



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**KORONER ARTER BYPASS GREFT
AMELİYATI OLAN BİREYLERİN TABURCU
OLDUKTAN SONRA EVDE BAKIM
BAĞIMLILIĞI VE BAKIM
GEREKSİNİMLERİ**

Aydanur AYDIN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Ayla GÜRSOY

TRABZON-2015

ONAY

Bu tez Yüksek Lisans Tezi Standartlarına Uygun Bulunmuştur

Doç.Dr. Ayla GÜRSOY

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

.....

Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Aydanur AYDIN'ın hazırladığı “Koroner Arter Bypass Graft Ameliyatı Olan Bireylerin Taburcu Olduktan Sonra Evde Bakım Bağımlılığı Ve Bakım Gereksinimleri” başlıklı tez KTÜ Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Ayla GÜRSOY _____

Yüksek Lisans Sınavı Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Ayla GÜRSOY _____

Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR _____

Doç. Dr. Zerrin PULATHAN _____

Tarih: .../.../2015

Bu tez KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun .../.../..... tarih ve ... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Prof. Dr. Ali Osman KILIÇ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım klavuzu standartlarına uygun olarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurullara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eseri olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve yararlanılan bilimsel eserlerin kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

27/05/2015

Arş. Gör. Aydanur AYDIN

İthaf

Bu çalışmayı; beni bu yaşıma kadar özenle yetiştiren, her anımda yanımda gücünü hissettiğim, desteğini hiçbir zaman üzerimden esirgemeyen benim için en kıymetli olan anneme, babama ve kardeşime ithaf ediyorum.

Arş. Gör. Aydanur AYDIN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez danışmanlığımın yanı sıra lisans eğitimim boyunca rol modelim olan, desteğini her an yanımda hissettiğim, bilim yolundaki önderim, hayat felsefesiyle yoluma ışık tutan saygı değer hocam Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Ayla GÜRSOY'a,

Bilgi donanımından yararlandığım, sabır ve anlayış çerçevesinde her zaman yanımda olan, anabilim dalımdaki değerli hocam Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR'e

Yüksek lisans ve lisans eğitimim boyunca desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, hayat yolundaki önderim sevgili babama, eğitimimde fedakârlıktan kaçınmayan, beni her zaman destekleyen özverili anneme ve her daim yanımda olan bir tanecik kardeşime,

Çalışmamın yürütülmesine olanak sağlayan tüm hastanelerin başhekimliklerine,

Çalışmama katkılarıyla yardımcı olan tüm kardiyovasküler cerrahi ekip üyelerine,

Çalışmaya gönüllü katılımlarıyla destek veren tüm hastalarımıza içtenlikle teşekkürlerimi sunarım.

Arş. Gör. Aydanur AYDIN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
KABUL ve ONAY	
BEYAN	
TEŞEKKÜR	
TABLolar DİZİNİ	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ	IX
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	X
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
3.1. Araştırmanın Amacı	6
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. Koroner Arter Hastalıkları	7
4.2. Kalp Cerrahisi	8
4.2.1. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi	9
4.2.2. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Komplikasyonları	9
4.2.3. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı	10
4.2.3.1. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olan Hastanın Ameliyat Öncesi Bakımı	10
4.2.3.2. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olan Hastanın Ameliyat Sırasındaki Bakımı	11
4.2.3.3. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olan Hastanın Ameliyat Sonrası Yoğun Bakım Ünitesindeki Bakımı	12
4.2.3.4. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olan Hastanın Ameliyat Sonrası Klinikteki Bakımı	13
4.2.3.5. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olan Hastanın Taburculuk Eğitimi	14
4.2.4. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Sonrası Hastaların Evde Karşılaşılabilecekleri Bakım Gerektiren Sorunlar	14
4.2.4.1. Solunum Sistemine İlişkin Gelişebilecek Sorunlar	15
4.2.4.2. Gastrointestinal Sisteme İlişkin Gelişebilecek Sorunlar	15
4.2.4.3. İlaç Kullanımına İlişkin Sorunlar	16

4.2.4.4. Ağrı	16
4.2.4.5. Yara İyileşmesine Yönelik Sorunlar	16
4.2.4.6. Uyku Sorunları	17
4.2.4.7. Egzersizlere İlişkin Sorunlar	17
4.2.4.8. Emosyonel Durum Değişiklikleri	18
4.2.4.9. Hastaneye Başvurmayı Gerektiren Durumlar	18
4.2.5. Koroner Arter Bypass Greft Olan Hastanın Bakım Bağımlılığı	19
5. GEREÇ ve YÖNTEM	22
5.1. Araştırmanın Tipi	22
5.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri	22
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
5.4. Veri Toplama Aracı	23
5.5. Soru Formunun Ön Uygulaması	23
5.6. Veri Toplama Yöntemi	23
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi	24
5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	24
5.9. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı	24
6. BULGULAR	25
7. TARTIŞMA	36
8. SONUÇ ve ÖNERİLER	42
9. KAYNAKLAR	44
10. EKLER	50
10.1. Ek 1. Soru Formu	50
10.2. Ek 2. Kurum İzinleri	54
11. ETİK KURUL ONAYI	57
12. ÖZGEÇMİŞ	59

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. Koroner Arter Hastalıklarında Risk Faktörleri	8
Tablo 2. New York Kalp Birliğinin İşlevsel Sınıflandırması	19
Tablo 3. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri	25
Tablo 4. Hastaların Evde Yaşadıkları Uyku Sorunları	27
Tablo 5. Hastaların Evde Yaşadıkları Ağrı Sorunları	27
Tablo 6. Hastaların Evde Yaşadıkları Solunum Sistemi Sorunları	28
Tablo 7. Hastaların Evde Yaşadıkları Gastrointestinal Sistem Sorunları	28
Tablo 8. Hastaların Evde Yaşadıkları Aktivite Sorunları	29
Tablo 9. Hastaların Evde Yaşadıkları Uyum Sorunları	29
Tablo 10. Hastaların Evde Yaşadıkları Emosyonel Sorunlar	30
Tablo 11. Hastaların Evde Yaşadıkları Yara İyileşmesi Sorunları	30
Tablo 12. Hastaların Bakım Bağımlılığı Durumlarının Aktivitelere Göre Dağılımı	31
Tablo 13. Hastaların Evde Bakım Gerektiren Sorun Sayısı ve Bakım Bağımlılığı Puanı Ortalamalarının Bazı Değişkenlere Göre Dağılımı	32
Tablo 14. Hastaların Bakım Gerektiren Sorunları Ve Bakım Bağımlılıkları İle Bazı Değişkenler Arasındaki Korelasyon	33
Tablo 15. Hastaların Bakım Bağımlılığı Puanı Ortalamalarının Yaşanılan Sağlık Sorunlarına Göre Dağılımı	34

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1 Hastaların Evde Yaşadıkları Bakım Gerektiren Sorunların Dağılımı	26

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ**Kısaltmalar**

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ECC	Extracorporeal Circulation
IMA	Internal Mammarian Arter
KTÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
KDH	Kalp Damar Hastalıkları
KAH	Koroner Arter Hastalıkları
KABG	Koroner Arter Bypass Greft
NYHA	New York Kalp Birliği
TEKHARF	Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları Risk Faktörleri

Simgeler

F	Tek Yönlü Varyans Analizi
r	Korelasyon Katsayısı
SS	Standart Sapma
t	İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi
U	Mann Whitney U testi
$\bar{X}$	Ortalama
χ^2	Kruskall Wallis Varyans Analizi

1. ÖZET

Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olan Bireylerin Taburcu Olduktan Sonra Evde Bakım Bağımlılığı ve Bakım Gereksinimleri

Koroner Arter Bypass Greft (KABG) sonrası dönemde hastalarda çeşitli fizyolojik ve psikososyal sorunlar görülebilmektedir. Özellikle kısa sürede taburcu olan hastalar ameliyat sonrası ortaya çıkan sağlık sorunlarının çoğunu evde yaşamaktadırlar. Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde olan araştırma KABG ameliyatı geçiren bireylerin evde karşılaştıkları bakım gereksinimlerini ve bakım bağımlılıklarını belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini KABG ameliyatı olan 107 hasta oluşturdu. Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen soru formu ile telefonla görüşme yöntemiyle toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik, Mann Whitney U, Kruskall Wallis Varyans Analizi, tek yönlü varyans analizi, korelasyon ve bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı. Evde yaşanan sağlık sorunlarının; uyku, ağrı, solunum sistemi, gastrointestinal sistem ve aktiviteye ilişkin sorunlar şeklinde sıralandığı belirlendi. Uyuyamama, göğüs ağrısı, öksürük, konstipasyon ve yatak içi sabit pozisyonu koruyamamanın hastaların evde en çok bakım gereksinimi duydukları sorunlar olduğu bulundu. Hastaların beşte dördünün banyo yapmak için tamamen ve dörtte üçünün giysilerini değiştirmek için kısmen bakım vericilerine bağımlı olduğu belirlendi. Gastrointestinal sisteme ilişkin sorun yaşamamanın bakım bağımlılığını etkileyen önemli bir değişken olduğu ($p=.0001$); diğer sorunların ise bağımlılık durumu için istatistiksel anlamlılık oluşturmadığı ($p>.05$) saptandı. Kadın olmanın, evde bakım gerektiren sağlık sorunu sayısı ($p<.0001$) ve bağımlılık için ($p=.01$) önemli bir değişken olduğu bulundu. Hastaların evde bakım gerektiren sorunları arttıkça bağımlılıklarının da arttığı ($p=.009$) belirlendi. Çalışma sonuçları KABG sonrası hastaların taburculuk eğitimlerinin ve evde bakım hizmetlerinin planlanmasında yol gösterici olarak kullanılabilir.

Anahtar Sözcükler: Bakım bağımlılığı, bakım gereksinimi, hemşirelik bakımı, koroner arter bypass greft cerrahisi, taburculuk eğitimi

2. SUMMARY

Post-Discharge Care Dependency and Care Needs at Home of the Patients Who Had Coronary Artery Bypass Graft Surgery

Various physiological and psycho-social problems may be seen among the patients after coronary artery bypass graft (CABG). Particularly; patients who are discharged within a short time undergo most of the health problems occurring during post-surgery period at home. Having a descriptive and correlational model, the study was undertaken to identify dependency and needs at home of the patients who had CABG. The sample of the study was composed of 107 patients who had CABG. The data were gathered using a questionnaire form designed by the researcher by telephone interviews. For the data analyses; percentages, Mann Whitney U, Kruskal Wallis Variance Analysis, one way variance analysis, correlation and significance test for the difference between two means (Independent Groups) were employed. The health problems seen at home were listed below in order: sleep problems, pain, respiratory system problems, gastrointestinal system problems and activity problems. It was found out that the problems about which the patients needed care at home most were inability to sleep, chest pain, coughing, constipation and inability to keep the position in bed. It was explored that four fifth of the patients were fully dependent on caregivers to have a bath while three fourth of them were partly dependent on caregivers to change clothes. It was noted that having problems associated with gastrointestinal system were an important factor that affected care dependency ($p=.0001$) whereas other problems did not create a statistically significant difference in terms of care dependency ($p>.05$). It was seen that being a female was an important variable for the number of the problems that required healthcare ($p<.0001$) and dependency ($p=.01$). It was identified that as the number of the patients' problems that required healthcare at home increased so did their care dependency ($p=.009$). The results of the study may be utilized as a guide in planning patients' discharge-trainings and homecare-services after CABG.

Key Words: Care dependency, care needs, nursing care, coronary artery bypass graft surgery, discharge training

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte gelişen tedavi olanakları kronik dejeneratif hastalıklarda artışlara ve ölümlerde göreceli azalmalara neden olmaktadır. Kalp ve damar hastalıkları (KDH); ortalama yaşam süresi artışına karşılık yaşamı tehdit eden hastalıklar arasındaki yerini korumaktadır. Dünya’da bir yıl içindeki tüm ölümlerin 17 milyonunun sebebi KDH olarak gösterilmektedir (1). Morbidite ve mortalite oranının yüksek olduğu kalp hastalıkları tüm Dünya’daki ölümlerin, gelişmiş ülkelerde %50’sinden ve gelişmekte olan ülkelerde %25’inden sorumlu tutulmaktadır (2). Ayrıca Avrupa’daki ölümlerin %50’sinin ve Türkiye’de ise yüz binde 310’unun nedeni olarak gösterilmektedir (3).

Kalp damar hastalıkları; koroner arter hastalıkları (KAH), serebro vasküler hastalıklar ve periferik damar hastalıklarını içermektedir (4). En yaygın görülen kardiyovasküler sistem hastalığı olan KAH; koroner arterlerin beslediği bölgeye yeterli kanın taşınmadığı durumda ortaya çıkmaktadır. Yeterince kanlanamayan bölgede; iskemi, ateroskleroza bağlı gelişen durumlar ve komplikasyonlar KAH’na neden olmaktadır (5). Mortalite oranının yüksek olduğu KAH’da ateroskleroza neden olan semptomların kontrol altına alınması riski azaltabilir (6). Tedavi yöntemlerindeki gelişmeler ile KAH’a bağlı ölümlerin azaltılması ve iş gücü kaybının en aza indirilmesi hedeflenmektedir.

Kalbi besleyen koroner damarların daralması ya da tıkanması sonucu kanlanamayan miyokardın perfüzyonunun arter ve ven greftler kullanılarak yeniden sürdürülmesi günümüzde koroner arter bypass greft (KABG) ile sağlanmaktadır (7). Koroner arter hastalığının cerrahi tedavisinde teknolojiye paralel olarak gelişen KABG ameliyatı ile miyokardın perfüzyonunun sürdürülmesi hedeflenmektedir (8).

Hastayı fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden etkileyen KABG ameliyatı, büyük ve riskli cerrahi girişimlerden biri olarak görülmektedir. Koroner arter bypass greft olan hastalarda hareketlerin kısıtlanması sonucu solunum sistemine ilişkin sorunlar (atelektazi, plevral efüzyon ve pnömotoraks vb), tromboemboli, kosta travmaları, ağrı, yorgunluk, yara yeri enfeksiyonları ve renal perfüzyonda bozulmalar görülmektedir (9). Yılmaz ve Çiftçi’nin çalışmasında (2010), taburcu edildikten sonra bir hafta içinde hastaların tamamı aktivite, % 95.6’sı beslenme, %88.9’u uyku ve

%86.7'si boşaltım sorunu yaşamışlardır (10). Koroner arter bypass greft ameliyatının yaşamsal bir organla ilgili olması hastada yaşamını kaybetme duygusu uyandırarak iyileşme süresini etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada hastaların tamamı stresle baş etmede sorun yaşarken %80'i rol ve ilişki gibi sosyal örüntülerde sorun yaşadığını ifade etmiştir (10). Bu komplikasyonların yanı sıra, anksiyete, depresyon, mutsuzluk, cinsel yaşamda, iş yaşamında ve sosyal ilişkilerde değişiklikler de görülmektedir (11). Başka bir çalışmada, hastaların tümünün taburcu olduktan sonra en az bir sağlık sorunu yaşadığı saptanmıştır (12).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2020 hedeflerinde kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin %40 oranında azaltılması beklenmektedir (13). Bu hedefin gerçekleşebilmesi için hastanın bakımının rehabilitasyon hizmetleriyle birlikte evde sürdürülmesi gerekmektedir. Rehabilitasyon hizmeti hastanın tanısının saptanmasından itibaren başlamalı ve hastaneden ayrıldıktan sonra evde sürdürülmelidir. Hastaların ameliyat sonrası dönemde önceki yaşam biçimlerine göre düzenlemeler yapması beklenmektedir. Bu yeni düzenlemeler; beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi, aktivitelerin bazılarını sınırlamalar getirilmesi, sigaranın bırakılması, strese neden olan etkinliklerden kaçınılması ve sürekli ilaç kullanılmasını içermektedir (14). Düzenlemelerin denetlenmesi ve uygulanma durumlarının saptanması iyileşme dönemine olumlu katkı sağlayacaktır.

Hasta KABG ameliyatı sonrası komplikasyon gelişmemişse ortalama bir hafta sonra evine dönmekte ve altı hafta sonra günlük aktivitelerini yalnız yerine getirebilmektedir (6). Kendi iyilik düzeyine ulaşması için geçen sürenin büyük çoğunluğunu hasta, sağlık profesyonelinin olmadığı ortamda tamamlamaktadır. Bu süre içinde donanımlı taburculuğunun sağlanmamasına bağlı olarak hastalar sorun yaşamaktadırlar. Bir çalışmada, hastaların birinci haftada yaşadıkları sorunların dördüncü haftada yarı yarıya azaldığı ve dördüncü haftada yeni bir sorunun ortaya çıktığı bulunmuştur (14).

Hastanın oluşabilecek komplikasyonlardan korunması için planlı bir şekilde taburculuğunun ve taburculuk eğitiminin gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Hastanın hastalığıyla baş etme yöntemlerini bilerek taburcu olması hem ameliyat sonrası yaşamının hem de iyileşme döneminin sorunsuz sürdürülmesine katkı sağlayacaktır.

Dal ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada, hastaların yarısının taburcu edilirken bilgi aldıkları ve evde bakıma ilişkin verilen eğitimin niteliğinin; %36.7'sinin kontrole gelme, %22.4'ünün kısıtlanması gereken aktiviteleri içerdiği, %20.9'unun ilaç kullanımı, %18,9'unun ağrı kontrolü ve beslenmeyi kapsadığı saptanmıştır (13). Hastaya verilen taburculuk eğitiminin görsel materyallerle desteklenmesi ve ulaşılabilecek telefon numarası ile evlerine gönderilmesi bu dönemin sorunsuz geçirilmesine neden olacaktır.

