

**TC
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**KALP KAPAĞI REPLASMANI YAPILAN HASTALARA
VERİLEN TABURCULUK EĞİTİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Yeşim YAMAN

**Tez Danışmanı:
Yrd. Doç. Dr. Hülya DENİZ BULUT**

**ANKARA
MAYIS 2008**

**TC
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**KALP KAPAĞI REPLASMANI YAPILAN HASTALARA
VERİLEN TABURCULUK EĞİTİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Yeşim YAMAN

**Tez Danışmanı:
Yrd. Doç. Dr. Hülya DENİZ BULUT**

**ANKARA
MAYIS 2008**

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 08/05/2008



İmza
Doç.Dr. Hatice FESÇİ
Gazi Üniversitesi
Jüri Başkanı



İmza
Doç.Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK
Hacettepe Üniversitesi



İmza
Yrd.Doç.Dr. Hülya DENİZ BULUT
Gazi Üniversitesi

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

KABUL VE ONAY	i
İÇİNDEKİLER	ii
GRAFİKLER	iv
TABLolar	v
KISALTMALAR	vi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Kalp Kapağı Hastalıkları	7
2.1.1. Mitral Kapak Hastalıkları	8
2.1.1.1. Mitral Darlık	8
2.1.1.2. Mitral Yetmezlik	9
2.1.2. Aort Kapak Hastalıkları	9
2.1.2.1. Aort Darlığı	9
2.1.2.2. Aort Yetmezliği	10
2.1.3. Triküspit Kapak Hastalıkları	10
2.1.3.1. Triküspit Darlığı	10
2.1.3.2. Triküspit Yetmezlik	11
2.1.4. Pulmoner Kapak Hastalıkları	11
2.2. Kalp Kapağı Hastalıklarında Tedavi	11
2.2.1. Kalp Kapağı Hastalıklarında Tıbbi Tedavi	12
2.2.2. Kalp Kapağı Hastalıklarında Cerrahi Tedavi	12

2.2.2.1. Kalp Kapağı Tamiri.....	12
2.2.2.2. Kalp Kapağı Replasmanı.....	14
2.2.2.3. Kalp Kapağı Replasmanı Sonrası Hastalarda Protez Kalp Kapaklarına Bağlı Görülen Komplikasyonlar	16
2.3. Kalp Kapağı Replasmanı Öncesi ve Sonrası (Pre- ve Postoperatif) Hemşirelik Bakımı	20
2.4. Kalp Kapağı Replasmanı Olan Hastalarda Taburculuk Eğitimi	23
2.5. Kalp Kapağı Replasmanı Olan Hastalarda Öz-Bakım	26
2.6. Kalp Kapağı Replasmanı Yapılan Hastaların Taburculuk Sonrası Yaşadıkları Sorunlar	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM	31
3.1.Araştırmanın Şekli.....	31
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	31
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	32
3.4. Verilerin Toplanması	34
3.4.1. Veri Toplama Araçları	34
3.4.1.1. Hasta Tanıtım Formu	34
3.4.1.2. Bilgi Değerlendirme Formu	34
3.4.1.3. Öz-Bakım Gücü Ölçeği	35
3.4.1.4. Taburculuk Sonrası Karşılaşılan Sorunlar Formu.....	35
3.4.1.5. Eğitim Kitapçığının Geliştirilmesi	36
3.5. Ön Uygulama	37
3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	37
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	40
3.7.1. Araştırmanın Değişkenleri	41
3.7.1.1. Bağımlı Değişken	41
3.7.1.2. Bağımsız Değişken	41

3.7.2 Araştırmanın Etik Yönü.....	41
4. BULGULAR.....	42
5. TARTIŞMA	61
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	76
6.1. Sonuçlar.....	76
6.2. Öneriler	80
ÖZET	81
SUMMARY	83
KAYNAKLAR	85
EKLER	99
EK- 1. HASTA TANITIM FORMU.....	99
EK- 2. BİLGİ DEĞERLENDİRME FORMU	101
EK- 3. ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ	107
EK-4. TABURCULUK SONRASI KARŞILAŞILAN SORUNLAR FORMU.....	109
EK- 5. ONAM FORMU (Deney Grubu).....	110
EK- 6. ONAM FORMU (Kontrol Grubu).....	111
EK- 7. KURUM İZİN YAZISI	112
EK- 8. TABURCULUK EĞİTİM PROGRAMI.....	113
EK- 9. EK TABLOLAR.....	123
EK- 10. EĞİTİM KİTAPÇIĞI	126
TEŞEKKÜR.....	127
ÖZGEÇMİŞ.....	128

GRAFİKLER DİZİNİ

Sayfa No:

Grafik 4.1. Hastaların Taburculuk Bilgi Puan Ortalamaları.....	47
Grafik 4.2. Deney Grubundaki Hastaların Bilgi Puan Ortalamalarının Korelasyonu.....	48
Grafik 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Öz-bakım Puan Ortalamalarının Korelasyonu	56

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No:

Tablo 3.1. Araştırma Planı	37
Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri	43
Tablo 4.2. Hastaların Kalp Kapak Hastalığına İlişkin Özellikleri	45
Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Öz-bakım Puan Ortalamalarının Dağılımı	49
Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Öz-bakım Puan Ortalamalarının Karşılaştırması.....	50
Tablo 4.5. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Öz-bakım Puan Ortalamalarının Dağılımı	51
Tablo 4.6. Hastaların Taburculuk Sonrası Yaşadıkları Sorunlar.....	58

KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ANA	: American Association of Nursing (Amerikan Hemşireler Birliği)
PBMV	: Percutan Mitral Balon Valvuloplasty (Perkütan Mitral Balon Valvuloplasti)
MI	: Miyokard İnfarktüsü
INR	: International Normalized Ratio
AHA	: Amerikan Heart Association (Amerika Kalp Cemiyeti)
ACC	: American College of Cardiology (Amerika Kardiyoloji Derneği)
AATS	: American Association for Thoracic Surgery (Amerika Göğüs Cerrahisi Cemiyeti)
STS	: Society of Thoracic Surgeons (Göğüs Cerrahisi Cemiyeti)
JCAHO	: Joint Commission Accreditation Health Organization (Sağlık Bakım Organizasyonları Kredilendirme Komisyonu)
TYİH	: Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
KVC	: Kalp-Damar Cerrahisi
EPK	: Eğitim Plan ve Koordinasyon Kurulu
KABG	: Koroner Arter Bypass Greft

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kalp-damar hastalıkları, çok sık görülen ve bireylerin yaşamlarını olumsuz yönde etkileyen hastalıklar olup, günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde başta gelen mortalite ve morbidite nedenlerindendir^{35,98}. Dünyada bireylerin ölüm nedenleri arasında kalp-damar hastalıklarına bağlı ölümlerin ilk sırada yer aldığı ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2001 yılında yaklaşık 16.6 milyon insanın kalp ve damar hastalıklarından yaşamını yitirdiği ifade edilmektedir⁹⁸. Ülkemizde ise TC Sağlık Bakanlığı (2002) tarafından yayınlanan verilere göre; ölüm nedenleri arasında kalp-damar hastalıklarının % 44.52'lik oranla birinci sırada yer aldığı belirtilmektedir. Türk Kardiyoloji Derneği'nin yapmış olduğu çalışmada ülkemizde erişkinlerde kalp hastalığı prevalansı % 9 olup, koroner arter hastalığı % 6.2, romatizmal kalp hastalığı % 0.5 ve diğer kalp hastalıklarının prevalansı % 0.5 olarak saptanmıştır⁷⁸. Türkiye Kalp Raporu'nda da 2000 yılı için romatizmal kalp hastalığı 150 bin olarak belirtilmiştir⁹⁸.

Kalp-damar hastalıkları; hipertansiyon, koroner arter hastalıkları, kalp yetmezliği, konjenital kalp anomalileri ve kalp kapağı hastalıkları gibi kalbin ve kan damarlarının tüm hastalıklarını içeren hastalık grubudur⁹⁸. Kalp kapak hastalıkları geri kalmış ya da gelişmekte olan ülkelerde, Beta hemolitik streptokok enfeksiyonlarının yeterli tedavi edilmemesine bağlı sekonder olarak gelişmekte olup görülme oranı oldukça yüksektir. Paç ve arkadaşlarının belirttiğine göre, bu ülkelerde yapılan kalp ameliyatları arasında kalp kapak ameliyatları ikinci sırada yer almaktadır⁸⁰. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 2000 yılında 80.000 kalp kapağı replasmanı uygulanmıştır⁵. Almanya'da ise yılda yaklaşık

95.000 kalp ameliyatı yapılmakta olup, 2003 yılında 16.800 hastaya kalp kapağı replasmanı uygulanmıştır⁵⁹.

Kalp kapak hastalıkları; darlık ve yetmezlik olmak üzere iki fonksiyonel bozukluk olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlıklı kalp kapakları, kanın kalp içinde akışını kolaylaştırırken; kapak hastalıklarında darlığa bağlı kanın ileri akışı engellenir, kapağın yetmezliğinde ise kan geriye kaçar. Kalp kapak hastalıkları, tedavi edilmemesi durumunda da kalp yetmezliğine neden olur^{3,80}.

Kalp kapağı hastalıkları tıbbi, cerrahi ya da her iki yöntemle birlikte tedavi edilmektedir. Tıbbi tedavi; inotropik ilaçları ve diüretikleri, cerrahi tedavi ise kapağın tamiri ya da kapak tamirinin yeterli olmadığı durumlarda değiştirilmesini (replasman) içermektedir. Kalp kapağı replasmanı, bozulan kalp kapağının açık kalp ameliyatı ile çıkarılıp yerine yapay kalp kapağının yerleştirilmesi işlemidir^{35,68,80}.

Yapay kalp kapakları, mekanik ve biyolojik (doku) kapaklar olmak üzere ikiye ayrılmakta ve her iki kapak türünün birbirlerine göre avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır. Biyolojik kapaklar, vücut tarafından kolay kabul edilebilir olmasına rağmen yapısal yetmezlikler ve kalsifikasyonlar gibi komplikasyonlara neden olmaktadır. Bu komplikasyonlara bağlı olarak doku kapaklarının ömrü kısa (10-15 yıl) olduğu için günümüzde daha çok mekanik kapaklar tercih edilmektedir^{68,83}. Mekanik kalp kapağı takılan hastalarda görülen en önemli komplikasyon ise tromboembolidir. Yapılan bir çalışmada, tromboembolinin, kanamalarla birlikte mekanik kalp kapağı replasmanı sonrası görülen komplikasyonların % 75'ni oluşturduğu²⁷ ve ameliyattan sonraki 6 aylık dönemde daha sık görüldüğü saptanmıştır⁶⁵. Kapak kenarlarında oluşan pıhtı, kalp kapaklarının fonksiyonlarını etkilediği ve tromboemboliye neden olduğu için hastaların ömür boyu antikoagülan tedavi alması gerekmektedir^{64,83}. Antikoagülan tedaviye bağlı gelişebilecek en önemli komplikasyon ise

kanamadır. Burun, kulak, diş eti, mide, beyin gibi organlara yönelik kanamalar görülebilmektedir^{43,92}. Kapak replasmanı yapıp antikoagülan tedavi alan hastalarda kanama oranı, kanama-pıhtılaşma düzeyine bağlı olarak % 4.2 ile % 15.4 hasta/yıl olarak deėişmektedir⁶⁵. Antikoagülan tedavi alan hastaların % 10-35’de de üst gastrointestinal kanama geliştiği belirtilmektedir⁶⁹.

Kalp kapağı replasmanı ameliyatları açık kalp ameliyatı ile yapılmakta olup, hastalar genellikle 5-7 gün içerisinde taburcu olmaktadır. Yapılan çalışmalarda kalp ameliyatı sonrası hasta ve yakınlarının ağrı kontrolü, diyet, yara bakımı, uyku ve dinlenme, günlük yaşam aktiviteleri, egzersiz, ilaç tedavisi, stres yönetimi ve ameliyata bağlı gelişebilecek komplikasyonlar konusunda bilgi gereksinimleri olduğu saptanmıştır^{14,28,57}. Bununla birlikte kalp kapağı replasmanı yapılan hastalar yaşamları süresince antikoagülan tedavi almakta ve bu tedaviye ilişkin gelişebilecek komplikasyonlar konusunda bilgilendirilmeleri de oldukça önem tařımaktadır⁴³.

Günümüzde, kalp kapağı replasmanı ameliyatı sonrası hastanede kalış süresinin giderek kısalması, hastanın iyileşmesi için gereken sürenin çoğunu evinde geçirmesine neden olmaktadır. Bu dönemde hasta ve ailesine yeterli taburculuk eğitiminin verilmemesi, hastanın hareket etme, beslenme, boşaltım, solunum, cinsel işlev, uyku ve dinlenme gibi aktiviteleri yerine getirmede problemlerin ortaya çıkmasına, bu problemlerle nasıl başa çıkacaklarını bilememelerine ve kendi bakımlarını geekleştirmelerinde yetersizliklere neden olmaktadır. Bunun sonucunda, hastalar diyet ve ilaç tedavisine uyumsuzluk, anksiyete, depresyon ve öz bakımda yetersizlik gibi nedenlerle tekrar hastaneye başvurmaktadır^{6,38,85}.

Jaarsma ve arkadaşlarının⁵⁵ yaptıkları çalışmada; kalp ameliyatı olan hastaların taburculuktan sonra ilk 6 ayda beslenme, iştahta

azalma, bulantı-kusma ve barsak alışkanlığında değişiklikler gibi gastrointestinal sorunlar; uyku bozuklukları; halsizlik ve aktivite intoleransı; ağrı deneyimi; anksiyete, üzüntü ve depresyon gibi psikolojik problemler yaşadıkları saptanmıştır. Ülkemizde Zaybak¹⁰⁸ kalp kapağı replasmanı yapılan hastalarla yaptığı çalışmasında ise; hastaların, taburcu olduktan sonraki 6-8 haftalık süre içinde ilaç kullanımı, egzersizler, enfeksiyonlardan korunma ve kontrollere gitme gibi konularda sorunlar yaşadıklarını saptamıştır.

Ameliyat sonrası dönemde hastaların bakımları ile ilgili konularda karar almalarını sağlamak ve kendi sağlıklarını yönetmelerine yardımcı olmak için hastaların bilgilendirilmesi önem taşımaktadır⁵⁷. Eke³⁴ yaptığı çalışmada; kapak replasmanı yapılan hastaların %55'inin sürekli kullanacakları ilacın (coumadin) ismini, %48'inin ameliyat sonrası beslenmede yapılacak değişiklikleri, %64'ünün evde yapacağı egzersizleri, %18'inin ameliyat sonrası enfeksiyonlardan korunmanın önemini bildiği, %44'ünün evde bakıma yönelik bilgi aldığını ve verilen bilgilerin büyük çoğunluğunun ilaçlar (%92.5) ve kontroller (%80) konusunda olduğunu ve hastaların bu bilgilerin büyük çoğunluğunu doktordan aldıklarını saptamıştır.

Hasta ve ailesinin eğitimi, kaliteli hasta bakımının temel bir parçası olup, hasta eğitimi bir hemşirelik eylemi ve hemşirenin bağımsız fonksiyonudur. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA, 1975), taburculuk eğitimini hemşirelerin temel sorumluluğu olarak görmekte ve tüm hemşirelerin diğer sağlık çalışanları ile işbirliği halinde bu planı uygulama sorumluluğuna sahip olduklarını ifade etmektedir. Baldvins'in belirttiğine göre; Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), hasta bakımının devamlılığını planlamada hemşirenin büyük sorumlulukları olduğunu ve hastanede yattığı süre içinde ve taburculuk sonrasında hastanın bakım gereksinimlerini planlama ve değerlendirmede önemli bir rol oynadığını belirtmektedir¹¹.

Hasta eğitiminin önemli bir bölümünü taburculuk eğitimi oluşturmaktadır. Taburculuk eğitimi, hasta ve ailesinin evde yaşayabilecekleri sorunların önlenmesine yönelik yapılan ve hastanın hastaneye kabulünden taburculuğuna kadar devam eden dinamik bir süreçtir. Taburculuk eğitimi, kalp ameliyatı geçiren hastaların bakım kalitesini artırarak iyileşmenin hızlandırılması ve sağlığın yükseltilmesinde önemli olup, hastanede kalış süresinin kısa olduğu ve evde bakım hizmetlerinin arttığı günümüz sağlık hizmetleri içerisinde önemli bir yer tutmaktadır. Ancak ülkemizde evde bakım hizmetlerinin yeterli olmaması nedeniyle taburculuk eğitimi önem kazanmaktadır^{38,52,67,77}.

Taburculuk planlamasının hasta ve ailesi üzerinde birçok olumlu etkileri bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda planlı ve sistematik yapılan hasta eğitiminin; iyileşmeyi hızlandırdığı, hastanın ağrı deneyimi ve anksiyete düzeyini azalttığı, hastanın hastanede kalış süresini ve hastalığa bağlı gelişebilecek komplikasyonları azalttığı, hastanın öz bakımında yeterlilik düzeyini artırdığı, hastaneye tekrarlı yatışları azaltarak maliyeti düşürdüğü, mortalite ve morbiditeyi azalttığı saptanmıştır^{9,11,20,26,51,52,106}.

Naylor ve arkadaşlarının⁷⁷ yaşlılara verilen planlı taburculuk eğitimi konulu çalışmasında, planlı taburculuk eğitimi alan hastaların hastaneye daha az başvurduğu ve taburculuk ile hastaneye başvuru arasında geçen sürenin daha az olduğu belirtilmiştir. Kolling ve arkadaşlarının⁶³ yapmış olduğu bir diğer çalışmada ise, kronik kalp yetmezliği olan hastalarda rutin eğitim ile planlı taburculuk eğitiminin hasta sonuçları üzerine etkileri incelenmiş ve planlı taburculuk eğitimi alan hastalarda hastaneye tekrarlı yatış ve ölüm oranı, diğer gruba göre % 35 daha düşük oranda bulunmuştur.

Ülkemizde ise kalp kapağı replasmanı yapılan hastalara planlı bir taburculuk eğitiminin yapılmadığı gözlemlenmektedir. Eke'nin³⁴ yapmış olduğu çalışmada da, araştırmasını yürüttüğü hastanelerde, hastalara taburculuk sonrası bakımlarına ilişkin bilgilerin taburcu olacakları

gün ve çoğunlukla da doktor tarafından verildiği; hemşirenin katkısının sınırlı olduğu; verilen bilgilerin çoğunlukla ilaçlar ve kontrol zamanlarına yönelik olduğu ifade edilmektedir.

Hastalara verilen planlı taburculuk eğitimiyle ameliyat ve evde bakımlarına ilişkin gelişebilecek sorunların azaltılmasına, hastaların yaşam kalitelerinin artırılmasına ve hastaneye tekrarlı yatışların azalması ile maliyet ve enfeksiyon oranının azaltılmasına katkıda bulunulacağı ve hastalara verilen yazılı eğitim kitapçığının da hastaların sonradan kullanabileceği ve bakımını destekleyebileceği önemli bir eğitim materyali olacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı; kalp kapağı replasmanı yapılan hastalara verilen planlı taburculuk eğitiminin, hastaların bilgi düzeyi, öz-bakım gücü ve taburculuk sonrası yaşanabilecek sorunlar üzerine etkisini saptamaktır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

- H 1.** Kalp kapağı replasmanı yapılan hastalara verilen taburculuk eğitimi, hastaların bilgi düzeylerinde anlamlı bir fark yaratır.
- H 2.** Kalp kapağı replasmanı yapılan hastalara verilen taburculuk eğitimi, hastaların öz-bakım gücünde anlamlı bir fark yaratır.
- H 3.** Kalp kapağı replasmanı yapılan hastalara verilen taburculuk eğitimi, taburculuk sonrası yaşanabilecek sorunları azaltır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalp Kapağı Hastalıkları

Kalp kapağı hastalıkları, kardiyak fonksiyon bozukluğu ve ölüme neden olan hastalıklardan biridir. Kalpte kanın ileriye doğru akışını sağlayan 4 kalp kapağı bulunmaktadır. Sağlıklı ve normal kalp kapakları, kanın kalpten pulmoner ve sistemik dolaşıma geçişini kolaylaştırmakta; kalp kapakları tamamen açılıp kapanamadığı durumda ise kalp kapağı hastalıkları oluşmaktadır^{18,35,102}.

Kalp kapağı hastalıkları, darlık (stenoz) ve yetmezlik (regürjitasyon) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Kapakta darlık oluşması durumunda kanın ileriye doğru akışı engellenir; yetmezlik durumunda ise kapağın tam kapanamaması nedeniyle kan geriye doğru kaçar. Aynı kapakta hem darlık hem de yetmezlik oluşmasına 'miks lezyon' denilmektedir ve kalp kapağı yeterince açılmaz ya da kapanamaz^{3,102}.

Kalp kapağı hastalıkları, konjenital ya da edinsel olarak gelişebilir. Çocukluk çağında geçirilen romatizmal ateş, edinsel kalp kapağı hastalıklarının en sık görülen nedenlerinden biridir. Bu hastalık, boğaz enfeksiyonu, kızıl ya da orta kulak enfeksiyonu gibi A grubu Beta-Hemolitik streptokokların neden olduğu enfeksiyonlara yanıt olarak gelişen akut inflamatuvar bir süreçtir^{16,48}. Romatizmal ateşin görünme sıklığı, daha iyi profilaktik korunmayla Batı Avrupa ve Amerika'da azalmakla birlikte, ülkemizde halen ciddi bir sorun olmaya devam etmektedir³¹. Kalp kapağı hastalıklarına neden olan diğer bir faktör ise; enfektif endokardit'dir. Akut romatizmal ateş ya da enfektif endokardite bağlı olarak kalbin endokart tabakasında inflamasyon oluşmakta ve inflamasyon kapak yaprakçıkları ve kordea tendinealarda, kalınlaşmaya neden olmaktadır¹⁸.

Romatizmal ateş ve enfektif endokardit dışında edinsel kalp kapağı hastalıklarına neden olan diğer faktörler; bağ dokusu hastalıkları (Ör: Marfan Sendromu), koroner arter hastalığı ve miyokart infarktüsü nedeniyle papiller kasların rüptürü, konjenital malformasyonlar, yaşlanmayla birlikte kapakta kalsifikasyon ve deformitenin artması, lupus eritematosus ve skleroderma gibi sistemik hastalıklardır^{18,35,62,102}.

Edinsel kalp kapağı hastalıklarında en çok hasara uğrayan kapaklar kalbin sol tarafının sürekli yüksek basınca maruz kalmasından dolayı mitral ve aort kapaklarıdır. Triküspit ve pulmoner kapak hastalıkları ise daha az görülmektedir^{18,48,102}.

2.1.1. Mitral Kapak Hastalıkları

Mitral kapak hastalıkları, mitral darlık ve yetmezlik olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

2.1.1.1. Mitral Darlık:

Mitral darlık, kapağın kalsifikasyonu ve kalınlaşması sonucu kapak açıklığının daralarak kanın sol atriyumdan sol ventriküle geçişinin engellenmesidir. Kapak açıklığı, normalde 4 ile 6 cm² iken kapağın darlığında 2 cm²'ye kadar azalır^{18,62}. Mitral darlığın nedeni, çoğunlukla akut romatizmal ateş olup konjenital mitral darlığı çok nadirdir³⁰. Mitral darlıkta sıklıkla görülen belirti ve bulgu eforla gelen dispne, hemoptizi ve yorgunluktur. Aynı zamanda atriyal fibrilasyon yaygın olarak görülmekte olup, hastaların %20'sinde sistemik emboli gelişmektedir¹⁸.

2.1.1.2.Mitral Yetmezlik:

Mitral yetmezlik, mitral kapağın tam kapanamaması nedeniyle sol ventrikülün sistolü sırasında kanın, sol ventrikülden sol atriya geri kaçmasıdır. Mitral yetmezlik akut ya da kronik olabilir. Akut nedenler; MI, miksoma, mitral kapak prolapsusu ve endokardittir. Kronik mitral yetmezliğinin nedenleri ise; romatizmal kalp hastalığı, kardiyomyopati, enfektif endokardit, bağ dokusu hastalıkları ve sol ventrikül dilatasyonudur²⁵. Mitral yetmezlik genellikle belirti vermez. Ancak kardiyak out-put'un (debi) azalmasına bağlı olarak yorgunluk ve eforla gelen dispne mitral yetmezlikte görülen ilk belirtilerdir. Klinik belirtiler ilerledikçe ortopne, paroksizmal nokturnal dispne ve periferik ödem görülür. Emboli ve hemoptizi, mitral darlığa göre daha nadir görülmektedir¹⁸.

2.1.2. Aort Kapak Hastalıkları

Aort kapak hastalıklarının en sık nedeni romatizmal ateştir ve mitral kapak hastalıklarından daha az görülmektedir. Aort kapak hastalıkları darlık, yetmezlik ya da hem darlık hem de yetmezlik şeklinde olmaktadır³.

2.1.2.1. Aort Darlığı:

Aort darlığında sistol sırasında kanın sol ventrikülden aortaya ve sistemik dolaşıma geçişi engellenir. Normalde aort kapak açıklığı 2.6 ile 3.5 cm² iken aort darlığında, bu açıklık daralarak kanın aortaya geçişi engellenir ve böylelikle sol ventriküldeki basınç artar. Aort darlığı, genellikle konjenitaldir. Ayrıca yaşlılarda kapağın kalsifikasyonu ve romatizmal ateş nedeniyle de görülmektedir⁶². Hastalık genellikle

başlangıçta semptom vermez, kapaktaki darlık ve ventrikül basıncı kritik düzeye geldiğinde semptomlar belirir. Hastaların yaklaşık %60'ında angina pectoris görülür. Angina'nın karakteri, koroner arter hastalığında olduğu gibidir, genellikle eforla ortaya çıkar ve dinlenmekle geçer. Senkop, eforla gelen dispne ve paroksizmal nokturnal dispne hastalıkta görülen diğer belirtilerdir^{18,80}.

2.1.2.2. Aort Yetmezliği:

Aort yetmezliği, aort kapağının tam kapanamaması nedeniyle aortaya atılan kanın bir kısmı, ventrikül diyastolü sırasında sol ventriküle geçmektedir. Aort yetmezliği, bağ dokusu hastalıkları nedeniyle görülmektedir^{18,35}. Kronik aort yetmezliği olan hastalar, uzun süre semptom vermeyebilir. Bu süreçte sol ventrikülün dilatasyonundan dolayı hasta sol-yan pozisyonda kendi kalp seslerini duymaktadır^{35,102}.

2.1.3. Triküspit Kapak Hastalıkları

Edinsel triküspit kapak hastalığı pek sık görülmez. Darlık ya da yetmezliğin en sık görülen nedeni kronik romatizmal kalp hastalığıdır. Çoğunlukla mitral ya da aort kapak tutulumu ile birlikte⁸⁰.

2.1.3.1. Triküspit Darlığı

Romatizmal kalp hastalığı olan hastaların yaklaşık %5'inde triküspit darlık görülmektedir³⁷. Hastalık genellikle mitral darlıkla birlikte⁸⁰. Mitral kapak olgularının %3'ünde triküspit darlığı görülebilir⁸⁰. Triküspit darlığına neden olan diğer faktörler ise; karsinoid tümör, miksoma, enfektif

endokardit ve lupus eritematosus'dur. Triküspit kapaktaki kalınlaşma ve kommissürlerdeki yapışıklık nedeniyle kapağın normal alanı 7 cm² iken 1.5 cm²'e kadar düşer. Triküspit darlığının en sık görülen semptomu dispne ve yorgunluktur. Aynı zamanda sağ kalp yetmezliği belirtileri olan hepatomegali ve anasarka da görülmektedir³.

2.1.3.2. Triküspit Yetmezlik

Triküspit yetmezlik genellikle sağ ventrikülde genişleme, mitral darlık ve pulmoner hipertansiyona bağlı olarak gelişmektedir. Mitral yetmezliği olan hastaların yaklaşık %62'sinde triküspit yetmezliği görülmektedir⁶⁶. Triküspit yetmezliğinin belirti ve bulguları dispne, siyanoz, boyun venlerinde dolgunluk, ödem ve asittir. Hastaların % 90'ında hepatomegali bulunmaktadır⁸⁰.

2.1.4. Pulmoner Kapak Hastalıkları

Pulmoner kapak hastalıkları genellikle konjenital olarak ortaya çıkmaktadır. Pulmoner kapağın edinsel lezyonları nadir olarak görülmektedir. Romatizmal ateş ve enfektif endokardit pulmoner kapağı daha az etkilemektedir. Pulmoner darlık ya da yetmezlikte belirti olarak dispne ve halsizlik görülmektedir¹⁸.

2.2. Kalp Kapağı Hastalıklarında Tedavi

Kalp kapağı hastalıklarında tedavi, tıbbi ve cerrahi tedavi olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

2.2.1. Kalp Kapağı Hastalıklarında Tıbbi Tedavi

Kalp kapak hastalıklarının kesin tedavisi cerrahi olmakla birlikte başlangıçta hastalara tıbbi tedavi uygulanabilmektedir. Hastalara uygulanan tıbbi tedavi su-tuz kısıtlaması, diüretiklerin verilmesi, fiziksel aktivitelerin kısıtlanması, sol kalp yetmezliği ve angina pectoris tedavisidir. Bununla birlikte atriyal fibrilasyon gelişmişse dijitalizasyon/kardiyoversiyon uygulaması, tromboembolizme karşı antikoagülan tedavi, romatizmal ateş tekrarının önlenmesi ve enfektif endokarditten korunma da tıbbi tedaviyi içermektedir^{3,74,80,102}.

2.2.2. Kalp Kapağı Hastalıklarında Cerrahi Tedavi

Kalp kapağı hastalıklarında tıbbi tedavi yetersiz kaldığında cerrahi tedavi uygulanmaktadır. Güllü'nün belirttiğine göre; kalp kapağı hastalıklarında ilk cerrahi girişim Cutler ve Levine tarafından 1923 yılında uygulanan kapalı mitral kommissürotomi ile başlamıştır. İlk başarılı kommissürotomi ise 1948'de Charles Bailey tarafından yapılmıştır⁵⁰. 1950'li yıllar ve sonrasında özellikle kalp-akciğer makinesinin devreye girmesiyle, görev yapamayacak şekilde bozulmuş kalp kapaklarının tamirine yönelik cerrahi girişimler giderek hızlanmıştır⁸⁰.

Kalp kapağı hastalıklarında uygulanan cerrahi tedavi, kapağın tamiri ya da değiştirilmesini (replasman) içermektedir.

2.2.2.1. Kalp Kapağı Tamiri

Kalp kapaklarının cerrahi olarak tamiri, annüloplasti, kommissürotomi, kordoplasti, yaprakçık onarımı, balon valvuloplasti gibi çeşitli tekniklerle yapılmaktadır. Valvuloplasti, yırtılan kalp kapağı

yaprakçıklarının dikilerek tamir edilmesidir. Kalp kapağı onarımı ameliyatlarının kalp kapağı replasmanı ameliyatına göre çeşitli üstünlükleri vardır. Bunlar; tamir edilen kapakların değiştirilen kapaklara göre uzun süre fonksiyonunu koruması, sürekli antikoagülan ilaç kullanımı gerektirmemesi ve bazı onarım ameliyatlarında kalp-akciğer pompası aletine gereksinim duyulmamasıdır. Valvuloplasti teknikleri; annüloplasti, kommissürotomi, yaprakçık onarımı, kordoplasti ve balon valvuloplasti'dir 74,80,86,101 .

- a) Annüloplasti: Kalp kapağı yetmezliklerinde genişlemiş annülüsün (kapak halkası) cerrahi olarak tamiridir. Genişleyen annülüs, protez halka ya da dikiş kullanılarak daraltılır. Daha çok mitral ve triküspit yetmezlikte uygulanan bir cerrahi işlemdir.
- b) Kommissürotomi (Valvotomi): Dar olan kalp kapağının genişletilmesidir. Bu işlem açık ve kapalı kommissürotomi olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Açık kommissürotomi, median sternotomi ya da torakotomi insizyonu açılıp kalp-akciğer pompası aleti eşliğinde yapılır. Kapalı kommissürotomide, kalp-akciğer pompası uygulanmaksızın sol anterolateral torakotomi yapılarak işaret parmağı yardımıyla ya da dilatatörle kapak genişletilir. Daha çok mitral ve triküspit kapak darlıklarında uygulanır.
- c) Kordoplasti: Kordea tendinea, yaprakçıkların alt yüzeyinde bulunmakta ve kanın geriye kaçışını engellemektedir. Bu yöntemde uzamış olan korda tendinea dikişle, papiller kasa doğru çekilerek kısaltılmaktadır. Uzamış korda, romatizmal mitral hastalığı olan insanların % 80'inde yetmezliğe neden olmaktadır⁸⁰.

