

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TRANSİSYONEL BAKIM MODELİ: AÇIK KALP CERRAHİSİ
GEÇİREN YAŞLI HASTALARDA FONKSİYONEL
BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE
ETKİLERİ**

Simge ÇOŞKUN

**Hemşirelik Esasları ve Yönetimi Bütünleşik Doktora Programı
DOKTORA TEZİ**

**ANKARA
2019**

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TRANSİSYONEL BAKIM MODELİ: AÇIK KALP CERRAHİSİ
GEÇİREN YAŞLI HASTALARDA FONKSİYONEL
BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE
ETKİLERİ**

Simge ÇOŞKUN

**Hemşirelik Esasları ve Yönetimi Bütünleşik Doktora Programı
DOKTORA TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Sergül DUYGULU**

**ANKARA
2019**

ONAY SAYFASI

TRANSİSYONEL BAKIM MODELİ: AÇIK KALP CERRAHİSİ GEÇİREN YAŞLI HASTALARDA FONKSİYONEL BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİLERİ

Öğrenci: SİMGE ÇOŞKUN

Danışman: Doç. Dr. SERGÜL DUYGULU

Bu tez çalışması 21.06.2019 tarihinde jürimiz tarafından "Hemşirelik Esasları ve Yönetimi Bütünleşik Doktora Programı" nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Prof. Dr. Hülya Uçar

(imza)

(Nuh Naci Yazgan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Üye:

Prof. Dr. Leyla Dinç

(imza)

(Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Üye:

Doç. Dr. Süheyla Abaan

(imza)

(Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Üye:

Doç. Dr. Nurcan Çalışkan

(imza)

(Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Üye:

Dr. Öğr. Üyesi Zahide Tunçbilek

(imza)

(Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

17 Temmuz 2019



Prof. Dr. Diclehan ORHAN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan "**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**" kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibarenyıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

21 /06/2019

SİMGE ÇOŞKUN

¹"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"

(1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Doç. Dr. Sergül DUYGULU danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.


Simge ÇOŞKUN
28.05.2019

TEŞEKKÜR

Değerli tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Sergül Duygulu'ya sonsuz bilgi, tecrübe ve anlayışıyla bu çalışmanın planlanması ve yürütülmesini yönlendirdiği ve her aşamasında katkıları ile bana destek olduğu için,

Sayın Prof. Dr. Hülya Uçar ve Sayın Doç. Dr. Süheyla Abaan'a tez izleme jüri üyesi olarak, deneyimleri ve uzman görüşleri ile araştırmanın yapılandırılmasında ve izlenmesinde katkıda buldukları için,

Çalışmanın uygulanmasında, Bolu AİBÜ İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Kemalettin Erdem ve Sayın Dr. Öğretim Üyesi Yusuf Velioglu'na, Kalp Damar Cerrahisi Klinik Sorumlu Hemşiresi Sayın Pakize Çelik'e ve servis hemşirelerine, Fizyoterapist Sayın Alp Özel, Diyetisyen Sayın Ezgi Erdem ve Diyetisyen Sayın Rukiye Erdoğan' a katılım ve destekleri için,

Sayın Doç Dr. Fatoş Korkmaz, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Birgül Cerit, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Zahide Tunçbilek, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Şenay Sarmasoğlu ve Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Sayın Songül Yorgun' a çalışmanın uygulanmasında kullanılmak üzere geliştirilen formlar ve kitapçığın oluşturulması aşamasında değerli görüş ve önerileri ile katkıda buldukları için,

Araştırmaya katılmayı kabul eden değerli hasta ve yakınlarına araştırmanın gerçekleştirilmesindeki katkıları için,

Sayın Cem Güzey'e çalışmanın istatistiksel analiz sürecinde sağladığı katkı için,

Değerli meslektaşlarım Arş. Gör. Gülnur Temelli, Arş. Gör. Şeyma Demir ve Arş. Gör. Ümmühan Yiğit'e çalışma süresince manevi destekleri ve değerli katkıları için,

Bu süreçte her daim sevinç ve üzüntülerimi paylaşan değerli dostum Gülsün Kotan'a sonsuz desteği için,

Hayatımın her aşamasında bana güvenen, yanımda olan, sevgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen canım annem Fatma Çoşkun'a ve aileme, sonsuz sabır, sevgi ve anlayışları için teşekkürlerimi sunarım.

Simge ÇOŞKUN

ÖZET

Çoşkun, S. Transisyonel Bakım Modeli: Açık Kalp Cerrahisi Geçiren Yaşlı Hastalarda Fonksiyonel Bağımsızlık Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları ve Yönetimi Bütünleşik Doktora Programı Tezi, Ankara, 2019. Çalışma açık kalp cerrahisi geçiren yaşlı hastalarda Transisyonel Bakım Modeli doğrultusunda verilen hemşirelik bakımının; hastaların fonksiyonel bağımsızlık düzeyleri, yaşam kalitesi ile hastaneye tekrarlı başvuru ve yatış oranları üzerine etkilerini değerlendirmek amacıyla randomize, kontrollü müdahale çalışması olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışma, Sağlık Bakanlığı- Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fakülte Ünitesi Kalp-Damar Cerrahisi Kliniği'ne açık kalp ameliyatı olmak için yatan 60 ve üzeri yaş grubundaki hastalar ile Kasım 2017- Aralık 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışma örneklemini bilgisayar destekli randomizasyonla seçilmiş 32 müdahale ve 32 kontrol olmak üzere toplam 64 hasta oluşturmuştur. Müdahale grubunda yer alan hastalara, kliniğe yatışlarından taburculuk sonrası dokuz haftaya kadar Transisyonel Bakım Modeli temel alınarak bakım verilmiştir. Model kapsamında müdahale grubunda yer alan hastaların aldığı hizmetler, multidisipliner iş birliği ile bakımını, taburculuk sonrası dört ev ziyaretini ve hasta/yakınının gereksinimleri doğrultusunda verilen telefonla danışmanlık hizmetlerini içermiştir. Kontrol grubunda yer alan hastalar standart bakım hizmetlerini almışlardır. Verilerin toplanmasında tanıtıcı bilgiler formları, Otonomi Değerlendirme Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Taburculuk Sonrası Hastaların Hastaneye Tekrarlı Başvuru İzlem Formu kullanılmıştır. Araştırma verileri, hastanın kliniğe kabulünün ilk günü ile hastanın hastaneden taburculuğundan sonra 9. hafta ve 6. aylarında toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Bağımsız Örneklem t Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi ve Ki-Kare kullanılmıştır. Çalışmada müdahale grubunda yer alan hastaların taburculuk sonrası 9. hafta izlemlerindeki Otonomi Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının kontrol grubunda yer alan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ayrıca kontrol grubunda yer alan hastaların taburculuk sonrası izlem sürecinde (6 ay) hastaneye tekrarlı başvuru ve yatış oranlarının müdahale grubunda yer alan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmada Transisyonel Bakım Modeli kapsamında sunulan bakım hizmeti uygulamalarının hastaların fonksiyonel bağımsızlık düzeylerini ve yaşam kalitesi düzeylerini arttırdığı; hastaların taburculuk sonrası hastaneye başvuru ve tekrarlı yatış oranlarını azaltmada etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, Transisyonel Bakım Modeli'nin cerrahi işlem geçirecek olan yaşlı hasta grubunun hemşirelik bakım uygulamalarında kullanılması önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: Transisyonel Bakım Modeli, kalp cerrahisi, hemşirelik bakımı, otonomi, yaşam kalitesi, yaşlı birey.

ABSTRACT

Çoşkun, S. Transitional Care Model: The Effects on Level of Functional Autonomy and Quality of Life in Elderly Patients with Open Heart Surgery. Hacettepe University, Graduate School Health Sciences Fundamentals and Management Nursing Integrated Doctorate Program Doctor of Philosophy Thesis, Ankara, 2019. This randomized, controlled interventional study aimed to assess the effects of nursing care provided in line with the Transitional Care Model on functional autonomy levels, quality of life and recurrent admission and hospitalization rates in elderly patients with open heart surgery. The study was carried out between November 2017- December 2018 on the patients in the age group of 60 years and over who were admitted to the Cardiovascular Surgery Clinic of İzzet Baysal Education and Research Hospital Faculty Unit of Ministry of Health-Abant İzzet Baysal University, for open heart surgery. The study sample consisted of a total of 64 patients, including 32 patients in intervention group and 32 patients in control group, who were selected by computer assisted randomization. The patients in the intervention group were offered care based on the Transitional Care Model up to nine weeks after discharge from the hospital. Within the scope of the model, the services provided by the patients in the intervention group included care with multidisciplinary collaboration, four home visits after discharge and telephone counseling services in line with the needs of the patient / relatives. Patients in the control group received standard care services. In the collection of data, identifying information forms, Functional Measurement System, SF-36 Quality of Life Form and Follow-up Form for Recurrent Admission of Patients after Discharge were used. The research data were collected on the first day of admission to the clinic and in the 9th week and 6th month after the discharge of patients from the hospital. Descriptive statistics, Independent Sample t-Test, One-Way Analysis of Variance and Chi-Square were used to evaluate the data. It was found that Functional Measurement System average scores and SF-36 Quality of Life sub-dimension average scores of the patients in the intervention group in their follow-up of 9th week after discharge were statistically significantly higher than those of the patients in the control group ($p<0,05$). Also, recurrent admission and hospitalization rates of the patients in the control group in the follow-up process after the discharge (6 months) were found to be statistically significantly higher than those of the patients in the intervention group ($p<0,05$). In the study, it was concluded that the care service practices offered under the Transitional Care Model improve the functional autonomy levels and quality of life of the patients and are effective in decreasing the post-discharge recurrent admission and hospitalization rates of the patients. In line with the findings of the study, the Transitional Care Model is recommended to be used in nursing care practices for elderly patients who will undergo surgery.

Keywords: Transitional Care Model, heart surgery, nursing care, autonomy, quality of life, elderly person.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	xiii
ŞEKİLLER	xiv
TABLolar	xv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	7
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	8
1.4. Araştırma Sorusu	8
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1. Kalp Cerrahisi	9
2.2. Yaşlı Hastalar ve Açık Kalp Cerrahisi	10
2.3. Açık Kalp Cerrahisi Geçiren Yaşlılarda Hemşirelik Bakımı	11
2.3.1. Ameliyat Öncesi Bakım	11
2.3.2. Ameliyat Sırası Bakım	12
2.3.3. Ameliyat Sonrası Bakım	13
2.4. Açık Kalp Cerrahisi Geçiren Yaşlılarda Kullanılan Bakım Modelleri	18
2.5. Transisyonel Bakım Modeli	19
2.5.1. Transisyonel Bakım Modeli' nin Temel Bileşenleri	21
2.5.2. Transisyonel Bakım Modeli' nin Sağlık Sistemine Entegre Edilmesi	22
2.6. Transisyonel Bakım Modelinin Sağlık Bakım Sistemi İçerisinde Kullanımı	25
2.6.1. Omaha Sınıflama Sistemi	27
3. GEREÇ ve YÖNTEM	30
3.1. Araştırmanın Şekli	30
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	30

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	31
3.3.1. Araştırmanın Örneklemine Kabul Edilme Kriterleri	32
3.3.2. Araştırmanın Örnekleminden Çıkarılma Kriterleri	32
3.4. Veri Toplama Araçları	33
3.4.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu	33
3.4.2. Yaşlı Bireyin Hastane İzlem Formu	33
3.4.3. Fiziksel Muayene/ Değerlendirme Formu	34
3.4.4. Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Yaşlı Bireyin Taburculuk Sonrası Ev İzlem Formu (Müdahale Grubu/ Kontrol Grubu)	34
3.4.5. Taburculuk Sonrası Hastaların Hastaneye Tekrarlı Başvuru İzlem Formu (Müdahale Grubu/ Kontrol Grubu)	35
3.4.6. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	35
3.4.7. Otonomi Değerlendirme Ölçeği	36
3.5. Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi	38
3.6. Araştırmanın Uygulanması	38
3.6.1. Yapı (Kurumsal Yapının Hazırlanması -Şekil 3.1)	39
3.6.2. Bakım Süreci Uygulamaları	44
3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	52
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	52
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	53
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	54
4. BULGULAR	55
4.1. Müdahale ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Sosyo-demografik ve Tıbbi Özelliklerine İlişkin Bulgular	55
4.2. Müdahale ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Ameliyat Sonrası Hasta Çıktılarına İlişkin Bulgular	58
4.3. Müdahale ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları Sorunlar ve Baş Etme Durumlarına İlişkin Bulgular	66
5. TARTIŞMA	72
5.1. Hastaların Ameliyat Sonrası Hasta Çıktılarına İlişkin Bulgularının Tartışılması	73
5.2. Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları Sorunlara ve Baş Etme Durumlarına Yönelik Bulguların Tartışılması	81

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	88
6.1. Sonuçlar	88
6.2. Öneriler	89
7. KAYNAKLAR	90
8. EKLER	
Ek-1. Güç Analiz Raporu	
Ek-2. Tanıtıcı Bilgiler Formu	
EK-3. Yaşlı Bireyin Hastane İzlem Formu	
EK-4. Fiziksel Muayene/ Değerlendirme Formu	
EK-5. Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Yaşlı Bireyin Taburculuk Sonrası Ev İzlem Formu (Müdahale Grubu)	
EK-6. Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Yaşlı Bireyin Taburculuk Sonrası Ev İzlem Formu (Kontrol Grubu)	
EK-7. Taburculuk Sonrası Hastaların Hastaneye Tekrarlı Başvuru İzlem Formu (Müdahale Grubu)	
EK-8. Taburculuk Sonrası Hastaların Hastaneye Tekrarlı Başvuru İzlem Formu (Kontrol Grubu)	
EK-9. SF-36 Yaşam Kalitesi Formu	
EK-10. Otonomi Değerlendirme Ölçeği	
EK-11. Ekip Üyeleri Sözleşme Metni	
EK-12. Açık Kalp Cerrahisi Klinik Yol Haritası	
EK-13. Açık Kalp Cerrahisi Geçirecek Olan 60 Yaş ve Üstü Hastalar ve Aileleri İçin Geliştirilen Eğitim Rehberi	
EK-14. Transisyonel Bakım Modeli Kapsamında Multidisipliner Ekip İş Birliğinde Yürütülen Hemşirelik Bakımı Süreci	
EK-15. 'Transisyonel Bakım Modeli' Sağlık Ekibi Profesyonellerinin Eğitimi	
EK-16. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formları	
EK-17. Etik Kurul İzni	
EK-18. Kurum İzinleri	
Ek-19. Yaşam Kalitesi (SF36) Formu Kullanımı İçin Yazardan Alınan İzin	
Ek-20. Otonomi Değerlendirme Ölçeği Kullanımı İçin Yazardan Alınan İzin	
EK 21. Orjinallik Ekran Çıktısı	

EK 22. Dijital Makbuz

9. ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER ve KISALTMALAR

AKA	Açık Kalp Ameliyatı
ANOVA	Tek Yönlü Varyans Analizi
ECC	Extracorporeal Circulation-Ekstrakorporeal Sirkülasyon
EGYA	Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri
ERD	Eğitim Rehberlik ve Danışmanlık
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KDC	Kalp Damar Cerrahisi
NIC	Nursing Interventions Classification-Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması
ODÖ	Otonomi Değerlendirme Ölçeği
SPSS	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı
SV	Surveyans
TBM	Transisyonel Bakım Modeli
Tİ	Tedavi ve İşlem
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
$\bar{x} \pm SS$	Aritmetik Ortalama \pm Standart Sapma
VY	Vaka Yönetimi
WHO/DSÖ	World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
2.1. Transisyonel bakım modeli'nin temel bileşenleri.	22
2.2. Transisyonel bakım modeli temel kavram çerçevesi.	23
3.1. Araştırmanın 1. aşaması akış şeması	50
3.2. Araştırmanın 2. aşaması akış şeması	51

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
2.1. Transisyonel bakım modeli uygulama rehberi .	24
3.1. ‘Otonomi Değerlendirme Ölçeği’nin Yetersizlik ve Engellilik Alanındaki Alt Boyutlarından ve Tamamından Alınabilecek En Düşük ve Yüksek Puanlar	38
4.1. Müdahale ve kontrol grubu hastalarının sosyo-demografik özellikleri.	56
4.2. Müdahale ve kontrol grubu hastalarının ameliyat öncesi dönemdeki sağlık durumları ve alışkanlıkları.	57
4.3. Müdahale ve kontrol grubu hastalarının hastaneye yatış ve taburculuk sonrası dokuzuncu haftada fonksiyonel bağımsızlık düzeyi puan ortalamalarının dağılımı.	59
4.4. Müdahale ve kontrol grubu hastalarının hastaneye yatış ve taburculuk sonrası dokuzuncu haftada yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı.	61
4.5. Müdahale ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sürecinde hastanede ortalama yatış süreleri.	64
4.6. Müdahale ve kontrol grubu hastalarının ameliyatlara ilişkin özellikleri ve ameliyat sonrası yaşantıları.	64
4.7. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların hastaneye başvuru ve tekrarlı yatış oranları.	65
4.8. Müdahale ve kontrol grubu hastalarında taburculuk sonrası izlemleri süresince görülen sorunların dağılımı.	66
4.9. Hastaların ve yakınlarının taburcu olduktan sonra yaşanan sorunların çözümüne yönelik uyguladıkları girişimler.	68
4.10. Müdahale grubunda yer alan hastaların bakım sürecinde Omaha Sistemi’ne dayalı olarak problem alanlarına göre tanımlanan problemler ve uygulanan hemşirelik girişim kategorileri	70

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Bilimsel, teknolojik gelişmeler ve bu durumun sağlık alanındaki yansımaları demografik değişimleri beraberinde getirmektedir. Dünya nüfusunun hızla yaşlandığı görülmekte ve günümüzde 605 milyon civarında olan yaşlı nüfus sayısının 2050 yılında iki milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir (1). Ulaşılan bu veriler hastalık ve ölümlerin önemli oranını yaşlı nüfusun oluşturmaya başladığını göstermektedir (1). Bu durum, başta gelişmiş ülkeler olmak üzere gelişmekte olan ülkeleri de derinden etkilemekte; sağlık profesyonellerini yaşlı gruba yönelik bakımla ilgili uygun hizmet türleri geliştirmeye yönlendirmektedir (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşlılığı “bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal yapısında meydana gelen ilerleyici değişiklik süreci” olarak tanımlamakta olup 66-79 yaş aralığını orta yaş olarak kabul etmektedir (1). Çoğu gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede yaşlı sınıflaması ülkelerin kabaca emeklilik yaşlarına eşdeğer olmakla birlikte; kronolojik yaş doğrultusunda 60-74 olarak belirlenmiştir (1).

Dünyada bütün ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer almakta olan kalp-damar sistemi hastalıklarından ölenlerin yarısından fazlasını yaşlı bireyler (özellikle 70 yaşın üzerindeki) oluşturmaktadır (3). Kalp-damar sistemi hastalıkları, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlılardaki morbidite ve mortalitenin en önemli nedenidir (4). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2017 yılı verilerinde son üç yılda ölümle sonuçlanan hastalıkların dağılımı incelendiğinde kardiyovasküler sistem hastalıklarına bağlı ölümlerin birinci sırada yer aldığı görülmektedir (4). Bununla birlikte; altmış beş yaş ve üstü bireylerde ölüm nedenleri arasında yaklaşık % 47,19 oranla kardiyovasküler hastalıklar ilk sırada yer almaktadır (4). Ülkemiz 50 Avrupa ülkesi içinde kardiyovasküler hastalıklara bağlı mortalitenin en yüksek olduğu beş ülkeden birisidir (5).

Yaşlanma sürecinin kendisi kardiyovasküler sistemi etkilemektedir. Kardiyovasküler sistemde meydana gelen değişiklikler sonucu yaşlılık döneminde en sık karşılaşılan hastalıklar; kalp yetmezliği, hipertansiyon, koroner arter hastalıkları (KAH), atriyal fibrilasyon, akut miyokard infarktüsü, kapak hastalıkları ve venöz trombozdur (6, 7). Bu hastalıklar; göğüs ağrısı, nefes darlığı, yorgunluk, baş dönmesi,

temel günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanma, ani ölüm, ekonomik ve iş gücü kayıpları gibi sorunlara yol açmakta ve bireyin yaşam kalitesini azaltmaktadır (8-10).

Kardiyovasküler sistem hastalığı riskine yönelik yaşlı bireyde yaşam kalitesini artırmak ve sorunların gelişimini önlemek için kardiyovasküler sistem risk faktörlerine yönelik farklı bakım ve tedavi seçeneklerinin birlikte ele alınması, yaşlı ve ailesinin danışmanlık eğitimi yapılarak desteklenmesi önemlidir (11, 12). Ancak hastalık geliştiğinde; tedavi yaklaşımları üç grupta toplanmaktadır. Bunlardan; birincisi risk faktörlerinin azaltılması, ikincisi tıbbi tedavi ve üçüncüsü cerrahi tedavidir. Bu yaklaşımlardan açık kalp ameliyatı, medikal tedaviye oranla semptomsuz, kaliteli ve daha uzun bir yaşam sağlaması nedeniyle tercih edilmektedir (12, 13).

Açık kalp ameliyatı (AKA); kalp hastalıklarının tedavisinde kullanılan cerrahi bir yöntem olup, uygulama sırasında kalp ve akciğerler devre dışı bırakılmaktadır (14, 15). Açık kalp ameliyatları başlıca; koroner arter bypass greft ameliyatını, kalp kapakçık ameliyatlarını, kalp transplantasyonunu ve konjenital kalp ameliyatlarını kapsamaktadır (15, 16). Yaşlı hastalarda AKA'nın amacı; kalp damar hastalıklarının belirtilerini ortadan kaldırmak, kardiyak fonksiyonu geri kazandırmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır (14, 16-18). Ameliyat sonrası başarı oranındaki artışla orantılı olarak yaşlı bireylerde AKA vaka sayısı giderek artmaktadır (16, 18).

Tıp teknolojisi ve cerrahideki ilerlemeler açık kalp ameliyatlarında başarı oranını ve vaka sayısını arttırmasına rağmen, yapılan çalışmalarda ameliyat sonrası dönemde yaşlı bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlarla karşı karşıya kaldığı belirtilmektedir (19-22). Çalışma sonuçları, AKA geçiren hastaların taburculuk sonrası pek çok kontrol edilebilir ya da önlenebilir sorunla karşılaştığını ve hastaneye tekrar başvuru yaptıklarını göstermektedir (23-25). Literatür incelendiğinde, kardiyovasküler cerrahi sonrası yaşlı hastaların en sık; insizyona bağlı ağrı (26-29), enfeksiyon, göğüs ve bacak insizyonunda ödem, yorgunluk, güçsüzlük (30-32), uyku sorunları (33), solunum sıkıntısı (19, 30), çarpıntı (21, 23, 34), iştah ve tat almada değişiklik (30, 35), diyare, konstipasyon, bulantı, kusma, abdominal distansiyon, kilo kaybı sorunları yaşadıkları (21, 36) görülmüştür. Ayrıca, cinsel işlev bozukluğu (37, 38), bilişsel sorunlar, deliryum (22, 39-41), anksiyete ve depresyonunda (20, 21, 29, 30, 42) sık karşılaşılan diğer sorunlar arasında olduğu saptanmıştır. AKA sonrasında

yaşanan bu sorunlar yaşlı bireylerin fonksiyonel bağımsızlıklarını kısıtlayarak günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede güçlük yaşamalarına neden olmaktadır (20, 43-45).

Yaşlılık döneminde fonksiyonel otonominin azalması ya da kaybı; fiziksel (kas gücünde azalma, motor fonksiyonlarda kayıplar gibi), duyuşal (görme ve işitme yetilerinde azalma gibi) ve zihinsel kayıplara bağılı olarak gelişmektedir. Yaşlı bireylerin yaşadıkları sorunların da etkisiyle karşı karşıya kaldıkları fonksiyonel bağımsızlıklarının azalması ya da kaybedilmesi mortalite ve morbidite risklerinin artmasına, yaşam kalitelerinin azalmasına, bağımlılık derecelerinin artmasına ve hastaneye tekrarlı yatışlarına neden olmaktadır (23-25, 46, 47). Hastaneye tekrarlı yatışlar, hastanede kalış süresini uzatmakta, sağılık bakım giderlerini arttırmakta (34), hasta ve ailesinin sosyal yaşamını olumsuz etkilemektedir (48). Yapılan çalışmalarda AKA sonrası ilk 30 gün içerisinde hastaneye tekrarlı başvuru ve yatış oranlarının %8,3 ile %21,1 arasında olduğı; bu grubu özellikle yaşlı ve yalnız yaşayan bireylerin oluşturduğı belirtilmektedir (24, 42, 49). 2009 ve 2011 yılları arasında Türkiye’de AKA geçirmiş olan 20.126 hastanın takibi ile yürütölen bir çalışmada da sağılık bakım giderlerinin yıllık maliyetinin ortalama 70 milyon euro olduğı; ayrıca bu yıllık ortalama sağılık bakım giderlerinin %45’inin 65 yaş ve üstü gruba ait olduğı saptanmıştır (50). Çalışma sonuçlarında ise uygun hizmet türleri ve kalite çalışmaları ile maliyet artışlarının önlenebileceğı ve azaltılabileceğı vurgulanmaktadır (50, 51).

Bu sonuçlar, yaşlı hasta ve ailesinin hastaneden taburculuk sonrası ve özellikle ameliyat sonrası süreçte sağılık bakım profesyonellerine olan gereksinimlerine dikkat çekmektedir. Kalp cerrahisi öncesi ve sonrası dönem, hastanın (özellikle yaşlı bireylerin) yaşamında hem kendisi hem de ailesi için bir geçiş dönemi özelliğı taşımaktadır. Bu dönemin başarılı bir şekilde atlatılması ve belirtilen sorunlarla karşılaşılmasını için sağılık bakım profesyonellerinin yaşlı hasta ve ailesini bu geçiş sürecini dikkate alarak desteklemesi, bakım ve tedavisini koordine etmesi önem taşımaktadır (10, 45). Literatürde özellikle yaşlı gruba yönelik bakım hizmetlerinin hastalık merkezli olmayıp; hasta merkezli, bakımın sürekliliğini destekleyen, hasta uyumunu arttıran ve maliyeti etkin olma özelliğı taşıyan bakım modelleri kapsamında yürütölmeli gerektiğı vurgulanmaktadır (52-54).

Hemşirelikte model kullanımı, tıbbi uygulamalardan farklı olarak hemşireliğin özüne ve uygulamalarına odaklanılmasını sağlamakta; bakımın sistematik bir şekilde, hedefler doğrultusunda kontrollü yürütülmesine ve etkin olmasına yardımcı olmaktadır (54, 55). Özellikle son yıllarda savunmasız ve örselenebilir hasta gruplarına yönelik çeşitli geçiş bakım modelleri ve uygulamaları yürütülmekte ve etkinlikleri değerlendirilmektedir. Başlıca geçiş bakım modelleri; Naylor'un Transisyonel Bakım Modeli ve Coleman'ın Bakım Geçişleri Müdahalesi olmakla birlikte; Yeniden Yapılandırılmış Taburculuk, Köprü Modeli- Geliştirilmiş Taburculuk Planlama Programı, Yaşlı Yetişkinler İçin Daha İyi Sonuçları Destekleyen Güvenli Geçişler ile Sağlıklı Bakım Geçişleri Çözümü'dür (56). Bu uygulamalar arasından son yıllarda sıklıkla uygulanan Transisyonel Bakım Modeli; Kanıta Dayalı Politika Koalisyonu (Coalition for Evidence-Based Policy, 2010) tarafından hastaneden eve geçiş sürecinde uygulama grubu üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabilecek üst düzey, kanıt temelli bir yaklaşım olarak kabul edilmiştir (57).

Transisyonel Bakım Modeli (TBM); *“sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak, risk altındaki popülasyonlar arasında önlenebilir kötü sonuçlardan kaçınmak ve hastaların bir seviyeden veya bakım ortamından diğerine güvenli ve zamanında transfer edilmesini sağlamak için tasarlanmış, zaman sınırlı hizmetlerin geniş bir yelpazesi”* olarak tanımlanmaktadır (58). TBM özellikle yaşlı hasta ve yakınlarının (primer bakım vericisinin) bakım sürecine aktif katılımını da içeren ekip çalışmasını temel almaktadır (59, 60). Bununla birlikte özellikle; TBM, hastanın kliniğe yatışı ile birlikte değerlendirilme sürecinin başlamasını, hastanın başlıca semptomlarının tanımlanmasını, yönetilmesini ve bu konuda hasta ve bakım vericisinin eğitimini, taburculuğunun planlanması, hastaneden taburculuğu sonrası tanımlanan süre boyunca telefon görüşmeleri ve ev ziyaretleri ile danışmanlık hizmeti verilmesini kapsamaktadır (59-61). Sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği halinde, kanıta dayalı klinik protokollere odaklı ve her bir hastaya özel geliştirilen bakım planları ile hizmet sunulmasını hedefleyen modelin bakım koordinatörü rolünü uzman hemşire üstlenmektedir (59).

Kısaca; 'Transisyonel Bakım Modeli' yaşlı hastanın kliniğe kabulü ile başlayıp taburculuk sonrası süreci de kapsayacak şekilde; bakımın koordinasyonunun ve devamlılığının sağlanmasını, klinik tedavi ve yönetimi hasta ve ailesi ile birlikte bakım

vericisinin de aktif katılımı ile gerçekleştirilmesini içermektedir (59, 62). Temel hedefi hasta ve yakınlarının geçiş sürecini en başarılı şekilde atlattıklarını sağlamak olan TBM sunulan bakım hizmetinin etkinliğini artırarak, hastaneye kısa sürede tekrarlı başvuruları, morbidite ve mortalite oranlarını azaltan, maliyeti etkin bir uygulama olma özelliği kazanmaktadır (63-66). En önemli özelliklerinden bir diğeri ise hasta ve ailesinin sürece aktif katılımını sağlaması, destekleyici ve yönlendirici olmasıdır (65, 66).

Naylor ve arkadaşlarının 1999 yılında riskli yaşlı kalp hastası grubunda TBM'nin etkinliğini değerlendirdikleri ilk randomize kontrollü çalışmada deney grubunda sağlık bakım giderlerinde önemli oranda azalma olduğunu saptamışlardır (67). Kalp yetmezliği tanısı ile hastaneye yatırılan 239 yaşlı hasta ile randomize kontrollü yaptıkları bir diğerk çalışmada (2004) ise modelin hastaların hastaneye tekrarlı başvuru/yatış, mortalite oranları, yaşam kalitesi ve fonksiyonel durumları, bakımdan memnuniyet düzeyleri üzerine etkilerini incelemişlerdir. Uygulama hastaların hastaneye yatışıyla başlamakta ve uzman hemşire tarafından bakımlarının koordine edilmesi, taburculuk eğitiminin verilmesi ve hastanın taburculuk sonrası üç ay takip sürecini içermektedir. Deney grubu hastalarının hastaneye tekrarlı başvuru ve sağlık harcamalarında önemli azalma saptanmış olup, diğerk parametrelerde de olumlu sonuçlar elde edilmiştir (62). Literatür incelendiğinde Stauffer ve arkadaşlarının (2011), 65 yaş ve üstü kalp yetmezliği tanısı almış olan hastalar ile yaptıkları bir çalışmada; hastalara uygulanan TBM'nin taburculuk sonrası 30 günlük süreçte hastaneye tekrarlı başvurularda %48 oranında önemli bir azalma sağladığı görülmüştür. Bununla birlikte uygulamanın çalışmanın yapıldığı kurumda hastane katkı paylarında kişi başı ödemeleri ortalama 227 dolar azalttığı saptanmıştır (66). Benzer şekilde altı aylık izlem sürecini içeren kalp yetmezliği tanısı alan hastalar ile gerçekleştirilen diğerk randomize kontrollü çalışmada da bu bakım modelinin yüksek riskli hasta gruplarında hastaneye tekrarlı yatışlara yönelik önemli bir önleyici etken olduğu, böylece maliyeti azaltmada ciddi katkısının olduğu sonucu elde edilmiştir(48). Çin'de koroner arter hastaları üzerinde transisyonel bakım uygulamalarının etkinliğinin değerlendirildiği diğerk çalışma sonuçları da bu modelin klinik sonuçları önemli ölçüde iyileştirdiğini, hastaların sağlığı teşvik edici davranışları uygulama

becerisini, fonksiyonel durumunu ve yaşam kalitesini arttırmada etkili olduğunu vurgulamaktadır (68, 69).

İlerleyen çalışmalarında Naylor ve arkadaşları (2016) TBM uygulamaları ile iki farklı kanıta dayalı müdahale uygulamasının hastaneye yatışı yapılmış bilişsel engelli yaşlı yetişkinlerin bakım deneyimleri, sağlık hizmeti kullanım oranları ve yaşam kaliteleri üzerindeki etkilerini karşılaştırmışlardır. Çalışma sonuçları, bilişsel engelli yaşlı hasta grubunda da TBM uygulamasının altı aylık takip süreci içerisinde hastaların hastaneye tekrarlı yatış oranları ve sağlık kaynaklarını kullanma oranlarını azaltmada diğer iki gruptan çok daha etkili olduğunu göstermektedir (70, 71).

Transisyonel bakım servisi hizmeti kullanan, en az bir kronik hastalığa sahip yaşlı hastaların 2015-2016 yılları arasında 90 gün içerisinde hastaneye tekrarlı başvuru oranları ile aynı kurumun 2011-2012 yıllarındaki hastaların hastaneye tekrarlı başvuru verilerinin kıyaslandığında çalışmada %38'lik bir azalma saptanmıştır (72). Çalışma sonuçlarına paralel olarak, çalışma tasarımı ve müdahale uygulamasındaki farklılıklara rağmen, uzman hemşire liderliğinde yapılan benzer transisyonel bakım uygulamalarının kronik hastalığa sahip yaşlı hastaların hastane geri kabul oranlarını %7 ila %48 arasında azaltmaya yardımcı olduğu görülmüştür (70, 73, 74). Lenaghan (2018)'in çalışmasında da en az bir kronik hastalığa sahip yaşlı bireyleri öz-bakımları konusunda güçlendirmeye yönelik TBM'nin etkin olduğu görülmüştür (75).

TBM'nin kanser hastalarında ağrı yönetimi ve yaşam kaliteleri üzerine etkinliğinin değerlendirildiği bir diğer çalışmada ise model uygulamalarının kontrol grubuna göre anlamlı oranda ağrı yönetimini desteklediği ve yaşam kalitesi düzeyini arttırdığı saptanmıştır (72).

Coleman ve arkadaşları (2004), modelin uygulamalarından en fazla yararlanma olasılığı olan hasta popülasyonlarının: kronik böbrek yetmezliği, bilişsel bozukluk (demans), kronik obstrüktif akciğer hastalığı, koroner arter hastalığı, diyabet, inme, kalça kırığı, çeşitli cerrahi vakalar, periferik vasküler hastalık, pulmoner emboli, kardiyak aritmi tanısı olan yaşlı hasta grupları olduğu belirtmektedir (76).

Ülkemizde, AKA geçiren yaşlı hasta grubuna yönelik aktif kullanılan bir bakım modeline literatürde rastlanmamıştır. Bununla birlikte uygulamada AKA sonrası hastaların, ortalama 4-5 gün gibi kısa sürede hastaneden taburcu edildikleri, bu sürenin ise hasta ve ailesinin başarılı bir geçiş süreci yaşamalarına olanak tanımadığı

görülmektedir. Ayrıca, ülkemizde hastaların taburculuk sonrası kontrol randevuları dışında evde izlem programları mevcut olmayıp, bakımda multidisipliner ekip çalışmasında eksiklikler yaşanabilmektedir. Günümüzde yürütülmekte olan evde bakım hizmetlerinin ise hasta ve ailelerinin talepleri doğrultusunda evde sınırlı bakım hizmetleri sunmakta olduğu ve ilgili yönetmeliklerde de ameliyat sonrası hasta takibi ile ilgili hükümlerin yer almadığı görülmektedir (77, 78). Tüm bunların bir sonucu olarak, AKA geçiren hasta ve yakınlarının taburculuk sonrası hasta bakımında sorunlar yaşanabilmektedir. Ayrıca, hastaneye tekrarlı başvuru ve yatış oranlarında artış ile doğru orantılı olarak sağlık bakım giderlerinde de artış sorunları yaşanabilmektedir (24, 50).

Literatürde TBM'nin özellikle kalp yetmezliği tanısı olan, bilişsel engelli ve en az bir kronik hastalığa sahip yaşlı hasta gruplarında etkili olduğu yukarıda belirtilen çalışmalarda görülmekle birlikte cerrahi operasyon geçiren yaşlı hastalarda etkinliğini gösteren çalışmalara rastlanmamıştır. Bu çalışmamızda; Mary Naylor tarafından geliştirilen, temelde; savunmasız/ örselenebilir, kronik hastalığı olan yaşlı birey ve ailesini destekleyerek taburculuk sonrası hastaneye tekrarlı başvuru ve yatışa neden olan sorunları önlemeyi hedefleyen 'Transisyonel Bakım Modeli', AKA geçiren yaşlı hasta grubunda kullanılmış olup modelin cerrahi operasyon geçiren yaşlı hastaların yaşam kalitesi ve fonksiyonel bağımsızlık düzeylerine etkisini inceleyen ilk çalışmadır. Ayrıca TBM ile verilen bakım hizmetinin, AKA geçiren hastanın taburculuk sonrası hastaneye tekrarlı başvuru ve yatış oranları üzerine etkisini inceleyen ilk çalışmadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Çalışma, açık kalp ameliyatı geçiren yaşlı hastalarda TBM doğrultusunda multidisipliner ekip iş birliğinde yürütülen hemşirelik bakımının; hastaların fonksiyonel bağımsızlık düzeyleri ve yaşam kalitesi düzeyleri üzerine etkisini değerlendirmeyi amaçlamıştır. Ayrıca araştırma TBM'nin hastaların hastaneye tekrarlı başvuru ve yatış oranları üzerine etkilerini değerlendirmeye yönelik sorulara yanıt aramıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₀₋₁: AKA geçiren yaşlı hastalarda TBM doğrultusunda multidisipliner ekip iş birliğinde yürütülen hemşirelik bakımının hastaların fonksiyonel bağımsızlıklarına etkisi yoktur.

H₁₋₁: AKA geçiren yaşlı hastalarda TBM doğrultusunda multidisipliner ekip iş birliğinde yürütülen hemşirelik bakımının hastaların fonksiyonel bağımsızlıklarına etkisi vardır.

H₀₋₂: AKA geçiren yaşlı hastalarda TBM doğrultusunda multidisipliner ekip iş birliğinde yürütülen hemşirelik bakımının hastaların yaşam kalitesine etkisi yoktur.

H₁₋₂: AKA geçiren yaşlı hastalara TBM doğrultusunda multidisipliner ekip iş birliğinde yürütülen hemşirelik bakımının hastaların yaşam kalitesine etkisi vardır.

1.4. Araştırma Sorusu

1. AKA geçiren yaşlı hastalarda TBM doğrultusunda multidisipliner ekip iş birliğinde yürütülen hemşirelik bakımının hastaneden taburcu olan hastaların hastaneye tekrarlı başvuru ve yatış oranlarını azaltma etkisi var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalp Cerrahisi

Kalp damar hastalıkları bütün dünyada ölüm nedenleri içerisinde ilk sırada yerini almaktadır. DSÖ 2030 yılında kalp ve damar sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin 22,2 milyona ulaşacağını tahmin etmektedir (4, 79). TÜİK'nun ölüm verileri kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin payının tüm ölüm verileri içinde gittikçe artma eğiliminde olduğunu; yaşlıların mortalite nedenleri arasında kalp damar sistemi hastalıklarının ise %45,6'lık payla ilk sırada yer aldığını göstermektedir (4, 80).

Kalp ve damar sistemi hastalıklarının gelişiminde; stresli ve hareketsiz bir yaşam, tütün ve alkol kullanımı, fazla hayvansal yağ tüketimi, obezite ve obeziteye yol açabilen sağlıksız beslenme, hipertansiyon, dislipidemi, diyabet hastalığı ile birlikte ilerleyen yaş önemli bir rol oynamaktadır (15). Kardiyovasküler sistem hastalığı riskine yönelik yaşam kalitesini arttırmak ve sorunların gelişimini önlemek için kardiyovasküler sistem risk faktörlerine yönelik farklı bakım ve tedavi seçeneklerinin birlikte ele alınması, birey ve ailesinin danışmanlık ve eğitim yapılarak desteklenmesi önemlidir (11, 13). Ancak hastalık geliştiğinde; tedavi yaklaşımları üç grupta toplanmaktadır. Bunlar; risk faktörlerinin değiştirilmesi, tıbbi tedavi ve cerrahi tedavidir. Yaşam tarzı değişikliği ve ilaç tedavisi ile kontrol altına alınamayan ilerlemiş kalp ve damar hastalıklarında cerrahi tedavi tercih edilmektedir (12, 13).

Kalp cerrahisi kapalı ve açık kalp ameliyatı olmak üzere iki farklı şekilde gerçekleştirilmektedir. Kapalı kalp ameliyatı; kalp ve akciğer çalışırken, ekstrakorporeal sirkülasyon (ECC) cihazı kullanılmadan, kalbe cerrahi girişimde bulunulmasıdır. Açık kalp ameliyatı ise; ameliyat süresince kalp ve akciğerlerin devre dışı bırakılarak vücut dışında bir makine tarafından işlevlerinin geçici olarak sürdürülmesi sırasında gerçekleştirilen ameliyattır (14, 81). AKA sırasında geçici bir süre kardiyak arrest oluşturulmaktadır. Bu sırada miyokardı koruma uygulamaları ile kardiyopulmoner bypass teknikleri kullanılmaktadır (81, 82).