Her birey kendi bakım ihtiyaçlarını karşılayabilecek donanıma sahip olarak taburcu olma hakkına sahiptir. Sağlık ekibi üyeleri arasında 24 saat kesintisiz hizmet veren hemşire yapacağı eğitimle; hasta ve ailesine günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmeleri ve kaygılarıyla baş etmeleri konularında yardım sağlayabilir. Hemşire; hastayı fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerle ilgili bilgilendirmeli, komplikasyonları önlemeli, gelişebilecek sorunlarla baş etmelerine yönelik eğitimleri planlamalı ve uygulamalıdır. Bu bilgiler ışığında hastanın yaşamında oluşan değişimlerin ve sorunların belirlenmesi rehberlik hizmetine temel oluşturarak hemşirenin kaliteli bakım vermesini sağlayacaktır. Yapılan bu eğitimlerin taburculuk sonrası dönemde de desteklenmesi bakımın kesintisiz sürdürülmesini sağlayacaktır.

Taburcu olan hastaların bakım bağımlılığının belirlenmesi, hemşirelik bakımının etkinliği açısından önemlidir. Korhan ve arkadaşlarının çalışmasında, cerrahi klinikte olan hastaların dahiliye kliniklerine göre daha çok bakım bağımlılığı yaşadığı bulunmuştur (15). Türkiye'de 1990 yılında %7 olan yaşlı bağımlık oranının 2012'de %11.1 olduğu saptanmış ve 2030'da bu oranın %19 olacağı ileri sürülmektedir (16). Hastaların günlük yaşam aktiviteleri yönünden yarı bağımlı olarak saptandığı bir çalışmada, bakım verenlerin en fazla yaşadığı sorunun bağımlılık ve fiziksel yük olduğu belirtilmiştir (17).

Ameliyat sonrası hasta ve ailesine verilen taburculuk eğitiminin, danışmanlık hizmetinin bireysel faktörlere göre düzenlenmesi ve sorunların erken tespiti memnuniyeti artıracaktır. Ayrıca ülke ekonomisine katkı sağlayarak tekrarlı hastaneye yatışların ve sağlık bakım giderlerinin azalmasında etkili olacaktır. Bakım bağımlılığını da içeren taburculuk eğitiminin uygulanması, hem hastanın yaşam

kalitesinin yükselmesine hem de hasta yakınlarının bakım yükünün azalmasında katkı sağlayacaktır.

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı KABG olan hastaların taburcu olduktan sonra evde bulundukları dönemde bakım bağımlılığı durumlarını ve bakım gereksinimlerini saptamaktır.

4. GENEL BİLGİLER

Kalp damar hastalıkları dünyada karşılaşılan en sık ölüm sebebi olarak gösterilmektedir. Her yıl Dünya'daki ölümlerin 17 milyonundan Avrupa'dakilerin ise %50'sinden KDH sorumlu tutulmaktadır (1). Türk Kardiyoloji Derneği'nin yaptığı 21 yıllık izlemi kapsayan TEKHARF (Tüm Erişkinlerde Kalp Hastalıkları Risk Faktörleri) çalışmasına göre tüm ölümlerin %42.6'sı KDH nedeniyle olmaktadır (18). Ülkemizde KDH görülme sıklığı yetmiş yaşın altındaki erkeklerde yaklaşık %80 iken kadınlarda %40 olarak belirtilmektedir (19).

Her yıl yaklaşık 12.000 kişide KDH ortaya çıkmaktadır (20). Kalp damar hastalıkları; koroner arter hastalıkları (KAH), serebrovasküler hastalıklar ve periferik damar hastalıklarından oluşmaktadır (4).

4.1. Koroner Arter Hastalıkları

Koroner arter hastalıkları, kalp kası olan miyokardın kanlanmasını sağlayan sağ ve sol koroner arterlerin daralması ya da tıkanması sonucu miyokartta iskemi ve nekroz oluşumu ile karakterizedir (21). Koroner arterlerin kısmen tıkalı olması angina pektoris ve tamamen tıkalı olması miyokard infarktüsüne sebep olmaktadır (5).

Koroner arter hastalığına neden olan ateroskleroz; lipid, karbonhidrat, bazı kan elemanları ve kalsiyum gibi maddelerin arterlerin intima tabakasında birikmesiyle media tabakasında değişikliğe neden olan patolojik bir durumdur (22,23). Ateroskleroz oluşumunu başlatan ya da hızlandıran, değiştirilebilir ve değiştirilemez birçok risk faktörü bulunmaktadır. Koroner arter hastalıklarında değiştirilebilen ve değiştirilemeyen risk faktörleri Tablo 1'de gösterilmektedir (21, 24, 25).

Tablo 1. Koroner Arter Hastalıklarında Risk Faktörleri

Değiştirilemeyen Faktörler	Değiştirilebilen Faktörler
-Yaş (erkeklerde >45, kadınlarda >55)	-Serum kolesterol düzeylerinde yükselme
-Erkek cinsiyet	-Hipertansiyon
-Birinci derece 55 yaşından küçük erkek, 65 yaşından küçük kadın akrabalarında infarktüs öyküsü (ya da ani ölüm) bulunması	-Obezite
-Özgeçmişte KAH ya da başka bir ateroskleroz damar hastalığı varlığı	-Sedanter yaşam biçimi
-A tipi kişilik	-Doymuş yağ, kolesterol ve yüksek kalorili diyet ile beslenme alışkanlığı
	-Sigara içmek/sigara dumanına maruz kalmak
	-Aşırı alkol kullanmak
	-Fiziksel aktivite yapmamak
	-Oral kontraseptif kullanmak

Koroner arter hastalığında revaskülarizasyon KABG ameliyatları ile yapılmakta ve yaygın tedavi yöntemi olarak kabul görmektedir (6). Tedavi olanaklarının geliştiği günümüzde KABG ameliyatları başarı oranı yüksek olan cerrahi teknikler olarak kabul edilmektedir.

4.2. Kalp Cerrahisi

İlk cerrahi müdahalenin on bin yıl öncesinde yapıldığı ve yapılan ilk ameliyatın beyin ameliyatı olduğu ileri sürülmektedir. Cerrahi alandaki teknolojik gelişmelerle uyumlu olarak yapılan ameliyatlar da zaman içerisinde değişim göstermiştir.

İlk kez Favalaro tarafından 1968 yılında Cleveland Kliniğinde yapılan KABG ameliyatı 1970 sonrasında gelişme göstermiş, 1980’li yıllardan sonra Dünya’da tercih edilen ameliyat türü olmuştur (26). Gün geçtikçe sayısı giderek artan KABG ameliyatları günümüzde bir yıl içinde iki yüz bine ulaşmıştır (27).

Kalp cerrahisi; kalp kapaklarına yönelik girişimler, konjenital lezyonların tamiri, koroner damar greftleri ve son yıllarda kalp transplantasyonu ameliyatlarını içermektedir (28). Kalbe yönelik cerrahi girişimler günümüzde açık ve kapalı olarak iki şekilde yapılmaktadır. Kapalı kalp ameliyatları kalp akciğer makinesi (Extracorporeal Circulation; ECC) kullanılmadan gerçekleştirilmektedir. Açık kalp ameliyatları ise; kalp ve akciğerlerin fonksiyonlarının ameliyat süresince ECC sayesinde beden dışında bir makine tarafından geçici olarak sağlanması ile gerçekleştirilmektedir (21).

4.2.1. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi

Lillehei ve Varco 1954'de 'Central Cross Circulation' tekniği ile ameliyatlar yapmış ve kalp cerrahisini başlatmıştır. Kalp ameliyatları Cooley tarafından daha sonra 'Cardio-Pulmoner Bypass' olarak adlandırılmıştır. John Kirklin 1955 yılında kalp-akciğer makinesi (Gibbon tipi) kullanarak kalp ameliyatlarında makineye yer vermiştir. Kolesev Rusya'da 1961 yılında ilk defa internal mammarian arter (IMA) kullanarak KABG ameliyatını cerrahiye kazandırmıştır. Green 1968'de, IMA'yı kullanarak yaptığı KABG ameliyatını tüm dünyaya tanıtmış ve 1973 yılında Carpentier radial arteri greft olarak kullanarak yenilikler getirmiştir (29). Daha sonra çeşitli arterler KABG cerrahisinde greft olarak kullanılmaya başlanmıştır.

Kalp akciğer makinesi kullanarak KABG ameliyatını sürdüren ilk Türk olan Dr. Aydın Ataç Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ameliyatı başarıyla gerçekleştirmiştir (30). Ülkemizde ise ECC makinesi kullanılarak yapılan ilk ameliyat Dr. Mehmet Tekdoğan tarafından Hacettepe Üniversitesi'nde yapılmıştır (26).

Koroner arter bypass greft, miyokardın revaskülarizasyonu amacıyla açık kalp ameliyatı tekniği kullanılarak tıkalı olan bir ya da daha fazla koroner artere safen ven, radial arter ya da IMA'yı tıkalı kısmın distal (alt) ve proksimal (üst) ucuna eklenerek dolaşıma yeni yol kazandırılması işlemidir (21).

4.2.2. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Komplikasyonları

Birçok sistemin etkilenmesine neden olabilen KABG, komplikasyon oranı yüksek cerrahi girişimlerden biridir. Gelişen teknolojiye rağmen KABG sonrası morbidite oranı yaklaşık yüz binde 10 ve postoperatif dönemde görülen komplikasyonların ise yüz binde 30'un üzerinde olduğu belirtilmektedir (31).

Ameliyat sonrası görülen komplikasyonlar sıklıkla; kardiyovasküler sisteme ilişkin kanamalar, aritmiler ve düşük kalp debisidir (32). Bazı hastalarda KABG ameliyatı sonrası vazodilatasyon ve hipotansiyon ile sonuçlanan ciddi reaksiyonlar görülmüştür. Hastaların %1-5'inde yaşa bağlı serebrovasküler sorunlar da saptanmaktadır (31).

Genel olarak KABG ameliyatı sonrası hastalar en çok ağrıdan yakınmaktadırlar. Ameliyat sonrası dönemde çeşitli nedenlerle hareketleri kısıtlanan hastalarda çalışma

raporlarında kronik poststernotomi ağrısı görülme sıklığının %21 ile %56 arasında değiştiği belirtilmiştir (33). Ameliyattan 5-10 yıl sonra hastalarda KAH'nın ilerlemesi, kullanılan greftlerin bozulması ya da tıkanması gibi komplikasyonlar da görülebilmektedir (21).

Koroner arter bypass greft ameliyatları; hastaların yaşam süresini uzatmayı ve yaşam kalitesini artırmayı hedefleyen geçerli tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir. Ancak ameliyattan sonra oluşabilecek risk faktörlerinin azaltılması için gerekli önlemlerin alınmaması istenmeyen sonuçlara yol açmaktadır.

4.2.3. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı

Koroner arter bypass greft ameliyatı olacak hastalara yönelik hemşirelik girişimleri; ameliyat hazırlığı, ameliyat sırasındaki bakımı, ameliyat sonrası hasta bakımı, komplikasyonların önlenmesi, taburculuk sonrası evde bakıma yönelik hasta ve aile üyelerinin bilgilendirilmesini içermektedir (34). Hemşire hastayı en üst düzeyde iyilik haline ulaştıran ve bu durumu sürdürmekten sorumlu tutulan kişidir. Bu dönemde hemşire; bakım, koordinasyon ve işbirlikçi rolleri kapsamında bireye özgü planladığı bakımı uygulamalıdır (35).

4.2.3.1. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olan Hastanın Ameliyat Öncesi Bakımı

Ameliyat öncesi hazırlığın iyi yapılması; sorunsuz bir KABG ameliyatı geçirilmesi, ameliyat sonrası komplikasyonların en aza indirilmesi ve iyileşmenin hızlandırılması için oldukça önemlidir. Hastaların ameliyata verdiği bireysel tepki göz önünde bulundurulmalı ve ameliyat öncesi; fizyolojik, psikolojik hazırlık ve ameliyat öncesi eğitimi kapsamalıdır (36).

Fizyolojik Hazırlık

Ameliyat öncesi dönemde fizyolojik hazırlık; hastanın genel sağlık durumunun değerlendirilmesi ve kapsamlı bir sağlık öyküsünün alınmasını içermektedir. Bu hazırlık; yaş, beslenme durumu, sıvı-elektrolit dengesi, enfeksiyon, sistem fonksiyonları, sigara kullanımı ve kullanılan ilaçların sorgulanmasını kapsamaktadır (37). Hastanın kliniğe yatışı ameliyat günü ya da ameliyattan bir gün önce olmalı; hasta öyküsü titizlikle alınmalı, kan, idrar tetkiklerini içeren kapsamlı laboratuvar bulgularının

incelenmesi ve fizik muayenesi ameliyattan önceki dönemde eksiksiz tamamlanmalıdır (36).

Psikolojik Hazırlık

Koroner arter bypass greftin kalple ilgili bir cerrahi girişim olması hasta ve ailesi açısından önemli bir stres kaynağıdır. Bu dönemde hasta ölüm korkusu, ağrı, beden imajı değişimi ve bilgi eksikliğine bağlı kaygı sorunu yaşamaktadır. Yeterli psikolojik hazırlığın yapılması hastanın bu sorunlarla baş etmesine, ameliyat stresine uyum göstererek anksiyetesinin azalmasına, ameliyat sonrası dönemde iyileşmenin hızlanmasına ve komplikasyonların önlenmesine yardımcı olacaktır (36).

Ameliyat Öncesi Eğitim

Ameliyat öncesi hastalara derin solunum, öksürme, dönme egzersizleri ve eklem hareketleri öğretilmelidir. Egzersizlerin uygun zamanda yapılmasının solunum ve dolaşım sorunlarını önleyeceği açıklanmalıdır (38). Egzersizlerin sürekli ve doğru yapılması iyileşme sürecini olumlu etkileyecektir. Ayrıca hastaya ameliyat sürecine ilişkin gereksinimi sınırlarında bilgi verilmelidir.

4.2.3.2. Koroner Arter Bypass Greft Olan Hastanın Ameliyat Sırasındaki Bakımı

Ortalama altı saat gibi uzun bir cerrahi girişim olan KABG ameliyatlarında hemşire hastanın konforundan ve güvenliğinden sorumludur. Bu dönemde hemşire; hastaya pozisyon verir, deri kontrolü yapar, hastayı oluşabilecek komplikasyonlara karşı belirti ve bulgular yönünden izler (39).

Aritmi, hemoraji, miyokard enfarktüsü, serebrovasküler atak, embolizasyon, şok ve ilaçların yan etkileri sebebiyle oluşabilecek organ yetersizlikleri ameliyat döneminde görülebilen komplikasyonlardandır. Hasta ameliyattan çıktığında hemşirenin belirtileri önceden izlemesi olası sorunları önlemek için gerekli girişimleri yapabilmesi adına önemlidir (6).

4.2.3.3. Koroner Arter Bypass Greft Olan Hastanın Ameliyat Sonrası Yoğun Bakım Ünitesindeki Bakımı

Bu hastaların bakımı kritik bakım ünitesi, anestezi sonrası bakım ünitesi ya da yoğun bakım ünitesinde sağlanmaktadır (36). Ameliyat sonrası erken dönemde en çok hemodinamik stabilite ve anesteziden uyanma üzerinde durulur. Ameliyat sonrası

dönemde verilecek hemşirelik bakımının kalitesi ameliyatın başarısı ile doğrudan etkili olduğundan oldukça önem taşımaktadır. Bu dönemde yoğun bakıma kabul edilecek olan hastanın bilgileri önceden alınmalı, kullanılacak ilaç ve malzemeler (monitor, ventilatör, acil arabası, aspirasyon sistemi vb.) hasta gelmeden hazır bulundurulmalıdır (40). Ameliyattan gelen hasta (15,22,41);

- Mekanik ventilatöre bağlanıp solunumu değerlendirilmeli ve hemodinamik parametreleri monitörden izlenmeli,
- Hasta ile beraber gelen inotropik ajanlar (dopamin, dobutamin) zamanında ve uygun dozda uygulanmalı,
- Hastanın mesane kateteri kontrol edilerek saatlik işaretleme yapılmalı, aldığı-çıkarıldığı izlemi takip edilmeli ve idrar çıkışında sorun varsa (anüri, oligüri) nedene yönelik tedavi uygulanmalı,
- Hastanın drenlerine işaretleme yapılarak gelen içerik ilk iki saat içinde yarım saatte, daha sonra saatlik olarak değerlendirilmelidir. Hastanın drenajının çok olması ya da olmaması durumunda hemodinamik parametreler dikkatle izlenip hekime haber verilmeli,
- Derin anestezi, hipoksi, postoperatif sendrom nedeni ile sık nörolojik değerlendirme yapılmalı,
- Yoğun bakımda hastanın hemodinamisi stabilleştiğinde, oryante ve koopere olduğunda, spontan solunumu döndüğünde mekanik ventilatörden ayrılıp oksijen maskesi ile solunumu desteklenmeli ve solunum egzersizlerine başlanmalı,
- Ekstübasyonu sağlanan hastanın larenks ödemi önlemek için hastanın ağzına buz uygulaması yapılmalı ve dört saat sonra da su vermeye başlanmalı,
- Ekstübasyonun ardından hastanın durumu stabil ise erken mobilizasyonu sağlanmalı ve drenajı durduktan sonra drenleri çekilmeli,
- Hastanın yoğun bakıma geldiği andan itibaren uygulanan girişimler hemşire izlem formuna kayıt edilmeli,
- Hastanın inotropik destekleri sonlandırıldıktan ve mobilizasyonu gerçekleştirildikten sonra kliniğe transferi için girişimde bulunulmalıdır.

4.2.3.4. Koroner Arter Bypass Greft Olan Hastanın Ameliyat Sonrası Klinikteki Bakımı

Hemodinamik durumu stabilleşen hastanın anestezinin etkisi geçtikten sonra cerrahi kliniğe transferi gerçekleştirilir. Klinikteki hastanın bakımı; yara bakımı, aşamalı olarak aktivitelerin artırılması, tedavisinin düzenlenmesi, ağrı kontrolü, yaşam bulgularının izlemi ve beslenmeyi kapsamalıdır. Bu dönemde hemşire (21, 22, 35, 41).

- Kan hacmindeki düşüşe bağlı kardiyak debide azalmayı gözlemeli,
- Azalan kardiyak debi, kan akımı ya da vazopresör ilaç tedavisine bağlı etkisiz renal doku perfüzyonunu değerlendirmeli,
- Ağrı düzeyini saptamalı,
- Solunum ve gaz değişimi ölçütlerini değerlendirmeli,
- Aşırı çevresel uyarı, uyku yoksunluğu ve elektrolit dengesizliğine bağlı duygusal algılamada bozulmayı değerlendirmeli,
- Değişen kan volümüne bağlı sıvı volüm yetersizliği ve elektrolit dengesizliğini gözlemlemeli,
- Enfeksiyon ya da postperikardiotomi sendromu sonrası ısı düzenlemesini sağlamalı,
- İnsizyon, invaziv monitorizasyon girişimleri, göğüs tüpü ve foley katetere bağlı olası enfeksiyon riskleri değerlendirilmeli,
- Beslenmeye başladığında oral alımları desteklemeli,
- Hareket durumu değerlendirilmeli ve yatak içi aktif-pasif egzersiz uygulamaları için desteklemeli,
- Barsak boşaltımı değerlendirilmeli ve basınç oluşturmayacak şekilde dışkılama sağlamalıdır.

Koroner arter bypass greft ameliyatı olan hastalar ameliyathaneden yoğun bakıma, yoğun bakımdan servise olmak üzere hasta transferinin sık olduğu ve buna bağlı risk faktörlerinin görülebildiği hasta gurubudur. Bu nedenle ekip üyeleri çok dikkatli çalışmalı ve hastanın devredildiği üniteye hasta ile ilgili bilgilerin eksiksiz aktarıldığından emin olmalıdır (6).

4.2.3.5. Koroner Arter Bypass Greft Olan Hastanın Taburculuk Eğitimi

Günümüzde teknolojik gelişmelerin hızla ilerlemesi, cerrahi ve tıbbi alandaki gelişmeler ile hastanede kalış süresi oldukça kısalmıştır. Hastanın durumuna ve geçirdiği ameliyat türüne göre hastanede kalış süresi değişkenlik göstermekle birlikte hastalar bakımlarını evde sürdürebilir hale geldiğinde taburcu edilmektedirler (35). Koroner arter bypass greft ameliyatı olan hasta laboratuvar değerleri ve genel durumu normal ise ortalama 4-7 gün sonra taburcu edilmekte ancak hastanın günlük aktivitelerine dönmesi altı haftayı bulmaktadır (28). Hastalar karşılaştıkları sorunları deneyimlemeden ve henüz baş etmede yetersizken evlerine dönmektedirler. Bu durum taburculuk eğitimi ve rehabilitasyon hizmetlerinin gereksinimini artırmaktadır.

4.2.4. Koroner Arter Bypass Greft Sonrası Hastaların Evde Karşılaşılabilecekleri Bakım Gerektiren Sorunlar

Ameliyat olan hasta karşılaşılabileceği sorunları tanımada henüz yetersizken ve baş etme yöntemlerine hakim değilken taburcu edilmektedir. Bakımla ilgili bilgi eksikliklerinin olması aile üyelerinin de anksiyete yaşamalarına sebep olmaktadır (35). Özellikle evdeki ilk günlerinde hastanın çok yakından gözlenmesi, normal ve tehlikeli durumların birbirinden ayırt edilmesi, oluşabilecek tehlikelere karşı önlem alınması önemlidir (42). Evde en sık karşılaşılabilecekleri bakım gerektiren sorunlar ve bu sorunlara yönelik eğitim aşağıda yer almaktadır:

Yapılan işlemler ve sonuçları hakkında;

- Kısa bilgilendirme yapılmalı,
- Ameliyat öncesi ve sonrası verilen eğitime ilişkin bilgi durumu,
- Eksik kalan ve yanlış anlaşılan konular belirlenmelidir. Gerekli durumlarda eğitim tekrar edilmeli, eğitim sırasında hastanın yanında aile bireylerinden birinin bulunması sağlanmalıdır (4,6).

Hastaların KABG ameliyatından sonra eğitime en çok gereksinim duyduğu konular; sistemlere ilişkin oluşabilecek komplikasyonlar, ilaç kullanımı, ağrı kontrolü, yara bakımı, uyku sorunları, egzersizleri, ruh halindeki değişiklikleri ve hastaneye başvurması gereken durumları içermelidir (11,43).

4.2.4.1. Solunum Sistemine İlişkin Gelişebilecek Sorunlar

Solunum sistemi diğer sistemler gibi KABG ameliyatından olumsuz etkilendiğinden tüm dönemlerde ve evde iyi değerlendirilmelidir (38). Altmay ve arkadaşlarının belirttiğine göre (2007) KABG uygulanan hastalarda solunum sistemi komplikasyonları arasında en sık atelektaziye ve pnömoniye rastlanmaktadır (44).

Sorunların önlenmesi için hemşire hastaya derin solunum öksürük egzersizlerini ve solunumu destekleyecek uygulamaları öğretmelidir. Ayrıca hastaya öksürürken insizyon yerini desteklenmesinin ağrı ve ameliyat yarasının açılma olasılığını azaltabileceği, sekresyonların yumuşamasını sağladığından bol sıvı alması gerektiği, mümkün olabildiği kadar hareket etmesi ve çıkardığı balgamı renk, miktar, koku yönünden izlemesi gerektiği açıklanmalıdır (45).

4.2.4.2. Gastrointestinal Sisteme İlişkin Gelişebilecek Sorunlar

İştahsızlık KABG sonrası hastalarda en çok görülen sindirim sorunlarından biridir. İştahsızlığın geçici bir durum olduğu ve birkaç hafta içinde düzeleceği hastaya açıklanmalıdır (46). Beslenmede hastalara kalorisi fazla olan; tereyağ, iç yağ, kuyruk yağ, yağlı peynirler, krema, kaymak, sakatat, pastırma, sucuk, salam, sosis, kremalı tatlılar, yağlı unlu gıdalar, kızartmalar ve kabuklu deniz ürünlerinden kaçınılması gerektiği açıklanmalıdır. Ayrıca diyetle balık, tavuk, fındık, bol sebze, meyve, yağsız ya da yağ oranı düşük besinler tüketilmesi gerektiği belirtilmelidir (42,47). Protein gereksinimleri bezelye, nohut, kuru fasulye, mercimek gibi kuru baklagillerle, tahıllarla ve et ile karşılanmalıdır. Ateroskleroz oluşmasına olanak sağlayan karbonhidratlardan uzak durulmalı, şeker ve şeker ilave edilmiş gıda tüketiminde dikkatli olunmalıdır (46).

Hastaların ameliyattan önce aç kalmaları; ameliyattan sonra birkaç gün normal beslenememelerini, hareketsizlik ve kullanılan ilaçlara bağlı olarak konstipasyon sorunu gelişebilir. Hastaya; posalı yiyecekler, bol sıvı, sebze ve meyve tüketmesi önerilmelidir. Kullanılan ağrı kesiciler konstipasyona neden olabileceğinden uygun beslenme ve egzersiz programıyla desteklenmesi önemlidir (42). Hastaların ıkınma, gerilme gibi basıncı artıracak durumlardan uzak kalması gerektiği açıklanmalı, diyetine lifli gıdalar eklenerek gerekirse laksatiflerle desteklenmelidir (6).

4.2.4.3. İlaç Kullanımına ilişkin Sorunlar

Koroner arter bypass greft olan hastaların ilaçlarını düzenli olarak kullanması önemlidir. Kullanılan ilaçlar genellikle; kan basıncını, kalp ritmini düzenlemeye ve trombüs oluşumunu önlemeye yönelik ilaçlardır (28). Elitoğ ve Erkuş'un belirttiğine göre (2010) hastaneye geri dönüş nedenlerinin %20'sini ilaç kullanım hatalarına bağlı gelişen sorunlar oluşturmaktadır (14). İlaçların isimleri, etkileri ve istenmeyen etkilerinin hastalar tarafından bilinmesi önemlidir. İlaçların her gün aynı saatte kullanılması tedavinin etkin olmasını sağlayacak ve ilaç etkileşimini önleyecektir (47).

4.2.4.4. Ağrı

Hastaların taburcu olduktan sonraki dönemde hissettikleri ağrı şiddeti azalsa bile insizyon hattının bulunması ağrıya neden olabilir. Koroner arter bypass greft sonrası insizyon bölgesindeki ağrıların tamamen ortadan kalkması birkaç ay sürebilir (11). Hastanın günlük aktiviteleri sırasında insizyon bölgesinin gerilmesi, derin solunum ve öksürme egzersizleri sırasında ameliyat bölgesine olan basınç ve insizyon bölgesinin travmaya maruz kalması nedenlerinden dolayı hasta ağrı sorunu yaşamaktadır (6). Hastaların hissettikleri ağrı ameliyat sonrası dönemle sınırlı kalmayıp; uygun tedavinin olmaması durumunda kronik ağrı olarak devam edebilen karakterdedir (48). Cerrahi ağrıyı tümüyle ortadan kaldırmak mümkün olmayabilir ancak "yaşanabilir" standartlara getirilmesi hastayı büyük ölçüde rahatlatacaktır (6). Ameliyat sonrası hastalara yatağa bağlı ağrıların altı hafta, kas ağrılarının ise 3-4 ay sürede iyileştiği açıklanmalıdır (6,11).

4.2.4.5. Yara İyileşmesine Yönelik Sorunlar

Yara iyileşmesini hastada yaş, sigara içme, diyabet, obezite, anemi, stres, uzun süre ameliyatta kalma, cerrahi teknik, oksijen basıncı, kan akımı ve drenler gibi pek çok unsur etkilemektedir (49).

Ameliyat yeri tam iyileşene kadar bölge temiz, kuru tutulmalı ve hava alması sağlanmalıdır. İyileşme döneminde hafif yanma ve kaşınmalar görülmesi normaldir. Ancak hastaya enfeksiyon belirtileri görüldüğünde doktora başvurması gerektiği açıklanmalıdır (11).

4.2.4.6. Uyku Sorunları

Uyku bireyin yaşamının bütünlüğünü devam ettirebilmesi için gerekli enerjiyi sağlama süreci olarak tanımlanır. İnsan yaşamının 1/3' ünü kapsayan, sağlık durumunun sürdürülmesinde önemli rol oynayan uyku temel gereksinimler arasında yer almaktadır (50). Uykusuzluk ve uyku düzensizliği; öğrenme güçlüğü, depresyon, kas ağrıları, yorgunluk ve halüsinasyona yol açabilir. Yaşam kalitesi ve iyilik hali üzerinde oldukça etkili olan uyku kalp ameliyatı sonrası birçok hasta için ortak bir sorundur. Yapılan bir çalışmada kalp ameliyatı sonrası hastalarda uykuya dalmada güçlük, sık uyanma, yüzeysel uyku gibi sorunlar yaşandığı belirlenmiştir (51). Uyku sorunlarının en önemli nedeni ağrı olduğundan öncelikle hastaların ağrısı giderilmeli, daha sonra gereksinim duyulursa medikal tedaviye başlanmalıdır. Hastaların ağrıları için taburcu olurken analjezik tedavisi düzenlenmeli ve uygun dozlar belirlenmelidir (47). Hastalara uyku sırasında dikkatli hareket etmesi gerektiği, mümkün olduğunca sınırlı pozisyon değişikliği yapılabileceği açıklanmalıdır. Uyku sorunlarının geçici olduğu ve ortalama altı ayda sonlanacağı hastaya belirtilmelidir (42). Ayrıca hastaya her gece belirli saatlerde yatması gerektiği ve günde 8-10 saat uyumasının önemi anlatılmalıdır.

4.2.4.7. Egzersizlere İlişkin Sorunlar

Koroner arter bypass greft sonrası egzersizler ile hastaların kaslarının güçlenmesi sağlanarak kendilerini daha iyi hissetmesi hedeflenmektedir (42). Egzersiz programı belirlenirken, hastanın yorgunluk durumu ve kalp atışları değerlendirilmeli, tolere edebileceği düzeydeki hareketleri belirli aralıklarla yapması gerektiği açıklanmalıdır (47). Egzersiz kişinin kendini iyi hissettiği zamanlarda, açken ya da yemekten iki saat sonra, yeterli sıvı alınarak, çok sıcak, nemli ve aşırı güneşli olmayan ortamda, rahat elbise, ayakkabı ile yapılmalı, yavaş başlanmalı ve yavaş sonlandırılmalıdır (52).

Aktivite sırasında; solunum yetersizliği, yorgunluk, baş ağrısı, baş dönmesi, göğüste ağrı ya da baskı hissi, çarpıntı ve yaygın terleme görüldüğünde egzersizin sonlandırılması gerektiği hastaya belirtilmelidir (42). Dinlenmekle geçmeyen ağrı hissettiğinde hastanın hekimine başvurması gerektiği söylenmelidir. Hastalarda sternum kesisinden dolayı oluşan hareket kısıtlılığının eski haline gelmesi ortalama altı hafta sürmektedir. Bu zamana kadar hasta sırtüstü yatmalı, göğüs kaslarını zorlayan hareketlerden uzak durmalı, sağa-sola dönmemeli ve ağırlık kaldırmamalıdır (53).

4.2.4.8. Emosyonel Durum Değişiklikleri

Cerrahi girişimler fizyolojik değişikliklerin yanında ciddi emosyonel sorunlara yol açan tedavi yöntemidir. Ameliyat sonrası hastalar; mutsuzluk, stresörle baş edememe, aile içinde rol karmaşıklığı, huzursuzluk, anksiyete, depresyon ve panik atak yaşamaktadır (42). Hemşire, hastaya kısa ve açık cümlelerle bilgi vererek, hastanın emosyonel değişiklikleri tanınmasına, yönetmesine yardımcı olmalı ve ifade etmesini desteklemelidir.

4.2.4.9. Hastaneye Başvurmayı Gerektiren Durumlar

Hasta taburcu olmadan önce bilgi açısından tam donanımla hastaneden taburcu olma hakkına sahiptir. Karşılaşabileceği komplikasyonların yanı sıra hastalara oluşabilecek acil durumlar anlatılmalı ve hastaneye kontrole gelme tarihleri açık bir dille ifade edilmelidir. Hasta taburcu olduktan sonra sorunlarla karşılaştıklarında telefon edebilecekleri kişiyi bilmelidir. Hastanın hastaneye başvurusu gereken durumlar (42, 47);

- Ameliyat öncesi ağrılara benzeyen göğüste, omuzda, boyunda, çenede dinlenmeyle ya da dil altı hap almaya karşın 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,
- Bayılma hissi,
- Çok yavaş, hızlı ya da düzensiz kalp atışları,
- 38°C dereceyi geçen vücut sıcaklığı,
- Dizüri ya da hematüri,
- Hematokezya ya da hematemez,
- İnsizyon bölgesinde akıntı, kızarıklık, şişlik ve ısı artışı olması şeklindedir.

4.2.5. Koroner Arter Bypass Graft Olan Hastanın Bakım Bağımlılığı

Yaşamın sürekliliği için gerekli en önemli organlar arasında yer alan kalp ile ilgili sorun yaşanması korkulan bir duruma neden olmaktadır. Koroner arter bypass greft;

hastaların yaşamında değişikliklerin olmasına, değişimlerin etkilerinin önceden bilinmemesine, ameliyat öncesi yaşama geri dönülememesine, öz bakımını yalnız yerine getirememeye ve bakım bağımlılığına sebep olmaktadır.

Öz-bakım; yaşamı, sağlığı ve iyilik halini devam ettirmek için bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinliklerin tümü olarak tanımlanır (21). Bakım bağımlılığı ise “Hastanın öz bakım gereksinimlerini karşılayabilme düzeyinde azalma ve bağımlılık durumuna göre belli bir düzeyde bakımda yardıma ihtiyaç duyma” olarak belirtilmektedir (54). Bireylerin aktif yaşamlarına geri dönebilmesi ve bağımsızlığını yeniden kazanması hayati önem taşımaktadır.

Hastanın fonksiyonel bağımlılığa neden olacak sağlık durumunun değerlendirilmesinde New York Kalp Birliği’nin (NYHA) işlevsel sınıflandırması kullanılmaktadır. Koroner arter bypass greft olan hastaların NYHA’ye göre işlevsel durumu NYHA I, NYHA II, NYHA III ve NYHA IV olarak değerlendirilmektedir. Bu sınıflamaya göre her düzeydeki işlev özellikleri Tablo 2’de açıklanmıştır (7).

Tablo 2. New York Kalp Birliğinin İşlevsel Sınıflandırması

NYHA I	Fiziksel hareket kısıtlaması yok. Olağan fiziksel etkinlik beklenenin üzerinde halsizlik, çarpıntı ya da dispneye yol açar.
NYHA II	Hafif hareket kısıtlaması var. Dinlenme halinde rahat, ancak olağan fiziksel etkinlik halsizlik, çarpıntı ya da dispneye yol açar.
NYHA III	Belirgin hareket kısıtlaması var. Dinlenme halinde rahat, ancak olağan düzeyin altında fiziksel etkinlik halsizlik, çarpıntı ya da dispneye yol açar.
NYHA IV	Rahatsızlık duymadan fiziksel etkinliği sürdürmez. Dinlenme sırasında semptomlar var. fiziksel aktivite yapılması durumunda rahatsızlık artar.

Kaynak: Sönmez A (2013). Koroner Arter Bypass Greft ameliyatı uygulanan hastaların konfor ve kaygı deneyimlerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.

Hastaneden taburcu olmadan hastaların bakım ve tedaviye bağlı oluşabilecek komplikasyonları iyi değerlendirilmeli ve bağımlılıkları belirlenmelidir. Hastalar taburcu edilirken bakım bağımlılıkları dikkate alınmalı ve gerekli eğitimler planlanarak uygulanmalıdır. Koroner arter bypass greft sonrası hastalarda oluşabilecek sorunların erken saptanması ve bakımın sürekliliğinin sağlanması için ev ortamında etkili bakım hizmeti verilmesi gerektiği belirtilmektedir (55). Hastalar evde rehabilitasyon hizmetleriyle desteklenmeli ve eğitimin etkinliği sorgulanmalıdır.

Fizyolojik olarak yaşamın devamlılığının sürdürülmesinde temel insan gereksinimlerinin karşılanması gerekmektedir. Bu hastalara primer bakım verecek kişinin sağlık personeli olmaması durumu güçleştirmekte ve bakım yükü oluşturmaktadır. Bireylerin KABG ameliyatından sonra bakım bağımlılıklarının saptanması ve taburculuk eğitimlerinde öz- bakımlarını destekleyici öğelere yer verilmesi sorunların önlenmesinde etkili olacaktır.

Dünya Sağlık Örgütü, evde bakım konusunda hemşireleri kilit insan gücü olarak göstermiştir. Hemşire; KABG ameliyatı geçirmiş bireyin öz-bakım gereksinimlerini karşılamaları için danışmanlık hizmeti yürüterek kardiyovasküler sağlığın sürdürülmesini hedeflemektedir (6). Bireye özgü bakımın planlanmasında hastanın bakım gereksinimlerinin ve bağımsızlık durumunun göz önünde bulundurulması verilen bakımın kalitesini artıracakı düşünülmektedir.

Günümüzde bakım verici rolüyle hemşire; bu işlevi yerine getirirken birey merkezli çalışmakta ve karar verme becerisini kullanmaktadır. Hemşire, bakım vermekle sorumlu olduğu bireylerin ne düzeyde bakım gereksinimi olduğunu saptamak ve bu bilgilerin ışığında bakımı planlayarak uygulamakla yükümlüdür (56). Yeterli ve doğru yapılan hemşirelik bakımının hedefi, hastaların bağımlılığının değerlendirilmesini ve evde oluşabilecek sorunlardan hastayı korumasını kapsamaktadır.

Koroner arter bypass greft birçok sorunun ortaya çıkabildiği büyük bir ameliyattır. Yapılan bir çalışmada, hastaların evde sorunlar yaşadıkları, sağlık personeline ihtiyaç duydukları, yaşadıkları sorunların ameliyat sonrası dönemde iyileşme sürecini uzattığı ve hastaneye dönüş sıklığını etkilediği saptanmıştır (10). Hastaların taburculuk sonrası evde yaşadıkları sorunlar bağımlılık düzeyini etkilemektedir. Bakım bağımlılığı oluşan hastada ameliyat sonrası sorunların daha fazla olacağı öngörülmektedir.

Araştırmanın amacı; KABG hastalarının taburcu olduktan sonra evde geçirdikleri dönemde bakım bağımlılığı durumlarını saptamak ve bakım gereksinimlerini belirlemektir. Çalışma bakım gereksinimleri ile birlikte bağımlılığı da araştıran ilk çalışma niteliğini taşımaktadır.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma; KABG ameliyatı geçiren hastaların taburcu olduktan sonra evde bulundukları dönemdeki bağımlılık durumları ve bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde bir çalışmadır.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma Haziran 2014- Aralık 2014 tarihleri arasında Trabzon İl merkezinde bulunan ve KABG ameliyatının yapıldığı üç hastanede yürütüldü. Araştırma kapsamındaki kurumların özellikleri hastane isimlerini açıklamamak adına kodlama yapılarak belirtildi. Çalışma yapılan gruplar ve özellikleri şu şekildedir:

A hastanesi; kurumda bir kardiyovasküler cerrahi servisi ve bir yoğun bakım ünitesi olmak üzere iki hizmet ünitesi bulunmaktadır. Hastanede bir yılda 109 KABG ameliyatı yapılmaktadır.

B hastanesi; kurumda iki kardiyovasküler cerrahi servisi bir yoğun bakım olmak üzere üç hizmet ünitesi vardır. Hastanede bir yıl içinde toplam 179 KABG ameliyatı yapılmaktadır.

C hastanesi; kurumda bir kardiyovasküler cerrahi servisi ve bir yoğun bakım olmak üzere iki hizmet ünitesine sahiptir. Hastanede bir yılda 137 KABG ameliyatı yapılmaktadır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini bir yıl içinde adı geçen hastanelerde KABG ameliyat olan bireyler oluşturmaktadır.

Araştırmaya kabul ölçütleri şu şekildedir:

1. 18 yaşından büyük,
2. Bilinci açık ve iletişim kurabilen,
4. Günlük aktivitelerini bağımsız yerine getirebilen (ameliyat olmadan önce),
5. İlk kez kalp ameliyatı olan.

Araştırmadan dışlama ölçütleri şu şekildedir:

1. Evde yalnız yaşayan,
2. Konuşma, işitme ve görme özürü olan,
3. Psikiyatrik bir tanısı ya da devam eden tedavisi olan.

Örneklem seçimine gidilmeksizin 1 Haziran 2014 - 1 Aralık 2014 tarihleri arasında ameliyat olan ve araştırma kabul ölçütlerini taşıyan hastalar ile çalışma tamamlandı. Bu tarihler arasında 164 hastaya ulaşıldı, 44 hastanın iletişim bilgilerinin yanlış olmasından dolayı görüşülemedi, 2 hasta görüşmeyi reddetti ve 11 hasta ameliyat sonrası klinikte ya da evde hayatını kaybetti. Çalışma 107 hasta ile tamamlandı.

5.4. Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından konu ile ilgili kaynaklardan (11, 12, 13, 16, 51) yararlanılarak geliştirilen 29 sorudan oluşan soru formu kullanıldı (Ek 1). Soru formunda hastaların demografik özellikleri, ameliyat süreci ve sonrasına ilişkin bilgilerini kapsayan 27 soru bulunmaktadır. Hastaların evde yaşadıkları sorunlar; sekiz ana grup altında toplanan 44 sorunun bulunduğu bir liste ile belirlendi. Bakım bağımlılığı ise, dokuz aktivite için hasta ifadesi doğrultusunda ‘tamamen bağımlı, kısmen bağımlı, bağımsız’ şeklinde değerlendirildi. Hastaların bir aktivite için ‘tamamen bağımlı’ olmasına ‘iki’, ‘kısmen bağımlı’ olmasına ‘bir’, ‘bağımsız’ olmasına ‘sıfır’ puan verildi ve o aktivite için bağımlılık puanı hesaplandı. Bu şekilde her aktiviteden alınan puanlar toplanarak bir hastanın toplam bağımlılık puanı elde edildi. Bu puanlamaya göre hastaların alabileceği en düşük puan ‘0’ en yüksek ise ‘18’dir.

5.5. Soru Formunun Ön Uygulaması

Soru formu oluşturulduktan sonra KABG ameliyatı geçirmiş on hasta ile ön uygulama yapıldı, bu hastalara araştırma kapsamı dışında tutuldu. Ön uygulama sonucunda soru formunda gerekli düzenlemeler (soru kökünde değişiklikler, bağımlılık sorularında düzenlemeler, kaçınıcı gün görüşme yapıldığına ilişkin soru eklemesi) yapıldı.

5.6. Veri Toplama Yöntemi

Hastaneden edinilen ameliyat kayıtlarına göre hastalara telefon açılarak araştırmaya ilişkin bilgi verildi ve sözlü izinleri alındı. Hastalara ait anestezi süresi, kalp akciğer makinesine bağlı kalma süresi ve komplikasyon durumları hasta dosyalarından, diğer bilgiler ise hastalarla yapılan telefon görüşmesi ile toplandı. Veriler araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla telefonla görüşme yöntemiyle toplandı. Görüşmeler ortalama 35 dk (min: 25dk, max: 45dk) sürdü. Yapılan görüşmeler taburculuk sonrası ortalama 16.1 ± 5.1 (min: 8, max: 27)'inci günde gerçekleştirildi ve her birey ile bir kez görüşüldü.

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20.0 programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdellik, Mann Whitney U, Kruskal Wallis Varyans analizi, iki ortalama arasındaki farkın önemliliği, tek yönlü varyans analizi ve korelasyon testi kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluklarını saptamak için Kolmogorov-Smirnov testi kullanıldı. Elde edilen veriler, %95 güven aralığında %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Doğu Karadeniz Bölgesi'nde bulunan tek ilde, KABG ameliyatı yapan hastanelerde ameliyat olan ve görüşmeyi kabul eden hastalarla gerçekleştirildi. Dolayısıyla Türkiye'ye ilişkin bakım bağımlılığına yönelik bilgi veremez.

5.9. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı

Araştırma için Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 30.05.2014'de etik kurul izni (sayı: 24237859/297) alındı. Ayrıca Kamu Hastaneleri Birliği'nden 02.05.2014 tarihinde (sayı: 29765155), Farabi Hastanesi'nden 10.10.2014 tarihinde (sayı: 48814514/200), Özel Karadeniz Hastanesi'nden 05.05.2014 tarihinde (sayı: 704) araştırma izni alındı (Ek 2).

6. BULGULAR

Araştırma sonucunda elde edilen veriler; bireylerin tanımlayıcı özellikleri, taburcu olmaya ilişkin görüşleri, evde yaşadıkları bakım gerektiren sağlık sorunları ve bakım bağımlılığı durumları olarak ele alındı.

Tablo 3. Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri (n=107)

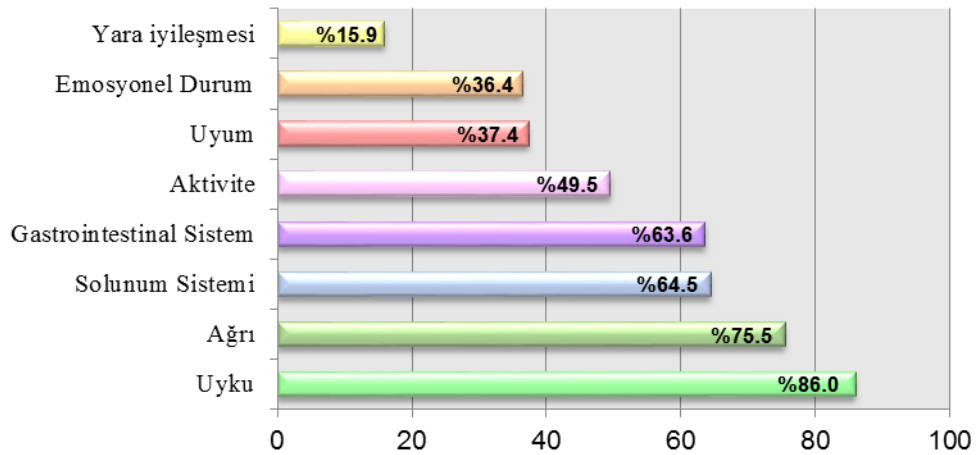
Özellikler		S	%
Cinsiyet	Kadın	25	23.4
	Erkek	82	76.6
Yaş Grupları	42-57	34	31.8
	58-67	44	41.1
	68-82	29	27.1
Çalışma durumu	Çalışan	13	12.2
	Çalışmayan	94	87.8
Daha önce ameliyat olma durumu	Olan	35	32.7
	Olmayan	72	67.3
Kronik hastalığının olma durumu	Olan	16	15.0
	Olmayan	91	85.0
Taburculuk eğitimi alma durumu	Alan	43	40.2
	Almayan	64	59.8
Hastanede yatış süresi (gün)	2-4	22	20.6
	5-7	61	57.0
	8-21	24	22.4
Taburculuktan sonra geçen süre (gün)	5-15	15	14.0
	16-20	39	36.4
	21-25	26	24.3
	26-30	27	25.3

Bireylerin tanımlayıcı özellikleri Tablo 3’de görülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların %76.6’sı erkek, %23.4’ü kadındır. Bireylerin yaş ortalaması 61.8 ± 8.7 ’dir (min:42, max:82). Katılımcıların %87.8’i çalışmamaktadır. Bireylerin %67.3’ü daha önce ameliyat olmadığını ifade etmektedir. Bireylerin %15’inin tanılarından farklı bir kronik hastalığı bulunmakta ve %62.5’i bu hastalık için sürekli ilaç kullanmaktadır. Bireylerin %59.8’inin taburcu olurken eğitim almadığı belirlendi. Bireylerin ameliyat sonrası hastanede ortalama 6.4 ± 2.7 (min:2, max:21) gün kaldığı bulundu.

Tabloda verilmemekle birlikte bireylerin %66.4’üne eşi, %30.8’ine kızı, %1.9’una kardeşi ve %0.9’una gelininin evde bakım verdiği bulundu. Ameliyat sonrasında

bireylerin hiçbirinde ameliyata ilişkin komplikasyon gelişmediği tespit edildi. Hastaneden ayrılmadan önce bireylerin %54.2'sine bir sorun olması durumunda hastanede ulaşabilecekleri telefon numarası verildiği ve iletişim numarası verilen hastaların %98.3'üne hastanenin numarasının verildiği saptandı. Bireylerin %87.9'u hastaneden ayrıldıktan sonra herhangi bir sorun için sağlık personeline aramadığını belirtti. Bakım verecek olan kişilerin %86.9'u hastanın eğitiminden ayrı bir eğitim almadıklarını ifade ettiler. Eğitim verilen bireylerin %58.1'ine eğitimin hemşirelerden ve %41.9'una hekimler tarafından verildiği tespit edildi.

Bireylerin %78.5'si ameliyat sonrası hastanede kalış süresini yeterli bulduklarını belirtti. Taburcu olmalarına karar verildiğinde; katılımcıların %89.7'si seçme şansları olsaydı eve gitmeyi tercih edeceğini belirtti. Eve gitmeyi tercih etme nedenlerinin; ev ortamının rahatlığı (%48.9), evde rollerini devam ettirebileceği (%22.9), aile üyeleri ile kendini daha rahat hissettiği (%19.7) ve evdeki beslenmenin kolaylığı (%6.2) olduğu tespit edildi. Diğer taraftan ise hastanede kalmayı tercih eden bireylerin; %85.0'i ev ortamının kaygı yaratacağını, %55.0'i evde bakımının eksik olacağını ve %30.0'u hem evde ilaç kullanmanın düzgün olmayacağı hem de ev ortamından olumsuz etkileneceğini düşündüğünü belirtti. Evde herhangi bir sorunla karşılaştığında bireylerin tamamı (%100) sorunla baş edebilmek için sağlık personeline ihtiyaç duyduğunu ifade etti.



Şekil 1. Bireylerin Evde Yaşadıkları Bakım Gerektiren Sorunların Dağılımı (n=107)

Bireylerin taburcu olduktan sonra evde yaşadıkları bakım gerektiren sorunlarının dağılımı Şekil 1’de görülmektedir. Evde bulundukları dönemde bireylerin; en sık uyku (%86.0), ağrı (%75.5), solunum sistemi (%64.5) ve gastrointestinal sistem (%63.6) ile ilgili sorunlar yaşadıkları saptandı. Aktivite konusunda bireylerin %49.5’i sorun yaşadığını belirtirken %37.4’ü uyum sorunu yaşadığını ifade etti. Araştırma kapsamındaki bireylerin %36.4’ü emosyonel sorun ve %15.9’u yara iyileşmesi sorunu ile karşılaştığını belirtti.

Tablo 4. Bireylerin Evde Yaşadıkları Uyku Sorunları (n=107)

Sorun yaşama durumu	S	%
Yaşayan	92	86.0
Yaşamayan	15	14.0
Sorun türü*(n=92)		
Uyuyamama	85	92.3
Gece sık uyanma	72	78.2
Yorgun kalkma	3	3.2
Erken uyanma	2	2.1
Kabus görme	1	1.1

*Sorulara birden fazla cevap verildiği için n katlandı.

Bireylerin evde oldukları süre içinde uyku sorunu yaşama durumu ve yaşanan sorun türlerinin dağılımı Tablo 4’de görülmektedir. Uyku sorunu yaşayan bireylerin (%86.0) çoğunlukta olduğu bulundu. Bu sorunu olan bireylerin en sık karşılaştıkları sorunun uyuyamama (%92.3) ve gece sık uyanma (%78.2) olduğu belirlendi.

Tablo 5. Bireylerin Evde Yaşadıkları Ağrı Sorunları (n=107)

Sorun yaşama durumu	S	%
Yaşayan	81	75.7
Yaşamayan	26	24.3
Sorun türü*(n=81)		
Göğüs ağrısı	45	55.5
Sırt ağrısı	35	43.2
Ameliyat bölgesi ağrısı	30	37.0
Bacak ağrısı	17	21.0
Kol ağrısı	8	9.8
Omuz ağrısı	4	4.9
Baş ağrısı	1	1.2

*Sorulara birden fazla cevap verildiği için n katlandı.

Tablo 5 bireylerin evde ağrı yaşama durumunu ve ağrı türlerini göstermektedir. Bireylerin %75.7'si ağrı yaşadığını ve ağrı yaşayan bireylerin %55.5'i ağrılarının göğüs ağrısı olduğunu belirttiler. Göğüs ağrısının yanı sıra sıklıkla bireylerin sırt (%43.2), ameliyat bölgesi (%37.0) ve bacak (%21.0) ağrısı yaşadıkları saptandı.

Tablo 6. Bireylerin Evde Yaşadıkları Solunum Sistemi Sorunları (n=107)

Sorun yaşama durumu	S	%
Yaşayan	69	64.5
Yaşamayan	38	35.5
Sorun Türü*(n=69)		
Öksürme	40	57.9
Balgam	31	44.9
Nefes darlığı	27	39.1
Hava açlığı	5	7.2
Soluk alırken ağrı	4	5.8

*Sorulara birden fazla cevap verildiği için n katlandı.

Solunum sistemine ilişkin sorun yaşama durumu ve yaşanan sorunlar Tablo 6'da gösterilmektedir. Bireylerin %64.5'inin solunum sistemine ilişkin sorun yaşadığı bulundu. Solunum sistemine ilişkin sorun yaşadığını belirten bireylerin; %57.9'unun öksürüğü, %44.9'unun balgam olduğunu ve %39.1'inin nefes darlığı yaşadığı belirlendi.

Tablo 7. Bireylerin Evde Yaşadıkları Gastrointestinal Sistem Sorunları (n=107)

Sorun yaşama durumu	S	%
Yaşayan	68	63.6
Yaşamayan	39	36.4
Sorun Türü*(n=68)		
Konstipasyon	38	55.9
İştahsızlık	34	50.0
Bulantı	19	27.9
Kusma	10	14.7
Diyare	7	10.3
Hazımsızlık	2	2.9
Karında gaz sorunu	1	1.4
Reflü	1	1.4

*Sorulara birden fazla cevap verildiği için n katlandı.

Tablo 7’de bireylerin evde oldukları dönemde gastrointestinal sisteme ilişkin sorun yaşama durumu ve yaşadıkları sorunların dağılımı görülmektedir. Bireylerin %63.6’sının gastrointestinal sistem sorunu yaşadığı belirlendi. Gastrointestinal sisteme ilişkin sorun yaşayan hastalar sırasıyla konstipasyon (%55.9), iştahsızlık (%50.0), bulantı (%27.9) ve kusma (%14.7) sorunu ile yaşadıklarını ifade etti.

Tablo 8. Bireylerin Evde Yaşadıkları Aktivite Sorunları (n=107)

Sorun yaşama durumu	S	%
Yaşayan	53	49.5
Yaşamayan	54	50.5
Sorun Türü*(n=53)		
Yatak içi sabit pozisyonu sürdürme	26	49.1
Yürüyüş yapma	23	43.4
Solunum egzersizlerini devam ettirme	13	24.5

*Sorulara birden fazla cevap verildiği için n katlandı.

Tablo 8’de bireylerin aktivite ile ilgili sorun yaşama durumu ve sorun türlerinin dağılımı gösterilmektedir. Bireylerin %49.5’inin aktivite konusunda sorun yaşadığı belirlendi. Aktivite ile ilgili sorun yaşayan bireylerin; %49.1’inin yatak içi pozisyonu korumada ve %43.4’ünün yürüyüş yapmada güçlük yaşadığı belirlendi. Solunum egzersizlerini uygulamada ise bireylerin %24.5’i sorunla karşılaştığını ifade etti.

Tablo 9. Bireylerin Evde Yaşadıkları Uyum Sorunları (n=107)

Sorun yaşama durumu	S	%
Sorun yaşayan	40	37.4
Sorun yaşamayan	67	62.6
Sorun yaşanan konular*(n=40)		
Pozisyon	15	37.5
Varis çorabı kullanımı	14	35.0
İlaç tedavisi	9	22.5
Diyet	7	17.5
Egzersiz	5	12.5

*Sorulara birden fazla cevap verildiği için n katlandı.

Evde bulundukları dönemde bireylerin taburculukta planlanan bireysel tedavi ve bakım uygulamalarına uyum durumları Tablo 9’da yer almaktadır. Bireylerin %37.4’ü

uyum sorunu yaşadığını belirtti. Uyum sorunu yaşayan bireylerin; %37.5'i pozisyona uyum, %35.0'i varis çorabı kullanımı ve %22.5'i tedaviye uyum sorunu ile karşılaştıklarını ifade etti.

Tablo 10. Bireylerin Evde Yaşadıkları Emosyonel Sorunlar (n=107)

Sorun yaşama durumu	S	%
Yaşayan	39	36.4
Yaşamayan	68	63.6
Sorun Türü*(n=39)		
Sinirlilik	19	48.7
Korku	18	46.1
Kaygı	9	23.0
Dikişlerin açılacağı düşüncesi	9	23.0
Umutsuzluk	8	20.5
Kızgınlık	4	10.3
Ameliyatı kabullenmeme	1	2.6

*Sorulara birden fazla cevap verildiği için n katlandı.

Bireylerin evde oldukları dönemde emosyonel duruma ilişkin sorun yaşama durumları ve yaşadıkları sorunlar Tablo 10'da gösterilmektedir. Bireylerin %36.4'ü emosyonel sorun yaşadığını belirtti. Emosyonel sorun yaşayan bireylerin; %48.7'si sinirlilik ve %46.1'i korku yaşadığını ifade etti. Diğer emosyonel sorunlar ise kaygı (%23) ve dikişlerin açılacağı endişesini (%23), umutsuzluk (%20.5), kızgınlık (%10.3) ve ameliyatı kabullenmeme (%2.6) olarak saptandı.

Tablo 11. Bireylerin Evde Yaşadıkları Yara İyileşmesi Sorunları (n=107)

Sorun yaşama durumu	S	%
Yaşayan	17	15.9
Yaşamayan	90	84.1
Sorun Türü*(n=17)		
Yara enfeksiyonu	17	100.0

Tablo 11 bireylerin evde yaşadıkları yara iyileşmesi sorunlarını ve sorunların dağılımını içermektedir. Katılımcıların %15.9'unun hastaneden ayrıldıktan sonra yara iyileşmesi ile ilgili sorunu olduğu belirlendi. Yara iyileşmesi sorunu olan bireylerin ise tamamında (%100) yara enfeksiyonu görüldüğü tespit edildi.

Tablo 12. Bireylerin Bakım Bağımlılığı Durumlarının Aktivitelere Göre Dağılımı (n=107)*

Aktiviteler	Bağımlılık durumu							
	Tamamen bağımlı		Kısmen bağımlı		Bağımsız		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Banyo yapmak	86	80.4	18	16.8	3	2.8	107	100.0
Giysilerini değiştirmek	20	18.7	81	75.7	6	5.6	107	100.0
Yürüyüş yapmak	6	5.6	40	37.4	61	57.0	107	100.0
Solunum egzersizleri yapmak	1	0.9	21	19.6	85	79.5	107	100.0
Tuvalete gitmek	2	1.9	41	38.3	64	59.8	107	100.0
Bilişsel işlevleri sürdürmek	1	0.9	16	15.0	90	84.1	107	100.0
İlaçların kullanımı	1	0.9	50	46.7	56	52.4	107	100.0
Pozisyon düzenlemek	1	0.9	29	27.1	77	72.0	107	100.0
Yemek-içmek	-	-	18	16.8	89	83.2	107	100.0

Bireylerin bakım bağımlılığı durumlarının aktivitelere göre dağılımı Tablo 12’de belirtilmektedir. Bireylerin %80.4’ünün banyo yaparken tamamen, %75.7’sinin giysilerini değiştirmek için kısmen bağımlı olduğu saptandı. Bilişsel işlevleri sürdürmek (ilaç kullanımını ve egzersizlerini hatırlama, başkalarıyla iletişime geçebilme vb.) için bireylerin %84.1’inin, yeme-içme gereksinimini karşılamada %83.2’sinin, solunum egzersizlerini yapmak için %79.4’ünün, pozisyonunun düzenlemede %72’sinin, tuvalete gitmek için %59.8’inin ve yürüyüş yapmak için %57’sinin tamamen bağımsız olduğu görüldü. İlaç kullanımını karşılamak için ise bireylerin %52.3’ünün bağımsız, %46.7’sinin kısmen bağımlı olduğu bulundu.

Tablo 13. Bireylerin Evde Bakım Gerektiren Sorun Sayısı ve Bakım Bağımlılığı Puanı Ortalamalarının Bazı Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	S	%	Sorun Sayısı Ortalamaları $\bar{X} \pm SS$	Bağımlılık Puanı Ortalamaları $\bar{X} \pm SS$
Yaş				
42-57	34	31.8	9.5±2.0	4.5±2.4
58-67	44	41.1	9.6±2.7	4.9±2.3
68-82	29	27.1	10.5±3.0	6.1±2.9
			F=1.28 p= .282	F=3.08 p= .05
Cinsiyet				
Kadın	25	23.4	11.8±2.5	6.3±2.8
Erkek	82	76.6	9.2±2.3	4.7±2.4
			t=4.59 p< .0001	U=678.5 p= .01
Taburculuk eğitimi alma durumu				
Alan	43	40.2	10.1±2.4	5.4±2.9
Almayan	64	59.8	9.6±2.7	4.9±2.4
			t=0.99 p= .322	U=1179.0 p= .377
Hastanede yatış süresi (gün)				
2-4	22	20.6	9.9±1.9	4.5±1.9
5-7	61	57.0	10.1±2.8	5.2±2.7
8-21	24	22.4	9.1±2.6	5.5±2.8
			F=1.29 p= .28	KW χ^2 =1.02 p= .59
Taburculuktan sonra geçen süre (gün)				
5-15	15	14.0	9.2±2.2	5.6±2.2
16-20	39	36.4	10.1±2.9	5.2±2.8
21-25	26	24.3	9.9±2.6	4.8±2.3
26-30	27	25.2	9.7±2.2	4.9±2.7
			F=0.5 p= .68	KW χ^2 =1.37 p= .71

Bireylerin evde yaşadıkları bakım gerektiren sorun sayısı ve bakım bağımlılığı puanı ortalamalarının bazı değişkenlere göre dağılımı Tablo 13’de gösterilmektedir. Yaş gruplarına göre bakıldığında; 68 ve üzeri yaşta bireylerin diğerlerine göre daha fazla sorun yaşadığı (10.5±3.0) saptandı. Araştırma kapsamındaki kadınların (11.8±2.5)

erkeklere oranla daha fazla sorun yaşadığı bulundu. Taburculuk eğitimi alan bireylerin almayan bireylere göre daha fazla sorun yaşadığı tespit edildi (10.1 ± 2.4). Hastanede yatış süreleri değerlendirildiğinde 5-7 gün kalan bireylerin diğerlerine göre daha fazla sorun yaşadığı bulundu (10.1 ± 2.8). Taburculuktan sonra geçen süreye göre evde sorun yaşama durumu incelendiğinde evde 16-20 gün geçiren bireylerin diğerlerine oranla daha çok sorun yaşadığı belirlendi (10.1 ± 2.9). Yapılan istatistiksel değerlendirmenin sonucunda; evde yaşanan sorun yönünden kadınlarla erkekler arasında anlamlı fark olduğu ($p < .0001$) bulundu. Yaş, taburculuk eğitimi alma durumu, hastanede kalış süresi ve taburculuk sonrası geçen süre yönünden ise gruplar arasında anlamlı fark bulunmadığı belirlendi ($p > .05$).

Bağımlılık puanının ortalamaları incelendiğinde, 68 ve üzeri yaştaki bireylerin diğer yaştakilere göre; (6.1 ± 2.9), kadınların erkeklere göre daha bağımlı olduğu bulundu (6.3 ± 2.8). Taburculuk eğitimi alan bireylerin almayan bireylere göre (5.4 ± 2.9) ve sekiz günden uzun süre hastanede kalan bireylerin diğerlerine göre daha bağımlı olduğu görüldü (5.5 ± 2.8). Taburculuktan sonra geçen süre değerlendirildiğinde, 5 ve 15 günleri arasında görüşülen bireylerin diğerlerine göre daha bağımlı olduğu saptandı (5.6 ± 2.2). İstatistiksel değerlendirmenin sonucunda; bağımlılık puanı yönünden yaş, taburculuk eğitimi alma durumu, hastanede yatış süresi ve taburculuktan sonra geçen süre açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p > .05$). Ancak kadınlarla erkekler arasında bakım bağımlılığı yönünden anlamlı bir fark olduğu tespit edildi ($p = .01$).

Tablo 14. Bireylerin Bakım Gerektiren Sorunları ve Bakım Bağımlılıkları İle Bazı Değişkenler Arasındaki Korelasyon (n=107)

	Yaş	Hastanedeki kalış süresi (gün)	Taburculuktan sonra geçen süre (gün)	Bağımlılık puanı ortalamaları
Sağlık Sorunu Ortalaması	$r = 0.115$ $p = .238$	$r = -0.08$ $p = .368$	$r = 0.117$ $p = .229$	$r = 0.253$ $p = .009$
Bağımlılık Puanı Ortalaması	$r = 0.151$ $p = .122$	$r = 0.13$ $p = .181$	$r = -0.134$ $p = .168$	1

Tablo 14’de bireylerin bakım gerektiren sorunları ve bakım bağımlılıkları ile bazı değişkenler arasındaki korelasyonları gösterilmektedir. Bireylerin evde yaşadıkları

sağlık sorunları ile; yaş, hastanede kalış süresi ve taburculuktan sonra geçen süre arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>.05$). Bağımlılık durumu ile; yaş, hastanede kalış süresi ve taburculuk sonrası geçen süre arasında ilişki olmadığı tespit edildi ($p>.05$). Ancak bakım gerektiren sorun sayısı ile bağımlılık puanları arasında anlamlı ilişki olduğu ($p=.009$) belirlendi. Bireylerin sorun sayısı arttıkça bağımlılık durumları da artmaktadır.

Tablo 15. Bireylerin Bakım Bağımlılığı Puanı Ortalamalarının Yaşanılan Sağlık Sorunlarına Göre Dağılımı

Sorunlar		S	%	Bağımlılık Puanı Ortalamaları	Analiz Sonuçları
				$\bar{X} \pm SS$	
Uyku	Yaşayan	92	86.0	5.1 $\pm$ 2.6	U=644.5 p= .680
	Yaşamayan	15	14.0	4.9 $\pm$ 2.6	
Ağrı	Yaşayan	81	75.7	5.1 $\pm$ 2.7	U=1044.0 p= .947
	Yaşamayan	26	24.3	5.0 $\pm$ 2.3	
Solunum sistemi	Yaşayan	69	64.5	5.4 $\pm$ 2.7	t=1.77 p= .78
	Yaşamayan	38	35.5	4.5 $\pm$ 2.1	
Gastrointestinal sistem	Yaşayan	68	63.6	5.7 $\pm$ 2.6	U=840.5 p= .0001
	Yaşamayan	39	36.4	4.1 $\pm$ 2.2	
Aktivite	Yaşayan	53	49.5	4.8 $\pm$ 2.7	U=1212.0 p= .168
	Yaşamayan	54	50.5	5.3 $\pm$ 2.4	
Uyum	Yaşayan	40	37.4	5.2 $\pm$ 2.8	U=1292.5 p= .757
	Yaşamayan	67	62.6	5.0 $\pm$ 2.5	
Emosyonel durum	Yaşayan	39	36.4	5.4 $\pm$ 2.9	U=1225.5 p= .511
	Yaşamayan	68	63.6	4.9 $\pm$ 2.4	
Yara iyileşmesi	Yaşayan	17	15.9	4.4 $\pm$ 2.7	U=610.0 p= .182
	Yaşamayan	90	84.1	5.2 $\pm$ 2.5	

Tablo 15 bireylerin bakım bağımlılığı puan ortalamalarının evde yaşadıkları sağlık sorunlarına göre dağılımını göstermektedir. Gastrointestinal sistem (5.7 $\pm$ 2.6) ve solunum sistemi sorunu yaşayanların (5.4 $\pm$ 2.7) sorun yaşamayanlara göre daha bağımlı olduğu belirlendi. Uyku (5.1 $\pm$ 2.6), ağrı (5.1 $\pm$ 2.7, uyum (5.2 $\pm$ 2.8) ve emosyonel durum (5.4 $\pm$ 2.9) sorunu olan ve olmayan bireylerin bağımlılık puan ortalamalarının birbirine çok yakın olduğu saptandı. Farklı olarak yara iyileşmesi (5.2 $\pm$ 2.5) ve aktivite sorunu (5.3 $\pm$ 2.4) olmayan bireylerin olanlara göre bağımlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı. Yapılan istatistiksel analizde, gastrointestinal sistem sorunu yaşayan bireyler

ile yaşamayan bireyler arasında bakım bağımlılığı yönünden anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p = .0001$). Evde yaşanan diğer sorunlar yönünden sorun yaşayan ve yaşamayan bireyler arasında bakım bağımlılığına ilişkin anlamlı fark saptanmadı ($p > .05$).

7. TARTIŞMA

Günümüze kadar gelişimi hızla devam eden KABG ameliyatları postoperatif komplikasyonların önemli sorun oluşturduğu cerrahi girişimlerden biri olarak gösterilmektedir (9). Bireylerin KABG ameliyatı sonrasında çeşitli sorunlar yaşadığını ifade eden birçok çalışma bulunmaktadır. İyileşme döneminde birey yaşadıkları sorunların yönetiminde yakınlarıyla birlikte yetersiz kalmaktadır (57). Çalışmamız KABG ameliyatı olan hastaların taburculuk sonrası bakım gerektiren sağlık sorunlarının yanı sıra bakım bağımlılıkları belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

Araştırmamızdaki hastaların dörtte üçünü erkekler oluşturmaktadır. Benzer çalışmalarda da erkek hasta oranı daha fazladır (53, 14). Bireylerin yaş ortalamaları 61.8 ± 8.7 'dir. Çalışma sonuçlarımızla paralel olarak Elitoğ ve Erkuş'un çalışmasında (2010), hastaların yaş ortalamaları 61 olarak belirtilmiştir (14). Başka bir ülkede yapılan bir çalışmada ise, hastaların %84'ünün erkek olduğu ve yaş ortalamalarının 64 olduğu saptanmıştır (58). Diğer bir çalışmada kadın ve erkek sayısı eşit tutulurken hastaların yaş ortalamaları 60 olarak bulunmuştur (59). Çalışmamızdaki hastaların yaklaşık altıda birinin ek kronik hastalığı olduğu ve bu kronik hastalığın diyabet olduğu saptandı. Çakmakçı ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada (2013) hastaların %24.3'ünün diyabetinin olduğu saptanmıştır (60). Dünya'da ise, hastaların %27.8'inde diyabet hastalığı görüldüğü belirtilmektedir (61). Diyabet koroner arter hastalıklarına zemin hazırlayan değiştirilemez faktörler içerisinde gösterilmektedir (24).

Araştırma kapsamındaki hastaların yarısından fazlasının hastanede ortalama 6.4 ± 2.7 gün kaldığı bulundu. Birçok sistemin olumsuz etkilendiği KABG sonrası hastaların sorun yaşama durumuna karşın ameliyat sonrası her hangi bir komplikasyon görülmeyen hastalar ortalama 5-7 günde taburcu edilmektedir (28). Bu sonuç yürütülmüş diğer çalışma sonuçları ile uyumludur (10, 42, 62).

Ameliyat sonrası hastanede kısa süre kalan hasta hastane enfeksiyonlarından korunmaktadır; ancak ameliyat sonrası iyileşme sürecinin büyük bir kısmını evde tamamlamak zorunda kalmaktadır. Hastaların bu dönemi sorunsuz geçirebilmesi için donanımlı bilgiyle taburcu edilmesi gerekmektedir. Evlerine yeterli bilgiyle dönemeyen hastalar bazı sağlık sorunlarıyla karşılaşmakta ve kendilerini yetersiz hissetmektedirler. Çalışmamızda hastaların yaklaşık beşte üçünün herhangi bir eğitim almadığı ve eğitim

alan hastaların beşte üçünün eğitimi hemşirelerden aldığı bulundu. Bakım verecek olan aile üyelerinin çoğunun hastanın eğitiminden ayrı bir eğitim almadıkları saptandı. Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde; hastaların ve bakım veren aile üyelerinin hasta bakımı konusunda yeterli eğitim almadıkları görüldü. Demirkıran ve Uzun'un yürüttüğü çalışmada (2012) hastaların %41.2'sinin eğitim aldığı ve %66.7'sinin eğitimi hekimden aldığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada bakım verenlerin ise %65'i taburculuk sonrası evde bakıma ilişkin bilgi almadıkları ifade edilmiştir. Taburculuk eğitimi alan hastaların %66.7'sinin eğitimi hekimden aldığı saptanmıştır (63). Taburculuk sonrası etkili eğitimin olmaması hasta ve yakınlarının yetersiz kalmasına neden olacaktır. Karşılaşılabilecekleri sorunlara ilişkin doğru bilgilendirme yapılması bakım verenlerin ve hastaların kaygılarını azaltacak, içinde bulundukları durumla etkili baş etmelerini sağlayacaktır.

Taburcu olmalarına karar verildiğinde hastaların çoğu eve gitmeyi tercih ettiklerini belirttiler; ancak evde karşılaştıkları sorunlarla baş etmede tamamı sağlık personeline gereksinim duydular. Eve gitmeyi tercih etme nedenleri sorulduğunda hastaların yarısı ev ortamının daha rahat olduğunu ve yaklaşık dörtte biri evdeki rollerini devam ettirebileceğini ifade etti. Araştırmamızla paralel olarak Yılmaz ve Çiftçi'nin yürüttüğü çalışmada (2010) ameliyat sonrası birinci haftada hastaların %82.2'si evde olmayı tercih ettiğini belirtmiştir. Evde olmayı tercih etme nedenleri sorgulandığında ise, hastalar ev ortamının rahatlığını, temizliğini ve evdeki yemeklerin daha iyi olduğunu belirtmiştir (10). Hastaların tamamının en az bir sağlık sorunu ile karşılaştığı düşünüldüğünde etkili bir eğitimle taburculuğun sağlanması hastaların gereksinimlerinin karşılanmasında sorun yaşanmasına engel olacaktır.

Çalışmamızda hastaların çoğunluğunun uyku ve ağrı, yarısından fazlasının solunum ve gastrointestinal sistemi, yarısının aktiviteye ilişkin sorun yaşadığı tespit edildi. Direk ve Şenol'un yürüttüğü çalışmada (2012) ise, hastaların tamamının uyku sorunu yaşadığı belirtilmiştir. Bu çalışmada hastalar sırtüstü pozisyonda yatamama, yorgunluk, ağrı, halsizlik, konstipasyon, dispne ve korku yaşadıklarını ifade etmiştir (12). Elitoğ ve Erkuş (2010) KABG ameliyatı geçiren hastalar ile yaptıkları çalışmada ise, hastaların taburculuk sonrası yaşadıkları sorunları; ilaç kullanımı, ağrı kontrolü, yara bakımı ve günlük aktivitelere ilişkin sorunlar şeklinde sıralamıştır (14). Ülkemiz dışında yapılan bir çalışmada, hastaların sırasıyla uyku, iştahsızlık, göğüs ağrısı ve

bacak ağrısı yaşadığı saptanmıştır (64). Çalışmaların sonuçlarına bakıldığında yaşanan sorunların türleri benzerlik göstermektedir ancak, sorunların sıralamaları yönünden çalışmamızdan farklılıklar bulunmaktadır.

Araştırmamızda en çok uyku sorununun yaşandığı, uyku sorunu yaşayanların ise en çok uyuyamama ve gece sık uyanma sorunu ile karşılaştığı bulundu. Koroner arter bypass greft sonrası yaşanan sorunları inceleyen araştırmaların çoğunda uyku sorunu ilk sırada yer almaktadır (10, 12, 64). Uyku ile ilgili sorunlardan sonra en sık yaşanan sorunun ağrı olduğu saptandı. Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunları inceleyen bir çalışmada da, hastaların en çok ağrıya ilişkin sorun yaşadığı görülmüştür (13). Lahtinen ve arkadaşlarının (2006) yürüttüğü çalışmada ise, ağrı en sık yaşanan sorun olarak belirlenmiştir (33). Çalışmamızda ağrı sorunu yaşayan hastaların en çok; göğüs, sırt ve ameliyat bölgesi ağrısı yaşadığı belirlendi. Elitoğ ve Erkuş'un yürüttüğü çalışmada (2010) hastaların %54'ünün (14), Sidar ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada (2013) ise %8.6'sının sırt ağrısı yaşadığı bulunmuştur (62).

Hastaların yaklaşık beşte üçünün solunum sistemine ilişkin sorun yaşadığı ve en çok öksürük, balgam ve nefes darlığı sorunu ile karşılaştıkları belirlendi. Direk ve Şenol'un yürüttüğü çalışmada (2012) ise, hastaların %43.4'ünün solunum sistemine ilişkin sorun yaşadığı bulunmuştur (12). Dal ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada (2012) ise, çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak hastaların %15.8'inin solunuma ilişkin sorun yaşadığı saptanmıştır (13).

Katılımcıların yarısından fazlasının gastrointestinal sisteme ilişkin sorunla karşılaştığı ve en sık yaşanan sorunun konstipasyon ve iştahsızlık olduğu bulundu. Uzun dönem yatak istirahati olan hastaların konstipasyon sorunu ile karşılaşması beklendik bir durumdur. Direk ve Şenol'un çalışmasında (2012) hastaların %34'ünün iştahsızlık sorunu ve %9.4'ünün konstipasyon sorunu yaşadığı bulunmuştur (12). Dal ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada da (2012) hastaların %24'ünün beslenme ve %30.6'sının konstipasyon sorunu yaşadığı tespit edilmiştir (13). Gallager'in çalışmasında (2004) ise, hastaların %35'inin iştahsızlık sorunu deneyimlediği belirtilmiştir (64).

Hastaların yarısından azının aktivite, uyum, emosyonel durum ve yara iyileşmesi sorunu ile karşılaştığı bulundu. Aktivite sorunu yaşayan hastaların en çok yatak içi

pozisyonu sürdürmede ve yürüyüş yapmada sorun yaşadığı belirlendi. Ülkemizde yürütülen bir çalışmada, hastaların %77.4'ünün aktivite sorunu yaşadığı ifade edilmiştir (12). Araştırma kapsamındaki hastaların beşte ikisi pozisyona bağlı ve altıda biri yara yeri sorunu yaşadığını ifade etmektedir. Çalışmamızdan farklı olarak Direk ve Şenol'un (2012) belirttiğine göre, hastaların dörtte üçü sırtüstü yatamama sorunu yaşamış ve beşte üçü de yara yeri sorunuyla karşılaşmıştır (12). Yılmaz ve Çiftçi'nin (2010) belirttiğine göre hastaların tamamı ameliyat sonrası birinci haftada aktivite ve egzersiz sorunu yaşadığını ifade etmiştir (10). Çalışma sonuçları yaşanan sorunların türleri açısından çalışmamızla farklılık göstermektedir. Hastaların söylenen pozisyona bağlı kaldıkları ve sorun yaşamadığı görülmüştür. Hastalar yara yeri enfeksiyonu ve pozisyonu koruma açısından daha iyi eğitilmiş olabilirler.

Bağımlılık bireyin, fiziksel, mental, emosyonel, bilişsel, sosyal, ekonomik ve çevresel olarak desteğe ihtiyaç duyması durumudur (54). Dijkstra (2005) hemşirelik için teorik olarak bakım bağımlılığını; öz bakım yeteneği azalan ve bakım gereksinimlerini karşılamada başkasına bağımlı olan bir hastanın desteklenmesi gereken bir durum olarak tanımlamıştır (65). Cella (2008) yaşam kalitesini; fiziksel, fonksiyonel, emosyonel ve sosyal faktörlerin bileşiminden oluşan iyilik hali olarak tanımlamaktadır (66). Hastaların evde kendi bakımlarını sürdürmede yetersiz kalmaları yaşam kalitesini düşürmenin yanında bakım bağımlılığına da neden olmaktadır.

Bireyler ameliyat sonrası sağlık sorunlarının olumsuz etkileri sonucunda günlük yaşam aktivitelerinde başka birine bağımlı hale gelmektedir. Çalışmamızda hastaların, yaklaşık beşte dördünün banyo yapmak için tamamen ve dörtte üçünün giysilerini değiştirmek için kısmen bağımlı olduğu belirlendi. Hastaların çoğunun beslenmek, bilişsel işlevleri sürdürmek ve solunum egzersizlerini yapmak için bağımsız olduğu bulundu. Bilimsel kaynaklarda KABG olan hastaların bakım bağımlılıklarına ilişkin çalışma bulunamadı. Taşdelen ve Ateş'in (2012) evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimlerini belirlemek için yürüttüğü çalışmasında hastaların ilaç kullanımı için %72.3'ünün, banyo yapmak için %85.3'ünün ve giyinmek için %81.9'unun tam bağımlı olduğu bulunmuştur. Beslenmek için hastaların %74'ünün yarı bağımlı olduğu ve solunum için %88.7'sinin bağımsız olduğu belirlenmiştir (57). Ancak çalışmanın evde bakımı gerektiren tüm hastaları kapsamaması farklı sonuçlara neden olabilir.

Kadınların erkeklere oranla daha fazla sorun yaşadığı ve daha bağımlı olduğu tespit edildi. Yaşam kalitesini KABG ameliyatı sonrası değerlendiren bir çalışmada, erkek hastaların yaşam kalitelerinin kadın hastalara göre daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (59). Çalışmamızda 68-82 yaş aralığında olan hastaların anlamlı olmamakla birlikte diğerlerine göre daha fazla sorun yaşadığı ve daha bağımlı olduğu belirlendi. Yaşla birlikte bedendeki fizyolojik değişimleri nedeniyle ameliyat sonrası sorunların artması beklenen bir durum ve bağımlılığı artıran bir unsurdur. Yaşla beraber sağlık sorunlarının artması bireyin bakım bağımlılığını artıracaktır. Bu durumda yaşlı bireyler taburculuk eğitimi ve evde bakım yönünden özellikli konumda değerlendirilmelidir. Tabucu olurken eğitim almanın, hastanede ve evde geçirilen sürenin hastaların sağlık sorunları ve bakım bağımlılıklarını anlamlı şekilde etkilemediği saptandı.

Hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunu sayısı ile yaş, hastanede kalış ve taburculuk sonrası geçen süre açısından aralarında ilişki olmadığı belirlendi. Ancak hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunları arttıkça bakım bağımlılıkları da artmaktadır. Yaşanılan sorunların artması bağımlılığı doğrudan etkileyen bir unsurdur. Direkt ve Şenol'un çalışmasında, hastaların öz bakım gücü ile yaşadıkları sorunlar arasında anlamlı bir fark bulunamadığı belirtilmiştir (12). Çalışmanın öz bakım gücünü değerlendirmesi çalışmamızdan farklı sonuçlara neden olabilir.

Çalışmamızda gastrointestinal sorunu olan hastaların olmayanlara göre daha bağımlı olduğu bulundu. Gastrointestinal sistem sorunu yaşayan hastaların arasında kadın hastaların erkek hastalardan daha fazla olduğu bulundu. Kadın hastaların erkeklere göre daha bağımlı olması bu sorunu yaratmış olabilir. Uyku, emosyonel durum ve solunum sistemine ilişkin sorunu olan hastaların anlamlı olmasa da daha bağımlı olduğu saptandı. Ağrı ve uyum durumunda sorun yaşayan hastalar ile yaşamayan hastaların bakım bağımlılıklarının benzer olduğu saptandı. Aktivite ve yara iyileşmesi durumları incelendiğinde ise sorun yaşamayan hastaların daha bağımlı olduğu ancak bu farkın anlamlı olmadığı tespit edildi. Aktivite sorunu olmayan hastaların daha bağımlı olması beklenmeyen bir sonuçtur. Kadın hastalar erkeklere göre daha bağımlı olduğu için farkın kadın hastalardan kaynaklanabileceği düşünüldü. Ancak aktivite sorunu yaşayan hastalar ile yaşamayan hastalar arasında cinsiyet yönünden fark bulunamadı.

Ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gelişimini önlemek ve hastanın iyileşmesini hızlandırmak için; erken mobilizasyon, derin solunum öksürme egzersizlerinin uygulanması ve ağrı kontrolü önemli yer tutmaktadır (53). Ancak hastaların yaşadıkları sorunların azaltılması için hemşirenin etkili taburculuk eğitimini planlaması ve uygulaması da hayati önem taşımaktadır. Taburculuk eğitimi ve danışmanlık hizmeti verilen KABG hastalarında eğitimin etkili olduğu ortaya konmuştur (67). Ancak verilen eğitimin etkinliğinin ve sürekliliğinin sağlanmaması eksikliklere yol açmaktadır. Hastaların sorunlarının erken dönemde saptanması ve bakımının sürekliliğinin sağlanması için hastaneden çıkmadan önce donanımlı bilgiyle taburcu olması gerekmektedir. Hemşire tarafından verilen eğitimle birlikte hastaların taburcu edilmesi, eğitimin göresel araçlarla desteklenmesi ve hastalara taburcu olmadan önce sorunla karşılaştıklarında ulaşabilecekleri bir iletişim numarası ile evlerine gönderilmesi bakımın sürekliliğine katkı sağlayacaktır. Hastaların yaşayacakları sorunları önceden bilmesi ve gerekli önlemleri alması bağımlılıklarının azalmasına katkı sağlayacaktır. Hastaların hastaneye kontrole geldikleri dönemde evde yaşadıkları sorunların ve bağımlılıklarının değerlendirilmesi sürekliliği etkileyecektir. Sorun yaşamayan hastalar bakımlarında bağımlı olmayacak ve etkin iyileşme süreci geçirecektir.

Hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunları herhangi bir sorun belirleyici araç kullanılmadan kendi ifadeleri doğrultusunda belirlendi. Bakım gerektiren sorunların belirlenmesi için bir ölçüm aracı kullanılmaması ve tek bir coğrafi bölgeye ait olması çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Çalışmanın daha büyük örneklemle ve başka bölgelerde yürütülmesi farklı sonuçlar sağlayabilir. Araştırma KABG ameliyatı olmuş bireylerde bağımlılık kapsamında ülkemizdeki ilk verileri sunmaktadır. Sonuçlarımız KABG olan hastaların taburculuk eğitimlerinin planlanmasında yol gösterici olacaktır. Daha önce bakım bağımlılığı değerlendirmesi hastanede ya da evde yatan hastalarla yürütülmüştür. Ancak çalışmamız ülkemizde KABG ameliyatı sonrası bakım bağımlılığını araştıran ilk çalışma niteliğini taşımaktadır.

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Koroner arter bypass greft ameliyatı olan bireylerin evde bulundukları dönemde bakım gereksinimlerini ve bağımlılık durumlarını belirlemek amacıyla yürütülen çalışmamızda; hastaların çoğunun erkek ve ortalama 61.8 ± 8.7 yaşında olduğu bulundu.

1. Hastaların dörtte birinin ek kronik hastalığının olduğu ve kronik hastalığı olanların onda birinin bu hastalık için sürekli ilaç kullandığı saptandı (Tablo 3).

- Hastaların hastanede ortalama altı gün kaldığı ve beşte üçünün taburcu olurken eğitim almadığı görüldü. Taburcu olurken hastalara eğitimin çoğunlukla hemşireler tarafından verildiği belirlendi.

2. Evde bakım gerektiren sorunların görülme sıklıkları sırasıyla uyku, ağrı, solunum sistemi, gastrointestinal sistem, aktivite, tedaviye uyum, emosyonel durum ve yara iyileşmesi olduğu belirlendi (Şekil 1).

3. Hastaların çoğunun uyku sorunu yaşadığı, onda dokuzunun uyuyamama ve beşte dördünün gece sık uyanma sorunu ile karşılaştığı bulundu (Tablo 4).

4. Ağrı sorunu yaşayan hastaların yarısının göğüs ağrısı yaşadığı saptandı (Tablo 5).

5. Solunum sistemine ilişkin sorunu olan hastaların beşte üçünün öksürme, yaklaşık yarısının balgam ve beşte ikisinin nefes darlığı yaşadığı görüldü (Tablo 6).

6. Gastrointestinal sisteme ilişkin sorun yaşadığını ifade eden hastaların yarısından fazlasının konstipasyon ve yarısının iştahsızlık sorunu olduğu tespit edildi (Tablo 7).

7. Hastaların bağımlılık durumlarına bakıldığında, beşte dördünün banyo yapmak için tam bağımlı, dörtte üçünün giysilerini değiştirmek için kısmen bağımlı ve bilişsel işlevleri sürdürmek için yedide altısının bağımsız olduğu bulundu (Tablo 12).

8. Kadınların erkeklere oranla daha fazla sorun yaşadığı ($p < .0001$) ve daha bağımlı olduğu ($p = .01$) saptandı (Tablo 13).

- Bireylerin sorun sayısı ile bağımlılık puanları arasında anlamlı ilişki tespit edildi.
- Hastaların sorun sayısı arttıkça bağımlılıklarının da arttığı görüldü.

9. Katılımcıların bakım gerektiren sorun sayısı ile; yaş, hastanede kalış ve taburculuktan sonra geçen süre ile arasında ilişki ($p>.05$) bulunamadı (Tablo 14).

- Uyku, ağrı, solunum sistemi, aktivite, uyum, emosyonel durum ve yara iyileşmesi sorunu olmasının bakım bağımlılığını istatistiksel olarak etkilemediği saptandı ($p>.05$).

10. Gastrointestinal sisteme ilişkin sorunu olan hastaların olmayanlara göre bağımlı olduğu ($p=.0001$) belirlendi (Tablo 15).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Kadın hastaların erkek hastalardan daha çok sorun yaşadığı ve daha bağımlı olduğu göz önünde bulundurularak hastanedeki dönemde aktivitelerinin desteklenmesi,
- Hastaları evde bir başkasına bağımlı kılan aktiviteler banyo yapmak ve giysilerini değiştirmektir. Hastanedeki dönemde ya da taburcu olduktan sonra bu aktiviteler için hasta ve bakım verenlerin eğitilmesi ve desteklenmesi,
- Karşılaşılabilecek sorunların önlenmesi için hasta ve ailesine yeterli donanımın kazandırılmasında bireysel özellikler göz önünde bulundurularak taburculuk eğitiminin planlanması ve görsel-işitsel materyallerle desteklenmesi,
- Taburculuk sırasında hastaya bakım verecek bireyin eğitiminin hasta eğitiminden ayrı planlanması ve uygulanması,
- Yaşlı bireylere taburculuk eğitiminde daha özellikli davranılması ve özellikli eğitimin uygulanması,
- Taburculuk sonrası sorunla karşılaşıldığında hasta ve yakınlarına ulaşabilecekleri telefon numarasının verilmesi,
- Hastanın yaşadığı sorunlar değerlendirilerek etkili bakımın rehabilitasyon hizmetleri ile sürekliliğinin sağlanması,
- Bakım önerilerinin etkili uygulanıp uygulanmadığı hastanın hastaneye kontrole geldiği sürede ve evde denetlenmesi,
- Kurumlarda nitelikli sağlık hizmetinin önemli bir göstergesi olan taburculuğun planlanması, hasta eğitiminin farklı yöntemlerle ve materyallerle planlı yürütülmesinin hemşirelik uygulamalarının bir parçası haline getirilmesi,

- Fazla sayıda hasta üzerinde, farklı coğrafi bölgede ve kurumlarda benzer çalışmanın tekrarlanması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

1. World Health Organization (2015). Cardiovascular Diseases [online]. Erişilebilir: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-iseases/cardiovascular-diseases> [Alındı 14 Nisan 2015].
2. Nehir S, Çam O (2010). Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda psikososyal sağlık ve hastalık uyumu. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 26(3): 73-74.
3. World Health Organization (2014). Cardiovascular Diseases Mortality: age standatized death rate per 100 000 population 2000-2012 [online]. Erişilebilir: [http:// gamapserver. who. int/ gho/ interactivecharts/ncd/ mortality/ cvd/atlas. html](http://gamapserver.who.int/gho/interactivecharts/ncd/mortality/cvd/atlas.html) [Alındı 14 Nisan 2015].
4. Türk Kardiyoloji Derneği (2006). Ulusal kalp sağlığı politikası ana ilkeleri [online]. Erişilebilir: <http://www.tkd.org.tr/tr-tr/kilavuzlar/ulusal-politika-turkiye-ve-avrupa/kalp-sagligipolitikasi> [Alındı 14 Nisan 2015].
5. Vural F (2006). Koroner Arter Bypass Greft uygulamasında düşleme ve müziğin iyileşme süresince etkisi. Doktora tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
6. Badır A, Demir Korkmaz F (2014). Koroner Arter Hastalıkları. Dahili ve Cerrahi Hastalarda Bakım (Ed: Karadakovan A, Eti Aslan F). Ankara, 431-562.
7. Sönmez A (2013). Koroner Arter Bypass Greft ameliyatı uygulanan hastaların konfor ve kaygı deneyimlerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
8. McMurray J, Adamopoulos S, Anker S, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, Falk V, Filippatos G, Fonseca C, Gomez-Sanchez M, Jaarsma T, Kober L, Lip G, Maggioni A, Parkhomenko A, Pieske B, Popescu B, Ronnevik P, Rutten F, Schwitter J, Seferovic P, Stepinska J, Trindade P, Voors A, Zannad F, Zeiher A (2012). Akut ve kronik kalp yetmezliği tanı ve tedavisine yönelik 2012 ESC Klavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği 3: 77-137.
9. Hanözü M (2006). Açık kalp cerrahisi sonrası gelişen torasik komplikasyonlar. Uzmanlık tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Siyami Ersek Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

10. Yılmaz M, Çiftçi S (2010). Açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde bir model: Fonksiyonel sağlık örüntüleri. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 18(3): 183-189.
11. Erkuş B, (2010). Kalp cerrahisi sonrası gelişebilecek komplikasyonlar ve hemşirelik bakımı [online]. Erişilebilir: <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi> [Alındı 14 Nisan 2015].
12. Direk F, Şenol Çelik S (2012). Postoperative problems experienced by patients undergoing coronary artery bypass graft surgery and their self-care ability after discharge. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 20(3): 530-535.
13. Dal Ü, Bulut H, Güler Demir S (2012). Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. *Bakırköy Tıp Dergisi* 8(1): 34-40.
14. Elitoğ N, Erkuş B (2010). CABG operasyonu geçirmiş olan hastaların taburculuk sonrası en sık yaşadıkları problemlerin tanımlanması [online]. Erişilebilir: <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi> [Alındı 14 Nisan 2015].
15. Korhan E, Yönt G, Tokem Y, Karadağ Ö, Sarıoğlu E, Yıldız K (2013). Dahiliye ve cerrahi kliniklerde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 16(4): 199-204.
16. Türkiye İstatistik Kurumu (2014). Erişilebilir: <http://www.tuik.gov.tr> [Alındı: 14 Nisan 2015].
17. Taşdelen P, ateş M (2012). Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 9(3): 22-29.
18. Onat A, Aydın M, Köroğlu B, Örnek E, Altay S, Çelik E, Karagöz A (2012). TEKHARF 2011 taraması: Ölümler ve uzun vadeli takipte performans. *Türk Kardiyoloji Derneği* 40(2): 117-121.
19. World Health Organization (2015). Proportional Mortality [online]. Erişilebilir: http://www.who.int/nmh/countries/tur_en.pdf/ua=1 [Alındı 15 Nisan 2015].
20. Ündar A, Bakır İ, Haydin S, Erek E, Ödemiş E, Yivli P, Ağırbaşı M, Bozkaya T, Türköz A, Türköz R, Şaşmazel A, Karacı A, Çiçek A, Yalçınbaş Y, Akçeçin A, Sarıoğlu T (2012). Türkiye’de doğumsal kalp hastalıkları cerrahisinin bugünü ve yarını. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 20(2): 181-185.

21. Erdil F, Elbaş NÖ (2012). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Ankara: Aydoğdu ofset 306-328.
22. Heper C (2005). Multidisipliner Kardiyoloji. Ankara: Nobel ve Güneş Tıp Yayınevi.
23. National Heart, Lung and Blood Institute (2012). What is the coronary artery bypass grafting? [online]. Erişilebilir: <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/cabg> [Alındı: 15 Nisan 2015].
24. Cebeci F, Çelik Ş (2008). Discharge training and counselling increase self-care ability and reduce postdischarge problems in CABG paatients. Journal of Clinical Nursing 17(3): 412-420.
25. Demirkıran G (2011). Koroner Arter Bypass Greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
26. Örer A, Oto Ö (1999). Dünden bugüne kalp cerrahisi. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 7: 1-6.
27. Kervan Ü, Koç O, Özatik M, Bayraktar G, Şener E, Çağlı K, Yekeler İ, Paç M (2011). Türkiye’de kalp damar cerrahisi kliniklerinin dağılımı ve hizmetlerin niteliği. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 19(4): 483-489.
28. Özcan H (2008). Kalp ameliyatı sonrası hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitiminin hastalar tarafından kullanılma oranları. Yüksek Lisans tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
29. Söylemez E (2005). Koroner bypass cerrahisinde magnezyum eklenmiş kan kardiyoplejisinin etkileri. Uzmanlık tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Siyami Ersek Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
30. Duran E (2005). Dünya’da kalp damar cerrahisinin tarihçesi. Kalp damar cerrahisi (Ed: Duran E). İstanbul, 3-8.
31. Bakalım T (2005). Açık kalp cerrahisi sonrası sık karşılaşılan komplikasyonlar. Kalp damar cerrahisi (Ed: Duran E). İstanbul, 1151-1162.
32. Martin M, Halpin S, Barnett D, Speir M, Hunt L, Mukherjee N, Ad N (2008). The association between early outcome, health-related quality of life, and survival following elective open-heart surgery. Journal of Cardiovascular Nursing 23(5): 434-442.

33. Lahtinen P, Kokki H, Hynynen M (2006). Pain after cardiac surgery. *Anesthesiology* 105(4): 794-800.
34. Pieper B, Sieggren M, Freeland B, Kulwicki P, Frattaroli M, Sidor D, Palleschi T, Burns J, Bednarski D, Garretson B (2006). Discharge information needs of patients after surgery. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing* 33(3): 281-291.
35. Dressler DK (2010). Management of patient with coronary vascular disorders. *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing* (Ed: Smeltzer S, Bare B, Hinkle J, Cheever K). Wisconsin, 775-779.
36. Yavuz M (2010). Cerrahi bakım. Dahili ve Cerrahi Hastalarda Bakım (Ed: Karadakovan A, Eti Aslan F). Adana, 293-373.
37. Wilson F (2006). Kalp Cerrahisi Sırları. Çeviren: Erentuğ V, Polat A, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul.
38. Caymaz O (2005). Preoperatif pulmoner değerlendirme. Türk Toraks Derneği Sunu Merkezi.
39. Martin C, Turkelson L (2006). Nursing care of the patient undergoing coronary artery bypass grafting. *Journal of Cardiovascular Nursing* 21(2): 109-117.
40. Yaban Ş (2006). Total kalça protezi ameliyatı olan hastaların deneyimleri. Yüksek Lisans tezi, Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli.
41. Hürdal D, Çelik N (2007). Kalp cerrahisi yoğun bakım ünitesinin standardizasyonu. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences* 3(27): 63-69.
42. Hacılioğlu N, Özer N (2005). Koroner arter bypass ameliyatı olan hastaya evde bakım veren üyelerinin evde bakımı algılayışları ve bakım konusundaki gereksinimleri. *Dördüncü Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kitabı*. 467-478.
43. Frederics S, Sidani S (2008). An exploration of the relationship between coronary artery bypass graft patients' self-sought educational resources and outcomes. *Journal of Cardiovascular Nursing* 23(5): 422-431.
44. Altmay E, Karaca P, Yurtseven N, Özkul V, Aksoy T, Özler A, Canik S (2006). Continuous positive airway pressure does not improve lung function after cardiac surgery. *Canadian Journal of Anesthesia* 53(9): 919-925.

45. Brashers L (2006). Alternations of cardiovascular function. Pathophysiology, The Biologic The Basic for Disease in Adults and Children (Ed: Mc Cance L, Hueter E). USA, 1081-1115.
46. Sarıtaş A, Uzun A, Çağlı K, Sarıtaş Ü, Taşdemir O (2001). Koroner arter bypass greft sonrası gastrointestinal sistem komplikasyonları. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 9: 205-209.
47. Bocher A, Edelman A, Edmission W, March S, O'Conner J, Raminez N, Scott A, Small C, York R (2006). Handbook of Medical Surgical Nursing. Philadelphia, 208-211.
48. Hardin S, Kaplow R (2010). Cardiac Surgery Essential for Critical Care Nursing. Jones and Cartlett Publishers, London.
49. Yücevar S (2008). Cerrahi yaraların takip ve tedavisi. Yara Bakımı ve Tedavisi (Ed: Erdost Ş, Çetinkale O). İstanbul, 17-24.
50. Önler E, Yılmaz A (2008). Cerrahi birimlerde yatan hastalarda uyku kalitesi. İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi 16(62): 114-121.
51. Redeker NS, Hedges C (2002). Sleep during hospitalization and recovery after cardiac surgery. Europen Journal of Cardiovascular Nursing 17(1): 56-68.
52. Çevik K, Zaybak A (2011). Açık kalp ameliyatı sonrasında yapılan egzersizlerin ağrıya etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 14(4): 54-59.
53. Erkuş B, Menteş D (2010). Kalp cerrahisi sonrası taburculuk eğitimi [online]. Erişilebilir: <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi> [Alındı 16 Nisan 2015].
54. Demir F (2012). Kalp damar cerrahisinde yaşam kalitesi. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu, Manisa 52.
55. Fadıloğlu Ç (2006). Evde bakım hizmetlerinin gelişimi ve önemi. Evde Bakım, İzmir; 26-27.
56. Akça F (2008). Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. Medikal yayıncılık, İstanbul; 35-37.
57. Taşdelen P, Ateş M (2012). Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim Araştırma Dergisi 9(3): 22-29.

58. Thomson P, Niven C, Peck D, Eaves J (2013). Patients' and partners' health-related quality of life before and 4 months after coronary artery bypass grafting surgery. *BMC Nursing* 12(1): 16.
59. Tung H, Wei J, Chang C (2007). Gender differences in quality of life for post coronary artery bypass grafting patients in Taiwan. *Journal of Nursing Research* 15(4): 275-284.
60. Çakmakçı H, Demir Korkmaz F, Otçu Ö, Eti Aslan F (2013). Koroner anjiyografi uygulanan hastaların sosyodemografik özellikleri ve risk faktörlerinin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing* 5(1); 21-27.
61. Rahimi A, Taghipoor H, Ebadi A, Pourebrahimi M (2014). Comparing patients' quality of life before and after Coronary Artery Bypass Graft surgery (CABG). *Critical Care Nursing* 6(4): 194-199.
62. Sidar A, Dedeli Ö, İşkesen A (2013). Açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların kaygı ve ağrı distressi: Ağrı düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi* 4: 1-8.
63. Demirkıran G, Uzun Ö (2012). Koroner Arter Bypass Graft ameliyatı geçiren bireylerin taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 28(1): 1-12.
64. Gallagher R, Mckinley S, Dracup K (2004). Post discharge problems in women recovering from coronary artery bypass graft surgery. *Australian Critical Care* 17(4): 160-165.
65. Dijkstra A, Tiesinga J, Plantinga L, Veltman G, Dassen W (2005). Diagnostic accuracy of the care dependency scale. *Journal of Advanced Nursing* 50(4): 410-416.
66. Dilek F (2008). Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
67. Tuna Z, Çelik S (2014). Discharge training and counseling: Functional autonomy and post-discharge problems of elderly patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 22(3): 570-576.

10. EKLER

10.1. EK 1. Soru Formu

Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olan Bireylerin Bakım Bağımlılığı ve Evde Bakım Gereksinimlerini Belirleme ile İlgili Soru Formu

Ben Aydanur Aydın, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde yüksek lisans öğrencisiyim. Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren bireylerin evde yaşadıkları bakım sorunlarını belirlemek ve bakım bağımlılığını ölçmek amacıyla bir araştırma yürütmekteyim. Sizin de bu çalışmaya katılmanızı öneriyorum; ancak çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek isterim.

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz sizi tanımaya ve evde yaşadığınız sağlık sorunlarını belirlemeye yönelik bazı sorular soracağım. Bu kayıtlar kimlik belirtmeden sağlık alanında eğitimde ya da bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkasına verilmeyecektir.

Çalışmaya katılmanız durumunda sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmayı reddetmeniz durumunda size olumsuz bir tutum sergilenmeyecektir. Çalışmanın herhangi bir aşamasında görüşmeyi sonlandırabilirsiniz. Teşekkürler.

Anket No:.....

1. Cinsiyeti ☐ Kadın ☐ Erkek
2. Yaş
3. Medeni durumu: ☐ Evli ☐ Evli değil
4. İş durumu : ☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor
5. Daha önce ameliyat olma durumu: ☐ Olmuş ☐ Olmamış
6. Evde bakımı üstlenecek kişi varlığı: ☐ Var ☐ Yok
Yakınlık derecesi.....
7. En az bir yıldır devam eden bir hastalığı olma durumu: ☐ Var ☐ Yok
Adı.....
8. Sürekli ilaç kullanma durumu: ☐ Kullanıyor ☐ Kullanmıyor
9. Hastanın tanısı:.....
10. Hastanın aldığı anestezi süresi:.....
11. Kalp-akciğer makinesine bağlı kalma süresi:.....
12. Ameliyat sonrası mekanik ventilatöre bağlı kalış süresi:
13. Ameliyat sırasında komplikasyon gelişti mi? ☐ Evet ☐ Hayır
Evet ise, gelişen komplikasyonu belirtiniz
.....
14. Yoğun bakımda kalış süresi:
15. Yoğun bakımda komplikasyon gelişti mi? ☐ Evet ☐ Hayır
Evet ise, gelişen komplikasyonu belirtiniz.
.....
16. Klinikte komplikasyon gelişti mi? ☐ Evet ☐ Hayır
Evet ise, gelişen komplikasyonu belirtiniz.

10.1. EK 1. Soru Formu Devamı

17. Ameliyattan sonra hastanede kaç gün kaldınız?.....

18. Hastaneden ayrıldıktan sonra kaç gündür evdesiniz?

19. Evde sorunuz olduğunda arayabileceğiniz sağlık personelinin telefonu verildi mi?

() Evet, kim?..... () Hayır

20. Sizde telefonu olan sağlık personelinin aradığınızda sorunuza çözüm bulabiliyor musunuz?

() Evet () Hayır () Kısmen

21. Taburcu olmadan önce evde karşılaşılabileceğiniz sorunlar hakkında bilgi aldınız mı?

() Evet () Hayır () Kısmen

22. Bu eğitimi kimden aldınız?

() Hemşire

() Doktor

() Diğer

23. Bakım verecek olan kişi taburculuk öncesi eğitim aldı mı?

() Evet () Hayır () Kısmen

24. Bu eğitimi kimden aldınız?

() Hemşire

() Doktor

() Diğer

25. Hastanede kalış sürenizi yeterli buluyor musunuz?

() Evet () Hayır () Kısmen

26. Taburcu olmanıza karar verildiğinde seçme şansınız olsaydı hangisini seçerdiniz?

Mümkün olduğunca erken eve gitmeyi	Mümkün olduğunca hastanede
Ev ortamının daha rahat olacağını düşünüyorum.	Evde olmak beni kaygılandırıyor.
Evde beslenmemin daha iyi olacağını düşünüyorum.	Evde ilaçlarımı düzgün kullanamayacağım.
Evdeki rollerime devam edebilirim.	Evdeki rollerimi yerine getiremeyeceğim.
Aile üyeleri ile birlikte olmak kendimi daha iyi hissetmemi sağlayacaktır.	Ev ortamından olumsuz etkileneceğimi düşünüyorum.
Ev ortamının daha temiz olduğunu düşünüyorum.	Evde bakımımın eksik kalacağını düşünüyorum.

Diğer.....

27. Evde olduğunuz süre içinde sağlık personeline ihtiyaç duyduunuz mu?

() Evet () Hayır

10.1. EK 1. Soru Formu Devamı

28.Evde olduğunuz süre içinde sağlık personeline hangi konuda ihtiyaç duyduunuz.

Solunum Sistemi	
	Nefes darlığı
	Öksürme
	Balgam
	Soluk almada ağrı
	Yüzeyel solunum
	Hava açlığı
Ağrı	
	Göğüs ağrısı
	Kol ağrısı
	Bacak ağrısı
	Ameliyat bölgesinde ağrı
	Sırt ağrısı
Yara İyileşmesi	
	Ameliyat yeri enfeksiyonu
Uyum	
	Diyete uyum
	İlaç tedavisine uyum
	Egzersizlere uyum
	Pozisyonlara uyum
	Varis çorabı kullanımına uyum
Aktivite	
	Solunum egzersizleri
	Yatak içinde pozisyon değiştirme
	Yürüyüş yapma

Gastrointestinal Sistem	
	Kabızlık
	İshal
	Karında gaz şikayeti
	Hazımsızlık
	Reflü
	İştahsızlık
	Bulantı
	Kusma
Uyku sorunları	
	Uyuyamama
	Yorgun kalkma
	Uykuya dalma
	Gece sık uyanma
	Erken uyanma
	Kabus görme
Emosyonel sorunlar	
	Kaygı
	Umutsuzluk
	Ameliyatı kabullenmede güçlük
	Kendini mutsuz hissetme
	Beden imgesinde değişiklik
	Kalp krizi geçirme endişesi
	Korku
	Sinirlilik
	Kızgınlık
	Dikişlerin açılacağı endişesi

Diğer.....

10.1. EK 1. Soru Formu Devamı

29. Aşağıdaki aktivite türlerine göre bakım bağımlılığınızı ifade eder misiniz?

	Tamamen bağımlı	Kısmen bağımlı	Bağımlı değil
Yemek-içmek için birisine bağımlı mısınız?			
Tuvalete giderken birisine bağımlı mısınız?			
Giysilerinizi değiştirirken birisine bağımlı mısınız?			
Banyo yaparken birisine bağımlı mısınız?			
Yürüyüş yapmak için birisine bağımlı mısınız?			
Solunum egzersizlerini yaparken birisine bağımlı mısınız?			
Diğer egzersizler için birisine bağımlı mısınız?			
İlaçlarınızı almak için birisine bağımlı mısınız?			
Otururken/yatarken pozisyon düzenlemede birisine bağımlı mısınız?			

10.2. EK 2. Kurum İzinleri

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Trabzon İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı: 29765155 /
Konu: Araştırma İzni



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜNE

İlgi: 24.04.2014 tarih ve 298 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrenciniz Aydanur AYDIN'ın "Koroner Arter Bypass Graft Ameliyatı Olan Bireylerin Taburcu Olduktan Sonra Evde Bakım Bağımlılığı ve Bakım Gereksinimleri" başlıklı tez çalışmasını 02 Mayıs – 01 Aralık 2014 tarihleri arasında Birliğimize bağlı Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulama talebi, "Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun 19/06/2013 tarih ve 4683 sayılı yazıları" doğrultusunda çalışmaların sağlık tesisindeki hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmalara katılımın gönüllülük esasına dayanması, kişisel verilere/özel hayata özen gösterilmesi ve çalışma sonuçlarının bilgimiz dışında ilan edilmemesi koşuluyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. M. S. KASAPOĞLU
Genel Sekreter

EKLER:

- 1- Komisyon Onayı (1 sayfa)
- 2- İzin Protokolü (1 sayfa)

İdari Hizmetler Başkanlığı
Telf.: (0462) 2341111 Fax: (0462) 2341113
e-posta: khb.61egitim@saglik.gov.tr

Kanuni EAH Numune Kampüsü/TRABZON
Ayrıntılı bilgi için irtibat: Uzm. Elif BABACAN

10.2. EK 2. Kurum İzinleri Devamı



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
FARABİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

Karadeniz Teknik Üniversitesi
Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi Başhekimliği - Sağlık
Uygulama Ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi) Yazı İşleri Birimi
14/10/2014 14:25 - 48814514/200/3831
00211024

Sayı : 48814514/200/
Konu: Arş. Gör. Aydanur AYDIN'ın Araştırma İzni

10/10/2014

KTÜ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: a) 01.07.2014 tarihli ve 27863166/000/82 sayılı yazınız,
b) 06.08.2014 tarihli ve 27863166/000/113 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı (a) ve (b) yazılarınızda adı geçen Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Aydanur AYDIN'ın "*Korener Arter Bypass Graft
Ameliyatı Olan Bireylerin Taburcu Olduktan Sonra Evde Bakım Bağımlılığı*" başlıklı yüksek
lisans tez çalışması kapsamındaki anket çalışmasını hastanemiz Kalp ve Damar Cerrahi
bölümünde yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ
Başhekim

61080 – Trabzon / TÜRKİYE

Tel: +90 (462) 377 54 51

Faks: +90(462) 325 05 18

www.ktu.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat
Şef Emine DİNÇ
eminedinc@ktu.edu.tr

Sayfa
1 / 1

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Elektronik imzalı suretine <http://e-belge.ktu.edu.tr> adresinden Belge Num.:48814514/200/3831 ve Barkod Num.:211024 bilgileriyle erişebilirsiniz.

10.2. EK 2. Kurum İzinleri Devamı



özel
**KARADENİZ
HASTANESİ**

05/05/2014

SAYI : 704

KONU: Araştırma İzni

T.C

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

(DOSYA)

İLGİ : 28/04/2014 tarih, 24296458-540/306 sayılı yazınız,

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Aydanur AYDIN'ın " Konore Arter Bypass Graft Ameliyatı olan Bireylerin Taburcu olduktan sonra Evde Bakım Bağımlılığı ve Bakım Gereksinimleri " Konulu Tez çalışmasını hastane ismini kullanmadığı takdirde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Uzm.Dr.Gürbüz YULUĞ

BAŞHEKİM

S.BAYRAMOĞLU İ.Sekreter

T.SAKA İ.Müdür

11. ETİK KURUL ONAYI

T.C. KARADENİZ
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ KLİNİK
ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI



KARADENİZ
TECHNICAL UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE
ETHIC COUNCIL

Sayı: 24237859- 297
Konu:

Tarih:30/05/2014

Sayın; Doç.Dr.Ayla GÜRSOY
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD.

“Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olan Bireylerin Taburcu Olduktan Sonra Evde Bakım Bağımlılığı ve Bakım Gereksinimleri” başlıklı etik kurul 2014/45 no.lu tez çalışması raporör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Faruk AYDIN
Etik Kurul Başkanı

Eki : 1 onay belgesi

11. ETİK KURUL ONAYI Devamı

KTÜ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:9	Tarih: 12/05/2014
	Doç.Dr.Ayla GÜRSOY'un sorumluluğunda yürütülen Arş.Gör.Aydanur AYDIN'a ait "Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olan Bireylerin Taburcu Olduktan Sonra Evde Bakım Bağımlılığı ve Bakım Gereksinimleri" başlıklı 2014/45 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALARI KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof.Dr.Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.S.Caner KARAHAHAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Hafız AYDIN Üye:	Ortopedi ve Travmatoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Yüksel ALİYAZICIOĞLU Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İZİNLİ
Prof.Dr.S. Murat KESİM Raportör:	Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İZİNLİ
Prof.Dr.Gülay KARAGÜZEL Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.Şafak ERSÖZ Üye:	Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Y.Doç.Dr. Evrim ÖZKORUMAK Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.Fatih Mehmet GÖKÇE Üye:	Fizyoloji	RTE Üniv. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.Bahanur ÇEKİÇ Üye:	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr.Dilek MALKOÇ Üye:	Aile Hekimi	Sürmene Aile Sağlığı Merkezi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İZİNLİ
Miraç ÇELİK Üye:	Hukuk	KTÜ Hukuk Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İZİNLİ
Tufan SAĞLAM Üye:	Tekstil	Serbest (Tekstil Mühendisi)	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

* :Araştırma ile İlişki / ** :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı	: AYDIN Aydanur
Uyruğu	: T.C
Doğum Tarihi ve yeri	: 09.11.1988, Trabzon
Medeni hali	: Bekar
Telefon	: 0462 230 88 77
E-posta	: aydanuraydin@ktu.edu.tr
Yazışma adresi	: KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi / Trabzon

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece Mezun Olduğu Kurumun Adı Mezuniyet Yılı

Lisans	KTÜ Trabzon Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü	2011
Lise	Yunus Emre Lisesi	2005

AKADEMİK/ MESLEKİ DENEYİM

Görevi	Kurum	Süre
Araştırma Görevlisi	KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2014-
Araştırma Görevlisi	Gümüşhane üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu	2013-2014
Hemşire	KTÜ Farabi Hastanesi/Kardiyoloji Servisi	2011-2013

YABANCI DİL

İngilizce IELTS : 5.0 (YDS denkliği= 70)

YAYINLAR/ BİLDİRİLER

1. Aydın A, Mumcu Karadeniz H, Özkara L (2014). Trabzon il merkezindeki bir devlet hastanesinin dahiliye kliniklerinde yatan hastaların organ bağıışı konusundaki bilgi, tutum ve davranışları. 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Trabzon, 1-3 Mayıs, Poster Bildiri.
2. Özkara L, Mumcu Karadeniz H, Aydın A (2014). Hemşirelik bölümü son sınıf öğrencilerinin hemşirelik kanunu ve hemşirelik yönetmeliği ile ilgili bilgi düzeyleri. 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Trabzon, 1-3 Mayıs, Poster Bildiri.
3. Aktuğ C, Çilingir D, Ergene Ö, Aydın A (2014). The quality of life the family members caring for patients treated by chemotherapy. European Onkology Nursing Society (EONS), İstanbul, 17-19 Eylül, Poster Bildiri.

4. Gürsoy A, Aydın A, (2014). Koroner Arter Bypass Greft olan hastanın yoğun bakımdaki sürecinin uyku düzeni üzerindeki etkisi: Olgu sunumu. Karadeniz Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi, Trabzon, 22-24 Ekim, Sözel Bildiri.
5. Çilingir D, Aydın A, (2014). Ventriküler Destek Cihazları (VAD) ve kullanım alanları. Karadeniz Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi, Trabzon, 22-24 Ekim, Sözel Bildiri.
6. Aydın A, Gürsoy A (2014). Koroner Arter Bypass Greft ameliyatı olan bireylerin taburcu olduktan sonra evde bakım bağımlılığı ve bakım gereksinimleri: İlk sonuçlar. Uluslararası Katılımlı Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 13.Kongresi, Antalya, 30 Ekim-2 Kasım, Poster Bildiri.
7. Aydın A, Çilingir D (2014). Kardiyak cerrahide farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle ağrı yönetimi. Uluslararası Katılımlı Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 13.Kongresi, Antalya, 30 Ekim-2 Kasım, Poster Bildiri.
8. Aydın A, Çilingir D (2014). Ekstakorporeal Membran Oksijenasyon (ECMO) sistemi ve kullanım alanları. Uluslararası Katılımlı Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 13.Kongresi, Antalya, 30 Ekim-2 Kasım, Poster Bildiri.
9. Aydın A, Çilingir D, Bulut E (2015). Toraks travmaları ve cerrahisi. 6. Uludağ Genel Cerrahide Güncel Yaklaşımlar Toplantısı ‘Cerrahide Komplikasyonlar ve Yönetimi’, Bursa, 19 – 22 Mart, Poster Bildiri.
10. Baylan B, Hacısalihoğlu A, Özdemir M, Saraç C, Aydın A, Çilingir D (2015). Sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümü öğrencilerinin sağlık algısı. 14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Kayseri, 22-26 Nisan, Poster Bildiri.
11. Karaismailoğlu D, Devenci A, Dede B, Çiftçi Z, Şahin A, Aydın A, Gürsoy A(2015). Mastektomi olan hastaların lenfödeme ilişkin bilgileri: İlk Sonuçlar. 14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Kayseri, 22-26 Nisan, Poster Bildiri.
12. Aydın A, Gürsoy A, Gönül A, Ertürk M (2015). Ameliyat sonrası hasta yakınlarının bakım yükü ve yaşadıkları sorunlar. Hemşirelikte Aile Temelli Yaklaşım Sempozyumu 1, Trabzon, 14-15 Mayıs, Poster
13. Çilingir D, Candaş B, Çakır G, Aydın A (2015). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların ailelerinin yaşadığı sorunlar. Hemşirelikte Aile Temelli Yaklaşım Sempozyumu 1, Trabzon, 14-15 Mayıs, Poster

HOBİLER

Doğa yürüyüşü yapmak, tenis oynamak, fotoğraf çekmek, kitap okumak, film izlemek