- d) Yaprakçık onarımı: Romatizmal ateş, kapak prolapsusu gibi nedenlerle hasara uğrayan kapak yaprakçıkları onarılır. Hasara uğramış yaprakçıklar, annülüsün kenarına dikilerek onarımı yapılır.
- e) Balon valvuloplasti: Daralan kalp kapağının balonla genişletilmesidir. Genellikle mitral darlıkta uygulanan bir tedavi yöntemidir. Bu tedavide, femoral bölgeden girilen bir kateter aracılığıyla dar olan kapağa ilerlenerek kateterin ucundaki balonla darlık genişletilir.

2.2.2.2. Kalp Kapağı Replasmanı

Kalp kapağı replasmanı, sık olarak uygulanan cerrahi işlemlerden biri olup, tamir edilemeyecek derecede bozulan kalp kapağının açık kalp ameliyatı ile çıkarılarak yerine yapay kalp kapağı yerleştirilmesi işlemidir. İlk başarılı kapak replasmanı 1959'da Nina Braunwald ve 1960'da Star tarafından yapılmıştır. Star ve Edwards ilk güvenilir kapak protezini 1961 yılında geliştirerek kullanmışlardır. O günlerden günümüze çok çeşitli kalp kapakları üretilerek, dünyada çok sayıda kalp kapağı replasmanı yapılmıştır^{50,80}. Tek kapak replasmanında mortalite oranı yaklaşık %4 ile 8 ve 5 yıllık sağ kalım oranı ise %75 ile 80 arasındadır⁷⁴.

Kalp kapağı replasmanında günümüzde çeşitli protez kalp kapakları kullanılmaktadır. Kalp cerrahisinde 40 yılı aşkın bir süredir kullanılmakta olan kapak protezleri, uygun hasta grubunda semptomları azaltmakta ve yaşam süresini önemli ölçüde uzatmaktadır. Günümüzde kullanılan birçok farklı protez kapak tipi vardır. Her kapak protezi tipinin kendine özgü avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Bu yüzden kapak seçimi konusu her hasta ve hastalık için ayrı olarak değerlendirilmektedir.

Kapak seçiminde belirleyici olan özellikler; hastanın yaşı, cinsiyeti, sosyokültürel durumu, kapağın patolojisi, antikoagülan tedavi alıp almadığı, kadın hastaların çocuk sahibi olup olmadığı ve hastanın tercihidir. Protez kapağın özellikleri şunlardır^{50,80};

- Kapak kolayca yerleştirilebilir olmalı,
- Trombüs oluşturmamalı ve tromboemboliye sebep olmamalı,
- Yapıldığı materyal vücut dokuları ile uyum sağlayabilmeli,
- Dayanıklı olmalı,
- Antijenik özellik taşımamalı,
- Kan elemanlarına zarar vermemeli,
- Kan akımına engel olmamalı,
- Kapandığında geriye kaçağa izin vermemeli,
- Sessiz çalışmalıdır.

Günümüzde en yaygın kullanılan protez kapaklar, mekanik ve biyolojik kapaklardır.

a) Mekanik Kalp Kapakları: Mekanik kapaklar, diğer protez kapaklara oranla çok daha uzun dayanıklılık süreleri nedeniyle özellikle yaşam beklentisi uzun hastalarda en çok tercih edilen kapak tipidir. Mekanik kapakların en önemli dezavantajı tromboza eğilim yaratmaları nedeniyle hastaların yaşam boyu antikoagülan tedavi almaları zorunluluğudur. Yüksek dozda uygulanan antikoagülan tedavide ise kanama ile ilgili komplikasyonlar görülmektedir^{49,50,74,80,102}.

b) Biyolojik Kalp Kapakları: Biyolojik kapaklar, eğer insan dışında bir canlıdan alınmış ise 'heterogreft', insan kadavrasından alınmış ise 'homogreft' veya 'allogreft' olarak tanımlanmaktadır. Kişinin kendi canlı dokusundan alınan greft ise 'otogreft'tir. Kişinin pulmoner kapağının alınıp aort ya da mitral kapak ile değiştirilmesi otogreftler için bir örnektir^{49,80}.

Biyolojik kapaklarda uzun süreli antikoagülan tedavi gerekli olmadığı için tromboemboli ve kanama gibi komplikasyonların görülme riski düşüktür. Bununla birlikte biyolojik kapaklar daha az dayanıklı olup, yapısal bozulma oranı zamana bağlıdır ve ameliyat sonrası 8 ile 10. yılda giderek hızlanmaktadır⁸⁰.

Biyolojik kapak kullanılması önerilen hastalar şunlardır¹⁰²;

- Antikoagülan tedavinin kontrendike olduğu durumlar (Ör; aktif mide veya duodenum ülseri),
- Hamile kalmak isteyen genç kadınlar,
- Çocuk hastalar,
- 65 yaş üzeri hastalar,
- Fiziksel travmaya çok maruz kalan mesleklerde çalışan hastalar,
- Mental retarde hastalar.

2.2.2.3. Kalp Kapağı Replasmanı Sonrası Hastalarda Protez Kalp Kapaklarına Bağlı Gelişen Komplikasyonlar

1. Protetik Kapak Endokarditi: Protetik kapak endokarditi, kapak replasmanı sonrası görülen ölümcül olabilen komplikasyonlardan biridir. Bu komplikasyonun görülme oranı, kapak replasmanı sonrası ilk yılda %3 ve sonraki yıllar için her yıl %0.5'dir⁷². Endokardit, doğal kapaklardan en sık mitral kapakta, yapay kapaklardan ise en sık aort kapağına uygulanan kapaklarda görülür. Replasman sonrası ilk 5 hafta en riskli dönemdir. Giderek risk azalır, 12 ay sonra en düşük ve sabit düzeye iner. Mekanik kapaklarda erken endokardit, biyolojik kapaklarda ise geç endokardit fazla görülür⁸⁰. Protetik kapak endokarditi, erken ya da geç protetik kapak endokarditi olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

a) Erken Prostetik Kapak Endokarditi: Kapak replasmanını takip eden ilk 60 gün içinde gelişen kapak endokarditleridir. Erken dönem endokarditler, %20 ile %70 oranında yüksek mortaliteye sahiptir⁴². Perioperatif kontaminasyona ya da bakteriyemiye bağlıdır. Bakteriyemi yara enfeksiyonu, mediastinit ya da pnömoniden kaynaklanabilir. En önemlisi intraoperatif kontaminasyondur ve santral venöz kateterler kontaminasyon ve bakteriyemiye neden olabilirler⁸⁰. Erken prostetik kapak endokarditlerinde en yaygın görülen etken, “staphylococcus epidermidis”dir ve bu stafilokokların %80’ni metisiline dirençli’dir⁴². Klinik belirti ve bulgu olarak; ateş, murmur, terleme ve sırt ağrısı görülür. Bununla birlikte kalp yetmezliği ve embolik olaylar da gelişebilir¹⁰².

b) Geç Prostetik Kapak Endokarditi: Ameliyattan 60 gün sonraki dönemde ortaya çıkan endokarditlerdir. Sıklıkla aort pozisyonuna yerleştirilen biyolojik kapak replasmanı sonrasında görülür. Bu komplikasyonun başlıca nedenleri; üriner enfeksiyon, diş çekimi, yara enfeksiyonları ve pnömonidir^{42,102}. Geç prostetik kapak endokarditlerinin görülme oranı, yılda %1’den azdır²⁹.

2. Prostetik Kapak Trombozu: Prostetik kapak trombozu, hemodinamik durumu bozan ciddi bir komplikasyondur. Terapötik düzeyde antikoagülasyonun sağlanmadığı hastalarda prostetik kapaklarda tromboz oluşabilir¹⁰². Kapak trombozu, hem mekanik hem de biyolojik kapaklarda oluşabilir, ancak sıklıkla mitral protez kapaklarda görülmektedir⁴².

Kapak trombozu olan hastalarda embolik olaylar ve konjestif kalp yetmezliği görülebilir. Mekanik kapak takılı hastalarda kapak sesinin kesilmesi uyarıcı bir belirtidir ve transözafageal ekokardiyografi ile tanı konulmaktadır⁷².

3. Tromboemboli: Tromboemboli, prostetik kapak takılmış hastalarda en sık görülen komplikasyondur. Tromboembolinin görülme

oranı, mekanik kapak replasmanı yapılan hastalarda yılda %0.2 ile %1.8 arasında değişmekte, triküspit kapaklarda ise %13'e kadar yükselmektedir²⁴.

Tromboemboli insidansında, takılan kapağın türü (mekanik/ biyolojik), kapağın takıldığı yer (aort/ mitral) ve hastanın kanama-pıhtılaşma düzeyinin yeterli olup olmadığı önemli rol oynamaktadır¹⁰². Protez kapaklarda trombüs oluşumu, mitral kapaklarda aort kapaklardan daha fazla görülmekte olup, mekanik kalp kapağı takılan hastalarda görülme oranı biyolojik kalp kapağı takılan hastalara göre daha yüksektir⁵⁰.

Kapak replasmanı sonrası hastalara coumadin (warfarin) ile antikoagülan tedavi başlanmakta ve biyolojik kapak takılan hastalarda 6 ile 12 hafta bu tedavi devam etmektedir. Mekanik kapak takılan hastaların ise tromboz ve emboli riskinden dolayı ömür boyu antikoagülan tedavi almaları gerekmektedir. Pulmoner otograft kapaklarda antikoagülan tedavi gerekmemektedir¹⁰².

Yeterli antikoagülan tedavi uygulandığında mekanik kapak replasmanında tromboemboli insidansı yılda %1 ile %2 arasında değişmekte olup, biyolojik kapak replasmanında ise yılda %0.6 ile 0.7'dir⁷². Antikoagülan kullanımı takibi için günümüzde genelde kabul edilen parametre **INR (International Normalized Ratio)** değeridir. 'Amerika Kalp Cemiyeti' (AHA) ve 'Amerika Kardiyoloji Derneği' (ACC), mekanik aort kapaklarında INR düzeyini 2.0-3.0 ve mekanik mitral kapaklarda ise 2.5-3.5 olarak önermektedir⁴⁶. Genel olarak mekanik kapak protezi takılan hastalarda INR değerlerinin 2.5 ile 3.5 arasında olması tromboemboliye karşı yeterli koruma sağlamak ve bu değerlerle kanama komplikasyonlarının en aza indirilmesi mümkün olmaktadır. Antikoagülan tedavi dozunun daha fazla artırılması tromboemboliye karşı etkinliğinin artmasını sağlamakta, fakat kanama komplikasyonlarında artış olmaktadır⁵⁰.

4. Paravalvuler Kaçak: Protez kapağın dikiş halkasının annülüsten ayrılması sonucu erken postoperatif dönemde görülen bir komplikasyondur. Ameliyatta dikiş tekniğinin iyi olmaması, kendiliğinden ya da enfeksiyon nedeniyle paravalvuler kaçak görülmektedir. Tedavide cerrahi onarım ya da tekrar replasman yapılmaktadır^{80,102}.

5. Kapak Dejenerasyonu: Biyolojik kapak takılan hastalarda görülen primer komplikasyondur. Biyolojik kapaklarda, mineralizasyon ve kalsifikasyona bağlı olarak zamanla yapısal bozukluklar oluşmaktadır⁸⁰. Kapak replasmanı yapılan hastalarda ilk 10 yıl içinde yapısal bozukluk görülme insidansı % 30'dur⁴². Tedavide tekrar replasman yapılmaktadır.

6. Hemolitik Anemi: Protez kapak takılan hastalarda eritrosit hasarına bağlı olarak hemoliz görülmektedir. Hemoliz, eritrositlerin kapak etrafındaki hareketi sonucu yıkılması ve paravalvuler kaçak nedeniyle oluşmaktadır. Hemoliz sıklıkla hafif düzeydedir ve eritrosit üretiminin artırılması ile hasta bu durumu kompanse edebilir. Hemolitik anemi nadiren oluşmaktadır¹⁰².

Protez kapaklarla ilişkili komplikasyonlar genel olarak bunlar olup, bu konudaki ilk kılavuz 1988 yılında 'Amerika Göğüs Cerrahisi Cemiyeti' (AATS) ve 'Göğüs Cerrahisi Cemiyeti' (STS) işbirliğiyle hazırlanmış ve 1996 yılında yenilenmiştir. Bu kılavuzdaki (AATS/ STS) temel tanımlamalar ise; yapısal kapak bozulması, yapısal olmayan kapak disfonksiyonu, kapak trombozu, emboli, kanama ve ameliyat edilen kapakta endokardit olarak sıralanmıştır⁴⁹.

2.3. Kalp Kapağı Replasmanı Öncesi ve Sonrası (Pre- ve Postoperatif) Hemşirelik Bakımı

Kalp kapağı replasmanında ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası hemşirelik bakımı, açık kalp ameliyatı ile gerçekleştirilen diğer ameliyatlara (koroner arter bypass greft, kalp transplantasyonu) ile benzerlik göstermektedir⁶⁸. Kalp kapağı replasmanı yapılacak hastanın ameliyat öncesi dönemdeki hazırlığı 3 aşamada uygulanmaktadır³⁵:

- Hastanın kliniğe yatırılmasından, ameliyat öncesi geceye kadar olan dönemdeki hazırlığı,
- Hastanın ameliyattan önceki gece hazırlığı,
- Hastanın ameliyat günü hazırlığı'dır.

Hastanın kliniğe yatırılmasından, ameliyat öncesi geceye kadar olan dönemdeki hazırlığı; fizyolojik-psikolojik-yasal hazırlığı ve ameliyat öncesi eğitimi içermektedir^{35,74}. Kalp kapağı replasmanı uygulanacak hastanın pre-operatif eğitim planı aşağıda yer alan bilgileri içermektedir^{18,74}:

- Ameliyata ilişkin bilgiler (Kalp ve kalp kapaklarının anatomisi ve fizyolojisi, ameliyat süreci)
- Yoğun bakım ortamına ilişkin bilgiler (Kardiyak monitör ve alarm, endotrakeal tüp, mekanik ventilatör ve alarm, arteriyel ve intravenöz kateterler, infüzyon pompaları, göğüs tüpleri, foley sonda, pace telleri, ziyaretçi kısıtlaması)
- Solunum-öksürük egzersizlerine ilişkin bilgiler (Derin solunum-öksürük egzersizleri, yara yerinin desteklenmesi, spirometri kullanımı)

Hastanın ameliyattan önceki gece hazırlığı; antimikrobiyal sabunla cildin temizliği, vücuttaki kılların klinik protokollerine göre traş edilmesi, gastrointestinal sistem ve anestezi hazırlığı, istirahat ve uykunun sağlanmasıdır^{18,35}.

Hastanın ameliyat günü hazırlığında ise hemşire ; hastanın yaşam bulgularını alır ve kayıt eder, cilt hazırlığını kontrol eder, hastaya tüm kişisel eşyalarını (saat, yüzük, takma diş, gözlük, vb.) çıkarmasını söyler, bayan hastaların tırnaklarında oje varsa silinmesini sağlar, hastanın ameliyat gömleğini giyinmesine yardımcı olur ve doktor istemine göre premedikasyonu uygular^{18,35,74}.

Kalp kapağı replasmanı uygulanan hastada ameliyat sonrası bakım diğer ameliyatlara farklılık göstermemekle birlikte hemşirelik bakımının temel amacı, homeostatik dengeyi yeniden düzenlemektir. Ameliyat sonrası dönemde bakımın hedefleri şunlardır^{18,35,62,68,74,80,102}.

- **Kardiyovasküler fonksiyonları geliştirmek, doku perfüzyonunu sağlamak ve yaşam bulgularının normal sınırlarda olmasını sağlamak:** Hastanın kan basıncı, nabız, venöz basınç, ısı kontrolü ve EKG izleminin yapılması ve anormal durumlarda gerekli önlemlerin alınması önemlidir.
- **Solunum fonksiyonlarını sürdürmek:** Hastanın solunumunun izlenmesi, entübe hastalarda sekresyonların aspire edilmesi ve kan gazları ile solunumun değerlendirilmesi, göğüs drenajının açıklığının sağlanması ve gelen miktarın izlenmesi gerekmektedir.
- **Sıvı-elektrolit dengesini sağlamak:** Hastanın aldığı-çıkarıldığı sıvının takibi ve kan gazları ile elektrolit değerlerinin izlenmesi bu hedefe ulaşmak için önemlidir.

- **Böbrek fonksiyonlarını sürdürmek:** Ameliyat sonrası dönemde hastanın idrar miktarının saatlik takip edilmesi ve anormal durumlarda müdahale edilmesi gerekmektedir.
- **Ağrıyı kontrol etmek:** Ameliyat sonrası dönemde hastalar çok fazla ağrı yaşadıklarından ağrı kontrolünün sağlanması önemlidir.
- **Nörolojik fonksiyonları sürdürmek:** Hastanın bilinç düzeyi, pupillerin büyüklük ve ışık refleksi, ekstremiteler hareketliliği nörolojik fonksiyonları değerlendirmek açısından izlenmelidir.
- **Yeterli beslenmeyi sağlamak:** Hastalar ameliyat sonrası dönemde ekstübe edildikten 4 saat sonra oral sıvı gıdalarla beslenmeye başlamaktadır.
- **Hareketi sağlamak:** Hastanın ameliyat sonrası dönemde, kol-omuz egzersizlerinin yaptırılması ve ambulasyonu sağlanmalıdır.
- **Psikolojik destek sağlamak:** Ameliyat sonrası dönemde hastalarda oryantasyon bozukluğu, konfüzyon ve halüsinasyon görülebilir. Bu dönemde hastaya yapılan işlemler hakkında bilgi verilmeli ve hastanın korku ve endişeleri konusunda konuşulmalıdır.
- **Ameliyat sonrası komplikasyonları önlemek:** Hastanın ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek komplikasyonlar yönünden takip edilmesi gerekmektedir. Hastalarda gelişebilecek komplikasyonlar; kanama, kardiyak tamponad, MI, aritmi, atelektazi, pnömoni, plevral effüzyon, pnömotoraks/hemotoraks, pulmoner emboli, oligüri, renal yetmezlik, abdominal distansiyon, paralitik ileus, stres ülseri, GIS kanama, inme, deliryum, yara enfeksiyonu'dur.

2.4. Kalp Kapağı Replasmanı Olan Hastalarda Taburculuk Eğitimi

Taburculuk planı, hastanın hastaneden ayrılabilmesi ve bakımını evde devam ettirebilmesi için sistematik bir şekilde hastanın hazırlanmasıdır ve bakımın sürekliliğini sağlamada önemli bir rol oynar. Taburculuk eğitimi, hastanın hastaneye kabul süreciyle başlar ve hastaneden taburculuğuna kadar devam eder^{67,100}.

Taburculuk eğitiminin, hastaların bilgi düzeylerini artırdığı, anksiyeteyi azalttığı, öz-bakım düzeylerini ve memnuniyeti artırdığı ve taburculuk sonrası normal aktivitelerine dönmelerinde yardımcı olduğu yapılan araştırmalarla saptanmıştır^{26,51,56,88,96,106}.

Hasta eğitimi ve bakımın sürekliliğini sağlamak için ABD’de ‘The Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organization’ (JCAHO) tarafından 1995 yılında eğitim standartları oluşturulmuştur. Bu eğitim standartlarına göre sağlık kuruluşları aşağıda yer alan sorumlulukları üstlenir^{28,94}.

- 1) Hastanın kültürü, dili ve eğitim düzeyi, dini tercihleri, motivasyonu, sosyoekonomik durumu, fiziksel ve bilişsel sınırlılıklarını göz önünde bulundurarak bilgi gereksinimi, öğrenme öncelikleri ve hazır oluşluk düzeyini değerlendirir ve,
 - a) Hasta ve ailesine ilaç tedavisi ve yardımcı araç- gereçlerin kullanımı konusunda eğitim verir.
 - b) Hasta ve ailesine beslenme, diyet ve ilaç- besin etkileşimi konusunda danışmanlık yapar.
 - c) Hasta ve ailesine iyileşme ve fonksiyonlarını geliştirmeye yönelik gerekli bilgi ve beceriyi kazandırır.

- d) Hasta ve ailesine öz-bakım ve hijyen konusunda eğitim verir.
 - e) Hasta ve ailesine bakımın devamlılığını sağlamak için taburcu olmadan önce ilgili kuruluşlar hakkında bilgi verir.
- 2) Hasta eğitiminin interaktif olmasını sağlar.
 - 3) Hasta ve ailesinin eğitim sürecinin her aşamasına katılmasını sağlar.
 - 4) Hasta ve ailesinin eğitiminde, disiplinler arası işbirliğini sağlar.

Taburculuk planı, hasta ve ailesini hastane bakımından evdeki bakıma hazırlayan bir süreçtir ve hemşirelik sürecine paralel olarak giden veri toplama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarından oluşmaktadır. Hemşirenin taburculuk planı oluştururken hasta ve ailesi ile ilgili toplaması gereken veriler; hastanın sağlık problemi, daha önceki hastalık ve hastaneye yatma deneyimi, sağlık problemine yönelik bilgi algılamaları, yaşı, fonksiyonellik düzeyi, motivasyonu, sosyoekonomik durumu, aile yapısı, kültürel değerleri, dini inanç ve uygulamaları, destek sistemleri ve yardım amacıyla kullanılan toplum kaynaklarıdır^{91,94,100}.

Planlama aşamasında, hasta eğitimi büyük önem taşımaktadır. Hasta eğitiminde hemşirenin en önemli rolü, hasta ve ailelerine sağlıklarını ve yaşamlarını olumlu etkileyecek sağlık davranışlarını öğretmek ve hastanın öz-bakım gücünü geliştirmektir. Hasta ve ailesine yönelik eğitim planı oluşturulurken; eğitim hedefleri belirlenir, eğitim öncelikleri saptanır, eğitim için uygun yer, zaman ve gerekli süre belirlenir, eğitim yöntemi ve teknikleri seçilir, değerlendirme yöntemleri saptanır ve kullanılacak materyal belirlenir^{82,91}.

Taburculuk eğitimine hastanın hastaneye kabulü ile başlanmalı ve yetişkin eğitim ilkeleri göz önünde bulundurularak yapılmalıdır. Eğitimde hastanın daha fazla katılımını sağlayan interaktif eğitim metodları (rol yapma, demonstrasyon, beyin fırtınası, grup tartışması, soru-cevap, vb.) tercih edilmelidir. Uygulama esnasında hastanın hazır olduğu zamanı seçmek önemlidir. Eğitim için bireyin zamanının, fiziksel ve psikolojik durumunun uygun olması gerekir. Eğitim verilirken ziyaret saatleri, hastanın ağrılı ve stresli olduğu zamanlar yerine; fiziksel ve psikolojik açıdan rahat olduğu, hemşireyi dinlemeye ve eğitime katılmaya istekli olduğu zamanlar seçilmelidir. Hasta eğitiminde süre de iyi ayarlanmalı ve bir eğitim bölümü 30-45 dakikayı geçmemelidir. Başarılı bir eğitim için uygun çevre/ortam, araç-gereç ve kaynaklar sağlanmalıdır. Hasta eğitiminde kültürel yapı dikkate alınmalı, anlaşılır bir dil kullanılmalı, tekrar yapılarak eğitim güçlendirilmeli, hastanın aktif katılımı sağlanmalı, hastaya destek ve geribildirim verilmelidir^{13,91,94}.

Taburculuk planının son aşaması, öğrenmenin ne ölçüde gerçekleştiğini belirlemek amacıyla değerlendirmeyi içermektedir. Taburculuk planlamasının değerlendirilmesi soru-cevap, telefonla görüşme ve ev ziyareti ile yapılmaktadır¹³.

Taburculuk eğitimi; ameliyat öncesi, ameliyat sırası, ameliyat sonrası ve taburcu olduktan sonra evde bakım konularını içermelidir. Yapılan çalışmalarda kalp ameliyatı geçiren hasta ve ailesinin taburculuk eğitiminde yer alması gereken konular şunlardır^{19,23,28,41,47,68,70,99}:

- Kalp kapağı hastalıkları, belirtileri ve tedavi yöntemleri,
- Kalp kapağı ameliyatı ve ameliyata hazırlık süreci,
- Kalp kapağı ameliyatının komplikasyonları,
- Ağrı kontrolü,
- Günlük yaşam aktiviteleri (Beslenme, banyo yapma, uyku ve dinlenme, cinsel yaşam, vb.)

- İlaç tedavisi, uygulama zamanları ve yan etkileri,
- Antikoagölan tedavi, önemi, etki mekanizması, yan etkileri, kullanımı, etkileşime giren gıda ve ilaçlar, INR takibi ve doktora başvurulması gereken durumlar,
- Yara bakımı,
- Egzersizler,
- Sakınılması gereken aktiviteler,
- Doktora başvurulması gereken durumlar,
- Sağlıklı yaşam biçim davranışları ve öz-bakım,
- Gelişebilecek komplikasyonlar, belirtileri ve önlenmesi,
- Taburcu olduktan sonra tıbbi izlemdir.

2.5. Kalp Kapağı Replasmanı Olan Hastalarda Öz-Bakım

Günümüzde uygulanan yeni teknikler ve anestezi yöntemleriyle kalp ameliyatlarında başarı oranı ve yaşam kalitesinin artmasına karşın taburcu olduktan sonra hasta birey ameliyatın getirdiği sınırlılıklar ve yeni düzenlemeler ile karşı karşıya kalmaktadır. Aynı zamanda kalp ameliyatları sonrası hastanede yatış sürelerinin kısalmasıyla hastalar iyileşme dönemlerinin büyük bir bölümünü evlerinde geçirmektedirler. Bu dönemde hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi, hastanın öz-bakımını ya da kendi kendine bakımını üstlenebilmesinde hemşire önemli rol oynamaktadır^{32,38}.

Öz-bakım; yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinliklerdir. Bireylerin sağlıkları için yapılması gerekenlerin başkaları tarafından yapılmasını bekleme ya da isteme yerine kendilerinin de bir şeyler yapmaları ve bu konuda çaba sarf etmeleridir. Öz-bakım gücü ise bireyin yaşamı, sağlığı

ve iyilik durumunu sürdürmek için sağlık etkinliklerini başlatma ya da uygulama yeteneğidir^{75,93}.

Öz-bakım kavramı Dorethea E. Orem tarafından geliştirilmiş ve ilk kez 1959 yılında yayınlanmıştır. Orem'e göre hemşireliğin ilgi alanı; insan sağlığının ve yaşamının devamı, hastalıklardan ve sakatlıklardan kurtulması ve onların olumsuz etkileri ile baş edebilmesi yani bireysel bakımını üstlenebilmesi için duyduğu gereksinimlerin karşılanması üzerinde yoğunlaşır⁹⁰.

Orem'e göre "öz-bakım"; bireyin yaşamını, sağlık ve iyiliğini korumak için kendine düşeni yapmasıdır ve bu beceri zamanla iletişim, kültür, eğitim ve etkileşim yoluyla gelişir. Bireyin kendisi ile ilgili aktiviteleri gerçekleştirme yeteneği ise öz-bakım gücü/yeteneği/etkinliği olarak tanımlanır. Diğer bir deyişle; öz-bakım gücü, bireyin sürekli bakım gereksinimlerini karşılaması için kendi yaşam sürecinin düzenlenmesi ve gelişmesini sağlayan, bireyin kazanmış olduğu bir yetenektir^{10,32}.

Öz-bakım kavramı üzerinde durulan nokta, bireyin öz-bakım yetenekleri ile çeşitli gereksinimleri arasında dengeyi sürdürmesidir. Bireyin gereksinimleri evrensel, gelişimsel ve hastalık durumunun getirdiği öz-bakım gereksinimleridir. Evrensel gereksinimler günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili; gelişimsel gereksinimler bireyin gelişimsel durumuyla ilgili (hamilelik, doğum, vb.); hastalık durumundaki gereksinimler ise herhangi bir hastalık ya da sakatlık durumunun getirdiği ek öz-bakım gereksinimleridir. Öz-bakım kavramına göre, birey kendisini etkileyen hastalık durumunda öz-bakım gereksinimlerini karşılamada yetersizliği olmadıkça hemşirelik girişimine gereksinim duymayacaktır. Öz-bakım konusunda gerekli bilgi ve becerisi olmayan hastanın eğitilmesi ve kendi kendine yeterli duruma gelmesinde hemşireye önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşirenin sorumluluğu, öz-bakım yetersizliğinin nereden

kaynaklandığını belirlemek, bu doğrultuda bakımı planlamak ve uygulamaktır^{17,32,75}.

Bireylerin öz-bakım başarısını etkileyen faktörler, onların öz-bakım güçleridir. Bireyin öz-bakım gücünü kullanabilmesi için bazı özelliklere sahip olmalıdır. Bunlar^{10,90}:

- Kendine dikkat etme,
- Fiziksel enerjisini kullanma ve kontrol etme,
- Karar verirken öz-bakım anlayışı içinde yargılama,
- Güdüleme,
- Öz-bakım kararını verme ve uygulama,
- Eylemlerini sıraya koyma,
- Eylemlerini gerçekleştirmede sürekliliği sağlamadır.

Öz-bakım sağlığın geliştirilmesi için yapılan çalışmaların temelini oluşturmakta ve bakımın devamlılığını sağlayan uygulamalara (evde bakım, rehabilitasyon, vb.) rehberlik etmektedir. Öz-bakım davranışının hasta birey ve sağlık sistemi açısından faydaları şunlardır^{32,90}:

- Hasta bakım sonuçlarında başarıyı artırır,
- Komplikasyon riskini azaltır,
- Hastaneye yeniden başvuru oranını azaltır,
- Hasta memnuniyetini artırır,
- Sağlık sisteminde maliyeti azaltır,
- Hastanın bağımsızlık ve otonomisini artırır,
- Hastalıkla baş edebilmeyi sağlar,
- Fonksiyonellik düzeyini ve yaşam kalitesini artırır,
- Hastalık ya da ameliyat sonrası iyileşmeyi hızlandırır,
- Semptom kontrolünü sağlar.

Literatürde hasta eğitiminin öz-bakım davranışları üzerine etkisini belirlemeye yönelik birçok çalışma yer almaktadır^{12,22,26,40,63,71}. Bu çalışmaların çoğunda hasta eğitiminin öz-bakım gücünü artırdığı belirlenmiştir. Örneğin; Jaarsma ve arkadaşlarının⁵⁶ yaptığı çalışmada, kalp yetmezliği olan hastalarda yapılan hasta eğitimi ile öz-bakım gücü arasında fark bulunmamasına rağmen, öz-bakım davranışlarında belirgin düzeyde artış olduğu bulunmuştur. Aish'in¹ yaptığı çalışmada ise, MI geçirmiş hastalarda hasta eğitiminin beslenme yönetimi ve alışkanlıklarına ilişkin öz-bakım davranışlarında artış olduğu görülmüştür. Yine aynı şekilde Cebeci²⁶ de çalışmasında kalp ameliyatı olan hastalara verilen taburculuk eğitiminin öz-bakım gücünü artırdığını belirlemiştir. Bu çalışmaların aksine Jaarsma ve arkadaşları⁵⁴ çalışmalarında, öz-bakım aktivitelerinde gözlenir bir artış olmasına rağmen, eğitimin kalp yetmezliği olan hastalarda öz-bakım davranışlarını ve öz-bakım gücünü etkilemediğini saptamışlardır.

2.6. Kalp Kapağı Replasmanı Yapılan Hastaların Taburculuk Sonrası Yaşadıkları Sorunlar

Kalp ameliyatı sonrası hastaların fiziksel işlev kapasiteleri artmakla birlikte ameliyat sonrası yaşanan sorunlar iyileşme sürecini geciktirmekte, öz-bakım gücünü ve yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu nedenle planlı bir taburculuk eğitiminin verilmesi hastaların taburcu olduktan sonra yaşanabilecek sorunlarla baş edebilmesinde önem taşımaktadır^{38,55,82}.