Açık kalp ameliyatı, medikal tedaviye oranla semptomsuz, kaliteli ve daha uzun bir yaşam sağlaması nedeniyle tercih edilmektedir (83, 84). Kalp cerrahisi koroner arter greftlerini, kalp kapaklarına yönelik girişimleri, konjenital lezyonların

onarımını ve kalp transplantasyonunu kapsamaktadır (16, 82, 85). En sık AKA yapılan kalp hastalıkları; KAH ve kalp kapağı hastalıklarıdır (15, 16).

2.2. Yaşlı Hastalar ve Açık Kalp Cerrahisi

Dünyada bütün ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer almakta olan kalp-damar sistemi hastalıklarından ölenlerin yarısından fazlasını yaşlı nüfus oluşturmaktadır (3). Yaşlanma sürecine bağlı kalbin yapı ve fonksiyonlarındaki değişiklikler ve fiziksel hareketsizlik kardiyovasküler sistem hastalıklarına yol açan risk faktörleridir. Yaşlılık döneminde kardiyovasküler sistem değişiklikleri sonucu kalp yetmezliği, hipertansiyon, KAH, atriyal fibrilasyon, kapak hastalıkları, akut miyokard infarktüsü, ve venöz tromboz görülme riski artmaktadır (6, 7, 46, 84). Bununla birlikte yaşlı bireyler bu hastalıklara bağlı fiziksel aktiviteleri ile ilişkili yaşadıkları semptomlar arttıkça fiziksel hareketliliklerini kısıtlamayı tercih etmektedirler (8). Bu durum yaşlı bireylerin fiziksel, sosyal, mental fonksiyonlarının ve yaşam kalitesi düzeylerinin azalmasına, sağlık algılarının bozulmasına yol açmaktadır (8).

Bu durumlara paralel olarak, günümüzde giderek artan oranda yaşlı hastaya açık kalp ameliyatı uygulanmaktadır. Yaşlı bireylerde açık kalp ameliyatının temel amaçları; iskemiye önleyerek, anjina pectoris ve miyokard enfarktüsü riskine engel olmak, yaşlı bireyin egzersiz toleransı ile birlikte fonksiyonel bağımsızlık düzeyini arttırmak ve yaşam süresi ile paralel yaşam kalitesini de arttırmaktır (45).

Ancak yaşlı bireylerin sahip oldukları kronik hastalıklar, yaşlanma ile meydana gelen fizyolojik değişiklikler, cerrahi strese karşı gösterilen yanıtın azalması, yaşlı bireylerin cerrahi girişim sonrası mortalite ve morbidite oranını arttırabilmektedir (86-88). Çoklu sistem etkileri olan kalp ameliyatı yaşlı birey için gerçek bir travmadır (86, 89). Bu nedenle yaşlı hastalarda kalp ameliyatına bağlı mortalite oranını azaltmak ve gelişebilecek komplikasyonları önleyerek istenilen hasta çıktılarına ulaşabilmek için sürecin ameliyat öncesi, sırası ve sonrasını içeren üç aşamasında da hastanın kapsamlı değerlendirilmesi ve hemşirelik bakımının iyi planlanarak yönetilmesi gerekmektedir.

2.3. Açık Kalp Cerrahisi Geçiren Yaşlılarda Hemşirelik Bakımı

Yaşlılar çeşitli nedenlerle cerrahi girişim deneyimlemekte olup, cerrahi süreçleri sırasında gereksinimleri yetişkinlerden farklı olabilmektedir. Özellikle yaşlanma ile birlikte fizyolojik ve psikososyal değişikliklerin meydana gelmesi, cerrahi girişim gerektiren hastalıkla birlikte risk oluşturabilecek farklı hastalıklarının bulunması, yaşlıların hemşirelik bakımının planlanmasını ve uygulanmasını yetişkinlerden farklılaştırmaktadır (90, 91). Yaşlı bireylerde AKA'nın başlıca amaçları; hastanın iyileşme sürecini başlatmak ve hızlandırmak, gelişebilecek komplikasyonları önleyerek en kısa sürede bireyin kendi bakım uygulamalarını üstlenmesini, gereksinimlerini karşılayabilmesini diğer bir ifade ile günlük yaşam aktivitelerini kendisinin yerine getirebilmesini, sağlık durumunu koruyarak geliştirmesini sağlamaktır (15, 45, 90, 91).

AKA sürecinde yaşlı hastanın bakımı perioperatif süreç dediğimiz; ameliyat kararı ile başlayıp ameliyathaneye sevki ile sonlanan ameliyat öncesi (preoperatif), ameliyathaneye teslimi ile başlayıp, yoğun bakıma nakil ile sonlanan ameliyat sırası (intraoperatif) ve yoğun bakım süreci ile başlayıp, eve ya da başka bir kuruma taburculuğu ile sonlanan ameliyat sonrası (postoperatif) olmak üzere üç dönemi kapsamaktadır (90-92). Perioperatif sürecin başlıca amaçları, hastada fizyolojik stabiliteyi sağlamak, komplikasyonları önlemek, rahatlığı ve güvenliği sağlamak ile birlikte yaşlı bireyde perioperatif süreklilik boyunca hastalık öncesi fonksiyonel kapasite ve yaşam kalitesini korumaktır (93). Perioperatif hemşirelik ise; 'hastanın ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası deneyimlerinde kapsamlı bakımının sağlanması' olarak tanımlanmaktadır (94).

2.3.1. Ameliyat Öncesi Bakım

Yaşlı hasta için yapılacak iyi bir ameliyat öncesi değerlendirme ve hazırlık cerrahi tedavinin sonucunu olumlu yönde etkileyebilmektedir (91, 95). AKA adayı olan bir hastanın öncelikle; sağlık öyküsü, fiziksel, psikososyal ve fonksiyonel durumunu içeren kapsamlı değerlendirilmesinin sağlık ekibi üyeleri tarafından yapılması gerekmektedir (15, 45, 88, 92, 96).

Ameliyat öncesi dönemde sağlık öyküsü; kardiyovasküler fonksiyonlarla birlikte bütün sistemlerin fonksiyonlarının, geçirilmiş ameliyat, kronik hastalık varlığı, sürekli kullandığı ilaçların, alışkanlıklarının (sigara ve alkol kullanımı) değerlendirilmesini kapsamaktadır (88, 92, 93, 96, 97). Fiziksel değerlendirme; hastanın genel görünüm ve davranışlarının, yaşam bulgularının, boy ve kilo değerlerinin, beslenme durumunun, ağrı ve ödem bulgusunun varlığının, laboratuvar ve tanısal testlerinin değerlendirilmesini kapsamaktadır (88, 93, 95, 97, 98). Ameliyat hasta ve ailesi için fizyolojik bir stres kaynağı olmakla birlikte güçlü bir psikolojik stres kaynağıdır (88). Bu noktada hastanın ameliyat öncesi psikososyal hazırlığı fizyolojik hazırlık kadar önemli olup; hasta ve yakınlarının anksiyete seviyesinin ve bilgi gereksinimlerinin değerlendirilmesini içermektedir (88, 91, 93, 99). Yaşlı bireylerde özellikle fonksiyonel durumunun değerlendirilmesinde; fonksiyonel kaybının ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme durumunun belirlenmesi bakım sürecini etkilemekle birlikte ameliyat sonrası dönemde iyileşme sürecini etkileme yönünden de önemlidir (92, 93, 96, 98).

Ameliyat öncesi dönemde, yaşlı bireyin yukarıda belirtilen değerlendirilme süreci sonunda elde edilen veriler doğrultusunda; sağlık ekibi üyelerinin ortak görüşleri doğrultusunda cerrahi riskin belirlenmesi ve hastanın bakımından sorumlu hemşire tarafından bireye özgü eğitimin planlanarak verilmesi, bilgilendirilmiş onamının alınması ve ameliyat hazırlığının yapılması gerekmektedir (15, 88, 91, 93, 98).

2.3.2. Ameliyat Sırası Bakım

AKA birçok sistemi etkilemekte olup, özellikle yaşlı hastalar için önemli bir travmadır (45). Yaşlı bireyin ameliyatı sırasında en önemli unsur hastanın güvenliğidir (100). Hastanelerin yoğun çalışma temposunun olduğu, iletişim sorunlarının yaşanabildiği ve gelişmiş teknolojilerin kullanıldığı alanlardan birisi olan ameliyathaneler hasta güvenliğini tehdit eden önemli faktörlerden birisidir (101). Bu noktada hemşire cerrahi işleme yardımcı olmakla birlikte primer olarak hastanın konforundan ve güvenliğinden sorumludur (88).

DSÖ; güvenli ortamı oluşturabilmek, ekip üyeleri arasında iletişimi kolaylaştırmak ve cerrahi ekibin iş birliğini geliştirmek için cerrahi güvenlik kontrol

listesinin kullanılmasını önermektedir (102). Kontrol listesinin; istenilen amaca ulaşabilmede etkili olabilmesi için ise tek kişinin liderliğinde yürütülmesi, kontrol listesi sorumlusunun cerrahi girişimin her aşamasını kontrol etmesi, bir aşama tamamlanmadan diğer aşamaya geçilmesine izin verilmemesi ve cerrahi ekibe rehberlik etmesini içermektedir (101, 102). Hemşirelerin denetiminde olan ve aktif kullandıkları kontrol listeleri ile; doğru hasta da doğru bölgenin ameliyat edilmesi, anestezi verilmesi sırasında zararların önlenmesi, cerrahi ekibin havayolu ya da solunumunun kaybını tanınması ve hazırlıklı olması, hasta için önemli risk teşkil edecek ve alerjik etkisi olan ilaçların uygulanmaması, cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesi, ameliyat bölgesinde yabancı cisim unutulmasının önlenmesi, cerrahi numunelerin güvenliğinin sağlanması, etkili iletişimin sürdürülmesi amaçlanmaktadır (92, 101).

Ayrıca, ameliyat sırasında yaşlı hastalarda ilerleyen yaşla paralel olarak cilt elastikiyetinde azalma ve cilt atrofisinin gelişmesine bağlı olarak basınç yaraları gelişme riski artmaktadır (92, 100). Bununla birlikte ameliyat pozisyonundan kaynaklı fiziksel kısıtlılıklara bağlı olarak periferik sinir hasarı gelişebilmektedir (92). Bu komplikasyonları önlemeye yönelik hemşire hastaya uygun pozisyonun verilmesi, basınç odaklarının desteklenmesi, ani pozisyon değişikliklerinin önlenmesinden sorumludur (88, 92). Bunlara ek olarak bu dönemde hastanın yaşam bulgularının yakından izlenmesi, hipoksi ve hipotermi bulgularına yönelik takip edilmesi, aldığı çıkardığı ve kanama izlemi yapılması, anestezi ve sıvı tedavisi uygulamalarının yaşlı bireyin özellikleri göz önünde bulundurularak uygulanması gerekmektedir (45, 91-93).

2.3.3. Ameliyat Sonrası Bakım

AKA sonrası erken dönem yaşlı hasta bakımı diğer cerrahi hasta bakım süreçleri ile benzerdir. Ancak yaşlı hastaların ilerleyen yaş ile paralel fizyolojik depo/yedeklerinin azalması, cerrahi strese verdikleri yanıt azlığı ameliyat sonrası dönemde birçok komplikasyonun ortaya çıkmasına ve iyileşme sürecinin uzamasına neden olmaktadır (45, 88, 103).

Yaşlı hastalarda ameliyat sonu bakımın temel amacı; homeostatik dengenin sağlanması ve sürdürülmesi, cerrahi girişim ve anesteziye bağlı komplikasyonların

önlenmesi ya da erken dönemde tanılanması ve yönetilmesi, morbidite ve mortaliteyi azaltarak bireyin en kısa sürede bağımsızlığına kavuşması için desteklenmesidir (15, 88, 91, 103).

Ameliyat sonrası dönemde erken dönem komplikasyonlar ilk üç gün içinde ortaya çıkmakta olup, hastanın ameliyat sonrası ilk 24-72 saat süre ile izlem ve bakım uygulamaları yoğun bakım ünitesinde yürütülmektedir (15, 88). AKA sonrası bu dönemde en sık karşılaşılan kardiyovasküler komplikasyonlar; hipertansiyon, hipotansiyon ve aritmidir (88, 103). Bu nedenle hemşire tarafından yaşam bulgularının bu belirtilere yönelik sık takip edilmesi (hastalar 3-4 gün monitörize izlenmeli ve elektro kardiyografi düzenli ölçülmeli), aldığı çıkardığı izlemi yapılarak dengeli sıvı tedavisi uygulanması ve hastanın erken dönemde mobilize edilmesi önemlidir (85, 88, 91, 93, 103). Ayrıca bu dönemde kanama (taşikardi, soğuk cilt, hipotansiyon) ve pulmoner emboli bulguları (dispne, göğüs ağrısı, ajitasyon) açısından hemşire hastayı yakından izlemelidir (85).

AKA sonrası yaşlı birey için önemli sorunlardan bir diğeri hipoksemi ve hipoventilasyondur. Bu nedenle hastanın solunum ve dolaşım açısından sık değerlendirilmesi gerekmektedir (88, 93, 103). Bu dönemde hemşire fizyoterapist ile iş birliği halinde başlıca; hastanın solunum ve öksürük egzersizlerini düzenli yaptırmalı, mobilizasyonunu sağlamalı, mukus stazını engellemek için sıvı alımını desteklemeli, pnömoni veya atelektazi gibi komplikasyonları erken dönem fark etmek amaçlı vücut sıcaklığını takip etmelidir (81, 88, 91, 93, 103).

Ameliyat sonu dönemde ağrı yönetimi yaşlılar için önemli bir diğer sorundur (81, 92). Özellikle, torakotomi, sternotomi inzisyonları ve toraks drenlerinden kaynaklı bireylerin ciddi ağrısı olabilmektedir. Bunun yanında hastanın ağrısına bağlı olarak hareketini kısıtlaması, derin nefes alma ve öksürmekten kaçınması solunum sistemi komplikasyonları riskini arttırabilmektedir (81, 91, 92, 103). Yaşlı bireylerde karaciğer ve böbrek fonksiyonlarında gelişen anatomik değişiklikler göz önünde bulundurularak; literatürde perioperatif ağrı kontrol protokolünün kullanılması ve uygulanması önerilmekle (92) birlikte, doktor istemi doğrultusunda analjezikler düzenli verilmeli, solunum ve öksürük egzersizleri sırasında hastaya ağrısını azaltmaya yönelik yara yerini desteklemesi önerilmeli ve öğretilmeli, nonfarmakolojik yöntemler de hemşirelik bakımına eklenmelidir (88, 93, 100).

Yaşlı bireylerde; ilerleyen yaşla paralel derinin dermis kalınlığı, D vitamini sentezi, kollajen yapımı, mikroorganizmalara karşı direnci ve duyuların azalması gibi faktörlere bağlı olarak yara iyileşme süreci uzayabilmekte ve bası yarası gelişimi riski artmaktadır (88, 103). Bu nedenle bu süreçte hemşire tarafından bireyin yara yerleri temiz tutulmalı, aseptik koşullara uygun pansumanı düzenli yapılmalı, basınç altındaki bölgeleri deri rengi, görünüm, ısı ve esneklik açısından kontrol edilmelidir (85, 93, 100). Aynı zamanda yara iyileşmesi sürecinde hastanın beslenmesi önemli bir yer tutmaktadır. Kardiyak cerrahi sonrası yaşlı bireyin protein ve enerji ihtiyacında artış olması, yeterli ve dengeli beslenmenin iyileşme sürecindeki önemli etkisi göz önünde bulundurulduğunda hastanın beslenmesi doktor istemi doğrultusunda diyetisyenle iş birliği halinde takip edilmeli ve desteklenmelidir (92, 93, 100). Bu amaçla bireyin kilo kaybı varlığının araştırılması, beden kitle indeksinin hesaplanması, gerek duyulduğunda ameliyat öncesi dönemde beslenme desteğine başlanması, ameliyat sonrası dönemde ise beslenmesinin erken başlaması önemlidir (93, 103).

Ameliyat sonu dönemde değerlendirilmesi gereken bir diğer önemli bulgu yaşlının bilinç düzeyidir. Özellikle yaşlı bireylerde ameliyat sonrası dönemde deliryum tablosu ile sık karşılaşılabilir (85, 92, 100). Bu nedenle hemşirenin hastanın bilinç durumu değerlendirmesini yapması ile birlikte hasta ile sağlıklı iletişim kurması, bireyin mobilizasyon ve sıvı-elektrolit dengesini izlemesi, yeterli uyku ve ağrı yönetimini desteklemesi önemlidir (81, 85, 88, 100, 103).

Özetle bu dönemde verilen hemşirelik bakımı yaşlı bireyin uyanmasına, istirahatine, erken dönemde ayağa kaldırılmasına ve hareket ettirilmesine, beslenmesine, ve solunumunun, kardiyovasküler stabilitesinin, boşaltım ve bilişsel fonksiyonunun sürdürülmesine, sıvı tedavisinin uygulanmasına, yara bakımının ve ilaçlara uyumunun sağlanmasına, ağrısının azaltılmasına/giderilmesine ve komplikasyonların (pulmoner, kardiyak, renal, nörolojik komplikasyonlar vb.) önlenmesine yönelik girişimleri kapsamalıdır (81, 85, 88, 91, 93, 100, 103). Sonuç olarak bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesi ve fonksiyonel bağımsızlığının artması beklenmektedir.

AKA ile istenilen hasta çıktıklarına ulaşabilmek için cerrahi işlemin başarılı geçmesi ile birlikte bu süreçte hastanın bakımı en önemli etkenlerden birisidir. Bu nedenle hastanın perioperatif süreci en iyi şekilde atlatabilmesi; bakımın

koordinasyonuna, kanıta dayalı klinik protokollere odaklı yürütülmesine ve ekip üyeleri arasındaki iletişim ve iş birliğine bağlıdır. Bu noktada, gelişmiş teknoloji ve yoğun çalışma temposunun var olduğu hastanelerde verimli klinik süreç yönetimi için kanıta dayalı protokollerle temellendirilmiş klinik yol haritalarının rehberliğinde bakımın yürütülmesi istenilen hasta çıktılarına ulaşmada etkin bir yöntemdir (92, 104, 105). Klinik yol haritaları hastanın teşhisi, sağlık problemi veya cerrahi prosedür ile ilgili olarak disiplinler arası sağlık ekibi tarafından ileriye dönük olarak geliştirilen hasta bakım planları ve beklenen bakım sonuçlarını içeren bir zaman çizelgesidir (104, 106). Açık kalp cerrahisi geçiren yaşlı hastaların perioperatif bakım süreçlerinde de bu klinik yol haritalarının kullanılmasının; hasta bakımında en iyi uygulama yöntemlerinin seçilmesine, testlerin ve tedavilerin ihmalinden kaçınılmasına, tüm sağlık ekibi üyeleri arasında iş birliğini ve iletişimi destekleyerek bakımın koordinasyonunun artırılmasına, kaynakların daha verimli kullanılmasına ve kalite iyileştirmeleri için veri sağlanmasına önemli katkıları olduğu belirtilmektedir (104-106).

AKA sonrası birey ortalama 4-10 gün içerisinde hastaneden taburcu edilmektedir. Ancak bireyin iyileşme süreci altı aya kadar devam etmektedir (15). Bu nedenle yaşlı hastaya uygulanan bakım, taburculuk planını ve taburculuk sonrası izlem sürecini de kapsamalıdır (85, 91). Taburculuk planlaması hastanın hastaneye yatışı ile hastaneden ayrılması arasındaki süreç olup; sağlık ekibi üyelerinin ortak görüş ve önerileri doğrultusunda hasta bakımının evde eksiksiz devam etmesi, öz bakımlarının karşılanması, komplikasyonlardan korunması veya komplikasyonların erken dönemde saptanması amacıyla yapılmaktadır (15, 91). Hemşire tarafından verilen taburculuk eğitiminde hastalık ve tedavi bilgisi, beslenme, günlük bakım, ağrı kontrolü, yara bakımı, önerilen egzersizler ve dinlenme, gelişebilecek komplikasyonlar, komplikasyon belirti ve bulgularının tanınması ve önlenmesi, günlük yaşam aktiviteleri, taburculuk sonrası tıbbi izlem/kontrole gelme sıklığı, acil durumlarda başvurulacak kişi/kuruluşlara nasıl ve nerelerden ulaşılabileceği, ilgili kurumlara ilişkin bilgi ve danışmanlık yer almalıdır (15, 85, 91). Aynı zamanda verilen taburculuk eğitimi içerisindeki bilgilerin yazılı olarak dokümanlar halinde hasta veya bakımından birinci derecede sorumlu olan kişiye verilmesi önemlidir (100).

Ayrıca AKA sonrası hastaneden erken taburculuğun yaygınlaşması ve tercih edilmesi ile birlikte yaşlı hastanın evde bakımını en iyi şekilde yönetebilmeleri ve bu sürece uyum sağlayabilmeleri için taburculuk eğitimi kadar etkin ve sürekli verilen danışmanlık hizmeti de çok önemlidir (88, 91, 100). Danışmanlık, sağlık ekibi üyelerinin hasta ve bakımından sorumlu kişinin belli bir konuda karar verebilmesini kolaylaştırmak için bireye özgü seçenekleri sunarak yardımcı olmasıdır (107). AKA sonrası hasta ve yakınlarına yardım etmede, bakımın sürdürülmesinde danışmanlık hizmetinin verilmesi ve eğitim faaliyetlerinin devam etmesi en temel yaklaşımlar olmalıdır. Literatürde danışmanlık hizmetinin telefonla ulaşım, ev ziyaretleri ile sürdürülebileceği ve bu sürenin AKA sonrası en az 9-12 hafta olması gerektiği belirtilmektedir (108). Yapılan çalışmalarda da hemşire tarafından sunulan taburculuk eğitimi ile birlikte danışmanlık hizmetlerinin açık kalp cerrahisi sonrası hastaların iyileşme süreçlerinde ve hasta çıktılarında olumlu sonuçlar verdiği görülmüştür (36, 45, 109, 110).

İlerleyen yaş, geriatrik sendromlar, yasal değişiklikler ve tıbbi teknolojideki gelişmeler, yaşlı yetişkinlerin perioperatif bakım senaryolarını karmaşık bir hale getirmektedir (93). Özellikle ameliyat olan yaşlı yetişkin sayısının giderek artması, bu popülasyonun savunmasız hasta grubunu oluşturması ve yüksek destek gereksinimlerinin olması perioperatif hasta bakımının bilim temelli multidisipliner iş birliği içerisinde yürütülmesini zorunlu kılmaktadır (15, 97, 100). Bununla birlikte yaşlı hasta bakımının perioperatif süreç içerisinde güvenli ve kaliteli bir şekilde sunumu ve istenilen hasta çıktılarına ulaşılabilmesi bakımın sürekliliğinin sağlanmasına bağlıdır (93, 97, 100). Geleneksel olarak bakım sürekliliği ilişkisel devamlılık (hasta ve bakımından sorumlu kişiler arasında devam eden terapötik ilişki), bilgi devamlılığı (geçmişin ve kişisel bilginin etkili aktarımı ve kullanımı), ve yönetim devamlılığı (bakım ve hizmetlerin tutarlı, zamanında koordinasyonu) ile tanımlanır (111, 112). Yapılan çalışmalar, bakımın sürekliliğinin sağlandığı durumlarda hastaların hastaneye tekrarlı yatış ve acil servislere başvuru oranlarında azalma, hasta memnuniyeti ve ilaçlara bağımlılık oranlarında artış olduğunu göstermektedir (112-116). Bu noktada multidisipliner ekip iş birliğini ve bakımın sürekliliğini destekleyen modellerin hemşirelik bakımında temel alınması gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

2.4. Açık Kalp Cerrahisi Geçiren Yaşlılarda Kullanılan Bakım Modelleri

Yaşlı hastalar ilerleyen yaşları ile birlikte sahip oldukları tıbbi hastalıklara, hastanede yatış öyküleri ve cerrahi strese maruz kalmalarına bağlı olarak fonksiyonel kayıp yaşamakta, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı hale gelebilmektedirler (100). Özellikle hastaneye yatışı yapılan yaşlı bireylere sunulan bakım hizmetlerinde; fonksiyonel kayıp yaşamlarını önlemeye ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlıklarını desteklemeye yönelik geriatrik bakım modeli kullanımı önerilmektedir (97, 100).

Bakım modeli, sağlık hizmetlerinin sunum şeklini geniş bir şekilde tanımlayan bir kavramdır (100). Geriatrik bilimde, yaşlı yetişkin hasta popülasyonunun artmasıyla birlikte kaydedilen ilerlemeler, tüm sağlık hizmetleri ortamlarında birkaç geriatrik bakım modelinin geliştirilmesine yol açmıştır (97). Bu bakım modellerinin amacı, “geriatrik sendromlar” adı verilen yaşa bağlı komplikasyonların önlenmesini ve komplikasyonlara neden olan hastane faktörlerinin ele alınmasını içerir (97, 100). Geriatrik bakım modelleri, yaşa bağlı komplikasyonların bazılarının önlenmesinin yanı sıra, hastanede yatış maliyetini ve süresini azaltmak, ölüm riskini önlemek, ortam geçişlerini iyileştirmek ve hasta memnuniyetini ve fonksiyonel durumu iyileştirmek için tasarlanmıştır (97, 100). Geriatrik bakım modellerinin temel bileşenleri; sağlık hizmeti sağlayıcılarının temel geriatrik ilkeleri konusunda eğitimi, yaşa bağlı komplikasyonlar için risk faktörlerinin hedefe alınması, bakıma hasta ve ailesinin tercihlerinin ve tedavi hedeflerinin dahil edilmesi, kanıta dayalı uygulamaların kullanılması, disiplinler arası iletişim/iş birliğinin sağlanması ve bakım geçişlerinin vurgulanmasıdır (97, 100).

Son yıllarda özellikle savunmasız ve örselenebilir hasta gruplarından birisi olan yaşlı hasta grubuna yönelik çeşitli geçiş bakım modelleri ve uygulamaları yürütülmekte ve etkinlikleri değerlendirilmektedir. Başlıca geçiş bakım modelleri; Naylor’un Transisyonel Bakım Modeli ve Coleman’ın Bakım Geçişleri Müdahalesi olmakla birlikte; Yeniden Yapılandırılmış Taburculuk, Köprü Modeli- Geliştirilmiş Taburculuk Planlama Programı, Yaşlı Yetişkinler İçin Daha İyi Sonuçları Destekleyen Güvenli Geçişler ile Sağlıklı Bakım Geçişleri Çözümü’dür (56). Modellerin temel ve ortak hedefi hastaneden taburculuk sonrası acil servislere başvuru ve hastaneye tekrarlı yatış oranlarını azaltarak maliyet etkinliğini arttırmaktır. Literatürde geçiş bakım

modellerinin sekiz temel ortak temasının: 1. Taburculuk planlaması, 2. Profesyoneller arası ekip çalışması, iletişim ve koordinasyon, 3. Zamanında, açık ve düzenli bilgi, 4. İlaç uyumluluğu ve bağlılık, 5. Sosyal ve topluluk destek gruplarını dahil etmek, 6. Taburcu olduktan sonra belirti ve semptomları izlemek ve yönetmek, hasta eğitimi vermek, 7. Ayakta tedavi takibi, 8. İleri bakım planlama, palyatif ve yaşam sonu bakım olduğu saptanmıştır (117). Geçiş bakım modellerinin birbirlerinden üstünlüklerini yönlendiren başlıca; hasta izlem süreleri, ekip iş birliğinde hastaları değerlendirme ve bakımını planlama, hasta ve ailesinin eğitimi, taburculuk sonrası telefonla takip ve ev ziyaretlerinden oluşan uygulama içeriklerindeki farklılıklardır (56). Bu bölümde bu tez çalışmasının temel çerçevesini oluşturan Transisyonel Bakım Modeli ele alınmıştır.

2.5. Transisyonel Bakım Modeli

Amerikan Geriatri Topluluğu, Transisyonel Bakım Modelin'i "hastaların sağlık hizmetlerinde farklı konumlar arasında veya aynı konumdaki farklı bakım düzeyleri arasında geçiş yaparken sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu ve sürekliliğini sağlamak için tasarlanmış bir dizi eylem" olarak tanımlamaktadır (118). Hastayı bir ortamdan diğer ortama gönderme ve alma yönlerini kapsayan transisyonel bakım, karmaşık bakım ihtiyacı olan kişiler ve primer bakıcıları için esastır.

Daha geniş bir ifade ile TBM; hastaların bakımının bir düzeyinden diğerine (örneğin akut bir durumdan subakut bir duruma geçiş) veya bir kuruluştan farklı bir kuruluşa (örneğin hastaneden eve) güvenli bir şekilde ve zamanında transferini tanımlayan, zamanla sınırlı, hasta odaklı, sıklıkla hemşire liderliğinde, ekip tabanlı sunulan bir bakım modelidir (60, 119). "TBM" 1981 yılında Pennsylvania Üniversitesi Hemşirelik Okulu'nda geliştirilmiş olup uzman hemşireler tarafından sunulmaktadır. Temelde sağlık bakımına getirilen bu yeni uygulama; akut bakım geçişleri sırasında risk altındaki yaşlı erişkinlerin sağlık çıktılarını iyileştirmek için geliştirilmiştir (120, 121).

Literatürde farklı geçiş bakım modeli uygulamaları mevcut olmakla birlikte; temel bileşenleri bakımın devamlılığının sağlanması, hasta ve primer bakımından sorumlu kişinin bakımın planlanması ve yürütülmesine aktif katılımının desteklenmesi, eğitim ve danışmanlıklarının yürütülmesini içermektedir (100, 122).

Ancak, TBM odak noktasını hastaneden eve “geçişleriyle” sınırlandıran diğer geçiş modelleri ile karşılaştırıldığında, oldukça kapsamlıdır. Hastaneye tekrarlı başvuru/yatışa katkıda bulunan tüm sağlık sorunlarına ve risklerine odaklanır ve daha uzun vadeli, olumlu sonuçlar elde etmek için kötü sonuçların “temel nedenlerini” ele alır (64). Özellikle yüksek riskli yaşlı yetişkinler için bireyin hastaneye yatışından itibaren kapsamlı bakımının planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve taburculuk sonrası da ev izlemi şeklinde devamlılığını sağlamayı kapsar (64).

TBM'nin temel hedefi; bakımın koordinasyonunu ve devamlılığını sağlamak, komplikasyonlardan kaçınmak; klinik tedavi ve yönetimini hasta ve ailesinin aktif katılımı ve sağlık ekibi ile iş birliği içinde başarmaktır (59, 60, 63, 64, 66, 123). Bu hedefler doğrultusunda TBM uygulaması ile; taburculuğu gerçekleşen hastaların hastaneye tekrarlı başvuru/yatış oranlarında azalma; fiziksel sağlık, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesinde gelişme; hasta, ailesinin ve bakım vericisinin memnuniyetinde artış, bireylerin hastalık sürecinde tükenme yaşamamaları ve aile içi fonksiyonlarda artış gibi hasta çıktılarına ulaşılması beklenmektedir (21, 58, 61, 124-127).

TBM uygulaması, hastanın kliniğe yatışı ile birlikte uzman hemşire tarafından kapsamlı değerlendirilmesini ve sağlık hedeflerinin belirlenmesini, ekip üyelerinin (hekim, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, hasta ve bakımından birinci derece sorumlu yakını) görüş ve önerileri doğrultusunda bakım planlarının tasarlanması, uygulanmasını ve semptomların yönetimini, hasta ve bakımından birinci derece sorumlu kişinin hastanın sağlık sorunlarını yönetebilmesine yönelik eğitimle desteklenmesini, tüm ekip üyeleriyle iletişimi ve işbirliğini, taburculuğu sonrası tanımlanan süre boyunca telefon ve danışmanlık hizmeti verilmesi ile birlikte ev ziyaretlerinin gerçekleştirilmesini ve sağlık ve toplum temelli hizmetlerin koordinasyonunu kapsamaktadır (59, 61, 123).

Sağlık ekibi üyeleri ile iş birliği halinde, kanıta dayalı klinik protokollere odaklı ve her bir hastaya özel geliştirilen bakım planları ile hizmet sunulmasını hedefleyen modelin bakım koordinatörü uzman hemşiredir (128). Uzman hemşire; yaşlı yetişkinler ve onların aile bakım vericileri ile akut bakım bölümleri boyunca güvene dayalı ilişkiler kurmak ve sürdürmek; tüm ekip üyeleriyle iletişimi ve iş birliğini teşvik ederek bakım planlarını tasarlamak ve uygulamaya koymak; semptomları ve riskleri değerlendirmek ve yönetmek, hasta ve aile bakım vericisini

öz-yönetim için hazırlamak; sağlık ve toplum temelli hizmetlerin koordinasyonunu sağlamaktan sorumludur (61, 123). Ayrıca hastanede yatan yaşlı erişkinlerin taburculuğu sonrasında da ev ziyaretleri ve telefon görüşmeleri ile bakımlarını koordine etmekte ve bakımın devamlılığını sağlamaktadır (57, 61, 123).

2.5.1. Transisyonel Bakım Modeli' nin Temel Bileşenleri

TBM'ne dayalı uygulamaların titizlikle değerlendirilmesi ve uygulamalarda yer alan uzman hemşireler tarafından geliştirilen ayrıntılı vaka özetlerinin incelenmesi; modelin birbirine bağlı ve bütüncül bir bakım sürecinin parçası olan dokuz temel bileşenin geliştirilmesini sağlamıştır (61). Bu çekirdek bileşenler; hastaneden eve bakım hizmetlerinin devamı, riskli yaşlı yetişkinlerde tarama, uzman hemşireye güven, sürekliliğin desteklenmesi, bakımın koordine edilmesi, hasta, bakım vericisi ve ekip üyeleri arası iş birliği, ilişkilerin devamlılığı, hasta ve bakım vericisinin katılımı, riskleri ve semptomları değerlendirmek/ yönetmek, öz-yönetime yönelik eğitmek ve teşvik etmekten oluşmaktadır (61, 120).

Transisyonel Bakım Modeli Bileşenleri	Tanım
Hastaneden eve, bakım hizmetlerinin devamı	Transisyonel bakım programının hastaneye kabul sırasında başlaması, hastanede ve hastaneden taburcu olduktan sonra evde yapılan ziyaretlerle devam etmesi.
Tarama	Yaşlı yetişkinlerin olumsuz bakım çıktılarına yönelik mevcut risk faktörlerinin standart protokollerle değerlendirilmesi.
Uzman hemşireye güven ortamının sağlanması	Uzman hemşirelerin hastaların bakımlarının yönetimi için transisyonel bakım hizmetlerinde birincil sorumluluk üstlenmesi.

Sürekliliğin desteklenmesi	Hastanın hastaneden eve veya farklı bir bakım ortamına geçişi sırasında bakımdaki kırılmaları/aksaklıkları önlemek için bakım uygulamalarının aynı sağlık personeli liderliğinde devamlılığının sağlanması.
Bakımın koordine edilmesi	Sağlık ve toplum temelli hizmetleri sunanlar arasında iletişim ve bağlantıların sağlanması.
Hasta, bakım vericisi ve ekip üyeleri arası iş birliği	Hasta, bakım vericisi ve bakım ekibi üyeleri arasında hazırlanan bakım planı üzerinde fikir birliğinin teşvik edilmesi.
Hasta ve bakım vericisi ile ilişkilerin devamlılığı	Hasta ve bakım vericisi ile güvenilir ilişkilerin kurulması ve sürdürülmesi.
Hasta ve bakım vericisinin sürece aktif katılımı	Hasta ve bakım vericisinin tercihleri, hedefleri ve değerleri doğrultusunda bakım planının hazırlanması ve yürütülmesi.
Risklerin ve semptomların değerlendirilmesi/yönetilmesi	Hastaların öncelikli risk faktörlerinin ve semptomlarının tanımlanması ve ele alınması.
Öz-yönetime yönelik eğitmek ve teşvik etmek	Hasta ve bakım vericisinin, kötüleşen semptomları hızlı bir şekilde tespit etme ve bunlara uygun girişimlerde bulunmaya yönelik hazırlanması.

Şekil 2.1. Transisyonel bakım modeli'nin temel bileşenleri (61).

2.5.2. Transisyonel Bakım Modeli' nin Sağlık Sistemine Entegre Edilmesi

TBM'nin sağlık sistemine etkin bir şekilde entegre edilmesi için Toles'in (2011) tanımladığı dört temel kavram: 'yapı, bakım süreci, bakım çıktıları ve sağlık ekibi üyelerinin etkileşimi' temel alınmış ve uygulamaya adapte edilmiştir.



Şekil 2.2. Transisyonel bakım modeli temel kavram çerçevesi (129).

Bu temel kavramlar;

a) **Yapı:** Transisyonel bakım uygulaması sürecini destekleyen kurumsal yapıyı ifade etmektedir. Transisyonel bakım sürecini destekleyecek kurum ve kaynakların tespit edilmesini; yönerge ve prosedürlerin oluşturularak sağlık ekibinde yer alan profesyonellerin eğitimini, gerekli dokümanların hazırlanmasını içermektedir.

b) **Bakım Süreci:** Hasta ve ailesinin hastaneden eve geçiş sürecinin güvenli ve sorunsuz olması için sağlık ekibinde yer alan profesyoneller tarafından sunulan hizmetleri tanımlamaktadır. Yaşlı hastanın hastaneye yatışından evine/farklı bir birime güvenilir geçişini sağlamak için kanıta dayalı uygulamalar çerçevesinde ekip üyelerinin görev ve iş dağılımını/paylaşımını/uygulamalarını kapsamaktadır.

c) **Bakım Çıktıları:** Bakım sürecindeki uygulamaların direk ya da dolaylı olarak etki etmesi beklenen göstergelerdir. Hastanın taburculuğa hazır olma durumunun ekip üyeleri tarafından değerlendirilmesi ile birlikte taburculuk sonrası da devam eden model uygulamasının etkinliğinin değerlendirilmesini içermektedir.

d) **Sağlık Ekibi Üyelerinin Etkileşimi:** Süreç içerisinde hedeflenen problem çözümünde başarıya ulaşabilmek için kritik noktaları içermektedir. Modelin etkin yürütülebilmesi için ekip üyeleri arasındaki etkileşimde üç temel parametre; bilgi paylaşımının, iletişimin ve bireylerin bilişsel farklılıklarının dikkate alınması önemlidir (129).

Tablo 2.1. Transisyonel bakım modeli uygulama rehberi (129).

YAPI	BAKIM SÜRECİ	BAKIM ÇIKTILARI
<p>Bakım sürecini destekleyen kaynaklar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sağlık ekibi profesyonellerini sağlama • Fiziki ortam • Finans kaynakları • Yönerge ve prosedür • Sağlık ekibi profesyonellerinin eğitimi • Sağlık ekibi profesyonellerinin toplantısı • Dokümantasyon 	<p>Transisyonel bakım sunumu için eylemler ve görevler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Değerlendirme ve bakımı planlama • Hasta ve bakım vericisinin gereksinimlerini önemseme • Kanıtı dayalı uygulamaları kullanma • Öz-yönetimi öğretme • Geçiş planlarını öğretme • Tehlike işaretlerini öğretme • Taburculuğu planlama • Öneri ve randevuları izleme • Tıbbi tedaviye uyum sağlama • Bilgi aktarımı • Yazılı planlar ile destekleme 	<p>Hastanın değerlendirilmesi;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Güvenli bir geçiş için hazır olma durumu <p>Profesyonellerin değerlendirilmesi;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bakım sürecinin kalitesi • Hastanın güvenli bir geçiş için hazırlığı <p>Hizmetin değerlendirilmesi;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bakım sürecinin kalitesi • Hasta çıktıları (Hastanede yatış süresi, hastaneye tekrarlı başvuru/yatış durumu...)

SAĞLIK EKİBİ ÜYELERİNİN ETKİLEŞİM STRATEJİLERİ		
<p>Bilgi paylaşımı</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dinle • Bilgi ver • Bilgi al • Açıkla • Anlamı doğrula 	<p>İletişim</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ulaşılabilir ol • İş birliği yap • Yardım sor • Karşılıklı tartış • Saygı göster • Teşekkür et • Takdir et • Mentorluk yap 	<p>Bilişsel farklılıklar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Özen göster • Soru sor • Geri bildirim ver • Geri bildirim al • Alternatif öner • Deneyimlemesini sağla

Özetle TBM; hasta ve bakım vericisi odaklı, bütüncül hasta bakımını temel alan, hemşire liderliğinde multidisipliner ekip tabanlı, kanıta dayalı klinik protokoller rehberliğinde, bakımın devamlılığının sürdürülmesini hedef alan bir bakım modeli uygulamasıdır. Pennsylvania Üniversitesi'nde araştırma ekibinin, yaşlı yetişkinlerin bakımını üstlendiği tüm ortamlarda Transisyonel Bakım Modeli'ni genişletmeye ve değerlendirmeye yönelik çabaları devam etmektedir (57).

2.6. Transisyonel Bakım Modelinin Sağlık Bakım Sistemi İçerisinde Kullanımı

Çok kapsamlı bakım uygulamalarını içeren TBM, disiplinler arası liderlik ve doğru planlama desteği ile sağlık sistemine kolayca entegre edilebilir özelliktedir. TBM'nin bir sağlık sistemine veya topluma entegre edilebilmesi için öncelikle modelin değerinin paydaşlara etkili bir şekilde iletilebilmesi gerekmektedir. Daha sonra sağlık bakım sistemi içerisinde kullanılabilmesi için modelin, kuruluşun misyonuna ve hedeflerine uyacak şekilde entegre edilmesi ve uyarlanması gerekmektedir. Uyarlama çalışmalarında modelin çekirdek bileşenleri (hastaneden eve bakım hizmetlerinin devamı, riskli yaşlı yetişkinlerde tarama/değerlendirme, uzman hemşireye güven, sürekliliğin desteklenmesi, bakımın koordine edilmesi, hasta, bakım vericisi ve ekip üyeleri arası iş birliği, ilişkilerin devamlılığı, hasta ve bakım vericisinin katılımı, riskleri ve semptomları değerlendirmek/yönetmek, öz-yönetime yönelik eğitmek ve teşvik etmek) temel alınmalıdır. Bu temel bileşenlerin uygulamaya aktarılabilmesi için ise modelin uygulanması planlanan hasta grubuna yönelik kanıta dayalı protokollere odaklı rehberlerin geliştirilmesi, klinik yol haritalarının oluşturulması, bakım planlarının kullanımı, bakım sürecinin standartlaştırılması gerekmektedir. Geliştirilen rehber ve formların ekip üyeleri tarafından aktif olarak kullanılması ve yol haritalarına uyum için; kurumun yönetim süreci içerisine entegre edilmesi, bu süreçte yönetici hemşirelerin aktif rol alması, kalite izlem ve geliştirme ekibi tarafından sürecin takip edilmesi gerekmektedir. Bu süreçte hasta ve yakınlarının danışmanlık almak için belirtilen zaman aralığında bakım koordinatörüne ulaşabilmesinin de desteklenmesi yönünde planlama yapılması önemli bir aşamadır.

Sistem içerisinde modelin aktif işleyebilmesinde en önemli basamaklardan bir diğeri, sağlık ekibi üyelerini ve bakım modeli uygulamasının koordinasyonunu

yürütecek uzman hemşirelerin alımı ve eğitim süreçleridir. Model kapsamında bakımın koordinasyonunu yürütecek hemşirenin en az lisans mezunu olması; model kapsamında bakım verilecek kliniklerde en az bir lisans mezunu hemşirenin yer alması gerekmektedir. Kurumlarda yürütülen oryantasyon eğitimleri ile ekip üyelerinin eğitimi gerçekleştirilmelidir.

Ülkemizde yaşlı hasta bakımında en önemli açıklardan birisi olan ve geliştirme çalışmaları devam etmekte olan evde bakım hizmetleri ile kurumların arasında iş birliğinin sağlanabilecek olması modelin en değerli özelliklerinden birisidir. Ülkemizde evde bakım hizmetleri ilk 10 Mart 2005 tarihinde 25751 sayılı resmî gazetede yayımlanan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile Sağlık Bakanlığı’nın özel sağlık kuruluşları aracılığıyla sağlanmakta iken; 1 şubat 2010 tarihinde yürürlüğe giren “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ile bu hizmetler Sağlık Bakanlığı’na bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşları tarafından da sağlanmaktadır (77, 78). Türkiye’de başlıca bakanlığa bağlı faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastaneleri ile genel veya dal hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri bünyesinde kurulan evde sağlık hizmeti birimleri, toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri vasıtası ile evde sağlık hizmetleri sunulmaktadır (130). Belediyeler tarafından sunulan sağlık hizmetleri de Sağlık Uygulama Tebliğine göre resmi sağlık kurumunda yer aldığından, belediyeler de mevcut yönetmelik kapsamında evde sağlık, evde bakım ve rehabilitasyon hizmeti verebilme yetkisine sahiptir (77). Özetle evde sağlık hizmetleri; 1-Aile hekimleri tarafından, 2-Aile hekimliği mevzuatı doğrultusunda, hastaneler bünyesinde kurulan evde sağlık hizmet birimleri tarafından ve 3-Periferdeki vatandaşlara sağlık müdürlükleri tarafından oluşturulan mobil ekipler vasıtasıyla olmak üzere üç şekilde uygulanabilmektedir.

Evde bakım hizmetleri mevcut yönerge kapsamında başlıca; bireyin almış olduğu tanı ve tedavi planı çerçevesinde bulunduğu ev ortamında muayene, tetkik, tedavi, ve tıbbi rehabilitasyon hizmetlerini almasını, tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporlarının çıkartılmasına destek olunmasını, hastanın ve ailesinin hastalık ve bakım süreçleri ile ilgili bilgilendirilmesini, hastalığı ile ilgili evde kullanımı gerektiren tıbbi cihaz ve ekipmanların kullanılması konusunda eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesini kapsamaktadır (78). Evde sağlık hizmetleri

ile ayrıca ameliyat sonrası bakım gereksinimi olanlara, tedavisini evde sürdürebilecek yeni doğum yapan anne ve bebeklere, ortopedi ve travmatoloji, kalp, damar ve hipertansiyon, felçli, onkoloji, akciğer ve solunum, diyabet, nöroloji hastalarına ve bakıma ihtiyacı olan yaşlı ve engellilere, yara bakımı, enjeksiyon, infüzyon ve diğer kısa süreli hemşirelik hizmetlerine ihtiyaç duyanlara, hastalık ya da sağlık ihtiyaçları sonlanıncaya kadar düzenli hizmetlerin sağlık ekibi tarafından haftada en az bir kez ya da hastanın durumuna göre her gün ziyaret edildiği hizmet uygulamasını amaçlamaktadır (77, 78).

Evde bakım hizmetleri ile verilmekte olan veya hedeflenmekte olan uygulamalar göz önünde bulundurulduğunda gerek aile hekimleri ile gerekse hastaneler bünyesinde kurulan evde sağlık hizmet birimleri ile iş birliği halinde TCM'nin sisteme entegre edilmesinin aslında düşünülenenden daha kolay olduğu görülmektedir. Bu noktada, hastane ve evde sağlık hizmetleri arasındaki koordinasyonun sağlanması için yasal prosedürler üzerinde değişikliklerin ve düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Ancak bu düzenlemelerle, hastanın taburculuk sonrası izlemlerinin uzman hemşirenin koordinatörlüğünde (en az yüksek lisans mezunu) evde bakım hizmetleri kapsamında yürütülmesi, bu hizmetleri sunan ekibe hastanın transferinin ve bilgi aktarımının yapılması ile bakım hizmetlerinin temel hedefi olan bakımın sürekliliğine ulaşılabilecektir.

Bu noktada evde bakım hizmetlerinin yürütülmesinde mevcut yönerge kapsamında bireylerin bakımlarının planlanması ve yürütülmesinde ilgili hasta bakım formlarının kayıt ve saklama işlemlerini hemşire yürütmektedir. Bu konuda yaşanan veya yaşanabilecek sorunları önlemek, kanıta dayalı uygulamalar, raporlama ve bilgi yönetimi sağlamak için hasta bakımının planlanması ve yürütülmesinde toplum sağlığı hemşireliği uygulamaları için geliştirilen Omaha Sınıflama Sistemi'nin kullanımı, sisteme entegre edilmesi de önerilmektedir (131).

2.6.1. Omaha Sınıflama Sistemi

Omaha Sistemi, Amerikan Hemşireler Birliği tarafından kabul edilen birey, aile ve toplumun sağlık bakımına yönelik olarak ayrıntılı uygulama, dokümantasyon ve bilginin yönetimini sağlayan standardize edilmiş bir sağlık bakım sistemidir (132, 133). Omaha Sınıflama Sistemi hemşirelerin, bireylerden topladıkları verileri hemşire

gözlem formlarına yazılı olarak veya bilişim teknolojileri ile bilgisayar tabanlı hasta kayıt sistemlerine çevrimiçi olarak, standart ve uluslararası ortak bir dilde kaydetme imkânı sunmaktadır (132, 133).

Omaha Sistemi, 1970'li yıllarda ilk olarak Amerika'da kullanılmış olmakla birlikte İzlanda, Yeni Zelanda, Tayland, Kore, İngiltere, Çin, Avustralya, Japonya ve Türkiye gibi birçok ülkede 20.000'nin üzerinde hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından kullanılmaktadır. Omaha Sistemi'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Erdoğan ve Esin tarafından yapılmıştır (131). Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde Omaha Sistemi'nin halk sağlığı, hemşirelik eğitimi ve uygulama alanlarında, çalışan sağlığı, okul sağlığı, evde bakım hizmetleri ve birinci basamak olarak hizmet veren diğer toplum sağlığı merkezlerinde ve sınırlı olmakla birlikte akut bakım hizmeti veren ikinci ve üçüncü basamak yataklı hizmet veren kurumlarda kullanıldığı görülmektedir (134-136).

Omaha Sistemi'nin oluşturulmasında, hemşirelik problem çözme yaklaşımı ile temellendirilmekle birlikte Neuman'ın Sistemler Modeli, Dreyfus'un Beceri Geliştirme Modeli ve Donabedian'ın Sağlık Bakım Kalite Modeli temel alınmıştır. Hemşirelik süreci ile uyumlu ve standart bir dil yapısına sahip olan sistem, Tanılama (Problem Sınıflama Listesi), Girişim (Hemşirelik Girişim Şeması) ve Bakım Sonuçları (Problem Değerlendirme Ölçeği) aşamalarından oluşmaktadır (132, 133, 137).

1-Problem Sınıflama Listesi: Birey odaklı hemşirelik tanılarını tanımlayan listedir. Listede bireyin problemleri ve hemşirelik tanısı eş anlamlı kullanılmaktadır. Problem sınıflama listesinde yer alan problemler “Çevresel”, “Psikososyal”, “Fizyolojik” ve “Sağlık Davranışları” olmak üzere dört alanda tanımlanmaktadır. Toplam 42 problem ve 334 hemşirelik tanısı “Aktüel”, “Potansiyel” ve “Sağlığı Geliştirmeye” yönelik olarak belirlenebilmektedir. Problemler; “Aktüel” (mevcut bulunan), “Potansiyel” (risk faktörleri) ve “Sağlığı Geliştirme” olarak sınıflandırılmaktadır. Tanılanan problem “birey”, “aile” ya da “grup” düzeyinde planlanabilmektedir. Her probleme ait standart belirti ve bulgular bulunmakla birlikte yine her problem için “diğer” seçeneği de bulunmaktadır (132).

2-Hemşirelik Girişim Şeması: Bireye yönelik saptanan her bir probleme yönelik planlanan hemşirelik girişimleri 4 kategoride düzenlenmektedir. Bu kategoriler; “Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık (ERD)”, “Tedavi ve İşlem (Tİ)”,

“Vaka Yönetimi (VY)”, “Sürveyanstır (SV)”. Saptanan probleme yönelik uygun girişim hemşirelik girişim kategorilerinin arasından seçilmektedir. Planlanan hemşirelik girişimlerini açıklamak için standart hedefler seçilerek bireye özel girişimler planlanıp uygulanmaktadır. Toplamda 75 adet ve bir tane de “Diğer” seçeneği ile birlikte 76 adet hedef bulunmaktadır (132).

3-Problem Değerlendirme Ölçeği: Saptanmış olan problemin düzeyini ve mevcut bakımın sonuçlarını değerlendirmekte olan beş maddeli likert tipi bir ölçme aracıdır. Bireye yönelik seçilen problemler “Bilgi”, “Davranış”, “Durum” boyutları ile 1'den 5'e kadar tek bir puan ile değerlendirilmektedir. Bilgi; bireyin bilgiyi hatırlama ve yorumlama yeteneğini, davranış; bireyde gözlenebilen yanıtlar ve harekete dönüşen aktiviteleri, durum; bireyin objektif/subjektif bulgularına dayandırılan durumunu göstermektedir. Ölçek, problemler arasındaki farklılıkları, problemin büyüklüğünü, öncelikleri, problemin şiddetini ve bakımın sonuçlarını değerlendirmeye yardım etmektedir (132).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, ön test-son test düzende paralel gruplu randomize kontrollü müdahale çalışması olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma Bolu ili sınırları içinde bulunan Sağlık Bakanlığı- Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fakülte Ünitesi Kalp-Damar Cerrahisi Kliniği'nde yürütülmüştür. Kalp Damar Cerrahisi (KDC) kliniği toplam 11 yatak kapasitelidir. Hastalar, kliniğe koroner arter bypass ameliyatı, kalp kapağı replasmanı, konjenital kalp, arter, ven ve lenf hastalıklarının cerrahi tedavisi için kabul edilmektedir. Bu klinikte 01.01.2015-01.01.2016 aralığında 200; 01.01.2016-01.08.2016 tarihleri arasında ise 140 yaşlı hasta açık kalp ameliyatı olmuştur.

Klinikte hastalara toplam 10 hemşire bakım vermektedir. Klinikteki bütün yataklar dolu olduğunda ortalama hemşire başına beş hasta düşmektedir. Hemşireler; 08-16, 16-08 saatleri arasında iki vardiya ya da hemşire sayısının az olduğu dönemlerde 08-24 ve 24-08 saatleri arasında vardiyalı şekilde çalışmaktadır.

Rahatsızlık ve şikayetlerine yönelik kardiyoloji kliniğine başvuran ve ameliyat önerilen hasta kalp damar cerrahisi polikliniğine yönlendirilmekte, kalp damar cerrahisi uzmanının muayene ve değerlendirmesi ile ameliyat kararı netleşen ve ameliyat olma kararı veren hastanın kliniğe yatışı yapılmaktadır. Kliniğe yatan 60 ve üzeri yaş grubundaki hastalara verilen ameliyat öncesi ve sonrası bakım hizmeti diğer yaş grubundaki hastalar ile benzerdir. Ameliyat olacak hastalar ameliyattan en az bir gün önce kliniğe kabul edilmektedir. Hastaların ameliyat süreci ile ilgili bilgilendirilmesi uzman doktor tarafından yapılmakta, ameliyat olmayı kabul eden hastadan bilgilendirilmiş onam ameliyattan bir gün önce hemşire tarafından alınmaktadır. Hastalara, kliniğe yatışlarında okumaları için "Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Yoğun Bakım, Servis, Taburculuk Hasta ve Hasta Yakını Bilgilendirme Broşürü" isimli bir broşür verilmektedir. Broşür içerisinde yoğun bakım ünitesi, ameliyat yerinin korunması, banyo, antiembolik çorap kullanımı, solunum egzersizleri, egzersiz ve önemi, beslenme, yara bakımı, ilaçlar, evde yaşanabilecek

sorunlar, haber verilmesi gereken durumlar, ev işleri, işe dönüş, araba kullanma, sigara ve etkileri, el yıkama/el hijyeni, hasta hakları ve sorumlulukları başlıkları altında bilgiler yer almaktadır. Hastaların soruları doğrultusunda anlayamadığı bilgiler sözel olarak hemşire tarafından açıklanmaktadır. Hastalar ameliyattan ortalama beş gün sonra taburcu edilmektedir. Hastalar taburcu olduktan ortalama on gün sonra ve bir ay sonra olmak üzere iki kez rutin kontrole çağrılmaktadır. Taburcu olan hastalara yönelik evde bakım hizmeti olmayıp, hastalar ihtiyaçları doğrultusunda polikliniğe başvurumaktadırlar.

Araştırma Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fakülte Ünitesi Kalp-Damar Cerrahisi Kliniği'nde 12.11.2017-09.12.2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Sağlık Bakanlığı- Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fakülte Ünitesi Kalp-Damar Cerrahisi Kliniği'ne (KDC) açık kalp ameliyatı olmak için yatan 60 ve üzeri yaş grubundaki hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini NCSS-PASS 2014 paket programı yardımıyla yapılan güç analizi ile belirlenmiştir. Literatür taramasında, Naylor ve arkadaşlarının (2004) (62) çalışma bulguları dahilinde standart sapma oranı ($\pm 1,3$), %90 güven düzeyinde ve tolerans oranı %0,1 öngörülerek, her grup 30 kişiden oluşmak üzere, $n=60$ olarak belirlenmiştir (138-141) (Bkz. EK-1). Ön uygulamada ulaşılan hastalar ($n=6$) da çalışma süresince olası hasta kaybı göz önünde bulundurularak araştırmanın örneklemine dahil edilmiştir.

Örnekleme kabul edilme kriterleri doğrultusunda hastalar müdahale ve kontrol grubuna bilgisayar destekli randomizasyon sisteminden yararlanılarak yapılan randomizasyon ile atanmışlardır. Çalışma ilk altı hastaya ön uygulama şeklinde başlamıştır. Ön uygulama sırasında kullanılan formlarda değişiklik olmadığı ve bakım sürecinde sorun yaşanmadığı için ön uygulama grubu çalışmaya dahil edilmiştir. (Ön uygulama grubunda yer alan hastalar da randomizasyona dahil edilmiş olup; $n=66$ olarak bilgisayar destekli randomizasyon sistemi üzerinden randomizasyon gerçekleştirilmiştir.)

3.3.1. Araştırmanın Örneklemine Kabul Edilme Kriterleri

- Klinikte ilk kez ve elektif açık kalp ameliyatı olmak için yatması
- Açık kalp ameliyatı sırasında başka bir cerrahi girişim uygulanmaması
- Hastanın psikolojik ve mental bozukluğunun bulunmaması
- Hastanın böbrek, nörolojik, kanser gibi majör kronik probleminin olmaması
- Türkçe konuşabiliyor olması
- Telefonla ulaşılabilir olması
- Çalışmaya katılmayı kabul etmesi
- Hastaneye en fazla 50 km uzaklıkta yaşıyor olması (taburculuk sonrası izlemlerde kolay ulaşım için)

3.3.2. Araştırmanın Örnekleminden Çıkarılma Kriterleri

- Çalışmayı sürdürmeyi istememesi
- Çalışma süresince fonksiyonel bağımsızlığını etkileyecek bir hastalığa ya da travmaya maruz kalması
- Çalışma esnasında hayatını kaybetmesi

Kasım 2017 ve Temmuz 2018 tarihleri arasında toplam 73 (yetmiş üç) 60 yaş ve üzeri hastanın kliniğe yatışı yapılmıştır. Kontrol grubundan bir hastanın ve müdahale grubundan bir hastanın ameliyat öncesi dönemde klinikte hayatını kaybetmesi nedeniyle 2 (iki) hasta çalışmaya dahil edilmemiştir. Ayrıca 3 (üç) hasta çalışmaya katılmayı kabul etmemiş olup, 2 hasta telefonla ulaşılabilir olma özelliği taşımadığı için örneklem kapsamına alınmamıştır. Kontrol grubunda yer alan bir hasta taburculuk sonrası ulaşılamaması nedeniyle; müdahale grubunda yer alan bir hasta da Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) tanısı ile 2 ay sonra hayatını kaybetmiş olması nedeniyle çalışma kapsamından çıkarılmıştır. Çalışma 64 hasta ile tamamlanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından ilgili literatür taraması yapılarak geliştirilen ve hastaların tanımlayıcı bilgilerini içeren “tanıtıcı bilgiler formu” (Bkz. EK-2), bakımının planlanması ve yürütülmesi için geliştirilen “yaşlı bireyin hastane izlem formu” (Bkz. EK-3), “fiziksel muayene/değerlendirme formu” (Bkz. EK-4), “açık kalp ameliyatı geçiren yaşlı bireyin taburculuk sonrası ev izlem formu (müdahale grubu/ kontrol grubu)” (Bkz. EK-5) (Bkz. EK-6), müdahalelerin etkinliğini değerlendirmeyi hedefleyen “taburculuk sonrası hastaların hastaneye tekrarlı başvuru izlem formu (müdahale grubu/ kontrol grubu)” (Bkz. EK-7) (Bkz. EK-8), “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” (Bkz. EK-9), “Otonomi Değerlendirme Ölçeği” (Bkz. EK-10) kullanılmıştır. Çalışmanın verileri bu formlar aracılığı ile örnekleme alınan hastalardan yüz yüze görüşme yöntemi ile ve hasta dosyalarından toplanmıştır.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen formda; hastaların yaşına, boyuna, kilosuna, cinsiyetine, eğitim düzeyine, medeni durumuna, yaşadığı yere, çalışma durumuna, gelir düzeyine, birlikte yaşadığı kişiye, refakatçısının varlığı ve eğitim durumuna, ailelerinde açık kalp ameliyatı geçiren bireylerin varlığına ilişkin sorular yer almaktadır. Ayrıca bu form hastaların kronik hastalık ve geçirilmiş ameliyat öyküsü; ilaç, sigara ve alkol kullanma alışkanlığı; düzenli egzersiz yapma, beslenme özellikleri, görme ve iletişim sorununun varlığına yönelik soruları içermektedir (109, 142, 143). Geliştirilen “Tanıtıcı Bilgiler Formu” için beş uzman görüşü alınmıştır. Form araştırmacı (koordinatör hemşire) tarafından hasta ile yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur.

3.4.2. Yaşlı Bireyin Hastane İzlem Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen bu form da ameliyat öncesi ve sonrası bakım süreci ile ilgili klinikte hasta izlemine ilişkin veriler: ameliyat olma tarihi, hastanede kalma süresi, süreçte herhangi bir sorun gelişip gelişmediği, hemşirelik bakımının planlanmasına yönelik sorular yer almaktadır (109, 142). Geliştirilen “Yaşlı Bireyin

Hastane İzlem Formu’’ için beş uzman görüşü alınmıştır. Form araştırmacı (koordinatör hemşire) tarafından hasta ile yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur.

3.4.3. Fiziksel Muayene/ Değerlendirme Formu

Hastanın bir bütün olarak değerlendirilmesine yönelik araştırmacı tarafından geliştirilen bu formda a) genel durum, bilinç ve mental değerlendirme, b) yaşam bulguları, c) deri, d) saç ve saçlı deri, e) tırnaklar, f) baş ve boyun, g) ağız ve farenks, h) meme ve aksilla, ı) solunum sistemi, i) kardiyovasküler sistem, j) gastrointestinal sistem, k) genital bölge, l) üriner sistem, m) kas-iskelet sistemi, n) endokrin, o) kan ve lenfatik sistem, ö) nörolojik sistem, p) psikososyal-spiritüel değerlendirme başlıkları altında değerlendirilmesi gereken başlıca sorunlar yer almaktadır. Bu form hastanın sorunlarının tanılanmasında ve bakımının planlanmasında kullanılmıştır (15, 88, 97, 144). Form araştırmacı (koordinatör hemşire) tarafından hasta ile yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur.

3.4.4. Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Yaşlı Bireyin Taburculuk Sonrası Ev İzlem Formu (Müdahale Grubu/ Kontrol Grubu)

Bu form, açık kalp ameliyatı geçiren yaşlı bireylerin taburculuk sonrası evde yaşadıkları sorunları belirlemeye yönelik olarak Tuna’nın (2012) tez çalışmasında geliştirdiği formlardan yararlanılarak oluşturulmuştur (109). Başlıca; solunum, kalp, venöz dolaşım, gastro intestinal sistem, yaranın iyileşmesi, psikolojik durum, sosyal yaşam, uyku durumu vb. ile ilgili sorunları yaşama durumu; hasta ve yakınlarının sorunların çözümlüne ilişkin girişimlerini kapsamaktadır. Ayrıca, formda taburculuk sonrası hastanın bakımına yardımcı olan birey ve bireyin bakım vericisinin eğitim düzeyi, hastanın bakımı için yararlanılan bilgi kaynağı ile ilgili sorular yer almaktadır. Müdahale grubunda kullanılan formda ise farklı olarak araştırmacının sorunların çözümlüne ilişkin girişim, öneri/ danışmanlık uygulamaları ve sorunların çözüme ulaşma durumunun değerlendirilmesi bulunmaktadır. Bununla birlikte müdahale grubu için geliştirilen formda hasta ve yakınının uygulamalardan memnun olma durumunu içeren bir soru yer almaktadır. Geliştirilen ‘‘Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Yaşlı Bireyin Taburculuk Sonrası Ev İzlem Formu’’ için beş uzman görüşü alınmıştır.

Form araştırmacı (koordinatör hemşire) tarafından müdahale grubunda yer alan hasta ile yüz yüze görüşme yöntemiyle; kontrol grubunda yer alan hasta ile telefon görüşmesi ile doldurulmuştur.

3.4.5. Taburculuk Sonrası Hastaların Hastaneye Tekrarlı Başvuru İzlem Formu (Müdahale Grubu/ Kontrol Grubu)

Araştırmacı tarafından geliştirilen form hastaların taburculuk sonrası ilk altı aylık süreçte acil servise tekrarlı başvuru, hastaneye tekrarlı yatış durumlarını ve nedenlerini izlemeye ve değerlendirmeye yönelik soruları içermektedir (21). Geliştirilen ‘‘Taburculuk Sonrası Hastaların Hastaneye Tekrarlı Başvuru İzlem Formu’’ için beş uzman görüşü alınmıştır. Form araştırmacı (koordinatör hemşire) tarafından hasta ile yüz yüze görüşme/telefon ile iletişime geçme yöntemi ile doldurulmuştur.

3.4.6. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yaşam kalitesi ölçekleri içerisinde hastalığa özgü olmayıp geniş açılı ölçüm olanağı sunan SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, 1992 yılında Ware tarafından geliştirilmiştir (145). Ölçek; genel sağlık kavramlarını içermekte olup kendini değerlendirme ölçeğidir. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam 36 maddeden oluşmakta olup; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde) olmak üzere sekiz boyutun ölçümünü kapsamaktadır. Ölçek soruları içerisinde yer alan ikinci madde bireyin son on iki aylık sürecini diğer maddeler ise son dört haftalık sürecini göz önüne alarak değerlendirmesini gerektirmektedir (145).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin, 1999 yılında Koçyiğit ve ark. tarafından kronik hastalığa sahip bireylerde güvenirlilik ve geçerliliği yapılmıştır. SF-36'nın Cronbach alfa katsayısı; her bir alt ölçek için orijinal çalışmada 0,62-0,94, Türkçe çalışmada 0,73 ile 0,76 arasında elde edilmiştir (146). SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin literatürde çok yaygın kullanımı olmakla birlikte kalp cerrahisi geçiren

bireyler için uygun ve geçerli bir ölçek olduğu yapılan çalışmalarda görülmektedir (8, 110, 142).

Ölçeğin her bir bölümü farklı değerlendirilmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesi dördüncü ve beşinci maddelerde evet/hayır biçiminde yanıtlanmakta iken diğer maddeler likert tipte (üç, beş ve altılı) cevaplar içermektedir. Ölçeğin hesaplanabilen bir toplam puanı yoktur. Ölçek maddelerinden 1, 6, 7, 8, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b, 11d' si ters çevrilerek puan hesaplaması yapılmaktadır. Ölçek maddelerinden elde edilecek puanlar 0 ile 100 arasında yer almakta olup; 0 kötü sağlık durumunu, 100 iyi sağlık durumunu işaret etmektedir (146, 147).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği' nin alt bileşenlerini içeren soruların skorları toplanarak Fiziksel ve Mental Sağlık Özet Skoru elde edilebilmektedir. Fiziksel Sağlık Özet Skor' u, fiziksel fonksiyon, genel sağlık algısı, ağrı, fiziksel rol alt bileşen skorlarından oluşmakta; Mental Sağlık Özet Skor' u ise, sosyal fonksiyon, mental rol, enerji/vitalite ve mental sağlık alt bileşenlerinin skorlarından oluşmaktadır (110, 146). Ölçek araştırmacı (koordinatör hemşire) tarafından hasta ile yüz yüze görüşme/telefon ile iletişime geçme yöntemi ile doldurulmuştur.

3.4.7. Otonomi Değerlendirme Ölçeği

Bu çalışmada, 60 ve üzeri yaş grubunda yer alan bireylerin fonksiyonel bağımsızlık düzeylerini belirlemek için 1984 yılında Hebert ve arkadaşları tarafından geliştirilen Otonomi Değerlendirme Ölçeği (The Functional Autonomy Measurement System-SMAF) kullanılmıştır (148). Hebert ve ark. tarafından geliştirilen Otonomi Değerlendirme Ölçeği 1993 yılında Desrosiers ve ark. tarafından gözden geçirilmiş ve yeniden geçerlik-güvenirlik çalışması yapılmıştır. Otuz dokuz yaşlı birey üzerinde iki hafta arayla yapılan test-retest çalışmasına göre; ölçeğin ortalama uyum yüzdesinin %70-80, ortalama Cohen's ağırlıklı kappa katsayısının ise 0,57-0,74 arasında değiştiği görülmüştür. Aynı çalışmada ölçeğin her bir alt boyu için hesaplanan sınıf içi güvenilirlik katsayısının (ICC) % 95 güven aralığı ile 0,78-0,96 olduğu belirlenmiştir (149).

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tuna ve Şenol Çelik tarafından 2012 yılında yapılmıştır. Ölçeğin test-tekrar test puan korelasyon katsayısı 0,98; Cronbach alfa katsayısı 0,95 olarak saptanmıştır (47). Araştırmamızda ölçeğin

ön test uygulamasında Cronbach alfa katsayısı 0,92; son test uygulamasında ise 0,93 olarak saptanmıştır. Sonuçlar ölçeğin, klinik ve epidemiyolojik çalışmalar için güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir.

“Otonomi Değerlendirme Ölçeği (ODÖ)” bireyin günlük yaşam aktivitelerini, iletişim ve zihinsel fonksiyonlarını kapsayan 25 fonksiyonunu değerlendirmektedir. Günlük yaşam aktiviteleri; başlıca hastanın hareket ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerini de içermekle birlikte; yemek yeme, giyinme, yıkanma, kişisel bakım, üriner, tuvaleti kullanma, bağırsak fonksiyonu, nakil, merdiven inip çıkma, bina içinde yürüme, bina dışında dolaşma, yemek hazırlama, ev işleri, çamaşır yıkama, telefon kullanma, alışveriş, ulaşım, ilaç kullanma ve bütçe yönetme fonksiyonlarını kapsamakta olan alt boyutlarından oluşmaktadır. İletişimin üç alt boyutunda; işitme, görme ve konuşma fonksiyonları yer almaktadır. Zihinsel fonksiyonların üç alt boyutu ise; hafıza, anlama ve karar verme fonksiyonlarından oluşmaktadır. ODÖ'nin uygulanma süresi ortalama 42 ± 17 dakika sürmektedir (109, 148, 150).

Yaşlı bireyin değerlendirilmesinde ölçeğin yetersizlik alanı için; gözlemlenen fonksiyonu bağımsız olarak yerine getirebiliyorsa 0; hiçbir destek ya da uyaran verilmeden, fakat güçlükle fonksiyonu gerçekleştirebiliyorsa -0,5; gözetim ya da uyaran desteği ile fonksiyonu gerçekleştirebiliyorsa -1; güçlükle protez/ ortez takıyor ya da tekerlekli sandalye kullanıyorsa -1,5; fonksiyonu destek aldığında gerçekleştirebiliyorsa -2; hiçbir şekilde fonksiyonu tek başına gerçekleştiremiyorsa (tamamen bağımlı) -3 puan almaktadır. Ölçeğin toplam yetersizlik puanının hesaplanması tüm fonksiyon puanlarının toplanması ile elde edilmektedir. Yaşlı bireyin elde ettiği toplam puan -5'ten küçük olması fonksiyonel bağımsızlığını kaybetme riski taşımakta olduğunu göstermektedir. Ölçekten elde edilen toplam bağımlılık skoru -87 puandır (Tablo 3.1) (47, 148-150). Ölçek araştırmacı (koordinatör hemşire) tarafından hasta ile yüz yüze görüşme/telefon ile iletişime geçme yöntemi ile doldurulmuştur.

Tablo 3.1. ‘Otonomi Değerlendirme Ölçeği’nin Yetersizlik ve Engellilik Alanındaki Alt Boyutlarından ve Tamamından Alınabilecek En Düşük ve Yüksek Puanlar:

Alt boyutlar	En düşük puan	En yüksek puan
GYA	-63	0
İletişim	-9	0
Zihinsel Fonksiyonlar	-15	0
Toplam Puan	-87	0

3.5. Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Araştırmacı tarafından geliştirilen formlar için; hemşirelik esasları anabilim dalından üç öğretim üyesi, cerrahi hastalıkları hemşireliği anabilim dalından bir öğretim üyesi, ve bir devlet hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdüründen (yüksek lisans mezunu) uzman görüşü alınmıştır. Formlara yönelik uzmanların öneri ve görüşleri doğrultusunda düzeltmeler yapılarak tekrar görüşlerine sunulmuştur. İkincil alınan geri bildirim doğrultusunda soru formlarına kapsam geçerlik çalışması Davis Tekniği kullanılarak yapılmıştır (151, 152). Bu tekniğe göre formlardaki her bir madde için kapsam geçerlilik indeksi hesaplanmaktadır. Kapsam geçerlilik indeksi 0,80’ den yüksek ise madde kapsam geçerliliği yeterli sayılmakta, kapsam geçerlilik indeksi düşük olan maddeler elimine edilmektedir. Geliştirilen hasta takip formları içinden ‘‘Tanıtıcı Bilgiler Formu’’na ait üç sorunun kapsam geçerlilik indeksi 0,6 olarak hesaplanmıştır ve bu sorular elimine edilmiştir. ‘‘Yaşlı Bireyin Hastane İzlem Formu’’na ait üç sorunun kapsam geçerlilik indeksi 0,6 olarak hesaplanmıştır ve bu sorular elimine edilmiştir. Diğer formların içerdikleri soruların kapsam geçerlilik indeksi 0,80’ den yüksek olarak hesaplanmış ve değişiklik yapılmamıştır.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulama sürecinde Toles tarafından uzun dönem bakım evleri için geliştirilmiş olan TBM uygulama rehberi (129) adapte edilmiş olup, araştırma iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Uygulamanın ilk aşaması araştırmanın yürütülme sürecini destekleyen kurumsal yapıyı oluşturmak için gerekli düzenlemeleri

içermektedir. Uygulamanın ikinci aşamasında bakım süreci uygulamaları yer almaktadır.

3.6.1. Yapı (Kurumsal Yapının Hazırlanması -Şekil 3.1)

Sağlık ekibi profesyonellerini sağlama: Kurumda çalışmakta olan ve çalışmanın yapılacağı birimde hizmet veren hekim, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist ile görüşülerek TBM’i ekibi oluşturulmuştur. Kurumda aktif görev yapmakta olan sosyal hizmet uzmanı olmadığı için ekip üyeleri arasında sosyal hizmet uzmanı yer almamaktadır. Bu çalışmanın yürütülmesinde kurumda çalışmakta olan ve çalışmanın yapılacağı birimde hizmet veren hekim (kalp damar cerrahisi anabilim dalı başkanı), hemşire (klinik sorumlu hemşiresi), serviste çalışmakta olan klinik hemşireler, diyetisyen, fizyoterapist ve araştırmacı hemşire olmak üzere on beş kişi yer almıştır. Ekip üyelerinin çalışmaya katılım ve destekleri için sözel ve yazılı onamları alınmıştır (Bkz. EK-11).

Fiziki plan: Araştırma Bolu ili sınırları içinde bulunan Sağlık Bakanlığı-Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fakülte Ünitesi Kalp-Damar Cerrahisi Kliniği’nde (KDC) yürütülmüştür. Çalışma için kurumun fiziki şartlar uygundur.

Finans kaynakları: Araştırma süresince ekip üyeleri kendi görev ve sorumluluklarını yerine getirmiş olup aylık düzenli maaşlarını almışlardır. Ekip üyelerine çalışma için ayrıca ödeme yapılmamıştır. Araştırma giderleri araştırmacının kendisi tarafından karşılanmıştır.

Yönerge ve prosedür: Araştırma süresince bakım süreci uygulamalarının gerçekleştirilmesi ve bakım çıktılarının değerlendirilmesi ile ilgili materyaller geliştirilmiş ve hazırlanmıştır. Bu süreçte geliştirilen başlıca materyaller: “Açık Kalp Cerrahisi Klinik Yol Haritası” (Bkz. EK-12), “Hasta Takip Formları”, “Açık Kalp Cerrahisi Geçirecek Olan 60 Yaş ve Üstü Hastalar ve Aileleri İçin Geliştirilen Eğitim Rehberi” (Bkz. EK-13) ve “Bakım Planları”nı kapsamaktadır.

Açık Kalp Cerrahisi Klinik Yol Haritası

Klinik Yol Haritaları, belirli bir ameliyat geçiren ya da belirli bir prosedür geçiren tüm hastalar için optimal bakım süreçlerini özetlemek için, sistemik gözden

geçirmelerden elde edilen en iyi kanıtların yanı sıra, çok disiplinli ekiplerin verilerinden yararlanılarak geliştirilmektedir (105). Açık Kalp Cerrahisi Klinik Yol Haritası, çalışmanın uygulama sürecinde sağlık ekibi üyelerinin iş birliği halinde ve kanıta dayalı protokollere odaklı perioperatif hasta bakım sürecinin yürütülmesinde rehber olması için araştırmacı (koordinatör hemşire) tarafından ilgili literatür taranarak geliştirilmiştir. Açık Kalp Cerrahisi Klinik Yol Haritası başlıca hastanın kliniğe yatışı ile birlikte ameliyat öncesi, ameliyat günü, ameliyat sonrası günlük uygulanması gereken girişim ve bakım uygulamaları testler, konsültasyonlar, değerlendirme/tedaviler, aktivite/dinlenme planlaması, ilaçlar, beslenme, boşaltım, öğretim/taburculuk planlaması, beklenen sonuçlar, yaşanan sorunlar başlıkları kapsamında içermektedir. Bununla birlikte sağlık ekibi üyelerinin hastaya yönelik tanılama, uygulama, değerlendirme ve önerilerini raporladıkları bölümü içermektedir (91, 97, 105, 153-156).

Açık Kalp Cerrahisi Geçirecek Olan 60 Yaş ve Üstü Hastalar ve Aileleri İçin Geliştirilen Eğitim Rehberi

Eğitim rehberi, hastalar ve aileleri için ODÖ'nin başlıklarını içerecek şekilde literatürden yararlanılarak araştırmacı (koordinatör hemşire) tarafından geliştirilmiştir. Bu rehberde; kliniğe uyum süreci, kalbin yapı ve fonksiyonları, koroner arter hastalığı ve kalp kapak hastalıkları, açık kalp ameliyatı süreci (perioperatif süreç ve bakım uygulamaları), kendisine düşen rol ve sorumluluklar, taburculuk sonrası yaşam konuları yer almaktadır. Taburculuk sonrası yaşam: beslenme, ilaçlar, günlük bakım, ameliyat yarası ve bakım, önerilen egzersizler ve dinlenme, ağrıyla baş etme, normal aktivitelere dönüş, cinsel yaşam, ruh hali, sağlıklı yaşam için önerilen uygulamalar, ziyaretçiler, doktorunu araması gereken durumlar, kontrol zamanı konu başlıklarını içermektedir (29, 44, 82, 85, 88, 92, 95, 97, 100, 105, 109, 110, 154, 157). Geliştirilen kitapçık beş alanında uzman görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşüne sunulan kitapçık, uzmanların öneri ve görüşleri doğrultusunda düzeltmeler yapılarak tekrar görüşlerine sunulmuştur. İkincil alınan geri bildirim doğrultusunda kitapçığa kapsam geçerlik çalışması Davis Tekniği kullanılarak yapılmıştır (151, 152). “Açık Kalp Cerrahisi Geçirecek Olan 60 Yaş ve Üstü Hastalar ve Aileleri İçin Geliştirilen Eğitim Rehberi” için her bir konu başlığı maddeleştirilmiştir. Her bir maddenin kapsam

geçerlilik indeksi 0.8- 1 arasında çıkmıştır. Konu içeriğinden çıkarılan bölüm/ içerik yoktur.

Bakım planlarının geliştirilmesi

Müdahale grubu hastalarının bakım planlarının geliştirilmesinde OMAHA sistemi kullanılmıştır (132). Sistemin Türkçeye uyarlamasını yapan Semra Erdoğan'dan yazılı izin alınmıştır (131). Hemşirelik girişimlerinin oluşturulmasında hemşirelik girişimleri sınıflaması (NIC) ve girişimlerin başarısının değerlendirilmesine yönelik hemşirelik bakımı sonuçları sınıflama sistemi (NOC) kullanılmıştır (158). (Bir hasta için örnek bakım planı için Bkz. EK-14).

Sağlık ekibi profesyonellerinin eğitimi: Ekip üyelerine ve klinikte çalışmakta olan klinik hemşirelerine 'Transisyonel Bakım Modeli', yapılacak uygulamalar, kullanılacak formların içeriğine yönelik eğitim (Bkz. EK-15) yapılmıştır.

Sağlık ekibi üyeleri ile yapılan ilk toplantıda; "Problem Tanımı ve Amacımız, Transisyonel Bakım Modeli Nedir? Transisyonel Bakım Modeli Uygulaması, Transisyonel Bakım Modeli Uygulaması ile Beklenen Çıktılar, Ekip Üyeleri Rol ve Sorumlulukları" konu başlıklarını içeren eğitim gerçekleştirilmiştir. Toplantı sırasında araştırmacı (koordinatör hemşire) tarafından geliştirilen çalışma kapsamında kullanılacak olan formlar ve eğitim materyali ekip üyelerine tanıtılmış, görüş ve önerileri alınarak gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

Toplantı sonrası çalışmaya destek vermeyi kabul eden ekip üyelerinin (müdahale grubunda yer alacak 33 hasta için) araştırmacının organize edeceği ekip toplantılarına eksiksiz katılarak hastanın bakımının planlanması ve yürütülmesinde kendi uzmanlık alanlarına yönelik uygulamalarda destek vermeleri kararlaştırılmıştır. Bu karar doğrultusunda; müdahale grubu hastalarının klinik vaka analizi toplantılarının sabah saatlerinde 09.00-10.00 arası klinikte hasta viziti sonrası/sırasında yapılması kararlaştırılmıştır. Klinik vaka analizlerinin en az bir kez hastanın ameliyat öncesi döneminde, en az bir kez de ameliyat sonrası döneminde yapılması, hastanın gereksinimi doğrultusunda sayının artırılması planlanmıştır. Bununla birlikte fizyoterapist ve diyetisyenin hastanın kliniğe kabulünden itibaren en az bir kez ameliyat öncesi dönemde hastayı değerlendirmeleri, en az bir kez de ameliyat sonrası dönemde hastayı değerlendirmeleri; görüş, öneri ve uygulamalarını

‘Açık Kalp Cerrahisi Klinik Yol Haritası’nda ilgili kısma kaydetmelerine karar verilmiştir. Ayrıca aşağıda belirtilen sorumluluklar ekip üyeleri tarafından kabul edilerek yazılı hale getirilmiştir:

Hekim; hastanın tanı, tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının planlanması, uygulanması ve olası komplikasyonların öngörülerek gerekli önlemlerin alınması için çalışır. Birlikte çalıştığı diğer sağlık ekibi üyelerinin gerçekleştirdiği ve sorumluluğunda olan tıbbi bakım ve uygulamaların planlanmasında, izlenmesinde ve denetlenmesinde görev alır. Hastanın kliniğe kabulü ile en az bir kez ameliyat öncesi dönemde en az bir kez de (hastanın durumuna göre artırılabilir) ameliyat sonrası dönemde ekip üyeleri ile bir araya gelerek hastanın bakımının planlanmasına katılır.

Hemşire; bireyin ve ailesinin hemşirelik girişimleri ile giderilebilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını tespit etme ve hemşirelik tanıları çerçevesinde (OMAHA sistemi kullanılarak) kanıta dayalı uygulamaları temel alarak hemşirelik bakımını planlama, uygulama, değerlendirme ve denetlemede görev alır. Uygulamalarını ve hekimin tıbbî taleplerini bilimsel esaslar temelinde oluşturulan sağlık bakım, tanı ve tedavi protokolleri rehberliğinde yerine getirir. Hastanın kliniğe kabulü ile en az bir kez ameliyat öncesi dönemde en az bir kez de (hastanın durumuna göre artırılabilir) ameliyat sonrası dönemde ekip üyeleri ile bir araya gelerek hastanın bakımının planlanmasına katılır.

Fizyoterapist; hastaların hareket ve fiziksel fonksiyon bozukluklarının ortadan kaldırılması veya iyileştirilmesine yönelik gerekli uygulamaları planlar ve yapar. Fizyoterapi programı ile beklenen hedeflere ulaşabilmek amacıyla hastanın rol ve sorumluluklarını tanımlamak, oluşturulan ve yürütülmekte olan program ve iyileşme süreci ile ilgili bilgileri kayıt/ rapor etmekle görevlidir. Uzman hekim ile birlikte koruyucu ve destekleyici rehabilitasyon amacıyla kullanılacak cihaz ve teknolojilerinin uygun ölçü ve özelliklerini belirler, öneride bulunur, hasta ve aileye eğitim verir. Hastanın kliniğe kabulü ile en az bir kez ameliyat öncesi dönemde en az bir kez de (hastanın durumuna göre artırılabilir) ameliyat sonrası dönemde ekip üyeleri ile bir araya gelerek hastanın bakımının planlanmasına katılır.

Diyetisyen; hastaların beslenme programlarının düzenlenmesinden sorumludur. Bireylerin hastalık, antropometrik ölçüm, laboratuvar bulguları ve tedaviye uygun olarak besin ögesi gereksinmelerinin belirlenmesi, diyet tedavilerinin

ve beslenme eğitimi hizmetlerinin planlanması ve izlenmesini yürütür. Hastaların istek ve beslenme eğilimlerini değerlendirmekle birlikte hekimin belirlediği esaslar çerçevesinde yemek listelerini düzenler. Hastayı yemek rejimi konusunda eğitir. Hastanın kliniğe kabulü ile en az bir kez ameliyat öncesi dönemde en az bir kez de (hastanın durumuna göre artırılabilir) ameliyat sonrası dönemde ekip üyeleri ile bir araya gelerek hastanın bakımının planlanmasına katılır.

Araştırmacı (Koordinatör Hemşire); hasta ve bakımından sorumlu kişiyi değerlendirir, beklenti ve gereksinimlerini tanımlar. Hastanın klinik durumunu klinikte yatışı süresince günlük düzenli olarak gözden geçirir ve takip eder. Ekip üyelerinin bir araya getirilmesi için planlama ve organizasyonu yürütür. Ekip toplantılarında vaka (hastanın) sunumu ve ekip üyelerinin görüş ve önerilerini alarak hasta bakımının planlanmasını ve yürütülmesini koordine eder. Hasta ve bakımından sorumlu kişiye yönelik taburculuk eğitimini ve danışmanlık hizmetini yürütür. Taburculuk eğitimini; geliştirilen “Açık Kalp Cerrahisi Geçirecek Olan 60 Yaş ve Üstü Hastalar ve Aileleri İçin Geliştirilen Eğitim Rehberi” kapsamında ameliyat öncesi ve sonrası olmak üzere iki farklı zaman planlaması yaparak verir. Danışmanlık hizmetlerinde ekip üyeleri ile iletişim ve iş birliği halinde hasta ve yakının sorun ve sorularına cevap ve uygun çözüm yolları önerir. Ekip üyeleri arasındaki iletişimi ve toplantı gün saatlerini ekip üyelerinin uygunluğuna göre araştırmacı organize eder. Hastanın klinikten taburculuğu sonrası belirlenen düzenli aralıklarla ev ziyaretleri gerçekleştirerek olası sorunları erken dönemde fark etmek ve önlemek amaçlı hastanın yaşam koşullarını değerlendirmekle birlikte, eğitim rehberi doğrultusunda verilen önerileri gerçekleştirip gerçekleştirmediğini, hasta ve bakımından sorumlu kişinin semptomları nasıl yönettiğini değerlendirir ve gerekli önerilerde bulunur. Ayrıca hastanın önerilen tedavi ve ilaç rejimine bağlılığını değerlendirir ve destekler. Hasta ve bakımından sorumlu kişinin sorularına ve yaşadıkları sorunlara yönelik sağlık ekibi üyeleri ile iletişim ve iş birliği halinde uygun cevap ve önerilerde bulunur.

Sağlık ekibi profesyonellerinin toplantısı: Uygulama süresince müdahale grubundaki hastaların takibinde ekip üyelerinin bir araya gelme zamanları ekip üyelerinin ortak görüşü ile belirlenmiştir (Hastaların klinik vaka analizi toplantılarının sabah saatlerinde 09.00-10.00 arası klinikte hasta viziti sırası veya sonrasında yapılmasının uygun olduğu kararlaştırılmıştır). Klinik vaka analizinin en az bir kez

hastanın ameliyat öncesi döneminde, en az bir kez de ameliyat sonrası döneminde yapılması, hastanın gereksinimi doğrultusunda sayının artırılması kararı alınmıştır. Ekip üyeleri arasındaki iletişimi ve toplantı gün saatlerini ekip üyelerinin uygunluğuna göre araştırmacının (koordinatör hemşirenin) organize edeceği belirtilmiştir.

Dokümantasyon: Ekip üyelerinin hasta bakımına yönelik görüş, öneri ve uygulamalarını içeren notların kaydedileceği formlar hazırlanmıştır. Personel eğitimi sırasında bu formlar tanıtılmış, bakım planlarının ekip üyelerinin görüş ve önerileri doğrultusunda planlanması ve raporlanması kararlaştırılmıştır.

Hasta izlem ve bulgularının kaydedilmesi, ekip üyelerinin bu bilgilere kolay ulaşabilmesi ve düzenli sıklıklarla (en az bir kez ameliyat öncesi dönemde, en az bir kez de ameliyat sonrası dönemde) yapılan vaka analizi toplantıları personel etkileşim stratejilerini desteklemede önemli girişimleri oluşturmaktadır.

3.6.2. Bakım Süreci Uygulamaları

Ön uygulama:

Açık kalp ameliyatı olmak için Bolu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Abant İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Polikliniği'ne başvuran ve kalp damar cerrahisi kliniğine yatışı yapılan yaşlı hastalara araştırmanın ön uygulanması (randomizasyon ile belirlenmiş ilk altı hasta) yapılmıştır. Geliştirilen veri toplama ve izlem formlarının anlaşılabilirliği ve bakım sürecinin işlerliği değerlendirilmiştir.

Uygulama (Şekil 3.2):

Kasım 2017 ve Aralık 2018 tarihleri arasında araştırmacı ameliyat kararı ile kliniğe yatırılan her hastayı, araştırmaya dahil edilme kriterlerine göre değerlendirmiştir. Hastaların müdahale veya kontrol grubunda olmaları randomizasyon ile belirlenmiştir.

Kontrol Grubu

Kalp damar cerrahisi kliniğine yatışı yapılan AKA olmaya karar veren hasta araştırmacı tarafından araştırma kriterlerine uygunluk durumu açısından

değerlendirilmiştir. Bilgisayar sisteminden yararlanılarak oluşturulan randomizasyon tablosuna uygun şekilde kontrol grubunda yer alması gereken hastaya çalışma kapsamına ilişkin bilgilendirme yapıldıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul edenlere “Aydınlatılmış Onam Formu” (Bkz. EK-16) verilerek okuyup imzalaması istenmiştir.

Hasta formu imzaladıktan sonra hastanın kliniğe kabulü itibari ile ilk yirmi dört saat içinde yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak “Tanıtıcı Bilgiler Formu”, “Otonomi Değerlendirme Ölçeği” ve “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” araştırmacı (koordinatör hemşire) tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Hastanede yatışları süresince kontrol grubunda yer alan hastalara klinikte kullanılan “Açık Kalp Ameliyat Sonrası Yoğun Bakım, Servis, Taburculuk Hasta ve Hasta Yakını Bilgilendirme Broşürü” isimli bir broşür verilmiş, rutin bakım uygulamaları sunulmuştur ve araştırmacı tarafından herhangi bir müdahalede bulunulmamış gözlem yapılmıştır. Hasta Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi’nden (YBÜ) kliniğe kabul edildikten sonra ilk yirmi dört saat içerisinde başlayıp hastanın klinikte yatışı süresince hasta dosyasındaki kayıtlardan yararlanılarak ve hasta ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak “Yaşlı Bireyin Hastane İzlem Formu” uygulanmıştır.

Kontrol grubunda yer alan hastalar taburcu olduktan iki ve altı hafta sonra araştırmacı tarafından telefonla aranarak “Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Yaşlı Bireyin Taburculuk Sonrası Ev İzlem Formu” doldurulmuştur. Taburculuk sonrası dokuzuncu haftasında hasta, araştırmacı tarafından telefonla aranarak hastaya “Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Yaşlı Bireyin Taburculuk Sonrası Ev İzlem Formu”, “ODÖ” ve “SF-36” uygulanmıştır. Taburculuk sonrası altıncı ayda hasta araştırmacı tarafından telefon ile ulaşılarak genel sağlık ve kontrol tarihleri dışında hastaneye başvuru/yatış durumları sorgulanmıştır. Hastaların taburculuk sonrası ikinci, altıncı, dokuzuncu hafta ve altıncı aydaki telefon görüşmelerinde kontrol randevuları dışında hastaneye tekrarlı başvuru/yatış oranları sorgulanmıştır ve “Taburculuk Sonrası Hastaların Hastaneye Tekrarlı Başvuru İzlem Formu”na kaydedilmiştir. Bununla birlikte, kontrol grubu hastalarına soruları olup olmadığı sorulmuş, varsa cevaplanmış ve gerektiğinde uygun adımlar önerilmiştir.

Müdahale Grubu

Kalp damar cerrahisi kliniğine yatışı yapılan AKA olmaya karar veren hasta araştırma kriterlerine uygunluk durumu açısından araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Bilgisayar sisteminden yararlanılarak oluşturulan randomizasyon tablosuna uygun şekilde müdahale grubunda yer alması gereken hastaya çalışma kapsamına ilişkin bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul edenlere “Aydınlatılmış Onam Formu” (Bkz. EK-16) verilerek okuyup imzalaması istenmiştir.

Hasta formu imzaladıktan sonra hastanın kliniğe kabulü üzerine ilk yirmi dört saat içinde yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak “Tanıtıcı Bilgiler Formu”, “Otonomi Değerlendirme Ölçeği” ve “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” araştırmacı (koordinatör hemşire) tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Müdahale grubunda yer alan hasta ve ailesine ‘Transisyonel Bakım Modeli’ kapsamında aşağıda sıralanan bakım uygulamaları sunulmuştur:

- Hasta ve bakımından sorumlu yakınına klinik tanıtılıp, araştırmacı tarafından hazırlanan “Açık Kalp Cerrahisi Geçirecek Olan 60 Yaş ve Üstü Hastalar ve Aileleri İçin Geliştirilen Eğitim Rehberi” kitapçığı verilerek incelemesi, içeriğin kendisine ayrıntılı olarak anlatılacağı, soruları olursa not alması gerektiği belirtilmiştir. Araştırmacı (koordinatör hemşire) tarafından hasta ve bakımından sorumlu yakını ile birlikte eğitim zamanı belirlenerek kitapçık içeriğindeki bilgiler ameliyat öncesi dönem ve ameliyat sonrası dönem olmak üzere ikiye bölünerek aktarılmıştır. Eğitim zamanı için hastanın yorgun olmadığı, tedavi ve bakım uygulamaları ile eğitimin bölünmediği öğleden sonraki saat dilimleri tercih edilmiştir. Araştırmacı (koordinatör hemşire) hasta odasında hasta ve bakımından sorumlu yakınına eğitim kitapçığını kapsayacak şekilde Microsoft Office Power Point 2007 programı ile hazırlanmış ve taşınabilir bilgisayar üzerinden eğitim vermiştir. Eğitim sırasında soru-cevap, tartışma ve demonstrasyon yöntemi kullanılmış, geri bildirim alınmış, doğru bilgiler pekiştirilmiş ve önemli noktalar özetlenerek vurgulanmıştır. Ameliyat öncesi dönemde ilk verilen eğitim ortalama otuz-kırk beş dakika sürmüştür; ameliyat sonrası dönemde verilen ikinci eğitim benzer şekilde ortalama kırk beş dakika sürmüştür.

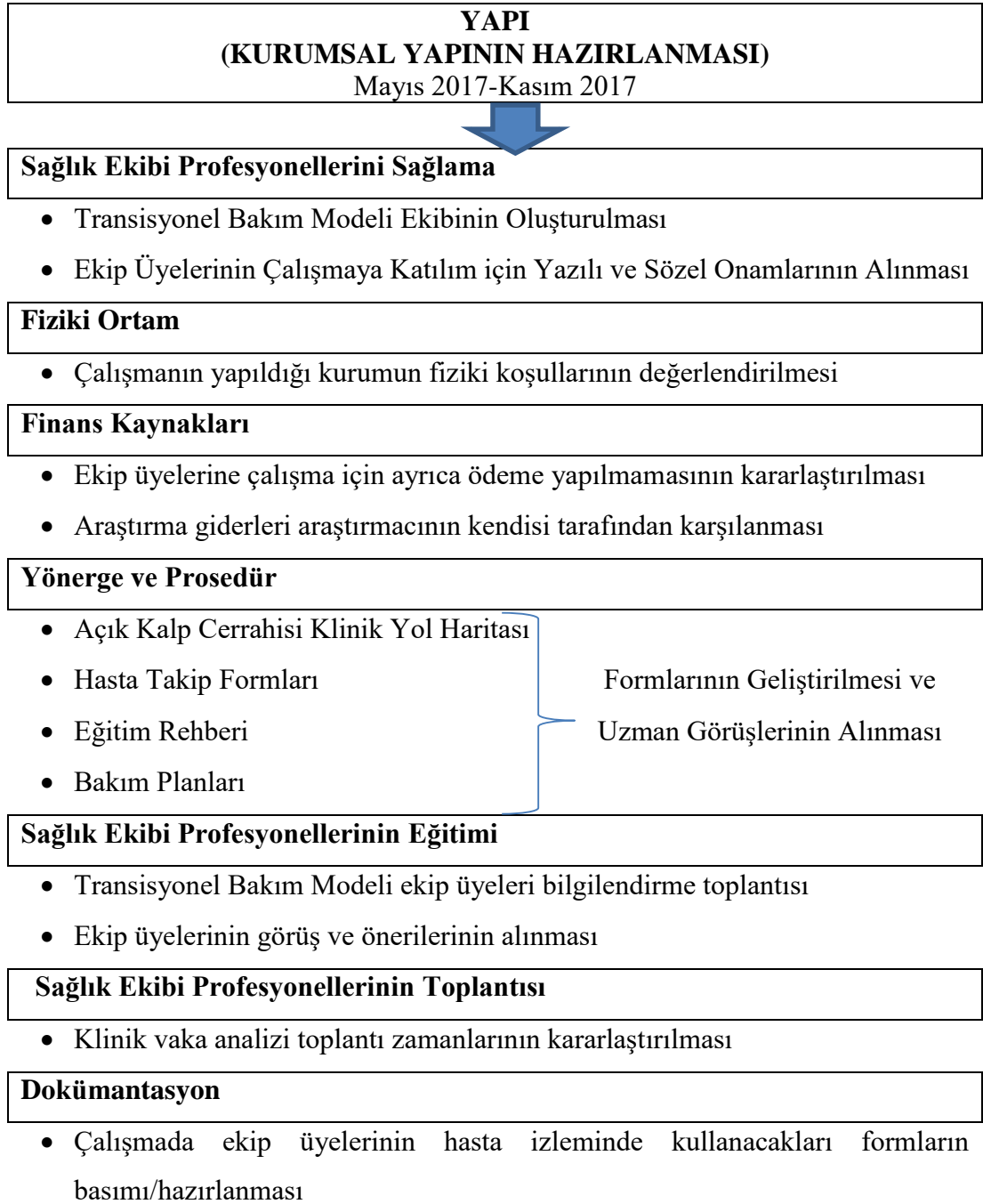
- Hastanın hastanede yatışı süresince; hasta ve yakını ile yüz yüze görüşülerek, “Yaşlı Bireyin Hastane İzlem Formu” ve hasta dosyasından elde edilen veriler kapsamında OMAHA Sisteminden yararlanarak sorunlar saptanmış, tanılama yapılmış ve hemşirelik girişimleri sınıflaması (NIC) kullanılarak bakım girişimleri planlanmıştır.
- Araştırmacı tarafından geliştirilen “Açık Kalp Cerrahisi Klinik Yol Haritası” kapsamında ve geliştirilen bakım planı girişimleri doğrultusunda hasta bakım uygulamaları sağlık ekibi üyeleri tarafından yürütülmüştür.
- Araştırmacı (koordinatör hemşire) hastayı her gün klinikte ziyaret ederek vizite yapmış, gereksinimleri saptamış, sağlık ekibi üyelerini yönlendirerek bakımın yürütülmesini koordine etmiştir. Diyetisyen ve fizyoterapist hastayı klinikte yatışı süresince en az bir kez ameliyat öncesi ve en az bir kez ameliyat sonrası değerlendirerek hastayı bilgilendirmişler ve görüş, öneri ve uygulamalarını “Açık Kalp Cerrahisi Klinik Yol Haritası”na rapor etmişlerdir. Ekip üyeleri sabah saatlerinde (09.00-10.00 arası) klinikte hasta viziti sonrasında bir araya gelerek hastanın durumunu analiz ederek görüş ve önerilerini belirtmişlerdir. Hasta bakımı bu görüş ve öneriler doğrultusunda planlanmış ve yürütülmüştür.
- Hastalar taburcu olduktan sonra ilk yirmi dört saat içinde araştırmacı (koordinatör hemşire) tarafından evinde ziyaret edilmiştir. İlk ev ziyaretinde; hastanın yaşam koşulları, önerilen tedavi ve ilaç rejimini anlama ve uygulama durumu, iyileşmesini hızlandırmaya yönelik eğitim rehberinde yer alan ve anlatılan uygulamaları gerçekleştirme durumu değerlendirilmiştir. Hasta ve bakımından sorumlu bireyin soruları yanıtlanarak ve sorunlarına yönelik önerilerde bulunulmuştur. OMAHA sistemi problem sınıflandırma listesi doğrultusunda hasta ve yakınının sorunları değerlendirilerek bakımın planlanması ve yürütülmesi devam etmiştir. Taburculuk sonrası hasta ve bakımından sorumlu yakınına ilk bir hafta süresince ihtiyaçları halinde araştırmacıya telefonla ulaşılarak danışmanlık alabilme olanağı sunulmuştur.
- Hastalar taburcu olduktan iki ve altı hafta sonra araştırmacı (koordinatör hemşire) tarafından ev ziyareti yapılarak hastaya “Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Yaşlı Bireyin Taburculuk Sonrası Ev İzlem Formu” uygulanmıştır. Taburculuk sonrası dokuzuncu haftasındaki ev ziyaretinde hastalara

araştırmacı (koordinatör hemşire) tarafından “Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Yaşlı Bireyin Taburculuk Sonrası Ev İzlem Formu”, “ODÖ” ve “SF-36” uygulanmıştır. Ev ziyaretlerinden bir gün önce hasta telefonla aranarak ziyaret saati belirlenmiştir. Ev ziyaretleri sırasında hasta ve bakımından sorumlu kişinin gereksinim ve sorunlarının saptanması, bakımının planlanması, yürütülmesi (OMAHA Sistemi’nden yararlanılarak) devam etmiştir. “Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Yaşlı Bireyin Taburculuk Sonrası Ev İzlem Formu”na saptanan sorunlar, hasta ve yakınının girişimleri, araştırmacının öneri ve uygulamaları kaydedilmiştir. Bu süreçte araştırmacı (koordinatör hemşire) sağlık bakım ekibi (hekim, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist) ile iletişimi koordine etmiş, sorunlara yönelik girişimlerde ekip üyelerine danışarak uygulamalarda ve yönlendirmelerde bulunmuştur. İkinci ve üçüncü ev ziyaretleri arasındaki sürede de hasta ve yakınları araştırmacıdan danışmanlık hizmeti almışlardır. Aynı zamanda ev ziyaretlerinde saptanan hastaların sorunlarını en geç bir hafta sonra araştırmacı (koordinatör hemşire) telefon ile ulaşarak çözümlenip çözümlenmediğini değerlendirmiştir.

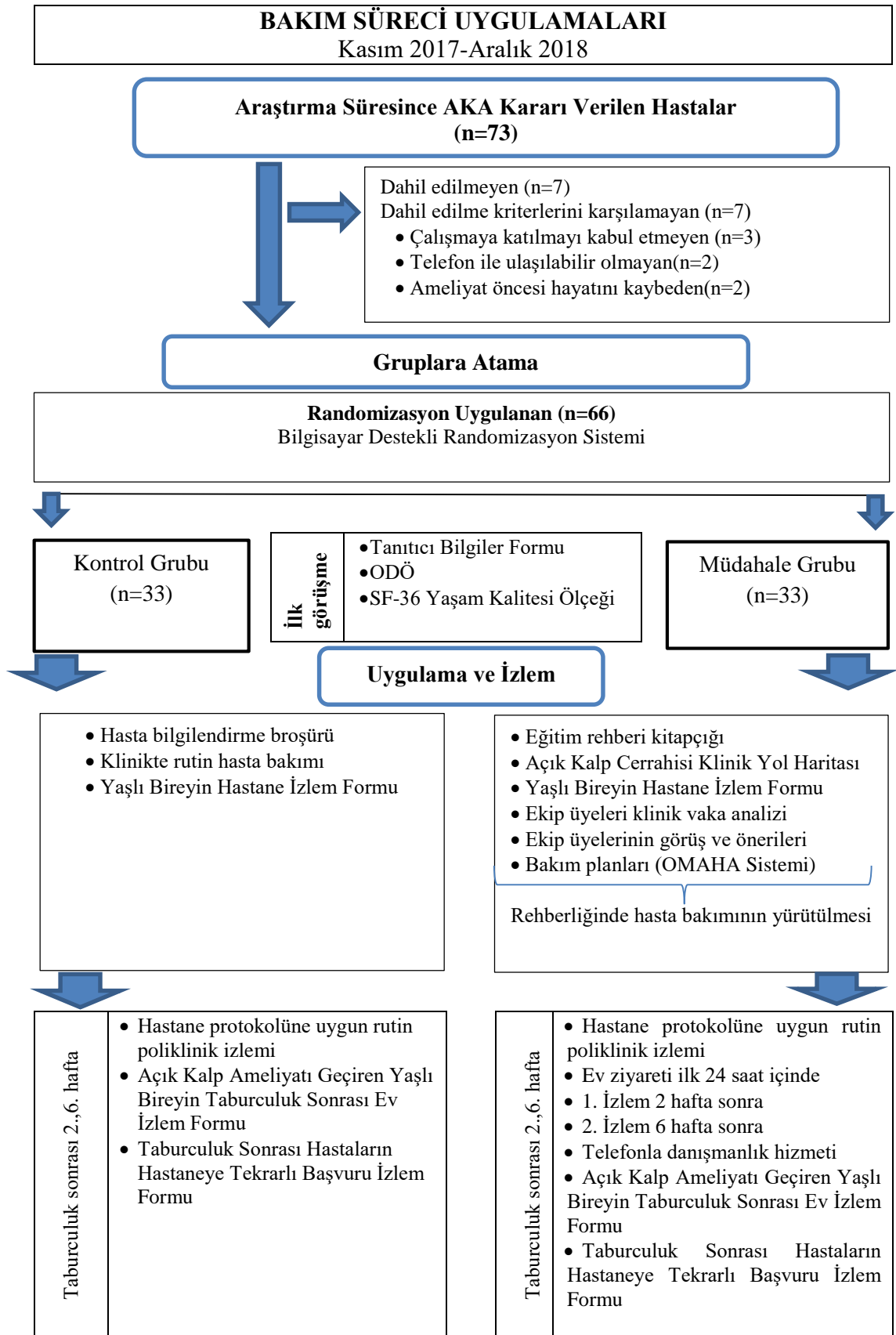
- Taburculuk sonrası altıncı ayda hasta araştırmacı (koordinatör hemşire) tarafından telefon ile ulaşılarak genel sağlık ve kontrol tarihleri dışında hastaneye başvuru/yatış durumları sorgulanmıştır. Hastaların taburculuk sonrası ikinci, altıncı, dokuzuncu hafta ve altıncı aydaki telefon görüşmelerinde kontrol randevuları dışında hastaneye tekrarlı başvuru/yatış oranları sorulmuştur ve “Taburculuk Sonrası Hastaların Hastaneye Tekrarlı Başvuru İzlem Formu”na kaydedilmiştir. Hastaneye tekrarlı yatış durumunda hastanede hasta takibi devam ederek hastanede hasta ile görüşme yapılmış, bakım ve tedavi süreci izlenmiştir.

Not: Hasta ve bakımından birinci derecede sorumlu kişinin hastane/ ev ziyaret sıklığı TBM uygulama protokolüne ve AKA geçiren hastaların iyileşme süreci ile ilgili literatüre dayanarak belirlenmiştir. Model kapsamında hastanın klinikte yatışı sırasında koordinatör hemşire tarafından günlük ziyaret edilmesi, taburculuğu sonrası ilk yirmi dört saat içerisinde ev ziyareti yapılması ve ilk bir hafta gereksinimleri doğrultusunda koordinatör hemşireye telefon ile ulaşarak danışmanlık alabilmesi olanağının sunulması belirtilmiştir. İlerleyen süreçte uygulama süresince hastanın

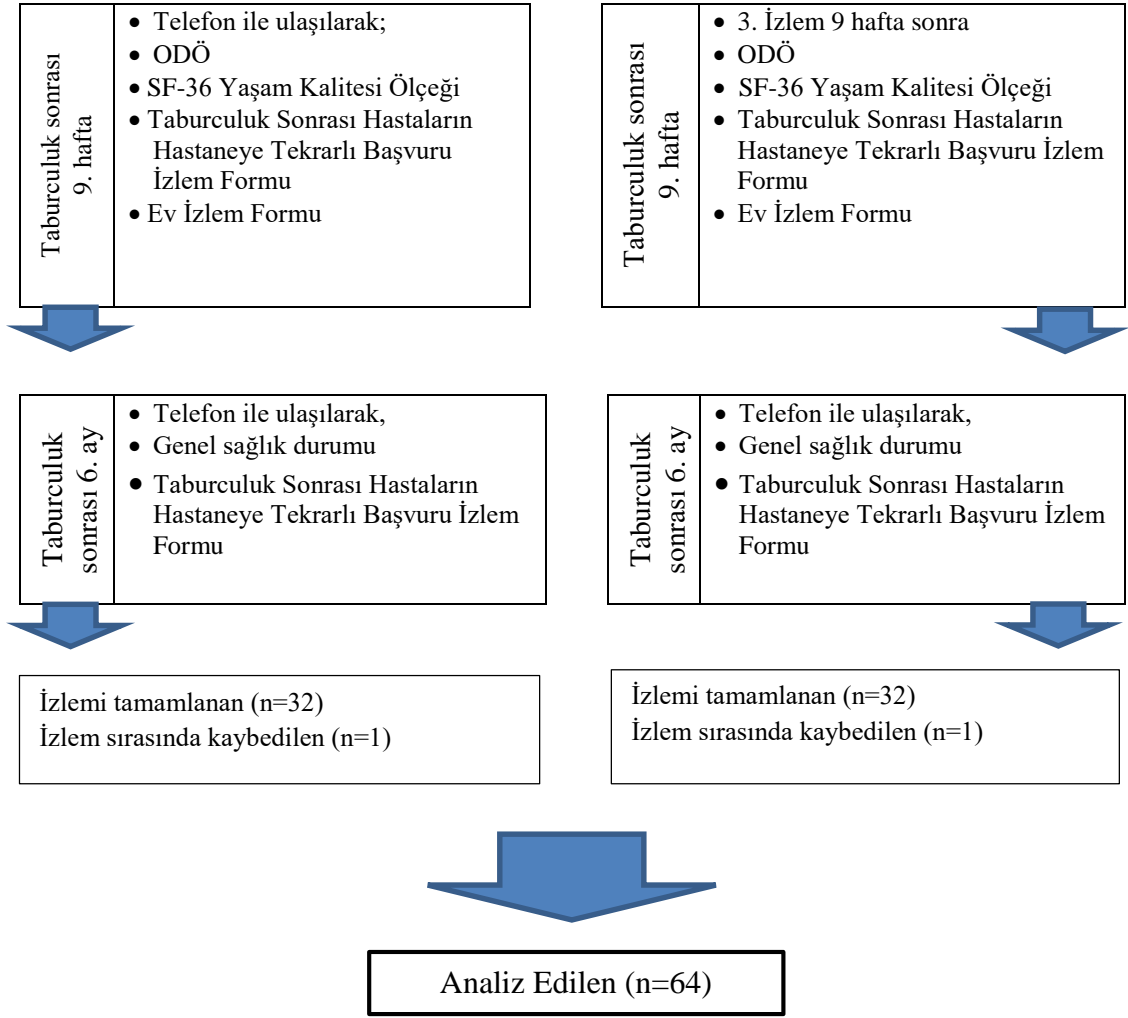
mevcut hastalığı kapsamında süreler değişebilmekle birlikte taburculuk sonrası ilk bir ay haftada bir kez (gereksinim halinde) daha sonra ayda iki kez şeklinde ev izlemi önerilmiştir (57). Literatür incelendiğinde de AKA geçiren hastalarla yürütülen taburculuk sonrası izlem çalışmalarındaki izlem sıklıkları ve hastalardan beklenen iyileşme süreci aşamaları çalışmanın ev ziyaretlerinin sıklığını belirlemede temel alınmıştır (10, 21, 45).



Şekil 3.1. Araştırmanın 1. Aşaması akış şeması



Şekil 3.2. Araştırmanın 2. Aşaması akış şeması



Şekil 3.2. Araştırmanın 2. Aşaması akış şeması (devamı)

3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenini TBM doğrultusunda multidisipliner ekip iş birliğinde yürütülen hemşirelik bakımı oluşturmuştur. Taburculuk sonrası dönemde hastaların fonksiyonel bağımsızlık düzeyleri ve yaşam kalitesi düzeyleri araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmuştur.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler, istatistiksel analizler ile (IBM SPSS Statistics 23 programında) değerlendirilmiştir. Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde “Sayısal değişkenler, Büyük Sayılar Yasası’na göre $n \rightarrow \infty$ için, örneklem ortalamasının dağılımı normal dağılıma yaklaşır (159)” savı temel alınarak parametrik testlerden

yararlanılmıştır. Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) verilmiştir. İki gruba sahip kategorik değişkenler arasındaki fark Bağımsız Örneklem t Testi, ikiden fazla gruba sahip kategorik değişkenler arasındaki fark ise “Tek Yönlü Varyans Analizi” (ANOVA) ile test edilmiştir. Analiz sonucunda ilk olarak varyans homojenliği Levene Testi ile, daha sonra farklılığın kaynaklandığı grup ya da grupların değerlendirilmesi “Çoklu Karşılaştırma Testi” ile kontrol edilmiştir. Varyans homojenliğini sağlayan değişkenlerde gruplar arasındaki farkın incelenmesi için Bonferonni, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde gruplar arasında fark incelenmesi için Tamhane’s T2 testi kullanılmıştır. Ayrıca iki sayısal değişkenin zamanlar arasındaki farklılığının incelenmesinde Bağımlı Örneklem t Testinden, iki kategorik değişken arasındaki ilişkinin incelenmesinde Ki Kare testinden yararlanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın uygulanabilmesi için Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 25.05.2017 tarih ve 2017/42 (Bkz. EK-17) karar sayısı ile izin alınmıştır. Ayrıca çalışmanın İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde yapılabilmesi için Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Bolu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden, araştırma kapsamına alınan hastanenin başhekimlik ve hemşirelik hizmetleri müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır (Bkz. EK-18).

Araştırmada Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin kullanım için 22.08.2016 tarihinde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Prof. Dr. Ömer Aydemir’den (Bkz. EK-19); Otonomi Değerlendirme Ölçeğinin kullanımı için ölçeğin yazarı Profesör Réjean Hébert’ten ve 13.07.2016 tarihinde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Dr. Öğr. Üyesi Zahide Tunçbilek’ten yazılı izin alınmıştır (Bkz. EK-20).

Çalışmanın örneklem kapsamına alınan hastalar araştırmanın kapsam, içerik ve amacı ile ilgili bilgilendirildikten sonra kendilerinden çalışmaya katılmaya gönüllü olduklarına ilişkin sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Araştırmacı çalışmanın katılımcılarına ait kimlik ve erişim bilgilerini saklı tutmaktadır. Bu çalışmadan elde

edilecek veriler sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Çalışmaya ait bütün veriler çalışmanın başladığı tarihten itibaren beş yıl muhafaza edilecektir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma tek bir merkezde yürütülmüştür. Ulaşım kısıtlılığında ötürü 50 km içinde ikamet eden hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Daha uzak mesafede ikamet eden hastalar için bir saptama yapılamaz. DSÖ'nün güncel verilerinde yaşlı sınıflaması 65 yaş ve üzeri olarak yapılmakta olup; yaşlı sınıflaması ülkemizin kültürel değerleri, ortalama beklenen yaşam süresi ve toplumumuzda öngörülen emeklilik yaşı baz alınarak çalışma kapsamına alınan yaşlı hasta sınıflaması 60 yaş ve üzeri olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmadan elde edilen bulgular üç bölümde incelenmiştir.

1. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerine ilişkin bulgular
2. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası hasta çıktılarına ilişkin bulgular
3. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları sorunlar ve baş etme durumlarına ilişkin bulgular

4.1. Müdahale ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Sosyo-demografik ve Tıbbi Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan hastaların sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerine ilişkin bulguların dağılımına yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Müdahale ve kontrol grubu hastalarının sosyo-demografik özellikleri (n:64).

Sosyo-Demografik Özellikler		Müdahale grubu		Kontrol grubu		Ki kare	p
		n	%	n	%		
Yaş	60-69	24	75,0	18	56,3	2,494	0,114 ^a
	>=70	8	25,0	14	43,7		
Cinsiyet	Kadın	9	28,1	5	15,6	1,463	0,226 ^a
	Erkek	23	71,9	27	84,4		
Eğitim durumu	Okur yazar değil	8	25,0	4	12,5	-	-
	Okur yazar	5	15,6	3	9,4		
	İlkokul	15	46,9	21	65,6		
	Orta okul	4	12,5	4	12,5		
Medeni durum	Evli	28	87,5	28	87,5	0,000	1,000 ^a
	Bekar	4	12,5	4	12,5		
Yaşadığı yer	Köy	14	43,8	11	34,4	0,591	0,442
	Kentsel	18	56,2	21	65,6		
Çalışma durumu	Çalışıyor	7	21,9	3	9,4	2,450	0,294 ^a
	Çalışmıyor	25	78,1	29	90,6		
Sosyal güvence	Var	30	93,8	31	96,9	0,350	1,000 ^a
	Yok	2	6,2	1	3,1		
Gelir düzeyi	Gelir gider dengede	29	90,6	30	93,8	0,217	1,000 ^a
	Gelir giderden az	3	9,4	2	6,2		
Birlikte yaşadığı bireyler	Yalnız	2	6,3	2	6,3	-	-
	Eşi ya da Çocuk/çocukları	16	49,9	17	53,1		
	Eş ve çocuklar	14	43,8	13	40,6		
Taburculuk sonrası yaşadığı kişi	Eşi	11	34,3	16	50,0	-	-
	Eşi ve çocuğu	14	43,8	13	40,6		
	Çocuğu/çocukları	6	18,8	1	3,2		
	Yeğeni ve çocukları	1	3,1	1	3,2		
Refakatçi eğitim düzeyi	Okur yazar değil	2	6,3	13	40,6	-	-
	Okur yazar	7	21,9	8	25,0		
	İlkokul	17	53,1	10	31,3		
	Orta okul ve üzeri	6	18,7	1	3,1		
Ailede açık kalp ameliyatı olan	Var	8	25,0	6	18,8	0,366	0,545 ^a
	Yok	24	75,0	26	81,2		

^a: Ki kare testi

Tablo 4.1’de çalışma kapsamına alınan yaşlı hastaların sosyo-demografik özellikleri verilmiştir. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre benzer oldukları bulunmuştur (p>0,05).

Tablo 4.2. Müdahale ve kontrol grubu hastalarının ameliyat öncesi dönemdeki sağlık durumları ve alışkanlıkları (n:64).

Sağlık Durumları ve Alışkanlıkları		Müdahale grubu		Kontrol grubu		Ki kare	p
		n	%	n	%		
Tıbbi Tanı	*KAH	28	87,5	29	90,6	-	-
	**MY	4	12,5	2	6,3		
	KAH+MY	0	0,0	1	3,1		
Kronik hastalık durumu	Var	21	65,6	27	84,4	3,000	0,083 ^a
	Yok	11	34,4	5	15,6		
Daha önce hastanede yatma durumu	Var	26	81,2	28	87,5	0,474	0,491 ^a
	Yok	6	18,8	4	12,5		
Sürekli kullandığı ilaç	Var	22	68,8	25	78,1	0,721	0,396 ^a
	Yok	10	31,2	7	21,9		
Reçetesiz ilaç kullanımı	Var	0	0,0	1	3,1	1,016	1,000 ^a
	Yok	32	100,0	31	96,9		
Sigara tüketimi şimdi	Var	4	12,5	1	3,1	1,953	0,355 ^a
	Yok	28	87,5	31	96,9		
Sigara tüketimi geçmiş	Var	15	46,9	23	71,9	4,146	0,042^a
	Yok	17	53,1	9	28,1		
Alkol tüketimi şimdi	Var	1	3,1	0	0,0	1,016	1,000 ^a
	Yok	31	96,9	32	100,0		
Alkol tüketimi geçmiş	Var	11	35,5	14	43,8	0,450	0,503 ^a
	Yok	20	64,5	18	56,2		
Beden kitle indeksi	<25	10	31,3	10	31,3	0,093	0,955 ^a
	25-30	12	37,5	13	40,6		
	>30	10	31,2	9	28,1		
Öğün atlama durumu	Evet	10	31,2	13	40,6	0,611	0,434 ^a
	Hayır	22	68,8	19	59,4		
Günlük sıvı tüketimi miktarı	<1,5lt	11	34,4	8	23,4	1,048	0,592 ^a
	1,5-2lt arası	13	40,6	14	43,3		
	>2lt	8	25,0	10	33,3		
Egzersiz alışkanlık durumu	Var	27	84,4	22	68,8	2,177	0,140 ^a
	Yok	5	15,6	10	31,2		
Görme sorunu	Var	14	43,8	13	40,6	0,064	0,800 ^a
	Yok	18	56,2	19	59,4		
Görmede kullandığı araç	Yok	17	53,1	17	53,1	-	-
	Gözlük	14	43,8	13	40,6		
	Lens	1	3,1	2	6,3		
İşitme sorunu	Evet	1	3,1	3	9,4	1,067	0,613 ^a
	Hayır	31	96,9	29	90,6		
İşitme cihazı	Evet	0	0,0	1	3,1	1,016	1,000 ^a
	Hayır	32	100,0	31	96,9		

^a: Ki kare testi, *KAH=Koroner Arter Hastalığı, **MY= Mitral Yetmezlik.

Tablo 4.2’de yaşı hastaların ameliyat öncesi dönemdeki sağlık durumları ve alışkanlıklarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların sağlık durumu ve alışkanlıkları yönünden yapılan istatistiksel değerlendirmede, kontrol grubunda yer alan hastaların geçmişte sigara kullanma oranının müdahale grubunda yer alan hastalara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hastaların ameliyat öncesi dönemdeki diğer sağlık durumları ve alışkanlıkları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

4.2. Müdahale ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Ameliyat Sonrası Hasta Çıktılarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastalar otonomi düzeyleri, yaşam kalitesi düzeyleri, hastanede kalış süreleri, ameliyat sonrası yaşantıları, taburculuk sonrası hastaneye başvuru ve tekrarlı yatış oranları açısından karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.3. Müdahale ve kontrol grubu hastalarının hastaneye yatış ve taburculuk sonrası dokuzuncu haftada fonksiyonel bağımsızlık düzeyi puan ortalamalarının dağılımı.

Otonomi Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları	Müdahale grubu n:32		Kontrol grubu n:32		Değerlendirme			Güven aralıkları	
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	t	p	Alt	Üst			
Günlük Yaşam Aktiviteleri	Hastaneye yatış	-2,91±5,338	-3,50±6,204	0,410	0,683 ^a	-2,298	3,486		
	Taburculuk sonrası 9. Hafta	-1,91±1,748	-9,56±7,658	5,514	0,000^a	4,835	10,477		
T	-1,027	6,322							
P	0,312 ^b	0,000^b							
İletişim	Hastaneye yatış	0,00±0,000	-0,09±0,369	1,438	0,161 ^a	-0,039	0,227		
	Taburculuk sonrası 9. Hafta	0,00±0,000	-0,14±0,317	2,509	0,018^a	0,026	0,255		
T	-	0,828							
P	-	0,414 ^b							
Zihinsel Fonksiyonlar	Hastaneye yatış	-0,05±0,265	0,00±0,000	-1,000	0,325 ^a	-0,143	0,049		
	Taburculuk sonrası 9. Hafta	0,00±0,000	0,00±0,000	-	-				
T	-1,000	-							
P	0,325 ^b	-							
Genel ODÖ Puan Ortalaması	Hastaneye yatış	-2,95±5,372	-3,59±6,418	0,433	0,667 ^a	-2,319	3,600		
	Taburculuk sonrası 9. Hafta	-1,91±1,748	-9,70±7,800	5,518	0,000^a	4,926	10,668		
T	-1,069	6,365							
P	0,294 ^b	0,000^b							

^a: Bağımsız örneklem t testi, ^b:Bağımlı örneklem t testi.

Tablo 4.3'te çalışmaya katılan hastaların hastaneye yatışlarında ve hastaneden taburcu olduktan sonraki dokuzuncu hafta izlemlerinde aldıkları fonksiyonel bağımsızlık düzeyi puan ortalamaları yer almaktadır. Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, hastaların hastaneye yatış anlarındaki GYA, iletişim, zihinsel fonksiyon alt boyutları puan ortalamaları ve otonomi değerlendirme ölçeği puan ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Hastaların taburculuk sonrası dokuzuncu hafta izlemlerinde ise müdahale grubunda yer alan hastaların GYA, iletişim alt boyutları puan ortalamaları ve otonomi değerlendirme ölçeği puan ortalamaları kontrol grubunda yer alan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0,05$).

Uygulanan bağımlı örneklem t testi sonucunda, müdahale grubunda yer alan hastaların GYA, iletişim, zihinsel fonksiyon alt boyutları ve otonomi değerlendirme ölçeği puan ortalamaları ve kontrol grubu hastalarının iletişim alt boyutu puan ortalaması bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Fakat kontrol grubunda yer alan hastaların GYA alt boyutu puan ortalaması ve otonomi değerlendirme ölçeği puan ortalaması taburculuk sonrası dokuzuncu hafta izlemlerinde hastaneye ilk yatış zamanlarına göre anlamlı derecede daha düşüktür ($p<0,05$).

Çalışma sonuçlarımız doğrultusunda “AKA geçiren yaşlı hastalarda TBM doğrultusunda multidisipliner ekip iş birliğinde yürütülen hemşirelik bakımının hastaların fonksiyonel bağımsızlıklarına etkisi vardır.” şeklinde kurulan H_{1-1} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 4.4. Müdahale ve kontrol grubu hastalarının hastaneye yatış ve taburculuk sonrası dokuzuncu haftada yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı.

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Müdahale grubu n:32		Kontrol grubu n:32		Değerlendirme			Güven aralıkları	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	t	p	t	p	Alt	Üst	
Fiziksel Fonksiyon	Hastaneye yatış	43,13±32,323			52,66±38,205	-1,077	0,285 ^a	-27,215	8,153
	Taburculuk sonrası 9. Hafta	92,34±9,417			60,33±32,033	5,425	0,000^a	20,052	43,985
	t	-7,688			-1,110				
p	0,000^b			0,275 ^b					
Sosyal İşlevsellik	Hastaneye yatış	59,77±26,891			58,59±27,576	0,172	0,864 ^a	-12,439	14,783
	Taburculuk sonrası 9. Hafta	80,47±11,420			46,48±23,165	7,443	0,000^a	24,790	43,179
	t	-4,010			2,376				
p	0,000^b			0,024^b					
Fiziksel Rol Güçlüğü	Hastaneye yatış	36,72±46,656			46,88±47,836	-0,860	0,393 ^a	-33,769	13,457
	Taburculuk sonrası 9. Hafta	99,22±4,419			50,80±40,899	6,658	0,000^a	33,596	63,232
	t	-7,375			-0,448				
p	0,000^b			0,657 ^b					
Emosyonel Rol Güçlüğü	Hastaneye yatış	41,67±49,369			51,04±47,883	-0,771	0,444 ^a	-33,678	14,928
	Taburculuk sonrası 9. Hafta	97,92±11,785			58,33±41,478	5,193	0,000^a	24,124	55,043
	t	-6,499			-0,737				
p	0,000^b			0,467 ^b					
Ruhsal Sağlık	Hastaneye yatış	66,38±14,893			64,88±15,265	0,398	0,692 ^a	-6,036	9,036
	Taburculuk sonrası 9. Hafta	82,13±12,191			59,50±10,448	7,971	0,000^a	16,951	28,301
	t	-4,813			2,072				
p	0,000^b			0,047^b					
Vitalite	Hastaneye yatış	59,69±20,866			60,78±19,349	-0,217	0,829 ^a	-11,149	8,962
	Taburculuk sonrası 9. Hafta	75,16±9,877			50,16±15,938	7,542	0,000^a	-18,348	31,652
	t	-3,542			2,866				
p	0,001^b			0,007^b					
Ağrı	Hastaneye yatış	50,39±32,547			49,14±36,237	0,145	0,885 ^a	-15,962	18,462
	Taburculuk sonrası 9. Hafta	92,27±11,042			75,63±23,184	3,666	0,001^a	7,494	25,787
	t	-6,931			-4,122				
p	0,000^b			0,000^b					

Tablo 4.4. Müdahale ve kontrol grubu hastalarının hastaneye yatış ve taburculuk sonrası dokuzuncu haftada yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı (Devamı).

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Müdahale grubu n:32		Kontrol grubu n:32		Değerlendirme		Güven aralıkları	
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	t	p	Alt	Üst		
Genel Sağlık Algısı	Hastaneye yatış	58,13±15,489	52,03±16,307	1,533	0,130 ^a	-1,854	14,041	
	Taburculuk sonrası 9. Hafta	85,78±8,900	59,38±17,122	7,741	0,000^a	19,542	33,270	
	t	-8,604	-2,509					
	p	0,000^b	0,018^b					
Fiziksel ana boyut	Hastaneye yatış	47,09±23,426	50,18±25,580	-0,503	0,617 ^a	-15,342	9,171	
	Taburculuk sonrası 9. Hafta	92,40±5,258	61,53±24,104	7,078	0,000^a	22,006	39,734	
	t	-10,167	-2,631					
	p	0,000^b	0,013^b					
Mental ana boyut	Hastaneye yatış	56,87±22,171	58,82±21,114	-0,360	0,720 ^a	-12,768	8,870	
	Taburculuk sonrası 9. Hafta	83,92±8,321	53,62±18,913	8,295	0,000^a	22,930	37,667	
	t	-6,480	1,360					
	p	0,000^b	0,183^b					

^a:Bağımsız örneklem t testi, ^b:Bağımlı örneklem t testi

Tablo 4.4’te çalışmaya katılan hastaların hastaneye yatışlarında ve hastaneden taburcu olduktan sonraki dokuzuncu hafta izlemlerinde aldıkları yaşam kalitesi puan ortalamaları yer almaktadır. Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, hastaların hastaneye yatış anındaki fiziksel fonksiyon, sosyal işlevsellik, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, vitalite, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut ve mental ana boyut puan ortalamaları bakımından müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Taburculuk sonrası dokuzuncu hafta izleminde ise müdahale grubunda yer alan hastaların fiziksel fonksiyon, sosyal işlevsellik, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, vitalite, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut ve mental ana boyut puan ortalamaları kontrol grubunda yer alan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0,05$).

Uygulanan bağımlı örneklem t testi sonucunda, kontrol grubunda yer alan hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü ve mental ana boyut puan ortalamaları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Fakat taburculuk sonrası dokuzuncu hafta izlem puan ortalamaları açısından kontrol grubunda yer alan hastaların ağrı, genel sağlık algısı ve fiziksel ana boyut puan ortalamaları hastaneye yatış zamanına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek iken; sosyal işlevsellik, ruhsal sağlık ve vitalite alt boyut puan ortalamaları taburculuk sonrası dokuzuncu hafta izlemlerinde istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür ($p<0,05$). Müdahale grubunda yer alan hastaların taburculuk sonrası dokuzuncu hafta izlemlerinde fiziksel fonksiyon, sosyal işlevsellik, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, vitalite, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut ve mental ana boyut puan ortalamaları hastaneye yatış zamanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0,05$).

Çalışma sonuçlarımız doğrultusunda “AKA geçiren yaşlı hastalara TBM doğrultusunda multidisipliner ekip iş birliğinde yürütülen hemşirelik bakımının hastaların yaşam kalitesine etkisi vardır.” olarak kurulan H_{1-2} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 4.5. Müdahale ve kontrol grubu hastalarının ameliyat sürecinde hastanede ortalama yatış süreleri.

Hastanede Ortalama Yatış Süreleri		n	\bar{x}	SS	t	p
Ameliyat öncesi yatış gün sayısı	Müdahale grubu	32	6,72	6,346	0,023	0,982 ^a
	Kontrol grubu	32	6,69	4,185		
Ameliyat sonrası yatış gün sayısı	Müdahale grubu	32	5,81	2,455	-1,100	0,275 ^a
	Kontrol grubu	32	6,56	2,972		
Toplam Yatış gün sayısı	Müdahale grubu	32	12,47	6,540	-0,516	0,608 ^a
	Kontrol grubu	32	13,22	4,989		
YBÜ kalma süresi	Müdahale grubu	32	2,78	1,791	-1,122	0,266 ^a
	Kontrol grubu	32	3,22	1,289		

^a: Bağımsız örneklem t testi

Tablo 4.5'te yaşlı hastaların ameliyat sürecinde hastanede ortalama yatış süreleri yer almaktadır. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde klinikte yatış gün sayısı ve yoğun bakım ünitesinde kalma süresi ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.6. Müdahale ve kontrol grubu hastalarının ameliyatlarına ilişkin özellikleri ve ameliyat sonrası yaşantıları.

Ameliyatları Sırası ve Sonrası Yaşantıları		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Ki kare	p
		n	%	n	%		
Ameliyat esnasında komplikasyon	Gelişti	1	3,1	1	3,1	0,000	1,000 ^a
	Gelişmedi	31	96,9	31	96,9		
Ameliyat sonrası rahatsız eden sorun varlığı	Yok	23	71,9	25	78,1	0,333	0,564 ^a
	Var	9	28,1	7	21,9		

^a: Ki kare testi

Tablo 4.6’da hastaların ameliyatları sırası ve sonrası yaşantıları ile ilgili bulgular yer almaktadır. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların ameliyat sırası ve sonrası yaşantılarına yönelik özelliklerinin benzer olduğu saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.7. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların hastaneye başvuru ve tekrarlı yatış oranları.

Hastaneye Başvuru ve Tekrarlı Yatış Oranları		Müdahale grubu		Kontrol grubu		Ki kare	p
		n	%	n	%		
Hastaneye	Var	2	6,3	9	28,1	5,379	0,020^a
Tekrarlı Yatış	Yok	30	93,8	23	71,9		
Acile başvuru	Var	1	3,1	11	34,4	10,256	0,001^a
	Yok	31	96,9	21	65,6		

^a: Ki kare testi

Tablo 4.7’de çalışmaya katılan hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra altı aylık izlem süreçlerinde hastaneye tekrarlı yatış ve acil servise başvuru oranları ile ilgili bulgular yer almaktadır. Kontrol grubunda yer alan hastaların taburculuk sonrası izlem sürecinde hastaneye tekrarlı yatış veya acil servise başvuru oranları müdahale grubunda yer alan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0,05$).

4.3. Müdahale ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları Sorunlar ve Baş Etme Durumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.8. Müdahale ve kontrol grubu hastalarında taburculuk sonrası izlemleri süresince görülen sorunların dağılımı.

	1. izlem			2. izlem			3. izlem			Ki kare	p							
	Müdahale n	Müdahale %	Kontrol n	Müdahale n	Müdahale %	Kontrol n	Müdahale n	Müdahale %	Kontrol n									
Solumum Sistemi	3	9,4	10	31,3	4,730	0,030	2	6,3	9	28,1	5,379	0,020	0	0,0	9	28,1	13,956	0,002
Kardiyovasküler Sistem	2	6,3	3	9,4	0,214	1,000	1	3,1	3	9,4	1,067	0,302	0	0,0	1	3,1	1,402	1,000
Gastrointestinal Sistem	6	18,8	12	37,5	2,783	0,095	0	0,0	5	15,6	7,356	0,053	0	0,0	5	15,6	7,356	0,053
Yara Bakımı	12	37,5	21	65,6	5,067	0,024	8	25,0	16	75,0	4,267	0,039	1	3,1	14	43,8	14,716	0,000
Nörolojik Problemler	13	40,6	23	71,9	6,349	0,012	6	18,8	18	56,3	9,600	0,002	1	3,1	13	40,6	13,166	0,000
Uyku Problemleri	9	28,1	18	56,3	5,189	0,023	4	12,5	13	40,6	6,488	0,011	0	0,0	8	25,0	12,237	0,005
Ağrı	12	37,5	21	65,6	5,067	0,024	3	9,4	17	53,1	14,255	0,000	0	0,0	8	25,0	12,237	0,005
Psikolojik Problemler	7	21,9	10	31,3	0,721	0,396	2	6,3	8	25,0	4,267	0,039	0	0,0	6	18,8	8,940	0,003
Sosyal Yaşam Problemleri	16	50,0	24	75,0	4,267	0,039	2	6,3	18	56,3	18,618	0,000	0	0,0	9	28,1	13,956	0,002
Cinsellik	3	9,4	6	18,8	1,164	0,281	2	6,3	6	18,8	2,286	0,131	0	0,0	3	9,4	4,306	0,238
Diğer sorunlar (Kan şekeri yüksekliği, ilaç kullanımı hataları, idrar yolu problemleri)	3	9,4	7	21,9	1,896	0,168	0	0,0	2	6,3	2,837	0,492	0	0,0	0	0,0	-	-

Tablo 4.8’de çalışmaya katılan hastalarda taburculuk sonrası ilk dokuz haftalık süreçte gözlenen sorunlar yer almaktadır. Hastaların hastaneden taburcu olduktan iki hafta sonra gerçekleştirilen 1. izlemlerinde kontrol grubunda yer alan hastaların solunum sistemi, yara bakımı, nörolojik problemler, uyku problemleri, ağrı ve sosyal yaşam problemleri ile ilgili yaşadıkları sorunlara ilişkin oranlar müdahale grubunda yer alan hastalara göre anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0,05$). Hastaların hastaneden taburcu olduktan altı hafta sonra gerçekleştirilen 2. izlemde kontrol grubunda yer alan hastaların solunum sistemi, yara bakımı, nörolojik problemler, uyku problemleri, ağrı, psikolojik problemler ve sosyal yaşam problemleri ile ilgili yaşadıkları sorunlara ilişkin oranlar müdahale grubundakilere göre anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0,05$). Hastaların hastaneden taburcu olduktan dokuz hafta sonra gerçekleştirilen 3. izlemde kontrol grubunda yer alan hastaların solunum sistemi, yara bakımı, nörolojik problemler, uyku problemleri, ağrı, psikolojik problemler ve sosyal yaşam problemleri ile ilgili yaşadıkları sorunlara ilişkin oranlar müdahale grubunda yer alan hastalara göre anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0,05$).

Tablo 4.9. Hastaların ve yakınlarının taburcu olduktan sonra yaşanan sorunların çözümüne yönelik uyguladıkları girişimler.

	1. izlem				2. izlem				3. izlem			
	Müdahale		Kontrol		Müdahale		Kontrol		Müdahale		Kontrol	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Acile/doktora başvuru	2	6,2	18	56,2	1	3,1	12	37,5	0	0,0	11	34,3
Hastaneye yatış	0	0,0	5	15,6	0	0,0	4	12,5	0	0,0	2	6,3
İlaç kullanımı	15	46,8	21	65,7	1	3,1	13	40,7	1	3,1	11	34,3
Danışmanlık alma	5	15,6	0	0,0	4	12,5	1	3,1	1	3,1	1	3,1
Yürüyüş yapma	2	6,2	5	15,6	0	0,0	1	3,1	0	0,0	0	0,0
Pozisyon değiştirme	2	6,2	2	6,2	1	3,1	0	0,0	0	0,0	3	9,3
İstirahat	14	43,8	20	62,5	8	25	19	59,4	0	0,0	17	53,1
Gündüz uyuma	5	15,6	6	18,8	2	6,2	3	9,4	0	0,0	1	3,1
Bestenmesinde düzenleme yapma	3	9,4	0	0,0	0	0,0	1	3,1	0	0,0	1	3,1
Az yemeyi tercih etme	0	0,0	4	12,5	0	0,0	1	3,1	0	0,0	3	9,4
Havali yatak kullanma	0	0,0	1	3,1	0	0,0	1	3,1	0	0,0	1	3,1
Masaj yaptıрма	1	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Tablo 4.9’da çalışmaya katılan hastaların taburculuk sonrası ilk dokuz haftalık süreçte yaşadıkları sorunların çözümüne yönelik uyguladıkları girişimler yer almaktadır. Hastaların hastaneden taburcu olduktan iki hafta sonra gerçekleştirilen 1. izlemlerinde kontrol grubunda yer alan hastalar ve yakınları sorunların çözümüne yönelik en çok acil servise/doktorlarına başvurmuş (%56,2), doktorunun önerisi doğrultusunda ilaç kullanmış (%65,7), istirahat etmeyi (%62,5), gündüzleri uyuyarak geçirmeyi (%18,8) tercih etmiştir. Bununla birlikte gastrointestinal sorunlarına yönelik besin alımını kısıtladıkları (%12,5), yara bakımına yönelik pozisyon değişikliği yaptıkları (%6,2), havalı yatak kullandıkları (%3,1) ve baş edemedikleri aşamada hastaneye yatış (%15,6) yaptırdıkları saptanmıştır. Müdahale grubunda yer alan hasta ve yakınlarının 1. izlemlerinde sorunlarının çözümüne yönelik doktorunun önerisi doğrultusunda ilaç kullandıkları (%46,8), istirahat etmeyi (%43,8), gündüzleri de genellikle uyuyarak geçirmeyi tercih ettikleri (%15,6), acil servise başvuru (%6,2) yaptıkları ve araştırmacı hemşireden danışmanlık (%15,6) aldıkları görülmüştür. Danışmanlık alan hasta grubunun araştırmacının önerileri doğrultusunda beslenme düzeninde değişiklik yaptığı (%9,4), gün içerisinde yürüyüş yaptığı (%6,2), pozisyon değişikliği (%6,2) ve masaj yaptırdığı (%3,1) saptanmıştır.

Hastaların hastaneden taburcu olduktan altı hafta sonra gerçekleştirilen 2. izlemlerde kontrol grubunda yer alan hastalar ve yakınlarının sorunların çözümüne yönelik 1. izlemlerdeki benzer uygulamalara devam etmekle birlikte %37,5’inin hastaneye başvuru yaptığı ve %12,5’inin hastaneye yatış yaptırdığı saptanmıştır. Müdahale grubunda yer alan hasta ve yakınlarının hastaneden taburcu olduktan altı hafta sonra gerçekleştirilen 2. izlemlerinde sorunlarının büyük ölçüde azaldığı bu süreçte yaşadıkları sorunlara yönelik en çok araştırmacı tarafından danışmanlık alarak (%12,5) öneriler doğrultusunda sorunlarına çözüm buldukları saptanmıştır.

Hastaların hastaneden taburcu olduktan dokuz hafta sonra gerçekleştirilen 3. izlemlerde kontrol grubunda yer alan hastalar ve yakınlarının yaşadıkları sorunların çok az bir oranda azalması ile birlikte sorunlarının çözümüne yönelik sıklıkla doktorun önerisi doğrultusunda ilaç tedavisi (%34,3) ve istirahate (%53,1) devam ettikleri, acil servis/doktora başvuru (%34,3) ve hastaneye yatış yaptıkları (%6,3) saptanmıştır. Müdahale grubunda yer alan hasta ve yakınlarının ise 3. izlemlerinde baş etme durumunda kaldıkları herhangi bir sorun saptanmamıştır.

Tablo 4.10. Müdahale grubunda yer alan hastaların bakım sürecinde Omaha Sistemi'ne dayalı olarak problem alanlarına göre tanımlanan problemler ve uygulanan hemşirelik girişim kategorileri

Problem Alanları	Tanımlanan Problemler			Aktüel Problem			Potansiyel Problem			Girişim kategorileri					
	n		%	n		%	n		%	n		%	n		%
Çevresel Alan n=2 (%0,65)	2	6,25	2	6,25	-	-	-	-	2	6,25	2	6,25	-	-	-
Psikososyal Alan n=21 (%6,87)	1	3,12	1	3,12	-	-	-	1	3,12	-	-	-	-	-	-
10. Üzüntü	20	62,5	20	62,5	-	-	-	20	62,5	-	-	-	20	62,5	8
11. Mental Sağlık	30	94	30	94	-	-	-	30	94	-	-	-	30	94	30
22. Ağrı	1	3,12	1	3,12	-	-	-	1	3,12	1	3,12	1	3,12	1	3,12
24. Deri	32	100	32	100	-	-	-	32	100	32	100	32	100	32	100
26. Solunum	32	100	11	34	22	69	-	-	-	-	-	-	3	9,37	3
27. Dolaşım	12	37,5	-	-	12	37,5	12	37,5	12	37,5	12	37,5	12	37,5	12
28. Sindirim/Hidrasyon	7	22	7	22	-	-	7	22	7	22	7	22	7	22	7
29. Bağırsak Fonksiyonu	1	3,12	1	3,12	-	-	-	1	3,12	1	3,12	1	3,12	1	3,12
30. Üriner Fonksiyon	27	84	-	-	27	84	27	84	27	84	24	75	27	84	27
34. Bulaşıcı/Enfeksiyon Durumu	6	19	-	-	6	19	6	19	6	19	6	19	6	19	6
35. Beslenme	14	43,75	14	44	-	-	13	40	1	3,12	13	40	13	40	13
36. Uyku ve Dinlenme Düzeni	26	81	12	37,5	14	43,7	26	81	26	81	26	81	26	81	26
37. Fiziksel Aktivite	30	94	30	94	-	-	30	94	7	22	29	90	10	31	31
38. Kişisel Bakım	32	100	-	-	32	100	32	100	32	100	32	100	32	100	32
41. Sağlık Bakım Denetimi	32	100	2	6,25	-	-	32	100	32	100	32	100	32	100	32
42. Tedavi Rejimi	32	100	2	6,25	-	-	32	100	32	100	32	100	32	100	32
Toplam	305														

ERD: Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık; VY: Vaka Yönetimi; SV: Surveyans; TI: Tedavi ve İşlem

Tablo 4.10’da çalışmaya katılan ve müdahale grubunda yer alan hastaların izlemleri süresince Omaha sistemi’ne dayalı olarak tanılanan problemler ve uygulanan hemşirelik girişimi kategorileri yer almaktadır. Süreçte toplam 305 hemşirelik tanısı belirlenmiştir. Omaha sistemi problem alanlarından en fazla hemşirelik tanısı konulan problem alanları sırası ile; “Fizyolojik” alan (%46,57), “Sağlık Davranışları” alanı (%45,91), “Psikososyal” alan (%6,87) ve “Çevresel” alan (%0,65) olarak saptanmıştır. Alanlarına göre tanılanan problemler incelendiğinde “Fizyolojik” alan problemlerinden hastaların %94’üne ağrı, %3,12’sine deri, %100’üne solunum ve dolaşım, %37,5’ine sindirim/hidrasyon, %22’sine bağırsak fonksiyonu, %3,12’sine üriner fonksiyon ve %84’üne bulaşıcı/enfeksiyon problemlerine yönelik tanılama yapılmıştır. “Sağlık Davranışları” alanında hastaların %19’una beslenme, %43,75’ine uyku ve dinlenme, %81’ine fiziksel aktivite, %94’üne kişisel bakım, %100’üne sağlık/bakım denetimi ve tedavi rejimi problemlerine yönelik tanılama yapılmıştır. “Psikososyal” alanda %62,5’inde mental sağlık ve %3,12’sisine üzüntü problemleri saptanmış olup çevresel alanda 6,25’inde gelir problemi ele alınmıştır. Seçilen problemler, problem kategorilerine göre sınıflandırıldıklarında ise hastaların çoğunlukla solunum (%100), ağrı (%94), kişisel bakım (%94) ve mental sağlık (%62,5) alanlarında aktüel problem yaşadıkları; sağlık bakım denetimi (%100), bulaşıcı/enfeksiyon durumu (%84) ve dolaşım (%69) alanlarında ise potansiyel problem yaşadıkları saptanmıştır. Tüm alanlarda uygulanan hemşirelik girişimleri değerlendirildiğinde hastalara en çok mental sağlık (%62,5), ağrı (%94), solunum (%100), bulaşıcı/enfeksiyon durumu (%84), sağlık bakım denetimi (%100) alanlarında eğitim, rehberlik ve danışmanlık hizmeti sunulduğu; solunum (%100), bulaşıcı/enfeksiyon durumu (%75), fiziksel aktivite (%81), sağlık bakım denetimi (%100), tedavi rejimi (%100) alanlarında vaka yönetimi girişimi uygulandığı; solunum (%100), bulaşıcı/enfeksiyon durumu (%84), fiziksel aktivite(%81), tedavi rejimi (%100) alanlarında tedavi ve işlem uygulandığı saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Randomize kontrollü müdahale tasarımı ile yürütülen bu araştırmada, elde edilen bulgular iki başlık altında tartışılmıştır:

- 5.1. Hastaların Ameliyat Sonrası Hasta Çıktılarına İlişkin Bulgularının Tartışılması
- 5.2. Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları Sorunlara ve Baş Etme Durumlarına Yönelik Bulguların Tartışılması

5.1. Hastaların Ameliyat Sonrası Hasta Çıktılarına İlişkin Bulgularının Tartışılması

Hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık Düzeylerinin Tartışılması

Çalışmamızda müdahale ve kontrol grubu hastaları arasında hastaneye yatıştaki ölçümde Otonomi Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların taburculuk sonrası dokuzuncu hafta izlemlerinde ise müdahale grubunda yer alan hastaların fonksiyonel otonomi düzeylerinin kontrol grubunda yer alan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Çalışmamızda ayrıca müdahale grubunda yer alan hastaların hastaneye ilk yatış zamanlarındaki ve taburculuk sonrası dokuzuncu haftadaki fonksiyonel otonomi düzeyleri benzer düzeyde yüksek iken; kontrol grubu hastalarının GYA alt boyut ortalaması ve otonomi değerlendirme ölçeği ortalamaları bakımından taburculuk sonrası dokuzuncu hafta izlemlerinde ilk ölçüme göre anlamlı bir düşüş saptanmıştır ($p<0,05$) (Bkz. Tablo 4.3).

İlerleyen yaş ile birlikte kardiyovasküler sistem, kas-iskelet sistemi gibi vücut sistemlerinde meydana gelen fizyolojik değişiklikler, çeşitli yeti kayıpları ve baş etme mekanizmalarındaki yetersizlik bireylerin fiziksel kapasitelerini olumsuz etkilemektedir (7, 46, 109). Azalan fiziksel kapasite düzeyi, yaşlı bireylerin fonksiyonel kayıplar yaşamasına, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede desteğe ihtiyaç duymalarına ve başkalarına bağımlı olmalarına neden olmaktadır (46). Bununla birlikte yaşlı bireylerin açık kalp cerrahisi sonrası da fonksiyonel otonomi düzeyleri önemli derecede etkilenmektedir (45). Yapılan çalışmalarda yaşlı bireylerin otonomi düzeyinin ameliyat sonrası erken dönemde düşük olduğu görülmüştür (10, 45). Açık kalp ameliyatı sonrası iyileşme süresi ortalama altı hafta sürdüğü için yaşlı bireylerin ameliyat sonrası dokuzuncu haftada fonksiyonel bağımsızlık düzeyinin yüksek olması beklenmektedir (15). Bu noktada, sürecin başarılı bir şekilde atlatılmasında en önemli etkenlerden birisi hasta ve ailesinin iyileşme süreci yönetimi konusunda desteklenmesidir.

Naylor ve arkadaşlarının (1999) açık kalp cerrahisi geçiren yaşlı hasta grubunda kapsamlı taburculuk planlaması ve ev izlemlerinin etkinliğini inceledikleri çalışmasında müdahalelerinin hastaların fonksiyonel durumuna etkisinin olmadığını

saptamışlardır (67). İlerleyen yıllarda TBM'ni geliştirme çalışmaları devam eden Naylor ve arkadaşlarının (2004) randomize kontrollü olarak kalp yetmezliği tanısı ile hastaneye yatışı yapılan hasta gruplarına yönelik TBM uygulamalarının üç aylık izlem sürecinde hastaların fonksiyonel otonomi düzeylerini artırmada etkin olduğu görülmüştür (62). Naylor ve arkadaşlarının bilişsel engelli yaşlı yetişkin hastalar üzerinde modelin etkinliğini değerlendirdikleri diğer bir çalışmada; taburculuk sonrası ilk iki ay içinde diğer uygulamalara göre modelin hastaların fonksiyonel bağımsızlık düzeylerini artırmada daha etkin olduğu saptanmıştır (71). Koroner arter hastaları üzerinde transisyonel bakım uygulamalarının etkinliğinin değerlendirildiği diğer çalışma sonuçları da bu modelin klinik sonuçları önemli ölçüde iyileştirdiğini, hastaların sağlığı teşvik edici davranışları uygulama becerisini ve fonksiyonel durumunu arttırmada etkisini vurgulamaktadır (68, 69).

Literatürde çalışma bulgularımızla paralel şekilde ülkemizde açık kalp cerrahisi geçiren yaşlı hasta grubunda taburculuk eğitimi verilen ve taburculuk sonrası ev ziyaretleri/telefon görüşmeleri ile danışmanlık hizmeti sunulan hasta grubunun fonksiyonel otonomi düzeyi standart hemşirelik bakım hizmeti alan gruba göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (10, 45). Literatür incelendiğinde ayrıca; açık kalp cerrahisi geçiren hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra en çok günlük yaşam aktiviteleri, ağrı yönetimi, yara bakımı, ilaçların kullanımı ve sosyal aktiviteler ile ilgili konularda eğitime gereksinimleri olduğu belirtilmektedir (37, 110, 160). Sarıtaş ve arkadaşlarının (2018) açık kalp cerrahisi geçiren hastaların taburculuk sonrası eğitim gereksinimlerini değerlendirdikleri çalışmasında da hastaların yaşam aktiviteleri alanında eğitim gereksinimlerinin ilk sırada olduğu saptanmıştır (161).

Çalışmamızda müdahale ve kontrol grubu hastalarının hastaneye yatış zamanındaki fonksiyonel bağımsızlık düzeylerinin benzer olmasında; grupların randomize bir şekilde atanmasına bağlı tanımlayıcı özellikler, sağlık durumu ve alışkanlıkları açısından homojen özelliğe sahip olmalarının etkili olduğu düşünülmektedir. Ancak taburculuk sonrası dokuzuncu hafta izlemlerinde müdahale grubunda yer alan hastaların fonksiyonel bağımsızlık düzeylerinin daha yüksek olmasında; müdahale grubunda yer alan hastalara TBM kapsamında sunulan uygulamaların (hasta ve ailesinin hastanın bakımına aktif katılımı, düzenli aralıklarla sağlık ekibi üyeleri tarafından hastanın değerlendirilmesi ve bireysel eğitiminin

verilmesi, taburculuk sonrası süreci de kapsayacak şekilde ihtiyaçları doğrultusunda profesyonel destek ve danışmanlık hizmetlerinin sunumu, hasta ve sağlık ekibi üyeleri arasındaki etkili iletişim ile bakımın devamlılığının sürdürülmesi) önemli bir etken olduğu görülmektedir. Müdahale grubu hastalarının otonomi düzeylerinin dokuzuncu hafta izlemlerinde yüksek olmasında fizyoterapist ve diyetisyen ile işbirliği halinde hasta ve yakınının taburculuğa hazırlanmasının, taburculuk öncesi verilen eğitim kitapçığı içerisinde yer alan günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili bilgilerin, önerilen egzersiz programının hastanede yatışı süresince ve taburculuk sonrası dönemde düzenli aralıklarla uygulanma durumuna yönelik hasta ve yakınlarının takip ve teşvik edilmesinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak açık kalp cerrahisi geçiren yaşlı hastaların fonksiyonel otonomi düzeylerinin ameliyat sonrası dönemde olumsuz etkilendiği saptanmıştır. Buna rağmen, çalışmamızda müdahale ve kontrol gruplarının tanımlayıcı özellikler, sağlık durumu ve alışkanlıkları, ameliyata ilişkin özellikleri ve ameliyat sonrası yaşantıları açısından homojen özelliklere sahip olmasına rağmen müdahale grubundaki hastaların ameliyat sonrası dönemde fonksiyonel bağımsızlık düzeylerinin, kontrol grubundaki hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar Transisyonel Bakım Modeli uygulamalarının yaşlı hasta grubunda fonksiyonel bağımsızlık düzeylerini artırmada önemli bir müdahale olduğunu göstermektedir.

Hastaların Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Tartışılması

Çalışmamızda müdahale ve kontrol grubu hastaları arasında hastaneye yatış zamanlarında yaşam kalitesinin tüm alt boyut ortalama puanlarının benzer olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte ameliyat öncesi dönemde hastaların yaşam kalitesi düzeyinin ortalama veya ortalamanın altında olduğu görülmüştür. Çalışmamızda hastaların taburculuk sonrası dokuzuncu hafta izlemlerinde müdahale grubunda yer alan hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin kontrol grubunda yer alan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bununla birlikte müdahale grubunda yer alan hastaların taburculuk sonrası dokuzuncu hafta izlemlerinde yaşam kalitesi düzeyleri hastaneye yatış zamanlarındaki yaşam kalitesi düzeyleri ile karşılaştırıldığında bütün alt boyut ortalama puanlarının anlamlı derecede artış gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). Fakat kontrol grubunda yer alan hastalarda

taburculuk sonrası dokuzuncu haftada yaşam kalitesi düzeyleri hastaneye yatış zamanındaki yaşam kalitesi düzeyleri ile karşılaştırıldığında; ağrı, genel sağlık algısı ve fiziksel ana boyut ortalamalarında anlamlı derecede artış gözlenirken ($p<0,05$); sosyal işlevsellik, ruhsal sağlık ve vitalite alt boyut ortalamalarında anlamlı derecede gerileme gözlenmiştir ($p<0,05$) (Bkz. Tablo 4.4).

Çalışma bulgularımızla paralel, literatürde AKA geçirecek olan yaşlı hasta grubunun yaşam kalitesi düzeyinin hastalığın semptom ve bulgularına bağlı olarak düşüş gösterdiği belirtilmektedir (8, 10, 142, 162). Diğer yandan literatürde çalışma bulgularımızla paralel şekilde, AKA geçiren hastalara yönelik ameliyat öncesi süreçte eğitim ve ameliyat sonrası süreçte izlem uygulamaları hizmeti sunulan grupların taburculuk sonrası dönemde yaşam kalitesi düzeylerinin standart bakım alan diğer hasta grubuna kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir (21, 36, 142, 162-164). Razmjoe ve arkadaşları (2017) koroner arter baypass ameliyatı uygulanan hasta grubunda sürekli bir bakım modelinin rutin bir bakım modeline kıyasla hastaların yaşam kalitesi düzeyi üzerindeki etkinliğini değerlendirmişlerdir. Ameliyat sonrası sekizinci haftada sürekli bir bakım modeli ile hizmet alan grubun yaşam kalitesi düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde ($p <.001$) yüksek olduğu saptanmıştır (165).

Literatürde TBM'nin yaşam kalitesi üzerine etkinliğinin değerlendirildiği çalışmalar incelendiğinde; Naylor ve arkadaşlarının (2004) randomize kontrollü olarak kalp yetmezliği tanısı ile hastaneye yatışı yapılan hasta gruplarına yönelik TBM uygulamalarının üç aylık izlem sürecinde hastaların yaşam kalitesi düzeyini artırmada etkin olduğu görülmüştür (62). Naylor ve arkadaşlarının bilişsel engelli yaşlı yetişkin hastalar üzerinde TBM, uzman hemşirenin rehberliği eşliğinde izlem uygulamaları ve standart hemşirelik uygulamalarının etkinliğini karşılaştırdıkları çalışmalarında ise TBM uygulamalarının hastaların yaşam kalitesi düzeyleri üzerinde daha etkili olduğunu saptamışlardır. (71). TBM'nin kanser hastalarında ağrı yönetimi ve yaşam kaliteleri üzerine etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmada da model uygulamalarının kontrol grubuna göre anlamlı oranda ağrı yönetimini desteklediği ve yaşam kalitesi düzeyini artırdığı saptanmıştır (166). Lenaghan (2018)'in çalışmasında da TBM'nin yaşlı bireyleri öz bakımları konusunda güçlendirmede etkin olduğu görülmüştür (75). Çin'de koroner arter hastaları üzerinde TBM uygulamaları'nın

etkinliğinin değerlendirildiği çalışma sonuçları da bu modelin klinik sonuçları önemli ölçüde iyileştirdiği, hastaların sağlığı teşvik edici davranışları uygulama becerisini ve yaşam kalitesini arttırmada etkin olduğunu vurgulamaktadır (68, 69).

AKA'nın amacı, kalp hastalığı ile ilişkili göğüs ağrısı ve nefes darlığı semptomlarını ortadan kaldırmak ya da en aza indirmek; böylece hastanın yaşam kalitesini yükselterek karşılaşılabileceği olası miyokard enfarktüsü riskini de önlemektir (8). Ameliyat sonrası süreçte hastaların gerileyen semptomları ile birlikte yaşam kalitesinde artış hedeflenmektedir; ancak yaşlı hasta grupları özellikle kültürel etkenlere de bağlı olarak gelişmekte olan ülkelerde, öz bakımlarının karşılanması ve yaşam kalitelerinin istenilen seviye ulaşması için yardıma ihtiyaç duymaktadırlar. Ameliyat sonrası iyileşme döneminde hastalar özellikle ilk altı haftaya kadar yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkileyen yoğun ya da hafif düzeyde ağrı, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirememesi, yaşam tarzı değişiklikleri gibi çeşitli sorunlar yaşamakta zihinsel ve fiziksel işlevleri bozulabilmektedir. Bu nedenle bu süreç onlar ve aileleri için çok stresli olabilmektedir (165). Yaşlı bireye uygulanan cerrahi girişim sürecinde birey ve ailesine sağlık ekibi üyeleri tarafından sunulan eğitim, danışmanlık ve destek sistemleri bireyin öz bakım davranışını geliştirmekte, yaşam kalitesini arttırmakta ve hastaneden uzaktayken evde bakımın sürekliliğini sağlamaktadır (21, 36, 75, 142). Literatürde hastaların iyileşme sürecinde süreci başarılı bir şekilde atlatabilmeleri için hastanedeki bakım uygulamalarının devamlılığının sağlanmasının önemine dikkat çekilmektedir (10, 14, 36). Çalışma sonuçlarımızda da kontrol grubunda yer alan hastaların taburculuk sonrası dokuzuncu hafta izlemlerinde yaşam kalitesi düzeylerinin istenilen seviyede olmamasının başlıca nedeninin hastanın iyileşme sürecinde; hasta ve yakınına düşen rol ve sorumlulukların yeterince aktarılamamasından, hasta ve yakınının taburculuk sonrası iyileşme sürecini etkin yönetememesinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Sonuçlar açık kalp cerrahisi geçiren yaşlı hasta grubunun sadece cerrahi operasyonla yaşam kalitesi düzeyinin istenilen düzeye ulaşamayacağı, hasta ve yakınının sağlık profesyonelleri tarafından iyileşme süresince desteklenmesi gerektiği şeklinde yorumlanmaktadır.

Sonuç olarak çalışmamızda müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların tanımlayıcı özellikler, sağlık durumu ve alışkanlıkları, ameliyata ilişkin özellikleri ve ameliyat sonrası yaşantıları açısından homojen özelliklere sahip olmasına rağmen

müdahale grubunda yer alan hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşam kalitesi düzeylerinin, kontrol grubunda yer alan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürü incelediğimizde de çalışma bulgularımızla paralel olarak TBM uygulamalarının yaşlı hasta grubunda yaşam kalitesini artırmada önemli bir müdahale olduğu görülmektedir.

Hastaların Ameliyat Sürecinde Hastanede Kalış Süreleri ve Ameliyat Sonrası Yaşantılarının Tartışılması

Çalışma bulgularımızda hastaların ameliyat sonrası hastanede ortalama kalış sürelerinin altı-yedi gün olduğu; müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastalar arasında ameliyat öncesi ve sonrası dönemde klinikte yatış gün sayısı açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Bununla birlikte ameliyat sırasında komplikasyon gelişmemesi ve klinikte izlem süreçlerinde yaşanan sorunlar açısından gruplar arasında anlamlı farklılıklar gözlenmemiştir ($p>0,05$) (Bkz. Tablo 4.5).

Ameliyat sonrası hastanede kalış süresi fiziksel iyileşmenin önemli göstergelerinden birisidir (167). Literatürde açık kalp cerrahisi sonrası bireylerin dört-on gün içerisinde hastaneden taburcu edilmekte olduğu belirtilmektedir (15). Açık kalp cerrahisi geçiren yaşlı hastalar ile yürütülen çalışmalar incelendiğinde de çalışma bulgularımızla paralel şekilde bu sürenin ortalama dört-dokuz gün arasında olduğu saptanmıştır (21, 24, 30, 142, 167, 168). Müdahale ve kontrol grubu hastalarının hastanede ortalama kalış sürelerinin, ameliyat sırası ve sonrası klinik izlem süreçlerinin benzerliğinin; hastaların tanımlayıcı özellikleri, sağlık durumu ve alışkanlıkları açısından benzer özelliklere sahip olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda çalışmanın yürütüldüğü hastanenin açık kalp cerrahisi sonrası hastaların klinikte yatış sürelerine yönelik izledikleri protokolünde bu sonuçlar üzerinde etkili olduğu düşünülebilir.

Hastaların Taburculuk Sonrası Süreçte Hastaneye Başvuru ve Tekrarlı Yatış Oranlarının Tartışılması

Çalışma sonuçlarımıza göre, müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların taburculuk sonrası hastaneye tekrarlı yatış ve acil servislere başvuru oranları gruplar

arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre, kontrol grubunda yer alan hastaların taburculuk sonrası izlem sürecinde hastaneye tekrarlı yatış veya acil servise başvuru oranlarının müdahale grubunda yer alan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Bkz. Tablo 4.7).

Literatürde AKA geçiren yaşlı hasta grubunda taburculuk eğitimi, taburculuk sonrası ev ziyaretleri/telefon görüşmeleri ile danışmanlık hizmeti uygulamalarından birisi veya birkaçının sunulduğu hasta grupları ile rutin bakım hizmetleri alan gruplar arasında acil servise başvuru ve hastaneye tekrarlı yatış oranları açısından farklılık saptanmamıştır (21, 45, 109, 142). Diğer taraftan çalışma bulgularımızla paralel Özen tarafından (2012) açık kalp cerrahisi geçiren hastalara uygulanan planlı taburculuk eğitimi, telefonla danışmanlık ve multidisipliner ev ziyaretlerinin birlikte sunulduğu uygulamasının hastaların plansız hastaneye tekrarlı başvuru ve yatış oranlarını azalttığı görülmüştür (169). Borregaard ve arkadaşları tarafından (2019) gerçekleştirilen bir diğer çalışmada da; açık kalp kapak cerrahisi geçiren yaşlı hastalara yönelik hemşire liderliğinde multidisipliner bir ekip çalışması ile bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlandığı uygulamaların taburculuk sonrası altı aylık izlem sürecinde hastaların plansız bir şekilde hastaneye tekrarlı yatış oranlarını azalttığı saptanmıştır (25).

Ameliyat sonrası dönemde fiziksel iyileşmenin ve sağlık bakım hizmetlerine gereksinimin önemli bir diğer göstergesi de hastaların acil servislere başvuru ve hastaneye tekrarlı yatış oranlarıdır. Çalışmamızda etkinliğini değerlendirdiğimiz TBM'nin temel hedefi; hasta ve yakınlarının geçiş sürecini en başarılı şekilde atlatmalarını sağlayarak; sunulan bakım hizmetinin etkinliğini artırmak, acil servislere kısa sürede tekrarlı başvuruları ve hastaneye tekrarlı yatışları önleyerek maliyeti etkin bir uygulama özelliği kazanmaktır (63-66). Naylor ve arkadaşlarının 1999 yılında riskli yaşlı kalp hastası grubunda TBM'nin etkinliğini değerlendirdikleri ilk randomize kontrollü çalışmada müdahale grubu hastalarının hastaneye tekrarlı başvuru ve yatış oranlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğunu ve sağlık bakım giderlerinde önemli oranda azalma olduğunu saptamışlardır (67). 2004 yılında kalp yetmezliği tanısı ile hastaneye yatışı yapılan 239 yaşlı hasta ile randomize kontrollü yaptıkları bir diğer çalışmada da müdahale grubu hastalarının hastaneye tekrarlı başvuru ve sağlık harcamalarında önemli azalma görülmüştür (62). Bilişsel engelli

yaşlı yetişkinlerin bakımı üzerinde etkinliğinin değerlendirildiği diğer çalışmalarda da modelin, altı aylık takip süreci içerisinde hastaların hastaneye tekrarlı yatış ve sağlık kaynaklarını kullanma oranlarını azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (70, 71). Literatür incelendiğinde benzer şekilde modelin kullanıldığı, altı aylık izlem sürecini içeren diğer randomize kontrollü çalışmalarda da bu bakım modelinin yüksek riskli hasta gruplarında hastaneye tekrarlı yatışlara yönelik önemli bir önleyici etken olduğu, böylece maliyeti azaltmada ciddi katkılarının olduğu sonucu elde edilmiştir (48, 66, 73, 74, 125, 170-172).

Literatürde açık kalp cerrahisi geçiren yaşlı hastalarda, ameliyat sonrası istenilen hasta çıktıklarına ulaşabilmek için kapsamlı hemşirelik bakımının; klinikte hastanın multidisipliner değerlendirilmesini, takip, tedavi, bakım süreci ile birlikte taburculuk eğitimini ve taburculuk sonrası evde izlem sürecini içermesi gerektiği vurgulanmaktadır (36, 169, 173). Çalışmamızda, TBM kapsamında hastanın kliniğe yatışı ile birlikte uzman hemşire tarafından kapsamlı değerlendirilmesi ve sağlık hedeflerinin belirlenmesi, ekip üyelerinin (hekim, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, hasta ve bakımından birinci derece sorumlu yakını) görüş ve önerileri doğrultusunda bakım planlarının tasarlanması, uygulanması ve semptomların yönetimi, klinik yol haritası rehberliğinde ekip üyelerinin görev ve sorumluluklarını yerine getirmesi, hasta ve bakımından birinci derece sorumlu kişinin hastanın sağlık sorunlarını yönetebilmesine yönelik eğitimle desteklenmesi, tüm ekip üleriyle iletişim ve işbirliği halinde taburculuğu sonrası tanımlanan süre boyunca da telefon/ ev ziyaretleri ile danışmanlık hizmeti verilmesi uygulamalarının planlı ve programlı yürütülmesinin elde edilen pozitif hasta çıktılarında etkili olduğu düşünülmektedir. Özellikle iyileşme sürecinin devam ettiği dönemde taburculuğu gerçekleştiren ve bu süreçle baş etmesi gereken hasta ve yakınının süreç boyunca desteklenmesi ve yönlendirilmesinin iyileşme sürecinde önemli pozitif etkileri vardır. Taburculuk sonrası verilen telefonla danışmanlık hizmetlerinin ve ev ziyareti ile gerçekleştirilen hasta değerlendirmelerinin gelişebilecek komplikasyonları önlemede ve acil servislere başvuru oranlarını azaltmada önemli etkenler olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak çalışmamızda kontrol grubunda yer alan hastaların taburculuk sonrası izlem sürecinde hastaneye tekrarlı yatış veya acil servise başvuru oranlarının daha yüksek olması; müdahale grubuna yönelik TBM uygulamalarımızın hastaneye

tekrarlı yatışlar ve acil servis başvuru oranları üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde literatürde de TBM uygulamalarının yaşlı hasta grubunda taburculuk sonrası acil servislere başvuru ve hastaneye tekrarlı yatış oranlarını azaltmada önemli bir müdahale olduğu görülmektedir. TBM'nin taburculuk sonrası acil servise başvuru ve hastaneye tekrarlı yatış oranlarında gözlenen bu anlamlı farklılık, modelin ülkemizde sağlık bakım giderleri üzerinde önemli katkıları olabilecek maliyeti etkin bir uygulama olabileceğini de öngörmektedir.

5.2. Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları Sorunlara ve Baş Etme Durumlarına Yönelik Bulguların Tartışılması

Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları Sorunlara Yönelik Bulguların Tartışılması

Çalışma bulgularımızda açık kalp cerrahisi sonrası hastaların izlemlerinde; solunum sistemi, kardiyovasküler sistem, gastrointesitinal sistem, yara bakımı, nörolojik problemler, uyku problemleri, ağrı, psikolojik problemler, sosyal yaşam problemleri ve cinsellik alanlarındaki sorunlardan en az birisini yaşadıkları saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.8). Hastaların taburculuk sonrası ilk izlemde (iki hafta sonra) yaşadıkları sorunlar incelendiğinde müdahale ve kontrol gruplarının benzer şekilde nefes darlığı, iştahsızlık, damar alınmayan ve alınan bacakta ödem, varis çorabı kullanmama, halsizlik, yorgunluk, göğüs ağrısı, sırt ağrısı, omuz ağrısı, arkadaş ziyaret etmeme, sosyal aktiviteye katılmama sorunlarını yaşadıkları görülmüştür (EK Tablo 1). Ancak yapılan istatistiksel analizlere göre kontrol grubu hastalarının yaşadıkları sorunlara ilişkin oranların müdahale grubundakilere göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Benzer şekilde ikinci izlemde (hastaneden taburcu olduktan altı hafta sonra) kontrol grubunda yer alan hastaların solunum sistemi, yara bakımı, nörolojik problemler, uyku problemleri, ağrı, psikolojik problemler ve sosyal yaşam problemleri ile ilgili yaşadıkları sorunlara ilişkin oranların müdahale grubundakilere göre anlamlı derecede daha yüksek ($p<0,05$) olduğu görülmüş ve müdahale grubu hastalarının deneyimlediği sorunların büyük oranda azalmış olduğu saptanmıştır. Hastaların hastaneden taburcu olduktan dokuz hafta sonra gerçekleştirilen 3. izlemde ise kontrol grubunda yer alan hastaların solunum sistemi, yara bakımı, nörolojik problemler, uyku problemleri, ağrı, psikolojik problemler ve

sosyal yaşam problemleri ile ilgili yaşadıkları sorunlarının devam ettiği müdahale grubunda yer alan hastaların ise sorunlarının ortadan kalktığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.8).

Açık kalp cerrahisi sonrası iyileşme sürecinin önemli bir bölümü evde gerçekleşmektedir. Çalışmamızda müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların en sık karşılaştıkları sorunlar incelendiğinde ilk sırada halsizlik ve yorgunluk gelmektedir. Müdahale grubu hastalarının yaklaşık %28'i bu sorunları yaşarken kontrol grubu hastalarının yaklaşık %62'si yaşamıştır. Literatür incelendiğinde benzer şekilde açık kalp ameliyatı sonrası ilk dönemlerde hastaların yaşadıkları sorunların başında halsizlik, yorgunluk ve güçsüzlük gelmektedir (21, 36, 37, 109, 142, 174). Bununla birlikte çalışmamızda müdahale grubu hastalarının yaşadığı bu sorunların dokuzuncu haftadaki izlemde tamamen ortadan kalkmasına rağmen kontrol grubu hastalarının yaklaşık %40'ında devam ettiği görülmüştür. Bu bulgular, müdahale grubundaki hastalara iyileşme sürecini destekleyen uygulamalar olarak anlatılan ve davranış değişikliği beklenen; derin solunum-öksürük egzersizleri, dinlenme periyodları ile düzenli mobilizasyon, yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığının müdahale grubu hastalarında gözlemlenen pozitif sonuçlarda etkili olduğunu düşündürmektedir.

Çalışma bulgularımızda müdahale ve kontrol grubu hastalarının sıklıkla yaşadığı diğer bir sorun ağrıdır. Çalışmamızda kontrol grubu hastalarının özellikle (%50) sırt ve omuz bölgesinde olmak üzere (%37,5) göğüs/ yara yeri bölgesinde; müdahale grubu hastaların ise (%18,5) omuz bölgesinde ve (%28) göğüs/yara yeri bölgesinde ağrı yaşadığı saptanmıştır. Kontrol grubu hastalarının ikinci izlemde ağrı şikayeti azalmakla birlikte çoğunluğunda sorun devam etmekte iken, dokuzuncu haftada hemen hemen sorunun ortadan kalktığı görülmüştür. Müdahale grubu hastalarında ise ikinci izlemde büyük çoğunlukla ağrı sorunu ortadan kalkmış olup dokuzuncu haftada hastalar ağrı sorunu belirtmemişlerdir. Literatür incelendiğinde de AKA sonrasında hastaların en çok yaşadıkları sorunlardan birisinin ağrı olduğu görülmektedir (10, 21, 26, 27, 37, 45, 142, 175). Ameliyat sonrası bireylerin yaşadığı temel ağrının nedeni dokuda meydana gelen intraoperatif hasardan kaynaklanmaktadır. Ameliyat sonrası uygun olmayan ağrı yönetimi kronik ağrı, immünoşüpresyon, enfeksiyonlar ve yara iyileşmesi sürecinde uzama ile

sonuçlanabilmektedir. (175). Bu nedenle, ameliyat sonrası hasta bakımında hastanın ağrısının etkin yönetimi önemli bir kriterdir. Müdahale grubu hastalarımızın kontrol grubuna oranla daha düşük düzeyde ağrı deneyimlemesinin ve daha kısa sürede bu sorununun çözümlenmesinde; klinik izlem sürecinde verilen ağrı yönetimi eğitiminin, öğretilen egzersizlerin düzenli aralıklarla devam ettirilmesinin, izlemler sırasında aktivite ve egzersiz uygulamalarının değerlendirilmesi ve günlük yaşam aktivitelerine teşvik edilmesinin etkisi olduğu düşünülmektedir.

Çalışma kapsamına alınan hastaların AKA sonrası kendilerini en çok rahatsız eden sorunların arasında yer alan diğer bir sorun da uykusuzluktur. Müdahale grubunda yer alan hastaların yaşadıkları uykusuzluk sorununun kontrol grubu hastalarına oranla daha düşük olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte taburculuk sonrası dokuzuncu haftadaki izlemlerinde müdahale grubunda bu sorun ortadan kalkmış olup, kontrol grubu hastalarında sorunun devam ettiği görülmüştür. Çalışma bulgularımızla paralel şekilde açık kalp cerrahisi sonrası hastaların uzun süre uyku ile ilgili sorunlar yaşadığı saptanmıştır (21, 29, 33, 37, 45, 142, 176). Çalışmamızda, her iki gruptaki hastalar yaşadıkları uyku sorunlarının; ağrılarına, sırt üstü düz yatma zorunluluğunun kendilerini rahatsız etmesine, kullandıkları diüretik ilaçlar nedeniyle sık sık idrara çıkmalarına ve balgam çıkarmakta zorlandıkları için öksürüğe bağlı uykularının bölünmesine bağlı olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca hastaların gün içerisinde de sık sık uykuya daldıkları gözlenmiştir. Müdahale grubuna uyku sorunları ile nasıl baş etmeleri gerektiği konusunda verilen eğitimlerin yaşadıkları uyku sorunları ile etkili baş edebilmelerinde yardımcı olduğu düşünülmektedir.

Müdahale ve kontrol grubu hastalarımızın ameliyat sonrası karşılaştıkları sorunlardan bir diğeri de bacakta ödem gelişmesidir. Özellikle kontrol grubu hastaları damar alınan ve alınmayan bacakta ödem sorunu yaşamış olup; kendilerine önerilen varis çorabını düzenli kullanmadıkları belirlenmiştir; bununla birlikte hastaların taburculuk sonrası dokuzuncu hafta izlemlerinde büyük oranda sorunun devam ettiği görülmüştür. Müdahale grubu hastalarından bir kısmı da benzer sorunu yaşamış ancak taburculuk sonrası dokuzuncu haftada bu sorun tamamen ortadan kalkmıştır. Sawatzky ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada da ağrı ve nefes darlığından sonra en sık karşılaşılan sorunun bacaklarda meydana gelen ödem olduğunu saptamışlardır (21). Çalışmamızda kontrol grubu hastalarında çok düşük oranda nefes darlığı şikayeti

görülmüş olup müdahale grubu hastalarında ikinci izlemde sonra bu sorun yaşanmamıştır. Literatürde hastalarda genellikle nefes darlığı ile birlikte bacakta ödem problemi saptanan çalışmalar da mevcuttur (109, 174). Ancak bacaklarda görülen ödem problemi düzenli varis çorabı kullanımı, gün içerisinde ayakların düzenli aralıklarla elevasyonu, sık mobilizasyon fakat aynı pozisyonda uzun süre kalmama ve dengeli ve düzenli beslenme uygulamaları ile giderilebilir özelliktedir. Bu nedenle kontrol grubu hastalarının bu konuda yapılması gereken uygulamaların önemi konusunda yeterli bilgilendirilmediği düşünülmektedir.

Çalışma bulgularımızda müdahale ve kontrol grubu hastalarımızda göğüs ve bacak yarası ile ilgili önemli oranda sorun saptanmamıştır. Ancak göğüs yarasında açılma ve enfeksiyon sorunu yaşayan kontrol grubundan iki hastamız hastaneye tekrarlı yatışlarında ortalama altmış gün hastanede yatarak tedavi görmüşlerdir. Bu istenmeyen sonuç hasta ve yakınları için maddi ve manevi önemli yük oluşturmaktadır. Benzer şekilde literatürde AKA sonrası hastaların yara bakımı ile ilgili önemli sorunlar yaşadığı ve hastaneye tekrarlı başvuruda bulunduğu saptanmıştır (23, 174). Gökçen ve Köçkar'ın (2018) AKA geçiren hastaların öğrenim gereksinimlerini değerlendirdikleri çalışmada yara bakımı ile ilgili konuların ilk sırada olduğunu saptamışlardır. Ameliyat sonrası dönemde yara yeri ile ilgili komplikasyon gelişmemesi için taburculuk öncesi hasta ve bakım vericisinin yara bakımı ile ilgili eğitimi önem taşımaktadır.

Çalışmamızda müdahale ve kontrol grubu hastalarımızın gastrointestinal sistemle ilgili en çok karşılaştıkları sorunlar arasında iştahsızlık, diyare ve konstipasyon yer almaktadır. Kontrol grubunda yer alan hastaların bu sorunları müdahale grubunda yer alan hastalara oranla daha çok yaşadıkları görülmüştür. Yapılan çalışmalarda da açık kalp cerrahisi hastaların en sık karşılaştıkları sorunlardan birisinin iştahsızlık olduğu saptanmıştır (21, 109, 174). Gastrointestinal sisteme ilişkin sorunların yaşlanmayla birlikte meydana gelen değişikliklerden, tat alma duyusundaki azalmadan, kronik hastalıklar ve ilaçlar gibi faktörlerden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte iştahsızlık yaraların geç iyileşmesine, vücut direncinin düşmesine ve halsizlik/ yorgunluk şikayetlerinin artmasına neden olacaktır. Bu nedenle hastalara yeterli ve dengeli beslenmesinin önemi konusunda farkındalık kazandırılmalıdır. Müdahale grubu hastalarının yeterli ve dengeli beslenme ve aktivite/egzersiz konularında desteklendiği ve düzenli aralıklarla değerlendirildikleri

için bu sorunları kontrol grubundaki hastalar kadar sık yaşamadıkları düşünülmektedir.

Çalışma bulgularımızda kontrol grubu hastalarımızın yaşadıkları en önemli sorunlardan birisi de karamsarlık, korkuyla birlikte sosyal aktivitelere katılmama, arkadaşlarla görüşmeme problemidir. Taburculuk sonrası ilk iki hafta süresince mümkün oldukça kalabalık ziyaretçi grupları ile bir arada bulunmaları önerilmediği için ilk izlem sonuçları çok anlamlı değildir. Ancak özellikle ikinci ve üçüncü izlemde hastalarımızın artık günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmelerini sosyal yaşamlarına dönmeleri beklenir. Müdahale grubu hastalarımızda bu sorunlar görülmezken kontrol grubu hastalarımızda üçüncü izlemde de sorun devam etmektedir. Benzer şekilde literatürde yapılan çalışmalarda ameliyat sonrası dönemde hastalarda korku, anksiyete, depresyon, sosyal yaşamdan uzak durma gibi sorunlar saptanmıştır (21, 142, 174). Bunun en önemli nedeninin hastanın aktivite ve sosyal yaşama dönüş zamanlaması ile ilgili hastanın güçlendirilmemesinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Gökçen ve Köçkar'ın (2018) açık kalp cerrahisi geçiren hastaların öğrenim gereksinimlerini değerlendirdikleri çalışmalarında da yaşam aktiviteleri ile ilgili alanın ilk sıralarda yer aldığı saptanması hastaların bu konuda yeterli bilgilendirilmediğini göstermektedir (177).

Sonuç olarak; müdahale grubu hastalarının taburculuk sonrası yaşadıkları sorunların kontrol grubu hastalarına oranla daha düşük olmasının ve zamanla yüksek oranda azalmasının nedenleri olarak; Transisyonel Bakım Modeli kapsamında yürütülen hasta odaklı bakım uygulamalarının, hasta ve bakım vericisinin bakıma aktif katılımının desteklenmesinin, multidisipliner ekip üyeleri tarafından yürütülen hasta öz yönetimine yönelik eğitim ve teşvik uygulamalarının, telefon görüşmeleri/ev ziyaretleri ile bakımın devamlılığının sürdürülmesinin önemli etkenler olduğu düşünülmektedir. Kontrol grubu hastalarının ve bakım vericilerinin evlerinde devam eden iyileşme süreçlerinde yaşayabilecekleri sorunlarla nasıl baş edebileceklerine, aktivite ve egzersiz uygulamalarına ve öz yönetimlerine yönelik kapsamlı hasta/aile eğitimi ve destek verilmemiş olmasının daha fazla sorun yaşamalarında etken olduğu söylenebilir. Çalışma sonuçlarımız doğrultusunda AKA geçiren yaşlı hastalara multidisipliner ekip iş birliğinde Transisyonel Bakım Modeli ile verilen hemşirelik

bakımının hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları sorunları azaltmada ve sorunlarla başarılı baş edebilmede etkili olduğu saptanmıştır.

Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları Sorunlarla Başetme Durumlarına Yönelik Bulguların Tartışılması

Hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra gerçekleştirilen izlemlerinde kontrol grubunda yer alan hastalar ve yakınları sorunların çözümüne yönelik en çok acil servise/doktorlarına başvuru yapmış, doktorunun önerisi doğrultusunda ilaç kullanmış, istirahat etmeyi, gündüzleri uyuyarak geçirmeyi tercih etmiş olup; sorunları ile baş edemedikleri aşamada hastaneye yatış yaptırdıkları saptanmıştır. Müdahale grubunda yer alan hasta ve yakınlarının ise sorunlarının çözümüne yönelik sıklıkla doktorunun önerisi doğrultusunda ilaç kullandıkları, istirahat etmeyi, gündüzleri genellikle uyuyarak geçirmeyi tercih ettikleri ve araştırmacı (koordinatör) hemşireden danışmanlık aldıkları görülmüştür. Bununla birlikte müdahale grubunda yer almakta olan hastaların bakım planlarında saptanan sorunlarının çözümüne yönelik hemşirelik girişimleri değerlendirildiğinde eğitim, rehberlik ve danışmanlık hizmetlerinin en fazla seçilen kategoriye oluşturmakta olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.10). Bu bulgular, hasta eğitiminin ve danışmanlık hizmetlerinin taburculuk planlamasında ve hasta ve yakınının geçiş sürecinde güçlendirilmesi üzerindeki önemini göstermektedir.

Literatür incelendiğinde AKA geçiren hastaların ameliyat sonu dönemde çalışma bulgularımıza paralel şekilde yaşadıkları sorunlara yönelik fiziksel aktivitelerini kısıtladıkları, dinlenmeyi tercih ettikleri, gün içerisinde uyuyarak vakit geçirdikleri ve ilaç tedavisine başvurdukları saptanmıştır(29, 109, 174, 178). Ancak, Sethares ve arkadaşlarının (2013) açık kalp cerrahisi geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde ağrı semptomlarına yönelik baş etme stratejilerini inceledikleri çalışmalarında; ağrı kesici ilaç kullanımı yerine hastaların aktivitelerinin düzenlenmesinin de ağrı ile baş etmede etkili olduğu sonucunu elde etmişlerdir. Benzer şekilde ağrı semptomuna yönelik Ramesh ve arkadaşlarının (2015), AKA geçiren hastalarda ameliyat sonrası dönemde ağrı ve stresle baş etmede masajın etkili bir uygulama olduğuna yönelik bulgularına rağmen literatürde AKA geçiren hasta gruplarının ve kontrol grubunda yer alan hastalarımızın semptom yönetiminde kullandıkları uygulamalar arasında masajın yer almadığı görülmüştür(179). Santos ve

arkadaşlarının (2017) AKA sonrası erken mobilizasyonun etkinliğini değerlendirdikleri sistematik derleme çalışmalarında da erken mobilizasyonun kalp ameliyatı sonrası hastalarda gelişebilecek komplikasyonları önlemek, fonksiyonel kapasiteyi artırmak ve hastanede kalış süresini azaltmakta etkinliğini göstermekle birlikte, temel kritik noktanın hastaların ameliyat sonrası dönemde yatak istirahatini önlemek olduğu sonucunu elde etmişlerdir.

Bu bulgulara bağlı olarak, hastaların yaşadıkları sorunlarla etkin baş edemedikleri düşünülmektedir. Ameliyat sonrası ilerleyen süreçte hastaların iyileşme sürecinin uzamasının, önlenebilir komplikasyonlarla hastaneye tekrarlı başvuru ve yatış yaptırılmalarının temel nedenleri arasında hasta ve yakınlarının sorunları ile baş etme konusunda sağlık profesyonelleri tarafından etkin güçlendirilmemelerinden kaynaklanmakta olduğu söylenebilir. Özellikle yaşlı hasta grubunda hastaneden taburculuk sonrası karşılaşılan hastaneye tekrarlı başvuru ve yatış oranları sağlık maliyetlerini önemli oranda artırabilmektedir. Bu noktada AKA geçiren hasta grubunun ameliyat sonrası eve geçiş sürecinde iyi hazırlanmaları ve taburculuk sonrası da ilk zamanlarda izlemlerinin devam etmesinin önem taşımakta olduğu görülmektedir. Çalışmamızda müdahale grubunda yer alan hastaların araştırmacı (koordinatör hemşire) tarafından bakımın planlanmasında; vaka yönetimi girişimlerinden hastaların fizyoterapist ve diyetisyen hizmetlerinden yararlanmalarının, taburculuk sonrası da devam etmekte olan eğitim, rehberlik ve danışmanlık girişimlerinin müdahale grubunda yer alan hastaların süreçte yaşadıkları sorunlarla daha etkin baş etmelerindeki temel faktörler olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Açık kalp ameliyatı geçiren yaşlı hastalarda Transisyonel Bakım Modeli doğrultusunda verilen hemşirelik bakımının; hastaların fonksiyonel bağımsızlık düzeyleri, yaşam kalitesi ve hastaneye tekrarlı başvuru ve yatış oranları üzerine etkilerinin değerlendirildiği bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmiştir:

- Açık kalp ameliyatı geçiren yaşlı hastalara Transisyonel Bakım Modeli ile verilen hemşirelik bakımının hastaların fonksiyonel bağımsızlık düzeylerini artırdığı saptanmıştır. Müdahale grubunda yer alan hastaların taburculuk sonrası dokuzuncu hafta izlemlerindeki Otonomi Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının kontrol grubunda yer alan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$), (Tablo 4.3).
- Açık kalp ameliyatı geçiren yaşlı hastalara Transisyonel Bakım Modeli ile verilen hemşirelik bakımının hastaların yaşam kalitesini artırdığı saptanmıştır. Müdahale grubunda yer alan hastaların taburculuk sonrası dokuzuncu hafta izlemlerinde fiziksel fonksiyon, sosyal işlevsellik, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, vitalite, ağrı, fiziksel ana boyut ve mental ana boyut puan ortalamalarının kontrol grubunda yer alan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$), (Tablo 4.4).
- Açık kalp ameliyatı geçiren yaşlı hastalara Transisyonel Bakım Modeli ile verilen hemşirelik bakımının hastaneden taburcu olan hastaların hastaneye tekrarlı başvuru ve yatış oranlarını azalttığı saptanmıştır. Kontrol grubunda yer alan hastaların taburculuk sonrası izlem sürecinde hastaneye tekrarlı yatış veya acil servise başvuru oranlarının müdahale grubunda yer alan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$), (Tablo 4.7).
- Açık kalp ameliyatı geçiren yaşlı hastaların taburculuk sonrası en az bir sorunla karşılaştığı, ancak müdahale grubunda yer alan hastaların taburculuk sonrası yaşadıkları sorunların kontrol grubu hastalarına göre daha düşük oranda olduğu görülmüştür ($p<0,05$), (Tablo 4.8).

- Müdahale grubunda yer alan hastaların yaşadıkları sorunların kontrol grubuna kıyasla kısa zamanda ve büyük çoğunluğunun Transisyonel Bakım Modeli uygulamaları ile zmlandığı saptanmıştır (Tablo 4.8).

6.2. neriler

Çalışmanın sonuçları doğrultusunda;

- Cerrahi işlem geçirecek olan yaşlı hasta grubunun hemşirelik bakım uygulamalarında uzman hemşire koordinatörlüğünde TBM uygulamasına geçilmesi,
- Modelin sağlık sistemine entegre edilmesi için sağlık profesyonellerine TBM'nin etkinliğine ve alanda kullanımına olan gereksinime yönelik farkındalık kazandırılması,
- TBM'nin evde bakım hizmetlerine entegre edilmesi için sağlık politikalarında ve bakım işleyiş prosedürlerinde gerekli düzenlemelerin yapılması,
- Uygulama alanında daha güçlü kanıt oluşturabilmek için örnekleme büyüklüğünün daha geniş tutulduğu benzer ve farklı yaşlı hasta gruplarında modelin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmaların yürütülmesi önerilmektedir.
- TBM'nin sağlık bakım sisteminde maliyet etkinliğinin değerlendirilebilmesi için maliyet analizini içeren çalışmaların yürütülmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Health statistics and health information systems: Definition of an older or elderly person. [Internet]. 2016. [Erişim Tarihi 23.04.2019]. Erişim Adresi: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>.
2. Köroğlu CZ, Köroğlu MA. Mekânın dönüşümü ve yaşlılık üzerine: kentleşme ve yaşlılık olgusu. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2015;6(41).
3. Health in 2015: from Millennium Development Goals to Sustainable Development Goals [Internet]. 2015.
4. Türkiye İstatistik Kurumu: Ölüm nedeni İstatistikleri [Internet]. 2017. [Erişim Tarihi 23.04.2019]. Erişim Adresi: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083.
5. Causes of Death [Internet]. 2019 [cited 23.04.2019]. [Erişim Tarihi 23.05.2019]. Erişim Adresi: <https://ourworldindata.org/causes-of-death>.
6. Stern S, Behar S, Gottlieb S. Aging and diseases of the heart. *Circulation*. 2003;108(14):e99-e101.
7. Tiftik S, Kayış A, İnanır İ. Yaşlı Bireylerde Sistemsel Değişiklikler, Hastalıklar ve Hemşirenin Rolü. *Akademik Geriatri Dergisi*. 2012;4:1-12.
8. Demir Korkmaz F, Okgün Alcan A, Eti Aslan F, Çakmakçı H. Koroner arter baypas greft ameliyatı sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türk Gogus Kalp Dama*. 2015;23(2):285-94.
9. Günaydın R. Yaşlılarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2010;13(4):278-84.
10. Tuna Z, Şenol Çelik S. Discharge training and counseling: Functional autonomy and post-discharge problems of elderly patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Türk Gogus Kalp Dama*. 2014;22(3):570-6.
11. Türkmen E, Badır A, Ergün A. Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: Primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;3(4):223-31.
12. Yavuzgil O. Kararlı koroner arter hastalığı: Epidemiyoloji ve güncel tedavi kılavuzlarının yaklaşımı. *Türk Kardiyol Dern Ars*. 2016;44 (Suppl 3):1-7.
13. Kalyoncuoğlu M, Öztürk S, Durmuş G, Keskin B, Can MM. Current approach to the chronic ischemic heart disease in the light of the current diagnosis and assessment guidelines. *Haseki Tıp Bülteni*. 2017;55(2):85-100.
14. Mahmood KT, Khalid A, Ali S. Management of post operative CABG patients - a review. *Journal of Pharmaceutical Science and Technology*. 2011;3(1):456-61.
15. Dirimeşe E. Kalp damar sistemi hastalıkları. In: Çelik S, editor. Güncel yöntemlerle cerrahi hastalıklarda bakım. Antalya: Çukurova Nobel Kitabevi; 2018. p. 223-51.

16. Seco M, Edelman JJ, Forrest P, Ng M, Wilson MK, Fraser J, et al. Geriatric cardiac surgery: chronology vs. biology. *Heart Lung and Circulation*. 2014;23(9):794-801.
17. Noyeza L, Jagera MJd, Markou ALP. Quality of life after cardiac surgery: Underresearched research. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2011;13(5):511-4.
18. Yaffee DW, Williams MR. Cardiovascular surgery in the elderly. *Semin Thorac Cardiovasc Surg*. 2016;28(4):741-7.
19. Bolukcu A, Ilhan S, Topcu AC, Gunay R, Kayacioglu I. Causes of dyspnea after cardiac surgery. *Turk Thorac J*. 2018;19(4):165-9.
20. Tully PJ, Baumeister H, Bennetts JS, Rice GD, Baker RA. Depression screening after cardiac surgery: A six month longitudinal follow up for cardiac events, hospital readmissions, quality of life and mental health. *Int J Cardiol*. 2016;206:44-50.
21. Sawatzky JV, Christie S, Singal RK. Exploring outcomes of a nurse practitioner-managed cardiac surgery follow-up intervention: a randomized trial. *Journal of Advanced Nursing*. 2013;69(9):2076–87.
22. Jarvela K, Porkkala H, Karlsson S, Martikainen T, Selander T, Bendel S. Postoperative delirium in cardiac surgery patients. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2018;32(4):1597-602.
23. Fox JP, Suter LG, Wang K, Wang Y, Krumholz HM, Ross JS. Hospital-based, acute care use among patients within 30 days of discharge after coronary artery bypass surgery. *Ann Thorac Surg*. 2013;96(1):96-104.
24. Hannan EL, Zhong Y, Lahey SJ, Culliford AT, Gold JP, Smith CR, et al. 30-day readmissions after coronary artery bypass graft surgery in New York State. *JACC: Cardiovascular Interventions*. 2011;4(5):569-76.
25. Borregaard B, Dahl JS, Riber LPS, Ekholm O, Sibilitz KL, Weiss M, et al. Effect of early, individualised and intensified follow-up after open heart valve surgery on unplanned cardiac hospital readmissions and all-cause mortality. *Int J Cardiol*. 2019.
26. Bjornnes AK, Parry M, Lie I, Fagerland MW, Watt-Watson J, Rustoen T, et al. Pain experiences of men and women after cardiac surgery. *J Clin Nurs*. 2016;25(19-20):3058-68.
27. Ogut S, Sucu Dag G. Pain characteristics and pain interference among patients undergoing open cardiac surgery. *J Perianesth Nurs*. 2019.
28. Bjornnes AK, Rustoen T, Lie I, Watt-Watson J, Leegaard M. Pain characteristics and analgesic intake before and following cardiac surgery. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2016;15(1):47-54.
29. Schulz PS, Zimmerman L, Pozehl B, Barnason S, Nieveen J. Symptom management strategies used by elderly patients after coronary artery bypass surgery. *Appl Nurs Res*. 2011;24(2):65-73.

30. Schulz P, Lottman DJ, Barkmeier TL, Zimmerman L, Barnason S, Hertzog M. Medications and associated symptoms/problems after coronary artery bypass surgery. *Heart Lung*. 2011;40(2):130-8.
31. Lemaigen A, Birgand G, Ghodhbane W, Alkhoder S, Lolom I, Belorgey S, et al. Sternal wound infection after cardiac surgery: incidence and risk factors according to clinical presentation. *Clin Microbiol Infect*. 2015;21(7):674 e11-8.
32. Gelijns AC, Moskowitz AJ, Acker MA, Argenziano M, Geller NL, Puskas JD, et al. Management practices and major infections after cardiac surgery. *J Am Coll Cardiol*. 2014;64(4):372-81.
33. Cheraghbeigi N, Modarresi M, Rezaei M, Khatony A. Comparing the effects of massage and aromatherapy massage with lavender oil on sleep quality of cardiac patients: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2019;35:253-8.
34. Gelsomino S, Lorusso R, Livi U, Masullo G, Luca F, Maessen J, et al. Cost and cost-effectiveness of cardiac surgery in elderly patients. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* 2011;142:1062-73.
35. Salle A, Dalmayrac E, Baufreton C. Early postoperative undernutrition following aortic valve replacement surgery. *Clin Nutr ESPEN*. 2018;26:84-90.
36. Cebeci F, Celik SS. Discharge training and counselling increase self-care ability and reduce postdischarge problems in CABG patients. *J Clin Nurs*. 2008;17(3):412-20.
37. Lie I, Bunch EH, Smeby NA, Arnesen H, Hamilton G. Patients' experiences with symptoms and needs in the early rehabilitation phase after coronary artery bypass grafting. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2012;11(1):14-24.
38. Mourad F, El Ghanam M, Mostafa AE, Sabry W, Bastawy M. Sexual dysfunction before and after coronary artery bypass graft surgery in males. *Journal of the Egyptian Society of Cardio-Thoracic Surgery*. 2017;25(1):45-51.
39. Koster S, Hensens AG, Palen Jvd. The long-term cognitive and functional outcomes of postoperative delirium after cardiac surgery. *Ann Thorac Surg*. 2009;87(5):1469-74.
40. Sabol F, Bilý B, Artemiou P, Kolesár A, Török P, Bilecová-Rabajdová M, et al. Incidence and risk factors of delirium in patients after cardiac surgery: Modifiable and non-modifiable factors. *Cor et Vasa*. 2015;57(3):e168-e75.
41. Kucewicz-Czech E, Kiecak K, Urbanska E, Maciejewski T, Kalis R, Pakosiewicz W, et al. Perioperative care in elderly cardiac surgery patients. *Kardiochir Torakochirurgia Pol*. 2016;13(4):340-6.
42. Murphy BM, Elliott PC, Grande MRL, Higgins RO, Ernest CS, Goble AJ, et al. Living alone predicts 30-day hospital readmission after coronary artery bypass graft surgery. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*. 2008;15(2):210-5.
43. Abelha FJ, Botelho M, Fernandes V, Barros H. Quality of life and mortality assessment in patients with major cardiac events in the postoperative period. *Rev Bras Anestesiologia* 2010;60(3):268-84.

44. Mullen-Fortino M, O'Brien N. Caring for a patient after coronary artery surgery. *Nursing 2009 Critical Care*. 2009;4(1):128-31.
45. Dığın F. Koroner arter bypass sonrası telefonla hemşire danışmanlığının yaşlı hastaların otonomi düzeyine etkisi [Doktora tezi]. Edirne Trakya Üniversitesi 2018.
46. Graf C. Functional decline in hospitalized older adults. *The American Journal of Nursing*. 2006;106(1):58-67.
47. Tuna Z, Şenol Çelik S. Otonomi değerlendirme ölçeği'nin 65 yaş ve üstü bireylerde geçerlilik-güvenirlilik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2012;19(1):51-61.
48. Feltner C, Jones CD, Cené CW, Zheng Z, Sueta CA, Coker-Schwimmer EJ. Transitional care interventions to prevent readmissions for persons with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2014;160:774-84.
49. Espinoza J, Camporrontondo M, Vrancic M, Piccinini F, Camou J, Benzadon M, et al. 30-day readmission score after cardiac surgery. *Clinical Trials and Regulatory Science in Cardiology* 2016;20:1-5.
50. Baser O, Burkan A, Baser E, Koselerli R, Ertugay E, Altinbas A. High cost patients for cardiac surgery and hospital quality in Turkey. *Health Policy*. 2013;109(2):143-9.
51. Chee JH, Filion KB, Haider S, Pilote L, Eisenberg MJ. Impact of age on hospital course and cost of coronary artery bypass grafting. *Am J Cardiol*. 2004;93(6):768-71.
52. Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC. Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Affairs*. 2010;29(8):1489-95.
53. Epstein RM, Street RL, Jr. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med*. 2011;9(2):100-3.
54. Uysal H. Günümüzde hemşire liderliğinde kardiyovasküler hastalık yönetim programları. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2015;6(9):1-14.
55. Erbay Ö. Use of watson's theory of human caring in nursing care of patients with hypertensive attack: Case report. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2018;9(19):82-8.
56. Laws LA. Engagement of primary stakeholders to tailor a comprehensive transitional care model for persons who have experienced a stroke and their caregivers [Doctor of philosophy]: The University of Arizona; 2018.
57. Transitional Care Model [Internet]. 2016 [cited November 2016]. [Erişim Tarihi 23.12.2018]. Erişim Adresi: <https://www.nursing.upenn.edu/ncth/transitional-care-model/>.
58. Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET, Olds DM, Hirschman KB. The care span: The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Affairs*. 2011;30(4):746-54.

59. Naylor MD. A decade of transitional care research with vulnerable elders. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2000;14(3):1-9.
60. Naylor M, Keating S. Transitional Care. *American Journal of Nursing*. 2008;108(9):58-63.
61. Hirschman K, Shaid E, McCauley K, Pauly M, Naylor M. "Continuity of care: The Transitional Care Model". *The Online Journal of Issues in Nursing*. 2015;20(3).
62. Naylor MD, Brooten DA, Campbell RL, Maislin G, McCauley KM, Schwartz JS. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: A randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(5):675–84.
63. Nabagiez JP, Shariff MA, Molloy WJ, Demissie S, McGinn JT. Cost analysis of physician assistant home visit program to reduce readmissions after cardiac surgery. *Ann Thorac Surg*. 2016;102(3):696-702.
64. Naylor MD, Feldman PH, Keating S, Koren MJ, Kurtzman ET, Maccoy MC, et al. Translating research into practice: transitional care for older adults. *J Eval Clin Pract*. 2009;15(6):1164-70.
65. Franks S. Transitional care to reduce 30-day heart failure readmissions among the long-term care elderly population [Doctor of Nursing Practice]. New Jersey: Seton Hall University; 2015.
66. Stauffer BD, Fullerton C, Fleming N, et al. Effectiveness and cost of a transitional care program for heart failure: A prospective study with concurrent controls. *Archives of Internal Medicine*. 2011;171(14):1238-43.
67. Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders. *American Medical Association*. 1999;281(7):613-20.
68. Zhang P, Hu YD, Xing FM, Li CZ, Lan WF, Zhang XL. Effects of a nurse-led transitional care program on clinical outcomes, health-related knowledge, physical and mental health status among Chinese patients with coronary artery disease: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2017;74:34-43.
69. Zhang P, Xing FM, Li CZ, Wang FL, Zhang XL. Effects of a nurse-led transitional care programme on readmission, self-efficacy to implement health-promoting behaviours, functional status and life quality among Chinese patients with coronary artery disease: A randomised controlled trial. *J Clin Nurs*. 2018;27(5-6):969-79.
70. Naylor MD, Hirschman KB, Hanlon AL, Bowles KH, Bradway C, McCauley KM, et al. Effects of alternative interventions among hospitalized, cognitively impaired older adults. *J Comp Eff Res* 2016;5(3):259-72.
71. Naylor MD, Hirschman KB, Hanlon AL, Bowles KH, Bradway C, McCauley KM, et al. Comparison of evidence-based interventions on outcomes of hospitalized, cognitively impaired older adults. *J Comp Eff Res*. 2014;3(3):245-57.
72. Feinglass J, Mallama CA, Rogers A, Teter C, Hurt C, Schaeffer C. Using hospital use trends to improve transitional care. *Healthcare* 2018;6(4):259-64.

73. Condon C, Lycan S, Duncan P, Bushnell C. Reducing readmissions after stroke with a structured nurse practitioner/registered nurse transitional stroke program. *Stroke*. 2016;47(6):1599-604.
74. Ornstein K, Smith KL, Foer DH, Lopez-Cantor MT, Soriano T. To the hospital and back home again: a nurse practitioner-based transitional care program for hospitalized homebound people. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59(3):544-51.
75. Lenaghan NA. Transitional care and empowerment of the older adult. *Geriatr Nurs*. 2018;00:1-6.
76. Coleman EA, Smith JD, Frank JC, Min S-J, Parry C, Kramer AM. Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: The care transitions intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004;52(11):1817-25.
77. Sağlık bakanlığınca sunulan evde sağlık hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge. [Erişim Tarihi 23.06.2019]. Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/dosya/mevzuat/yonergeler/evde_saglik_hizmeti_yonerge.pdf.
78. Evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik 2005 [Erişim Tarihi 23.04.2019]. Erişim Adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.7542&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=evde%20bak%C4%B1m>.
79. The top 10 causes of death. 2017. [Internet]. 2017 [cited 01.04.2019]. [Erişim Tarihi 13.12.2018]. Erişim Adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>.
80. İstatistiklerle Yaşlılar, 2017 [Internet]. 2017 [cited 01.04.2019]. [Erişim Tarihi 13.12.2018]. Erişim Adresi: www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27595.
81. Hardin SR, Kaplow R. *Cardiac Surgery Essentials for Critical Care Nursing Canada*: Jones and Bartlett Publishers; 2010. 462 p.
82. Baldwin JC, Elefteriades JA, Kopf GS. Heart Surgery. In: Zaret BL, Moser M, Cohen LS, editors. *Yale University School of Medicine Heart Book 2002*. p. 313-30.
83. Kutsal A. Yaşlıda kalp cerrahisi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2010;Supplement 2:115-23.
84. Young LH. Heart disease in the elderly. In: Zaret BL, Moser M, Cohen LS, editors. *Yale University School of Medicine Heart Book 2002*. p. 263-72.
85. Danitsch D. Cardiothoracic Care In: Humphreys M, editor. *Nursing the cardiac patient Somerset, UNITED KINGDOM: John Wiley & Sons, Incorporated; 2011*. p. 112-31.
86. Gümüş F, Erkalp K, Kayalar N, Alagöl A. Yaşlı hasta nüfusunda kalp cerrahisi ve anestezi yaklaşımı. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*. 2013;21(1):250-5.

87. Alcan AO. An evaluation of health-promotion lifestyle behaviors following coronary artery bypass graft surgery. *The Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2017;25(1):45-51.
88. Badır A, Korkmaz F. Kalp ve dolaşım sistemi. In: Ayfer K, Eti AF, editors. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Geliştirilmiş 3. Baskı ed.* Ankara Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014. p. 387-562.
89. Kim DJ, Park KH, Isamukhamedov SS, Lim C, Shin YC, Kim JS. Clinical results of cardiovascular surgery in the patients older than 75 years. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg*. 2014;47(5):451-7.
90. Gökçen Aydın Akbuğa, Bahçeli A. Kalp cerrahisi girişimi uygulanan yaşlı bireylere yönelik bakım. *Bozok Tıp Derg*. 2017;7(2).
91. Tunçbilek Z, Şenol Çelik S. Koroner arter baypas grefti ameliyatı olan yaşlı bireyler ve hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics* 2017;3(2):151-6.
92. Griffiths R, Beech F, Brown A, Dhese J, Foo I, Goodall J, et al. Peri-operative care of the elderly 2014: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. *Anaesthesia*. 2014;69 Suppl 1:81-98.
93. Lim F, Slater LZ. Perioperative care of the older adult. In: Boltz M, Capezuti E, Fulmer T, Zwicker D, editors. *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*. 5th edition ed. New York: Springer Publishing Company; 2016. p. 537-60.
94. Steelman VM. Concepts basic to perioperative nursing. In: Rothrock JC, editor. *Alexander's care of the patient in surgery* 15th edition ed: Elsevier Mosby; 2015. p. 1-15.
95. Schlitzkus LL, Melin AA, Johanning JM, Schenarts PJ. Perioperative management of elderly patients. *Surg Clin North Am*. 2015;95(2):391-415.
96. Bailes BK. Perioperative care of the elderly surgical patient *AORN Journal*. 2000;72(2):186-207.
97. Capezuti E, Parks AJ, Boltz M, Malone ML, Palmer RM. Acute Care Models. In: Boltz M CE, Fulmer TT, Zwicker D., editor. *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice, Fifth Edition*. 5th edition ed. New York: Springer Publishing Company; 2016. p. 621-3.
98. Starr RS, Stefan MS. Perioperative assessment of and care for the elderly and frail. *Hospital Medicine Clinics*. 2016;5(2):224-41.
99. Edmiston E, Dolansky MA, Zullo M, Forman DE. Octogenarians' post-acute care use after cardiac valve surgery and recovery: clinical implications. *Geriatr Nurs*. 2018;39(4):371-5.
100. Mohanty S, Rosenthal RA, Russell MM, Neuman MD, Ko CY, Esnaola NF. Optimal perioperative management of the geriatric patient: A best practices guideline from the american college of surgeons NSQIP and the american geriatrics society. *J Am Coll Surg*. 2016;222(5):930-47.

101. Andsoy II. Ameliyat sırası dönemde hasta bakımı. In: Çelik S, editor. Güncel Yöntemlerle Cerrahi Hastalıklarda Bakım Antalya Çukurova Nobel Tıp Kitabevi 2018.
102. WHO. WHO guidelines for safe surgery: safe surgery saves lives. Ten essential objectives for safe surgery: review of the evidence and recommendations 2009.
103. Aydın Akbuğa G, Bahçeli A. Kalp cerrahisi girişimi uygulanan yaşlı bireylere yönelik bakım. Bozok Tıp Derg. 2017;7(2):71-6.
104. Li M, Liu H. Implementation of a clinical nursing pathway for percutaneous coronary intervention: A prospective study. Geriatric Nursing. 2018;39(5):593-6.
105. Zevola DR, Raffa M, Brown K. Using clinical pathways in patients undergoing cardiac valve surgery. Critical Care Nurse. 2002;22(1):31-50.
106. Tsumotoa S, Kimurab T, Iwata H, Hiranoa S. Clinical pathway generation from hospital information system. Procedia Computer Science 2018(139):545-53.
107. Bergvik S, Wynn R, Sorlie T. Nurse training of a patient-centered information procedure for CABG patients. Patient Educ Couns. 2008;70(2):227-33.
108. Fredericks S, Ibrahim S, Puri R. Coronary artery bypass graft surgery patient education: A systematic review. Progress in Cardiovascular Nursing. 2009;24(4):162-8.
109. Tuna Z. Koroner arter bypass greft ameliyatı olan yaşlı hastalara fonksiyonel bağımsızlık düzeyleri doğrultusunda verilen taburculuk eğitiminin hastaların fonksiyonel bağımsızlıklarına etkisi [Doktora tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2012.
110. Çatal E. Koroner arter baypas greftli hastalarda hemşirelik girişimlerinin öğrenim gereksiniminin karşılanması, iyileşme algısı, başatme-uyum ve yaşam kalitesine etkisi [Doktora Tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2015.
111. Roland M. Continuity of care: betrayed values or misplaced nostalgia? International Journal of Integrated Care. 2012;12:1568-4156
112. D'Angelo D, Mastroianni C, Hammer M, Piredda M, Vellone E, Alvaro R, et al. Continuity of care during end of life: An evolutionary concept analysis International Journal of Nursing Knowledge. 2015;26(2):80-9.
113. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? Journal of Family Practice. 2004;53(12):974-80.
114. Brookhart MA, Patrick A, Schneeweiss S. Physician follow-up and provider continuity are associated with long-term medication adherence: A study of the dynamics of statin use Arch Intern Med 2007;167:847-52.
115. Menec VH, Sirski M, Attawar D, Katz A. Does continuity of care with a family physician reduce hospitalizations among older adults? . J Health Serv Res Policy. 2006;1:196-201.
116. Bankart MJ, Baker R, Rashid A, Habiba M, Banerjee J, Hsu R, et al. Characteristics of general practices associated with emergency admission rates to hospital: a cross-sectional study. Emerg Med J. 2011;28(7):558-63.

117. Albert NM. A systematic review of transitional-care strategies to reduce rehospitalization in patients with heart failure. *Heart Lung*. 2016;45(2):100-13.
118. Coleman EA, Boult C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2003;51(4):556-7.
119. Liggins C, Pryor L, Bernard MA. Challenges and opportunities in advancing models of care for older adults: an assessment of the National Institute on Aging research portfolio. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(12):2345-9.
120. Naylor MD, Hirschman KB, Toles MP, Jarrin OF, Shaid E, Pauly MV. Adaptations of the evidence-based Transitional Care Model in the U.S. *Soc Sci Med*. 2018;213:28-36.
121. Mora K, Dorrejo XM, Carreon KM, Butt S. Nurse practitioner-led transitional care interventions: An integrative review. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2017;29(12):773-90.
122. Boltz M, Capezuti E, Fulmer T, Zwicker D. Transitional Care In: Lim F, Foust JB, Cleave JHV, editors. *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*. Fifth Edition ed. New York: Springer Publishing Company; 2016. p. 633-6.
123. Naylor MD, Shaid EC, Carpenter D, Gass B, Levine C, Li J, et al. Components of comprehensive and effective transitional care. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(6):1119-25.
124. Naylor MD, Sochalski JA. Scaling Up: Bringing the Transitional Care Model into the Mainstream. *The Commonwealth Fund*. 2010;103.
125. Enguidanos S, Gibbs N, Jamison P. From home to hospital: A brief nurse practitioner intervention for vulnerable older adults. *Journal of Gerontological Nursing*. 2012;38(3):40-50.
126. Chiu WK, Newcomer RA. Systematic review of nurse-assisted case management to improve hospital discharge transition outcomes for the elderly. *Professional Case Management*. 2007;12(6):330-6.
127. Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, Coleman EA. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: A review of key issues for hospitalists. *J Hosp Med*. 2007;2(5):314-23.
128. Naylor MD. Advancing high value transitional care: The central role of nursing and its leadership. *Nurs Adm Q*. 2012;36(2):115-26.
129. Toles MP. *Transitional Care in a Nursing Home [Doctoral thesis]*. United States: Duke University; 2011.
130. Işık O, Kandemir A, Erişen MA, Fidan C. Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2016;19(2):171-86.
131. Erdoğan S, Esin N. Omaha sistemi'nin Türkçe'ye uyarlanması ve toplum sağlığı hemşireliği eğitiminde kullanılması. *İstanbul Üniversitesi FNHYO Dergisi*. 2004;13(52):11-22.

132. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN, Seçginli S, Çoşansu G, Ardiç A. Omaha sistemi hemşirelikte bilgi yönetimi. 1. Baskı ed. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2016.
133. Martin KS, Monsen KA, Bowles KH. The Omaha system and meaningful use: applications for practice, education, and research. *Comput Inform Nurs.* 2011;29(1):52-8.
134. Erdogan S, Esin NM. The Turkish version of the Omaha System: its use in practice-based family nursing education. *Nurse Educ Today.* 2006;26(5):396-402.
135. Erdogan S, Secginli S, Cosansu G, Nahcivan NO, Esin MN, Aktas E, et al. Using the Omaha System to describe health problems, interventions, and outcomes in home care in Istanbul, Turkey: a student informatics research experience. *Comput Inform Nurs.* 2013;31(6):290-8.
136. Yılmaz İ, ÖZden D, GÜRÖl Arslan G. An Analysis of an Intensive Care Unit Patient with Tracheostomy according to the Omaha Classification System. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences.* 2018;10(2):160-8.
137. Topaz M, Golfenshtein N, Bowles KH. The Omaha System: a systematic review of the recent literature. *J Am Med Inform Assoc.* 2014;21(1):163-70.
138. Chow SC, Shao J, Wang H. *Sample Size Calculations in Clinical Research.* Second Edition ed. Boca Raton, FL: Chapman & Hall/CRC; 2008.
139. Julious SA. *Sample sizes for clinical trials.* . Boca Raton, FL, United States: Taylor & Francis Ltd; 2009.
140. Machin D, Campbell M, Fayers P, Pinol A. *Sample size tables for clinical studies.* 2nd edition ed. Malden, MA: Blackwell Science; 1997.
141. Zar JH. *Biostatistical analysis.* 2nd edition ed. New Jersey: Prentice-Hall.: Englewood Cliffs; 1984.
142. Akbari M. Determination of the effects of discharge training and counseling on quality of life and post discharge problems in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery [Doctoral thesis]. Ankara Hacettepe University; 2014.
143. Chan B, Goldman LE, Sarkar U, Schneidermann M, Kessell E, Guzman D, et al. The Effect of a Care Transition Intervention on the Patient Experience of Older Multi-Lingual Adults in the Safety Net: Results of a Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern Med.* 2015;30(12):1788-94.
144. Savaş S, Akçiçek F. Kapsamlı geriatrik değerlendirme. *Ege Tıp Dergisi* 2010;49(3):19-30.
145. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992;30(6):473-83.
146. Koçyiğ H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi.* 1999;12(2):102-6.

147. Aydemir Ö. Konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: Kısa Form-36 (SF-36). *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*. 1999;7(Ek 2):14-22.
148. Hebert R, Carrier R, Bilodeau A. The functional autonomy measurement system (smaf): Description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. *Age and Ageing*. 1988;17(5):293-302.
149. Desrosiers J, Bravo G, Hebert R, Dubuc N. Reliability of the revised Functional Autonomy Measurement System (SMAF) for epidemiological research. *Age and Ageing*. 1995;24:402-6.
150. Hébert R, Guilbault J, Desrosiers J, Dubuc N. The functional autonomy measurement system (smaf): A clinical-based instrument for measuring disabilities and handicaps in older people. *Eriatrics Today: Journal Of The Canadian Geriatrics Society* 2001;4:141-7.
151. Fadavi-Ghaffari M, Azad A, Shariatzadeh H, Taghizadeh G, Aminizadeh S. Translation, cultural adaptation, face and content validity of the persian version "Patient-Rated Wrist Evaluation" (PRWE-Persian) Questionnaire. *Journal of Modern Rehabilitation*. 2017;11(1):51.
152. Davis LL. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*. 1992;5(4):194-7.
153. Montalescot G, Sechtem U. 2013 ESC Kararlı koroner arter hastalığı yönetimi kılavuzu. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2014;Suppl. 4:73-134.
154. Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, de Jesus JM, Miller NH, Hubbard VS, et al. 2013 AHA/ACC Guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk. *Circulation*. 2014;129(25 suppl 2):S76-S99.
155. Dönmez YC. Ameliyat öncesi cilt hazırlığı. *Turkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics*. 2016;2(2):11-6.
156. Wijns W, Kolh P, Danchin N, Di Mario C, Falk V, Folliguet T, et al. Guidelines on myocardial revascularization. *Eur Heart J*. 2010;31(20):2501-55.
157. Hiratzka LF, Bakris GL, Beckman JA, Bersin RM, Carr VF, Casey DE, Jr., et al. 2010 ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI/SIR/STS/SVM Guidelines for the diagnosis and management of patients with thoracic aortic disease. A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, American Association for Thoracic Surgery, American College of Radiology, American Stroke Association, Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Interventional Radiology, Society of Thoracic Surgeons, and Society for Vascular Medicine. *J Am Coll Cardiol*. 2010;55(14):e27-e129.
158. Wagner CM, Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, editors. *Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC)*. 6. Baskı ed: Nobel Tıp Kitabevleri; 2017.
159. İnal C, Günay S. *Olasılık ve matematiksel istatistik*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2002.

160. Demirkıran G, Uzun Ö. Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2012;28(1):1-12.
161. Sarıtaş S, Erci B, Boyraz A. Post-discharge learning needs of patients undergoing coronary artery bypass grafting. *Journal of Academic Research In Nursing*. 2018;4(3):142-7.
162. Akbari M, Celik S. The effects of discharge training and postdischarge counseling on quality of life after coronary artery bypass graft surgery. *Nursing and Midwifery Studies*. 2018;7(3):105.
163. Babae G, Keshavarz M, Hidarnia A, Shayegan M. Evaluation of quality of life in patients with coronary artery bypass surgery using controlled clinical trial. *Acta medica Iranica*. 2007;45(1):69-76.
164. Barnason S, Zimmerman L, Anderson AL, Burt-Mohr S, Nieveen J. Functional status outcomes of patients with a coronary artery bypass graft over time. *Heart Lung*. 2000;29(1):33-46.
165. Razmjooe N, Ebadi A, Asadi-Lari M, Hosseini M. Does a "continuous care model" affect the quality of life of patients undergoing coronary artery bypass grafting? *J Vasc Nurs*. 2017;35(1):21-6.
166. Wang X, Wu X-C. Application of transitional care model in cancer pain management after discharge: a randomized controlled trial. *Chinese Nursing Research*. 2016;3(2):86-9.
167. Sorensen EA, Wang F. Social support, depression, functional status, and gender differences in older adults undergoing first-time coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung*. 2009;38(4):306-17.
168. Li M, Zhang J, Gan TJ, Qin G, Wang L, Zhu M, et al. Enhanced recovery after surgery pathway for patients undergoing cardiac surgery: A randomized clinical trial. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2018;54(3):491-7.
169. Özen B. Planlı taburculuk programının koroner arter bypass ameliyatı olan hastalarda komplikasyonları ve hastaneye geri dönüşleri azaltmaya etkisi [Doktora Tezi]. Kayseri: Erciyes Üniversitesi; 2012.
170. Deniger A, Troller P, Kennelty KA. Geriatric transitional care and readmissions review. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2015;11(2):248-52.
171. Verhaegh KJ, MacNeil-Vroomen JL, Eslami S, Geerlings SE, de Rooij SE, Buurman BM. Transitional care interventions prevent hospital readmissions for adults with chronic illnesses. *Health Affairs*. 2014;33(9):1531-9.
172. Wong FK, Yeung SM. Effects of a 4-week transitional care programme for discharged stroke survivors in Hong Kong: a randomised controlled trial. *Health Soc Care Community*. 2015;23(6):619-31.
173. Erdil F. Temel Geriatri-Yaşlılara yönelik hemşirelik hizmetleri. Gökçe Y, editor. Ankara Güneş Tıp Kitabevleri; 2007.

174. Direk F, Şenol Çelik S. Postoperative problems experienced by patients undergoing coronary artery bypass graft surgery and their self-care ability after discharge. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*. 2012;20(3):530-5.
175. Zubrzycki M, Liebold A, Skrabal C, Reinelt H, Ziegler M, Perdas E, et al. Assessment and pathophysiology of pain in cardiac surgery. *J Pain Res*. 2018;11:1599-611.
176. Ranjbaran S, Dehdari T, Sadeghniaat-Haghighi K, Majdabadi MM. Poor sleep quality in patients after coronary artery bypass graft surgery: An intervention study using the PRECEDE-PROCEED model. *The Journal of Tehran University Heart Center*. 2015;10(1):1-10.
177. Gökçen M, Köçkar Ç. Post-discharge learning needs of patients undergoing open heart surgery. *Turkiye Klinikleri Cardiovascular Sciences*. 2018;30(3):113-9.
178. Al-Daakak ZM, Ammouri AA, Isac C, Gharaibeh H, Al-Zaru I. Symptom management strategies of Jordanian patients following coronary artery bypass grafting surgery. *Int J Nurs Pract*. 2016;22(4):375-83.
179. Ramesh C, Pai VB, Patil N, Nayak BS, George A, George LS, et al. Effectiveness of massage therapy on post-operative outcomes among patients undergoing cardiac surgery: A systematic review. *International Journal of Nursing Sciences*. 2015;2(3):304-12.

8. EKLER

Ek-1. Güç Analiz Raporu

PASS 14.0.7

12.08.2016 13:45:40

1

***** DEMO VERSION EXAMPLE REPORT *****

You have not entered a valid license key for PASS 14. In demo mode, you have full access only to the "Two-Sample Z-Tests Assuming Equal Variance (Enter Means)" procedure. For all other procedures, you will be able to obtain sample output only. To obtain a report based on your actual input, you must first purchase a license. Visit <http://www.ncss.com/pass> for more information about purchasing PASS.

The following example report was created using the settings from Example 1 in the documentation.

Two-Sample T-Tests Allowing Unequal Variance

Numeric Results for Two-Sample T-Test Allowing Unequal Variance

Alternative Hypothesis: $\delta \neq 0$

Target Power	Actual Power	N1	N2	N	δ	σ_1	σ_2	Alpha
0,90	0,90538	30	30	60	2,0	1,0	2,5	0,010
0,90	0,90607	21	21	42	2,0	1,0	2,5	0,050
0,90	0,90085	40	40	80	2,0	2,0	2,5	0,010
0,90	0,90032	28	28	56	2,0	2,0	2,5	0,050
0,90	0,90315	59	59	118	2,0	3,0	2,5	0,010
0,90	0,90637	42	42	84	2,0	3,0	2,5	0,050
0,90	0,90097	85	85	170	2,0	4,0	2,5	0,010
0,90	0,90187	60	60	120	2,0	4,0	2,5	0,050
0,90	0,90140	119	119	238	2,0	5,0	2,5	0,010
0,90	0,90202	84	84	168	2,0	5,0	2,5	0,050

References

- Julious, S. A. 2010. Sample Sizes for Clinical Trials. Chapman & Hall/CRC. Boca Raton, FL.
Chow, S.-C., Shao, J., and Wang, H. 2008. Sample Size Calculations in Clinical Research (Second Edition). Chapman & Hall/CRC. Boca Raton, FL.
Machin, D., Campbell, M., Fayers, P., and Pinol, A. 1997. Sample Size Tables for Clinical Studies, 2nd Edition. Blackwell Science. Malden, MA.
Zar, Jerrold H. 1984. Biostatistical Analysis (Second Edition). Prentice-Hall. Englewood Cliffs, New Jersey.

Report Definitions

Target Power is the desired power value (or values) entered in the procedure. Power is the probability of rejecting a false null hypothesis.

Actual Power is the power obtained in this scenario. Because N1 and N2 are discrete, this value is often (slightly) larger than the target power.

N1 and N2 are the number of items sampled from each population.

N is the total sample size, N1 + N2.

δ is the difference between population means at which power and sample size calculations are made.

σ_1 and σ_2 are the assumed population standard deviations for groups 1 and 2, respectively.

Alpha is the probability of rejecting a true null hypothesis.

Summary Statements

Group sample sizes of 30 and 30 achieve 90,538% power to reject the null hypothesis of equal means when the population mean difference is 2,0 with standard deviations of 1,0 for group 1 and 2,5 for group 2, and with a significance level (alpha) of 0,010 using a two-sided two-sample unequal-variance t-test.

Ek-2. Tanıtıcı Bilgiler Formu

Tanıtıcı Bilgiler Formu

Adı soyadı:

Yatış Tarihi:

Tanısı:

Ameliyat Tarihi:

Adres :

Taburculuk Tarihi:

Telefon:

Tahmini Kontrol Tarihi:

Refakatçisi:

Sosyal Güvence:

Refakatçi İsim/Telefon:

1. Yaş:
2. Cinsiyet: Kadın Erkek
3. Eğitim Durumu: Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul
Ortaokul Lise
Üniversite
Diğer
4. Medeni durum: Evli Bekar
5. Yaşanılan yer: Köy Kasaba İlçe İl
6. Çalışma durumu: Çalışıyor Çalışmıyor Emekli
7. Gelir düzeyi: Geliri giderinden çok
Geliri ile gideri dengede
Geliri giderinden az
8. Birlikte Yaşadığı Aile Bireyleri:
Yalnız yaşıyor
Eşi ile birlikte yaşıyor
Eşi ve çocuk/çocukları ile yaşıyor
Çocuk /Çocukları ile yaşıyor
Diğer(açıklayınız).....
9. Hastaya hastanede refakat eden kişi/yaşı/ eğitim düzeyi:
Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul
Lise Üniversite Diğer.....
10. Taburculuk sonrası hastanın bakımına yardımcı olacak olan kişi/ kişiler ve eğitim düzeyi.....
11. Ailede açık kalp ameliyatı geçiren var mı?
 Evet (Kim olduğunu belirtiniz) Hayır

ÖZGEÇMİŞ

12. Kronik bir hastalığınız: Var (Belirtiniz:.....)
Yok

Tanı

Yatış tarihi

Hastanede yatma süresi

-
-
-

13. Daha önce hastanede yatarak tedavi gördünüz mü? Evet
Hayır

14. Sürekli kullanılan ilaç/ ilaçlar: Var Yok
Reçetesiz kullanılan ilaç/ ilaçlar Var Yok

İlaç

Başlanma Tarihi

Sıklık

Doz

-
-
-

ALIŞKANLIKLARI

15. Alkol tüketimi: **Geçmiş:** Var (Miktarı): /haftada **Şimdi:** Var (Miktarı):...
Yok Yok
16. Sigara kullanımı: Var (Miktarı): /haftada Var (Miktarı):...
Yok Yok

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ

17. Boy: Kilo: BKİ:
18. Özel bir diyetiniz var mı?: Var(Açıklayınız)..... Yok
19. Beslenme şekliniz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)
Kahvaltı Ara Öğün Öğlen Ara Öğün Akşam Ara Öğün
20. Öğün atlıyor musunuz? Evet (Neden?)..... Hayır
21. Genel olarak günde ne kadar sıvı tüketiyorsunuz? (Yanlarına miktarlarını belirtiniz)
Su Çorba Yoğurt
Meyve suyu Çay/kahve DİĞER.....
22. Beslenmenizde hangi gıdaları daha sık tüketiyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)
Süt ve Süt Ürünleri (yoğurt, peynir ve süttozu gibi süttten yapılan besinler)
Et-Yumurta-Kurubaklagil Grubu (Et, tavuk, balık, yumurta, kuru fasulye, nohut, mercimek, Ceviz, fındık, fıstık)
Sebze ve Meyveleri (Ispanak, domates, biber, patates, havuç, mandalina vb)
Ekmek ve Tahıl Grubu (Buğday, pirinç, mısır, çavdar ve un, bulgur, vb)
Yağlar (Zeytinyağı, ayçiçek, fındık, mısırözü, pamuk, susam yağı, tereyağı)
Şekerler (Toz, kesme, pudra şekeri)
23. Beslenmenizde hangi pişirme yöntemini sıklıkla kullanıyorsunuz?
Haşlama Buğulama Kızartma Izgara Fırında Pişirme
Diğer.....

22. Diş proteziniz var mı? Evet (Protezin özelliğini açıklayınız).....
Hayır
24. Ne kadar sıklıkla duş alıyorsunuz/banyo yapıyorsunuz?kez / 1
hafta/ay/yıl
25. Duş alırken/banyo yaparken desteğe ihtiyacınız var mı? Evet
Hayır
26. Kıyafetlerinizi giyinirken desteğe ihtiyacınız var mı? Evet
Hayır
27. Günde ortalama kaç saat uyuyorsunuz?/gece/gündüz
28. Bağırsak alışkanlığı
Düzenli (Açıklayınız/sıklık?/zaman?).....
Düzensiz (Açıklayınız/sıklık?/zaman?).....
29. İdrarınızı yaparken bir sorunuz var mı? (Belirtiniz)
Evet.....Hayır

HAREKET

30. Egzersiz yapma alışkanlığı: Var (Egzersiz türü ve sıklığı) Yok
Oturdığı bina içinde yürüme :
Tekerlekli sandalye kullanma:
Merdiven inip-çıkma:
Oturdığı bina dışında yürüme
Diğer:

İLETİŞİM

31. Görme probleminiz var mı? Evet Hayır
32. Görmeyi desteklemek için kullandığımız bir araç var mı? (İşaretleyiniz)
Gözlük Lens Büyüteç
33. İşitme probleminiz var mı? Evet Hayır
34. İşitme cihazı kullanıyor musunuz? Evet Hayır

EK-3. Yaşlı Bireyin Hastane İzlem Formu:

1. Ameliyat esnasında komplikasyon gelişme durumu:

- Gelişti (Belirtiniz).....
 Gelişmedi

2. Yoğun bakımda kalma süresi:.....

3. Şu an kendisini rahatsız eden bir sorun var mı?

4. Bakım uygulamaları (Gün içerisinde gerçekleştirilen bakım uygulamalarını ilgili sütuna tarih belirterek işaretleyiniz)

Tarih:					
El-Yüz-Ağız Bakımı Verme					
Vücut Hijyeni Sağlama					
O2 Verme					
Aspirasyon					
Solunum Öksürük Egzersizi					
Postural Drenaj					
Pozisyon Verme					
Mobilize Etme					
Soğuk /Sıcak Uygulama					
Drenajı Takip Etme					
Uygun Diyet Almasını Sağlama					
Günlük Kilo Takibi Yapma					
Günlük Aldığı-Çıkardığı Dengesi Değerlendirme					
Defekasyonu Değerlendirme					
Bası yarası Bakımı Verme					
Trakeostomi Bakımı Verme					
Katater Bakımı Verme					
Stoma Bakımı Verme					

İnsizyon Bölgesi bakımı Verme					
Kanama Kontrolü Yapma					
Günlük Ortalama Uyku Saati Değerlendirme					
İletişim Sorunu Değerlendirme					
Güvenlik Sorunu Değerlendirme					
Spiritüel Gereksinim Değerlendirme					
Ağrı Değerlendirme					
Düşme Değerlendirme					
Bası yarası Değerlendirme					

5. Sistem değerlendirilmesi/ Fiziksel muayene Bireyin yaşadığı sorunları ilgili bölmeye belirtiniz. (Ek12. Fiziksel Muayene/ Değerlendirme Forumu'ndan Değerlendirme Sürecinde Yararlanabilirsiniz.)

Tarih:					
1.Genel Durum, Bilinç ve Mental Değerlendirme					
2.Yaşam Bulguları					
3.Deri					
4.Saç ve Saçlı deri					
5.Tırnaklar					
6.Baş-boyun					
7.Ağız ve farenks					
8.Meme ve aksilla					
9.Solunum Sistemi					
10.Kardiyovasküler Sistem					
11.Gastrointestinal Sistem					
12.Genital bölge					
13.Üriner sistem					
14.Kas-iskelet Sistemi					
15.Endokrin Sistem					
16.Kan ve Lenfatik sistem					
17.Nörolojik Sistem					

6. Laboratuvar bulguları (Özellikle anormal bulgular kaydedilmeli.)

HASTA SONUÇLARI						
Laboratuvar Çalışmaları		TARİH:				
Hemogram	Referans aralığı*					
WBC	4.5- 11.0 K/uL					
RBC	3.90- 5.50 M/Ul					
HGB	11.5- 17.5 g/dL					
HCT	37.0- 53.0 %					
PLT	140- 400 K/uL					
MCV	80- 97 fL					
MCH	27- 31.2pg					
MCHC	31.8- 40.0 g/dL					
Biyokimya						
Klor	98- 107 mmol/L					
Kalsiyum	8.8- 10,0 mg/dL					
Sodyum	136-145mmol/L					
Potasyum	3,5- 5,5 mmol/L					
Fosfor	2.3- 4,7 mg/dL					
Demir	31- 144 ug/dl					
Demir bağlama	69- 240 ug/dl					
Total demir bağlama kapasitesi						
AST						
ALT						
ALP						
GGT						
LDH						
Açlık kan şekeri						
Tokluk kan şekeri						
Albumin	3.4- 4.8 g/dL					
Total Protein	6.2- 8.1 g/dL					
Total Bilirubin						
Direkt Bilirubin						
BUN						
Kreatinin	0.72- 1.25 mg/dL					
Üre	12 – 42 mg/dL					
Ürik asit						
CRP	g/L					
Aptt						
INR						
Pt						
CK-MB						
Troponin						

Sedimentasyon	0- 20 mm/sa						
İdrar Tahlili							
SG	1002 – 1030						
Ph	4.5 – 8						
Glukoz	Normal						
Keton	Negatif						
Protein	Negatif						
Lökosit	Negatif						
Bilirubin	Negatif						
Blood	Negatif						
*Referans değerler erkek hastalar içindir. Bayan hastalarınızda ve yaşa göre değişiklik olup olmadığını kontrol ediniz.							

7. Açık kalp cerrahisi sonrası hastanın klinikte gerçekleştirebileceği aktiviteleri uygulama sıklığı nedir? (Tabloya gerçekleştirdiğiniz aktivitelerin ortalama süre ve sıklığı belirtiniz.)

Tarih							
	Sıklık /süre	Sıklık /süre	Sıklık /süre	Sıklık /süre	Sıklık /süre	Sıklık /süre	Sıklık /süre
Yatakta uzanmak							
Yatakta oturmak							
Sandalyede oturmak							
Uyumak							
Yürüyüş yapmak							
Derin solunum egzersizi yapmak							
Öksürük egzersizi yapmak							
Diğer (.....)							

EK-4. Fiziksel Muayene/ Değerlendirme Formu

1.Genel durum, bilinç ve mental değerlendirme Genel Durum : <input type="checkbox"/> Kötü <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> İyi Bilinç Durumu: <input type="checkbox"/> Koma <input type="checkbox"/> Yarı Koma <input type="checkbox"/> Stupor <input type="checkbox"/> Laterji <input type="checkbox"/> Konfüze <input type="checkbox"/> Bilinci Açık Mental Durum: <input type="checkbox"/> Retarde <input type="checkbox"/> Normal		2.Yaşam Bulguları Vücut Isısı : () <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Aksiller <input type="checkbox"/> Rektal <input type="checkbox"/> Timpanik Nabız Hızı : () <input type="checkbox"/> Dolgun <input type="checkbox"/> Zayıf <input type="checkbox"/> Düzenli <input type="checkbox"/> Düzensiz Solunum Hızı : () <input type="checkbox"/> Yüzeysel <input type="checkbox"/> Derin <input type="checkbox"/> Sıkıntılı <input type="checkbox"/> Diğer Kan Basıncı : () <input type="checkbox"/> Sağ Kol <input type="checkbox"/> Sol Kol Oksijen Satürasyonu: ()	
3.Deri <ul style="list-style-type: none">• Genel görüntü:• Renk:• Nemlilik:• Turgor, tonus• Bütünlük:<ul style="list-style-type: none">○ Bütün○ Bütünlüğü bozulmuş (yanık, dekübüt, insizyon...)• Isı<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sıcak<input type="checkbox"/> Ilık <input type="checkbox"/> Soğuk<input type="checkbox"/> Sarılık peteşi<input type="checkbox"/> Ekimoz <input type="checkbox"/> Siyanoz<input type="checkbox"/> Purpura <input type="checkbox"/> Lezyon<input type="checkbox"/> Kaşıntı <input type="checkbox"/> Aşırı terleme<input type="checkbox"/> Koku <input type="checkbox"/> Döküntü, kuruluk<input type="checkbox"/> Döküntü, kuruluk<input type="checkbox"/> Ödem(derecesi,yeri)<input type="checkbox"/> Kapalı kıvrımlı bölge değerlendir.....<input type="checkbox"/> Diğer	4.Saç ve saçlı deri <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Peruk /takma saç<input type="checkbox"/> Alopesi<input type="checkbox"/> Favus(kellik)<input type="checkbox"/> Hirsutizm<input type="checkbox"/> Lezyon<input type="checkbox"/> Kepeklenme<input type="checkbox"/> Parazit<input type="checkbox"/> Diğer:	5.Tırnaklar <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Çomaklaşma<input type="checkbox"/> Kolinişiya(Kaşık tırnak)<input type="checkbox"/> Paronoşiya (yüzeysel dolma)<input type="checkbox"/> Siyanoz<input type="checkbox"/> Soluk<input type="checkbox"/> Şekil bozukluğuRenk :<input type="checkbox"/> Diğer	6.Baş-boyun <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Baş değerlendirme<input type="checkbox"/> Tiroid<input type="checkbox"/> Lenf nodları<input type="checkbox"/> Yüz değerlendirme<input type="checkbox"/> Göz değerlendirme<input type="checkbox"/> Kulak değerlendirme<input type="checkbox"/> Sinüs değerlendirme<input type="checkbox"/> Burun değerlendirme

7.Ağız ve farenks

- Dudak değerlendirme
- Ağız ve dil değerlendirme
- Diş ve diş eti değerlendirme
- Boğaz ağrısı
- Yutma problemi
- Diğer

8.Meme ve aksilla

- Asimetri
- Kitle
- Şişlik
- Hassasiyet
- Kızarıklık
- Ülserasyon
- Akıntı
- Meme Başında Çekilme
- Meme Başında Düzleşme
- Jinekomasti
- Polimasti
- Diğer

9.Solunum Sistemi

- Dispne
- Ortopne
- PND
- Siyanoz
- Efor dispnesi
- Balgam
- Hırıltılı solunum
- Hemoptizi
- Ek ses
- Trakeostomi
- Endotrakeal tüp
- Stridor
- Derin soluk alıp verme durumu
- Etkin öksürebilme durumu
- Diğer

10.Kardiyovasküler sistem

- Hipertansiyon
- Hipotansiyon
- Ödem
- Çarpıntı
- Aritmi
- Defisit
- Öksürük
- Göğüs ağrısı
 - o Varsa ağrı değerlendirilmesi
-
- Siyanoz Baş dönmesi
- Senkop Yorulma
- Üfürüm
- Pacemaker
 - o Geçici
 - o Kalıcı
- (Kullanım Süresi, Endişe ve Sorunları, Bilgi Durumu.....)
- Damar değerlendirme
- Renk değişimi
- Ağrı
- Ödem
- Kızarıklık
- Lokal ısı artışı
- Soğukluk
- Duyusal değişimler
- Tüy değişimleri
- Diğer

<p>11.GİS</p> <p><input type="checkbox"/> Yutma güçlüğü <input type="checkbox"/> Ağrılı yutma <input type="checkbox"/> Bulantı kusma <input type="checkbox"/> Yiyecek intoleransı <input type="checkbox"/> İştahsızlık <input type="checkbox"/> Regürjitasyon <input type="checkbox"/> Hazımsızlık <input type="checkbox"/> Halitozis <input type="checkbox"/> Karın ağrısı <input type="checkbox"/> Kabızlık <input type="checkbox"/> Melen <input type="checkbox"/> Rektal ağrıb <input type="checkbox"/> Yanma hissi <input type="checkbox"/> Şişkinlik <input type="checkbox"/> Pirozis <input type="checkbox"/> İshal <input type="checkbox"/> Hematemez <input type="checkbox"/> Sarılık <input type="checkbox"/> Rektal kanama <input type="checkbox"/> Hassasiyet <input type="checkbox"/> Karında asit/ ödem <input type="checkbox"/> Diğer</p>	<p>12.Genital bölge</p> <p><input type="checkbox"/> Adet düzensizliği <input type="checkbox"/> Vajinal akıntı <input type="checkbox"/> Postmenopozal kanama <input type="checkbox"/> Üretral akıntı <input type="checkbox"/> Testislerde şişlik <input type="checkbox"/> Genital lezyon <input type="checkbox"/> Diğer</p>	<p>13.Üriner sistem</p> <p><input type="checkbox"/> İdrar miktarında değişiklik <input type="checkbox"/> Azalma <input type="checkbox"/> Artma <input type="checkbox"/> Pollaküri <input type="checkbox"/> Dizüri <input type="checkbox"/> Hematüri <input type="checkbox"/> Noktüri <input type="checkbox"/> Poliüri <input type="checkbox"/> İdrar kaçırma <input type="checkbox"/> Oligüri <input type="checkbox"/> Kesikli idrar <input type="checkbox"/> Anüri <input type="checkbox"/> Püyüri <input type="checkbox"/> Taş düşürme öyküsü: <input type="checkbox"/> Diğer :</p>	<p>14.Kas-iskelet sistemi</p> <p><input type="checkbox"/> Eklem ağrısı <input type="checkbox"/> Eklem deformitesi <input type="checkbox"/> Kas güçsüzlüğü <input type="checkbox"/> Sabah tutukluğu <input type="checkbox"/> Bel ağrısı <input type="checkbox"/> Fotosensitivite <input type="checkbox"/> Malar raş <input type="checkbox"/> Oral aft <input type="checkbox"/> Genital aft <input type="checkbox"/> Raynaud fenomeni <input type="checkbox"/> Diğer</p>
<p>15.Endokrin</p> <p><input type="checkbox"/> Çok su içme <input type="checkbox"/> Çok idrar yapma <input type="checkbox"/> Ağız kuruluğu <input type="checkbox"/> Boyunda şişlik <input type="checkbox"/> Sıcak-soğuk intoleransı <input type="checkbox"/> El ve ayaklarda büyüme <input type="checkbox"/> Hormon tedavisi <input type="checkbox"/> Devlik <input type="checkbox"/> Cücelik <input type="checkbox"/> Chovestek bulgusu <input type="checkbox"/> Trosseuau bulgusu <input type="checkbox"/> Diğer</p>	<p>16.Kan ve lenfatik sistem</p> <p><input type="checkbox"/> Solukluk <input type="checkbox"/> Kanama <input type="checkbox"/> Yorgunluk <input type="checkbox"/> Kansızlık <input type="checkbox"/> Transfüzyon <input type="checkbox"/> Pika <input type="checkbox"/> Lenfadenopati <input type="checkbox"/> Diğer</p>	<p>17.Nörolojik sistem</p> <p><input type="checkbox"/> Bilinç kaybı öyküsü <input type="checkbox"/> Kuvvet kaybı <input type="checkbox"/> Ellerde titreme <input type="checkbox"/> El ve ayaklarda uyuşukluk <input type="checkbox"/> Konvulsiyon <input type="checkbox"/> Kafa travması <input type="checkbox"/> Dengesizlik <input type="checkbox"/> Unutkanlık <input type="checkbox"/> Kişilik değişiklikleri <input type="checkbox"/> Uykusuzluk <input type="checkbox"/> Depresyon <input type="checkbox"/> Diğer</p>	

EK-5. Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Yaşlı Bireyin Taburculuk Sonrası Ev İzlem Formu (Müdahale Grubu)

Hastanın Adı Soyadı:

Taburculuk Tarihi:

BÖLÜM A. Taburculuk Sonrası Evde Bakım

1. Taburcu olduktan sonra birlikte yaşayacağı kişi/kişiler kimlerdir?

- Eşi Eşi ve çocuğu/çocukları
 Çocuğu/çocukları Diğer (Açıklayınız).....

2. Taburculuk sonrası destek aldığı/ bilgi aldığı kişi/kurum/kuruluş var mı?

- Evet (Nereden?) Hayır

3. Aldığınız destek/ bilginin içeriğini belirtebilir misiniz?

4. Taburcu olduktan sonra herhangi bir sebeple hastaneye başvurduunuz mu?

1. Ziyaret Hayır Evet (neden açıklayınız).....
2. Ziyaret Hayır Evet (neden açıklayınız).....
3. Ziyaret Hayır Evet (neden açıklayınız).....
4. Ziyaret Hayır Evet (neden açıklayınız).....

5. Taburculuk sonrası verilen danışmanlık hizmetlerinden (telefon görüşmeleri ve ev ziyaretleri) memnun kaldınız mı?



6. Danışmanlık hizmetinden memnun olma nedeniniz nedir? Bu süreçte danışmanınızdan neler öğrendiniz?

7. Danışmanlık hizmetinden memnun kalmadıysanız nedenini açıklayınız.

BÖLÜM B. Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Yaşlı Bireyin Yaşadığı Sorunlara İlişkin Bilgiler (Deney Grubu)

	Sorunların görülme durumu		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
	1.NEFES DARLIĞI				SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.İzlem						
2.İzlem						
3.İzlem						
4.İzlem						
	2.ÇARPINTI		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
					SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.izlem						
2.izlem						
3.izlem						
4.izlem						

* SÇ: Sorun Çözüldü, SDE: Sorun Devam Ediyor

**Saptanan sorunların değerlendirilmesi danışmanlık hizmetinden bir hafta sonraki telefon görüşmesi ile yapılacaktır.

	Sorunların görülme durumu		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
	3.ATEŞ				SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.İzlem						
2.İzlem						
3.İzlem						
4.İzlem						
	4.KAN BASINCI YÜKSEKLİĞİ		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
					SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.izlem						
2.izlem						
3.izlem						
4.izlem						

	Sorunların görülme durumu		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
	5.İŞTAHSIZLIK				SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.İzlem						
2.İzlem						
3.İzlem						
4.İzlem						
	6. BULANTI/ KUSMA		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
					SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.izlem						
2.izlem						
3.izlem						
4.izlem						

	Sorunların görülme durumu		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
	7.KİLO ARTIŞI				SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.İzlem						
2.İzlem						
3.İzlem						
4.İzlem						
	8. VÜCUTTA YAYGIN ŞİŞLİK		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
					SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.izlem						
2.izlem						
3.izlem						
4.izlem						

	Sorunların görülme durumu		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
	9.İSHAL				SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.İzlem						
2.İzlem						
3.İzlem						
4.İzlem						
	10.KABIZLIK		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
					SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.izlem						
2.izlem						
3.izlem						
4.izlem						

	Sorunların görülme durumu		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
	11.KAN ŞEKERİ YÜKSEKLİĞİ				SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.İzlem						
2.İzlem						
3.İzlem						
4.İzlem						
	12.YARA YERİNDE AKINTI		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
					SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.izlem						
2.izlem						
3.izlem						
4.izlem						

	Sorunların görülme durumu		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
	13.YARA YERİNDE KIZARIKLIK				SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.İzlem						
2.İzlem						
3.İzlem						
4.İzlem						
	14.YARA YERİNDE ŞİŞLİK		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
					SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.izlem						
2.izlem						
3.izlem						
4.izlem						

	Sorunların görülme durumu		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
	15.YARA YERİNDE AĞRI				SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.İzlem						
2.İzlem						
3.İzlem						
4.İzlem						
	16.YARA KENARLARINDA AÇILMA		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
	16.YARA KENARLARINDA AÇILMA				SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.izlem						
2.izlem						
3.izlem						
4.izlem						

	Sorunların görülme durumu		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
	17.YARA YERİ ÇEVRE DOKUDA ISI ARTIŞI				SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.İzlem						
2.İzlem						
3.İzlem						
4.İzlem						
	18.DAMAR ALINAN BACAĞTA ŞİŞLİK		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
	Var				SÇ	SDE
	Yok					
1.izlem						
2.izlem						
3.izlem						
4.izlem						

	Sorunların görülme durumu		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
	19.DAMAR ALINMAYAN BACAĞTA ŞİŞLİK				SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.İzlem						
2.İzlem						
3.İzlem						
4.İzlem						
	20.VARİS ÇORABINI KULLANAMAMA		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
					SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.izlem						
2.izlem						
3.izlem						
4.izlem						

	Sorunların görülme durumu		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
	21.SIRT ÜSTÜ POZİSYONDA YATAMAMA				SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.İzlem						
2.İzlem						
3.İzlem						
4.İzlem						
	22.ÇABUK YORULMA		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
					SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.İzlem						
2.İzlem						
3.İzlem						
4.İzlem						

	Sorunların görülme durumu		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
	23. HALSİZLİK				SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.İzlem						
2.İzlem						
3.İzlem						
4.İzlem						
	24. YORGUNLUK		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
					SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.izlem						
2.izlem						
3.izlem						
4.izlem						

	Sorunların görülme durumu		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
	25. GÜÇSÜZLÜK				SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.İzlem						
2.İzlem						
3.İzlem						
4.İzlem						
	26. KOLDA KUVVET KAYBI		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
					SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.izlem						
2.izlem						
3.izlem						
4.izlem						

	Sorunların görülme durumu		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
	27. KOLDA UYUŞMA				SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.İzlem						
2.İzlem						
3.İzlem						
4.İzlem						
	28. YÜZDE UYUŞMA		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
					SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.izlem						
2.izlem						
3.izlem						
4.izlem						

	Sorunların görülme durumu		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
	29. UYKUSUZLUK				SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.İzlem						
2.İzlem						
3.İzlem						
4.İzlem						
	30. UYKUYA DALMADA GÜÇLÜK		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
					SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.izlem						
2.izlem						
3.izlem						
4.izlem						

	Sorunların görülme durumu		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
	31. UYKU BÖLÜNMESİ YAŞAMA				SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.İzlem						
2.İzlem						
3.İzlem						
4.İzlem						
	32. GÜNDÜZ SÜREKLİ UYUMA		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
					SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.izlem						
2.izlem						
3.izlem						
4.izlem						

	Sorunların görülme durumu		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
	33. GÖĞÜS AĞRISI				SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.İzlem						
2.İzlem						
3.İzlem						
4.İzlem						
	34. SIRT AĞRISI		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
					SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.İzlem						
2.İzlem						
3.İzlem						
4.İzlem						

	Sorunların görülme durumu		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
	35. OMUZ AĞRISI				SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.İzlem						
2.İzlem						
3.İzlem						
4.İzlem						
	36. BAŞ DÖNMESİ		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
					SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.izlem						
2.izlem						
3.izlem						
4.izlem						

	Sorunların görülme durumu		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
	37. SERSEMLİK HİSSİ				SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.İzlem						
2.İzlem						
3.İzlem						
4.İzlem						
	38. BAYILMA		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
					SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.izlem						
2.izlem						
3.izlem						
4.izlem						

	Sorunların görülme durumu		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
	39. CİNSEL İLİŞKİYİ SÜRDÜRMEDE SORUN				SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.İzlem						
2.İzlem						
3.İzlem						
4.İzlem						
	40. DİKKAT VE KONSANTRASYONDA AZALMA		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
					SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.izlem						
2.izlem						
3.izlem						
4.izlem						

	Sorunların görülme durumu		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
	41. KORKU				SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.İzlem						
2.İzlem						
3.İzlem						
4.İzlem						
	42. İÇE KAPANMA		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
					SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.izlem						
2.izlem						
3.izlem						
4.izlem						

	Sorunların görülme durumu		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
	43. KOLAY İNCİNME VE AĞLAMA				SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.İzlem						
2.İzlem						
3.İzlem						
4.İzlem						
	44. KARAMSARLIK		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
					SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.izlem						
2.izlem						
3.izlem						
4.izlem						

	Sorunların görülme durumu		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
	45. ÇABUK SİNİRLENME				SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.İzlem						
2.İzlem						
3.İzlem						
4.İzlem						
	46. ARKADAŞLARINI/ AKRABALARINI ZİYARET ETMEME		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
	Var				SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.izlem						
2.izlem						
3.izlem						
4.izlem						

	Sorunların görülme durumu		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
	47. SOSYAL AKTİVİTELERE KATILMAMA				SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.İzlem						
2.İzlem						
3.İzlem						
4.İzlem						
	48. SİGARAYI BIRAKAMAMA		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
					SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.izlem						
2.izlem						
3.izlem						
4.izlem						

	Sorunların görülme durumu		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
	DİĞER:				SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.İzlem						
2.İzlem						
3.İzlem						
4.İzlem						
	DİĞER:		Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri (Açıklayınız)	Araştırmacının Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimleri ve Danışmanlık İçeriği	Soruna İlişkin Değerlendirme*	
	DİĞER:				SÇ	SDE
	Var	Yok				
1.İzlem						
2.İzlem						
3.İzlem						
4.İzlem						

EK-6. Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Yaşlı Bireyin Taburculuk Sonrası Ev İzlem Formu (Kontrol Grubu):

Hastanın Adı Soyadı:

Taburculuk Tarihi:

BÖLÜM A. Taburculuk Sonrası Evde Bakım

8. Taburcu olduktan sonra birlikte yaşayacağı kişi/kişiler kimlerdir?

- Eşi Eşi ve çocuğu/çocukları
- Çocuğu/çocukları Diğer (Açıklayınız).....

9. Taburculuk sonrası destek aldığı/ bilgi aldığı kişi/kurum/kuruluş var mı?

- Evet Hayır

10. Taburcu olduktan sonra herhangi bir sebeple hastaneye başvurduunuz mu?

2. Ziyaret Hayır Evet (neden açıklayınız)
2. Ziyaret Hayır Evet (neden açıklayınız)
3. Ziyaret Hayır Evet (neden açıklayınız)
4. Ziyaret Hayır Evet (neden açıklayınız)

EK-7. Taburculuk Sonrası Hastaların Hastaneye Tekrarlı Başvuru İzlem Formu
(Müdahale Grubu):

	Hastaneye Yatış/Taburculuk Tarihi	Taburculuk Sonrası Hastaneye Başvuru Tarihleri Nedenleri/Sonuçları			
		1.İZLEM	2.İZLEM	3.İZLEM	4.İZLEM
Hasta Kodu					
1.					
2.					
3.					
4.					
..					
..					

EK-8. Taburculuk Sonrası Hastaların Hastaneye Tekrarlı Başvuru İzlem Formu
(Kontrol Grubu):

	Hastaneye Yatış/Taburculuk Tarihi	Taburculuk Sonrası Hastaneye Başvuru Tarihleri Nedenleri/Sonuçları			
		1.İZLEM	2.İZLEM	3.İZLEM	4.İZLEM
Hasta Kodu					
1.					
2.					
3.					
4.					
..					
..					

EK-9. SF-36 Yaşam Kalitesi Formu

SF-36 YAŞAM KALİTESİ FORMU

Adı-Soyadı:

Tarih:

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz? (Bir tanesini yuvarlak içine alınız.)

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz? (Bir tanesini yuvarlak içine alınız.)

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar? (Bir tanesini yuvarlak içine alınız.)

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı? (Bir tanesini yuvarlak içine alınız.)

EVET HAYIR

İş ya da diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

EVET HAYIR

İş ya da diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldumu?	1	2
İstedğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu? (Bir tanesini yuvarlak içine alınız.)

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz? (Bir tanesini yuvarlak içine alınız.)

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu? (Bir tanesini yuvarlak içine alınız.)

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu? (Bir tanesini yuvarlak içine alınız.)

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış? (Bir tanesini yuvarlak içine alınız.)

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum					
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım					
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum					
d. Sağlığım mükemmel					

EK-10. Otonomi Değerlendirme Ölçeği

Otonomi Değerlendirme Ölçeği

Adı :
Dosya No :
Tarih :
Değerlendirme :

YETERSİZLİK ALANI	
A. GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ (GYA)	
1. YEMEK YEME	
(0) Yardım almadan beslenir. (- 0.5) Güçlükle beslenir.	
(-1) Kendi başına beslenir; fakat uyarıya ya da gözetime ihtiyacı var YA DA yemek önceden hazırlanmalı ya da dilimlenmeli ya da püre haline getirilmeli.	
(-2) Bazı yemekleri (çorba vs.) yemek için yardıma ihtiyacı var YA DA yemekler sırayla verilmeli.	
(-3) Tamamen başkası tarafından beslenmeli YA DA nazogastrik tüpü ya da gastrostomi / jejunostomi var.	
<input type="checkbox"/> nazogastrik tüp <input type="checkbox"/> gastrostomi <input type="checkbox"/> jejunostomi	
2. YIKANMA	
(0) Yardım almadan yıkanır (küvete ya da duşa girme ya da çıkma dâhil). (- 0.5) Yıkanmada güçlük yaşar.	
(-1) Kendi başına yıkanır; fakat yönlendirilmeye YA DA gözetime YA DA hazırlığa YA DA sadece bütün haftalık tam vücut banyosu (ayaklarını, saçını ve tüm bedeni yıkamak dâhil) için yardıma ihtiyacı var.	
(-2) Günlük yıkanma (yüz, koltuk altı, perianal bölgeyi yıkamayı içerir) için yardıma ihtiyacı var; fakat kendisi de aktif olarak katılır.	
(-3) Başkası tarafından yıkanmalı.	
3. GİYİNME (tüm mevsimler)	
(0) Yardım almadan giyinir. (-0.5) Güçlükle giyinir.	
(-1) Kendisi giyinir; fakat yönlendirilmeye YA DA gözetime YA DA giysinin hazırlanmasına ve verilmesine YA DA giyinme eyleminin sonlandırılması (düğmeleri ilikleme, bağcıkları bağlama, fermuarı kapatma vs.) için yardıma ihtiyacı var.	
(-2) Giyinmek için yardıma ihtiyacı var.	
(-3) Başkası tarafından giydirilmeli. <input type="checkbox"/> elastik çorap	
4. KİŞİSEL BAKIM	
(diş fırçalama, saç tarama, tıraş olma, tırnak kesme, makyaj yapma)	
(0) Yardım almadan kişisel bakımını yapar. (- 0.5) Kişisel bakımını yapmada güçlük yaşar.	
(-1) Kendi kişisel bakımını yapar; fakat yönlendirilmeye ya da gözetime ihtiyacı var.	
(-2) Kişisel bakımı için yardıma ihtiyacı var.	
(-3) Kişisel bakımı başkası tarafından yapılmalı.	

YETERSİZLİK ALANI

5. ÜRİNER FONKSİYON

(0) İdrarını normal yapar.

(-1) Ara sıra idrar kaçırma

YA DA damlatma

YA DA idrarını kaçırmaması için sık sık yönlendirilmeye ihtiyacı var.

(-2) Sık sık idrar kaçırma (günde 1 ya da 2 kez)

(-3) İdrarını tutamama

YA DA hasta bezi kullanıyor ya da kalıcı sondası ya da üriner kondomu var.

bez kalıcı sonda üriner kondom

gündüz idrar kaçırma gece idrar kaçırma

6. BAĞIRSAK FONKSİYONU

(0) Bağırsak fonksiyonu normal

(-1) Ara sıra gaita kaçırma

YA DA ara sıra boşaltıcı lavmana ihtiyacı var.

(-2) Sık sık gaita kaçırma (son 1 ay boyunca haftada 4 kez)

YA DA düzenli olarak boşaltıcı lavmana ihtiyacı var.

(-3) Sürekli gaita kaçırma

YA DA hasta bezi kullanıyor ya da stoması var.

bez stoma

gündüz gaita kaçırma gece gaita kaçırma

7. TUVALETİ KULLANMA

(tuvalete oturma / kalkma, kendini temizleme ve elbiselerini düzeltme dâhil)

(0) Kendi başına tuvaleti kullanır.

(- 0.5) Tuvaleti kullanmada güçlük yaşar.

(-1) Tuvaleti kullanmada gözetime ihtiyacı var

YA DA oturaklı iskemle, sürgü ya da ördek kullanır.

(-2) Tuvaleti kullanmada

YA DA oturaklı iskemle, sürgü ya da ördek kullanmada yardıma ihtiyacı var.

(-3) Tuvalet, oturaklı iskemle, sürgü ya da ördek kullanamaz.

oturaklı iskemle sürgü ördek

8. NAKİL (yataktan sandalyeye ya da tekerlekli sandalyeye geçme; yataktan ayağa kalkma; sandalyeden ya da tekerlekli sandalyeden yatağa geçme; ayaktan yatağa ya da ayaktan sandalyeye ya da tekerlekli sandalyeye geçme)

(0) Kendi başına yatağa yatar ve yataktan kalkar ya da sandalyeye oturur ve sandalyeden kalkar.

(- 0.5) Yataktan sandalyeye geçme, ayağa kalkma ya da tersi durumlarda güçlük yaşar.

(-1) Kendi başına yatağa yatar ve yataktan kalkar ya da sandalyeye oturur ve sandalyeden kalkar; fakat yönlendirilmeye, gözetime ya da talimatlara ihtiyacı var.

Belirtiniz:.....

(-2) Yatağa yatmada ve yataktan kalkmada ya da

sandalyeye oturmada ve sandalyeden kalkmada yardıma ihtiyacı var.

Belirtiniz:.....

(-3) Yatağa bağımlı (yatağa yatırılmalı ve yataktan kaldırılmalı)

nakil sırasında özel pozisyon:.....

hasta taşıma lifti sedye

YETERSİZLİK ALANI**9. BİNA İÇİNDE YÜRÜME (asansöre kadar yürüme dâhil)***

- (0) Kendi başına yürür (baston, protez, ortez ya da yürüteç kullanarak ya da kullanmayarak).
(-0.5) Bina içinde yürümede güçlük yaşar.
(-1) Kendi başına yürür; fakat bazı durumlarda yönlendirilmeye, gözetime ya da talimatlara ihtiyacı var.
YA DA dengesiz yürür.
(-2) Yürümek için başkasının yardımına ihtiyacı var.
(-3) Yürüyemez.
- baston üç ayaklı destek bastonu
 dört ayaklı destek bastonu yürüteç

*En az 10 metrelik mesafe

10. MERDİVEN İNİP ÇIKMA

- (0) Merdiveni kendi başına inip çıkar.
(-0.5) Merdiveni güçlükle inip çıkar.
(-1) Merdiveni inip çıkmak için yönlendirilmesi, izlenmesi ya da talimat verilmesi gerekir.
YA DA merdiveni güvenli bir şekilde inip çıkamaz.
(-2) Merdiveni inip çıkmada yardıma ihtiyacı var.
(-3) Merdiveni inip çıkamaz.

11. BİNA DIŞINDA DOLAŞMA

- (0) Kendi başına yürür (baston, protez, ortez ya da yürüteç kullanarak ya da kullanmayarak).
(-0.5) Bina dışında güçlükle dolaşır.
(-1) Tekerlekli sandalyeyi kendi başına kullanır.
↓ (-1.5) Güçlükle T.S. kullanır.
YA DA kendi başına yürür; fakat bazı durumlarda yönlendirilmeye, gözetime ya da talimatlara ihtiyacı var.
YA DA dengesiz yürür¹
(-2) Yürümek için
YA DA T.S. kullanmak için başkasının yardımına ihtiyacı var.¹
(-3) Dışarıda dolaşamaz (sedye ile taşınmalı).
En az 20 metrelik mesafe

12. EV İŞLERİ

- (0) Ev işlerini kendi başına yapar (günlük ev işleri ve ara sıra yapılan büyük işler dâhil).
(-0.5) Ev işlerini güçlükle yapar.
(-1) Ev işlerini yapar; fakat temizlikten emin olmak için yönlendirilmeye ya da gözetime ihtiyacı var (bulaşıkları yıkamak dâhil).
YA DA büyük işler (pencereleri temizleme, boya yapma, çimleri kesme, karları temizleme vb.) için yardıma ihtiyacı var.
(-2) Günlük ev işleri (bulaşık yıkama, toz alma, yerleri süpürme ya da yıkama vs.) için yardıma ihtiyacı var.
(-3) Ev işlerini yapamaz.

13. YEMEK HAZIRLAMA

- (0) Kendi yemeğini yardımsız hazırlar.
(-0.5) Kendi yemeğini güçlükle hazırlar.
(-1) Yemekleri hazırlar; fakat yeterli beslenme için yönlendirilmeye ihtiyacı var.
(-2) Sadece kolay yemekleri hazırlar.
YA DA önceden hazırlanmış yemekleri ısıtır.
(-3) Yemek hazırlayamaz.

14. ALIŞVERİŞ

- (0) Kendi başına alışverişini planlar ve yapar (yiyecek, giysi).
(-0.5) Alışverişini güçlükle yapar.
(-1) Kendi başına alışverişini planlar ve yapar; fakat aldıklarının taşınması için yardıma ihtiyacı var.
(-2) Alışverişini planlamak ya da yapmak için yardıma ihtiyacı var.
(-3) Alışveriş yapamaz.

YETERSİZLİK ALANI**15. ÇAMAŞIR YIKAMA**

- (0) Tüm çamaşırlarını kendi başına yıkar.
(-0.5) Çamaşırlarını güçlükle yıkar.
(-1) Çamaşırlarını yıkar; fakat yeterince temizlenmesi için yönlendirilmeye ya da gözetime ihtiyacı var.
(-2) Çamaşır yıkamak için yardıma ihtiyacı var.
(-3) Çamaşır yıkayamaz.

16. TELEFON KULLANMA

- (0) Kendi başına telefonu kullanır (telefon rehberini kullanma dâhil).
(-0.5) Telefonu güçlükle kullanır.
(-1) Telefona cevap verir; fakat sadece ezberlediği birkaç numarayı ya da acil numaraları arar.
(-2) Telefonla konuşur; fakat numaraları çeviremez ya da ahizeyi yerinden kaldıramaz.
(-3) Telefonu hiç kullanamaz.

17. ULAŞIM

- (0) Kendi başına ulaşım araçlarını kullanabilir/sürebilir (araba, engelli aracı, taksi, otobüs vb.).
(-0.5) Ulaşım araçlarını güçlükle kullanır.
(-1) Ulaşım araçlarını kullanmak için eşlik edilmesi gerekir (bağımsız olarak araca binebilir; inebilir).
(-2) Eşlik edildiği ve araçtan inmek ve araca binmek için yardım aldığı sürece ulaşım aracını kullanabilir (bağımsız olarak araca binip inemez).
(-3) Ulaşım aracı kullanamaz (sedye ile taşınmalı).

18. İLAÇ KULLANIMI

- (0) İlaç kullanmaz.
YA DA reçetede belirtildiği gibi ilaçlarını alır.
(-0.5) İlaçlarını güçlükle alır.
(-1) Reçeteye uygun şekilde ilacını kullandığından emin olmak için haftalık denetime (telefonla denetim dâhil) ihtiyacı var.
YA DA başkası tarafından hazırlanan saatleri ve ilaç dozunu gösteren ilaç kutusu kullanır.
(-2) Günlük olarak hazırlanmış ilaçlarını alır.
(-3) İlaçlarının her bir dozunun reçetede belirtildiği gibi verilmesi gerekir.
 saatleri ve ilaç dozunu gösteren ilaç kutusu

19. BÜTÇE YÖNETME

- (0) Bütçesini kendi başına yönetir (bankacılık işlemleri dâhil).
(-0.5) Bütçesini güçlükle yönetir.
(-1) Bazı büyük bankacılık işlemlerinde (emeklilik maaşı, senetler vs.) yardıma ihtiyacı var.
(-2) Bazı düzenli bankacılık işlemleri için yardıma ihtiyacı var (faturaları ödeme); fakat cebindeki parayı uygun kullanır.
(-3) Bütçesini yönetemez.

C. İLETİŞİM**1. GÖRME**

- (0) Gözlükle/lensle ya da gözlüksüz/lenssiz yeteri kadar görür.
(-1) Görme sorunu var; fakat GYA'ni yapacak kadar görür.
(-2) Sadece nesnelere dış hatlarını görür ve GYA için talimatlara ihtiyacı var.
(-3) Görme fonksiyonu yok.
 lens büyüteç gözlük

2. İŞİTME

- (0) İşitme cihazıyla ya da cihazsız yeteri kadar duyar.
(-1) Yüksek sesle konuşulursa duyar.
YA DA başkası tarafından takılan işitme cihazına ihtiyacı var.
(-2) Çok yüksek sesle konuşulanları ya da belli kelimeleri duyar.
YA DA dudakları okur.
YA DA mimikleri anlar.
(-3) İşitme fonksiyonu yok ve kendisine söylenenleri anlayamaz.
 işitme cihazı

YETERSİZLİK ALANI

3. KONUŞMA

- (0) Normal konuşur.
(-1) Konuşma/dil (lisan) sorunu var; fakat kendisini ifade edebilir.
(-2) Ciddi bir konuşma/dil (lisan) sorunu var; fakat temel gereksinimlerini ifade edebilir.
YA DA sorulara basit cevaplar verebilir (evet, hayır).
YA DA işaret dili kullanır.
(-3) İletişim kuramaz.
Teknik yardım:

bilgisayar iletişim tahtası

D. ZİHNSEL FONKSİYONLAR

1. HAFIZA

- (0) Hafızası normal
(-1) Küçük anlık unutkanlığı var (isimler, randevular v.b); fakat önemli olayları hatırlar.
(-2) Ciddi unutkanlığı var (ısıtıcıyı kapatmayı, ilaçlarını almayı, eşyalarını kaldırmayı, yemek yemeyi, ziyaretçileri unutma).
(-3) Tam ya da tama yakın hafıza kaybı var.

2. ANLAMA

- (0) Talimatları ve istekleri anlar.
(-1) Talimatları ve istekleri yavaş anlar
(-2) Tekrarlanan talimatların belli bir kısmını anlar
YA DA talimatları öğrenemez.
(-3) Etrafında olup bitenleri anlamaz.

3. KARAR VERME

- (0) Durumları değerlendirir ve yerinde kararlar verir.
(-1) Durumları değerlendirir; fakat yerinde kararlar vermek için yardıma ihtiyacı var.
(-2) Durumları değerlendirmede yetersiz ve sadece kesin önerilerle yerinde kararlar verir.
(-3) Durumları değerlendiremez ve karar vermede başkalarına bağımlıdır.


EK-11. Ekip Üyeleri Sözleşme Metni


EK 8. TRANSİSYONEL BAKIM MODELİ EKİP ÜYELERİ SÖZLEŞME METNİ

Transisyonel bakım; hastaların bakımının bir düzeyinden diğerine (örneğin akut bir durumdan subakut bir duruma geçiş) veya bir kuruluştan farklı bir kuruluşa(örneğin hastaneden eve) güvenli bir şekilde ve zamanında transferini tanımlayan bir bakım modelidir. Temelde sağlık bakımına getirilen bu yeni uygulama; savunmasız/örselenebilir hasta grubunda hastaneden erken taburculuğu kolaylaştırmak, hastanede kalış süresini azaltmak amaçlı geliştirilmiştir. Uygulamanın temel noktası hastanede yürütülen bakımın uzman hemşireler tarafından verilen transisyonel ev ziyaretleri ile devam ettirilmesidir. Transisyonel bakım modeli bakımın koordinasyonunu ve devamlılığını sağlamakta, komplikasyonlardan kaçınmayı; klinik tedavi ve yönetimi hasta ve ailesinin aktif katılımı ile birlikte hastanın doktorunu, hemşiresini, diyetisyenini, fizyoterapistini, sosyal hizmet uzmanını içeren ekip ile işbirliği içinde başarmayı gerektirmektedir. Bu kapsamda bu ekipte çalışmanın yürütüleceği kurumda çalışmakta olan kalp damar cerrahisi kliniğinde hizmet veren uzman doktor, klinik hemşireleri, diyetisyen, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı ve sorumlu araştırmacı yer alacaktır.

Ekip üyeleri kendi uzmanlık alanlarına yönelik hastanın tedavi ve bakımından sorumludurlar. Ekip üyelerinin görüş ve önerileri doğrultusunda geliştirilen bakım planları ve formlar üzerinden hastaların bakımı yürütülecektir. Sorumlu araştırmacı çalışma kapsamına alınan hastaların yaşadığı sorunlara yönelik ekip üyeleri ile iletişimde bulunarak hastayı ilgili ekip üyesine yönlendirme veya ekip üyelerinin önerileri doğrultusunda danışmanlık vermekten sorumludur.

Aşağıda ismi geçen ekip üyeleri çalışma süresince sorumlu araştırmacıya destek vereceklerini ve sorumluluklarını yerine getireceklerini taahhüt etmektedirler.

Uzman Doktor

Yrd. Doç. Dr.
Yusuf Velioğlu
Diyetisyen


Klinik Sorumlu Hemşiresi


Fizyoterapist


T.C. Sağlık Bakanlığı
Bolu A.İ.B.Ü. İzzet Baysal
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ezgi ERDEM
Diyetisyen

Sosyal Hizmet Uzmanı

Sorumlu Araştırmacı


16.11.17

T.C. Sağlık Bakanlığı
Bolu A.İ.B.Ü. İzzet Baysal
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Rukiye ERDOĞAN
Diyetisyen

EK-12. Açık Kalp Cerrahisi Klinik Yol Haritası

AÇIK KALP CERRAHİSİ KLİNİK YOL HARİTASI

Dahil edilme kriterleri: Açık kalp cerrahisi geçirecek olan hastalar

Hariç Tutma Kriterleri: Karmaşık tıbbi durumu olan veya post-operatif komplikasyon gelişen (yol haritasında belirtilen bakım uygulamaları hastanın bakım gereksinimlerini karşılamadığı durumlarda) hastalarda yol haritasında istenilen süreç izlenmeyebilir. Farklı yollar izlenerek gerekli notlar alınır.

‘Klinik Yol Haritaları, belirli bir ameliyat geçiren ya da belirli bir prosedür geçiren tüm hastalar için optimal bakım süreçlerini özetlemek için, sistemik gözden geçirmelerden elde edilen en iyi kanıtların yanı sıra, çok disiplinli ekiplerin verilerinden yararlanır.’

Klinik yol haritaları nasıl kullanılır?

- ✓ Hasta dosyasına günlük olarak kullanılacak form yerleştirilir.
- ✓ Hastanın vital bulguları, sıvı izlemi vb hastane protokolüne uygun formlarla takip edilir.
- ✓ Her bir sağlık ekibi bakım uygulamaları, anormal saptadıkları bulgu yorum, görüş ve önerilerini ‘Sağlık Bakım Ekibi Takip Notları’ kısmına not eder.
- ✓ Her bir disiplin, sorumlu oldukları bakım uygulamalarını başlatmaktan sorumludur.
- ✓ Hastanın farklı bir hastaneye ya da topluluk hizmetine nakli yapılması planlandığında hasta ile ilgili doküman ve bilgi ilgili kurum ile paylaşılır.
- ✓ Hastanın durumunda istenmeyen yönde gelişmeler olduğunda klinik yol haritasında istenilen süreçte ilerleme olmayabilir. Alınan önlem ve uygulamalar notlar kısmında belirtilir, bu durumda yol haritasında belirtilenden farklı yollar izlenebilir.

Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Taburculuk Kriterleri

- Ameliyat öncesi dönemdeki kilosuna ulaşılması
- Hemodinamisinin stabil olması
- Ameliyat yaralarının temiz ve kuru olması
- Dinlenme sırasında solunumunun rahat olması ve oda havasında oksijen saturasyonunun normal olması
- Hastanın derin nefes alma / öksürme egzersizlerini düzenli yapması
- Hastanın fiziksel aktivitelerinin normale dönmesi
- Hasta ve bakımından sorumlu kişinin hastanın ilaçlarının yönetimi konusunda güven vermesi
- Hasta/ ailenin; taburculuk eğitimini, taburculuk sonrası kontrol tarihleri/ randevularını anladığını ifade etmesi

Hastanın adı soyadı:

Hasta öyküsü:

LVEF%: <20, 30, 40, 50, 60, 70+
Serebrovasküler Hastalık:
Aile Öyküsü:
Geçirilmiş CABG:
Geçirilmiş kapak cerrahi:
Sigara kullanımı:
Planlanan Taburculuk Tarihi:

Bilinmiyor
HT: Dislipidemi: Obezite:
DiabetHast.: Aritmi/Af: MI öyküsü:
Stent: Romatizmal ateş: KBY:
Kalıcı kalp pili:
Sigara kullanım öyküsü:

AÇIK KALP CERRAHİSİ KLİNİK YOL HARİTASI

BAKIMIN BİLEŞENLERİ	Uyg.	Ameliyat Öncesi Hazırlık
Testler		Tarih: _____ Planlanan Ameliyat Tarihi: _____ <input type="checkbox"/> 12 Derivasyonlu EKG <input type="checkbox"/> Arteriyel Kan Gazları <input type="checkbox"/> CBC _____ <input type="checkbox"/> Kan Şekeri Takibi _____ <input type="checkbox"/> Kalsiyum <input type="checkbox"/> İdrar Tahlili <input type="checkbox"/> Magnezyum <input type="checkbox"/> Böbrek Paneli <input type="checkbox"/> Fosfor _____ <input type="checkbox"/> Crossmatch <input type="checkbox"/> Lipid Profili <input type="checkbox"/> PT / aPTT <input type="checkbox"/> Diğer _____
Danışmanlar / Yönlendirmeler	Tarih	<input type="checkbox"/> Kardiyoloji <input type="checkbox"/> Anestezi <input type="checkbox"/> Diğer _____ _____
Değerlendirmeler / Tedaviler		<ul style="list-style-type: none"> • Fiziksel muayene, cerrah muayenesi • Yaşamsal bulguları • Boy/kilo ölçümü • Geçmiş öyküsü/kayıt kabul işlemleri • Radyal arter bulguları: <input type="checkbox"/>Sağ <input type="checkbox"/>Sol <input type="checkbox"/>Her ikisi
Aktivite / Dinlenme		Aksi belirtilmedikçe hiçbir kısıtlama yoktur.
İlaçlar		<ul style="list-style-type: none"> • Aksi belirtilmedikçe mevcut ilaçlara devam • Ameliyattan 5(beş) gün önce warfarinin bırakılması • Ameliyattan 7 gün öncesi tüm bitki ve NSAİİ'leri bırakılması
Beslenme		<ul style="list-style-type: none"> • Ameliyat öncesi gece 12:00 den sonra hastanın aç kalması (hastanın bilgilendirilmesi)
Öğretim / Taburculuk Planlaması		<ul style="list-style-type: none"> • Hastaya taburculuk eğitim kitapçığının verilmesi • Hasta/ailesi veya bakımından sorumlu kişinin preop eğitiminin verilmesi • Hasta ile birlikte solunum-öksürük ve ekstremitte egzersizlerinin gözden geçirilmesi • Ameliyat öncesi cilt hazırlığı konusunda hastanın bilgilendirilmesi • Ağız hijyeni konusunda hasta ile görüşme • Planlanan hastane süreci ve taburculuk zamanının hasta/ailesi ile paylaşımı
BEKLENEN SONUÇLAR		<ul style="list-style-type: none"> • Hasta ve ailesinin hastanın beklenen iyileşme sürecinden beklentileri anlaması/kavraması Kritik sonuçlar: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Testlerin tamamlanması ❖ Konsültasyonların tamamlanması ❖ Hasta onam formunun imzalanması
Yol Haritasında Eksiklikler/Yaşanan Sorunlar —		NOT :

*Rehberde hastanın bireysel farklılıkları doğrultusunda değişiklikler yapılabilir.

AÇIK KALP CERRAHİSİ KLİNİK YOL HARİTASI

BAKIMIN BİLEŞENLERİ	Gündüz	Gece	Ameliyat öncesi Tarih:
Testler			<ul style="list-style-type: none">• Hasta kaydı• Preoperatif testler
Danışmanlar / Yönlendirmeler			<ul style="list-style-type: none">• Preoperatif konsültasyonlar:
Değerlendirmeler / Tedaviler			<ul style="list-style-type: none">• Kardiak semptomları ve göğüs ağrısını değerlendirme• Kardiak semptomlara veya göğüs ağrısına müdahale/raporlama• Yaşamsal bulgular
Aktivite / Dinlenme			<ul style="list-style-type: none">• Kişisel bakımını gerçekleştirebilme• Aksi belirtilmedikçe hiçbir kısıtlama olmaması
İlaçlar			<ul style="list-style-type: none">• Doktor tarafından istem edilen tedavinin uygulanması
Beslenme			<ul style="list-style-type: none">• Mevcut diyetle devam edilmesi
Öğretim / Taburculuk Planlaması			<ul style="list-style-type: none">• Ameliyat öncesi hasta/aile eğitiminin yürütülmesi
BEKLENEN SONUÇLAR			<ul style="list-style-type: none">• Hastanın göğüs ağrısı şikayetinin olmaması• Hastanın yaşam bulgularının stabil olması
<p>*Bu formu açık kalp ameliyatı olmayı bekleyen hastalar için ameliyat öncesi klinikte yatışı sırasında doldurunuz.</p>			

Tarih :

Zaman:

GÜNDÜZ

GECE

Güvenlik	Kol bandı: <input type="checkbox"/> Kimlik <input type="checkbox"/> Alerji <input type="checkbox"/> Kan Çağrı zili: <input type="checkbox"/> Hastaya Yakın <input type="checkbox"/> Yatak Frenleri Kapalı	Kol bandı: <input type="checkbox"/> Kimlik <input type="checkbox"/> Alerji <input type="checkbox"/> Kan Çağrı zili: <input type="checkbox"/> Hastaya Yakın <input type="checkbox"/> Yatak Frenleri Kapalı
Bilinç	<input type="checkbox"/> Uyanık Oryantasyon: <input type="checkbox"/> Kişi <input type="checkbox"/> Yer <input type="checkbox"/> Zaman Ağrı:	<input type="checkbox"/> Uyanık Oryantasyon: <input type="checkbox"/> Kişi <input type="checkbox"/> Yer <input type="checkbox"/> Zaman Ağrı:
Kardiyak	Ekg: Ritim: Nabız: <input type="checkbox"/> