastanın kendisinin istekli olmasına rağmen, eşinin cinsel eylemin kardiyak bir olayı tetikleyebileceği endişesi olabilir. Hastaya cinsel yaşamın eski düzeyine döndürülmesi konusunda aceleci davranılmaması ve kendini rahat hissetmesi önerilmelidir. Hastalar, ilişki sırasında gelişen anjina, aşırı yorgunluk, uzamış dispne, ilişki sonrası 10 dakikadan daha fazla süren çarpıntı hissettikleri takdirde hekime başvurmaları yönünde uyarılmalıdır (2,17,29,30,55,59,62,67,69,70).

Ruh Halinde Değişiklik

Açık kalp cerrahisi sonrası hastalar mutsuzluk, stresörlerle baş edememe, aile içinde rol karmaşıklığı, huzursuzluk, anksiyete, depresyon ve panik atak yaşamaktadırlar. Bruer ve arkadaşlarının 421 hasta üzerinde yaptığı çalışmada, ameliyat sonrası farklı oranda psikolojik sorunlar kaydedildiği belirtilmiştir.

Newman ve arkadaşları, kardiyak ameliyatlardan sonrası bilişsel defisitlerin gelişmesinde; ileri yaş, hastanın eğitim süresi, ameliyat sonrasında ana arterial basınç, perfüzyon ısı, genetik yatkınlık, hastaların kullandığı bazı ilaçlar gibi faktörlerin etkili olabileceğinden, Mill's de ileri yaş, uzun süreli total perfüzyon, serebral kan akımındaki yetersizlikler, aortanın aterosklerotik yapıda olması, koroner arter by pass greft ameliyatı ve kapak replasmanlarının beyin injurisi ve iskemisinde risk artırıcı faktörler olduğunu belirtmiştir (2,6,24,29,30,35,57,71).

Acil Durumlar

Acil olarak doktora bildirilmesi gereken durumlar;

Ameliyat öncesi ağrılara benzeyen göğüste, omuzda, boyunda veya çenede dinlenmeye ve dil altı hap almaya rağmen geçmeyen ağrı,

Nefes darlığı ile birlikte olan çarpıntı,

Dinlenmekle geçmeyen nefes darlığı,

Günde 1-1.5 kg dan fazla kilo artışı,
Görmede ani değişiklikler,
Kolda ve bacakta ani güç kaybı ve tutamama hali,
Bayılma hissi,
Çok yavaş, hızlı veya düzensiz kalp atışları,
38⁰ dereceyi geçen vücut ısısı,
İdrar zorluğu ve kanlı idrar,
Makattan taze kan gelmesi, katran kıvamında büyük tuvalete çıkma,
Kahve telvesi şeklinde kusma,
İnsizyon bölgesinde iltihaplı akıntı olması, kızarması, şişmesi, sıcaklığında artış olması
durumunda acilen doktorunu bilgilendirmesi gerektiği bildirilir (24,32,53,55,57,59,61).

Uğraşı

- **İşe başlama:**

Bypass ameliyatlarında, semptomatik düzelmeden sonra, hastanın ameliyat sonrası işine döneceği konusunda ikna edilmesi, onun sosyal ve psikolojik konforunu sağlama açısından çok önemlidir. Bu açıklama hastayı son derece rahatlatır. Çalışma hayatına hafif tempolu işlerde, günde dört saati geçmemesi koşuluyla ilk 4 haftadan sonra, zorlamaların olduğu özellikle ellerin kullanıldığı işlerde 3. aydan sonra başlanması önerilmektedir (29,30,59).

- **Ev işleri yapma**

Bayan hastalar için iyileştiginin bir göstergesi de ev işlerini yapabilmeleridir. Çamaşır yıkama, yemek hazırlama, temizlik, çocuk bakımı, etraf düzenleme gibi aktiviteleri yerine getirmek için 8 haftadan sonra yapılacak kontrol ve doktorun kararına göre hareket edilmelidir. Hasta kendini iyi hissettiği müddetçe 8. haftadan itibaren ev işlerine başlayabilir (2,59).

- **Otomobil kullanma**

Hastalıktan sonraki iyileşme döneminde reflekslerde azalma görüldüğünden özellikle ameliyat sonrasındaki ilk 6-8 haftada hastaların araba kullanmaları risklidir. Ayrıca araba kullanma insizyon bölgesinde gerginlik yaratabileceğinden ve herhangi bir travma durumunda ameliyat bölgesinde açılmalar olabileceğinden hastalara araba kullanmamaları önerilmektedir (17,53,55,59).

- **Seyahat**

Taburcu olduğunuzdan itibaren deniz seviyesinde dünyanın her yerine yolculuk yapabilirsiniz. Ayrıca sağlık yönünden en güvenli yolculuk uçakla yapılandır (59).

- **Sosyal faaliyet**

Taburcu olduktan sonraki ilk on günde ziyaretçilerinizi ve telefon görüşmelerinizi kısıtlayabilirsiniz. Onuncu günden itibaren gittikçe güçlendiğinizi ve kuvvetlendiğinizi fark edecek, kendiniz ve çevreniz için gerekli sosyal faaliyetlere katılacaksınız (17).

Evde kalındığı süre içinde iyileşmeyi hızlandırmak ve morali yüksek tutmak için; sabah normal saatte kalkılmalı, mümkünse duş alınmalı, daima düzenli giyinilmeli, pijama ile dolaşılmalı, her gün aktivite arttırılmalı, özellikle yürüyüşler yapılmalı, öğleden önce ve öğleden sonra; hareket ve yemek sonrası dinlenilmelidir. Ayrıca küçük ev işlerine yardımcı olma, tiyatro, restaurant ve alışverişe gitme, arkadaş ziyaret etmede hiçbir sakınca yoktur (59,61).

Kontrole Gelme

Hastalar taburculuk sonrası, eğer soruları olursa telefon edecekleri kişiyi bilmelidirler. Hastalara önemli durumlar ve randevu tarihleri açık bir dille anlatılmalıdır (25).

GEREÇ YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma; açık kalp cerrahisi sonrası hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitiminin hastalar tarafından kullanılma oranlarının saptanması amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE TARİH

Araştırma, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde Ocak 2007 - Haziran 2007 tarihleri arasında yapılmıştır.

EVREN VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evrenini; Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Kalp Damar Cerrahisi Servisinde açık kalp ameliyatı geçiren hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise aşağıdaki kriterleri karşılayan 50 hasta oluşturmuştur.

- Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden,
- Açık kalp ameliyatı uygulanmış
- 40-70 yaş aralığında
- Okuma yazma bilen
- İletişim kurabilen
- Ruh sağlığı yerinde olan
- Ameliyat sonrası dönemde taburculuk eğitimi verilen hastalar oluşturmaktadır.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın ilk basamağında verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu uygulanmıştır. Bu araştırma veri toplama amacıyla;

- 1) Kişisel Bilgi Formu
- 2) Ön Test Anket Formu
- 3) Son Test Anket Formu kullanılmıştır.

Eğitime ilginin azalmasını engellemek, merakın oluşmasını sağlamak amacıyla bire bir görüşme yöntemi, soru cevap ve karşılıklı tartışma, anlatım ve demonstrasyon yöntemleri kullanılmıştır.

Araştırmacı tarafından; hastalara evde iyileşme sürecinde karşılaşılabileceği sorunlarla başetmede yardımcı olması amacıyla eğitim kitapçığı hazırlanmıştır. Eğitim kitapçığının hazırlanmasında literatür taraması yapılarak ilgili yirmi kaynaktan yararlanılmıştır. Kitapçıkta yer alan konuların başlıkları; ilaç kullanımı, ağrıyla başetme, ameliyat yaralarının bakımı, istenmeyen etkilerin önlenmesi, diyet, egzersizler, dinlenme, hijyenik bakım, kabızlık, alkol-sigara kullanımı, cinsel aktivite, ruh halinde değişiklik, acil durumlar, uğraşı ve kontrole gelme zamanı olarak sıralanmaktadır.

Ameliyat sonrası hastanın durumu stabil hale geldikten sonra uygulama başlatılmıştır. Hastalarla birebir görüşülerek gerekli açıklamalar yapıp katılım onayları alınmıştır. Öncelikle hasta bilgi formu daha sonra da ön test anket formu doldurulmuştur. Ön test anket formu araştırmacı tarafından hastayla karşılıklı görüşülerek soru cevap şeklinde doldurulmuştur. Doldurulan ön test anket formu doğrultusunda hastaların belirlenen eğitim ihtiyacı da göz önünde bulundurularak hastalara açık kalp cerrahisi sonrası taburculuk eğitimi verilmiştir. Eğitim, araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı rehberliğinde yapılmıştır. Eğitim yaklaşık 30-40 dakika sürmüştür. Eğitimde bireysel farklılıklar göz önüne alınarak gerekli tekrarlar yapılmıştır. Eğitimin sonunda hastalara verilen bilgilerin tekrarı ve unutulmaması amacıyla eğitim kitapçığı verilmiştir.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmaya katılan bireylerin sorulara verdikleri yanıtların değerlendirmesi bilgisayarda SPSS (Statistical Package of Sosial Science) programına kodlanıp, verilerin analizi Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Bioistatistik Bölümünde

Statistica 7.0 (Lisans Code: 31N6YUCV38) paket programı kullanılarak yapıldı. Sonuçlar sayı (yüzde), ortalama standart (\pm std) sapma olarak ifade edildiler. İki kategoriden oluşan değişkenlerin eğitim öncesi bilgi düzeyleri ile eğitim sonrası bilgi düzeyleri arasında fark olup olmadığı McNemar ki-kare testi ile incelendi. Eğitim öncesi ve sonrası bilgi puanlarının karşılaştırılmasında Wilcoxon signed ranks test kullanıldı. Bilgi puanını etkileyen faktörleri incelemede geriye doğru adımsal doğrusal regresyon analizi kullanıldı. $P < 0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Araştırmanın bulguları hastaların bireysel özellikleri ve verilen taburculuk eğitimindeki bilgileri bilme durumları ve taburculuk eğitim puanı üzerine yaş, evlilik, ikamet değişkenlerinin etkisi ve eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puanları bulgularından oluşmaktadır.

Tablo 1: Hastaların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 2: Hastaların İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi Durumları

Tablo3: Hastaların Ağrıya Yönelik Bilgi Durumları

Tablo 4: Hastaların Yara Bakımına İlişkin Bilgi Durumları

Tablo 5: Hastaların Ödem Hakkındaki Bilgi Durumları

Tablo 6: Hastaların Enfeksiyon Hakkındaki Bilgi Durumları

Tablo 7: Hastaların Diyet Hakkındaki Bilgi Durumları

Tablo 8: Hastaların Boşaltım Hakkındaki Bilgi Durumları

Tablo 9: Hastaların Egzersizler Hakkındaki Bilgi Durumları

Tablo 10: Hastaların Dinlenme Hakkındaki Bilgi Durumları

Tablo 11: Hastaların Hijyenik Bakım Hakkındaki Bilgi Durumları

Tablo 12: Hastaların Alışkanlıklar Hakkındaki Bilgi Durumları

Tablo 13: Hastaların Cinsel Aktivite Hakkındaki Bilgi Durumları

Tablo 14 : Hastaların Ruh Halindeki Değişiklik Hakkındaki Bilgi Durumları

Tablo 15: Hastaların Acil Durumlar Hakkındaki Bilgi Durumları

Tablo 16: Hastaların Uğraşlar Hakkındaki Bilgi Durumları

Tablo 17: Taburculuk Eğitim Puanı Üzerine Yaş, Evlilik ve İkamet Değişkenlerinin Etkisinin İncelenmesi

Tablo 18: Hastaların Eğitim Öncesindeki ve Eğitim Sonrasındaki Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması

KİŞİSEL VE HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLER

Tablo 1: Hastaların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı (n=50)

ÖZELLİKLER		n	%
Yaş	40-49	11	22
	50-59	20	40
	60 üstü	19	38
Cinsiyet	Kadın	8	16
	Erkek	42	84
Medeni Durum	Evli	44	88
	Bekar	6	12
Eğitim Durumu	İlk-Orta	44	88
	Lise ve Üstü	6	12
Meslek	Çalışıyor	27	54
	Çalışmıyor	23	46
Sosyal Güvence	EMS-SSK	25	50
	Diğer	25	50
Yaşadığı Yer	Köy-Kasaba	39	78
	Şehir	11	22
Cerrahi Deneyim	Var	20	40
	Yok	30	60
Hastalık Bilgisi Alma Durumu	Evet	16	32
	Hayır	34	68
Bilgi Veren	Hemşire	2	12.75
	Doktor	14	87.75
Alkol Kullanımı	Var	18	36
	Yok	32	64
Sigara Kullanımı	Var	21	42
	Yok	29	58

Tablo1 incelendiğinde; hastaların %22'si (n=11) 40-49 yaş, %40 (n= 20) 50-59 yaş, %38'i (n= 19) 60 ve üstü yaş grubundadır. Hastaların %16'sını (n=8) kadın , %84'ünü (n=42) ise erkeklerin oluşturduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların medeni durumlarına bakıldığında; %88'nin (n=44) evli, %12'sinin (n=6) bekar, %88'nin (44) ilk ve ortaokul mezunu, %12'sinin (n=6) lise ve üzeri eğitim aldığı saptanmıştır (Tablo 1). Aynı tabloda hastaların %54'ünün (n=27) çalıştığı, %46'sı (n=23) ise çalışmadığı, %50'sinin (n=25) EMS-SSK, %50'sinin (n=25) ise BK-YK ve ücretlidir.

Araştırmaya katılan hastaların %78'i (n=39) köy-kasaba, %22'si (n=11) ise şehirde yaşamaktadır.

Hastaların cerrahi deneyim varlığına bakıldığında %40'ı (n=20) cerrahi operasyon geçirmiş, %60'ı (n=30) ise cerrahi operasyon geçirmemiştir. Hastaların açık kalp ameliyatı hakkında bilgi alma durumlarına bakıldığında %32'si (n=16) bilgi almış, %68'i (n=34) ise bilgi almamıştır. Bilgiyi %12,5'i (n=2) hemşireden, %87,5'i (n= 14) ise doktordan aldığı saptanmıştır.

Hastaların alkol sigara kullanma durumları incelendiğinde; %36'sının (n=18) alkol kullandığı, %64'ünün (n=32) alkol kullanmadığı, %42'sinin (n=21) sigara kullandığı, %58'inin (n=29) ise sigara kullanmadığı saptanmıştır.

Tablo 2: Hastaların İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi Durumları

İLAÇ ÖZELLİKLERİ	BİLME DURUMLARI								P
	Eğitim Öncesi				Eğitim Sonrası				
	Bilmeyen		Bilen		Bilmeyen		Bilen		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
İsimler	49	98	1	2	17	34	33	66	P<0.001
Etkileri	50	100	-	-	17	34	33	66	-
Dikkat Edilecekler Durumlar	50	100	-	-	2	4	48	96	-

Mc Nemar ki kare test

Tablo 2’de hastaların ilaç kullanımına yönelik bilgileri incelendiğinde; kullandıkları ilaçların isimlerini eğitim öncesi %98’inin (n=49) bilmediği, %2’sinin (n=1) bildiği, eğitim sonrasında ise %34’ünün (n= 17) bilmediği, %66’sının (n=33) ise bildiği belirlenmiştir. Eğitim sonrası ilaç isimlerini daha fazla oranda biliyor olmaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.001). Hastaların ilaçların etkilerine yönelik bilgileri incelendiğinde eğitim öncesi %50’sinin (n=100) bilmediği, eğitim sonrasında ise %34’ü (n= 17) bilmediği, %66’sının (n=33) ise bildiği belirlenmiştir. Ayrıca hastaların ilaçları kullanırken dikkat edilecek hususlar yönelik bilgileri incelendiğinde eğitim öncesi %50’sinin (n=100) bilmediği, eğitim sonrasında %4’ünün (n= 2) bilmediği, %96’sının (n=48) ise bildiği belirlenmiştir. İlaçların etkileri ve dikkat edilecek durumlar hakkında bilme oranları eğitim sonrası artmıştır ancak istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır.

Tablo3: Hastaların Ağrıya Yönelik Bilgi Durumları

AĞRI	BİLME DURUMLARI								P
	Eğitim Öncesi				Eğitim Sonrası				
	Bilmeyen		Bilen		Bilmeyen		Bilen		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Arttıran faktörler	49	98	1	2	9	18	41	82	P<0.001
Önleme	50	100	-	-	1	2	49	98	-
Ağrıyı giderme	50	100	-	-	7	14	43	86	-

Mc Nemar ki kare test

Tablo3'te hastaların ağrıya yönelik bilgi durumları incelendiğinde; ağrıyı arttıran faktörleri %98'inin (n=49) bilmediği, %2 oranında (n=1) bildiği, eğitim sonrasında ise %18 oranında (n= 9) bilmediği, %82 oranında (n=41) ise bildiği belirlenmiştir. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilme oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.001). Hastaların ağrıyı önleme ve giderme bilgileri eğitim öncesi %100 oranında (n=50) bilmediği, eğitim sonrasında %2-14 oranlarında (n= 1-2) bilmediği, %98-86 oranlarında (n=49-43) ise bildiği şeklinde belirlenmiştir. Hastaların ağrıyı önleme ve giderme yönündeki bilgileri eğitim sonrasında yüzde değer olarak artmıştır. Ancak istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır.

Tablo 4: Hastaların Yara Bakımına İlişkin Bilgi Durumları

YARA BAKIMI	BİLME DURUMLARI								P
	Eğitim Öncesi				Eğitim Sonrası				
	Bilmeyen		Bilen		Bilmeyen		Bilen		
	n	%	n	%	N	%	N	%	
İyileşme belirtileri	50	100	-	-	-	-	50	100	-
İyileşmeyi destekleme	49	98	1	2	-	-	50	100	-

Mc Nemar ki kare tes

Tablo 4'te hastaların yara bakımı bilgileri incelendiğinde, yaranın iyileşme belirtilerini eğitim öncesi %100'ünün (n=50) bilmediği, eğitim sonrasında ise %100'ünün (n=50) bildiği, iyileşmeyi destekleme bilgilerini eğitim öncesi %98'inin (n=49) bilmediği, %2'sinin (n=1) bildiği, eğitim sonrasında ise %100'ünün (n=50) bildiği belirlenmiştir. Yara iyileşme belirtileri ve yara iyileşmesini destekleme bilgileri eğitim sonrasında önemli oranda artmıştır. Ancak istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır.

Tablo 5: Hastaların Ödem Hakkındaki Bilgi Durumları

ÖDEM	BİLME DURUMLARI								P
	Eğitim Öncesi				Eğitim Sonrası				
	Bilmeyen		Bilen		Bilmeyen		Bilen		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Nedir	43	86	7	14	17	34	33	66	P<0.001
Önlemek için dikkat edilecek durumlar	49	98	1	2	3	6	47	94	P<0.001

Mc Nemar ki kare test

Tablo 5’te hastaların ödem hakkındaki bilgileri incelendiğinde eğitim öncesi %86’sının (n=43) bilmediği, %14’ünün (n=7) bildiği, eğitim sonrasında ise %34’ünün (n= 17) bilmediği, %66’sının (n=33) ise bildiği bulunmuştur. Ödemin ne olduğunu eğitim sonrası bilenlerin artması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.001). Hastaların ödemi önlemek için dikkat edilmesi gerekenleri eğitim öncesi %98’inin (n=49) bilmediği, %2’sinin (n=1) bildiği, eğitim sonrasında %6’sının (n= 3) bilmediği, %94’ünün (n=47) ise bildiği belirlenmiştir. Hastaların ödemi önlemek için yapılacakları eğitim sonrası bilenlerin oran olarak artması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.001).

Tablo 6: Hastaların Enfeksiyon Belirtilerini Bilme Durumları

ENFEKSİYON	BİLME DURUMLARI								P
	Eğitim Öncesi				Eğitim Sonrası				
	Bilmeyen		Bilen		Bilmeyen		Bilen		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Belirtileri	49	98	1	2	-	-	50	100	-

Mc Nemar ki kare test

Tablo 6’da hastaların enfeksiyon belirtilerini bilme durumları incelendiğinde eğitim öncesi %98’inin (n=49) bilmediği, %2’sinin (n=1) bildiği, eğitim sonrasında ise %100’ünün (n=50) bildikleri belirlenmiştir. Bilme durumunun eğitim sonrasında artması ve %100 oranında olmasına rağmen istatistiksel anlamlılık bulunamamıştır.

Tablo 7: Hastaların Diyet Hakkındaki Bilgi Durumları

DİYET	BİLME DURUMLARI								P
	Eğitim Öncesi				Eğitim Sonrası				
	Bilmeyen		Bilen		Bilmeyen		Bilen		
	n	%	n	%	N	%	N	%	
Öneriler	46	92	4	8	-	-	50	100	-
Kısıtlamalar	46	92	4	8	-	-	50	100	-

Mc Nemar ki kare test

Tablo 7’de hastaların diyet önerilerini bilme durumlarını eğitim öncesi %92’sinin (n=46) bilmediği, %8’inin (n=4) bildiği, eğitim sonrasında ise %100’ünün (n=50) bildiği görülmüştür. Diyetteki kısıtlamaları eğitim öncesi %92’sinin (n=46) bilmediği, %8’inin (n=4) bildiği, eğitim sonrasında ise %100’ünün (n=50) bildiği belirlenmiştir. Bilme oranları eğitim sonrası önemli derecede artarak %100 oranına yükselmiştir. Ancak istatistiksel anlamlılık bulunamamıştır.

Tablo 8: Hastaların Boşaltım Hakkındaki Bilgi Durumları

BOŞALTIM	BİLME DURUMLARI								P
	Eğitim Öncesi				Eğitim Sonrası				
	Bilmeyen		Bilen		Bilmeyen		Bilen		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Konstipasyon nedenleri	48	96	2	4	15	30	35	70	P<0.001
Konstipasyonu önleme girişimleri	49	98	1	2	9	18	41	82	P<0.001

Mc Nemar ki kare test

Tablo 8’de hastaların boşaltım hakkındaki bilgi durumları incelendiğinde; konstipasyon nedenlerini eğitim öncesi %96’sının (n=48) bilmediği, %4’ünün (n=2) bildiği, eğitim sonrasında %30’unun (n= 15) bilmediği, %70’inin (n=35) ise bildiği belirlenmiştir. Eğitim sonrası konstipasyon nedenlerini daha fazla oranda biliyor olmaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.001). Konstipasyonu önleme girişimlerini eğitim öncesi %98’inin (n=49) bilmediği, %2’sinin (n=1) bildiği, eğitim sonrasında ise %18’inin (n= 9) bilmediği, %82’sinin (n=41) ise bildiği belirlenmiştir. Hastaların konstipasyonu önleme girişimlerini hakkındaki bilgi oranları eğitim sonrası artmıştır ve istatistiksel anlamlılık bulunmuştur (p=0.001).

Tablo 9: Hastaların Egzersizler Hakkında Bilgi Durumları

EGZERSİZLER	BİLME DURUMLARI								P
	Eğitim Öncesi				Eğitim Sonrası				
	Bilmeyen		Bilen		Bilmeyen		Bilen		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yapılabilecek egzersizler	38	76	12	24	-	-	50	100	-
Yararları	50	100	-	-	18	36	32	64	-
Dikkat edilecek durumlar	50	100	-	-	1	2	49	98	-

Mc Nemar ki kare test

Tablo 9’da hastaların egzersizler hakkındaki bilgi durumları incelendiğinde; yapabilecekleri egzersizleri eğitim öncesi %76’sının (n=38) bilmediği, %24’ünün (n=12) bildiği, eğitim sonrasında ise %100’ünün (n=50) bildiği belirlenmiştir. Egzersizin yararlarını eğitim öncesi %100’ünün (n=50) bilmediği, eğitim sonrasında %36’sının (n=18) bilmediği, %64’ünün (n=32) ise bildiği bulunmuştur. Hastaların egzersiz yaparken dikkat edilecek durumları eğitim öncesi %100’ünün (n=50) bilmediği, eğitim sonrasında ise %2’sinin (n=1) bilmediği, %98’inin (n=49) ise bildiği tespit edilmiştir. Hastaların egzersiz hakkındaki bilgi durumları eğitim sonrasında yüzde değer olarak artmıştır. Ancak istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır.

Tablo 10: Hastaların Dinlenme Hakkında Bilgi Durumları

DİNLENME	BİLME DURUMLARI								P
	Eğitim Öncesi				Eğitim Sonrası				
	Bilmeyen		Bilen		Bilmeyen		Bilen		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Uyku değişiklikleri	49	98	1	2	5	10	45	90	P<0.001
Oturma pozisyonu	50	100	-	-	-	-	50	100	-
Yatma pozisyonu	49	98	1	2	-	-	50	100	-

Mc Nemar ki kare test

Tablo 10’da hastaların dinlenme hakkında bilgi durumları incelendiğinde; uyku değişikliklerini eğitim öncesi %98’inin (n=49) bilmediği, %2’sinin (n=1) bildiği, eğitim sonrasında %10’unun (n= 5) bilmediği, %90’ının (n=45) ise bildiği belirlenmiştir. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilenler ve bilmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.001). Hastalara oturma pozisyonu sorulduğunda eğitim öncesi %100’ünün (n=50) bilmediği, eğitim sonrasında ise %100’ünün (n=50) bildiği tespit edilmiştir. Hastalara yatma pozisyonu sorulduğunda eğitim öncesi %98’inin (n=49) bilmediği, %2’sinin (n=1) bildiği, eğitim sonrasında ise %100’ünün (n=50) bildiği bulunmuştur. Hastaların oturma ve yatma pozisyonu hakkındaki bilgi durumları eğitim sonrasında yüzde değer olarak artmasına rağmen istatistiksel anlamlılık bulunamamıştır.

Tablo 11: Hastaların Hijyenik Bakım Hakkında Bilgi Durumları

HİJYENİK BAKIM	BİLME DURUMLARI								P
	Eğitim Öncesi				Eğitim Sonrası				
	Bilmeyen		Bilen		Bilmeyen		Bilen		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Banyo zamanı	49	98	1	2	3	6	47	94	P<0.001
Dikkat edilecek durumlar	49	98	1	2	1	2	49	98	P<0.001

Mc Nemar ki kare test

Tablo 11’de hastaların hijyenik bakım hakkında bilgi durumları incelendiğinde; banyo yapma zamanını eğitim öncesi %98’inin (n=49) bilmediği, %2’sinin (n=1) bildiği, eğitim sonrasında ise %6’sının (n= 3) bilmediği, %94’ünün (n=47) ise bildiği belirlenmiştir. Eğitim sonrası banyo yapma zamanını bilenlerin oranının daha fazla olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.001). Banyo yaparken dikkat edilecek durumları eğitim öncesi %98’inin (n=49) bilmediği, %2’sinin (n=1) bildiği, eğitim sonrasında %2’sinin (n= 1) bilmediği, %98’inin (n=49) ise bildiği bulunmuştur. Hastaların banyo yaparken dikkat edilecekleri yönündeki bilgileri eğitim sonrası bilenler oran olarak artmış ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.001).

Tablo 12: Hastaların Alışkanlıklar Hakkında Bilgi Durumları

ALİŞKANLIKLAR	BİLME DURUMLARI								P
	Eğitim Öncesi				Eğitim Sonrası				
	Bilmeyen		Bilen		Bilmeyen		Bilen		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sigara	22	100	-	-	-	-	22	100	-
Alkol	17	100	-	-	3	17.6	14	82.4	-

Mc Nemar ki kare test

Tablo 12’de hastaların alışkanlıklar hakkındaki bilgileri bilme durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; hastaların sigarayı bırakma nedenlerini eğitim öncesi %100’ünün (n=22) bilmediği, eğitim sonrasında ise %100’ünün (n=22) bildiği belirlenmiştir. Hastaların alkolü bırakma nedenlerini eğitim öncesi %100’ünün (n=17) bilmediği, eğitim sonrasında %17.6’sının (n=3) bilmediği, %82.4’ünün (n=14) ise bildiği tespit edilmiştir. Hastaların alışkanlıklar konusundaki bilme durumları eğitim sonrası yüzde değer olarak artmış ancak istatistiksel anlamlılık bulunamamıştır.

Tablo 13: Hastaların Cinsel Aktivite Hakkında Bilgi Durumları

CİNSEL AKTİVİTE	BİLME DURUMLARI								P
	Eğitim Öncesi				Eğitim Sonrası				
	Bilmeyen		Bilen		Bilmeyen		Bilen		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Zamanı	43	97.7	1	2.3	2	4.5	42	95.5	P<0.001
Dikkat edilecek durumlar	44	100	-	-	4	9.1	40	90.9	-

Mc Nemar ki kare test

Tablo 13'te hastaların cinsel aktivite hakkındaki bilgi durumları incelendiğinde; cinsel yaşama başlama zamanını eğitim öncesi %97.7'sinin (n=43) bilmediği, %2.3'ünün (n=1) bildiği, eğitim sonrasında %4.5'inin (n= 2) bilmediği, %95.5'inin (n=42) ise bildiği belirlenmiştir. Cinsel yaşama başlama zamanını eğitim sonrası bilenlerin artması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.001). Cinsel aktivitede dikkat edilecek durumları eğitim öncesi %100'ü (n=44) bilmiyorum, eğitim sonrasında ise %9.1'i (n= 4) bilmiyorum, %90.9'u (n=40) ise biliyorum diye cevaplamıştır. Eğitim sonrası cinsel aktivitede dikkat edilecek durumları bilenlerin oranı artmış fakat istatistiksel anlamlılık bulunamamıştır.

Tablo 14 : Hastaların Ruh Halindeki Değişiklikler Hakkında Bilgi Durumları

RUH HALİNDE DEĞİŞİKLİK	BİLME DURUMLARI								P
	Eğitim Öncesi				Eğitim Sonrası				
	Bilmeyen		Bilen		Bilmeyen		Bilen		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ruhsal Değişiklik	50	100	-	-	9	18	41	82	-

Mc Nemar ki kare test

Tablo 14'te hastaların ruh halindeki değişiklik hakkında bilgi durumları incelendiğinde; eğitim öncesi %100'ünün (n=50) bilmediği, eğitim sonrasında %18'inin (n= 9) bilmediği, %82'sinin (n=41) ise bildiği belirlenmiştir. Ruhsal değişiklik bilgilerini bilme oranların eğitim sonrası yüzde değer olarak artmıştır fakat istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır.

Tablo 15: Hastaların Acil Durumlar Hakkında Bilgi Durumları

DEĞİŞKENLER	BİLME DURUMLARI								P
	Eğitim Öncesi				Eğitim Sonrası				
	Bilmeyen		Bilen		Bilmeyen		Bilen		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Acil Durumlar	50	100	-	-	3	6	47	94	-

Mc Nemar ki kare test

Tablo 15'te hastaların acil durumlar hakkında bilgi durumları incelendiğinde; eğitim öncesi %100'ünün (n=50) bilmediği, eğitim sonrasında %6'sının (n= 3) bilmediği, %94'ünün (n=47) ise bildiği belirlenmiştir. Hastaların acil durumlar hakkındaki bilgileri bilme oranı eğitim sonrasında artmış ancak istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır.

Tablo 16: Hastaların Günlük Yaşam Hakkında Bilgi Durumları

UĞRAŞI	BİLME DURUMLARI								P
	Eğitim Öncesi				Eğitim Sonrası				
	Bilmeyen		Bilen		Bilmeyen		Bilen		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
İşe başlama	43	100	-	-	6	14	37	86	-
Ev işleri yapma	7	87.5	1	12.5	-	-	8	100	-
Otomobil kullanma	23	95.8	1	4.2	1	4.2	23	95.8	P<0.001
Seyahat	49	98	1	2	8	16	42	84	P<0.001
Sosyal faaliyet	50	100	-	-	-	-	50	100	-

Mc Nemar ki kare test

Tablo 16'da hastaların günlük yaşam hakkında bilgi durumları incelendiğinde; işe başlama zamanını eğitim öncesi %100'ünün (n=43) bilmediği, eğitim sonrasında %14'ünün (n= 6) bilmediği, %86'sının (n=37) ise bildiği belirlenmiştir. Hastalar ev işi yapmaya başlama zamanını eğitim öncesi %87.5'inin (n=7) bilmediği, %12.5'inin (n=1) bildiği, eğitim sonrasında %100'ünün (n= 8) bildiği saptanmıştır. İşe başlama ev işi yapma hakkındaki bilgileri bilme oranları eğitim sonrasında artmış fakat istatistiksel anlamlılık bulunamamıştır. Hastaların otomobil kullanma bilgileri hakkında eğitim öncesi %95.8'inin (n=23) bilmediği, %4.2'sinin (n=1) bildiği, eğitim sonrasında %4.2'sinin (n= 1) bilmediği, %95.8'inin (n=23) ise bildiği tespit edilmiştir. Hastaların seyahat ile ilgili bilgileri eğitim öncesi %98'inin (n=49) bilmediği, %2'sinin (n=1) bildiği, eğitim sonrasında %16'sının (n= 8) bilmediği, %84'ünün (n=42) ise bildiği belirlenmiştir. Hastaların otomobil kullanma ve seyahate çıkma bilgilerini eğitim sonrası daha fazla oranda bildikleri belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.001 - P<0.001). Hastalar sosyal faaliyetler hakkındaki bilgileri eğitim öncesi %100'ünün (n=50) bilmediği, eğitim sonrasında ise %100'ünün (n=50) bildiği bulunmuştur. Hastaların sosyal faaliyetlerini içeren bilgileri bilme oranları eğitim sonrasında artmıştır ancak istatistiksel anlamlılık bulunamamıştır.

Tablo 17: Hastaların Eğitim Öncesindeki ve Eğitim Sonrasındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

	n	X±SD	Test istatistiği
Ön-test Bilgi Düzeyi	50	0.86 ± 1.28	Z=-6.166 ^a
Son-test Bilgi Düzeyi	50	27.88 ± 3.84	P<0.05

Tablo 17’de hastaların eğitim öncesindeki ve eğitim sonrasındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesinde; hastaların eğitim öncesi bilgi puan ortalaması 0.86 ± 1.28 , eğitim sonrası bilgi puan ortalaması 27.88 ± 3.84 olarak bulunmuştur. Hastaların eğitim öncesindeki bilgi düzeyi ve eğitim sonrasındaki bilgi düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($Z=-6.166$ $p<0.001$).

Tablo 18: Hastalara Ait Değişkenlerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Bilme Puanına Etkisi

		B	P
Yaş	(0: 40-59 1: ≥ 60)	-2.107	P=0.032
Evlilik	(0:Bekar 1: Evli)	3.010	P=0.045
İkamet	(0: Köy-Kasaba 1: Şehir)	2.022	0.079
Sabit		24.727	

Modele ilişkin adjusted $R^2 = 0.195$ bulunmuştur.

Tablo 18’de hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan değişimine yaş, evlilik ve ikamet değişkenlerinin etkisinin incelenmesine bakıldığında; hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan değişimlerine yaş ve evlilik değişkenlerinin anlamlı etkide bulunduğu, ikametgah değişkeninin ise anlamlılığa yakın etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Hastaların yaşı ≥ 60 olduğunda bilgi puanının düştüğü, buna karşın evli olanların bilgi puanının yükseldiği saptanmıştır.

TARTIŞMA

Bu araştırma açık kalp ameliyatı yapılan hastalara hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitiminin evdeki ve sonraki yaşamlarında karşılaşılabilecekleri sorun yaratıcı durumlarla baş etmesinde kullanılma oranlarını belirlemek amacıyla Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi kalp damar cerrahisi kliniğinde açık kalp ameliyatı olan rastgele örneklem yolu ile seçilmiş 50 hasta üzerinde yapılmıştır.

Araştırma kapsamına giren hastaların % 40'ı 50-59, %38'i 60 ve üstü yaş grubundadır (Tablo 1). Güneş'in (9) yaptığı çalışmada da hastaların %40'ı 50-59 olarak bulunmuştur. Literatürde, cerrahi girişim gerektiren kalp hastalıklarının 50 ve üzeri yaşlar arasında daha sık görüldüğü belirtilmektedir (9,22).

Çalışmaya katılan hastaların %84'ünü erkekler oluşturmaktadır (Tablo 1). Broers, Koopman ve arkadaşlarının (72) yaptığı çalışmada da hastaların %79'unu erkekler oluşturmaktadır. Literatüre bakıldığında da KAH'ın oluşmasında cinsiyetin önemli bir risk faktörü olduğu ve erkek cinsiyetinin KAH için hazırlayıcı etken olduğu görülmektedir. Kardiovasküler hastalık veya KKH açısından kadın-erkek arasındaki belirgin fark ancak menopozdan sonra giderek kapanıp asgariye iner. Çalışmamızda CABG ameliyatı olan erkeklerin kadınlardan daha fazla sayıda olması literatürle uyumludur (10,11).

Araştırmaya katılan hastaların medeni durumlarına bakıldığında; %88'inin evli olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Akın ve Durna'nın (73) yaptığı çalışmada da hastaların %88'inin evli olduğu görülmektedir. Hastaların çoğunun evli olmasının örneklem grubunun yaş grubuna ve Türk toplumunun geleneksel yapısına uygun bir sonuç olarak kabul edilebilir.

Hastaların eğitim durumları incelendiğinde %88'inin ilk ve ortaokul mezunu olduğu saptanmıştır. Akın ve Durna'nın (73) yaptığı çalışmada hastaların eğitim durumu %80'inin okur yazar ve ilköğretim eğitimi aldığı belirlenmiştir. Her iki sonuç da ülkemizdeki genel eğitim durumuyla örtüşmektedir (Tablo 1) (73).

Araştırmaya katılan hastaların çalışma durumlarına bakıldığında % 46'sının çalışmadığı görülmektedir (Tablo 1). Aydın'ın (2) çalışmasında da hastaların %56'sını emekli ve çalışmayan grup oluşturmaktadır. Çalışmayan grubun oranının bu kadar yüksek olması açık kalp ameliyatı olan hastaların yaş ortalamalarının emeklilik yaşına uyması ile ilgili olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların sosyal güvencelerine bakıldığında %50'si EMS-SSK, %50'si ise BK-YK şeklinde gruplanmıştır (Tablo1). Gültekin ve Özbayır'ın (15) yaptığı çalışmada da hastaların hepsi bir sosyal güvenceye sahiptir. Kalp ameliyatları, dünyada olduğu gibi ülkemizde de oldukça yüksek maddi yük gerektirdiğinden vatandaşlara sağlık güvencesi zorunluluğunu getirmektedir. Sosyal güvencesi olmayan hastaların, ameliyat giderlerinin yüksek olması nedeniyle ameliyat olamadıkları düşünülmüştür. Bu nedenle elde edilen veriler, Türkiye'deki sağlık güvencesi oranlarını yansıtmaktan çok, ancak sağlık güvencesi olanların tedavi için müracaat edebildiklerini göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların %78'i köy-kasaba, %22'si ise şehirde yaşamaktadır. Araştırmanın yapıldığı hastanenin, tarımla uğraşılan bölgede pilot hastane olması sebebiyle çevre ilçe ve köylerden hastaların tedavi için bu hastaneyi tercih ettikleri düşünülmüştür (Tablo 1). Hastaların cerrahi deneyimlerine bakıldığında %60'ı cerrahi operasyon geçirmemiştir (Tablo1).

Hastaların açık kalp ameliyatı hakkında bilgi alma durumlarına bakıldığında %32'si bilgi almıştır (Tablo 1). Güneş'in (9) çalışmasında da hastaların hastalık hakkında bilgi alma oranları %25 bulunmuştur. Hastaların %12,5'i hemşire, %87,5'i ise doktordan bilgi aldığı saptanmıştır (Tablo 1). Yıldız'ın (22) yaptığı çalışmada hastaların %60'ının hekim, %8'inin hemşire tarafından bilgilendirildiği belirlenmiştir. Kalp ameliyatları yüksek riskli ameliyatlardır ve hastalıkların tanınması, tedavisi, komplikasyonları hakkında hastaların öncelikle doktorlarından bilgi almaları doğaldır. Hastaların hemşireler tarafından bilgilendirilmemiş olmasının, hemşirelerin ağırlıklı olarak hastaların tedavi, takip ve fiziksel bakımları ile ilgilenmeleri ve hasta gereksinimlerine yönelik planlı bir bilgilendirme yapamamaları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Hastaların bilgilendirilmesinde hemşirelerin sorumluluğu yadsınamaz.

Hastaların alkol sigara kullanma durumları incelendiğinde; % 64'ünün alkol kullanmadığı, %58'inin ise sigara kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 1). Özhan ve Doğar'ın (65) koroner bypass ameliyatı geçiren hastaların sigara içme konusundaki düşüncelerinin incelenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada da hastaların %46'sının ameliyattan sonra sigarayı bırakmış olduğu saptanmıştır. Ayrıca Zaybak'ın (17) çalışmasında kalp kapağı replasmanı yapılan hastaların ameliyat öncesinde %25'i sigara içerken ameliyat sonrasında bu oran %5.6'ya düşmüştür. Bizim çalışmamızda ve diğer çalışmalarda olduğu gibi hastaların ameliyat sonrası sigara içme oranları azalmaktadır. Literatürde alkol alımının kalbi koruyucu olarak tavsiye edilmesini haklı çıkaracak çok az veri vardır. Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin de hazırlayanlar içinde yer aldığı koroner hastalıkların önlenmesi kılavuzunda toplumsal olarak bakıldığında sosyal ve sağlık üzerine zararlı etkileri nedeniyle halka alkol tüketiminin önerilmesinin yanlış olduğu belirtilmektedir. Alkol bağımlılık yapma, hipertansiyon, karaciğer hasarı, meme kanseri riskinde artış ve fiziksel kötüye kullanım gibi çeşitli problemlere yol açabilmektedir (64).

Çalışmamıza katılan hastaların ilaç isimlerini bilme oranları eğitim öncesi %98'i, bilmiyor iken eğitim sonrası %66 oranında biliyor şekline değişmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Zaybak'ın (17) kalp kapağı replasmanı yapılan hastaların öz bakımlarının değerlendirilmesi amacıyla yaptığı çalışmada hastaların taburculuk sonrası poliklinik kontrollerinde yapılan ankette %63,9'unun ilaçların isimlerini bilmedikleri bulunmuştur. Yine Hakantürk'ün 'Cerrahi girişim uygulanan kalp hastalarının sosyo-ekonomik düzen içinde yer almalarında hemşirelerin katkısı' çalışmasında hastaların %40'ının ilaçların adlarını ve yan etkilerini bilmediğini belirtmişlerdir. İlaçların etkileri ve kullanımında dikkat edilecek hususlar konusunda %100 bilmeme durumlarının %66-96 oranında bilme şekline dönüşmesi eğitimin etkinliğini göstermekte ancak istatistiksel anlamlılık bulunamamıştır (Tablo 2). Zaybak'ın (17) çalışmasında hastaların %44.4 gibi yarıya yakın oranda ilaçlarını aksattıklarını göstermiştir. Bu sonuçlar hastaların ilaçların kullanımını hakkında bilgi eksikliği olduğunu ve bu konuda eğitime ihtiyaçları olduğunu göstermektedir. Bizim çalışmamızda ilaçlar hakkında verilen bilgileri hastaların yüksek oranda aldığı belirlenmiştir (17,55,56).

Hastaların ağrıyı arttıran faktörleri bilme oranı eğitim öncesi %89'i bilmiyor iken, eğitim sonrasında %82 oranında biliyor olarak artmış ve eğitim öncesi ve eğitim sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur ($p<0,001$). Hastaların ağrıyı önlemek ve gidermek için yapılabilecekleri eğitim öncesi tamamı bilmezken, eğitim sonrasında ise %98'i

biliyor durumuna gelmiştir (Tablo 3). Gültekin ve Özbayır'ın (15) koroner bypass ameliyatı olan hastalara taburcu olmadan önce verilen eğitimin etkinliğinin karşılaştırılması amacıyla yaptıkları çalışmada hastaların ağrıyı giderme ve rahatlığı sağlamak için yapılması gereken uygulamaları bildiğini ve uyguladığını ifade eden hastaların oranı %60 ile %100 arasında değişmektedir ve bu sonuç bizim çalışmamızla örtüşmektedir.

Hastaların yara bakımına ilişkin bilgileri eğitim öncesi yüksek olan bilmeme oranları, eğitim sonrasında %100 oranında bilme şekline dönüşmüştür (Tablo 4). Aydın'ın (2) koroner bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası iki aylık dönemde yaşadıkları güçlükleri belirlemeye yönelik yaptığı çalışmasında hastaların yaraya yönelik günlük yaşama durumları incelendiğinde 1. hafta %28, 4. hafta ise % 34 oranında günlük yaşadıkları tespit edilmiştir. Araştırmacı tarafından hastaların yoğun olarak günlük yaşamalarına sebep yara bakımı konusunda yeterince bilgi sahibi olmamaları olabileceği düşünülmüştür. Hastalarda yara bakımına ilişkin duyulan gereksinim verilen bilgilerin hastalar tarafından yüksek oranda kullanılmasını açıklamaktadır.

Hastaların ödem hakkındaki bilgileri eğitim öncesi %86-98 oranında olan bilmeme durumu eğitim sonrasında %66-94 oranında bilme durumuna değişmiştir. Hastaların ödem ve ödemi önleme konusunda eğitim sonrası istatistiksel olarak daha anlamlı derecede fazla bilgi sahibi oldukları görülmüştür ($p<0,001$) (Tablo 5). Culligan'ın (63) çalışmasında hastaların %24'ünde greft bacağına şişlik, uyuşukluk, gerginlik, ağrı, rahatsızlık hissini geliştirdiği kaydedilmiştir. Hatipoğlu'nun yaptığı çalışmada hastaların kontrole geldikleri zaman en fazla ilgilendikleri konulardan birinin varis çorabını ne kadar süre giyecekleri olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Aydın'ın (2) çalışmasında hastaların venöz dolaşıma ilişkin günlük yaşama düzeyleri 1. hafta %56.8, 4. hafta %34.1 olarak bulunmuştur. Bu bulgular CABG ameliyatı geçiren hastada, ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek greft bacak insizyonu komplikasyonları, bacak ödemi ve önleme girişimleri hakkında taburculuk eğitiminin önemini vurgulamaktadır (43).

Hastaların enfeksiyon belirtilerini bilme durumları; eğitim öncesi %98 bilmeme durumundan, eğitim sonrasında %100 bilme durumuna dönüşmüştür (Tablo 6). Aydın'ın (2) koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası iki aylık dönemde yaşadıkları güçlükleri saptamak amacıyla yaptığı çalışmasında hastaların %64'ü 1. hafta ateşleri olduğunu ayrıca kızarıklık, akıntı şikayetleri olduğunu ifade etmişlerdir. Literatürde de hastalara ateş, kızarıklık, akıntının enfeksiyon belirtisi olduğu belirtilmektedir ve bu şikayetleri olduğunda doktora başvurması gerektiği belirtilmektedir (2,43,55,57-59,61).

Gültekin ve Özbayır'ın (15) koroner bypass ameliyatı olan hastalara taburcu olmadan önce verilen eğitimin etkinliğinin karşılaştırılması amacıyla yaptıkları çalışmada hastaların enfeksiyon belirtileri hakkındaki ifadelerle %51.43-%85.71 oranında doğru cevap vermişlerdir. Bulgular hastaların verilen enfeksiyon belirtilerine ait bilgileri eğitim sonrasında taşımaya devam ettiklerini göstermektedir.

Hastaların diyet önerilerini ve diyetteki kısıtlamaları bilme durumları %92 bilmeme oranından eğitim sonrasında %100 bilme oranına yükselmiştir (Tablo 7). Hatipoğlu'nun yaptığı çalışmaya göre, CABG ameliyatı geçiren hastalar ilk kontrole geldiklerinde ameliyat sonrası erken dönemde kendilerini en çok ilgilendiren konuların; diyet listesi ve kolesterol seviyeleri olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca Aydın'ın (2) yaptığı çalışmada taburculuk sonrası 1. haftada hastaların %74'ü beslenme ile ilgili sorun yaşadığını ifade etmişlerdir. Hastalar beslenmeye ilişkin güçlük olarak iştahsızlık yaşadıklarını; diyet listesinin ilk kontrole (2ay sonra) geldiklerinde verilmesi nedeniyle, zararlı olacağı endişesiyle yemekten kaçındıklarını, tuz kısıtlaması yapmadıklarını; midede şişkinlik ya da ağrı olması nedeniyle yemek yiyemediklerini ve yiyeceklerin tadını alamadıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca Gültekin ve Özbayır'ın (15) koroner bypass ameliyatı olan hastalara taburcu olmadan önce verilen eğitimin etkinliğinin karşılaştırılması amacıyla yaptıkları çalışmada hastaların diyetle ilgili ifadelerle olumlu yanıt verme oranları %68.7-94.29 arasındadır. Bu sonuçlar hastalara diyet hakkında taburcu olurken bilgi verilmesi gerekliliğini ve hastaların bu bilgileri kullanma oranlarını göstermektedir.

Araştırmamıza katılan hastaların boşaltım hakkındaki bilgileri bilme durumları eğitim öncesi %96-98 olan bilmeme durumu eğitim sonrasında %70-82 oranında bilme şeklinde değişmiştir. Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo8). Aydın'ın (2) çalışmasında hastaların taburculuk sonrası birinci haftada %60 oranında boşaltım sorunu yaşadıkları bulunmuştur. Literatürde de hastaların ilk haftalarda yeterli beslenememe, hareketsizliğe bağlı kabızlık ve kabızlık için ilaç almaya bağlı ishal sorunu yaşadıkları belirtilmektedir. Hastalara boşaltım sorunlarına yönelik bilgi verilmesi ve bu bilgilerin hastalar tarafından kullanılması eğitimin gerekliliğini vurgulamaktadır (2,24,59,60).

Hastalar yapabilecekleri egzersizleri eğitim öncesi %76 oranında olan bilmeme durumu eğitim sonrasında %100 oranında bilme durumuna dönmüştür. Hastaların egzersizin yararları ve egzersiz yaparken dikkat edilecekleri konuları bilme durumu eğitim öncesi %100 olan bilmeme eğitim sonrasında %64-98 oranında bilme şeklinde değişmiştir (Tablo 9).

Zaybak'ın (17) çalışmasında kalp kapağı replasmanı yapılan hastaların taburculuk sonrası poliklinik kontrollerinde yapılan ankette %77.8'i hiç egzersiz yapmadığını ifade etmiştir. Araştırmacı hastaların egzersiz konusunda eğitime gereksinimlerinin olduğu sonucuna varmıştır. Hastalara ameliyat sonrası dönemde dikkatli bir şekilde yerine getirmesi gereken egzersizler hakkında bilgi verilmelidir.

Literatürde hastaların; gündüz uykusu, öksürük ve sık idrara çıkma nedeniyle gece uyanma, ağrı ve sırt üstü yatamamaya bağlı nedenlerden dolayı uyku değişikliklerinin olabileceği ve bu konuda bilgi verilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Redeker ve ark. (74) yaptığı çalışmada hastaların ameliyat sonrası ilk 4 haftada %64'ünün uykuya yönelik sıkıntı yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bizim çalışmamızda hastaların uyku değişiklikleri konusunda eğitim öncesi %98 olan bilmeme durumu eğitim sonrasında %90 bilme şekline dönüşmüştür ve eğitim sonrası bilme durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 10) (2,74). Aynı tabloda oturma ve yatma pozisyonu hakkındaki bilgileri eğitim öncesi %98-100 oranında olan bilmeme durumu eğitim sonrasında %100 bilme oranına yükselmiş ancak istatistiksel karşılaştırma yapılamadığından bir anlamlılık bulunamamıştır (Tablo 10). Aydın'ın (2) yaptığı çalışmada hastaların pozisyon nedeniyle güçlük yaşama düzeylerine bakıldığında 1. haftada %98'i, 4. haftada %80'i güçlük yaşadığı bulunmuştur. Goodman açık kalp ameliyatı olan hastaları ameliyattan sonraki 6-8 hafta süreyle incelemiş, inceleme sonunda açık kalp ameliyatı olan ve evde bakımın sürdürülmesine yönelik bilgilendirilmeyen hastaların çoğunun (%78), hastaneden taburcu olduktan sonra evde ağrı, hareket kısıtlılığı ve solunum güçlüğü gibi fiziksel sorunlarla karşılaştıklarını bulmuşlardır (2,9). Hastalar oturma ve yatma pozisyonları hakkında bilgilendirme düzeylerini en üst seviyeye çıkarmış ve kullanmışlardır.

Hastaların banyo yapma zamanı ve banyo yaparken dikkat edilecek durumları bilme oranları eğitim öncesi %98 olan bilmeme oranı eğitim sonrasında %94-98 oranında bilme şekline dönüşmüş ve eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 11). Aydın'ın (2) çalışmasında hastaların taburcu olduktan sonraki 1. haftada %92'sinin, 4. haftada %68'inin banyo yapmaya yönelik güçlük yaşadıkları bulunmuştur. Hastalar ilk haftada yoğun güçlük yaşamalarına yeterince bilgi verilmemesi, yara yerine zarar verme ve fenalaşma endişesinin yol açtığını ifade etmişlerdir. Gültekin ve Özbayır'ın (15) koroner bypass ameliyatı olan hastalara taburcu olmadan önce verilen eğitimin etkinliğinin karşılaştırılması amacıyla yaptıkları çalışmada hastaların vücut bakımı sırasında uygulamalarla ilgili ifadelerine %85.71- 97.14 oranlarında doğru cevap verdikleri

bulunmuştur. Çalışmamızda eğitim sonrası bilgilenme oranının yüksek olması ve diğer çalışmalarla (15) örtüşmesi banyo zamanı ve dikkat edilecek durumlar hakkında bilgi verilmesinin yerindeliliğini vurgulamıştır.

Hastaların alkol ve sigaranın zararlarını bilme oranları eğitim sonrası (Tablo 12) alkol %82,4, sigara %100 oranlarına yükselmiştir. Benzer şekilde Gültekin ve Özbayır'ın (15) koroner bypass ameliyatı olan hastalara taburcu olmadan önce verilen eğitimin etkinliğinin karşılaştırılmasına yönelik çalışmasında da eğitim sonrası alkol ve sigaranın zararı etkilerine doğru cevap verme oranı yaklaşık %97 olarak bulunmuştur. Alkol ve sigaranın zararlı etkileri konusunda hasta bilgilenme oranlarının yüksek olması bilgilenmeye duyulan ihtiyacı göstermektedir.

Hastalar cinsel yaşama başlama zamanını eğitim sonrası istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla bildikleri görülmektedir ($p<0,001$). Cinsel aktivitede dikkat edilecek durumları eğitim öncesi %100 olan bilmeme durumu eğitim sonrası ise %90,9 bilme olarak değişmiş ancak istatistiksel analiz yapılamadığından anlamlılık bulunamamıştır (Tablo 13). Brezinka ve Kittel'in (75) yaptığı çalışmada CABG ameliyatı geçiren erkek hastaların %30-45'inin eski cinsel yaşamına dönemediklerini ve bunun postoperatif depresyonla ilişkisi olduğunu ortaya koymuşlardır. Yine aynı çalışmada kadınların %44'ünün cinsel aktivitesinin azaldığı belirlenmiştir. Literatürde de hastaların kendilerini hazır hissetmeme, yara bölgesine zarar verme korkusu nedeniyle cinsellikten uzak durdukları belirtilmektedir. Bu çalışmalar hastaların açık kalp cerrahisi sonrası cinsel yaşamda sorun yaşandığını göstermektedir. Çalışmanın bulguları hastaların bu bilgileri alma ihtiyacı duyduğunu göstermesi açısından önemlidir ve hastalar bu konuda bilgilendirilmelidir (2,17,29,30,55,59,61,67,69,70).

Hastalar ameliyat sonrası olası ruhsal değişiklikleri bilme durumları eğitim öncesi %100 oranında bilmeme durumu eğitim sonrasında %82 oranında bilme şekline dönüşmüştür (Tablo 14). Akyolcu'nun (29) yaptığı koroner by pass ameliyatından sonra görülen psikososyal sorunlar isimli çalışmasında CABG ameliyatları sonrası hastalarda farklı boyutlarda psikolojik sorunlar kaydedildiğini, bu dönemde anksiyete ve depresyon gibi sorunların %52 gibi yüksek oranda görüldüğünü vurgulamıştır. Hastaların yüksek oranda bilgilendirilmesi olma olasılığı yüksek olan ruhsal sorunlara hasta/ailesinin hazırlığı açısından önemlidir (29,54).

Hastalar doktora başvurması gereken acil durumları eğitim öncesi %100 oranında olan bilmeme durumu eğitim sonrasında %94 oranında bilme durumuna değişmiştir ancak istatistiksel analiz yapılamadığından anlamlılık bulunamamıştır (Tablo 15). Literatürde de

hastaya; göğüs ağrısı, nefes darlığı, günde 1-1.5 kg dan fazla kilo artışı, kanama ve enfeksiyon bulguları varlığında acilen doktorunu bilgilendirmesi gerektiği belirtilmektedir. Hastalar verilen bilgileri yüksek oranda taşımaktadırlar. Bu oran olası komplikasyonların önlenmesi açısından bilgi sahibi olma ihtiyacını göstermektedir (24,32,53,55,57,59,61).

Hastaların işe dönme ve ev işi yapma zamanını bilme durumları eğitim sonrası oran olarak artmış ancak istatistiksel analiz yapılamadığından anlamlılık belirlenememiştir (Tablo 16). Bass'ın çalışmasında ameliyat öncesi %55'i çalışan hastaların, ameliyat sonrası işlerine dönmekten çok zevk aldıklarını ve hastaların ameliyat sonrası çalışma kararını vermede, ekonomik durum, semptomların geçmesi ve hayata bağlı kalma gibi faktörlerin etkilediği belirtilmektedir. Hastalar seyahate çıkma ve otomobil kullanma hakkındaki bilgileri bilme durumları eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla bildikleri saptanmıştır ($p < 0,001$) (Tablo 16). Literatürde de hastalara; araba kullanmanın insizyon bölgesinde gerginlik yaratabileceği ve herhangi bir travma durumunda ameliyat bölgesinde açılmalara sebep olabileceğinden 8 hafta araba kullanmamaları önerilmektedir (17,53,55,59). Literatürde de hastalara uzun yolculuklarda 2 saatte bir arabadan inip 5-10 dakikalık bir yürüyüş yapılması, ilaçlarını yanında bulundurması ve kara, hava ve deniz yolculuğunu güvenle yapabileceğinin söylenmesi gerektiği bildirilmektedir (59). Hastaların sosyal faaliyetleri bilme durumları eğitim öncesi %100 oranında olan bilmeme eğitim sonrasında %100 oranında bilme şekline dönüşmüş ancak istatistiksel analiz yapılamadığından anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 16). Aydın'ın yaptığı çalışmada hastaların sosyal aktivitelere katılmada birinci haftada daha fazla güçlük yaşadıkları; hastaların %89.4'ünün ev ziyareti yapmak ve ziyaretçi kabul etmede, %96.8'inin arkadaş toplantılarına katılmada güçlük yaşadıkları belirlenmiştir. Literatür ve ilgili çalışmalarda hastaların günlük yaşam uğraşlarında güçlük yaşayabileceği belirtilmekte ve öneriler getirilmektedir. Çalışmanın sonucu hastaların bu önerileri yüksek oranda benimsediğini göstermektedir.

Çalışmaya dahil elden hastaların eğitim öncesi bilgi puan ortalaması $\uparrow 0.86 \pm 1.28$ ve eğitim sonrası bilgi puan ortalaması $\uparrow 27.88 \pm 3.84$ karşılaştırılmış (Tablo 17) hastaların bilgilenme oranı eğitim sonrası istatistiksel olarak daha anlamlı değerlendirilmiştir ($Z: -6.166$ $p < 0.001$). Karazeybek ve Özbayır'ın (18) histerektomi ameliyatı olan hastalara verilen eğitimin etkinliğinin saptanması amacıyla yaptıkları çalışmada bilgilenme düzeyinde eğitim sonrası istatistiksel anlamlılık belirlenmiştir. Bu bulgu bizim çalışmamızla uygunluk göstermektedir. Cupless'in (76) açık kalp ameliyatı olan hastalara verilen planlı sağlık eğitiminin bilgi ve iyileşme üzerine etkisi incelemek için yaptığı çalışmada; eğitim verilen

hastaların eğitim verilemeyen hastalara göre, bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu, daha istendik düzeyde fiziksel ve ruhsal iyileşme gösterdiklerini saptamıştır. Güneş'in (9) yaptığı çalışmada; deney grubundaki hastaların bilgi puan ortalamaları; hastaneden taburcu olmadan önce yani hastalara planlı bilgilendirme yapılmadan önce ve taburcu olduktan sonra yani hastalara planlı bilgilendirme yapıldıktan sonra yapılan istatistiksel değerlendirmede iki puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Çalışma bulgumuz ve diğer çalışmaların sonuçları hastaların bilgilendirme sonrasında daha yüksek bilgi puanına sahip olduğunu göstermektedir. Bu durum hastaların aldıkları bu bilgiyi CABG sonrası yaşamlarında karşılaşılabilecekleri durumlarda kullanacaklarının bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan değişimine yaş değişkeninin etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hastaların yaşı 60 ve üzeri yaş olduğunda bilgi puanının düştüğü bulunmuştur (β :-2.107 p:0.032) (Tablo 18). Literatürde ileri yaşta nörolojik defisitler ve hafıza yetersizlikleri görülebileceği bildirilmektedir (9). Hastalardan evli olanların bilgi puan değişimi yüksek bulunmuştur (β :3.010 p:0.045) (Tablo 18). Gilliss ve arkadaşlarının (40) açık kalp ameliyatı olan 200 hasta üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların %88'i hastaneden taburcu olduktan sonra evde karşılaştıkları fiziksel ve ruhsal sorunlarla baş edebilmek için eşlerin desteğine ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca Güneş'in (9) yaptığı çalışmada bekar hastaların anksiyete puan ortalamaları evli hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ve bu durum hastaya verilen eğitimin etkinliğini olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalaması değişimine ikamet değişkeninin etkisi istatistiksel olarak anlamlılığa yakın bulunmuştur. Hastalardan şehirde yaşayanların bilgi puan değişimi yüksek bulunmuştur (β :2.022 p:0.079) (Tablo 18). Goodman'nın (77) yaptığı çalışmada da, açık kalp ameliyatı olan hastalar ameliyattan sonraki 6 ay boyunca incelenmiş ve bu inceleme sonunda, ameliyat olunan yere uzak yaşayan hastaların, yakın yerde yaşayan hastalara göre anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Anksiyete düzeyinin yüksek olması da hastanın bilgi puan değişimini olumsuz etkilediği düşünülmüştür. Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan değişiminde fiziksel ve sosyal etkenlerin rol oynadığı söylenebilir (77).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Açık kalp ameliyatı yapılan hastalara verilen taburculuk eğitiminin evdeki ve sonraki yaşamlarında karşılaşılabilecekleri sorun yaratıcı durumlarla başetmesinde kullanma oranlarının araştırıldığı çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Hastaların; % 40'ı (n= 20) 50-59 yaş aralığında, %84'ü (n=42) erkek, %88'i (n=44) evli, %88'i (44) ilk ve ortaokul mezunu, % 54'ünün (n=27) çalıştığı, %50'si (n=25) EMS-SSK, %78'i (n=39) köy-kasabada yaşamakta olduğu saptanmıştır.

Hastaların; %40'ı (n=20) cerrahi operasyon geçirmiş, %32'si (n=16) ameliyatı hakkında bilgi almış, 87,5'i (n= 14) bilgiyi doktordan aldığı, % 64'ünün (n=32) alkol kullanmadığı, %58'inin (n=29) ise sigara kullanmadığı saptanmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre hastaların ilaç kullanımı, ağrı, ödem, boşaltım, dinlenme, hijyenik bakım, cinsel yaşam, uğraşları bilme durumları eğitim sonrası eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hastaların yara bakımı, enfeksiyon, diyet, egzersizler, alışkanlıklar, değişkenler ve ruh halindeki değişiklikleri bilme durumları eğitim sonrası eğitim öncesine göre istatistiksel analiz yapılamadığından anlamlılık bulunamamıştır.

Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan değişimlerine 60 yaşın altında olma, evli olma ve şehirde yaşamının (P<0.05) artması yönünde etkide bulunduğu belirlenmiştir.

Hastaların eğitim öncesine göre eğitim sonrası bilgi düzeylerindeki artış istatistiksel olarak anlamlılık oluşturmuştur (Z=-6,166 p=0,001).

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre önerilerimiz;

- Açık kalp ameliyatı olan hastalara taburculuk eğitimi verilmeli,

- 60 yaş ve üzeri hastalarda hastanın algılamasını artırmaya yönelik girişimlerden yararlanılmalı,
- Bekar olan, köy-kasabada yaşayan hastaların eğitim programları daha etkin kılınmalı,
- Hemşireler CABG ameliyatı sonrası taburculuk eğitimi konusunda eğitim almalı ve hastalara taburculuk eğitimi verme konusunda duyarlı davranmalı.

ÖZET

Bu araştırma açık kalp ameliyatı yapılan hastalara hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitiminin hastalar tarafından kullanılma oranlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma örneklemini Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği'nde Ocak 2007 - Haziran 2007 tarihleri arasında açık kalp ameliyatı olan, okuma yazma bilen, 40-70 yaş aralığında araştırmaya katılmayı kabul eden 50 hasta oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu, ön test ve son test anket formu kullanılarak toplanmıştır. Araştırmacı tarafından hastalarla yaklaşık 30-40 dakika süren açık kalp cerrahisi sonrası taburculuk eğitimi verilmiş ve eğitim sonunda hastalara araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı verilmiştir. Elde edilen veriler SPSS 7.00 programında yüzde, McNemar ki-kare, Wilcoxon signed ranks ve geriye doğru adımsal doğrusal regresyon analizi testleri kullanılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre hastaların ilaç kullanımı, ağrı, ödem, boşaltım, dinlenme, hijyenik bakım, cinsel yaşam, uğraşları bilme durumları eğitim sonrası eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hastaların yara bakımı, enfeksiyon, diyet, egzersizler, alışkanlıklar, değişkenler ve ruh halindeki değişiklikleri bilme durumları eğitim sonrası eğitim öncesine göre istatistiksel analiz yapılamadığından anlamlılık bulunamamıştır.

Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan değişimlerine 60 yaşın altında olma ,evli olma ve şehirde yaşama artması yönünde etkide bulunduğu belirlenmiştir. Hastaların eğitim öncesine göre eğitim sonrasında bilgi düzeylerindeki artış istatistiksel olarak anlamlılık oluşturmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda açık kalp cerrahisi geçiren hastalara taburculuk eğitimi verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Açık Kalp Ameliyatı, Hasta, Hasta Eğitimi, Hemşire, Hemşirelik Bakımı, Taburculuk Eğitimi.

THE USE RATES OF PATIENT DISCHARGE EDUCATION GIVEN BY THE NURSE AFTER OPEN HEART SURGERY

SUMMARY

This research aims to identify the use rates of patient discharge education given by the nurses to the patients who had open heart surgery .

Research sample contains 50 patients, who experienced open heart surgery in between January 2007 –June 2007 at Trakya University Health Research and Practice Center - Heart and Vein Surgery Clinic, have the ability of literacy and numeracy and age range of 40-70 .

Research data are collected by using before and after test survey form and the personal information form which was prepared by the investigator. After open heart surgery that is approximately 30-40 minutes, discharge education is given to the patients by the investigator and at the end an education booklet which was arranged by the investigator is handed out to the patients. Collected data are analyzed by using percentage, McNemar chi-square, Wilcoxon signed ranks and retrospective stepwise regression analysis with SPSS 7.00.

According to the search results patients drug use, pain, oedema, excretion, relaxation, hygienic care, sexual life and status of knowledges are found statistically significant after education compared to before education. Patients wound care, infection, diet, exercise, habits and the status of the knowledge of mental state after education were not statistically significant compared to before education period.

It is identified that being younger than age 60, being married and living urban are effecting the knowledge score changes of patients before education and after education due to increasement. The increase of patient's knowledge status after education is found to be statistically significant compared to before education status.

According to these findings discharge education should be given to the patients who experienced open heart surgery .

Key words: Discharge Education, Nurse, Nursery Care, Open Heart Surgery, Patient, Patient Educaiton.

KAYNAKLAR

- 1- Yalçın M, Bardak M . Sağlık İstatistikleri 1996; Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı Yayın No: 595, 1997: 3-15.
- 2- Aydın ÇF. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası İki Aylık Dönemde Yaşadıkları Güçlükler. Ankara: Hacettepe Üniv Sağlık Bilimleri Ens; 2000.
- 3- Dorken N. Kalp cerrahisi. İstanbul: Hilal Matbacılık, 1975: 5-195.
- 4- Annesi SM, Bautch JC, Brunn JAB, Byers JF, Gab KC, Casey PE, Ve Ark. Management of Patients With Coronary Vasculer Disorders. İn Smeltzer SC, Bare BG (Eds). Brunner & Suddarth's Textbook Of Medical Surgical Nursing. 10th Ed. Philadelphia: Lippincottwilliams&Wilkins; 2000: 48, 149-169.
- 5- Ekici B, Özdemir S. Yaşlı bireylerin sağlık ve evde bakım durumlarının değerlendirilmesi. Hemşirelik Forumu 2003; 6(4): 27-36.
- 6- Özkan M. Açık Kalp Cerrahisinin Tarihi. <http://www.kvc.hacettepe.edu.tr/pdf/ekc001>.
- 7- Onat A, Sarı İ, Tuncer M, Karabulut A, Yazıcı M, Türkmen S, Doğan Y, Keleş İ, Sansoy V. TEKHARF çalışması takibinde gözlemlenen toplam ve koroner mortalitenin analizi. Türk Kardiyoloji Dern Arş 2004; 32:595.
- 8- Onat A. Ulusal Kalp Sağlığı Politikası ve Kalp Damar Hastalıklarından Korunma Stratejileri. Türk Kardiyoloji Dern Arş 2004; 32:596-602.
- 9- Güneş P. Açık kalp ameliyatı olan hastaları taburculuk öncesi bilgilendirmenin anksiyete düzeyine etkisi. Sivas: Cumhuriyet Üniv. Sağ. Bil. Ens. Hemş. Prog.; 2001.
- 10- Yava A. Açık kalp cerrahisi geçiren bireylerde postoperatif nöropsikolojik değişikliklerin değerlendirilmesi. Ankara: GATA Sağlık Bilimleri Ens. 2000.

- 11- Erdil F, Elbaş Ö. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği.II.Baskı. Tasarım Ofset, 1997: 297-334
- 12- Polaski A L, Tatro S E. Luckmann's Core Principles and Practice of Medical Surgical Nursing, Philadelphia, W B Saunders Co. 1996:736-771.
- 13- Bozer AY. Kalp hastalıkları ve cerarahisi. Ankara, Ayyıldız Matbası: 1985. 3-17.
- 14- Polaski AL, Tatro SE. Luckmann's core principles and practice of medical surgical nursing, Philedelphia, W.B. Sounders Co.1996:736-771.
- 15- Gültekin G, Özbayır T. Koroner by-pass ameliyatı olan hastalara taburcu olmadan önce verilen eğitiminin etkinliğinin karşılaştırılması. Ulusal Cerrahi Kongresi'nde: 2002 Mayıs 5-19; Antalya, Türkiye. İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 2003; 309-317.
- 16- Akyolcu N. Perioperatif hasta ve ailesinin eğitim gereksinimleri ve hemşirenin rolü: 4.Ulusal ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi'nde: 2003 Ekim 22-26, İzmir, Türkiye. İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 2005; 97-107.
- 17- Zaybak A. Kalp kapağı replasmanı yapılan hastaların öz-bakımlarının değerlendirilmesi. Sivas: Cumhuriyet Üniv. Sağ. Bil. Ens. Hemş. Prog.; 1999.
- 18- Karazeybek AE, Özbayır T. Histerektomi ameliyatı olan hastalara verilen eğitimin etkinliğinin saptanması. 4.Ulusal ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi'nde: 2003 Ekim 22-26, İzmir, Türkiye. İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 2005; 267-279.
- 19- Kanan N. Cerrahi hastasında erken taburculuk .Ulusal Cerrahi Kongresi'nde: 2002 Mayıs 5-19; Antalya, Türkiye. İzmir Ege Üniversitesi Basımevi, 2003; 17-25.
- 20- Yıldız Z. Açık Kalp Ameliyatı Olacak Hastaların Bilgi Gereksinimine İlişkin Bir Çalışma (tez). İstanbul: İstanbul Üniv sağlık Bilimleri Ens; 1994.
- 21- Özkan S. Hasta eğitiminde hemşirenin rolü: I. Ulusal ve Uluslararası & VUlasal Hemşirelik Eğitimi Kongresi'nde: 2001 Eylül 19-22, Kapodokya, Türkiye. İstanbul, Bilmedya Grup, 2003; 275-280.
- 22- Yıldız Z. Açık Kalp Ameliyatı Olacak Hastaların Bilgi Gereksinimine İlişkin Bir Çalışma. Hemşirelik Bülteni 1998; 10(40-41):41.
- 23- Candan Y, Özşaker E ve ark. Cerrahide hasta eğitimi.Ulusal Cerrahi Kongresi'nde: 2002 Mayıs 15-19, Antalya Türkiye,371-378.
- 24- Hacıalioğlu N, Özer N. Koroner arter by-pass ameliyatı olan hastaya evde bakım veren aile üyelerinin evde bakımı algılayışları ve bakım konusundaki gereksinimleri. 4.Ulusal ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi'nde: 2003 Ekim 22-26, İzmir, Türkiye. İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 2005; 467-478.

- 25- Bucher L, Melander Sheila. Critical Care Nursing. Philadelphia, Saunders Company, 1999:321-331
- 26- Tokcan A, Yalınız H. Türkiye’de kalp cerrahisinin tarihçesi. In: Duran E, editör. Kalp ve damar cerrahisi. İstanbul: Çapa Tıp Kitabevi, 2004: 13-20.
- 27- Köksal C, Sarıkaya S, Özcan V, Zengin M, Meydan B, Helvacı A ve ark. SSK Süreyyapaşa Hastanesi’nde açık kalp cerrahisi: İlk 100 vaka. Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg 2002;10:264-6.
- 28- Akdemir N, Birol L. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. 2. baskı. Ankara: Sistem Ofset, 2004: 78-81.
- 29- Akyolcu N, Akyolcu MC. Koroner bypass ameliyatlarından sonra görülen psikososyal sorunlar. Hemşirelik Bülteni 1990: 16; 63-68.
- 30- İgnatavicus D, Workman L, Mishler M. Medical surgical nursing. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1995:985-1017
- 31- Annesi SM, Bautch JC, Brunn JAB, Byers JF, Gab KC, Casey PE, Ve Ark. Management of Patients With Coronary Vasculer Disorders. İn Smeltzer SC, Bare BG (Eds). Brunner & Suddarth’s Textbook Of Medical Surgical Nursing. 10th Ed. Philadelphia: Lippincottwilliams&Wilkins; 2006: 751-748.
- 32- Öztekin D, Akyolcu N. Minimal invaziv direkt koroner arter bypass sonrası hemşirelik bakımı ve hasta eğitimi. Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi 2003;7(2): 88-95.
- 33- Sarıoğlu T. Kalp Cerrahisi Klinik Protokolü. 1995. http://www.kalpcerrahisigrubu.com/pdf/Kalp_Cerrahisi_Klinik_Protokolu.
- 34- Hürdal D, Çelik N. Kalp cerrahisi yoğun bakım ünitesinin standardizasyonu. Türkiye Klinikleri J Surg Med 2007;3(27):63-69.
- 35- Mills SA. Risk factors for cerebral injury and kardiak surgery. Ann. Thorac. Surg. 1995; 59:1296-1299.
- 36- Kayış A. Hemşirelerin hasta eğitimine verdikleri önem ve eğitim verirken karşılaştıkları güçlüklerin saptanması. I. Uluslararası & V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi; 2001 Eylül 19-22; Nevşehir, Türkiye. İstanbul, Bilmedya Grup; 2003.
- 37- Esen A, Akyol A, Ergün FŞ. Klinik hemşirelerin eğitici rollerinin etkinliği. IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu; 1997 Eylül 10-12; Kıbrıs. İstanbul, Çevik Matbaa; 1999.
- 38- Kelly RB, Falvo DR. Patient education. In: Rakel RE, ed. Textbook of Family Practice. Sixth ed. Saunders Com, Philadelphia. 2002: 253-61.

- 39- Durna Z, Enç N. Öğrencilerin hasta eğitimi uygulama ve başarıma durumlarının değerlendirilmesi. IV. Ulusal Hemşirelik Eğitim Kongresinde: 1997 Eylül 10-12; Kıbrıs. İstanbul,Çevik matbaacılık,1997; 352-358.
- 40- Gilliss CL, Gortner SR, Hauck WW ve ark. A randomized clinical trial of nursing care for recovery from cardiac surgery: Heart and Lung 1993;19(6): 6.
- 41- Taşocak G, Hasta eğitimi, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2003.
- 42- Ay AF, Ertem TÜ, Özcan KN. Temel Hemşirelik. İstanbul: Medikal Yayıncılık, 2007: 133-135.
- 43- Öztekin D. Koroner arter by pass gerft cerrahisi geçiren hastalarda gerft-bacak komplikasyonlarının önlenmesinde hemşirenin rolü.Hemşirelik Bülteni1999;11:43-44
- 44- Karadağ M. Ayaktan cerrahi uygulamalarında hasta eğitimi, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,1999;3(2):27-34.
- 45- Taşocak G, Kaya H. Aile Eğitimi.Hemşirelik Bülteni 1999;11(43-44):317-321.
- 46- Alpar EŞ, Karacak Ü, Gülseven B. Hastanın hastaneden taburcu edilmesinde hemşirenin rolünün değerlendirilmesine ilişkin bir çalışma. Hemşirelik Dergisi 1997;3-4: 22-27.
- 47- Taşocak G. Hasta eğitim ilkeleri, Böbrek Hastaları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Eğitim Programları Kitabı, Mat Yapım, İstanbul, 2001.
- 48- Karadağ M, Sabuncu H. Ameliyat olan hastaların taburcu olurken evde bakımla ilgili bilgi gereksinimleri, İnönü Üniversitesi sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 4 (4): 53-60, ağustos, 1998.
- 49- Sabuncu N. Hemşirelik bakımında temel ilke ve uygulamalar. Ankara: Kalkan matbaası.2008:160.
- 50- Kanan N. Cerrahi hastasında erken taburculuk: Ulusal Cerrahi Kongresi'nde: 2002 Mayıs 5-19; Antalya, Türkiye. İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 2003; 17-25.
- 51- Özhan NE. Cerrahi hastasının evde bakımı. Ulusal Cerrahi Kongresi'nde: 2002 Mayıs 5-19; Antalya, Türkiye. İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 2003; 27- 33.
- 52- Babadağ K, Kanan N ve ark. Öz-bakım kuramının cerrahi hemşireliğine uyarlanması. Şişli Etfal Hast Hemşirelik Derg 1996; 1(2):83-90.
- 53- Öztekin D, Akyolcu N. MIDKAB deneyimi: cerrahi teknik, ameliyat sonrası hemşirelik bakımı ve hasta eğitimine genel bakış. I. Uluslararası & V Ulusal Hemşirelik Eğitim Kongresi'nde: 2001, Nevşehir Türkiye, 307-308.

- 54- Öztekin D, Aksoy G, Öztekin G. Koroner arter by pass cerrahisinde eşlerin deneyimledikleri kaygılar ve istekleri. Hemşirelik Bülteni 1999;11 (43-44): 185-195.
- 55- Black JM, Jacobs EM. Medical surgical nursing. 4 ed. Philadelphia: Saunders Company,1993:1242-1251.
- 56- Brunner LS, Suddart DS. Medical surgical nursing.2 ed. London: Harper& Row Ltd,1989: 293-297.
- 57- Bocher MA, Edelman MA, Edmisson KW, March KS, O'Conner LJ, Ramirez MN, Scott BA, Small CC, York DR. Handbook of Medical Surgical Nursing, 4th , Philadelphia, 2006, 208-211.
- 58- Öztekin D. Kalp cerrahisinde port uygulaması: ameliyat sonrası hemşirelik bakımı ve hasta eğitimine genel bakış. I. Uluslararası & V Ulusal Hemşirelik Eğitim Kongresi'nde: 2001, Nevşehir Türkiye, 309-311.
- 59- Duran E., Hasta Bilgilendirme Kitapçığı, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Edirne, 2004.
- 60- Florence Nightingale Hastanesi Kardiyovasküler Cerrahi Bölümü , Kalp ve Damar Cerrahisi Bilgilendirme Kitapçığı.
- 61- Dr Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Rehberi.
- 62- Us M. Koroner Kalp Hastalığı. By-Pass 'Taburcu Olduktan Sonra Dikkat Edilmesi Gerekenler'. 2007.<http://www.melihus.com>.
- 63- Culligan M, Todd B, Liehr P. Preventing greft leg comlications in CABG patients. Nursing 1990; 6:59..
- 64- Oğuz A, Doğan G. Kardiyovasküler hastalıklar ve beslenme. Türk Kardiyoloji Seminerleri 2003: 22- 31.
- 65- Kundurucular Z. Koroner bypass cerrahisinde egzersiz eğitiminin etkileri. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1991.
- 66- Şan M. Fiziksel aktivite ve kardiyovasküler sağlık. Türk Kardiyoloji Seminerleri 2003: 17- 21.
- 67- Durmuş BA. Miyokard enfarktüsü geçiren hastalar için rehabilitasyon programı. Ege Üniversitesi HYO Dergisi 1993; 9 (3): 77-82.
- 68- Ungan M, Yaman H. Şarap ve kalp sağlığı: Gerçekten işe yarıyor mu?. Sendrom 2001; 13: 56-59.
- 69- Yıldız H, Pınar R. Cinsellik ve kalp. Sendrom 2004; 16 (8): 87-91.

- 70- Onat A. Kalp-damar hastalıklarında erektil disfonksiyon ve tedavisi durum raporu. Türk Kardiyoloji Dern Arş 2000; 28: 763-774.
- 71- Newman MF, Croughwell ND, Blumenthal JA ve Ark. Predictors of cognitive decline after cardiac operation, Ann. Thorac. Surg. 1995; 59: 1326-1330.
- 72- Broers C, Kopman H, Burgersdijk, Cornel J ve ark. Safety and efficacy of a nurse led clinic for post-operative coronary artery bypass grafting patients.
- 73- Akın S, Durna Z. Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi;10(2): 1-8.
- 74- Redeker NS, Ruggiero JS, Hedges C. Sleep is related to physical function and emotional well-being after cardiac surgery. Nursing Research 2004; 53(3):154-162.
- 75- Brezinka V, Kittel F. Psychosocial factors of coronary heart disease in women: a review. Social Science Medicine 1996; 42(10): 1351-65.
- 76- Cupples SA. Effects of timing and reinforcement of pre-operative education on knowledge and recovery of patients having coronary artery graft surgery. Heart Lung. 1991;20:654-660.
- 77- Goodman H. Patient perceptions of their education needs in the first six weeks following discharge after cardiac surgery: Journal of Advanced Nursing 1997; 25: 1241-1251.

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 2: Hastaların İlaç Kullanımına Yönelik Bilgileri Bilme Durumlarına Göre Dağılımları

Tablo3: Hastaların Ağrıya Yönelik Bilgileri Bilme Durumlarına Göre Dağılımları

Tablo 4: Hastaların Yara Bakımına İlişkin Bilgileri Bilme Durumlarına Göre Dağılımları

Tablo 5: Hastaların Ödem Hakkındaki Bilgileri Bilme Durumlarına Göre Dağılımları

Tablo 6: Hastaların Enfeksiyon Hakkındaki Bilgileri Bilme Durumlarına Göre Dağılımları

Tablo 7: Hastaların Diyet Hakkındaki Bilgileri Bilme Durumlarına Göre Dağılımları

Tablo 8: Hastaların Boşaltım Hakkındaki Bilgileri Bilme Durumlarına Göre Dağılımları

Tablo 9: Hastaların Egzersizler Hakkındaki Bilgileri Bilme Durumlarına Göre Dağılımları

Tablo 10: Hastaların Dinlenme Hakkındaki Bilgileri Bilme Durumlarına Göre Dağılımları

Tablo 11: Hastaların Hijyenik Bakım Hakkındaki Bilgileri Bilme Durumlarına Göre Dağılımları

Tablo 12: Hastaların Alışkanlıklar Hakkındaki Bilgileri Bilme Durumlarına Göre Dağılımları

Tablo 13: Hastaların Cinsel Aktivite Hakkındaki Bilgileri Bilme Durumlarına Göre Dağılımları

Tablo 14 : Hastaların Ruh Halindeki Değişiklik Hakkındaki Bilgileri Bilme Durumlarına Göre Dağılımları

Tablo 15: Hastaların Acil Durumlar Hakkındaki Bilgileri Bilme Durumlarına Göre Dağılımları

Tablo 16: Hastaların Uğraşlar Hakkındaki Bilgileri Bilme Durumlarına Göre Dağılımları

Tablo 17: Taburculuk Eğitim Puanı Üzerine Yaş, Evlilik ve İkamet Değişkenlerinin Etkisinin İncelenmesi

Tablo 18: Hastaların Eğitim Öncesindeki ve Eğitim Sonrasındaki Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması

ÖZGEÇMİŞ

1977 yılında Niğde’de doğan Hacer Özcan ilk ve orta öğrenimini Edirne’de tamamlamıştır. Trakya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu’nu 1998 yılında bitirerek dikey geçiş yaptığı İstanbul Üniversitesi Florence Nihtingale Hemşirelik Yüksekokulu’ndan 2000 yılında mezun olmuştur. 1998 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde göreve başlamış ve çeşitli birimlerde görev almıştır. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bölümü’nde 2005 yılında yüksek lisans eğitimine başlamıştır.

Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği ve Türk Hemşireler Derneği’ne üye olup halen Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde hemşirelik hizmetleri müdür yardımcılığı görevini sürdürmektedir.

EKLER

Ek 1. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Taburculuk Eğitim Kitapçığı

Ek 2. Kişisel Bilgi Formu

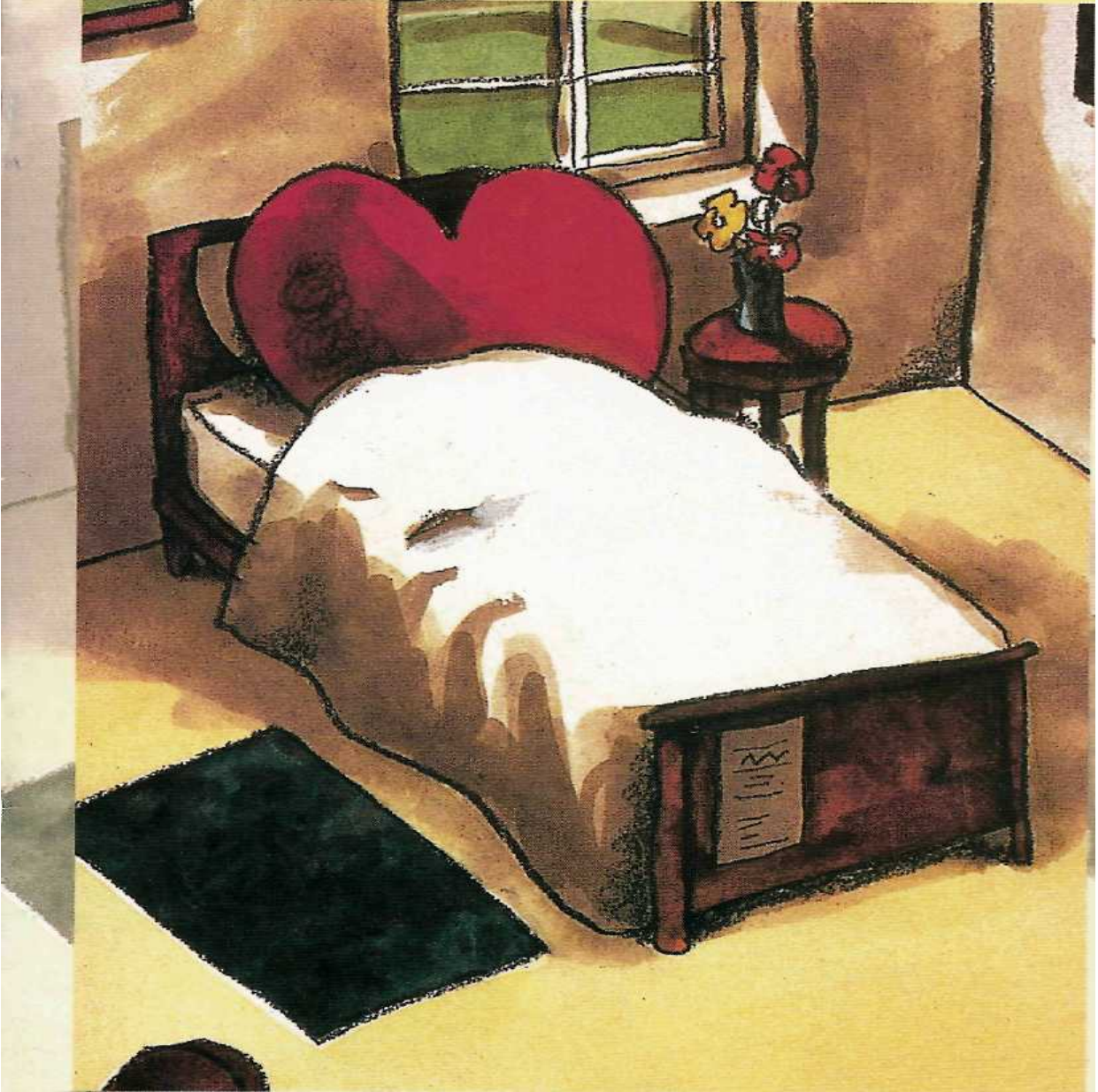
Ek 3. Anket Formu

Ek 4. Etik Kurul İzni

EK-1

AÇIK KALP AMELİYATI SONRASI TABURCULUK EĞİTİM KİTAPÇIĞI

"Zihinin acı veya zevk veren, ümit veya korku veren her duygulanımı kalbe uzanır"



EDİRNE 2006

ÖNSÖZ

Bu eğitim kitapçığı sizlere, açık kalp ameliyatı sonrası yaşama uyum, vücut imajındaki değişikliğe uyum ve sonraki yaşamın bağımsız sürdürülebilmesi için bilgiyi vermek amacıyla hazırlanmıştır.

Bu kitap evde iyileşme sürecinde karşılaşılabileceğiniz sorunlarla başetmede size yardımcı olacaktır.

Not: Bu kitapçık Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hemşireliği Yüksek Lisans Programında yürütülmekte olan ‘Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastalara Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastalar Tarafından Kullanılma Oranları’ başlıklı yüksek lisans tezinin uygulamasında kullanılmak üzere araştırmacı ve danışmanı tarafından materyal olarak hazırlanmıştır.

Araştırmacı: Hacer ÖZCAN

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

İÇİNDEKİLER

- 1- AMELİYAT SONRASI İLAÇ KULLANMA**
- 2- AĞRIYLA BAŞETME**
- 3- AMELİYAT YARALARININ BAKIMI**
- 4- İSTENEMEYEN ETKİLERİN ÖNLENMESİ**
 - a. Şişlik**
 - b. Enfeksiyon**
- 5- DİYET**
 - a. İştahsızlık**
 - b. Kolesterol ve Yağ Tüketimi**
 - c. Protein, Karbonhidrat ve Lifli Gıda Tüketimi**
 - d. Kontrollü Tuz Tüketimi**
- 6- EGZERSİZLER**
- 7- DİNLENME**
 - a. Uyku**
 - b. Oturma**
 - c. Yatma**
- 8- HİJYENİK BAKIM**
- 9- KABIZLIK**
- 10- SİGARA**
- 11- ALKOL**
- 12- CİNSEL AKTİVİTE**
- 13- RUH HALİNDE DEĞİŞİKLİK**
- 14- ACİL DURUMLAR**

15- UĞRAŞI

- a. İşe Başlama**
- b. Ev İşleri**
- c. Otomobil Kullanma**
- d. Seyahat**
- e. Sosyal Faaliyet**

16- KONTROLE GELME

Giriş:

Açık Kalp Ameliyatı olan hastalar ortalama 4-7 gün sonra taburcu olurlar. Oysa hastalar genelde biraz daha kalayım ve tam iyileşeyim psikolojisi ile hastaneden geç taburcu olmayı arzu ederler. Halbuki ne kadar temiz olursa olsun tüm hastanelerde enfeksiyon tehdidi vardır ve evinizde bulacağınız sakın ve huzurlu ortamı size sağlayamaz. Bu maksatla genel durumu ve rutin laboratuvar tetkikleri normal hastalar gününde taburcu edilmelidirler. Evinize çıktuktan sonra da, ziyaretçi sayınızı kısıtlamanız ve yorulduğunuzda misafirlerinizden özür dileyerek istirahata çekilmeniz önerilir.

Birçok hastada sıklıkla karşılaşılan şikayetler tamamen normaldir ve geçici bir süredir. Bu şikayetler ve ameliyattan sonra uyulması gereken kurallar hakkında genel bilgiler bu rehber kitapçıkta verilmiştir.

AMELİYAT SONRASI İLAÇ KULLANIMI

Açık kalp ameliyatı sonrası ilaç kullanmaya devam edilecektir. Bypass ameliyatıyla sadece tıkalı bölge atlanarak yeterli kan gitmeyen bölgeye kan gelmesi sağlanır. Eğer zaman içerisinde kurallara uymaz, istenilenleri yapmazsanız açık olan kendi damarlarınız tıkanabilir. Takılan damarın açık kalma şansı kendi damarlarınızın açık kalmasına bağlıdır. İşte bu nedenlerle ilaçları kullanarak kendi damarlarınızda hem hastalığın gidişini durduracak hem de açık kalmasını sağlayacaksınız. Kapak ameliyatlarından sonra ise kapağın işlevini tam olarak sürdürebilmesi için mutlaka ilaçlarınızı önerilen şekilde kullanmalısınız.



Size verilen ilaçların düzenli alınması önemlidir. Bu ilaçlar genellikle; kalp, tansiyon, ritm sorunlarına, kanın pıhtılaşmasını geciktirmeye yönelik ilaçlardır.

İlaç Kullanımında Bilinmesi Gerekenler;



- İlacı doğru yoldan, doğru zaman aralıklarında, doğru dozda ve belirtilen süre boyunca kesintisiz almalıdır.
- İlacın ismini, maksadını ve olabilecek yan etkilerini öğrenin ve not ederek saklayın.
- İlaçların kullanma şekillerini ve saatlerini içeren liste yapınız. Her altı saatte bir ilacın alınması söylendiğinde bu günün 24 saatinde her bir altı saati kapsar.

- ✚ Yemek öncesi demek yemekten onbeş dakika önce yemek sonrası ise, yemekten onbeş dakika sonra demektir.
- ✚ İlaçlarınızı her zaman kullanabileceğiniz şekilde müsait yerlerde (iş yerinde, evde ve arabanızda) bulundurunuz. Seyahate çıkarken ilaçlarınızı yeterli miktarda yanınıza alınız.
- ✚ İlaç dozunu bir seferlik unutursanız ikinci kez sakın iki tane birden almayınız. Eğer birden fazla ilaç almayı unutursanız mutlaka doktorunuzla görüşünüz
- ✚ Kendinizi iyi hissettiğinizde ilacı kendiliğinizden kesmemelisiniz.
- ✚ İlaçtan yarar görmüyorsanız durumu doktora bildirmelisiniz.
- ✚ İlacın kullanımıyla ilgili kuşkusu varsa doktorunuza sormalısınız.

Coumadin

Coumadin kanı sulandırmak amacı ile verilen ilaçtır. Coumadin kanınızı sulandırır fakat pıhtı oluşumunu durdurmaz sadece yavaşlatır. Bu pıhtılaşmada azalma veya yavaşlama kalp kapağınızın ve damarlarınızın emniyeti için gereklidir. Eğer pıhtı oluşursa nadirde olsa kalp kapağınızı, damarlarınızı hatta hayatınızı tehdit edebilir. Coumadin etkisini kanda belli seviyeye ulaştığında gösterir. Bu seviyenin altına düşerse ilaç etkisini gösteremez. Ancak bu seviyenin üzerinde de ciddi kanamalara yol açabilir. Bu nedenle doktorunuzun belirttiği aralıklarla kan tahlillerini (PT, PT Akt, INR) yaptırmanız gerekmektedir. Bu ilaç doktor gözetimi altında düzenli aralıklarla alındığında emniyetlidir.

Coumadin kullanmada tehlike işaretleri:

Aşağıdaki belirtileri saptadığınızda acilen doktorunuzla temasa geçmeniz gerekmektedir.

- ✚ Burun, ağız ve diş etlerinden sızıntı şeklinde kanama
- ✚ Kırmızı renkli veya kanlı idrar
- ✚ Siyah veya kanlı gaita (büyük tuvalet)
- ✚ Deride çürükler
- ✚ Alışılmamış veya şiddetli baş ağrıları
- ✚ Aşırı derecede regl (aybaşı) kanaması
- ✚ Kanlı balgam
- ✚ Kahve telvesi renginde kusma
- ✚ Eğer herhangi bir yerinizi keserseniz kesiğin üzerine basınçla bastırınız. Kesikten gelen kan 10 dakikada durmaz ise en yakın acil merkeze müracaat ediniz.

AĞRIYLA BAŞETME



Kalbe ulaşmak için kesi yapılan yerde bir miktar rahatsızlık olacaktır. Ayrıca ameliyatınızda ven greft veya greftler kullanılmış ise, bacaklarda da ağrı olabilir. Yaraya bağlı ağrılar altı hafta, kas ağrıları ise 3-4 ay sürebilir. Bu ağrılar; ani hava değişimlerinde, fazla yorulduğunuzda, öksürme, hapşırma gibi ani hareketlerde şiddetlenir.. Safen ven çıkarılan ayak üzerinde uzun süre durulur ise, kesi yerinde yanma ve ağrı hissedilebilir. Bacak yarasındaki şişkinlik ve rahatsızlık bir kaç ay sürecektir.

- ✚ Omuz, sırt ve sırt bölgelerinde görülen ağrılar için doktorun önerdiği ağrı kesiciler düzenli olarak kullanılmalıdır.
- ✚ Öksürme, hapşırma gibi durumlarda ağrıyı azaltmak için ameliyat bölgenizi elle ya da küçük bir yastıkla desteklemeniz gerekir.
- ✚ Pozisyonunuza bağlı ağrı olabilir. Böyle durumlarda pozisyonunuzu değiştirmek, omuz ve kolları sık sık hareket ettirip düzgün vücut pozisyonunda yürümek faydalı olacaktır.
- ✚ Bacaklardaki şişmeleri azaltmak için elastik varis çorapları giyilmelidir. Ayrıca yürümek, ayaklardaki kan dolaşımına katkıda bulunup kalbe de yardımcı olur.
- ✚ Tüm bunların yanı sıra yürüyüş, TV izleme, hoşlanılan uğraşlarla zaman geçirme gibi etkinliklerde ağrıyı gidermede yardımcı olacaktır.

AMELİYAT YARALARININ BAKIMI

Ameliyattan hemen sonra göğüsteki kesi hattı hava ile temas eder ve kuruyarak kabuk bağlar. Ameliyat yerleri tam iyileşene kadar temiz tutulmalı, yumuşatıcı kremler, kolonya vs. sürülmemeli ve bu bölgelerin hava alması sağlanmalıdır.

Yaklaşık 14 gün sonra dikişlerinizi aldirtmalısınız. Aksi belirtilmedikçe sadece dren dikişleriniz (koyu mavi veya siyah renkli) alınacaktır. Diğer dikişler (beyaz renkli) kendiliğinden eriyip düşecektir. Ameliyattan sonraki bir yıl içinde yara yerlerinizi direkt güneş ışığından koruyun. Bu dönem içinde yara yerlerinin güneş ışığına maruz kalması buraların daha koyulaşmasına yol açar.

Normal iyileşme döneminde; hafif yanma, kaşınmalar olabilir. Kesi yerinin rengi kademeli olarak mordan kırmızıya, sonra pembeye döner; birkaç ay sonrada normal rengini alır. Ancak enfeksiyon belirtileri olabilecek: yara yerinin kırmızılığında artış, ısısının artması, şişme, hassasiyet, akıntılar olması halinde doktorunuzla bağlantı kurunuz. Bazı hastalarda yara iyileşmesinde vücudun oluşturduğu aşırı yanıt nedeniyle ameliyat yerinde aşırı kaşıntı ve yara bölgesinin aşırı büyümesi görülebilir. Bu durumda da doktorunuzla bağlantı kurunuz. Hastanın göğüs ön kemiğinin (iman tahtası) tam olarak kaynaması için gerekli süre 6 haftadır. Bu zamana kadar sırtüstü yatılması, yan dönülmemesi, ağırlık kaldırılmaması (5 kg üstünde), göğüs adalelerini zorlayan hareketlerden uzak durulması (itme, çekme, asılma, tek kolla destek olarak kalkmaya çalışmak vb.) önerilmektedir.

İSTENMEYEN DURUMLARIN ÖNLENMESİ

Ödem (Şişlik):

Özellikle damar alınan bacağınızda şişlik, rahatsızlık ve ayak bileğinde şişlik olacaktır bu durum bir kaç ay sürebilir.



- ✚ Bu dönemde ayağınızın şişmesini önlemek için bacaklarınızı uzun süre kalp seviyesinin altında tutmamanız, uzun süre hareketsiz kalmamanız ve varis çorabı kullanmanız gerekecektir.
- ✚ Varis çorabı genellikle ameliyattan sonraki ilk 6 ay boyunca giyilir. Eğer ayağınızda şişlik bu süreden sonrada devam ediyorsa varis çorabınızı devamlı giymeniz önerilir.

- ✚ Varis çorapları sabahları yataktan kalkmadan önce giyilmelidir. Ameliyattan sonraki ilk 1 aylık dönemde göğüs kemiğinin korunması amacıyla varis çorabınızı bir başkasının giydirmesi önerilir.
- ✚ Varis çorabını gün içinde ayakta kaldığınız sürece devamlı giymeniz gerekmektedir. Varis çorabını gün içinde çıkarıp tekrar giymeniz gerekirse yatarak ayaklarınızı 20 dakika süreyle yüksekte bekletip daha sonra çorabınızı giymelisiniz. Akşamları yatarken varis çorabınızı çıkarınız.

Enfeksiyon Belirtileri:

Enfeksiyon belirtileri olabilecek;

- ✚ Yara yerinin kırmızılığında artış,
- ✚ Isısının artması,
- ✚ Şişme, hassasiyet,
- ✚ Akıntı,
- ✚ Beden ısısının 38 °C'den fazla olması halinde doktorunuzla bağlantı kurunuz.



DİYET



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

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

Kolesterol ve Yağ Tüketimi: Kolesterol, aldığımız birçok besinde bulunan ve vücut tarafından da üretilen bir çeşit yağdır. İhtiyaç duyulandan fazla aldığımızda başta koroner damarlar olmak üzere tüm atardamarlarda birikir. Kandaki kolesterol miktarını azaltmanın en önemli yolu diyetdir



Kolesterol içeren besinler; tereyağı, kaymaklı süt, yumurta sarısı, dondurma, krema, çikolata, salam, sosis, kırmızı etler, sakatatlar, kuruyemiş gibi besinlerde bulunan katı yağlardır ve yüksek oranda kolesterol içerirler. Bypass sonrası yüksek kalorisi nedeniyle kilo almaya yol açabileceğinden bunları da az tüketmemiz gerekmektedir.

Protein, Karbonhidrat ve Lifli Gıda Tüketimi: Protein gereksinimini bezelye, nohut, kuru fasulye, mercimek gibi kuru baklagillerden, tahıllardan ve et ile karşılanmalıdır.

Damar sertliği oluşumunda karbonhidratlar da rol oynamaktadır. Bu nedenle şeker ve şeker ilave edilmiş gıdalar tüketilmesinde dikkatli olunmalıdır.

Lifli gıdalar özellikle yüksek kolesterolü kişilerde önerilmektedir. Yulaf ürünleri, tam pirinç (kepekli), kuru baklagiller, tam ekmek, sebzeler, meyveler liflerden zengin gıdalardır.

Kontrollü tuz diyeti:

Eğer fazla miktarda tuz kullanıyorsanız bu tuz vücuttaki suyu damarların içine çekecektir. Kalp, damarların içerisindeki fazla miktarda su ihtiva eden kanı pompalamak için daha fazla çalışıp zorlanacaktır.

Her şeyin özünde az veya çok tuz vardır. Bu nedenle tamamen tuzsuz bir diyet mümkün değildir. Tuz kullanma alışkanlığını bırakmanız sayesinde vücuda en az oranda tuz girişi sağlanmış olacaktır. Türkiye'de sofraya tuzu (sodyum tuzu) yerini tutan muhtelif suni tuzlar eczanelerde satılmaktadır. Diyetisyenle temasa geçerek bunlardan birini seçebilirsiniz.

Aşırı kilolar başta yüksek tansiyon, felç, şeker hastalığı gibi çeşitli sağlık sorunlarına yol açar. En önemlisi, kalbi, yani hayatınızı tehdit eder.

Ameliyattan sonra;

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



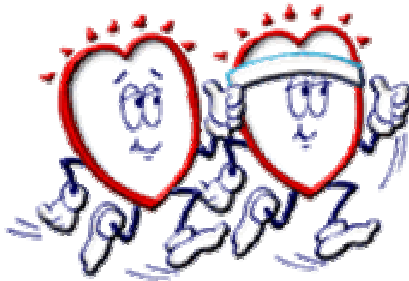
KABIZLIK

Ameliyat sonrası hareketsizlik, dengeli beslenememe ve kullanılan ilaçlara bağlı olarak kabızlık olabilir. Kalp ameliyatı sırasında kesilen iman tahtası kemiğinin sorunsuz kaynayabilmesi için kabız olmamanız, tuvalet sırasında fazla ıkınmamanız gereklidir. Bu nedenle aşağıdaki kurallara uymanız size kolaylık sağlar.



- ✚ Her gün en az 1.5 - 2 litre sıvı alınız. Aldığınız sıvıların ılık olmasına özen gösterin.
- ✚ Çok soğuk ve buzlu içecekler, alkollü içkiler, koyu çay, kahve ve sigara içmeyiniz.
- ✚ Fiziksel hareketlerinizi arttırınız. Orta derecede fizik egzersizler yapınız (yürüyüş, karın adalelerini kuvvetlendirici masajlar gibi)
- ✚ Dışkılama alışkanlığınızı düzeltiniz. Her gün belli bir saate muntazam olarak dışkılama için ihtiyaç duymasanız da tuvalete gitmeye alışkanlık haline getiriniz.
- ✚ Bol posalı diyet uygulayınız. Bağırsakların normal çalışması için sindirim artıkları ile yeteri kadar dolması lazımdır. Bu sebeple fazla posa bırakan yiyecekler yemek gerekir. Kepekli ekmek, tahıllar, kurubaklagiller sık alınmalı; her gün en az dört kez sebze ve meyve tüketilmelidir. Sabahları aç karnına erik ve kayısıdan yapılmış marmelattan bir kaşık alarak üzerine su içilmelidir. Bağırsak hareketlerini arttırır.

EGZERSİZLER



Yapacağınız egzersizler; psikolojik ve sosyal fonksiyonları arttırdığı ve göğüs ağrısı ve adale ağrılarını azalttığı için önemlidir.

Egzersiz yapmanın amaçları; egzersiz yapabilme kapasitesini arttırmak, kas güçsüzlüğünü ve kanın pıhtılaşmasını önlemektir. Ayrıca çoğu hasta eve döndüğünde depresyona girmektedir. Duygusal yönden güçsüz olunması nedeniyle bu hisler normal sayılabilir. Egzersiz depresyondan kurtulmanın en iyi yollarından biridir

Yürüyüş: Tüm vücut ve kalp adalesinde kan dolaşımını arttıran yürüyüş kalp ve damar hastalıkları için size önerebilecek en iyi egzersiz şeklidir. Günlük yürüyüş mesafelerinizi yavaş yavaş arttırın. Her hafta 100 metre arttırarak 2 ay sonunda günde 4-5 km yürüyüş mesafesine çıkmaya çalışın. Yürüyüşlerde düz yolu tercih edin. Yorulduğunuzda durup dinlenin. Çok soğuk ve çok sıcak havalarda yürüyüşlerinizi alışveriş merkezleri gibi kapalı yerlerde yapın, bunların dışında yürüyüşler mutlaka açık alanlarda yapılmalıdır. Yüksek ve düşük sıcaklıklarda ise vücut normalden daha fazla güç sarfedecek ve zorlanacaktır, bu gibi durumlarda uzun mesafeler kısaltılmalıdır. Rüzgarlı havalarda yürümekten kaçınınız. Başlangıçta düz yerlerde yürüyün. Merdiven çıkmak veya rüzgara karşı yürümek kalbinizin zorlandığı egzersizlerdir.



Merdiven: Merdiven çıkmak düz yolda yürümekten daha fazla çaba ister ve genelde tüm hastaları yorar. Doktorunuz tarafından aksi söylenmedikçe merdiven çıkabilirsiniz. Başlangıçta merdiven basamaklarını günde iki-üç kez, 2-3 basamakta bir dinlenerek çıkılmalıdır. Yorulunca durup dinlenmeyi ihmal etmeyin. Ameliyattan sonra ilk iki ay merdiven çıkarken kollarınızdan kuvvet almanız ameliyat bölgenize zarar vereceğinden önerilmemektedir.

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

DİNLENME

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

Oturma ve Yatma Pozisyonu:

Bacaklarınızı uzun süre sarkıtarak oturmayınız. Otururken bacaklarınızı ezecek şekilde bacak bacak üstüne atmayınız ve bacaklarınızın altına destek koyunuz . Oturma aralıklarında oda içerisinde hafif yürüyüş yapınız.



Ameliyattan 10 gün sonra sırt üstü düz biçimde yatabilirsiniz. En az 6 hafta boyunca sağa yada sola yatmayınız. Herhangi bir aktivite esnasında nefes darlığı, kalp atışlarında düzensizlik, baş dönmesi ve göz kararması, veya göğüs ağrısı hissederseniz, yakınmalarınız geçene kadar dinlenin. 20 dakika içinde yakınmalarınız geçmezse doktora başvurunuz.

Uyku:



Uykuya dalmakta güçlük ya da uyuduktan sonra gece yarısı uyanıp bir daha uykuya dalamamak sıkça görülür. Bazen panikle uykudan uyanabilirsiniz. Tüm bunlar zamanla geçici olup gerekirse doktorunuzun reçete edeceği düşük etkili ve kısa süreli uyku ilacı kullanabilirsiniz Her gece mutlaka en az 6 saat uyumanız gerekmektedir

HİJYENİK BAKIM



Tüm yara yerleriniz temiz ve kuru ise banyo veya duşu istediğiniz kadar alabilirsiniz. Evinizde banyo yaptıktan sonra ameliyat bölgesini temiz ve kuru tutunuz. Kabuklar düşüp cilt iyileşene kadar ameliyat yarası yıkanırken ovulmamalıdır. Aşırı sıcak ya da soğuk suyla duş alınmamalıdır Eğer kendinizi yorgun hissediyorsanız size bir yakınınız yardımcı olmalıdır. Ameliyat bölgesine krem veya ilaç sürmeyin. Yara yerlerinin fazla nemlenmesi, dikişlerin hızlı bir şekilde çözünmesine neden olacağından zararlıdır. Ameliyat yerinde karıncalanma, sertlik ve uyuşukluk olabilir. Bunlar zamanla düzelecektir. Ayrıca rahat ve geniş elbiseler giymeye özen gösterilmelidir.



SİGARA



Dünyada yapılan tüm araştırmalara göre, sigaranın diğer organlarda olduğu gibi kalp ve damar sistemi üzerine zararlı etkileri bulunduğu saptanmıştır. Sigara içen kişilerin içmeyenlere göre kalp krizi geçirme riski 2 kat daha fazladır. Sigara içiciliği ani kalp ölümleri için en önemli risk faktörüdür. Kaç yıl içmiş

olursanız olun sigarayı bırakmalısınız. Sigaranın bırakılmasından 10 yıl sonra kalp hastalığı riski sigara içmeyenlerle aynı seviyeye gelmektedir.

Pasif içicilik, kişinin kendisinin sigara içmemesi, çevresinde sigara içen kişilerin bıraktığı dumanı solumasıdır.

Ameliyattan sonra aktif ve pasif olarak kesinlikle sigara içmemeniz gerekmektedir. Sigara yapılan ameliyatın etki süresini kısaltmaktadır.

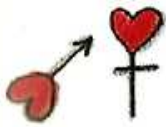


ALKOL



Hastanın alkol alışkanlığı var ise bırakması en doğru olanıdır. Yapılan çalışmalarda düşük miktarlarda (günde 1-2 kadeh) alkol tüketiminin (özellikle kırmızı şarap) kan yağlarını ve kan pıhtılaşmasını düzenleyerek kalp sağlığı üzerine fayda sağladığı saptanmış olsa da ameliyattan sonraki ilk 3 ay alkol almayınız. Alkolün kullandığınız ilaçlarla birlikte alındığında istenmeyen yan etkilere neden olabileceğini unutmayınız. Fazla miktarda tüketilecek alkol, kalpte yorulma ve deformite meydana getirir. Kilo artışı ve karaciğer bozukluğu da fazla alkol tüketilmesi ile ortaya çıkan istenmeyen etkilerdir.

CİNSEL AKTİVİTE



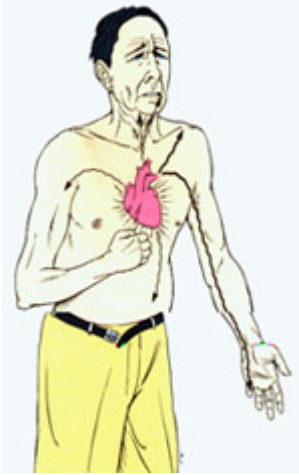
Ameliyattan sonra ilk 4-8 hafta süreyle cinsel ilişkinin kısıtlı olmasına özen gösterin. Bu dönemdeki hareket kısıtlılıkları, genel ağrı ve yakınmaları geçtikten sonra eşinizle cinsel hayatınıza devam edebilirsiniz. Bunun zamanını doktorunuza danışarak belirlemelisiniz. Bu dönemdeki gerilim ve kullandığımız ilaçlar performansınızı etkileyebilir. Eşinizle duygu ve düşüncelerinizi açıkça konuşun. Cinsel hayatınıza başlarken dikkatli olmanız gereken birkaç konu;

- ✚ Dinlenmiş olduğunuz zaman cinsel ilişkide bulununuz.
- ✚ Yemekten hemen sonra cinsel ilişki zararlıdır, en az 1 saat geçmelidir.
- ✚ Yatak odası ne çok soğuk ne de çok sıcak olmalıdır.
- ✚ Ameliyat olan kişi tamamen iyileşene kadar eşinin cinsel ilişkide aktif rol oynaması uygundur.

RUH HALİNDE DEĞİŞİKLİK

Eve dönüşe bağlı mutluluk, istek, ilgi ve etkinliklerde azalma, düşünce ve dikkat bozuklukları, sürekli kaygı, karamsarlık ve depresif hissedebilirsiniz. Bazen hastanenin güvenli ortamını ve tecrübeli ekibini bırakarak eve dönmek düşüncesi bu duyguları ön plana çıkarabilir. Ama unutmamak gerekir ki, yalnızca iyileşme dönemini güvenli bir şekilde evde sürdürebilecek hastalar taburcu olur, aksi takdirde hastalar hastanede yatırılmaya devam edilir. Bu, geçici bir durum olup moralinizi bozmamalıdır.

ACİL DURUMLAR



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

UĞRAŞI

İşe başlama

Kalp ameliyatlarının amacı bireyi çalışma hayatındaki üretkenliğine sağlıklı olarak döndürmektir. Ameliyat sonrası doktor kararı ile işinize başlayabilirsiniz. Çalışma hayatına hafif tempolu işlerde, günde dört saati geçmemek koşuluyla ilk 4 haftadan sonra, zorlamaların olduğu özellikle ellerin kullanıldığı işlerde 3. aydan sonra başlanması önerilmektedir.

Ev işleri yapma



Bayan hastalar için iyileştiğinin bir göstergesi de ev işlerini yapabilmeleridir. Çamaşır yıkama, yemek hazırlama, temizlik, çocuk bakımı, etraf düzenleme gibi aktiviteleri yerine getirmek için 8 haftadan sonra yapılacak kontrolün ve doktorun kararına göre hareket edilmelidir. kendinizi iyi hissettiğiniz müddetçe 8. haftadan itibaren çalışmalara katılabilirsiniz.

Otomobil kullanma

Yolcu olarak istediğiniz zaman arabaya binebilirsiniz. Hasta fiziksel olarak arabayı güvenle idare edebilecek duruma geldiğinde arabayı kullanmaya başlayabilir. Ortalama altıncı haftadan itibaren araba kullanabilirsiniz. Ancak araba kullanma ani hareketler gerektirebileceğinden, stres faktörü de düşünülerek 12 hafta yolcu olarak kalmanız daha iyi olacaktır. Eğer uzun bir yola gidekseniz 2 saatte bir arabadan inip 5-10 dakikalık bir yürüyüş yapılmalıdır.

Seyahat

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



Sosyal faaliyet

Taburcu olduktan sonraki ilk on günde ziyaretçilerinizi ve telefon görüşmelerinizi kısıtlayabilirsiniz. Onuncu günden itibaren gittikçe



güçlendiğinizi ve kuvvetlendiğinizi fark edecek, kendiniz ve çevreniz için gerekli sosyal faaliyetlere katılacaksınız.

Evde kalındığı süre içinde iyileşmeyi hızlandırmak ve morali yüksek tutmak için:

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

KONTROLE GELME

İlk kontrol tarihinize kadar reçetede yazılan ilaçları düzenli ve eksiksiz olarak kullanın. Kalp Damar Cerrahisi Polikliniği'ne ilk kontrol 15 gün sonra yapılacak olup gelirken mutlaka epikriz kağıdını getirmeniz gerekmektedir. Bu kontrolde ameliyat dikişlerinizin kontrolü yapılacaktır. Bundan sonraki kontrolleriniz kardiyoloji polikliniğinde yapılacaktır. Kardiyoloji polikliniğine ilk kontrolünüz ameliyattan bir buçuk ay sonra yapılacak olup, her altı ayda bir tekrar kardiyoloji polikliniğine gelmeniz istenecektir.

Hacer Özcan

O-284-2357641-1648

KAYNAKÇA

- 1- Duran E., Hasta Bilgilendirme Kitapçığı, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Edirne, 2004
- 2- Florence Nightingale Hastanesi Kardiyovasküler Cerrahi Bölümü , Kalp ve Damar Cerrahisi Bilgilendirme Kitapçığı
- 3- Dr Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Rehberi
- 4- Us M.,Koroner Kalp Hastalığı, By-Pass ‘Taburcu Olduktan Sonra Dikkat Edilmesi Gerekenler’,<http://www.melihus.com>
- 5- Koylan N., Yüksek Kan Basıncı Sebepleri Tedavisi Öneriler, İ. Ü. İstanbul Tıp fakültesi Kardiyoloji A.B.D., 1998
- 6- Koroner Kalp Hastalığı Üzerine Bilmeniz Gerekenler, Merck Sharp & Dohme
- 7- Erdil F., Elbaş Ö. F., Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Aydoğdu Ofset, Ankara, 2001
- 8- Sönmez B., Broşürler, Kalp Hastaları ve Kalp damar Cerrahisinde Psikolojik Danışmanlık, www.bingursonmez.com/koroner_bypass.htm - 23k
- 9- İstanbul Kalp Cerrahisi Vakfı, Erişkin Kalp Sağlığı, Kalp Ameliyatından Sonra Yaşam, www.kalpsagligi.org/eriskinkalp17.htm - 15k
- 10- Annesi S M, Bautch J C, Brunn J A B, Byers J F, Gab K C, Casey P E, Ve Ark. Management of Patients With Coronary Vasculer Disorders. In Smeltzer S C, Bare B G (Eds). Brunner & Suddarth’s Textbook Of Medical Surgical Nursing. 10th Ed. Philadelphia: Lippincottwilliams&Wilkins; 2006: 751-748.
- 11- Bocher M A, Edelman M A, Edmisson K W, March K S, O’Conner L J, Ramirez M N, Scott B A, Small CC, York D R. Handbook of Medical Surgical Nursing, 4th , Philadelphia, 2006, 208-211.
- 12- Bocher M A, Edelman M A, Edmisson K W, March K S, O’Conner L J, Ramirez M N, Scott B A, Small CC, York D R. Handbook of Medical Surgical Nursing, 4th , Philadelphia, 2006, 208-211

- 13- Hacialioğlu N, Özer N. Koroner arter by-pass ameliyatı olan hastaya evde bakım veren aile üyelerinin evde bakımı algılayışları ve bakım konusundaki gereksinimleri. 4.Ulusal ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi'nde: 2003 Ekim 22-26, İzmir, Türkiye. İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 2005; 467-478
- 14- Gültekin G, Özbayır T. Koroner by-pass ameliyatı olan hastalara taburcu olmadan önce verilen eğitiminin etkinliğinin karşılaştırılması. Ulusal Cerrahi Kongresi'nde: 2002 Mayıs 5-19; Antalya, Türkiye. İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 2003; 309-317.
- 15- Ungan M., Yaman H., Şarap ve Kalp Sağlığı Gerçekten İşe Yarıyor mu?, Sendrom, 2001;10:56-60
- 16- Yıldız H., Pınar R., Cinsellik ve Kalp, Sendrom, 2004; 16: 87-92
- 17- Akyolcu N., Akyolcu M C., Koroner Bypass Ameliyatlarından sonra Görülen Psikososyal Sorunlar, Hemşirelik Bülteni,1990;16:63-68
- 18- Öztekin D., Koroner Bypass Greft (CABG) Cerrahisi Geçiren Hastalarda Greft-Bacak Komplikasyonlarının Önlenmesinde Hemşirenin Rolü, Hemşirelik Bülteni,1999; 43-44
- 19- Şan M., Fiziksel Aktivite ve Kardiyovasküler Sağlık, Türk Kardiyoloji Seminerleri, 2003, 17-22
- 20- Oğuz A., Doğan EG., Kardiyovasküler Hastalıklar ve Beslenme, Türk Kardiyoloji Seminerleri, 2003, 17-22

EK-2

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Hastanın protokol numarası:
2. Hastanın adı soyadı:
3. Yaşı: 1 () 30-39 2 () 40-49 3 () 50-59 4 () 60 yaş ve Üzeri
4. Cinsiyeti: 1 () Bayan 2 () Erkek
5. Boy: Kilo: BMI:
6. Medeni Durum: 1 () Bekar 2 () Evli 3 () Dul
7. Eğitim durumunuz:
- 1 () Okur-yazar 2 () İlk-Ortaokul
 3 () Lise 4 () Üniversite
8. Mesleğiniz:
- 1 () İşçi 2 () Memur 3 () Emekli
 4 () Ev Hanımı 5 () İşsiz 6 () Serbest Meslek
9. Sosyal güvenceniz:
- 1 () Emekli sandığı 2 () SSK
 3 () Bağ kur 4 () Yeşil kart 5 () Diğer
10. Uzun süre yaşadığımız yer:
- 1 () Köy 2 () Kasaba 3 () Şehir
11. Daha önce ameliyat oldunuz mu?
- 1 () Evet 2 () Hayır
12. Hastalığınızla ilgili size bilgi verildi mi?
- 1 () Evet 2 () Hayır
13. Hastalığınızla ilgili bilgi verildi ise, bu bilgi kim tarafından verildi?
- 1 () Hemşire 2 () Doktor 3 () diğer
14. Alkol kullanıyor musunuz?
- 1 () Evet 2 () Hayır
15. Sigara kullanıyor musunuz?
- 1 () Evet 2 () Hayır
16. Tel no:

EK-3

DEĞİŞKENLER		Biliyor	Bilmiyor
İLAÇLAR			
İsimleri	Coumadin		
	Plavix		
	Coraspin		
	Diğer		
Etkileri	Burun, diş eti vs. kanamaları		
	Kanlı balgam, gaita, idrar		
	Deride çürükler		
	Şiddetli baş ağrıları		
	Kanamaların geç durması veya durmaması		
İlaç Kullanımında Dikkat Edilecekler	İlaç doğru zamanda ve doğru doz alınmalı		
	İlaç kendiliğinden kesilmemeli		
	İlaç her zaman kullanılabilir yerlerde bulundurulmalı		
	İlaç dozu bir seferlik unutulursa iki tane alınmamalı		
AĞRIYLA BAŞ ETME			
Arttıran Durumlar	Ani hava değişimi.		
	Öksürme, hapşırma		
	Yorgunluk		
	Uzun süre ayakta durma		
Ağrı Oluşumunu Engellemek İçin Yapılacaklar	Ameliyat yerini desteklemek		
	Ağır kaldırma, itme, çekme vs. kaçınmak		
	Elastik çorap giymek		
Ağrıyı Gidermek İçin Yapılacaklar	Dr.un önerdiği ağrı kesicileri kullanmak		
	Pozisyon değişikliği yapmak		
	Hoşlanılan uğraşlarla ilgilenmek		
YARA BAKIMI			
İyileşme Belirtileri Nelerdir	Ameliyat yerinde renk değişimi		
	Ameliyat yerinin kaşınması		
	Ameliyat bölgesinin kabuk bağlaması		
İyileşmeyi Desteklemek İçin Yapılacaklar	6 hafta sırt üstü yatmak		
	Ağır kaldırmamak		
	İtme, çekme gibi hareketlerden kaçınmak		

ÖDEM (ŞİŞLİK)			
Nedir	Şişlik		
Önlemek İçin Yapılacaklar	Bacaklar kalp hizasının üstünde tutulmalı		
	Uzun süre hareketsiz kalınmamalı		
	Elastik çorap giyilmeli		
ENFEKSİYON			
Belirtiler	Yara yerinde kızarıklık		
	Akıntı		
	Şişme		
	38 ⁰ C ve üzeri ateş		
DİYET			
Diyet Önerileri	Lifli gıdalar		
	Sebze meyve		
	Bitkisel Yağ		
	Beyaz et		
Diyette Kısıtlamalar	Doymuş yağ		
	Kırmızı et		
	Yumurta		
	Tuz		
	Çay-kahve		
KABIZLIK			
Nedenleri	Dengeli beslememe		
	Hareketsizlik		
	Ameliyat sonrası ilaç kullanımı		
Kabızlığı Engellemek için Yapılacaklar	Sıvı alımı arttırılmalı		
	Kafeinli ve soğuk içeceklerden sakınılmalı		
	Lifli gıda alımı arttırılmalı		
	Günlük aktivite arttırılmalı		
	Tuvalet alışkanlığı geliştirilmeli		
EGZERSİZLER			
Yapılabilecek Egzersizler	Yürüyüş		
	Merdiven çıkma		
Yararları	Kanın pıhtılaşmasını engeller		
	Kas gücünü arttırır		
	Depresyona yatkınlığı azaltır		
Egzersizde Dikkat Edilecek Hususlar	Kademeli olarak arttırılmalı		
	Açık havada egzersiz yapılmalı		
	Çok soğuk ve sıcak ve rüzgarlı havada kapalı ortamda yapılmalı		

	Düz alanlarda egzersiz yapılmalı		
	Egzersiz ve aktiviteler arasında dinlenilmeli		
DİNLENME			
Uyku Değişiklikleri	Uykuya dalmakta güçlük		
	Uykudan aniden uyanma		
	Uyuyamama		
Otururken Dikkat Edilecekler	Bacaklar uzun süre sarkıtılarak oturulmamalı		
	Bacak bacak üstüne atılmamalı		
	Bacakların altına destek konmalı		
	Aralıklı olarak oda içersinde yürüyüş yapılmalı		
Yatarken Dikkat Edilecekler	6 hafta boyunca sırt üstü yatılmalı		
HİJYENİK BAKIM			
Banyo Yapma Zamanı-Sıklığı	Yara yerleri temiz ve kuru olduğunda		
	İstenilen sıklıkta		
Dikkat Edilecek Hususlar	Çok sıcak soğuk su kullanılmamalı		
	Ameliyat yarası ovulmamalı		
	Bilinmeyen krem ve kolonya sürülmemeli		
	Yorgun dönemlerde bir yakını yardım etmeli		
SİGARA			
Bırakma Nedenleri	Ameliyatın etki süresini kısaltır		
	Kalp krizi riski artar		
	Kalp üzerine zararlı etkileri vardır		
ALKOL			
Kullanmama Nedenleri	İlaçlarla birlikte istenmeyen etkilere sebep olur		
	Kalpte yorulmaya neden olur		
	Karaciğer bozukluğuna neden olur		
	Kilo artışına neden olur		
CİNSEL AKTİVİTE			
Başlama Zamanı	Doktorun önerisi ile 4- 8 hafta sonra		
Dikkat Edilecek Hususlar	Dinlenmiş olunmalı		
	Yemekten en az bir saat sonra		
	Oda çok sıcak yada soğuk olmamalı		
	Eş aktif olmalı		

RUH HALİNDE DEĞİŞİKLİK			
Ruh Halindeki Değişiklikler Neler	Mutsuzluk		
	İsteksizlik		
	Depresif olma		
	Dikkat bozuklukları		
	Karamsarlık		
ACİL DURUMLAR			
Doktora Başvurulması Gereken Durumlar	İlaçla geçmeyen göğüs ağrısı		
	Çarpıntı, nefes darlığı		
	Kolda, bacakta ani güç kaybı		
	Günde 1-1.5'dan fazla kilo alma		
	Görmede ani değişiklik		
	38 ⁰ C'den fazla ateş		
	Kanlı idrar, gaita ve kusma		
	Damar alınan bacakta kızarıklık		
	Yara yerinde kızarıklık, şişlik		
Bayılma			
UĞRAŞI			
İşe Başlama Durumu	Hafif tempolu işler 4. haftadan sonra		
	Ellerin kullanıldığı işlerde 3. aydan sonra		
	Çalışmalar dört saati geçmemeli		
Ev İşeri Yapma	8 haftadan önce ev işleri yapılmamalı		
Otomobil Kullanma	İlk 12 hafta yolcu olarak kalınmalı		
	6 haftadan sonra otomobil kullanılabilir		
	Yolculuk esnasında 2 saate bir 10 dakika yürüyüş yapılmalı		
Seyahat Durumu	Taburculuktan itibaren deniz seviyesinde yolculuk yapılabilir		
	Uçakla yolculuk en güvenli olanıdır.		
Sosyal Faaliyet (Morali Yüksek Tutmak İçin Yapılacaklar)	Sabah her zamanki saatte kalkılmalı		
	Her sabah duş alınmalı		
	Pijama ile dolaşmamalı		
	Her gün düzenli yürüyüş yapılmalı		
	Arkadaş ziyareti, alışverişe gitme vs yapılmalı		