Yapılan çalışmalarda kalp ameliyatı sonrası hastalarda halsizlik-yorgunluk, yürüme ve merdiven çıkma gibi fiziksel aktiviteleri yapamama, ağrı, uykusuzluk, aktivite kısıtlamaları, bulantı, kusma, iştahsızlık, diyetle uyumsuzluk, inkontinans, konstipasyon gibi fizyolojik

sorunlar; korku, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunlar ve sosyal yaşam ile ilgili sorunlar görüldüğü belirlenmiştir^{8,14,55,79}.

Yıldırım¹⁰⁵ KABG ameliyatı geçiren hastaların %27.3'ünde kalp ritm bozukluğu, HT ve ağrı, %18.2'sinde solunum sıkıntısı, %9.1'inde halsizlik ve enfeksiyon, %50'sinde insizyon yerinde karıncalanma, uyuşma ve his kaybı geliştiği ve %26.7'sinin uykusuzluk sorunu yaşadığını saptamıştır.

Kalp kapağı replasmanı yapılan hastalarda ameliyat sonrası görülebilecek önemli sorunlardan diğeri de antikoagülan tedaviye bağlı kanamadır. Bu komplikasyonun gelişmesinde, hastaların yanlış ya da eksik bilgilendirilmeleri etkili olduğu için hastalara ilaç tedavisine yönelik eğitim verilmeleri de önem taşımaktadır^{43,81}.

Literatürde taburculuk öncesi eğitim alan hastaların eve döndüklerinde karşılaştıkları problemlerle daha etkin baş edebildikleri ve komplikasyonların azaldığı belirtilmektedir. Dolayısıyla hastaların öz-bakım güçleri ve yaşam kaliteleri de artacaktır^{38,58,106}. Örneğin; Cebeci²⁶ KABG ameliyatı geçiren hastalarla yaptığı çalışmasında taburculuk sonrası bir aylık dönemde eğitim verilen grupta sorunların daha az görüldüğünü saptamıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, kalp kapağı replasmanı yapılan hastalara verilen planlı taburculuk eğitiminin, hastaların bilgi düzeyi, öz-bakım gücü ve taburculuk sonrası yaşanabilecek sorunları üzerine etkisini saptamak amacıyla yarı deneysel olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ankara il sınırları içinde yer alan Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi (TYİH) Kalp-damar cerrahisi (KVC) servislerinde yapılmıştır. Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara'da en çok kalp ameliyatı yapılan hastane olması nedeniyle seçilmiştir².

Kalp-damar cerrahisi; 3 servisten oluşmaktadır. Bu servisler KVC-1, KVC-2, KVC-3 servisleri olup, günde ortalama 3-4 kalp kapağı ameliyatı yapılmaktadır. KVC-1 servisi 45, KVC-2 servisi 22 ve KVC-3 servisi ise 24 yatak kapasitesine sahiptir. Her üç serviste toplam 31 hemşire 7.00-16.00 ve 15.30-08.00 vardiyaları şeklinde çalışmaktadır.

Kalp kapağı replasmanı uygulanacak hastalar ameliyattan 1-2 gün önce servise kabul edilmektedir. Hastaların ameliyattan sonra yoğun bakım ünitesinde kalma süreleri 1-2 gün; serviste ise 5-7 gündür. Kalp kapağı replasmanı yapılan hastalara taburcu olurken fizyoterapist tarafından egzersizlere yönelik bir bilgilendirme formu ve diyetisyen tarafından ise diyet formu verilmekte, taburculuk sonrası bakımlarına

ilişkin bilgiler taburcu olacakları gün doktor ve hemşire tarafından sözel olarak açıklanmaktadır. Verilen bilgiler çoğunlukla ilaçlar ve kontrol zamanlarına yönelik olmaktadır. Kalp kapağı replasmanı yapılan hastalar ilk kontrol için taburcu olduktan 1 hafta ya da 10 gün sonra kalp-damar cerrahisi polikliniğine gelmektedirler.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde kalp kapağı replasmanı yapılan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı hastanede 2006 yılında 522 kalp kapağı ameliyatı (mekanik kapak replasmanı, biyolojik kapak replasmanı ve tekrar replasman yapılan hasta sayısı) yapılmıştır. Bu sayının 336'sı mekanik kapak replasmanı yapılan hasta sayısıdır. Örneklem alınacak birey sayısını bulmak için aşağıdaki formül kullanılmıştır;

$$n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2 (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q$$

- N: Evrendeki birey sayısı (522)
- n: Örneklem alınacak birey sayısı (?)
- p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.09)
- q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)
- t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1.96)
- d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma (0.05)

$$n = \frac{522 \cdot (1.96)^2 \cdot (0.09 \cdot 0.91)}{(0.05)^2 (521) + (1.96)^2 (0.09 \cdot 0.91)}$$

$$n = \sim 100$$

Formülasyondan hareketle $\alpha=0,05$ hata payı ve $\beta=0,70$ testin gücü (Power) ile en düşük örneklem büyüklüğü 80 olarak hesaplanmıştır. Kontrol ve deney grubu örneklem büyüklüğü; kalp kapağı ameliyatı için hastaneye yatan, araştırma kriterlerine uygun ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan 40 hasta deney grubunu ve 40 hasta kontrol grubunu oluşturmuştur.

Araştırmada deney ve kontrol grubuna;

1. İlk mekanik kalp kapağı replasmanı yapılan,
2. Okur-yazar olan,
3. Görme, işitme, anlama, konuşma problemi olmayan,
4. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar alınmıştır.

Yukarıda yer alan ilk üç kriter verilecek eğitimin sonuçlarını etkilememesi, formları doldurma ve eğitimi anlama açısından sorun gelişmemesi amacıyla, son kriter ise etik ilkeler dikkate alınarak oluşturulmuştur.

Araştırma 25 Haziran - 19 Aralık 2007 tarihleri arasında uygulanmıştır. Örneklem alınacak servisler rast gele örneklem yöntemi kullanılarak seçilmiş ve servislerden biri deney grubunu diğeri ise kontrol grubunu oluşturmuştur. Servisler ayrı koridorda olduğu için araştırma deney ve kontrol grubuna aynı anda uygulanmıştır. Örneklem grubu oluşturulurken; araştırmayı kabul etmeyen deney grubu 2: kontrol grubu 6 hasta; tekrar kalp kapağı ameliyatı olan deney grubu 33: kontrol grubu 48 hasta; hastanede izlem sırasında ölen deney grubu 1: kontrol grubu 2 hasta; taburculuk sonrası izlem sırasında ölen deney grubu 1: kontrol grubu 1 hasta; taburculuk sonrası araştırmadan çıkarılan (zarfı göndermeyen) deney grubu 4: kontrol grubu 6 hasta araştırma kapsamı

dışında bırakılmıştır. Örneklem sayısına ulaşıncaya kadar araştırmaya devam edilmiş, deney grubunda 40 ve kontrol grubunda 40 hasta araştırmaya alınmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından geliştirilen hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren 'Hasta Tanıtım Formu', ' Bilgi Değerlendirme Formu', 'Öz-bakım Gücü Ölçeği' ve 'Taburculuk Sonrası Karşılaşılan Sorunlar Formu' kullanılarak elde edilmiştir.

3.4.1.1. Hasta Tanıtım Formu

Hasta tanıtım formunda, hastaların hastaneye yattığı tarih, yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, mesleği, sosyal güvencesi, ekonomik durumu, medeni durumu, yaşadığı yer, ailenin kaç kişi ve kimlerden oluştuğu, geçmişte ameliyat olma durumu, mevcut hastalıkların varlığı, hastaların ameliyat ve ameliyat sonrası bakıma ilişkin bilgi alıp almadığı, alınan bilginin içeriği ve ameliyata ilişkin bilgi almak istediği konuları içeren sorular yer almaktadır (Bkz Ek 1).

3.4.1.2. Bilgi Değerlendirme Formu

Bilgi değerlendirme formu, deney ve kontrol grubundaki hastaların taburculuk eğitimi sonrası bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla 28 sorudan oluşmaktadır. Bilgi Değerlendirme Formu'nda, 'kalp kapak

hastalığı' (2 soru), 'ameliyat öncesi hazırlık' (3 soru), 'günlük yaşam aktiviteleri' (5 soru), 'ilaç tedavisi' (5 soru), 'yara bakımı' (3 soru), 'beslenme' (3 soru), 'egzersiz' (3 soru), 'enfeksiyonlardan korunma' (2 soru), 'kontroller' (2 soru) olmak üzere toplam 28 soru bulunmaktadır (Bkz Ek 2).

3.4.1.3. Öz-bakım Gücü Ölçeği

Öz-bakım gücü ölçeği, Kearney ve Fleischer tarafından 1979 yılında geliştirilmiş olup, ölçek 43 maddeden oluşmaktadır. Nahcivan tarafından 1993 yılında Türk toplumuna uygulanarak 35 madde olarak düzenlenmiştir. Ölçek likert tipi 5 basamaklıdır. Bireylerin ölçekteki ifadeleri kendilerinin yanıtlaması istenmektedir. Ölçekteki her bir ifadeye sırasıyla 0,1,2,3,4 puan verilmektedir. İfadelerden 8'i (3,6,9,13,19,22,26,31. ifade) negatif olarak değerlendirilmekte ve puanlama tersine döndürülmektedir. En yüksek puan 140'tır. En yüksek puan, öz-bakım gücünün en büyük derecesini göstermektedir. Ölçek 4 özellik üzerinde temellendirilmiştir. Bunlar durumlar karşısında aktif veya pasif yanıt, motivasyon, sağlık uygulamaları bilgisi ve bireyin kendine duyduğu değer olarak sıralanmıştır^{75,76} (Bkz Ek 3).

3.4.1.4. Taburculuk Sonrası Karşılaşılan Sorunlar Formu

Taburculuk sonrası karşılaşılan sorunlar formunda, deney ve kontrol grubundaki hastaların taburcu olduktan sonra herhangi bir sorunla tekrar hastaneye başvurma durumu, taburcu olduktan sonra karşılaşılan sorunlar ve sorunlara yönelik hastaların uyguladığı girişimler yer almaktadır (Bkz Ek 4).

3.4.1.5. Eğitim Kitapçığının Geliştirilmesi

Eğitim kitapçığı araştırmacı tarafından çeşitli kaynaklardan yararlanılarak hazırlanmıştır (Bkz Ek 10). Kitapçıkta yer alan konu başlıkları şunlardır;

- Kalp kapakları, kalp kapak hastalığı ve kalp kapağı ameliyatı,
- Ameliyat öncesi hazırlık aşamasında yapılması gereken işlemler,
- Ameliyat sonrası yoğun bakım dönemi,
- Yoğun bakım sonrası servise kabul ve serviste yapılması gereken aktiviteler,
- Ameliyat sonrası ev programı ve evde yapılması gereken uygulamalar
 - Taburcu olduktan sonra dikkat edilmesi gereken uygulamalar,
 - İlaç (coumadin) tedavisi,
 - Beslenme,
 - Yara bakımı ve göğüs kemiğinin iyileşmesi,
 - Banyo ve cinsel ilişki sırasında dikkat edilecek noktalar,
 - Çalışma hayatı ve araba kullanma,
 - Taburculuk sonrası egzersizler (yürüyüş, kol ve omuz egzersizleri, solunum ve öksürük egzersizleri),
 - Enfeksiyonlardan korunmanın önemi,
 - Kontroller ve hastaneye başvurulması gereken durumlar.

3.5. Ön Uygulama

Veri toplamak amacıyla hazırlanan formların ve eğitim kitapçığının ön uygulaması, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi servisinde kalp kapağı replasmanı yapılan 10 hastaya yapılmıştır. Ön uygulama sonunda formlarda ve eğitim kitapçığında gerekli düzenlemeler yapılarak son şekli verilmiştir.

3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmanın uygulama planı Tablo 3.1’de gösterilmektedir.

Tablo 3.1. Araştırma Planı

KONTROL GRUBU	DENEY GRUBU
40 HASTA	40 HASTA
TARİH: 25 Haziran- 19 Aralık 2007	TARİH: 25 Haziran- 19 Aralık 2007
Hastanın kliniğe kabul edildiği ilk gün • Hasta Tanıtım Formu • Öz-bakım Gücü Ölçeği bireysel görüşme yöntemi ile uygulanması	Hastanın kliniğe kabul edildiği ilk gün • Hasta Tanıtım Formu • Öz-bakım Gücü Ölçeği bireysel görüşme yöntemi ile uygulanması
Taburculuk eğitimi Verilmemesi	Taburculuk eğitimi verilmesi
Taburculuk sırasında • Bilgi Değerlendirme Formu bireysel görüşme yöntemiyle uygulanması	Taburculuk sırasında • Bilgi Değerlendirme Formu bireysel görüşme yöntemiyle uygulanması
Taburcu olduktan 1 ay sonra • Öz-bakım Gücü Ölçeği • Taburculuk Sonrası Karşılaşılan Sorunlar Formu	Taburcu olduktan 1 ay sonra • Bilgi Değerlendirme Formu • Öz-bakım Gücü Ölçeği • Taburculuk Sonrası Karşılaşılan Sorunlar Formu

Deney grubundaki hastalara hastaneye yattıkları gün; 'Hasta Tanıtım Formu' ve 'Öz-bakım Gücü Ölçeği', taburculuk sırasında 'Bilgi Değerlendirme Formu' ve taburcu olduktan 1 ay sonra 'Bilgi Değerlendirme Formu', 'Öz-bakım Gücü Ölçeği' ve 'Taburculuk Sonrası Karşılaşılan Sorunlar Formu' uygulanmıştır.

Deney grubundaki hastalara; eğitim planı doğrultusunda (Bkz Ek 8), hastaneye yattıkları günden taburcu olacakları güne kadar bireysel olarak (bireysel eğitim) eğitim verilmiştir. Eğitime başlamadan önce araştırmacı tarafından geliştirilen eğitim kitapçığı hastalara verilmiştir. Taburculuk eğitiminin saati, hasta ile görüşülerek ve servisin çalışma düzeni dikkate alınarak belirlenmiştir. Her eğitim sonrası bir sonraki eğitimin zamanına karar verilerek hastaya anlatılacak konu hakkında bilgi verilmiştir. Eğitim, servislerde eğitim odasının bulunmaması ve eğitim odalarının ayrı bir binada bulunması nedeniyle boş bir oda/boş bir hasta odasında yapılmıştır.

Taburculuk eğitimi, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası eğitim olmak üzere iki bölümü içermektedir. Ameliyattan önceki eğitim; kalbin ve kalp kapaklarının yapısı, kalp kapak hastalığı, kalp kapağı ameliyatı ve ameliyat öncesi hazırlık aşamaları, ameliyat sonrası yoğun bakım ve serviste yapılacak uygulamaları kapsamaktadır. Ameliyattan sonraki eğitimde; taburcu olduktan sonra dikkat edilmesi gereken uygulamalar, coumadin kullanımı hakkında bilgi, beslenme, yara bakımı ve göğüs kemiğinin iyileşmesi, banyo ve cinsel ilişki sırasında dikkat edilecek noktalar, çalışma hayatı ve araba kullanma, taburculuk sonrası egzersizler (yürüyüş, kol ve omuz egzersizleri, solunum ve öksürük egzersizleri), enfeksiyonlardan korunmanın önemi, kontroller ve hastaneye başvurulması gereken durumlar yer almıştır.

Hastalara verilen eğitim süresi, taburculuk eğitim programı doğrultusunda belirlenmiş olmakla birlikte, hastalara göre farklılık

göstermiştir. En uzun eğitim süresi 210 dakika ve en kısa 105 dakika olmuştur. Ameliyat öncesi eğitim iki bölüm halinde verilmiştir. Ameliyat sonrası eğitim ise, hastaların erken dönemde şikayetlerinin (ağrı, uyku hali, halsizlik, vb.) fazla olması nedeniyle ameliyat sonrası 3. gün başlanmış ve üç ya da dört bölüm halinde verilmiştir. Eğitim sürecinde deney grubundan bir hasta, ameliyat sonrasında grip aşısı olup olamayacağı konusunda bilgi almak istemiş ve doktora danışılarak kendisine geribildirimde bulunulmuştur. Araştırmacı, araştırmanın uygulama sürecinde haftanın 7 günü 8.00-18.00 saatleri arasında serviste bulunmuştur.

Kontrol grubundaki hastalara; servis hemşiresi tarafından rutin eğitim verilmiştir. Hastalara, hastaneye yattıkları gün, 'Hasta Tanıtım Formu' ve 'Öz-bakım Gücü Ölçeği', taburculuk sırasında 'Bilgi Değerlendirme Formu', taburcu olduktan 1 ay sonra 'Öz-bakım Gücü Ölçeği' ve 'Taburculuk Sonrası Karşılaşılan Sorunlar Formu' uygulanmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki hastalara taburculuk sırasında 'Öz-bakım Gücü Ölçeği' ve 'Taburculuk Sonrası Karşılaşılan Sorunlar Formu' bir zarf içerisinde, üzerinde pulu yapıştırılmış ve adres yazılı olarak verilmiştir. Taburcu olduktan 1 ay sonra kontrol ve deney grubundaki hastalara telefonla ulaşılmış ve zarf içerisindeki formları doldurup göndermeleri istenmiştir. Hastalara telefonla ulaşıldığında, bazı hastalar sorunlarını ifade etmiş ve araştırmacı tarafından kontrol grubundan 2 hasta ve deney grubundan 1 hastaya sorunlara yönelik geribildirimlerde bulunulmuştur. Kontrol grubundaki hastalar; kalp kapağındaki sesin kısa süreli kesildiği ve diğer hasta da diyeti ile ilgili sıkıntısı olduğunu, deney grubundaki hasta ise; kanlı balgam şikayeti olduğunu belirtmiştir. Kontrol grubunda 5 hasta ve deney grubunda 7 hasta zarfı kontrole geldiğinde getirmiş, diğer hastalar posta yolu ile zarfı göndermişlerdir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 12 (Statistical Package for Social Science) bilgisayar paket programı kullanılmıştır.

Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin veriler sayı ve yüzdelik dağılım, deney ve kontrol grubundaki hastaların bireysel ve hastalıkları ile ilgili değişkenlerin değerlendirilmesinde Ki-Kare ve Fisher'in kesin Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Bilgi Değerlendirme Formu'nda yer alan her soruya bir puan verilerek toplam 28 puan üzerinden değerlendirilmiş ve bilgi puan ortalamaları alınmıştır.

Öz-bakım gücü ölçeği, bireylerin öz-bakım eylemleri ile ilgilenme durumlarını kendilerini değerlendirmeleri üzerine odaklanmaktadır. Ölçek 35 maddeden oluşmaktadır. Her bir ifade 0' dan 4' e kadar puanlanmış olup, 5' li likert tip ölçek üzerinde olguların yanıtına göredir. 0 (beni hiç tanımlamıyor), 1 (beni pek tanımlamıyor), 2 (fikrim yok), 3 (beni biraz tanımlıyor), 4 (beni çok tanımlıyor) şeklinde sıralanmıştır. Ölçekte 8 ifade (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26 ve 31) negatif olarak değerlendirilir ve puanlama ters döndürülür, maksimum puan 140' tır. En yüksek puan, öz-bakım gücünün en büyük derecesini göstermektedir^{38, 39}.

Hastaların öz-bakım ve bilgi puan ortalamalarının belirlenmesinde Mann-Whitney U testi ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Pearson Korelasyon testi kullanılmıştır. Deney ve kontrol grupları arasında öz-bakım puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Wilcoxon Z testi, öz-bakım ve bilgi puan ortalamaları ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkilerin belirlenmesinde Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır. Deney ve kontrol grupları arasında yaşanan sorunlar açısından fark olup olmadığı Ki-Kare ve Fisher'in kesin Ki-Kare testleri ile değerlendirilmiştir. Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 alınmış olup; $p < 0,05$

olması durumunda anlamlı farklılığın olduğu, $p>0,05$ olması durumunda anlamlı farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

3.7.1. Araştırmanın Değişkenleri

3.7.1.1. Bağımlı Değişken:

- Bilgi düzeyi
- Öz-bakım gücü
- Taburculuk sonrası yaşanabilecek sorunlar

3.7.1.2. Bağımsız Değişken:

Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvencesi, ekonomik durumu, medeni durumu, yaşadığı yer, ailenin kaç kişi ve kimlerden oluştuğu, geçmişte ameliyat olma durumu, mevcut hastalıkların varlığı, ameliyat öncesi bilgi alma durumu ve alınan bilginin içeriği bağımsız değişkenler olarak belirlenmiştir.

3.7.2 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi servisinde uygulanabilmesi için hastanenin Eğitim Plan ve Koordinasyon Kurulu'ndan (EPK) yazılı izin (Tarih: 16.11.2006) alınmıştır (Bkz Ek 7).

Hastalardan çalışmanın amacı ve uygulama şekli açıklandıktan sonra araştırmaya katılımları için yazılı izinleri alınmıştır (Bkz Ek 5-6).

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine ilişkin bulguları ile bilgi puanları, öz-bakım puanları ve taburculuk sonrası yaşadıkları sorunlara ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyo-Demografik Özellikler		Deney Grubu (n=40)		Kontrol Grubu (n=40)		İstatistiksel Değerlendirme
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	15	37,5	23	57,5	$\chi^2 = 3,208$ $P=0,073>0,05$
	Erkek	25	62,5	17	42,5	
Yaş Grubu	20-29	7	17,5	12	30,0	$\chi^2 = 4,749$ $P=0,314>0,05$
	30-39	5	12,5	7	17,5	
	40-49	11	27,5	5	12,5	
	50-59	10	25,0	12	30,0	
	60+	7	17,5	4	10,0	
Öğrenim Durumu	Okur-Yazar	5	12,5	13	32,5	$\chi^2 = 4,737$ $P=0,094>0,05$
	İlkokul+Ortaokul	23	57,5	19	47,5	
	Lise+Üniversite	12	30	8	20	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	24	60,0	29	72,5	$\chi^2 = 1,398$ $P=0,237>0,05$
	Çalışıyor	16	40,0	11	27,5	
Yaptığı İş	Memur	4	10,0	1	2,5	**
	Ev hanımı	11	27,5	21	52,5	
	İşçi	1	2,5	5	12,5	
	Serbest Meslek	9	22,5	3	7,5	
	Emekli	9	22,5	4	10,0	
	Diğer***	6	5,0	6	12,5	
Medeni Durum	Evli	37	92,5	32	80,0	$\chi^2 = 2,635$ $P=0,105>0,05$
	Bekar	3	7,5	8	20,0	
Ailedeki Kişi Sayısı	<2	8	20,0	5	13,3	$\chi^2 = 0,861$ $P=0,65>0,05$
	3-4	13	33,3	15	36,7	
	5+	19	46,7	20	50,0	
Aile Tipi	Çekirdek Aile	36	90,0	33	82,5	$\chi^2 = 0,949$ $P=0,33>0,05$
	Geniş Aile	4	10,0	7	17,5	
Yaşanılan Yer	Köy	5	12,5	8	20,0	$\chi^2 = 6,29$ $P=0,043<0,05^*$
	İlçe	7	17,5	15	37,5	
	İl	28	70,0	17	42,5	
Sosyal Güvence	SSK	9	23,3	10	25,0	$\chi^2 = 6,036$ $P=0,11>0,05$
	Emekli Sandığı	12	30,0	4	10,0	
	Bağ-Kur	4	10,0	9	22,5	
	Yeşil Kart	15	36,7	17	42,5	
Ekonomik Durum	Gelir giderden az	12	30,0	17	42,5	$\chi^2 = 1,352$ $P=0,245>0,05$
	Gelir -gider dengeli	28	70,0	23	57,5	
Sigara Kullanma Durumu	Evet	8	20,0	9	22,5	$\chi^2 = 1,184$ $P=0,553>0,05$
	Hayır	28	70,0	24	60,0	
	Bırakmış	4	10,0	7	17,5	
Alkol Kullanma Durumu	Evet	4	10,0	4	10,0	**
	Ara sıra	4	10,0	1	2,5	
	Hayır	32	80,0	35	87,5	

* İstatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

** İstatistiksel olarak değerlendirilememiştir.

*** Çiftçi, öğrenci, işsiz

Tablo 4.1’de araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır.

Araştırmada deney grubunda yer alan hastaların %62,5’inin erkek, %27,5’inin 40-49 yaş grubunda, %57,5’inin ilkokul/ortaokul mezunu, %27,5’inin ev hanımı , %92,5’inin evli, %36,7’sinin yeşilkartlı olduğu ve %70’inin gelir-gider durumunun dengeli olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda yer alan hastaların ise %57,5’inin kadın, %30’unun 20-29 ve 50-59 yaş grubunda, %47,5’inin ilkokul/ortaokul mezunu, %52,5’inin ev hanımı, %80’inin evli, %42,5’inin yeşilkartlı olduğu ve %57,5’inin gelir-gider durumunun dengeli olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.1 incelendiğinde yaşanan yer açısından deney ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p=0,043<0,05$). Deney grubundaki hastaların ilde yaşama oranının daha yüksek (% 70) olduğu belirlenmiştir.

Diğer değişkenler açısından deney ve kontrol grubundaki hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre benzer oldukları saptanmış ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı ortaya çıkmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.2. Hastaların Kalp Kapak Hastalığına İlişkin Özellikleri

Kalp Kapak Hastalıklarına İlişkin Özellikler		Deney Grubu		Kontrol Grubu		İstatistiksel Değerlendirme
		n	%	n	%	
Ameliyat Tipi	AVR	16	40,0	13	32,5	$X^2 = 2,863$ $P = 0,261 > 0,05$
	MVR	21	52,5	19	47,5	
	AVR+MVR	3	7,5	8	20,0	
Kalp Ameliyatı Dışında Ameliyat Geçirme Durumu	Evet	11	27,5	11	27,5	$X^2 = 0$ $P = 1 > 0,05$
	Hayır	29	72,5	29	72,5	
Kalp Kapak Hastalığı Dışındaki Sağlık Sorunları	Hipertansiyon	7	17,5	1	2,5	Fisher Ki-Kare $P = 0,057 > 0,05$
	Sık ÜSYE	3	7,5	4	10,0	Fisher Ki-Kare $P = 1 > 0,05$
	Astım	4	10,0	7	17,5	$X^2 = 0,949$ $P = 0,031 > 0,05$
	Diyabet	0	0,0	1	2,5	Fisher Ki-Kare $P = 1 > 0,05$
	Karaciğer Hastalığı	1	2,5	3	7,5	Fisher Ki-Kare $P = 0,615 > 0,05$
	Romatizma	16	40,0	23	57,5	$X^2 = 2,452$ $P = 0,117 > 0,05$
Yatışta Ameliyata ve Ameliyat Sonrası Bakıma İlişkin Bilgi Alma Durumu	Alan	3	7,5	11	27,5	$X^2 = 5,541$ $P = 0,018 < 0,05^*$
	Almayan	37	92,5	29	72,5	

* İstatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 4.2’de araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların kalp kapak hastalığına ilişkin özellikleri yer almaktadır.

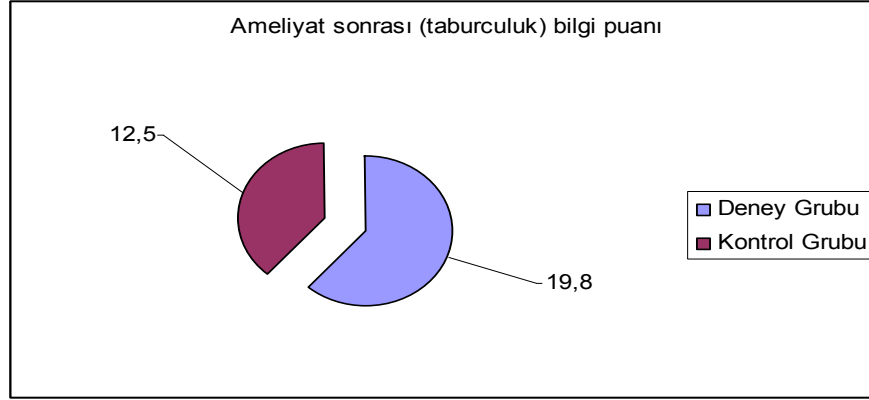
Tablo 4.2 incelendiğinde deney grubundaki hastaların %52,5’ine MVR ameliyatı yapıldığı, %27,5’inin kalp ameliyatı dışında daha öncesinde ameliyat olduğu, %40’ında romatizmal hastalık olduğu ve %7,5’inin hastaneye yatışta ameliyata ilişkin bilgi aldığı saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ise %47,5’ine MVR ameliyatı yapıldığı, %27,5’inin kalp ameliyatı dışında daha öncesinde ameliyat olduğu,

%57,5'inde romatizmal hastalık olduğu ve %27,5'inin hastaneye yatışta ameliyata ilişkin bilgi aldığı belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastalar arasında bilgi alma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görölmektedir ($p=0,018<0,05$). Kontrol grubundaki hastaların daha yüksek oranda (% 27,5) bilgi aldıkları saptanmıştır. Kalp kapak hastalığına ilişkin diğer özellikler açısından her iki grubun benzer olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı bulunmuştur($p>0,05$).

Tablo 4.2'de gösterilmemekle birlikte, deney ve kontrol grubundaki hastaların tamamı ağrı, yara bölgesinin bakımı, ilaç kullanımı, beslenme, egzersizler, banyo, aktivite, kontroller, hastaneye başvurulması gereken durumlar konusunda bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların yarıdan az oranı (%32,5 : %20) 'işe başlama' konusunda bilgi almak istediğı ve aynı zamanda tüm hastaların %67,5'inin 'cinsel yaşam' konusunda bilgi almak istediğı saptanmıştır (Bkz Ek Tablo 1).

Grafik 4.1. Hastaların Taburculuk Bilgi Puan Ortalamaları



Grafik 4.1’de deney ve kontrol grubundaki hastaların taburculuk bilgi puan ortalamaları yer almaktadır.

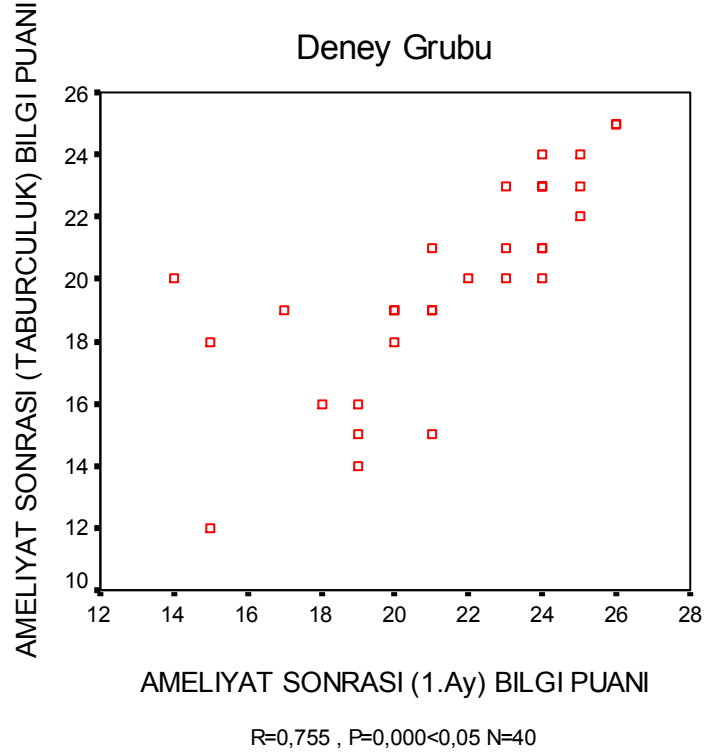
Grafik 4.1 incelendiğinde deney grubundaki hastaların taburculuk bilgi puan ortalaması 19,8 ve kontrol grubundaki hastaların ise 12,5 olduğu görülmektedir. Deney grubunda bilgi puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0,000<0,05$).

Grafik 4.1’de gösterilmemekle birlikte, deney grubundaki hastaların aynı zamanda 1. ay bilgi puan ortalamalarının 21,4 olduğu saptanmış ve taburculuk bilgi puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,001<0,05$).

Tablo olarak gösterilmemekle birlikte, araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre bilgi puan ortalamalarının karşılaştırmasında her iki grupta öğrenim durumu yükseldikçe bilgi puanlarının arttığı görülmektedir. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede deney grubundaki hastalarda ‘taburculuk’ bilgi puan ortalamalarının Lise+Üniversite grubunda anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların cinsiyet, yaş grupları, çalışma durumu, gelir durumu, ek hastalık durumu, medeni durum, yaşanılan yer, sigara içme durumu gibi sosyo-demografik özellikleri ile bilgi puan ortalamaları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Grafik 4.2. Deney Grubundaki Hastaların Bilgi Puan Ortalamalarının Korelasyonu



Grafik 4.2’de araştırma kapsamına alınan deney grubundaki hastaların bilgi puan ortalamalarının korelasyonu yer almaktadır.

Grafik 4.2 incelendiğinde deney grubunda ‘taburculuk’ bilgi puan ortalaması arttıkça ‘1. ay’ bilgi puan ortalamasının arttığı görülmektedir ($p<0,05$; $r= 0,755$).

Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Öz-bakım Puan Ortalamalarının Dağılımı

		N	X	ss	Min	Max	İstatistiksel Değerlendirme
Yatış Öz-bakım puanı	Deney Grubu	40	109,3	12,1	81	126	M.W U=422,5 P=0,684>0,05
	Kontrol Grubu	40	107,0	15,8	63	133	
1.Ay Öz-bakım puanı	Deney Grubu	40	114,2	13,6	84	131	M.W U=314 P=0,044<0,05*
	Kontrol Grubu	40	106,1	16,2	70	131	

*istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.3’de araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların öz-bakım puan ortalamaları yer almaktadır.

Tablo 4.3 incelendiğinde deney grubundaki hastaların yatış ve 1. ay öz-bakım puan ortalamaları sırasıyla 109,3: 114,2 ve kontrol grubundaki hastaların öz-bakım puan ortalamaları ise sırasıyla 107,0: 106,1 olduğu görülmektedir.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların yatışta öz-bakım puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemekle ($p>0,05$) birlikte, 1. ay öz-bakım puanı ortalamaları açısından her iki grup arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p=0,044<0,05$). Deney grubunda 1. ay öz-bakım puan ortalaması (114,2), kontrol grubuna göre daha yüksektir.

Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Öz-bakım Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

	Deney Grubu (n=40)		İstatistiksel Değerlendirme	Kontrol Grubu (n=40)		İstatistiksel Değerlendirme
	X	ss		X	ss	
Yatış						
Öz-bakım puanı	109,3	12,1	Z=-3,04 P=0,002<0,05*	107,0	15,8	Z=-0,11 P=0,910>0,05
1.ay						
Öz-bakım puanı	114,2	13,6		106,1	16,2	

*istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 4.4’de araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların öz-bakım puan ortalamalarının karşılaştırması yer almaktadır.

Tablo 4.4 incelendiğinde deney grubundaki hastaların 1. ay öz-bakım puan ortalamalarının yatışa göre arttığı ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Kontrol grubundaki hastaların ise istatistiksel olarak anlamlı olmamakla (p>0,05) birlikte, 1. ay öz-bakım puan ortalamalarının yatışa göre azaldığı saptanmıştır.

Tablo 4.5. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Öz-bakım Puan Ortalamalarının Dağılımı

TANITICI ÖZELLİKLER	ÖZ-BAKIM							
	DENEY GRUBU (n=40)				KONTROL GRUBU (n=40)			
	Yatış		1. Ay		Yatış		1. Ay	
	X	ss	X	ss	X	ss	X	ss
Cinsiyet								
Erkek	111,2	11,3	116,3	12,4	111,8	16,4	112,2	15,9
Kadın	106,0	13,2	110,5	15,2	103,3	14,6	101,5	15,1
İstatistiksel Değerlendirme	U=80,5	P>0,05	U=78,5	P>0,05	U=61,5	P<0,05	U=62,5	P<0,05
Yaş Grupları								
20-29	101,0	13,3	109,4	12,8	110,4	20,6	107,4	19,1
30-39	112,5	13,9	112,3	16,2	99,4	12,0	101,6	12,1
40-49	111,6	14,9	114,9	18,7	107,5	7,0	107,8	14,7
50-59	107,6	9,1	112,0	9,8	106,9	14,6	104,6	17,8
60+	114,0	5,9	122,8	4,8	108,7	19,3	112,0	14,1
İstatistiksel Değerlendirme	K=2,04	P>0,05	K=4,46	P>0,05	K=3,3	P>0,05	K=1,1	P>0,05
Öğrenim Durumu								
Okur-yazar	105,5	12,8	115,0	13,7	105,9	12,6	102,6	13,6
İlkokul+Ortaokul	109,1	11,3	111,8	13,6	106,4	14,5	108,0	15,2
Lise+Üniversite	111,4	13,9	118,2	13,7	110,2	23,6	107,5	22,6
İstatistiksel Değerlendirme	K=1,07	P>0,05	K=1,86	P>0,05	K=1,89	P>0,05	K=1,13	P>0,05

Tablo 4.5'in devamı;

TANITICI ÖZELLİKLER	ÖZ-BAKIM							
	DENEY GRUBU (n=40)				KONTROL GRUBU (n=40)			
	Yatış		1. Ay		Yatış		1. Ay	
	X	ss	X	ss	X	ss	X	ss
Çalışma Durumu								
Çalışmıyor	110,3	10,3	114,9	11,2	103,6	16,7	102,8	16,5
Çalışıyor	107,8	14,7	113,0	16,9	116,3	7,3	115,3	11,3
İstatistiksel Değerlendirme	U=102,0	P>0,05	U=104,5	P>0,05	U=41,5	P<0,05	U=49,0	P>0,05
Gelir Durumu								
Gelir giderden az	102,22	13,37	103,33	15,30	104,69	11,32	100,92	10,49
Gelir-gider dengeli	112,33	10,36	118,81	9,87	108,71	18,54	110,06	18,69
İstatistiksel Değerlendirme	U=51,50	P>0,05	U=39,00	P<0,05	U=77,00	P>0,05	U=63,00	P<0,05
Ek Hastalık Durumu								
Ek Hastalık Var	112,67	11,44	114,07	16,19	102,84	16,29	101,5	16,15
Ek Hastalık Yok	105,93	12,11	114,27	10,84	114,09	12,28	114,82	12,31
İstatistiksel Değerlendirme	U=75,50	P>0,05	U=100,00	P>0,05	U=55,00	P<0,05	U=56,00	P<0,05
Medeni Durum								
Evli	110,3	11,7	114,8	13,7	108,0	14,3	107,5	15,4
Bekar	95,5	10,8	106,0	11,4	103,0	21,4	100,7	19,0
İstatistiksel Değerlendirme	*	*	*	*	U=65	P>0,05	U=53,5	P>0,05

* İstatistiksel olarak değerlendirilememiştir.

Tablo 4.5'in devamı;

TANITICI ÖZELLİKLER	ÖZ-BAKIM							
	DENEY GRUBU				KONTROL GRUBU			
	Yatış		1. Ay		Yatış		1. Ay	
	X	ss	X	ss	X	ss	X	ss
Yaşanılan Yer								
Köy	106,8	15,7	98,8	17,6	108,2	14,9	110,7	12,5
İlçe	102,4	4,1	110,0	4,0	100,5	16,1	98,0	14,2
İl	111,4	12,3	118,1	12,1	111,9	14,7	110,8	17,2
İstatistiksel Değerlendirme	K=3,6	P>0,05	K=6,8	P<0,05	K=3,7	P>0,05	K=4,6	P>0,05
Sigara İçme Durumu								
Evet								
Hayır	113,0	16,3	119,7	16,2	102,7	13,6	102,0	17,8
Bırakmış	107,7	11,4	111,4	12,9	106,2	17,1	104,8	15,9
	113,0	5,7	122,7	6,4	115,6	11,4	116,6	12,0
İstatistiksel Değerlendirme	*	*	*	*	K=2,5	P>0,05	K=2,4	P>0,05

* İstatistiksel olarak değerlendirilememiştir.

U= Mann-Whitney U Testi

K= Kruskal-Wallis Testi

Tablo 4.5’de araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre öz-bakım puan ortalamaları yer almaktadır.

Tablo 4.5 incelendiğinde araştırma kapsamına alınan kadın hastaların, erkek hastalardan daha düşük öz-bakım puan ortalamalarına sahip oldukları, ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede kontrol grubundaki hastalarda ‘yatış’ ve ‘1. ay’ öz-bakım puanlarının erkeklerde anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Deney grubundaki hastalarda, çalışanlar ile çalışmayanlar arasında öz-bakım puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık görülmemekle ($p>0,05$) birlikte, kontrol grubundaki hastalarda ‘yatış’ öz-bakım puanının çalışanlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Araştırma kapsamına alınan her iki grupta da gelir-gideri dengeli olan hastalarda öz-bakım puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede deney ve kontrol grubunda ‘1. ay’ öz-bakım puanlarının gelir-gideri dengeli olanlarda anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

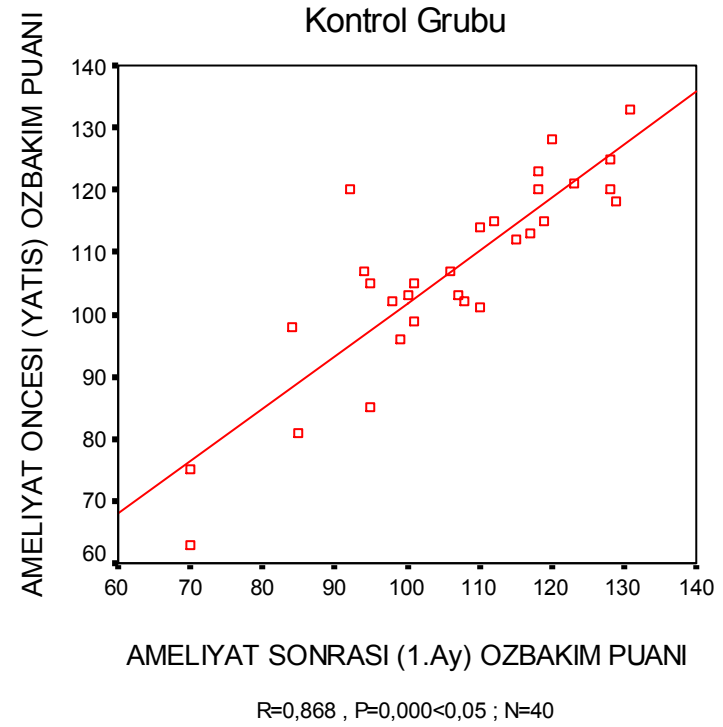
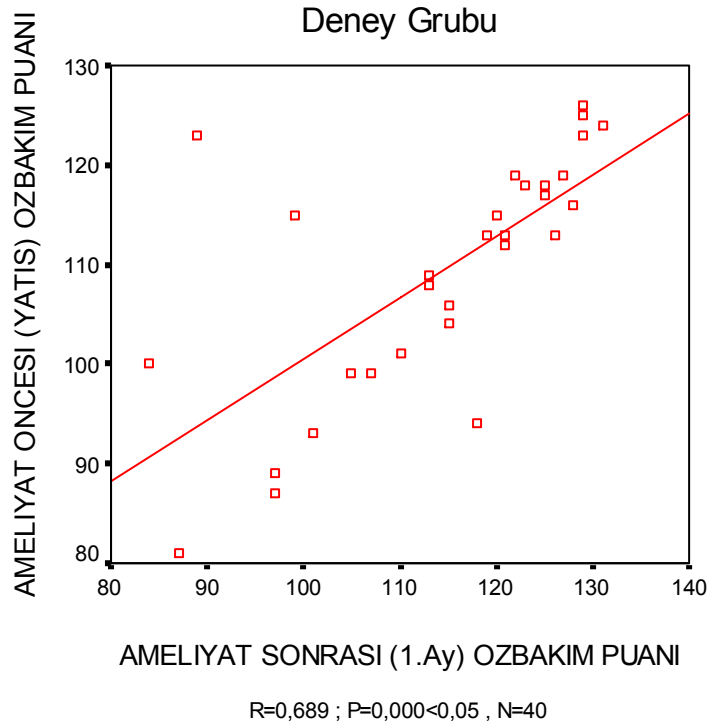
Deney grubundaki hastalarda, ek hastalık durumu ile öz-bakım puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). Kontrol grubundaki hastalarda ise, ‘yatış’ ve ‘1. ay’ öz-bakım puanları ek hastalık olmayanlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek görülmektedir ($p<0,05$).

Deney grubundaki hastalarda, ‘1. ay’ öz-bakım puanı ilde yaşayan hastalarda ilçe ve köyde yaşayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olmakla ($p<0,05$) birlikte, kontrol grubunda

yaşanılan yer açısından öz-bakım puanları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş grupları, öğrenim durumu, medeni durum ve sigara içme durumu ile öz-bakım puanları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Grafik 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Öz-bakım Puan Ortalamalarının Korelasyonu



Grafik 4.3'de araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların öz-bakım puan ortalamalarının korelasyonu yer almaktadır.

Deney grubunda;

“Yatış” öz-bakım puan ortalaması ile “1. ay” öz-bakım puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir. Deney grubundaki hastaların “Yatış” öz-bakım puanı arttıkça “1. ay” öz-bakım puanı da artmaktadır ($p<0,05$; $r=0,689$).

Kontrol grubunda;

“Yatış” öz-bakım puan ortalaması ile “1. ay” öz-bakım puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir. Kontrol grubundaki hastaların “Yatış” öz-bakım puanı arttıkça “1. ay” öz-bakım puanı da artmaktadır ($p<0,05$; $r=0,868$).

Tablo 4.6. Hastaların Taburculuk Sonrası Yaşadıkları Sorunlar

Sorunlar		Deney Grubu (n=40)		Kontrol Grubu (n=40)		İstatistiksel Değerlendirme
		n	%	n	%	
Halsizlik, güçsüzlük, yorgunluk	Evet	15	37,5	24	60,0	$X^2 = 4,053$ $P = 0,044 < 0,05^*$
	Hayır	25	62,5	16	40,0	
Hareket etmekten korkma	Evet	1	2,5	3	7,5	Fisher Ki-Kare Testi $P = 0,615 > 0,05$
	Hayır	39	97,5	37	92,5	
Bulantı-kusma	Evet	4	10,0	7	17,5	$X^2 = 0,949$ $P = 0,331 > 0,05$
	Hayır	36	90,0	33	82,5	
İştahsızlık	Evet	9	22,5	9	22,5	$X^2 = 0$ $P = 1 > 0,05$
	Hayır	31	77,5	31	77,5	
Kabızlık	Evet	11	27,5	9	22,5	$X^2 = 0,267$ $P = 0,606 > 0,05$
	Hayır	29	72,5	31	77,5	
İshal	Evet	1	2,5	1	2,5	Fisher Ki-Kare Testi $P = 1 > 0,05$
	Hayır	39	97,5	39	97,5	
Göğüs (insizyon) ağrısı	Evet	15	37,5	19	47,5	$X^2 = 0,818$ $P = 0,366 > 0,05$
	Hayır	25	62,5	21	52,5	
Omuz-sırt ağrısı	Evet	33	82,5	28	70,0	$X^2 = 1,726$ $P = 0,189 > 0,05$
	Hayır	7	17,5	12	30,0	
Çarpıntı	Evet	4	10,0	11	27,5	$X^2 = 2,954$ $P = 0,086 > 0,05$
	Hayır	36	90,0	29	72,5	
Solunum sıkıntısı	Evet	7	17,5	7	17,5	$X^2 = 0$ $P = 1 > 0,05$
	Hayır	33	82,5	33	82,5	
Göğüsteki yarada akıntı	Evet	1	2,5	1	2,5	Fisher Ki-Kare Testi $P = 1 > 0,05$
	Hayır	39	97,5	39	97,5	
Göğüsteki yarada kızarıklık	Evet	4	10,0	4	10,0	Fisher Ki-Kare Testi $P = 1 > 0,05$
	Hayır	36	90,0	36	90,0	
Göğüsteki yarada şişlik	Evet	1	2,5	1	2,5	Fisher Ki-Kare Testi $P = 1 > 0,05$
	Hayır	39	97,5	39	97,5	
Ateş	Evet	0	0,0	5	12,5	Fisher Ki-Kare Testi $P = 0,055 > 0,05$
	Hayır	40	100,0	35	87,5	

Tablo 4.6'nın devamı;

Sorunlar		Deney Grubu (n=40)		Kontrol Grubu (n=40)		İstatistiksel Değerlendirme
		n	%	n	%	
Uykusuzluk	Evet	16	40,0	21	52,5	$X^2 = 1,257$ $P=0,262>0,05$
	Hayır	24	60,0	19	47,5	
İdrar yapmada zorluk	Evet	1	2,5	3	7,5	Fisher Ki-Kare Testi $P=0,615>0,05$
	Hayır	39	97,5	37	92,5	
Kanlı idrar	Evet	0	0,0	1	2,5	Fisher Ki-Kare Testi $P=1>0,05$
	Hayır	40	100,0	39	97,5	
Burun kanaması	Evet	3	7,5	8	20,0	$X^2 = 1,686$ $P=0,194>0,05$
	Hayır	37	92,5	32	80,0	
Kanlı balgam	Evet	1	2,5	1	2,5	Fisher Ki-Kare Testi $P=1>0,05$
	Hayır	39	97,5	39	97,5	
Diş eti kanaması	Evet	0	0,0	7	17,5	Fisher Ki-Kare Testi $P=0,012<0,05^*$
	Hayır	40	100,0	33	82,5	
Şiddetli baş ağrısı	Evet	1	2,5	3	7,5	Fisher Ki-Kare Testi $P=0,615>0,05$
	Hayır	39	97,5	37	92,5	

*p<0,05

Tablo 4.6'da araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların taburculuk sonrası yaşadıkları sorunların dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.6 incelendiğinde deney grubundaki hastalarda görülen sorunların sırasıyla; omuz-sırt ağrısı (%82,5), uykusuzluk (%40), halsizlik-güçsüzlük-yorgunluk ve göğüs ağrısı (%37,5), kabızlık (%27,5), iştahsızlık (%22,5), solunum sıkıntısı (%17,5), bulantı-kusma, çarpıntı ve göğüsteki yarada kızarıklık (%10), burun kanaması (%7,5), hareket etmekten korkma, ishal, göğüsteki yarada akıntı ve şişlik, idrar yapmada zorluk, kanlı balgam, şiddetli baş ağrısı ve cinsel yaşamda zorlanma (%2,5) olduğu görülmektedir. Deney grubunda ateş, kanlı idrar ve diş eti kanaması sorunlarının görülmediği saptanmıştır.

Kontrol grubundaki hastalarda görülen sorunların ise sırasıyla; omuz-sirt ağrısı (%70), halsizlik-güçsüzlük-yorgunluk (%60), uykusuzluk (%52,5), göğüs ağrısı (%47,5), çarpıntı (%27,5), iştahsızlık ve kabızlık (%22,5), burun kanaması (%20), bulantı-kusma, solunum sıkıntısı ve diş eti kanaması (%17,5), ateş (%12,5), göğüsteki yarada kızarıklık (%10), hareket etmekten korkma, idrar yapmada zorluk ve şiddetli baş ağrısı (%7,5), ishal, göğüsteki yarada akıntı ve şişlik, kanlı idrar, kanlı balgam (%2,5) olduğu görülmektedir. Kontrol grubunda cinsel yaşamda zorlanma sorununun yaşanmadığı saptanmıştır.

Tabloya bakıldığında deney ve kontrol grubundaki hastalar arasında 'halsizlik-güçsüzlük-yorgunluk' sorununu yaşama açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p=0,044<0,05$). Kontrol grubundaki hastalarda bu sorunun daha yüksek oranda (% 60) yaşandığı belirlenmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki hastalar arasında 'diş eti kanaması' sorununu yaşama açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p=0,012<0,05$). Kontrol grubundaki hastalarda 'diş eti kanaması'nın daha yüksek oranda (%17,5) yaşandığı saptanmıştır.

Deney ve kontrol grupları arasında diğer sorunlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemekle ($p>0,05$) birlikte, kontrol grubundaki hastalarda 'bulantı-kusma' (% 17,5), 'çarpıntı' (% 27,5), 'ateş' (% 12,5), 'uykusuzluk' (% 52,5), 'burun kanaması' (% 20) gibi sorunların daha yüksek oranda yaşandığı saptanmıştır.

Tabloda belirtilmemekle birlikte, deney grubundaki hastaların %12,5'inin, kontrol grubundaki hastaların ise %22,5'inin taburcu olduktan sonra herhangi bir sorunla hastaneye tekrar başvurduğu saptanmış, ancak bu sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde kalp kapağı replasmanı yapılan hastalara verilen taburculuk eğitiminin hastaların bilgi düzeyi, öz-bakım gücü ve taburculuk sonrası yaşanabilecek sorunlara etkisini saptamak için yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular üç başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Hastaların Bilgi Puan Ortalamaları

Hasta eğitiminin hastaların bakımlarına ilişkin konularda karar vermelerini sağlamaları ve kendi bakımlarını üstlenebilmelerinde önemi yadsınamaz. Literatürde hastalara verilen eğitimin değerlendirilmesi ile ilgili birçok çalışma yer almaktadır. Eğitimin değerlendirilmesinde anksiyete, ağrı, memnuniyet, bulantı-kusma, fonksiyonel durum ve bilgi düzeyi gibi çeşitli ölçümler kullanılmıştır⁵⁸. Örneğin; Johansson ve arkadaşlarının⁵⁸ yaptıkları meta-analizde, cerrahi hasta eğitiminde uygulamaya konulan girişimler değerlendirilmiş ve bu çalışmalarda eğitim ile bilgi düzeyleri arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur.

Çalışmamızda deney ve kontrol gruplarının 'taburculuk' bilgi puan ortalamalarına bakıldığında, deney grubunun bilgi puan ortalaması, kontrol grubuna göre yüksek bulunmuş ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Grafik 4.1). Yetişkin eğitiminin özellikleri dikkate alınarak hastalara yatıştan itibaren taburculuk eğitiminin verilmesinin, deney grubundaki hastaların bilgi puan ortalamalarının yüksek olmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Literatürde çeşitli eğitim programlarıyla, bireylerde istendik davranış değişikliği geliştirilebildiği, bireylerle işbirliği sağlanarak endişe ve

korkularını ortadan kaldırılabildiği iyi ve yeterli bir eğitimin sağlanabileceği belirtilmektedir^{7,36,61}. Shen ve arkadaşları⁸⁹, 65 yaş üstü yaşlı hastalara ilaç eğitim programı uyguladıkları çalışmalarında, eğitim alan grupta ilacın ismi-etkisi-dozu-uygulama zamanı ve yan etkilerine ilişkin bilgi düzeyleri diğer gruba göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ayrıca eğitim alan grupta, tedaviye uyum oranı da yüksek çıkmıştır.

Mete⁷³ çalışmasında, akut MI geçiren 40 hastaya kriz sonrası eğitim vermiştir. Araştırma sonucunda, eğitim öncesi ve eğitim sonrası toplam bilgi puanları arasındaki farkı çok ileri derecede anlamlı bulmuştur. Yalın¹⁰⁴ koroner arter hastalığı olan 50 hasta ile yaptığı çalışmada ise, aynı grupta eğitim öncesi ve sonrası hastaların bilgi testi notlarını karşılaştırmıştır. Eğitim sonrası bilgi farkını, eğitim öncesine göre anlamlı derecede yüksek bulmuştur.

Wyness¹⁰³ coumadin tedavisi alan hastalarla yaptığı kontrol gruplu çalışmasında, taburcu olmadan önce, taburculuk sırasında, taburculuk sonrası 1. ay ve 3. ay hastalarla görüşmüş ve tedaviye ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmiştir. Araştırma sonucunda, planlı eğitim alan grubun coumadin tedavisine ilişkin bilgi düzeyi kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmada deney grubundaki hastaların '1. ay' bilgi puan ortalamalarının, 'taburculuk' bilgi puan ortalamalarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca deney grubundaki hastaların 'taburculuk' ve '1. ay' bilgi puanları arasında pozitif yönde bir ilişki kurulmuş ve 'taburculuk' bilgi puanı arttıkça '1. ay' bilgi puanının arttığı görülmüştür (Grafik 4.2). Bu anlamlı farklılığın, hastaların taburcu olduktan sonra verilen eğitim kitapçığını evde tekrar okumalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Literatürde hasta ve ailesine verilen yazılı bilgilendirme kitapçıklarının, hastaların hastanede yattıkları süre içinde ve taburcu olduklarında yaşadıkları belirsizlikleri ortadan kaldırmada önemli rol oynadığı belirtilmektedir. Yazılı bilgilendirme kitapçığı ile birlikte hastaya eğitim içeriğinin anlatılması ve hastanın bireysel gereksinimleri üzerine odaklanması da eğitimin etkinliğini artırmaktadır³⁸. Hastaya yazılı bir eğitim materyali verilmesi aynı zamanda hastanın evinde sonradan kullanabileceği ve bakımını destekleyebileceği bir durum yaratmaktadır¹⁴.

20

Fagermon ve Hamilton³⁸ yaptıkları çalışmalarında, hastaların çoğu araştırma sırasında verilen kitapçığı okuduklarını ve evlerinde kendi bakımlarını gerçekleştirmelerinde çok faydalı olduğunu ifade ettiklerini belirtmişlerdir. Çalışmada, hastaların taburcu olduktan sonra tekrar kitapçığa dönüp okumaları nedeniyle bilgi puanlarının artmış olduğu söylenebilir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre bilgi puan ortalamalarına bakıldığında, deney ve kontrol grubunda kadın-erkek arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, deney grubunda kadın hastaların ve kontrol grubunda ise erkek hastaların bilgi puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır.

Erkek bireylerin eğitim düzeylerinin yüksek olmasına rağmen, deney grubunda bu farklılığın oluşmasının nedeni olarak deney grubuna verilen taburculuk eğitiminin etkisi olduğu düşünülmektedir. Buna karşın, Yalın¹⁰⁴ koroner arter hastaları ile yaptığı çalışmasında, hastaların eğitim öncesi ve sonrası bilgi testi puanlarının ortalaması ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark olduğunu saptamış ve erkek hastaların bilgi puan ortalamalarının kadın hastalara göre yüksek olduğunu belirtmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların yaşlarına göre bilgi puan ortalamaları incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Mete⁷³ akut MI geçiren hastalarla yaptığı çalışmada, yaş grupları ile bilgi puanları arasındaki farkı önemsiz bulmuştur. Bu bulgu, çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan her iki grupta da öğrenim durumu yükseldikçe bilgi puanlarının arttığı görülmektedir. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede, deney grubundaki hastalarda 'taburculuk' bilgi puanının Lise+Üniversite grubunda anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Eğitim düzeyi arttıkça bilgi düzeyi artmaktadır ve literatürde bunu gösteren çalışmalar yer almaktadır^{97,104}. Eke³⁴ de kalp kapağı replasmanı yapılan hastalarla yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi arttıkça hastaların sürekli kullanacağı ilacın (coumadin) ismini ve evde yapacağı egzersizleri bilme oranının arttığını ve bunun istatistiksel olarak önemli olduğunu belirtmiştir.

Araştırma kapsamına alınan her iki grupta çalışan hastaların bilgi puan ortalamalarının çalışmayan hastalara göre yüksek olduğu saptanmış, ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede farkın önemsiz olduğu bulunmuştur ($p>0,05$). Yine her iki grupta gelir durumuna göre bilgi puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Uzun ve Arslan'ın⁹⁹ belirttiğine göre; Amanda ve arkadaşlarının, protez kapak replasmanı sonrası warfarin (coumadin) tedavisi hakkında hastaların bilgi düzeyleri ile ilgili çalışmalarında, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi yüksek olanlar ve iş sahibi olanların daha yüksek bilgi düzeyine sahip olduklarını saptamışlardır.

Deney ve kontrol grubundaki hastalarda medeni duruma göre bilgi puan ortalamasına bakıldığında, deney grubunda bekar hasta sayısı 3 olduğu için değerlendirilmemiştir. Kontrol grubunda ise bekar olan hastaların bilgi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmekle

birlikte, aradaki farkın önemsiz olduğu bulunmuştur ($p>0,05$). Evli olan hastaların bekar olan hastalara göre bilgi puanlarının düşük olmasının nedeni, aile içi rol ve sorumluluklarının fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bizim çalışmamızın aksine Mete⁷³ çalışmasında, toplam bilgi puan artışları açısından evli olanların dul olan gruba göre anlamlı derecede yüksek olduğunu bulmuştur. Yalın¹⁰⁴ da aynı şekilde çalışmasında, evli olanların, bekar ve dul olanlara göre bilgi puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğunu belirtmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki hastalarda yaşanan yer, ek hastalık durumu ve sigara içme durumu ile bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

5.2. Hastaların Öz-bakım Puan Ortalamaları

Deney ve kontrol gruplarının öz-bakım puan ortalamalarına bakıldığında, deney grubundaki hastaların '1. ay' öz-bakım puan ortalamalarının, kontrol grubundaki hastaların öz-bakım puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.3). Yatıştan itibaren hastalara ameliyat ve ameliyat sonrası bakımlarına ilişkin eğitim verilmesinin deney grubundaki hastaların öz-bakım puan ortalamalarının yüksek olmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların öz-bakım puanlarının karşılaştırılmasına bakıldığında; deney grubundaki hastaların '1. ay' öz-bakım puan ortalamalarının 'yatış'a göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı, kontrol grubundaki hastaların ise '1. ay' öz-bakım puan ortalamalarının 'yatış'a göre azaldığı görülmektedir (Tablo 4.4). Deney grubunda, öz-bakım gücünün bir önceki değerlendirmeye göre artmasında

hastalara verilen taburculuk eğitiminin kendi bakımlarını gerçekleştirmelerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların 'yatış' ve '1. ay' öz-bakım puanları arasında pozitif yönde bir ilişki görülmüştür. 'Yatış' öz-bakım puanı arttıkça '1. ay' öz-bakım puanlarının arttığı belirlenmiştir (Grafik 4.3). Deney grubunda yer alan hastalarda öz-bakım puan ortalamalarının yatışa göre arttığı ve bu artışın pozitif yönde olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise öz-bakım puanlarının uygulanma zamanlarında giderek azaldığı görülmüş, ancak puanlar arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Hasta eğitimi, hemşirelerin önemli bir sorumluluğu olup hastaların iyileşmelerini hızlandırarak öz-bakım güçlerini artırmaktadır⁴¹. Yapılan çalışmalar öz-bakım girişimlerini destekleyerek hastaya gereken bilgi ve beceriyi kazandırmada hemşirelerin önemli rolleri olduğunu vurgulamaktadır^{1,14,26,54,56}.

Lukkarinen ve Hentinen⁷¹, koroner arter hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmasında öz-bakım gücü ve bunu etkileyen faktörlere bakmış ve hastaların hastalığına yönelik öz-bakım davranışlarını geliştirmede verilen eğitimin önemli olduğunu belirtmiştir. Jaarsma ve arkadaşları⁵⁶ ise kalp yetmezliği olan hastalarla yaptıkları çalışmalarında, verilen hasta eğitimi ile öz-bakım gücü arasında anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen, öz-bakım davranışlarında belirgin düzeyde artış olduğunu belirtmişlerdir.

Barnason ve Zimmerman¹² çalışmalarında, kalp ameliyatı (KABG) olan hastaları 3 ayrı gruba ayırarak her bir gruba farklı (1.Bireysel eğitim, 2.Bireysel eğitim + taburculuk sonrası telefonla danışmanlık, 3.Grup eğitimi) eğitim vermiştir. Eğitim sonunda gruplar arasında belirgin

bir fark olmamasına rağmen, tüm gruplarda öz-bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin arttığı saptanmıştır.

Koelling ve arkadaşları⁶³, kontrol gruplu 223 kalp yetmezliği olan hasta ile yaptıkları çalışmada, verilen taburculuk eğitiminin klinik sonuçlarını değerlendirmişlerdir. Değerlendirme kriterlerinden biri olan öz-bakım uygulamaları (günlük kilo takibi, tuz ve sıvı kısıtlamasına uyum, sigara içmeme, egzersiz yapma) 30 günlük takipte eğitim verilen grupta daha yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde Cebeci²⁶ de çalışmasında, KABG geçiren hastalara taburculuk eğitimi vermiş ve eğitim sonunda deney grubundaki hastaların öz-bakım puan ortalamalarını kontrol grubuna göre yüksek olduğunu belirtmiştir.

Literatürde farklı hasta grupları ile yapılan çalışmalarda da eğitimin öz-bakım gücünü önemli ölçüde artırdığı belirtilmektedir^{22,40,107}. Bu çalışmada da, taburculuk eğitimi verilen deney grubundaki hastaların kontrol grubuna göre öz-bakım gücü ortalama puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar, yapılan diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre öz-bakım gücü puan ortalamalarına bakıldığında, deney ve kontrol grubunda erkek hastaların öz-bakım gücü, kadın hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5). Kadın hastaların öz-bakım güçlerinin düşük olması, eğitim düzeylerinin düşük olması ve aile içi sorumluluklarının fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yılmaz¹⁰⁷ ve Cebeci²⁶ yaptıkları çalışmalarında deney ve kontrol grubunda erkek hastaların öz-bakım gücü puanlarının, kadın hastalara göre daha yüksek olduğunu saptamıştır. Benzer şekilde Bakoğlu ve Yetkin¹⁰ hipertansif kadın hastaların öz-bakım gücü puanlarını erkek

hastalara göre daha düşük bulmuştur. Falcoz ve arkadaşları³⁹ açık kalp ameliyatı geçiren hastaların ameliyatı takiben 2 yıl sonra yaşam kalitelerini belirlemek üzere yaptıkları çalışmalarında ise, kadın hastaların yaşam kalitelerini düşük bulmuştur. Bu bulgular, çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Durademir³³ kronik kalp yetmezliği olan hastalarla yaptığı çalışmasında, öz-bakım davranışlarının alt başlık puan ortalamaları (aktivite-dinlenme, ilaç kullanımı, diyet, kilo-sıvı izlemi) açısından kadın erkek arasında anlamlı bir fark bulmamıştır. Kıyak⁶⁰ ve Büyükkaya²¹ ise farklı hastalık gruplarıyla yaptıkları çalışmalarında, erkek hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarını kadın hastalara göre daha düşük bulmuş, ancak sonuçlar istatistiksel olarak önemsiz çıkmıştır.

Deney grubundaki hastalarda, çalışmayan hastaların öz-bakım puan ortalamaları çalışan hastalara göre daha yüksek bulunmuş, ancak istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Kontrol grubunda ise çalışan hastaların öz-bakım puan ortalamaları yüksek bulunmuş, ancak istatistiksel olarak sadece 'yatış' öz-bakım puanı çalışanlarda anlamlı olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışan hastaların öz-bakım puan ortalamalarının yüksek olmasının nedeni olarak, Bakoğlu ve Yetkin'in¹⁰ çalışmasında belirttiği gibi, çalışan bireylerin alım gücünün iyi olması ve sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanma olanağının yüksek olması düşünülebilir. Yılmaz'ın¹⁰⁷ yaptığı çalışmada deney ve kontrol grubunda en düşük öz-bakım gücü puanının çalışmayanlarda (ev hanımı) olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde Kıyak⁶⁰ da çalışmasında, çalışanların öz-bakım gücü puan ortalamasının çalışmayanlara göre daha yüksek olduğunu bulmuştur. Buna karşın Büyükkaya²¹, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, çalışmayan grupta öz-bakım gücü puanının yüksek olduğunu bulmuştur. Bu bulgu, çalışmamızda deney grubunda yer alan hastaların öz-bakım puanları ile paralellik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan her iki grupta da gelir-gideri dengeli olan hastalarda öz-bakım puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmış ve yapılan istatistiksel değerlendirmede deney ve kontrol grubunda '1. ay' öz-bakım puan ortalamalarının gelir-gideri dengeli olanlarda anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Durademir³³ de çalışmasında, öz-bakım puan ortalaması açısından gelirin gideri karşıladığı grupta bulunan hastalarla, gelirin gideri karşılamadığı grupta yer alan hastalar arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir fark bulmuştur ($p<0,001$). Lukkarinen ve Hentinen⁷¹ de aynı şekilde maddi durumun iyi olmasının öz-bakım gücünü artırdığını belirtmiştir.

Deney grubundaki hastalarda, ek hastalığı olan hastaların öz-bakım puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuş, ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Deney grubunda ek hastalığı olan bireylerde öz-bakım puanlarının yüksek olmasının nedeni olarak; bu grupta yer alan hastaların yeterli bilgi düzeyine sahip olması, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken yardıma ihtiyaç duymaması ve kendi kendine bakımını üstlenebilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Kontrol grubundaki hastalarda ise, ek hastalığı olmayanlarda öz-bakım puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Cebeci²⁶ de çalışmasında, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ek kronik hastalığı olmayan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarının, kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek olduğunu bulmuştur.

Araştırma kapsamına alınan her iki grupta da ilde yaşayan hastaların öz-bakım puan ortalamaları, ilçe ve köyde yaşayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede, deney grubunda ilde yaşayan hastalarda '1. ay' öz-bakım puanı, ilçe ve köyde yaşayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Bunun nedeni olarak; kentsel alanda yaşayan hastaların sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğinin kırsal kesimde

yaşayanlara göre fazla olması nedeniyle öz-bakım puan ortalamalarının yüksek olduğu düşünülmektedir. Örneğin; Altıparmak⁴ çalışmasında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, kentsel alanda yaşayan bireylerin kırsal alanda yaşayanlara göre öz-bakım güçlerinin yüksek olduğunu bulmuştur. Bu bulgu, çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş grupları, öğrenim durumu, medeni durum ve sigara içme durumu ile öz-bakım puan ortalamaları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Yaş grupları ve öğrenim durumu açısından elde edilen bulgu, Cebeci'nin²⁶ yaptığı çalışma ile paralellik göstermektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe öz-bakım gücünün artmasına paralel olarak çalışmamızda her iki grupta, eğitim düzeyi yüksek olan 'Lise+Üniversite' grubunda öz-bakım puanı yüksek bulunmuş, ancak istatistiksel değerlendirmede anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Buna karşın Bakoğlu ve Yetkin¹⁰ çalışmasında, hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe öz-bakım gücü puan ortalamasının önemli ölçüde yükseldiğini belirtmiş, eğitim düzeyi ile öz-bakım gücü arasındaki farkı önemli bulmuştur.

Deney grubunda bekar olan hasta sayısı 3 olduğu için istatistiksel olarak değerlendirilmemekle birlikte, her iki grupta evli olanların bekar olanlara göre öz-bakım gücü puanlarının yüksek olduğu saptanmış, ancak istatistiksel olarak fark önemsiz bulunmuştur ($p<0,05$). Bu bulgu, Yılmaz'ın¹⁰⁷ çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların sigara içme durumuna göre öz-bakım puanına bakıldığında, deney grubunda sigarayı bırakan hasta sayısı 4 olduğu için değerlendirilmemiştir. Ancak her iki grupta sigarayı bırakmış olanların sigara kullanan ve kullanmayanlara göre öz-bakım puanlarının yüksek olduğu saptanmış, yapılan istatistiksel değerlendirmede farkın önemsiz olduğu bulunmuştur ($p>0,05$). Benzer

şekilde Büyükkaya²¹ da yaptığı çalışmasında sigara içme ile öz-bakım gücü puanı arasında önemli bir ilişki saptamamıştır.

5.3. Hastaların Taburculuk Sonrası Yaşadıkları Sorunlar

Araştırma kapsamına alınan hastaların taburcu olduktan sonra herhangi bir sorunla hastaneye başvurma durumlarına bakıldığında; istatistiksel olarak anlamlı olmamakla ($p>0,05$) birlikte, kontrol grubundaki hastaların daha yüksek oranda (% 22,5) hastaneye başvurduğu saptanmıştır. Hastalara verilen taburculuk eğitiminin, deney grubundaki hastaların hastaneye başvurma durumlarının daha düşük olmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Bilgi eksikliği, hastaneye tekrarlı yatışlara ve sağlık kurumlarının daha sık kullanılmasına neden olmaktadır^{6,38}. Literatürde iyi planlanmış taburculuk eğitiminin hastaların öz-bakımlarını gerçekleştirmelerinde önemli olduğu ve hastaneye tekrarlı başvuruları azalttığına ilişkin çalışmalar yer almaktadır^{20,63,77}. Jaarsma ve arkadaşları⁵⁴ taburculuk eğitiminin etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında, 9 aylık takip sürecinde deney grubunun hastaneye başvuru oranını (% 37), kontrol grubuna (%50) göre daha düşük saptamıştır.

Koelling ve arkadaşlarının⁶³ çalışmalarında belirttiğine göre, Rich ve arkadaşlarının kalp yetmezliği olan 282 hasta üzerinde uyguladığı multidisipliner kalp yetmezliği programında, hastaneye tekrar yatış oranını, kontrol grubuna göre % 44 oranında daha düşük bulmuştur. Buna karşın, Zierer¹⁰⁹ kontrol gruplu 68 hasta ile yaptığı çalışmasında, verilen taburculuk eğitiminin hastaneye yeniden başvuru oranına etkisini incelemiş ve ameliyat sonrası ilk 2 hafta içinde başvuru oranını deney grubunda % 14 iken, kontrol grubunda % 7 bulmuştur.

Araştırma kapsamına alınan deney grubunda 'Halsizlik-güçsüzlük-yorgunluk' sorununun, kontrol grubundaki hastalara göre daha az yaşandığı ve yapılan istatistiksel değerlendirmede bu farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.6). Cebeci²⁶ de KABG ameliyatı geçiren hastalarla yaptığı çalışmasında, taburcu olduktan sonra hastalar tarafından dile getirilen ikinci önemli sorunun 'halsizlik, güçsüzlük, yorgunluk' olduğunu ve bu sorunun eğitim verilen deney grubunda daha az yaşandığını belirtmiştir. Cebeci'nin²⁶ çalışmasında belirtildiği gibi, deney grubundaki hastaların daha düşük oranda bu sorunu yaşamalarının nedeni, taburculuk eğitimi içerisinde yeterli ve dengeli beslenmenin iyileşmeyi hızlandırmada önemli olduğu ve beslenmeye ilişkin verilen bilgilerin etkili olduğu şeklinde düşünülebilir.

Deney grubundaki hastalarda 'Diş eti kanaması' sorunu görülmezken, kontrol grubundaki hastalarda bu sorunun yaşandığı saptanmış ve yapılan istatistiksel değerlendirmede bu farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla ($p>0,05$) birlikte, kontrol grubundaki hastalarda 'burun kanaması' sorununun daha fazla yaşandığı görülmüştür. Taburculuk eğitimi içerisinde yer alan ilaç tedavisine yönelik bilgilendirmenin hastaların bilgi düzeylerini ve tedaviye uyumlarını artırarak daha az komplikasyon görülmesine neden olduğu düşünülmektedir.

Antikoagülan tedaviye bağlı gelişebilecek önemli komplikasyonlardan biri kanama olup⁵³, görülebilecek minör kanamalardan birisi de diş eti kanamasıdır^{43,102}. Antikoagülan tedavi, kalp kapağı replasmanı yapılan hastalar için hayat kurtarıcı bir seçenek olmasına rağmen, tedaviye ilişkin hatalar ve komplikasyonlar oluşabilir. Bu nedenle tedaviye bağlı komplikasyonları azaltmada hastaların eğitim gereksinimi önem taşımaktadır. Eğitim, hasta bireyin tedaviyi ve gerekçelerini daha iyi kavramasını sağlamakta, tedaviye bağlı yanlış anlaşılımları en aza

indirmekte ve tedaviye uyumu artırmaktadır. Dolayısıyla tedaviye bağlı komplikasyonlar ve hastaneye tekrarlı yatışlar da azalmaktadır^{43,45,99}.

Beyth ve arkadaşlarının¹⁵ warfarin (coumadin) tedavisi alan 65 yaş ve üzeri 325 hasta ile yaptıkları 6 aylık çalışmada, özel bir eğitim programına dahil olan deney grubunda kanama oranı %6 iken, kontrol grubunda bu oran %12 olarak bulunmuştur. Pederson ve arkadaşları⁸¹ ise çalışmalarında, INR düzeyindeki dalgalanmaların bir bölümünün hastaların eksik ya da yanlış bilgi düzeylerinden kaynaklandığını belirtmiştir. Taylor ve arkadaşları⁹⁵ da hastaların belirlenen zamanlarda INR takiplerini yaptırmalarının yanı sıra, antikoagülan tedaviye ilişkin hasta ve ailesinin bilgilendirilmesinin hayati önem taşıdığını, hastanın tedaviye uyumunun düşük olmasının komplikasyon riskini artıracağını belirtmiştir.

Deney ve kontrol grupları arasında diğer sorunlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemekle ($p>0,05$) birlikte, kontrol grubundaki hastalarda 'bulantı-kusma', 'çarpıntı', 'ateş' ve 'uykusuzluk' gibi sorunların daha yüksek oranda yaşandığı saptanmıştır. Bu sorunlar arasında hastaların en fazla yaşadığı sorunun uykusuzluk olduğu görülmektedir. Deney grubundaki hastaların % 40'ı bu sorunu yaşarken, kontrol grubundaki hastaların % 52,5'inin aynı sorunu yaşadığı ($p>0,05$) ve uykusuzluğun hastalar arasında en fazla yaşanan 3. sorun olduğu saptanmıştır.

Uykusuzluk sorunun sık yaşanmasında ağrı deneyiminin fazla olması ve sırt üstü yatma zorunluluğunun etkili olduğu düşünülmektedir. Ameliyat sonrası dönemde görülen uyku bozukluklarının, cerrahi strese yanıt ve/veya narkotik ilaç yönetimine bağlı olarak gelişmekte olduğu, ayrıca ameliyat sonrası erken dönemde hemodinamik durumda bozukluk, iştahsızlık ve hipoksemi gibi nedenlerle de görülebilmektedir⁸⁴.

Aydın⁸, taburcu olduktan sonraki bir aylık dönemde KABG ameliyatı geçiren hastaların %72'sinde uykusuzluk sorununun yaşandığını belirtirken, Ortaç⁷⁹ ise uykusuzluk probleminin pozisyona bağlı görüldüğünü belirtmiştir. Cebeci²⁶ de çalışmasında eğitim verilen grupta bu sorunun daha az yaşandığını saptamıştır.

Deney ve kontrol grupları arasında en fazla görülen sorunun omuz-sırt ağrısı (%82,5 : %70) ve en fazla yaşanan 4. sorunun ise göğüs (insizyon) ağrısı (%37,5 : %47,5) olduğu saptanmış, ancak yapılan istatistiksel çalışmada gruplar arasında farkın önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Her iki grupta da ameliyat sonrası bir aylık dönemde ağrı sorununun yoğun yaşanmasının bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada, kalp ameliyatı sonrası 4 yıllık dönemde kronik ağrı görülme prevalansının % 23 ile % 61 arasında olduğu belirtilmektedir⁴⁴. Ortaç⁷⁹ da hastaların en fazla yaşadığı fizyolojik sorunun ağrıya bağlı hareket kısıtlılığı olduğunu belirtmiştir. Araştırmacı tarafından anketin gönderilmesi için telefon açıldığında, hastalar en fazla ağrı sorununu dile getirmişler ve *'4 hafta geçmesine rağmen hala ağrı şikayetim devam ediyor', 'Ağrı şikayetim daha ne kadar devam edecek?'* şeklinde ifadelerde bulunmuşlardır.

Ağrı sorununa yönelik hastaların yaptıkları girişimlere bakıldığında deney grubundaki hastaların (%45,4) kol-omuz egzersizlerini kontrol grubuna göre daha fazla uyguladıkları ve kontrol grubundaki hastalarda (%42,8) analjezik ilaç kullanımının daha fazla olduğu saptanmıştır

(Bkz Ek Tablo 2). Hastalara taburculuk eğitimi sırasında egzersizlere yönelik bilgilendirmenin taburcu olduktan sonra bu egzersizlerin uygulanmasında ve daha düşük oranda analjezik ilaç kullanımında etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda deney grubundaki hastalara verilen taburculuk eğitiminin, bu grupta yer alan hastaların bilgi ve öz-bakım düzeylerinin yüksek olmasında, kendi bakımlarını gerçekleştirebilmelerini sağlamasında ve ilaç tedavisine (coumadin) yönelik bilgi ve uyumlarının yüksek olmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle eğitim verilen grupta hastaneye yeniden başvuru oranının düşük olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak; çalışmamızda deney ve kontrol grupları arasında 'halsizlik, güçsüzlük, yorgunluk' ve 'diş eti kanaması' sorununu yaşama açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülürken, diğer sorunları yaşama açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Kalp kapağı replasmanı yapılan hastalara verilen taburculuk eğitiminin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

6.1.1. Deney grubunda yer alan hastaların %62,5'inin erkek, %27,5'inin 40-49 yaş grubunda, %57,5'inin ilkokul/ortaokul mezunu, %27,5'inin ev hanımı , %92,5'inin evli, %36,7'sinin yeşilkartlı olduğu ve %70'inin gelir-gider durumunun dengeli olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda yer alan hastaların ise %57,5'inin kadın, %30'unun 20-29 ve 50-59 yaş grubunda, %47,5'inin ilkokul/ortaokul mezunu, %52,5'inin ev hanımı, %80'inin evli, %42,5'inin yeşilkartlı olduğu ve %57,5'inin gelir-gider durumunun dengeli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre 'yaşanılan yer' dışındaki tüm değişkenler açısından benzer oldukları saptanmış ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı ortaya çıkmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.1).

6.1.2. Deney grubundaki hastaların %52,5'ine MVR ameliyatı yapıldığı, %27,5'inin kalp ameliyatı dışında daha öncesinde ameliyat olduğu, %40'ında romatizmal hastalık olduğu ve %7,5'inin hastaneye yatışta ameliyata ilişkin bilgi aldığı saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ise %47,5'ine MVR ameliyatı yapıldığı, %27,5'inin kalp ameliyatı dışında daha öncesinde ameliyat olduğu, %57,5'inde romatizmal hastalık olduğu ve %27,5'inin hastaneye yatışta ameliyata ilişkin bilgi aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.2).

6.1.3. Deney grubundaki hastaların %7,5'inin, kontrol grubundaki hastaların ise %27,5'inin hastaneye yatışta kalp kapak ameliyatı ve ameliyat sonrası bakıma yönelik bilgi aldığı saptanmış ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.3).

6.1.4. Deney ve kontrol grubundaki hastaların tamamı ağrı, yara bölgesinin bakımı, ilaç kullanımı, beslenme, egzersizler, banyo, aktivite, kontroller, hastaneye başvurulması gereken durumlar konusunda bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların yarıdan az oranı (%32,5 : %20) 'işe başlama' konusunda bilgi almak istediği ve aynı zamanda tüm hastaların %67,5'inin 'cinsel yaşam' konusunda bilgi almak istediği saptanmıştır (Bkz Ek Tablo 1).

6.1.5. Deney grubundaki hastaların 'taburculuk' bilgi puan ortalaması 19,8 ve kontrol grubundaki hastaların ise 12,5 olduğu bulunmuştur. Deney grubunda bilgi puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Grafik 4.1). H-1 hipotezi kabul edilmiştir.

Deney grubundaki hastaların 'taburculuk' bilgi puanı ortalamasının 19.8 ve '1. ay' bilgi puanı ortalamasının ise 21.4 olduğu bulunmuştur. Deney grubundaki hastaların 1. ay bilgi puanları, taburculuk bilgi puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

6.1.6. Deney ve kontrol grubundaki hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre bilgi puan ortalamalarına bakıldığında; öğrenim durumu yükseldikçe bilgi puanlarının arttığı bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede deney grubundaki hastalarda 'taburculuk' bilgi puanının Lise+Üniversite grubunda anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Araştırma kapsamına alınan hastaların cinsiyet, yaş grupları, çalışma durumu, gelir durumu, ek hastalık durumu, medeni durum, yaşanılan yer ve sigara içme durumu ile bilgi puanları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

6.1.7. Deney grubundaki hastaların yatış ve 1. ay öz-bakım puan ortalamalarının sırasıyla 109,3: 114,2 ve kontrol grubundaki hastaların öz-bakım puan ortalamalarının ise sırasıyla 107,0: 106,1 olduğu bulunmuştur. Deney ve kontrol grupları arasında '1. ay' öz-bakım puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.3). H-2 hipotezi kabul edilmiştir.

Deney grubundaki hastaların 1. ay öz-bakım puan ortalamalarının yatışa göre arttığı ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Kontrol grubundaki hastaların ise istatistiksel olarak anlamlı olmamakla ($p>0,05$) birlikte, 1. ay öz-bakım puan ortalamalarının yatışa göre azaldığı saptanmıştır (Tablo 4.4).

6.1.8. Deney ve kontrol grubundaki hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre öz-bakım puan ortalamalarına bakıldığında; deney grubundaki hastaların '1. ayda': gelir durumu ve yaşanılan yer ile öz-bakım puan ortalamaları arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kontrol grubundaki hastaların ise; 'yatışta': cinsiyet, çalışma durumu, ek hastalık durumu, '1. ayda': cinsiyet, gelir durumu ve ek hastalık durumu ile öz-bakım puan ortalamaları arasındaki farkların anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.5).

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş grupları, öğrenim durumu, medeni durum ve sigara içme durumu ile öz-bakım puanları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

6.1.9. Deney grubundaki hastaların %12,5'inin, kontrol grubundaki hastaların ise %22,5'inin taburcu olduktan sonra herhangi bir sorunla hastaneye başvurduğu ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

6.1.10. Deney grubundaki hastalarda görülen sorunların sırasıyla; omuz-sırt ağrısı (%82,5), uykusuzluk (%40), halsizlik-güçsüzlük-yorgunluk ve göğüs ağrısı (%37,5), kabızlık (%27,5), iştahsızlık (%22,5), solunum sıkıntısı (%17,5), bulantı-kusma, çarpıntı ve göğüsteki yarada kızarıklık (%10), burun kanaması (%7,5), hareket etmekten korkma, ishal, göğüsteki yarada akıntı ve şişlik, idrar yapmada zorluk, kanlı balgam, şiddetli baş ağrısı ve cinsel yaşamda zorlanma (%2,5) olduğu belirlenmiştir. Deney grubunda ateş, kanlı idrar ve diş eti kanaması sorunlarının görülmediği saptanmıştır (Tablo 4.6).

Kontrol grubundaki hastalarda görülen sorunların sırasıyla; omuz-sırt ağrısı (%70), halsizlik-güçsüzlük-yorgunluk (%60), uykusuzluk (%52,5), göğüs ağrısı (%47,5), çarpıntı (%27,5), iştahsızlık ve kabızlık (%22,5), burun kanaması (%20), bulantı-kusma, solunum sıkıntısı ve diş eti kanaması (%17,5), ateş (%12,5), göğüsteki yarada kızarıklık (%10), hareket etmekten korkma, idrar yapmada zorluk ve şiddetli baş ağrısı (%7,5), ishal, göğüsteki yarada akıntı ve şişlik, kanlı idrar, kanlı balgam (%2,5) olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda cinsel yaşamda zorlanma sorununun yaşanmadığı saptanmıştır (Tablo 4.6).

Deney ve kontrol grupları arasında 'halsizlik, güçsüzlük, yorgunluk' ve 'diş eti kanaması' sorununun deney grubundaki hastalarda daha az görüldüğü belirlenmiş ve yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Diğer sorunları yaşama açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.6).

Deney ve kontrol grupları arasında diğer sorunlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemekle ($p>0,05$) birlikte, kontrol grubundaki hastalarda 'bulantı-kusma' (%17,5), 'çarpıntı' (%27,5), 'ateş' (%12,5), 'uykusuzluk' (%52,5), 'burun kanaması' (%20) gibi sorunların daha yüksek oranda yaşandığı saptanmıştır (Tablo 4.6).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

6.2.1. Taburculuk eğitiminin farklı eğitim yöntemleri ve materyallerle planlı olarak yapılması ve hemşirelik uygulamalarının bir parçası haline getirilmesi,

6.2.2. Hastaların taburcu olduktan sonra evde sorun yaşadıklarında telefonla bilgi alabildikleri 24 saat boyunca hizmet veren danışma merkezlerinin oluşturulması,

6.2.3. Benzer çalışmaların farklı kurumlarda ve daha fazla sayıda hastaya uygulanması önerilmektedir.

ÖZET

Yaman, Y., Kalp Kapağı Replasmanı Yapılan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Değerlendirilmesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008.

Araştırma, kalp kapağı ameliyatı yapılan hastalara verilen taburculuk eğitiminin değerlendirilmesi amacıyla yarı deneysel olarak yapılmıştır.

Araştırma, 25 Haziran 2007 ve 19 Aralık 2007 tarihleri arasında Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp-Damar Cerrahisi Servisinde kalp kapağı ameliyatı yapılan 80 hasta üzerinde yapılmıştır. 40 hasta deney grubunu ve diğer 40 hasta kontrol grubunu oluşturmuştur.

Araştırmada veriler, 'Hasta Tanıtım Formu', 'Öz-bakım Gücü Ölçeği', 'Bilgi Değerlendirme Formu' ve 'Taburculuk Sonrası Karşılaşılan Sorunlar Formu' kullanılarak toplanmıştır. Araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür taranarak eğitim kitapçığı hazırlanmıştır.

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 12 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde ki-kare testi, Fisher's ki-kare testi, Mann-Whitney U, Wilcoxon Z, Pearson Korelasyon testi ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre; araştırma kapsamına alınan tüm hastaların ağrı, yara bölgesinin bakımı, ilaç kullanımı, beslenme, egzersizler, banyo, aktivite, kontroller, hastaneye başvurulması gereken durumlar konusunda bilgi almak istedikleri belirlenmiştir. Taburculuk eğitimi verilen deney grubundaki hastaların bilgi puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmış ve bu

fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca deney grubunda '1. ay' öz-bakım puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Deney ve kontrol grubundaki hastaların taburcu olduktan sonra %12,5 : %22,5 oranında hastaneye başvurduğu saptanmış, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Taburculuk sonrası deney grubundaki hastaların 'Halsizlik, güçsüzlük, yorgunluk' ve 'Diş eti kanaması' sorununu daha az yaşadıkları görülmüş ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, kontrol grubundaki hastalarda 'bulantı-kusma', 'çarpıntı', 'ateş', 'uykusuzluk', 'burun kanaması' gibi sorunların daha fazla oranda yaşandığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Diğer sorunları yaşama açısından her iki grup arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Kalp kapağı ameliyatı, Taburculuk eğitimi, Öz-bakım

SUMMARY

Yaman Y., The Evaluation of the Discharge Training Given to the Patients Undergone Heart Valve Replacement, Gazi University, Institute of Health Sciences, Nursing Program, Master Thesis Ankara, 2008.

The research was conducted semi – experimentally with the objective of evaluating the discharge training given to the patients undergone heart valve surgery.

The research was conducted on 80 patients who underwent heart valve surgery between the dates June 25th 2007 and December 19th 2007, in the Clinic of Cardiovascular Surgery of Turkey High Expertise Education and Research Hospital. 40 patients were assigned to the experiment group and the other 40 patients were assigned to the control group.

The data of the research was collected using the “Patient Identification Form”, “Self – Care Power Measure”, “Information Assessment Form” and “Form of Problems Encountered after being Discharged”. The literature of the subject has been scanned and a training booklet has been prepared by the researcher

The data obtained in the research was evaluated using the SPSS 12 Packet Program. The chi – square test, Fischer’s chi – square test, Mann – Whitney U, Wilcoxon Z, Pearson correlation test and Kruskall Wallis tests were used.

Based on the results that were obtained during the research; it was determined that the all of the patients who were included during the research demanded information for the cases such as pain, care of the

incision part, usage of medicine, nutrition, exercises, bath, activity, controls, situations requiring them to consult the hospital.

The information score of the patients that were given being discharged training were found higher than those of the patients in the control group and this difference was found to be statistically significant ($p < 0,05$). In addition, 1st month self – care points averages was found to be higher in the experiment group and this difference was found to be statistically significant ($p < 0,05$). It was determined that the patients in the experiment and control groups consulted the hospital at a rate of 12, 5 % : 22, 5 %, but this difference was not found to be statistically significant ($p > 0,05$). The experiment group patients encountered problems such as “infirmity, weakness, exhaustion” and “gingival hemorrhage” less than the control group did, and this difference was also found to be statistically significant ($p < 0,05$). In addition, even though not statistically significant, it was found that the control group patients encountered problems such as “nausea-vomiting”, “palpitation”, “fever”, “insomnia”, “epistaxis” more than the experimental group did ($p > 0,05$). In addition to this, there was no statistically significant difference found between the two groups with regards to the problems that were encountered ($p > 0,05$).

There have been some proposals given based on the results obtained from the research.

Key Words: Heart Valve Surgey, Discharge Training, Self-Care

KAYNAKLAR

1. Aish A. A comparison of female and male cardiac patients' responses to nursing care promoting nutritional self-care. Canadian Journal of Cardiovascular Nursing 1996; 7 (3): 4-13.
2. Aka SA. Kalp-Damar Cerrahisi Derneği Genel Sekreteri, İstanbul: özel görüşme.
3. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı SANERC, Yayın No: 2; 2000: 25-26.
4. Altıparmak, S. Gebelerde Sosyo-Demografik Özellikler, Öz-Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006; 5 (6): 416-422.
5. American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics, 2003 Update. [Ho PM, Masoudi FA, Spertus JA, Peterson PN, Shroyer AL, McCarthy M, et al. Depression predicts mortality following cardiac valve surgery. Ann Thorac Surg 2005; 79, 1255-1259] da.
6. Anderson MA, Levensen J, Dusio ME, Bryant PJ, Brown SM, Burr CM, et al. Evidenced-based factors in readmission of patients with heart failure. Journal of Nursing Care Quality 2006; 21(2): 160-67.
7. Atak SN. Hasta Eğitiminin Hastaların Bilgi Düzeyi ve Kendini Yönetme Becerileri ile Hastalığına Yönelik Tutumlarına Etkisi (Tip 2 Diyabet Hastaları Örneği). Yüksek Lisans. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2006.
8. Aydın FÇ. Koroner Arter Bypass Graft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası İki Aylık Dönemde Yaşadıkları Güçlükler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2000.

9. Aytur T. Laparoskopik Abdominal Cerrahi Geçiren Kadınlara Verilen Taburculuk Eğitiminin Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi. Yüksek Lisans. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2001.
10. Bakoğlu E, Yetkin A. Hipertansiyonlu Hastaların Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2000; 4 (1): 41-49.
11. Baldvins LA. The Effect of Structured Patient Discharge Education on Anxiety State and Knowledge of the Treatment Regimen in Surgical Patients. Master of science, The University of Texas at El Paso; 1985.
12. Barnason S, Zimmerman L. A comparison of patient teaching outcomes among postoperative coronary artery bypass graft (CABG) patients. Progress in Cardiovascular Nursing 1995; 10 (4): 11-20.
13. Bayat M. Öğretim Süreci ve Hemşirelik. Sağlık Bilimleri Dergisi 2005; 14 (Ek sayı:Hemşirelik özel sayısı): 66-72.
14. Beggs VL, Willis SB, Mailsen EL, Stokes TM, White D, Sanford M,et al. Patient education for discharge after coronary bypass surgery in the 1990s: are patients adequately prepared?. J Cardiovasc Nurs 1998; (12): 72-86.
15. Beyth RJ, Quinn L, Landefeld CS. A multicomponent intervention to prevent major bleeding complications in older patients receiving warfarin. A randomized, controlled trial. Annals of Internal Medicine 2000;133 (9): 687-695.
16. Bhola, R., Gill, E. Cardiology Secrets-Rheumatic Heart Disease and Mitral Stenosis. Second edition; 2001; 226-235.

17. Birol L. Hemşirelik Süreci. 3. baskı. İzmir: Etki Matbaacılık-Yayıncılık Ltd.Şti; 1997; 70-72.
18. Black JM, Jacobs EM. Medical- Surgical Nursing, Clinical management for continuity of care. Fifth edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company ; 1997; 1342-1362.
19. Bostrom J, Crawford-Swent C, Lazar N, Hemler D. Learning needs of hospitalized and recently discharged patients. Patient Education and Counselling 1994; 23: 83-89.
20. Brooten D, Naylor M, Brown L, York R, Hollingsworth A, Cohen S, et al. Profile of postdischarge rehospitalizations and acute care visits for seven patient groups. Public Health of Nursing 1996;13: 128-34.
21. Büyükkaya D. Karaciğer Sirozu Olan Hastaların Öz-Bakım Güçlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2003.
22. Can G. Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Yan Etkilerin Kontrolüne Yönelik Eğitimin Öz-Bakım Davranışlarına Olan Etkisinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 1995.
23. Canabbio MM. Valve Repair/Replacement. Mosby's Handbook of Patient Teaching. Second edition; 2000; 635-639.
24. Cannegieter SC, Rosendaal FR. Tromboembolic and bleeding complications in patients with mechanical heart valve prostheses. Circulation 1994; 89: 635-641.

25. Carabello BA. Acute Mitral Regurgitation- 'Valvular Heart Disease'. Third edition. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins. Philadelphia; 2000; 143-155.
26. Cebeci F. Koroner Arter Bypass Graft Ameliyatı Geçiren Hastalara Verilen Taburculuk Eğitimi ve Danışmanlık Hizmetinin Öz-bakım Gücüne, Anksiyete ve Depresyon Durumuna Etkisi. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2004.
27. Christensen TD, Andersen NT, Attermann J, Hjortdal VE, Maegoard M, Hasenkom JM. Mechanical heart valve patients can manage oral anticoagulant therapy themselves. European Journal of Cardio-thoracic Surgery 2003; 23: 292-298
28. Clark PA, Drain M, Gesell SB, Mylod DM, Kaldenberg DO, Hamilton J. Patient perceptions of quality in discharge instruction. Patient Educ Couns 2005; (59): 56-68.
29. Crawford MH, Durack DT. Clinical presentation of infective endocarditis. Cardiology Clinics 2003; 21: 159-166.
30. Dalen JE, Fenster PE. Mitral Stenosis-'Valvular Heart Disease'. Third Edition; 2000; 75-112.
31. Dikmengil M, Erken H, Eşme H, Apak C. Kafes tipi biyoprotez kalp kapak imalatı ve hidrolik performans deneyleri. GKD Cer. Derg 1994; (2): 287-291.
32. Doran DM. Nursing-Sensitive Outcomes State of the Science. Canada: Jones and Bartlett Publishers; 2003; 65-113.
33. Durademir AB. Kronik Kalp Yetmezlikli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Öz-Bakım Davranışları. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 1998.

34. Eke P. Kalp Kapağı Ameliyatı Olan Hastaların Bakımlarına İlişkin Bilgileri. Yüksek Lisans. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2004.
35. Erdil F, Elbaş N.Ö. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği.3. baskı. Ankara: 72 Tasarım-Ofset Ltd. Şti; 1999.
36. Erdoğan Ö. MI Tanısıyla Hastaneye Yatan Hastalara Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin, Hastaların Bilgi Düzeylerine ve Tedaviye Uyum Durumlarına Olan Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans. İzmir: Ege Üniversitesi; 1994.
37. Ewy GA. Tricuspid Valve Disease. (Alpert JS, Dalen JE, Rahimtoola SH) da. 'Valvular Heart Disease'. Third edition. Philadelphia:Lippincott Williams&Wilkins; 2000; 377-392.
38. Fagermoen MS, Hamilton G. Patient information at discharge-A study of combined approach. Patient Education and Counselling 2006; 63: 169-176.
39. Falcoz PE, Chocron S, Lalue F, Puynaveau M, Kaili D, Mercier M, et al. Gender analysis after elective open heart surgery: A two-Year comparative study of quality of life. Ann Thorac Surg 2006; 81: 1637-1643.
40. Fındık ÜY. Ampütasyon Uygulanan Hastalarda Eğitimin "Hastalığı Değerlendirme" ve Öz-Bakım Gücü" Kazanma Yetisine Etkisi. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 1999.
41. Fox VJ. Postoperative education that works. AORN Journal 1998; 67 (5): 1010-1017.

42. Garcia MJ. Prosthetic valve disease. (Topol EJ, Califf JM, Isner et al) da. 'Textbook of Cardiovascular Medicine'. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998; 579-605.
43. Gibbar-Clements T, Shirrell D, Dooley R, Smiley B. The challenge of warfarin therapy. American Journal of Nursing 2000; 100 (3): 38-40.
44. Gjeilo KH, Stenseth R, Wahba A, Lydersen S, Klepstad P. Validation of the brief pain inventory in patients six months after cardiac surgery. Journal of Pain and Symptom Management 2007; 34 (6): 648-656
45. Gold D, McClung B. Approaches to patient education: Emphasizing the long-term value of compliance and persistence. The American Journal of Medicine 2006; 119 (4A): 32S-37S.
46. Goldsmith I, Turpie ACG, Lip GY. ABC of antithrombotic therapy: valvular heart disease and prosthetic heart valves. BMJ 2002; 325: 1228-1231.
47. Goodman H. Patient Perception of their education needs in the six weeks following discharge after cardiac surgery. Journal of Advanced Nursing 1997; (25): 1241-51.
48. Guyton AC, Hall JE. (ed). Tıbbi Fizyoloji- Guyton&Hall, ed Çavuşoğlu H. onuncu edisyon. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2001; 245-252.
49. Güler RB. Mekanik Kalp Kapağı Taşıyan Olgularda Plazma INR ve D-Dimer Düzeylerinin Mekanik Kapak Trombüsünü Öngörebilmedeki Değeri. Kardiyoloji Kliniği uzmanlık tezi. İstanbul; 2004.

50. Güllü AÜ. Mitral Kapak Replasmanı Sırasında Kullanılan Subannuler ve Supraannuler Sütür Tekniklerinin Daha Büyük Ölçekli Mekanik Kapak Takabilme Açısından Analizi. Kalp-damar cerrahisi ihtisas tezi. İstanbul; 2006.
51. Güneş P. Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaları Taburculuk Öncesi Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisans. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2001.
52. Henderson A, Zernike W. A study of the impact of discharge information for surgical patients. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 35 (3): 435–41.
53. Hirsh J, Fuster V, Ansell J, Halperin JL. American Heart Association/American College of Cardiology Foundation Guide to Warfarin Therapy. *Circulation* 2003; 107: 1692-1711.
54. Jaarsma T, Halfens R, Huijter AH, Dracup K, Gorgels T, Van Ree J, et al. Effects of education and support on self-Care and resource utilization in patients with heart failure. *Eur Heart J* 1999; 20: 673-682.
55. Jaarsma T, Dastermans M, Dassen T, Philipsen H. Problems of cardiac patients in early recovery. *Journal of Advanced Nursing* 1995; 21: 21-27.
56. Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Abu-Saad HS, Dracup K., Diederiks J. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: The effect of a supportive educational intervention. *Heart and Lung* 2000; 29: 319-330.

57. Johansson K, Leino-Kilpi H, Salanterä S, Lehtikunnas T, Ahonen P, Elomaa L, et al. Need for change in patient education: A Finnish survey from the patient's perspective. *Patient Educ Couns* 2003; (51): 239-45.
58. Johansson K, Salanterä S, Heikkinen K, Kuusisto A, Virtanen H, Leino-Kilpi H. Surgical patient education: Assessing the interventions and exploring the outcomes from experimental and quasiexperimental studies from 1990 to 2003. *Clinical Effectiveness in Nursing* 2004; 8: 81-92.
59. Kamlar P, Irrgang E. Cardiac surgery in Germany during 2003: a report by the German Society for Thoracic and Cardiovascular Surgery. *Thorac Cardiovasc Surg* 2004; 52, 312-7.
60. Kıyak E. Hemodiyaliz Hastalarının Öz- Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans. Erzurum: "Atatürk Üniversitesi; 2000.
61. Kimzan A. Akut MI Geçiren Hastalar ve Ailelerinin Eğitiminde Hemşirenin Rolü. Yüksek Lisans. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 1993.
62. Kinney MR, Dunbar SB, Brooks JA, Molter N, Vitello JM. AACN- Clinical reference for critical care nursing. Four edition. Mosby; 1998;395-415.
63. Koelling TM, Johnson ML, Cody RJ, Aaronson KD. Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. *Circulation* 2005; 111: 179-185.

64. Koertke H, Zittermann A, Minomi K, Tenderich G, Wagner O, El-Anousy M, et al. Low-Dose international normalized ratio self management : A promising tool to achieve low complication rates after mechanical heart valve replacement. *Ann Thorac Surg* 2005; 79: 1909-14.
65. Kortke H, Korfer R. International normalized ratio self management after mechanical heart valve replacement: Is an early advantageous?. *Ann Thorac Surg* 2001; 72: 44-48.
66. Kratz J. Evaluation and management of tricuspid valve disease. *Cardiology Clinics* 1991; 9: 397-407.
67. Lee TL, Bokovay J. Understanding discharge instructions after vascular surgery: An observational study. *J Vasc Nurs* 2005; 23: 25-29.
68. Lemone P, Burke K. Disorders of Cardiac Structure, Medical Surgical Nursing-Critical Thinking in Client Care. Third edition; 2004; sf: 900-911.
69. Liew WL, Walesby RK. Helicobacter pylori and upper gastrointestinal bleed in heart valve surgery. *European Journal of Cardio-thoracic surgery* 1998; 13: 637-640.
70. Lithner M, Zilling T. Pre- and post-operative information needs. *Patient Education and Counselling* 2000; 40: 29-37.
71. Lukkarinen H, Hentinen M. Self-care agency and factors related to this agency among patients with coronary heart disease. *Int J Nurs Stud* 1997; 34 (4): 295-304.

72. McAnulty JH, Rahimtoola SH. Antithrombotic therapy and valvular heart disease. (Alexander RW, Sclant RC, Fuster V) da. 'Hurst's The Heart'.9th Edition. New York: McGraw-Hill; 1998; 1759-1787.
73. Mete M. Akut Myokard Infarktüsü Geçiren Hastaların Kriz Sonrası Eğitimi ve Eğitimin Bilgi, Anksiyete ve Alışkanlıklarına Etkisi. Yüksek Lisans. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 1995.
74. Monahan FD, Neighbors M. Medical-Surgical Nursing- Foundations for clinical practice. Second edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1998; 306-316.
75. Nahcivan ÖN. Sağlıklı Gençlerde "Öz-bakım gücü" ve Aile Ortamının Etkisi. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1993.
76. Nahcivan ÖN. A Turkish language equivalence of the exercise of self-care agency scale. Western Journal of Nursing Research 2004; 26 (7): 813-824.
77. Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. J Am Med Assoc 1999; 281: 613–20.
78. Onat A, Keleş İ. Türk erişkinlerde toplam ve kardiyak ölümlerin prevalansı: TEKHARF çalışmasının 8 yıllık takip verileri. Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması 1999; 27: 8-24
79. Ortaç E. Koroner Bypass Ameliyatı Olan Hastaların Taburcu Olduktan Sonra İlk Bir Ay İçinde Karşılaştıkları Sorunların Saptanması. İzmir: Ege Üniversitesi; 1999.

80. Paç M, Akçevin A, Aka SA, Büket S, Sarıoğlu T. (2004). Kalp ve Damar Cerrahisi. Ankara: Nobel Kitabevi; 2004: 457-623.
81. Pederson FM, Hamberg O, Hess K, Oversen L. The effect of dietary vitamin K on warfarin-induced anticoagulation. *Journal of Internal Medicine* 1999; 229 (1): 517-520
82. Potter PA, Perry AG. *Basic Nursing Theory and Practice*. Third edition. Mosby Year Book; 1995; 228-249.
83. Qick DW. *Ischemic Mitral Valve Disease: Implications for Repair, Replacement and Medical Therapy*. Doctor of philosophy. Madison: University of Wisconsin; 2000.
84. Rosenberg J. Sleep disturbances after non- cardiac surgery. *Sleep Medicine Reviews* 2001; 5 (2): 129-137.
85. Savage LS, Grap MJ. Telephone monitoring after early discharge for cardiac surgery patients. *American Journal of Critical Care* 1999; 8 (3):154-59.
86. Seifert PC. *Cardiac Surgery Perioperative Patient Care*. USA: St Louis, Mosby; 2002.
87. Sexton DJ, Spelman D. Current best practices and guidelines: Assessment and management of complications in infective endocarditis. *Cardiology Clinics* 2003; (21): 273-282.
88. Sheard C, Garrud P. Evaluation of generic patient information: Effects on health outcomes, knowledge and satisfaction. *Patient Education and Counselling* 2006; 61: 43-47.
89. Shen Q, Karr M, Ko A, Yin Chan DM, Khan R, Duvall D. Evaluation of a Medication Education Program for Elderly Hospital In-Patients. *Geriatr Nurs* 2006; 27 (3): 184-192.

90. Simmons SJ. The health-promoting self-care, system model: Direction for nursing research and practise. J Advanced Nursing 1990; 15(1): 62-66.
91. Smith CM. Community Health Nursing Theory and Practice. Second edition. Philadelphia: W.B Saunders Company; 2000; 771-774, 842-866.
92. Stein PD, Alpert JS, Copelond JMG, Dalen JE, Goldman S, Turpie AGG. Antithrombotic therapy in patients with mechanical and biological prosthetic heart valves. Chest 1995; 108 (4): 371-79.
93. Süzek H, Çakmak O. Muğla Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sosyo-demografik özelliklerinin öz-bakım güçlerine etkisinin belirlenmesi. İnsan Bilimleri Dergisi 2004; ISSN: 1303-5134.
94. Taşocak G. Hasta Eğitimi. Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Yayını. No:9. İstanbul: İ.Ü. Basım ve Yayınevi Müdürlüğü; 2003; 17-81.
95. Taylor FC, Gaminara E, Cohen H, et al. Evaluation of a nurse specialist anticoagulant service. Clin Lab Haem 1997; 19: 267-272.
96. Thompson DR, Webster RA, Meddis R. In-hospital counselling for first time myocardial infarction patients and spouses: effects on satisfaction. J Adv Nurs 1990; 15 (9): 1064-1069.
97. Tokem YB. Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalara Uygulanan Eğitim Programının Bakım Sonuçlarına Etkisi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 1999.
98. Ulusal Kalp Sağlığı Politikası Ana İlkeleri. [internette] [05.11.2006]. Elektronik adresi: <http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/3751.pdf>.

99. Uzun Ş, Arslan F. Warfarin Kullanan Bireylerin Eğitiminde Hemşirenin Rolü. MN Kardiyoloji Dergisi 2007; 14 (1): 70-73.
100. Watts RJ, Pierson J, Gardner H. How do critical nurses define the discharge planning process. Intensive and Critical Care Nursing 2005; 21: 39-46.
101. Winters M, Obriot P. Mitral valve repair. AORN J 2007; vol 85; no 1: 152-166.
102. Woods SL, Froelicher ES, Motzer SU, Bridges EJ. Cardiac Nursing. Fifth edition. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2005; 756-775.
103. Wyness MA. Evaluation of an educational programme for patients taking warfarin. Journal of Advanced Nursing 1990; 15 (9): 1052-1063.
104. Yalın H. Koroner Arter Hastalığı (KAH) Tanısı Konmuş Hastalara KAH ve Risk Faktörleri ile İlgili Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 1995.
105. Yıldırım N. Koroner Arter Bypass Ameliyatı Olan Hastaların Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2001.
106. Yılmaz M. Ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2000.
107. Yılmaz SK. Ev Ziyaretinin Kemoterapi Alan Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Öz-Bakım Güçlerine Etkisi. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2003.

108. Zaybak A. Kalp Kapağı Replasmanı Yapılan Hastaların Öz-bakımlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1999.
109. Zierer JM. Traditional Versus Telephone Discharge Education in 'Fast Track' Cardiac Surgery Patients. Master thesis. USA: Gonzaga University; 2001

EKLER

EK- 1. HASTA TANITIM FORMU

Denek No: Kontrol grubu() Deney grubu()

Adınız Soyadınız:

Tanı:

Ameliyatın Tipi:

Ameliyat Tarihi:

Taburculuk Tarihi:

Hastanede kalış süresi:

Adres:

Telefon:

1) Yaşınız:

2) Cinsiyetiniz: a) Kadın b) Erkek

3) Öğrenim durumunuz: a) Okur-yazar b) İlkokul
c) Ortaokul d) Lise
e) Üniversite

4) Yaptığınız iş: a) Çalışmıyor b) Memur
c) Ev hanımı d) İşçi
e) Serbest meslek f) Emekli g) Diğer.....

5) Medeni durumunuz: a) Evli b) Bekar c) Diğer.....

6) Aileniz kaç kişi ve kimlerden oluşuyor?

.....

7) Yaşadığınız Yer: a) Köy b) İlçe c) İl

8) Sosyal güvenceniz:

a) Yok b) SSK c) Emekli Sandığı
d) Bağ-Kur e) Yeşil Kart

9) Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız? a) Gelir giderden az
b) Gelir ve gider dengeli
c) Gelir giderden fazla

10) Kalp ameliyatı dışında herhangi bir ameliyat geçirdiniz mi?

a) Evet (Belirtiniz.....)
b) Hayır

11) Herhangi bir sistem hastalığınız var mı? (İşaretleyiniz)

- a) Yüksek Tansiyon ()
- b) Sık üst solunum yolu enfeksiyonu ()
- c) Astım ()
- d) Şeker hastalığı ()
- e) Böbrek hastalığı ()
- f) Karaciğer hastalığı ()
- g) Romatizma ()
- h) Diğer.....

12) Alışkanlıklarınız: a) Sigara b) Alkol

13) Kalp kapak ameliyatı ve ameliyat sonrası bakım ile ilgili bilgi aldınız mı?

- a) Evet (Kim/ Kimlerden.....)
- b) Hayır

14) Aldığınız bilginin/ eğitimin içeriği nedir? (Açıklayınız)

.....

15) Ameliyatınız ve taburculuk sonrası evde bakımınıza ilişkin hangi konularda bilgi almak istersiniz? (İşaretleyiniz)

- ☐ Ağrı
- ☐ Yara bölgesinin bakımı
- ☐ İlaç kullanımı
- ☐ Beslenme
- ☐ Egzersizler
- ☐ Banyo
- ☐ İşe başlama
- ☐ Cinsel yaşam
- ☐ Aktivite (kendi bakımı, ev işleri, sosyal yaşam)
- ☐ Kontroller
- ☐ Hastaneye başvurulması gereken durumlar
- ☐ Diğer.....

EK- 2. BİLGİ DEĞERLENDİRME FORMU

Aşağıda kalp kapağı ameliyatı ve ameliyat sonrası yaşamınıza ilişkin birtakım sorular yer almaktadır. Doğru olduğunu düşündüğünüz seçeneği işaretleyiniz.

1.Aşağıdakilerden hangisi kalp kapak hastalığının nedenlerinden birisidir?

- A) Şeker hastalığı
- B) Kansızlık
- C) Romatizmal ateş**
- D) Karında tümör
- E) Şişmanlık

2.Aşağıdakilerden hangisi kalp kapak hastalığı belirtilerinden değildir?

- A) Karın ağrısı**
- B) Göğüs ağrısı
- C) Nefes darlığı
- D) Vücutta şişme
- E) Yorgunluk

3.Derin solunum ve öksürük egzersizleri, ameliyat sonrası dönemde aşağıdakilerden hangisini önlemek amacıyla yapılır?

- A) Yaranın mikrop kapmasını
- B) Kanama oluşmasını
- C) Solunum problemlerinin oluşmasını**
- D) Kalp kapağının mikrop kapmasını
- E) Kalp atımı problemlerinin oluşmasını

4.İyileşmeyi hızlandırmak için yapılan derin solunum ve öksürük egzersizlerinin ne zaman uygulanması gerekir?

- | <u>Uygulama zamanı</u> | <u>Sıklığı</u> |
|--------------------------------------|------------------------|
| A) Ameliyat öncesi ve sonrası | Saatte 3-5 kez |
| B) Ameliyat öncesi ve sonrası | Saatte 5-10 kez |
| C) Ameliyat öncesi | Saatte 3-5 kez |
| D) Ameliyat sabahı | Saatte 5-10 kez |
| E) Ameliyat sonrası | Saatte 3-5 kez |

5.Aşağıda yoğun bakımdan servise çıkıldığında dikkat edilmesi gereken uygulamalar yer almaktadır. Bu bilgilerden hangisi yanlıştır?

A) Bu dönemde enfeksiyonlara direnç düşük olduğu için fazla sayıda ziyaretçi kabul edilmemesi gerekir.

B) Servise çıktıktan sonra yatak kenarında 10-15 dakika oturduktan sonra ayağa kalkılabilir.

C) İyileşmek için iyi beslenmek ve duruma göre günde en az iki litre su içmek önemlidir.

D) Omuz-kol-bacakların hareket ettirilmesi ve düzenli yürüyüşlerin yapılması ile hastanın hareketsizlik ağrıları artmaktadır.

E) Vücut sıcaklığının yükselmesi durumunda soğuk uygulama ve ateş düşürücü ilaçlar yapılabilir.

6.Taburcu olduktan sonra dikkat edilmesi gereken uygulamalardan hangisi yanlıştır?

A) İlk 6 hafta yan yatmak

B) Sigara-alkol kullanmamak

C) İlaçları önerilen şekilde kullanmak

D) İlk 6 hafta omuza ağırlık vermemek

E) Her gece 6-8 saat uyumak

7.Ameliyattan sonra yaşam boyunca kullanılacak coumadin (pembe hap) adlı ilaç ne işe yarar?

A) Ağrı kesicidir

B) Tansiyonu düşürür

C) Kan şekerini düzenler

D) Kanı sulandırır

E) Kolesterolü düşürür

8.Yaşam boyunca kullanılacak bu ilacın (coumadin-pembe hap) en önemli yan etkisi nedir?

A) Öksürük

B) Kanama

C) İshal

D) Çarpıntı

E) Kabızlık

9.Aşağıda coumadin (pembe hap) kullanırken ilaç dozunun alınması unutulduğunda ne yapılması gerektiğine ilişkin bilgiler verilmiştir. Bu bilgilerden hangisi doğrudur?

A) Aynı gün içerisinde hatırlanıldığı zaman ilaç alınmalıdır.

B) Aynı gün içerisinde hatırlanıldığı zaman artık ilaç alınmamalıdır.

C) Aynı gün içerisinde hatırlanıldığı zaman iki doz ilaç alınmalıdır.

D) Ertesi gün hatırlanıldığı zaman iki doz birden alınmalıdır.

E) Ertesi gün hatırlanıldığı zaman hiç ilaç alınmamalıdır.

10.Coumadin (pembe hap) kullanırken dikkat edilmesi gereken noktalardan hangisi yanlıştır?

- A) Alkol kullanımından uzak durmak
- B) Coumadin kullandığını belirten kart taşımak
- C) Kanama belirtilerini gözlemlemek
- D) Kanama-pıhtılaşma zamanına baktırmak
- E) Doktor izni olmadan coumadin dozunu artırmak**

11.Coumadin(pembe hap) kullanırken kanama-pıhtılaşma zamanına baktırılmasının önemi nedir?

- A) Oluşabilecek kalp atımı sorunlarının belirlenmesi
- B) Kullanılan ilaçların etkilerinin belirlenmesi
- C) Alınması gereken coumadin dozunun ayarlanması**
- D) Kanama belirtilerinin tespit edilmesi
- E) Oluşabilecek solunum problemlerinin belirlenmesi

12.Göğüs kemiğinin iyileşmesi için gerekli süre ortalama kaç haftadır?

- A) 1
- B) 2
- C) 6**
- D) 8
- E) 10

13.Göğüs kemiğinin iyileşme döneminde aşağıdakilerden hangisi sakınılması gereken aktivitelerden biri değildir?

- A) Ağır eşya (5 kilo üzeri) kaldırmak
- B) Kısa mesafeli yürüyüş yapmak**
- C) Tek kolla destek alarak kalkmak
- D) Elleri omuz seviyesi üzerinde tutmak
- E) Çocuk kaldırma-pencere açma gibi hareketler yapmak

14.Aşağıdakilerden hangisi kalp kapağı ameliyatı olan hastanın banyo yaparken dikkat etmesi gereken noktalardan birisidir?

- A) Banyoda sıcak su kullanılması
- B) Ayakta banyo yapılması
- C) Tek başına banyo yapılması
- D) Yaranın yumuşak hareketlerle yıkanması**
- E) Sauna-buhar banyosu yapılması

15.Aşağıdakilerden hangisi taburcu olduktan sonra kalp kapağı ameliyatı olan hastanın cinsel ilişki sırasında dikkat etmesi gereken noktalardan birisidir?

- A) Yorgun hissedilmeyen zamanlarda cinsel ilişkiye girilmesi
- B) Ameliyattan üç hafta sonra cinsel ilişkiye girilmesi
- C) Yemekten hemen sonra cinsel ilişkiye girilmesi
- D) Kolları ve göğüs kemiğini zorlayacak pozisyonlarda cinsel ilişkiye girilmesi
- E) Sıcak, nemli ya da soğuk ortamlarda cinsel ilişkide bulunulması

16.Aşağıdakilerden hangisi ameliyattan sonra yara yerinde görülebilecek enfeksiyon (mikrop kapma) belirtilerinden birisidir?

- 1. Kızarıklık
- 2. Akıntı
- 3. Kaşıntı
- 4. Şişlik

A) Yalnız 1 B) 1-3 C) 1-2-3 D) 3-4 E) 1-2-4

17.Aşağıda eve döndüğünde ameliyat bölgesinin bakımı ile ilgili dikkat edilmesi gereken bilgilerden hangisi doğrudur?

- A) Yaranın pansumanla kapatılması
- B) Yara bölgesinin ovulması
- C) Yaranın travmalardan korunması
- D) Yaraya krem sürülmesi
- E) Yaradaki kabukların soyulması

18.Dikişlerin ameliyattan kaç gün sonra alınması gerekir?

- A) 3-5
- B) 7-10
- C) 13-15
- D) 15-18
- E) 21

19.K vitamini, coumadinin (pembe hap) etkisini azalttığı için, kalp kapağı ameliyatı olan hastaların K vitamininden zengin gıdaların tüketimini azaltması gerekmektedir. Buna göre, K vitamininden zengin yiyecek aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Ispanak
- B) Domates
- C) Patates
- D) Muz
- E) Havuç

20.Ameliyat sonrası dönemde beslenmede dikkat edilmesi gereken noktalardan hangisi yanlıştır?

- A) Balık ve çiğ sebze tüketmek
- B) Yemeklerde tuz miktarını azaltmak
- C) Kiloyu normal sınırlarda tutmak
- D) Bitkisel yağdan zengin gıdaları azaltmak**
- E) Daha az hazır gıda tüketmek

21.Aşağıda kilo ölçümüyle ilgili verilen bilgilerden hangisi doğrudur?

- A) Haftada bir gün aynı kıyafet ile ve aynı saatte tartılmalıdır.
- B) Her gün aynı kıyafet ile ve aynı saatte tartılmalıdır.**
- C) Her gün aynı kıyafet ile tartılmalıdır.
- D) Her gün aynı saatte tartılmalıdır.
- E) Haftada iki gün aynı saatte tartılmalıdır.

22.Taburcu olduktan sonra evde yapılması gereken egzersizlerden hangisi doğrudur?

- 1. Solunum
- 2. Öksürük
- 3. Omuz- kol
- 4. Ağırlık kaldırma

- A) 1-2 B) Yalnız 2 C) 2-3 D)3-4 **E)1-2-3**

23.Taburcu olduktan sonra hastanın iyileşmesine yardımcı olacak en basit egzersiz, yürüyüştür. Aşağıda yürüyüş egzersizi ile ilgili verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?

- A) Çok sıcak ya da çok soğuk havalarda yürüyüş yapılması**
- B) Önce evde, sonra şartlar uygunsa dışarıda yürüyüşlere başlanması
- C) Önce kısa mesafelerde, sonra mesafeler artırılarak yürüyüş yapılması
- D) Yürüyüş esnasında nefes darlığı ve çarpıntı gibi durumlarda yürüyüşün kesilmesi
- E) Merdiven çıkarken katlar arasında ve yürüyüşler sırasında dinlenilmesi

24.Aşağıdakilerden hangisi ameliyat sonrası dönemde egzersiz yapmanın yararlarındanıdır?

- A) Kan akımını azaltması
- B) Ağrıyı artırması
- C) Kalp kasını güçlendirmesi**
- D) Kasları sertleştirmesi
- E) Kalp kasını zayıflatması

25.Taburcu olduktan sonra enfeksiyonlardan (mikrop kapma) korunmak için dikkat edilmesi gereken noktalardan hangisi yanlıştır?

- A) Enfeksiyon belirtilerini gözlemek
- B) Solunum yolu enfeksiyonlarından korunmak
- C) Evde az ziyaretçi kabul etmek
- D) Diş çekimi öncesi koruyucu antibiyotik kullanmamak**
- E) Yara bölgesini temiz tutmak

26.Kalp kapaklarında enfeksiyonun en önemli kaynağı dişlerdir. Aşağıda dişlerin bakımı ile ilgili verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?

- A) Düzenli olarak ağız bakımı yapmak
- B) Dişlerin temizliğinde sert diş fırçası kullanmak**
- C) Diş doktorunu coumadin kullanıldığı konusunda uyarmak
- D) Diş kanaması belirtilerini gözlemek
- E) Çürük diş bulunması durumunda diş doktoruna gitmek

27.Aşağıdakilerden hangisi taburcu olduktan sonra doktora başvurulması gereken belirtilerden birisidir?

- 1. Çarpıntı
- 2. Burun kanaması
- 3. Yara yerinde akıntı

A) Yalnız 1 B) 1-2 C) 2-3 D) Yalnız 3 **E) 1-2-3**

28.Aşağıda kontrole gelmeniz gereken durumlar verilmiştir. Bu bilgilerden hangisi yanlıştır?

- A) Coumadin dozunun ayarlanması için kan testinin yapılması
- B) Genel durumun takibinin yapılması
- C) Yara yerinin takibinin yapılması
- D) Mevcut sorunlara müdahale edilmesi
- E) Göğüsteki telin çekilmesi**

EK- 3. ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ (Nahçıvan, 1993)

AÇIKLAMA: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size en yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (X) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyet ile bırakabilirim.	()	()	()	()	()
2.Kendimi beğeniyorum.	()	()	()	()	()
3.Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	()	()	()	()	()
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman ne yapmam gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.	()	()	()	()	()
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	()	()	()	()	()
7.Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım.	()	()	()	()	()
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	()	()	()	()	()
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri çoğunlukla ertelerim.	()	()	()	()	()
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	()	()	()	()	()
11.Sağlığım daha iyi olması için çaba gösteririm.	()	()	()	()	()
12.Dengeli beslenirim.	()	()	()	()	()
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınırım.	()	()	()	()	()
14.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.	()	()	()	()	()
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	()	()	()	()	()
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.	()	()	()	()	()
17.Kararlarımı sonuna kadar uygulayım.	()	()	()	()	()
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	()	()	()	()	()

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
19.Sağlığım ile ilgili kararları nadiren uygularam.	()	()	()	()	()
20.Kendime dostum.	()	()	()	()	()
21.Kendime iyi bakarım.	()	()	()	()	()
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	()	()	()	()	()
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	()	()	()	()	()
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	()	()	()	()	()
25.Yaşam bir zevktir.	()	()	()	()	()
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	()	()	()	()	()
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	()	()	()	()	()
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	()	()	()	()	()
29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	()	()	()	()	()
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemez ve geçmesini beklerim.	()	()	()	()	()
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım.	()	()	()	()	()
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	()	()	()	()	()
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	()	()	()	()	()
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	()	()	()	()	()

EK- 4. TABURCULUK SONRASI KARŞILAŞILAN SORUNLAR FORMU

Aşağıda taburcu olduktan sonra karşılaşılabileceğiniz bazı sorunlar yer almaktadır. Taburcu olduktan sonraki 1 ay süresince bu sorunlardan herhangi biri ile karşılaştınız ise belirtiniz.

1. Taburcu olduktan sonra herhangi bir sorunla hastaneye başvurduunuz mu?

A)Evet()

B)Hayır()

2.Cevabınız evet ise başvuru nedeniniz nedir? (.....)

3.Hastanede size ne tür girişimler yapıldı? (.....)

Taburcu olduktan sonra aşağıdaki sorunlardan hangileri ile karşılaştınız ise (X) işareti koyarak belirtiniz ve sorunları çözmek için yaptığınız uygulamaları sorunların yanında yer alan boşluğa yazınız.

SORUNLAR	1. AY	SORUNA YÖNELİK YAPILAN GİRİŞİMLER
Halsizlik, güçsüzlük, yorgunluk		
Hareket etmekten korkma		
Bulantı-kusma		
İştahsızlık		
Kabızlık		
İshal		
Göğüs ağrısı		
Omuz-sırt ağrısı		
Çarpıntı		
Solunum sıkıntısı		
Göğüsteki yarada akıntı		
Göğüsteki yarada kızarıklık		
Göğüsteki yarada şişlik		
Ateş		
Uykusuzluk		
İdrar yapmada zorluk		
Kanlı idrar (küçük tuvalet)		
Kanlı abdest (büyük tuvalet)		
Burun kanaması		
Kanlı balgam		
Diş eti kanaması		
Şiddetli baş ağrısı		
Bayılma		
Cinsel yaşamda zorlanma		
Diğer.....		

EK- 5. ONAM FORMU (Deney Grubu)

Hemşire Yeşim Yaman, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp-Damar Cerrahisi servislerinde Mekanik Kalp Kapağı Replasmanı Ameliyatı geçiren 80 hasta ile bir çalışma planlamıştır. Bu çalışmada, Mekanik Kalp Kapağı Replasmanı Ameliyatı geçiren hastalara verilecek taburculuk eğitimi değerlendirilecektir.

Araştırmacı tarafından, hastalara hastaneye yattıkları gün hasta tanıtım formu ile birlikte ölçek uygulanacak, kalp kapak ameliyatı ve ameliyat sonrası bakımınıza ilişkin bir kitapçık verilecektir. Hastanede yattıkları süre boyunca, hastaya araştırmacı tarafından belirlenen zamanlarda eğitim verilecektir. Taburcu olacakları gün ölçek ve bilgi değerlendirme formu doldurularak, bir ay içinde karşılaştıkları sorunları yazmaları için taburculuk sonrası karşılaşılan sorunlar formu verilecek ve ölçeği tekrar uygulaması istenecektir. Araştırmacı, hastalardan bir ay sonra posta yolu ile form ve ölçeği alacaktır.

Bu çalışmanın, bireylerin yaşadıkları sorunların azaltılması ve yaşam kalitelerinin artırılmasında yararlı olacağı düşünülmektedir. Araştırma süresince hastalar, form ve ölçeklerin doldurulması için zaman ayırmak durumunda kalacaklardır.

Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan, kendi bireysel onayım ile katılıyorum. Bu onam formundan bir adet almış bulunuyorum.

Tarih:

Tel no:

EK- 6. ONAM FORMU (Kontrol Grubu)

Hemşire Yeşim Yaman, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp-Damar Cerrahisi servislerinde Mekanik Kalp Kapağı Replasmanı Ameliyatı geçiren 80 hasta ile bir çalışma planlamıştır. Bu çalışmada, Mekanik Kalp Kapağı Replasmanı Ameliyatı geçiren hastalara verilecek taburculuk eğitimi değerlendirilecektir.

Araştırmacı tarafından, hastalara hastaneye yattıkları gün hasta tanıtım formu ile birlikte ölçek uygulanacaktır. Taburcu olacakları gün ise ölçek ve bilgi değerlendirme formu doldurularak, bir ay içinde karşılaştıkları sorunları yazmaları için taburculuk sonrası karşılaşılan sorunlar formu verilecek ve ölçeği tekrar uygulaması istenecektir. Araştırmacı, hastalardan bir ay sonra posta yolu ile form ve ölçeği alacaktır.

Bu çalışmanın, bireylerin yaşadıkları sorunların azaltılması ve yaşam kalitelerinin artırılmasında yararlı olacağı düşünülmektedir. Araştırma süresince hastalar, form ve ölçeklerin doldurulması için zaman ayırmak durumunda kalacaklardır.

Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan, kendi bireysel onayım ile katılıyorum. Bu onam formundan bir adet almış bulunuyorum.

Tarih:

Tel no:

EK- 7. KURUM İZİN YAZISI

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Sağlık İşletmesi

SAYI :B.10.4.İSM.4.06.00.15/12364
KONU:

27.11.2006

Gazi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Müdürlüğüne

İlgi: 25.09.2006 gün ve 1264 s.y.

Enstitünüz Hemşirelik programında Yüksek Lisans öğrencisi Yeşim Yaman'ın "Kalp kapağı replasmanı yapılan hastalara verilen taburculuk eğitiminin değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını Hastanemiz Kalp Damar Cerrahi Kliniğinde yapabilmesi ile ilgili yazınız Hastanemiz Eğitim Plan ve Koordinasyon Kurulunun 16.11.2006 tarih ve 183 sayılı toplantısında görüşülmüş olup, Kalp Damar Cerrahi Kliniğinin vermiş olduğu görüş doğrultusunda yürütülmesinin uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. Mustafa Paç
Baştabib

Kızılay Sokak No:4 06100 Sıhhiye/ANKARA

İletişim Tel: (0312) 306 10 12

Web: www.tyih.gov.tr

Fax : (0312) 312 41 20

E-posta: personel@tyih.gov.tr

Bilgi İçin:

Evrak ve Personel Birimi

***Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3359 sayılı Sağlık hizmetleri Temel Kanunun 5 inci maddesine istinaden Bakanlar Kurulu Kararı ile 1995 Yılından beri İdari ve Mali Yönden Özerk Kamu Tüzel Kişiliğine Haiz Sağlık İşletmesi olarak faaliyetini sürdürmektedir.

EK- 8. TABURCULUK EĞİTİM PROGRAMI

A. Eğitim İhtiyacının Belirlenmesi:

Yapılan araştırma sonuçları ve gözlemlerle ülkemizde kalp kapağı replasmanı yapılan hastalara planlı bir taburculuk eğitimi yapılmadığı görülmektedir. Yapılan bir çalışmada; bu araştırmanın yapıldığı hastanelerde hastalara taburculuk sonrası bakımlarına ilişkin bilgilerin taburcu olacakları gün verildiği, bilgilerin çoğunlukla doktor tarafından verildiği ve hemşirenin katkısının sınırlı olduğu saptanmıştır³⁴.

B. Amaç: Eğitim sonunda katılımcılara;

- Kalp kapağı ameliyatı ve ameliyat öncesi hazırlıkları,
- Yoğun bakım ve servis ortamında uygulanacak durumları,
- Taburcu olduktan sonra ilaç tedavisi, yara bakımı, beslenme, aktivite ve egzersizlere ilişkin evde dikkat edilecek noktaları,
- Taburcu olduktan sonra enfeksiyonlardan korunma ve kontrollere gelmenin önemini öğretmek ve ameliyat sonrası dönemde iyileşmeyi hızlandırmaktır.

C. Hedef Grup: İlk mekanik kalp kapağı replasmanı yapılan hastalar.

D. Süre: 20-25 dk/ günde bir oturum. Toplam 4 gün

E. Eğitim Zamanı: 1) Hasta kliniğe kabul edildiği (pre-operatif) ilk gün ve ikinci gün 2) Hasta ameliyat olduktan sonra (post-operatif) 3.- 4.- 5. gün

F. Eğitim Yeri: Hasta odası

G. Kullanılacak Materyal: Eğitim kitapçığı, resim

EĞİTİM İÇERİĞİ:

1.KALBİN VE KALP KAPAKLARININ YAPISI

Amaç: Kalbin ve kalp kapaklarının yapısını ve görevlerini öğretmek.

Öğrenim hedefleri:

1. Kalbin görevini söyleyebilme,
2. Kalp kapaklarının isimlerini söyleyebilme,
3. Kalp kapaklarının görevini söyleyebilme,
4. Kalp kapaklarını şekil üzerinde gösterebilme,

Yöntem:

- ❖ Anlatım
- ❖ Demonstrasyon
- ❖ Soru-cevap

Süre: 8 dakika

Eğitim zamanı: Hastanın kliniğe kabul edildiği gün

Konunun işlenişi:

- Hastaya kalbin ve kalp kapaklarının yapısı şekil üzerinde anlatılır ve görevleri açıklanır.
- Hastadan kalp kapaklarını şekil üzerinde göstermesi istenir.
- Hastanın yanıtı tartışılarak konu bitirilir.

2.KALP KAPAK HASTALIĞI VE KALP KAPAĞI AMELİYATI

Amaç: Kalp kapak hastalığı ve belirtilerini, kalp kapağı ameliyatı ile hangi kalp kapaklarının değiştiğini öğretmek.

Öğrenim hedefleri:

1. Kalp kapak hastalığını tanımlayabilme,
2. Kalp kapak hastalığının belirtilerini ifade edebilme,
3. Kalp kapak ameliyatı ile hangi kalp kapağının değişeceğini söyleyebilme,

Yöntem:

- ❖ Anlatım

- ❖ Demonstrasyon

Süre: 8 dakika

Eğitim zamanı: Hastanın kliniğe kabul edildiği gün

Konunun işlenişi:

- Hastaya kalp kapak hastalığı ve belirtileri anlatılır.
- Kalp kapağı ameliyatı sırasında hangi kalp kapağının değiştirileceği anlatılır.
- Kalp kapağı ameliyatı sırasında kullanılan kapak tipleri şekil üzerinde gösterilerek anlatılır.

3.KALP KAPAĞI AMELİYATI ÖNCESİ HAZIRLIK

Amaç: Kalp kapağı ameliyatı öncesinde yapılacak işlemleri öğretmek.

Öğrenim hedefleri:

1. Kalp kapağı ameliyatı öncesinde yapılacak işlemleri ifade edebilme,
2. Ameliyat öncesi ve sonrasında uygulanacak solunum ve öksürük egzersizini yapabilme,

Yöntem:

- ❖ Anlatım
- ❖ Demonstrasyon

Süre: 25 dakika

Eğitim zamanı: Hastanın kliniğe kabul edildiği gün

Konunun işlenişi:

- Kalp kapağı ameliyatı öncesinde yapılacak işlemler hastaya açıklanır.
- Ameliyat öncesi ve sonrasında uygulayacağı solunum ve öksürük egzersizini nasıl yapacağı anlatılır.
- Hastadan solunum ve öksürük egzersizini yapması istenir.
- Hastanın soruları varsa yanıtlanarak konu bitirilir.

4.AMELİYAT SONRASI YOĞUN BAKIM DÖNEMİ

Amaç: Yoğun bakım ortamını ve yoğun bakımda yapılacak girişimleri öğretmek.

Öğrenim hedefleri:

1. Yoğun bakım ortamında kendisine yapılacak girişimleri ifade edebilme,

Yöntem:

- ❖ Anlatım
- ❖ Soru-cevap

Süre: 8 dakika

Eğitim zamanı: Hastanın kliniğe kabul edildiği 2.gün
(Hastalar genellikle ameliyattan 1-2 gün öncesinde kliniğe kabul edilmektedir)

Konunun işlenişi:

- Ameliyattan sonra hastanın yoğun bakıma alınacağı söylenerek konuya başlanır.
- Hastaya yoğun bakım ortamı ve kendisine yapılacak girişimler anlatılır.
- Hastanın soruları varsa yanıtlanarak konu bitirilir.

5.YOĞUN BAKIM SONRASI SERVİS

Amaç: Serviste yapılması ve dikkat edilmesi gereken durumları öğretmek.

Öğrenim hedefleri:

- 1.Yoğun bakımdan servise kabul edildiğinde yürümeye ne zaman başlayabileceğini söyleyebilme,
- 2.Yürüyüş esnasında dikkat edilmesi gereken durumları ifade edebilme,
- 3.Yoğun bakımdan servise kabul edildiğinde yemek yemeye ne zaman başlayabileceğini söyleyebilme,

4. Ameliyat sonrası dönemde görülen ağrı durumunda neler yapılabileceğini ifade edebilme,

Yöntem:

- ❖ Anlatım
- ❖ Soru-cevap

Süre: 10 dakika

Eğitim zamanı: Hastanın kliniğe kabul edildiği 2.gün

Konunun işlenişi:

- Hastaya yoğun bakımdan servise kabul edildiğinde yürümeye ne zaman başlayabileceği ve yürüyüş esnasında dikkat edilmesi gereken durumlar anlatılır.
- Yoğun bakımdan servise kabul edildiğinde yemek yemeye ne zaman başlayabileceği anlatılır.
- Ameliyat sonrası dönemde sırt ve omuz bölgesinde ağrının olabileceği ve ağrı durumunda yapılacak uygulamalar açıklanır.
- Ameliyat sonrası dönemde vücut sıcaklığının yükselmesinin normal olduğu ve yapılacak uygulamalar açıklanır.
- Hastanın soruları varsa yanıtlanarak konu bitirilir.

6.AMELİYAT SONRASI EV PROGRAMI

a)İlaç Tedavisi

Amaç: Kalp kapağı replasmanı sonrası yaşam boyunca kullanılacak ilacın (coumadin) kullanım şekli ve yan etkilerini öğretmek.

Öğrenim hedefleri:

1. Yaşamı boyunca kullanacağı ilacın etkisini söyleyebilme,
2. İlacın dozu ve sıklığını söyleyebilme,
3. İlacın yan etkilerini söyleyebilme,
4. İlacı kullanırken beslenmede dikkat edilmesi gereken noktaları söyleyebilme,
5. İlaç tedavisi ile ilgili dikkat edilmesi gereken durumları söyleyebilme,

Yöntem:

- ❖ Anlatım
- ❖ Soru-cevap

Süre: 15 dakika

Eğitim zamanı: Post-operatif 3. gün

Konunun işlenişi:

- Hastaya ameliyat sonrası yaşamı boyunca kullanacağı ilacın ismi sorularak konuya başlanır.
- İlacın etkisi ve kullanım şekli anlatılır.
- İlaça bağlı gelişebilecek yan etkiler anlatılır.
- İlaç kullanırken beslenmede dikkat edilmesi gereken konular hakkında bilgi verilir.
- İlaç tedavisi ile ilgili dikkat edilmesi ve doktora başvurulması gereken durumlar anlatılır.
- Hastanın soruları varsa yanıtlanarak konu bitirilir.

b)Yara Bakımı

Amaç: Yara bakımında uyulması gereken noktaları öğretmek.

Öğrenim hedefleri:

1. Yara bakımında dikkat edilmesi gereken noktaları ifade edebilme,
2. Yara yeri enfeksiyon belirtilerini sıralayabilme,
3. Yara yerine ilişkin hangi durumlarda doktora başvurulacağını ifade edebilme,

Yöntem:

- ❖ Anlatım
- ❖ Soru-cevap

Süre: 5 dakika

Eğitim zamanı: Post-operatif 3.gün

Konunun işlenişi:

- Ameliyattan sonra göğsünde bir yara olacağı ve yaranın iyileşmesi için açık bırakılacağı söylenerek konuya başlanır.

- Yara bakımında dikkat edilmesi gereken durumlar anlatılır.
- Yara bölgesinin enfeksiyon belirtileri açısından her gün gözlemlenmesi gerektiği, enfeksiyon belirtileri ve bu belirtiler geliştiğinde doktora başvurulması gerektiği anlatılarak konu bitirilir.

c)Beslenme

Amaç: Ameliyat sonrası dönemde beslenmenin önemi ve beslenmede uyulması gereken noktaları öğretmek.

Öğrenim hedefleri:

1. Beslenmede dikkat edilmesi gereken durumları söyleyebilme,
2. Taburcu olduktan sonra diyet kısıtlamalarına uyum sağlayabilme,
3. Kilo takibinin önemini belirtebilme,
4. Kilo ölçümünde dikkat edilmesi gereken noktaları sıralayabilme,

Yöntem:

- ❖ Anlatım
- ❖ Soru-cevap

Süre: 5 dakika

Eğitim zamanı: Post-operatif 3. gün

Konunun işlenişi:

- Ameliyat sonrası dönemde dengeli beslenmenin önemi anlatılarak konuya başlanır.
- Hastaya beslenmesinde nelere dikkat etmesi gerektiği sorulur.
- Beslenmede dikkat edilmesi gereken noktalar hakkında bilgi verilir.
- Kilo takibinin önemi ve kilo ölçümünde dikkat edilmesi gereken noktalar açıklanır.
- Hastanın soruları varsa yanıtlanarak konu bitirilir.

d)Aktivite

Amaç: Ameliyat sonrası dönemde aktivitelere ilişkin bilgi vermek.

Öğrenim hedefleri:

1. Göğüs kemiğinin iyileşme döneminde uyması gereken aktiviteleri söyleyebilme,
2. Ameliyattan sonra ne zaman banyo yapabileceğini ifade edebilme,
3. Banyo ile ilgili dikkat edilecek noktaları sıralayabilme,
4. Ameliyattan sonra ne zaman cinsel ilişkiye başlayabileceği ifade edebilme,
5. Cinsel ilişki ile ilgili dikkat edilecek noktaları sıralayabilme,
6. Ameliyattan sonra ne zaman işe başlayabileceğini söyleyebilme,
7. Ameliyattan sonra ne zaman araba kullanabileceğini söyleyebilme,

Yöntem:

- ❖ Anlatım
- ❖ Soru-cevap

Süre: 20-25 dakika

Eğitim zamanı: Post-operatif 4. gün

Konunun işlenişi:

- Hastaya ameliyat sonrası dönemde aktivitelere ilişkin dikkat edilecek noktalar anlatılır.
- Hastanın soruları varsa yanıtlanarak konu bitirilir.

e)Egzersiz

Amaç: Egzersizin önemi ve ameliyat sonrası dönemde yapılacak egzersizleri öğretmek.

Öğrenim hedefleri:

1. Ameliyat sonrası dönemde egzersiz yapmanın önemini söyleyebilme,
2. Ameliyat sonrası dönemde yapılacak egzersizleri ifade edebilme,
3. Taburcu olduktan sonra egzersizleri uygulayabilme,

Yöntem:

- ❖ Anlatım
- ❖ Demonstrasyon

❖ Soru-cevap

Süre: 15 dakika

Eğitim zamanı: Post-operatif 5. gün

Konunun işlenişi:

- Ameliyat sonrası dönemde egzersiz yapmanın önemi anlatılarak konuya başlanır.
- Ameliyat sonrası dönemde yapması gereken egzersizlerin neler olduğu sorulur.
- Egzersizler hastaya gösterilerek anlatılır.
- Hastadan bu egzersizleri yapması istenir, yanlışları varsa düzeltilerek konu bitirilir.

f)Enfeksiyonlardan korunmanın önemi

Amaç: Ameliyat sonrası dönemde enfeksiyonlardan korunmada uyulması gereken durumları öğretmek.

Öğrenim hedefleri:

1. Enfeksiyonlardan korunmanın önemini ifade edebilme,
2. Enfeksiyonlardan korunmada dikkat edilecek noktaları sıralayabilme,

Yöntem:

❖ Anlatım

❖ Soru-cevap

Süre: 10 dakika

Eğitim zamanı: Post-operatif 5. gün

Konunun işlenişi:

- Ameliyat sonrası dönemde enfeksiyonlardan korunmanın önemi anlatılarak konuya başlanır.
- Hastaya enfeksiyonlardan korunmada dikkat edilmesi gereken noktaların neler olduğu sorulur.
- Hastanın yanıtı alındıktan sonra enfeksiyon açısından uyulması gereken durumlar vurgulanarak konu bitirilir.

g)Kontroller

Amaç: Kontrollerin önemi ve hangi durumlarda hastaneye başvurulacağını öğretmek.

Öğrenim hedefleri:

1. Kontrollere düzenli gelmenin önemini söyleyebilme,
2. Taburcu olduktan sonra ne zaman kontrollere geleceğini söyleyebilme,
3. Taburcu olduktan sonra hangi durumlarda hastaneye başvuracağını söyleyebilme,

Yöntem:

- ❖ Anlatım
- ❖ Soru-cevap

Süre: 5 dakika

Eğitim zamanı: Post-operatif 5. gün

Konunun işlenişi:

- Kontrollere düzenli gelmenin önemi anlatılarak konuya başlanır.
- Hastaya taburcu olduktan sonra kontrol için ne zaman geleceği sorulur.
- Taburcu olduktan sonra hangi durumlarda hastaneye başvuracağı anlatılarak konu bitirilir.

EK- 9: EK TABLOLAR

Ek Tablo 1. Hastaların Ameliyat ve Taburculuk Sonrası Evde Bakıma Yönelik Bilgi Almak İstedikleri Konuların Dağılımı

		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Ağrı	Evet	40	100,0	40	100,0	80	100,0
	Hayır	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Toplam	40	100,0	40	100,0	80	100,0
Yara Bölgesinin Bakımı	Evet	40	100,0	40	100,0	80	100,0
	Hayır	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Toplam	40	100,0	40	100,0	80	100,0
İlaç Kullanımı	Evet	40	100,0	40	100,0	80	100,0
	Hayır	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Toplam	40	100,0	40	100,0	80	100,0
Beslenme	Evet	40	100,0	40	100,0	80	100,0
	Hayır	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Toplam	40	100,0	40	100,0	80	100,0
Egzersizler	Evet	40	100,0	40	100,0	80	100,0
	Hayır	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Toplam	40	100,0	40	100,0	80	100,0
Banyo	Evet	40	100,0	40	100,0	80	100,0
	Hayır	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Toplam	40	100,0	40	100,0	80	100,0
İşe Başlama	Evet	13	32,5	8	20,0	21	26,7
	Hayır	27	67,5	32	80,0	59	73,3
	Toplam	40	100,0	40	100,0	80	100,0
Cinsel Yaşam	Evet	27	67,5	27	67,5	54	67,5
	Hayır	13	32,5	13	32,5	26	32,5
	Toplam	40	100,0	40	100,0	80	100,0
Aktivite(kendi bakımı- ev işleri-sosyal yaşam)	Evet	40	100,0	40	100,0	80	100,0
	Hayır	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Toplam	40	100,0	40	100,0	80	100,0
Kontroller	Evet	40	100,0	40	100,0	80	100,0
	Hayır	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Toplam	40	100,0	40	100,0	80	100,0
Hastaneye Başvurulması Gereken Durumlar	Evet	40	100,0	40	100,0	80	100,0
	Hayır	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Toplam	40	100,0	40	100,0	80	100,0

Ek Tablo 2. Hastaların Taburculuk Sonrası Yaşadıkları Sorunlara Yönelik Yaptıkları Girişimler

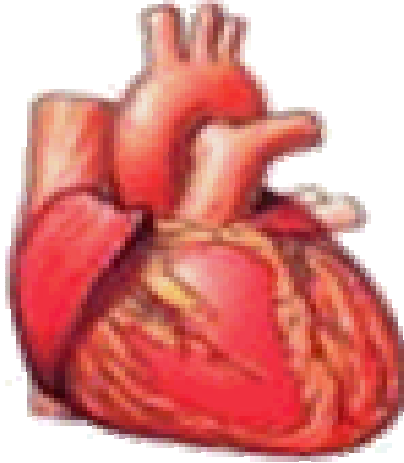
		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Halsizlik, güçsüzlük, yorgunluk	Girişimde Bulunmama	1	6,7	5	20,8	6	15,3
	Dinlenmek	14	93,3	19	79,2	33	84,7
	Toplam	15	100,0	24	100,0	39	100,0
Hareket etmekten korkma	Girişimde Bulunmama	1	100,0	3	100,0	4	100,0
	Toplam	1	100,0	3	100,0	4	100,0
Bulantı-kusma	Girişimde Bulunmama	4	100,0	7	100,0	11	100,0
	Toplam	4	100,0	7	100,0	11	100,0
İştahsızlık	Girişimde Bulunmama	8	88,8	8	88,8	16	88,8
	Zorla yemek yeme	1	11,2	1	11,2	2	11,2
	Toplam	9	100,0	9	100,0	18	100,0
Kabızlık	Girişimde Bulunmama	5	45,4	5	55,6	10	50,0
	Sıvı almak	6	54,6	4	44,4	10	50,0
	Toplam	11	100,0	9	100,0	20	100,0
Göğüs ağrısı	Girişimde Bulunmama	4	26,7	9	47,3	13	38,2
	Doktora Telefon Açma	1	6,6	0	0,0	1	3,0
	Ağrı kesici ilaç kullanma	5	33,4	9	47,3	14	41,1
	Dinlenmek	4	26,7	1	5,4	5	14,7
	Hastaneye başvurma	1	6,6	0	0,0	1	3,0
	Toplam	15	100,0	19	100,0	34	100,0
Omuz-sırt ağrısı	Girişimde Bulunmama	11	33,4	12	42,8	23	37,8
	Doktora Telefon Açma	1	3,0	0	0,0	1	1,6
	Ağrı kesici ilaç kullanma	4	12,2	12	42,8	16	26,2
	Yürüyüş	1	3,0	4	14,4	5	8,2
	Egzersiz yapma	15	45,4	0	0,0	15	24,6
	Hastaneye başvurma	1	3,0	0	0,0	1	1,6
	Toplam	33	100,0	28	100,0	61	100,0
Çarpıntı	Girişimde Bulunmama	0	0,0	5	45,4	5	33,4
	Doktora Telefon Açma	0	0,0	1	9,2	1	6,6
	Dinlenmek	3	75,0	5	45,4	8	53,4
	Hastaneye başvurma	1	25,0	0	0,0	1	6,6
	Toplam	4	100,0	11	100,0	15	100,0
Solunum sıkıntısı	Girişimde Bulunmama	4	57,1	6	85,7	10	71,4
	Dinlenmek	3	42,9	1	14,3	4	29,6
	Toplam	7	100,0	7	100,0	14	100,0

Ek Tablo 2. Devam;

		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Göğüsteki yarada akıntı	Girişimde Bulunmama	1	100,0	0	0,0	1	50,0
	Hastaneye başvurma	0	0,0	1	100,0	1	50,0
	Toplam	1	100,0	1	100,0	2	100,0
Göğüsteki yarada kızarıklık	Girişimde Bulunmama	3	75,0	0	0,0	3	37,5
	Kontrole geldiğinde doktora sorma	0	0,0	1	25,0	1	12,5
	Dinlenmek	1	25,0	0	0,0	1	12,5
	Hastaneye başvurma	0	0,0	3	75,0	3	37,5
	Toplam	4	100,0	4	100,0	8	100,0
Göğüsteki yarada şişlik	Girişimde Bulunmama	1	100,0	0	0,0	1	50,0
	Kontrole geldiğinde doktora sorma	0	0,0	1	100,0	1	50,0
	Toplam	1	100,0	1	100,0	2	100,0
Ateş	Girişimde Bulunmama	0	0,0	2	40,0	2	40,0
	Hastaneye başvurma	0	0,0	3	60,0	3	60,0
	Toplam	0	100,0	5	100,0	5	100,0
Kanlı idrar	Hastaneye başvurma	0	0,0	1	100,0	1	100,0
	Toplam	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Burun kanaması	Girişimde Bulunmama	1	33,3	0	0,0	1	9,1
	Doktora Telefon Açma	1	33,3	3	37,5	4	36,4
	Hastaneye başvurma	1	33,3	5	62,5	6	54,5
	Toplam	3	100,0	8	100,0	11	100,0
Kanlı balgam	Doktora Telefon Açma	0	0,0	1	100,0	1	50,0
	Hemşireye telefon açma	1	100,0	0	0,0	1	50,0
	Toplam	1	100,0	1	100,0	2	100,0
Diş eti kanaması	Girişimde Bulunmama	0	0,0	5	71,4	5	71,4
	Doktora Telefon Açma	0	0,0	1	14,3	1	14,3
	Hastaneye başvurma	0	0,0	1	14,3	1	14,3
	Toplam	0	0,0	7	100,0	7	100,0
Şiddetli baş ağrısı	Girişimde Bulunmama	1	100,0	1	33,3	2	50,0
	Ağrı kesici ilaç kullanma	0	0,0	2	66,7	2	50,0
	Toplam	1	100,0	3	100,0	4	100,0

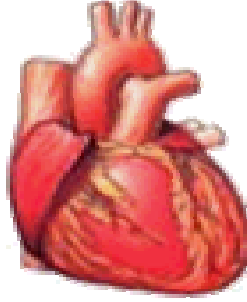
EK-10. EĞİTİM KİTAPÇIĞI

KALP KAPAĞI AMELİYATI SONRASI YAŞAMINIZ



Hazırlayan: Hemşire Yeşim Yaman

KALBİNİZ / KALP KAPAKLARINIZ



Kalbiniz, oksijen ve besin maddeleri ile zenginleştirilmiş kanı vücudunuza pompalayan, kas dokusundan oluşmuş bir pompadır.

Kalp, her insanın yaklaşık kendi yumruğu büyüklüğünde, göğüs kafesi içerisinde iki akciğerin ortasına yerleşmiştir. Kalbiniz 4 bölümden oluşur. Üstteki iki boşluğa kulakçık (atrium) ve alttaki iki boşluğa ise karıncık (ventrikül) adı verilir.

Kalbiniz, 4 kalp kapağından oluşur. Kalp kapakları, kulakçıklar ve karıncıklar arasında kan akışına izin verir ve kanın geriye kaçışını önler. Bu kapaklar;

- **Mitral kapak**; sol kulakçıktan sol karıncığa kanın geçişini sağlar.
- **Aort kapağı**; sol karıncıktan bütün vücuda kanın geçişini sağlar.
- **Triküspit kapak**; sağ kulakçıktan sağ karıncığa kanın geçişini sağlar.
- **Pulmoner kapak**; sağ karıncıktan akciğerlere kanın geçişini sağlar.

KALP KAPAK HASTALIĞI NEDİR?

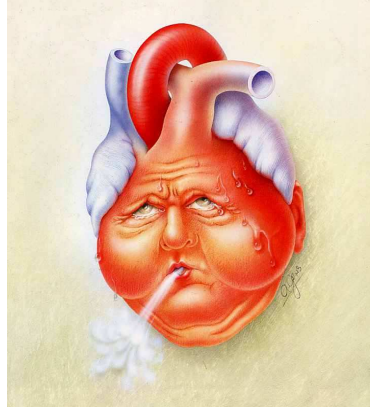
Kalp kapak hastalığı, doğumsal olarak ya da romatizmal ateş, kızıl ve diğer enfeksiyon hastalıklarına bağlı olarak kapak kalınlığının değişmesi ya da hasara uğraması sonucu kapaklarda darlık ve yetmezlik oluşmasıdır.

- **Kapak darlığında;** kapaktaki darlığa bağlı olarak kanın geçişi engellenir.
- **Kapak yetmezliğinde;** kapağın tam kapanamamasına bağlı olarak kan geriye doğru kaçar.

Kalbiniz bu sorunları gidermek için daha fazla çalışır ve bu aşırı çalışmanın sonunda zayıf düşerek aşağıdaki belirtilere

neden olur.

- Nefes darlığı
- Göğüs ağrısı
- Vücutta şişme
- Yorgunluk-halsizlik
- Düzensiz kalp atışı
- Baş dönmesi
- Bayılma



KALP KAPAĞI AMELİYATI

Kalp kapak hastalığı, başlangıçta tıbbi tedavi ile sağlanabilir, fakat çoğu durumda hasara uğramış kalp kapağı/kapaklarının onarılması ya da değiştirilmesi için ameliyat gerekmektedir. Bunlar;

- Aort kapağının değiştirilmesi (AVR= Aort valvül replasmanı)
- Mitral kapağın değiştirilmesi (MVR= Mitral valvül replasmanı)
- Triküspit kapağın değiştirilmesi (TVR= Triküspit valvül replasmanı)

Günümüzde 2 çeşit yapay kapak kullanılmaktadır;

- 1) **Biyolojik (doku) kapak:** Pıhtı oluşumu riski daha az olduğu için 3 ay boyunca kan sulandırıcı ilaç (coumadin) kullanılması gerekmektedir. Fakat, dayanıklılık süresi daha kısadır.
- 2) **Mekanik kapak:** Dayanıklılık süresi daha uzun olduğu için mekanik kapaklar daha fazla tercih edilmektedir. Mekanik kapaklarda pıhtı oluşumu riski yüksek olduğu için ömür boyu kan sulandırıcı ilaç (coumadin) kullanılması gerekmektedir

Kalp kapak ameliyatı ortalama 4 saat sürmektedir.

Kalp kapak ameliyatı, göğsünüzün ortasından dikey bir kesi açılarak yapılır. Ameliyat bitiminde göğüs kemiğiniz paslanmaz çelik tellerle dikilerek kapatılır.



Mekanik Kapak



Biyolojik Kapak

AMELİYAT ÖNCESİ HAZIRLIK

Hastaneye yatmanız enfeksiyonlardan(mikrop kapma) korunmak amacıyla genellikle ameliyattan 1-2 gün öncesinde gerçekleşmektedir. Bu dönemde doktor, anestezi uzmanı ve hemşire ameliyat için gerekli hazırlıklarınızı yapacak ve ameliyatınız için gerekli tetkikler yapıldıktan sonra ameliyata hazır olacaksınız.

Ameliyata hazırlık için neler yapmanız gerekir?

- Ameliyattan önce dişlerinizde enfeksiyon(mikrop) odağı olabilecek bir problem olmadığından emin olmak için diş kontrolünüz yapılacaktır.
- Ameliyat sonrası dönemde akciğerlerinizde problem oluşmasını engellemek ve iyileşmenizi

hızlandırmak için derin solunum ve öksürük egzersizlerine ameliyattan önce başlamalı ve ameliyat sonrası dönemde saatte 5-10 kez yapmalısınız.

- Ameliyattan önceki gün, ameliyat sonrası mikrop kapmayı engellemek için vücudunuzdaki kıllar (kol, koltuk altı, göğüs, kasık) traş edilecek ve banyo yapacaksınız.
- Ameliyattan önceki gece iyi dinlenmeniz ve uyumanız için yatmadan önce size ilaç verilecektir.
- Ameliyat esnasında kusmamanız için gece 24.00'den sonra yiyecek ve içecek almamalısınız.
- Ameliyata gideceğiniz günün sabahı tansiyonunuz, nabzınız ve ateşiniz hemşire tarafından ölçülecektir.
- Ameliyata gitmeden önce tüm kişisel eşyalarınızı (saat, yüzük, kolye, takma diş, gözlük, lens, vb) çıkarıp yakınlarınıza teslim etmelisiniz.
- Bayan hastaların ojelerini çıkarmaları gerekmektedir.
- Ameliyat önlüğünüzü giydikten, bonenizi taktıktan sonra personel ve hemşire ile birlikte ameliyata gideceksiniz.

Solunum ve öksürük egzersizini nasıl yapacaksınız?

İyileşmeyi hızlandırmak ve solunum problemleri oluşmasını engellemek için, **derin solunum ve öksürme egzersizi** yapmanız gerekir. **Bu egzersizleri ameliyattan önceki dönemden başlayarak yapmanız önemlidir.**

Derin solunum egzersizi;

1. Solunum egzersizini sırt üstü yatarken ya da otururken yapabilirsiniz.
2. Nefes alıp vermenizi hissedebilmek için bir elinizi karnınızın üzerine koyun. Diğer elinizle göğüs kafesinizde bulunan yaranızı havlu veya yastık ile destekleyin.
3. Ağzınız kapalıyken burnunuzdan alabildiğiniz kadar derin nefes alın. Akciğerleriniz hava ile dolsun.
4. Nefesinizi bir iki saniye tutun.
5. Dudaklarınızı büzün ve aldığınız havayı üfleyerek çıkarın. Bu egzersizi saatte 5-10 kez yapın.

Derin nefes alıp verme sırasında solunum yolunda balgam varsa yerinden oynayacaktır. **Bu balgamin atılabilmesi için öksürmeniz gerekmektedir.** Burnunuzdan derin nefes alın, bir iki saniye tutun ve ağzınızı açarak hızla öksürün.

Öksürme, ameliyat yerinize ve dikişlerin açılmasına neden olmaz. Ağrı nedeniyle öksürmekten kaçınmayın.

Öksürürken ellerinizle ya da bir yastıkla göğsünüzü destekleyebilirsiniz.

AMELİYAT SONRASI YOĞUN BAKIM DÖNEMİ

Ameliyat bittikten sonra yoğun bakım ünitesine alınacaksınız. Yoğun bakımda doktor ve hemşireniz tarafından verilen önerilere uyduğunuz takdirde iyileşme döneminizi daha hızlı geçirebilirsiniz.

- Yoğun bakım ünitesine geldikten sonra sürekli bir hemşire tarafından bakımınız verilecektir.
- Yoğun bakıma alındığınızda anestezinin etkisiyle bir süre daha uyuyacaksınız. Yapılan konuşmaları duyabilirsiniz. Ancak cevap vermeye çalışmayınız.
- Yoğun bakım ünitesinde monitörden sürekli kalp atımınız ve tansiyonunuz takip edilecektir.
- Ağzınızda sizi solunum cihazına bağlayan bir hortum, göğsünüzün ön ve yan taraflarında dren (göğüs tüpü), kolunuzda ve boynunuzda küçük borular (kateterler) ve idrar sondanız olacaktır.
- Kolunuzda ve boynunuzda bulunan küçük borulardan (kateterler) serum ve ilaç tedaviniz uygulanacaktır.
- Ağzınızda tüp olduğu için ameliyattan hemen sonra konuşamayacaksınız. Tüp sizi rahatsız

edebilir, ancak tüpü ısırmamalı ve çıkarmaya  alışmamalısınız. Anestezinin etkisi geçip, tamamen uyandı ınızda bu hortum a zınızdan çıkarılacaktır. T p çıkarıldıktan sonra çok susarsanız hemşireniz midenizin bulanmaması için dudaklarınızı ıslatacak kadar ya da 1-2 yudum su verecektir. Solunum cihazından ayrıldıktan sonra akci erlerinizin genişlemesi için ameliyat öncesi dönemde   rendi iniz solunum ve öksürük egzersizlerini uygulamanız gerekmektedir.

- Bo azınıza takılan solunum tüpü çıkarıldıktan 4-5 saat sonra sıvı içecekler (su, meyva suyu, komposto) alabilirsiniz. Daha sonra önce yumuşak gıdalar (muhallebi, çorba, patates püresi) ve sonra ise katı yiyeceklere geçilir.
- Yoğun bakım  nitesi, size diğer yerlerden daha karışık gelebilir. Yoğun bakım ortamında sürekli ışıkların yanması nedeniyle zamanı izlemekte güçlük çekebilirsiniz. Size veya diğer hastalara takılı aletlerden alarm sesleri gelebilir, bu durumda telaşlanmayın, hemşire gerekli düzenlemeleri yapacaktır.
- Yoğun bakımda kalış süreniz yaklaşık 1 gündür. Fakat, ameliyat sonrası durumunuza göre bu süre biraz uzayabilir.

- Yoğun bakımda kaldığınız sürece ziyaretçilerinizle görüştürülmeyeceksiniz. Fakat, 1255/1280 nolu yoğun bakım telefonundan istedikleri zaman sizin hakkınızda bilgi alabilirler.

YOĞUN BAKIM SONRASI SERVİS

Ameliyat sonrası dönemde enfeksiyonlara karşı direnciniz düşük olduğu için fazla sayıda ve aynı anda ziyaretçi kabul etmemeniz gerekmektedir. Ziyaretçilerle yakın temastan kaçınmalısınız.

Yürümeye ne zaman başlayabilirsiniz?

Servise çıktıktan sonra genel durumunuza göre önce yatak kenarında 10-15 dakika oturduktan sonra ayağa destekle kalkabilirsiniz. Oda içindeki kısa yürüyüşlerden sonra, koridorda kısa yürüyüşler yapmanız ve yürüyüş mesafesini yavaş yavaş artırmanız gerekir. Oturma ve ayağa kalkma sırasında yakınınız/hemşire sizi sırtınızdan destekleyerek kaldıracaktır ve yürümeleriniz sırasında size eşlik edebilir.

!!! Tek kol geriye atarak destek almaya çalışmak, yan dönerek kalkmak, yan yatmak göğüs ön kemiğinizin kaynamasını engelleyebileceği için sakıncalıdır!!!

Yemek yemeye ne zaman başlayabilirsiniz?

_ Sıvı yiyeceklerden katı yiyeceklere ve düzenli diyetle geçmek için gerekli olan süre hastadan hastaya değişiklik göstermektedir.

_ Şeker hastalığınız varsa diyetiniz şekersiz, tansiyon yüksekliği varsa tuzsuz olarak önerilmektedir.

_ İyileşmeniz için iyi beslenmeniz ve durumunuza göre günde en az iki litre (10 bardak) su içmeniz gerekmektedir.

Ameliyattan sonra ağrınız olacak mı?

Bu dönemde özellikle ameliyat yerinizde, sırt ve omuzlarda değişik derecelerde ağrılar olabilir. Ağrılar genellikle ameliyat bölgesi çevresinde ve hareketsizlik, kasılmalar (kas spazmı) nedeniyle omuz ve sırtta görülmektedir. Bu ağrıların birkaç hafta içinde kaybolması beklenir.

!!! Omuz, kol ve bacakların hareket ettirilmesi (göğüs ön kemiği zorlanmadan), genel duruma göre yürüyüşlerin artırılmasıyla hareketsizlik ağrıları azaltılabilmektedir!!!

Şiddetli ağrılarınız olduğunda durumu hemşirenize ya da doktorunuza söyleyiniz. Ağrınızı gidermek için ağrı kesiciler verilebilir.

Vücut sıcaklığının yükselmesi normal midir?

Ameliyat sonrası ilk günlerde vücut sıcaklığı bir miktar yükselmektedir, bu durum normaldir. Daha sonra vücut sıcaklığınızın normale dönmesi beklenir.

Vücut sıcaklığınızın yükselmesi durumunda soğuk uygulama ve ateş düşürücü ilaçlar yapılabilir.

Göğüs teli (pace teli) niçin yerleştirilir?

Göğsünüze ameliyat sırasında ya da sonrasında oluşabilecek ritm (kalp atımı) bozukluklarına müdahale edebilmek için pace teli takılır ve uçları göğüs duvarına tespit edilir. **Taburcu olmadan önce göğsünüzdeki teller çekilecektir.**

AMELİYAT SONRASI EV PROGRAMI

Eve döndüğünüzde kendinizi yorgun ve zayıf hissedebilirsiniz. İyileşme dönemi yavaş geçecektir, ama normal yaşama kısa bir süre sonra dönmüş olacaksınız.

Eve başkasının kullandığı araba, otobüs veya uçakla gitmenizde sakınca yoktur.

Taburcu olduktan sonra dikkat etmeniz gereken uygulamalar nelerdir?

- Taburcu olduktan sonra ilk hafta evde size yardımcı olacak birini bulundurun.
- İyileşme süresinde sizi ziyarete gelenlerin sayısını sınırlayın. Enfeksiyon nedeniyle onlarla öpüşmeyin.
- İlk 6 hafta vücut ağırlığını tek taraflı omuza vermemeye dikkat edin.
- İlk 6 hafta sırt üstü yatın (yan yatmayın).
- Her gece mutlaka en az 6-8 saat uyumaya özen gösterin.
- İlaçlarınızı size önerilen şekilde alın.
- Ameliyat yaranızı kızarıklık, şişme, ısı artışı, hassasiyet, ağrı ve akıntı yönünden günlük olarak kontrol edin. Bu belirtiler geliştiğinde doktorunuza başvurunuz.

- Beslenmenize dikkat edin.
- Günde iki litre sıvı almaya özen gösterin.
- Sigara ve alkol kullanmayın.
- Doktor kontrollerinizi aksatmayın.



Hangi ilaçları kullanmanız gerekir?

Tedavinizin bir parçası olarak ilaç kullanmanız gerekir. Evde kullanacağınız ilaçların isimleri, ne amaçla kullanıldığı, olabilecek yan etkilerini, ne zaman ve hangi yolla kullanılacağını not ederek saklayın.

Kalp kapağı ameliyatından sonra yaşamınız boyunca kullanmanız gereken ilaçlardan biri “**coumadin**” adlı kanın pıhtılaşmasını geciktiren (kanı sulandıran) ilaçtır. Bu ilacı doktor gözetimi altında düzenli aralıklarla almanız önemlidir.



Coumadin nedir?

Coumadin, kanı sulandıran bir ilaçtır. Fakat, pıhtı oluşumunu durdurmaz, sadece yavaşlatır.

Coumadini ne kadar süre kullanacaksınız?

Bu ilacın kullanım süresi biyolojik kapak takılan hastalarda 3 ay ve mekanik kapak takılan hastalarda ise ömür boyudur.

Coumadini nasıl kullanacaksınız?

- Coumadini yararlı olması için düzenli kullanmanız önemlidir.
- Doktorunuz tarafından size söylenildiği gibi coumadini kullanın. Eğer bunu anlamadıysanız hemşire ya da doktorunuza tekrar sorun.
- İlacınızı bir bardak su ile ve her gün aynı saatte alın.
- Bir doz ilacı unutursanız asla iki doz almayın.
- Doktorunuza sormadan ilacınızı kullanmayı kesmeyin.
- Bu ilacı kullanırken, belirli aralıklarla “kanama-pıhtılaşma zamanına” (INR) baktırmanız gerekir. Bu testler, almanız gereken coumadin dozunu belirlemeye yarar. Doktorunuz taburcu olurken hangi aralıklarla bu testi yaptırmanız gerektiğini söyleyecektir.

İlaç dozunu almayı unutursanız ne yapacaksınız?

- İlaç dozunu almayı unuttuğunuzda, aynı gün içerisinde hatırladığınız zamanda (örneğin sabah almak gerekiyordu, öğleden sonra aklınıza geldi) alınız.
- İlaç dozunu almadığınızı ertesi gün hatırladıysanız bu dozu atlayın, yalnızca o günün dozunu alın.
- Asla iki doz birden almayın.
- İki gün ve daha fazla kullanmayı unutursanız mutlaka doktorunuza başvurunuz.

Coumadinin yan etkileri nelerdir?

Kanı sulandırmak için kullandığınız bu ilacı fazla aldığınızda kanamaya, az ya da hiç almadığınızda ise kapak kenarlarında pıhtı oluşumuna neden olarak kapakları bozabilir.

Coumadini aşırı doz aldığınızda gelişebilecek belirtiler;

- Burun, ağız ve diş etlerinde sızıntı şeklinde kanama
- Kırmızı renkli veya kanlı idrar
- Siyah veya kanlı gaita (büyük tuvalet)
- Deride kırmızı döküntü ve morluklar
- Alışılmamış veya şiddetli baş ağrısı
- Aşırı derecede aybaşı kanaması

- Kanlı balgam
- Kanlı kusma

!!! Bu belirtiler geliştiğinde acilen doktorunuza başvurunuz!!!

!!! Hamilelik ya da hamile kalmayı planladığınızda mutlaka doktorunuzu haberdar ediniz!!!

Coumadin kullanırken beslenmeniz nasıl olacak?

- Ani diyet değişikliklerinden kaçının.
- K vitamininden zengin gıdaların alımından kaçının. K vitamini, kullandığınız ilacın (coumadin) etkisini azaltır.

K vitaminin bulunduğu gıdalar;

- Soya yağı
- Brokoli
- Brüksel lahanası
- Lahana (çiğ)
- Karnabahar
- Su teresi (çiğ)
- Ispanak (çiğ)
- Şalgam (çiğ)
- Yeşil soğan (çiğ)
- Marul
- Mayonez

- Salatalık kabuğu
- Maydanoz
- K vitamini içeren gıdaların diyetten tamamen çıkarılması mümkün değildir. Ancak diyetinizde bu yiyeceklerden her zaman aldıklarınızdan daha fazla almamaya özen gösterin.

Coumadini kullanırken nelere dikkat etmeniz gerekir?

- Ani diyet değışikliklerinden ve **K vitamininden** zengin gıdaların alımından kaçının.
- Diş hekimi ya da doktora gittiğinizde coumadin kullandığınızı söyleyin. Coumadin durdurulamayan kanamalara neden olabilir.
- Bu ilacı kullanırken, doktorunuzun haberi olmadan herhangi bir ilaç (aspirin, soğuk algınlığı ilaçları, antibiyotik, vitaminler, uyku hapları, ağrı kesici ilaçlar) kullanmayın ve kullandığınız ilaç dozunu artırmayın ya da ilacı kesmeyin.
- Alkol kullanımından uzak durun. Alkol, coumadinin etkilerini değıştirir ve tedavi ile ilgili problemler yaratabilir.
- Yanınızda coumadin kullandığınızı belirten bir ilaç kartı taşımanız acil durumda hastaneye kaldırılmanız halinde hayat kurtarıcı olabilir.

- Coumadin kullanırken kanama belirtilerini (burun-kulak-diş eti kanaması, deride morluklar, kanlı kusma, kanlı balgam, vb) gözlemleyin.
- Belirlenen zamanlarda kanama-pıhtılaşma zamanına (INR/PT) baktırın.
- Yaralanmaya neden olabilecek tehlikeli aktiviteler ve spordan uzak durun.

Ameliyat yaranız nasıl iyileşir?

- Ameliyattan sonra göğsünüzde yara olacaktır. Ameliyat yaralarınızın daha çabuk iyileşmeleri için açık bırakılacaktır. Ameliyat yeriniz tam iyileşene kadar temiz tutulmalı ve bu bölgenin hava alması sağlanmalıdır. Normal iyileşme döneminde, hafif yanma ve kaşınmalar olabilir.
- Ameliyat dikişlerinizin alınmasına gerek olmayacak, dikişleriniz vücudunuz tarafından eritilerek yok edilecektir.
- Dren yerinizdeki dikişleri ise taburcu olduktan 7-10 gün sonra herhangi bir sağlık merkezinde aldırabilirsiniz.
- **Yara bakımında dikkat etmeniz gereken noktalar;**
 - Yara bölgenizi temiz tutun ve travmalardan koruyun.

- Doktorunuzun izni olmadan bu bölgeye pomad, yumuşatıcı kremler sürmeyin.
- Banyo sırasında yara bölgesinin temizliği için su ve sabun kullanın.
- Yara bölgesini ovmayın.
- Yara bölgesinde oluşan kabukları soymayın, zamanı geldiğinde onlar kendiliğinden düşecektir.

!!!Ameliyat sonrası dönemde ameliyat yerinizde enfeksiyon gelişebilir. Ameliyat yerinizi kızarıklık, ısı artışı, şişme, hassasiyet, ağrı ve akıntı gibi belirtiler yönünden her gün gözlemleyin ve bu belirtiler görüldüğünde doktorunuza başvurun!!!

Göğüs kemiğinizin iyileşme döneminde evde dikkat etmeniz gereken uygulamalar nelerdir?

Göğüs ön kemiğinin tam olarak kaynaması için gerekli süre 6 haftayı bulduğundan göğüs kemiğinin iyileşme döneminde;

- Sırt üstü yatın, yan yatmayın.
- Vücut ağırlığını tek taraflı omuza verme ve elleri omuz seviyesi üzerinde tutmaktan kaçınin.
- Göğüs adalelerinizi zorlayan hareketlerden (asılma, tek kolla destek alarak kalkmaya çalışmak) uzak durun.

- Ağır eşya kaldırma (5 kilonun üzeri), itip-çekme, çocuk kaldırma, yer süpürme, sıkışmış kavanoz kapakları ve pencereleri açmaya çalışma gibi hareketlerden kaçının.

Ameliyattan sonra beslenmeniz nasıl olacak?

Ameliyat sonrası dönemde dengeli beslenmeniz iyileşmenizi hızlandırır ve kendinizi güçlü hissetmenizi sağlar. Evdeki ilk günlerde iştahsız olabilirsiniz, ancak zaman geçtikçe iştahınız artacaktır.

Beslenmenizde dikkat etmeniz gereken noktalar;

- Yemeklerinizdeki tuz miktarını azaltın. Tuz, vücutta sıvı birikmesine neden olarak kalbin yükünü artırır ve yeterli çalışamamasına neden olur.
- Daha az hazır gıda (konserve, hazır çorba, vb) tüketin.
- Damar sorunlarını önlemek için yağdan fakir besinler tüketin. Kızartma, yumurta ve aşırı yağlı yiyeceklerden uzak durun.
- Bitkisel yağları, balık, bitkisel kaynaklı proteinleri (fasulye), haşlanmış ve çiğ sebzeleri tüketin.
- Kilonuzu normal sınırlarda tutun.
- Vücudunuzda sıvı birikimini gözlemlemek için her gün aynı saatte kilonuzu ölçün.

Kilonuzu ölçerken dikkat etmeniz gereken noktalar;

- Sabah tuvalete çıktıktan sonra tartılın.
- Her seferinde aynı kıyafetlerle tartılın.
- Günlük olarak kaydedin.
- Ard arda 2 gün 1-1.5 kg aldığınızda doktorunuza bildirin.



Ne zaman banyo yapabilirsiniz?

Doktorunuzun önerisiyle, eve gittikten bir hafta sonra duş şeklinde tabureye oturarak, ılık su ve sabun ile banyo yapabilirsiniz.

Banyo ile ilgili dikkat edilecek noktalar;

- Baş dönmesi ve bitkinliğe neden olacağından banyoda çok sıcak su kullanmayın.
- Ameliyat yaranızı yumuşak hareketlerle yıkayın, ovulmaması dikişler açısından önemlidir.
- Banyoda mutlaka yanınızda birini bulundurun.
- Sauna ya da buhar banyosu yapmayın.

Cinsel ilişkiye ne zaman başlayabilirsiniz?

Cinsel ilişkiye yeniden başlamak, hasta ve eşi için stres kaynağı olabilir. Eşinizle duygu ve düşüncelerinizi paylaşmanız yararlı olacaktır. Cinsel ilişki sırasında harcanan efor yaklaşık olarak iki kat merdiven çıkmak veya hızlı bir şekilde 500 metre kadar yürümekle eş değerdir. Eğer bunları yorulmadan veya nefesiniz daralmadan yapıbiliyorsanız 6 hafta sonra cinsel ilişkiye başlayabilirsiniz.

Cinsel ilişki ile ilgili dikkat edilecek noktalar;

- Dinlenmiş olduğunuz zaman cinsel ilişkide bulunun.
- Yemekten hemen sonra cinsel ilişki zararlıdır. Ez az 30 dakika beklenilmesi gerekir.
- Sıcak, nemli ya da soğuk ortamlarda cinsel ilişkide bulunulmaması gerekir.
- Kollarınızı, göğüs kemiğinizi ve nefesinizi zorlamayacak pozisyonlarda cinsel ilişkiye giriniz.

İşe başlamak için ne kadar süre beklemeniz gerekir?

Çalışılan işin niteliğine göre; masa başı, fizik veya psikolojik yönden zorlamayan işlere 4-6 haftadan sonra, bu zorlamaların olabildiği işlerde 3. aydan sonra

başlanılması önerilmektedir. Böyle bir durum söz konusu olduğunda, bilgi almak için doktorunuza başvurunuz.

Araba kullanmak için ne kadar süre beklemeniz gerekir?

Ameliyattan sonra refleksleriniz zayıflamış olacağı ve araba kullanma ameliyat yerinizde gerginliğe neden olacağından 6-8 hafta sonra araba kullanabilirsiniz.

Egzersiz yapmanız neden önemlidir?

Kan akımını artırmak ve kalp kasını güçlendirmek için egzersiz yapmanız önemlidir. **Yürüyüş**, iyileşmenize yardımcı olacak en basit egzersizdir. Ameliyattan sonra, önce evde sonra şartlar uygunsa dışarıda yürüyüşlere başlayabilirsiniz. Çok sıcak, çok soğuk veya çok rüzgarlı havalar dışında kısa yürüyüşlere başlayabilir ve mesafeleri giderek artırabilirsiniz. Başlangıçta düz yerlerde yürüyün. Merdiven çıkarken katlar arasında ve yürüyüşler sırasında arada dinlenin.



Yürüyüş esnasında;

- Aşırı yorgunluk, terleme, baş dönmesi, bayılma hissi
- Göğüs, çene ve kola yayılan ağrı
- Nefes darlığı
- Çarpıntı gibi durumlarda yürüyüşü hemen kesin, eğer dinlenmeyle şikayetler geçmezse hastaneye başvurun.

Ameliyattan sonra göğüs, sırt ve omuzlarda ağrınız olabilir. Ağrıyı hafifletmek ve kasların yumuşamasını sağlamak için **omuz bölgesi ve kol egzersizlerini** yapmanız gerekmektedir. Bu egzersizi sırtınız dik olacak şekilde, oturur pozisyonda yapmanız gerekir. Egzersizler;

1. Başınızı çeneniz göğsünüze gelecek kadar indirin. Aynı hareketi arkaya doğru tekrarlayın.
2. Başınızı yavaşça kulaklar omuza doğru yaklaşacak şekilde her iki yana yatırmaya çalışın.
3. Omuzlarınızı kulaklarınıza doğru yaklaştırın, sonra yavaşça indirin.
4. Omuzlarınızı önden arkaya doğru daire çizecek şekilde çevirin.
5. Omuzlarınızı arkadan öne doğru daire çizecek şekilde çevirin.
6. Ellerinizi, dirseklerinizi bükerek omuzlarınıza değdirin.

Ameliyat sonrası dönemde yaptığınız **derin solunum ve öksürük egzersizlerine** evinizde de yapmaya devam ediniz.

Enfeksiyonlardan korunmak önemli midir?

Ameliyattan sonra kapak enfeksiyonunu önlemek için tüm enfeksiyonlardan korunmanız önemlidir. Bunun için;

- Kalp kapaklarında enfeksiyonun en önemli kaynağı dişlerdir. Bu nedenle düzenli ağız bakımı yapmanız ve dişlerinizi fırçalamanız önemlidir. Çürük diş bulunması durumunda ihmal etmeden diş doktorunuza başvurunuz. Ayrıca sert diş fırçaları kanamaya neden olabileceğinden dişlerinizin temizliğinde yumuşak diş fırçası kullanın.
- Üst solunum yolu enfeksiyonlarından korunun.
- Az ziyaretçi kabul ediniz.
- Yara bölgelerinizi temiz tutunuz.
- Diş çekimi veya bazı girişimler öncesinde (ameliyat, vb) kapakta mikrobik bulaşma olmaması için koruyucu antibiyotik almanız gerekir. Doktorunuzu veya diş hekimini yapay kapak taşıdığınız ve coumadin kullandığınız konusunda uyarın.

Ne zaman kontrole gitmeniz gerekir?

Ameliyattan sonra **aldığınız ilaç (coumadin) dozunun ayarlanabilmesi için gerekli kan testlerinin yapılması ve genel durumunuzun takibi** için kontrollere gelmeniz gerekmektedir. Taburcu olduktan 7-10 gün sonra ilk kontrolünüz yapılır. Hastaneden taburcu edilirken ne zaman kontrole geleceğiniz konusunda size bilgi verilir.

DİKKAT, DİKKAT, DİKKAT, DİKKAT, DİKKAT, DİKKAT

Taburcu olduktan sonra;

- Çarpıntı
- Nefes darlığı
- Ateş (38 derecenin üzerinde), titreme, aşırı terleme
- Baş dönmesi, bayılma, şiddetli baş ağrısı
- Yara yerinizde ağrı, kızarıklık, şişlik ve akıntı
- Hızlı kilo artışı
- İdrar zorluğu ve kanlı idrar olduğu durumlarda vakit geçirmeden doktorunuzu arayın ya da bir sağlık kuruluşuna başvurun.

KAYNAKLAR

- 1.Aslan, S. Koroner Arter Bypass Greft Operasyonlarına Genel Bakış. <http://www.medicine.ankara.edu.tr/cerrahi-tip/kvc/modules/show.php?page=Nurse-CABG>
(12.10.2006)
- 2.Bush, J. (2002). Reducing Risks for Patients Receiving Warfarin, ‘Family Practise Mangement’, vol 9, no 7, sf: 36-38.
- 3.Canabbio, M. M. (2000). Valve Repair/Replacement, Mosby’s Handbook of Patient Teaching, second edition, sf: 635-639.
- 4.Hirsh, J., Fuster, V., Ansell, J., Halperin, J. L. (2003). American Heart Association/American College of Cardiology Foundation-Guide to Warfarin Therapy, ‘Circulation’, 107(12), sf: 1692-1711.
- 5.Horton, J.D.,Bushwick, B. M. (1999). Warfarin Therapy: Evolving Strategies in Anticoagulation, ‘American Family Physician’, vol 59, no 3.
- 6.Küçükkaya, R. Oral Antikoagülan (Warfarin-Coumadin) Tedavi Hasta Kılavuzu.
<http://www.thd.org.tr/halksagligi2/index.asp?textID=2#2>.
(31.08.2006)
- 7.Lemone, P., Burke, K. (2004). Disorders of Cardiac Structure, Medical Surgical Nursing-Critical Thinking in Client Care, third edition, sf: 900-911.
- 8.Lithner, M. (2000). Pre and Postoperative İnformation Needs’, Patient Education and Counselling, 40, sf:461-471.
- 9.Managing Your Warfarin (Coumadin) Therapy- A Patient’s Guide.
<http://www.pfrc.med.nyu.edu/handouts/pdf/medic/warfa.pdf>.
(05.09.2006)
- 10..... Warfarin Sodium.<http://www.drugs.com/pdr/WARFARIN-SODIUM.html>. (18.04.2006)

- 11.....Heart Valve Surgery-A Guide for Patients.
<http://www.brighamandwomens.org/patient/cardiac-valve.aspx>.
(05.09.2006)
- 12.....Hasta Bilgilendirme
Kitabı.<http://www.trakya.edu.tr/Fakulte/tipfak/kdc/Hasta-Bilgilendirme-kitabi.pdf>. (03.02.2006)
- 13.....Cardiac Surgery. Patient Education Brochures.
<http://www.aku.edu/akuh/patientcare/pinfo/surgery.shtml>.
(05.11.2006)
- 14.....(1998). Kalp Ameliyatından Sonra Yaşamınız. Türkiye
Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- 15.....Koroner Arter Bypass Ameliyatı. Gülhane Askeri Tıp
Akademisi Kalp ve Damar Cerrahisi.
- 16.....Heart Valves.
<http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4598>.
(18.11.2006)
- 17.....Types of Valve Disease.
http://www.clevelandclinic.org/heartcenter/pub/guide/disease/valve/valve_types.htm. (24.11.2006)
- 18.....Your Heart Valves.
<http://www.clevelandclinic.org/heartcenter/pub/guide/disease/valve/yourheartvalves.htm>. (24.11.2006)
- 19.....Symptoms of Valve Disease.
<http://www.clevelandclinic.org/heartcenter/pub/guide/disease/valve/valvsymptoms.htm>. (24.11.2006)
- 20.....Valve Repair/Replacement.
<http://www.texasheartinstitute.org/HIC/Topics/Proced/vsurg.cfm>. (18.11.2006)
- 21.....What to Expect When Having Open Heart Surgery.
http://www.mainlinehealth.org/mlh/centprog/heart/article_2225.asp. (10.11.2006)

- 22.....What to Expect in the Intensive Care Unit.
http://www.mainlinehealth.org/mlh/centprog/heart/article_2226.asp. (10.11.2006)
- 23.....What to Expect after the Intensive Care Unit.
http://www.mainlinehealth.org/mlh/centprog/heart/article_2227.asp. (10.11.2006)
- 24.....FAQs About Exercise After Heart Surgery.
http://www.mainlinehealth.org/mlh/centprog/heart/article_2512.asp. (10.11.2006)
- 25.....FAQs About Recovering from Heart Surgery.
http://www.mainlinehealth.org/mlh/centprog/heart/article_2292.asp. (10.11.2006)
- 26.....What to Expect After Heart Surgery.
<http://www.sts.org/sections/patientinformation/adultcardiacsurgery/heart surgery>. (05.11.2006)
- 27.....Information for Patients.
http://www.mgh.harvard.edu/cardiac/surgery/surgery/patient_guide.html. (15.11.2006)
- 28.....Heart Valve Replacement.
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/tutorials/heartvalverepacement/htm/lesson.htm>. (24.11.2006)

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde,

Sayın Yrd. Doç. Dr. Hülya DENİZ BULUT' a tez danışmanım olarak, çalışmamın her aşamasındaki katkılarından dolayı,

Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi' ne araştırmanın uygulanabilmesi için gerekli izini verdiklerinden dolayı,

Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi KVC-1 ve KVC-2 servis hemşirelerine araştırmanın uygulanması aşamasındaki yardımlarından dolayı,

Sayın Yrd. Doç. Dr. Mehmet Ali Özatik' e araştırma sürecindeki yardımlarından dolayı,

Araştırmam boyunca beni destekleyen sevgili aileme,

Teşekkür ederim.

YEŞİM YAMAN

ÖZGEÇMİŞ

Adı: Yeşim

Soyadı: Yaman

Doğum Yeri ve Tarihi: Giresun / 16.05.1981

Eğitimi: 2004 Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
2000 Giresun-Piraziz Anadolu Sağlık Meslek Lisesi

İş Deneyimi: 2003 Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
KVC-YB

2006 Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
KVC servisi

Yabancı Dili: İngilizce

E- mail adresi: yesimyaman28@hotmail.com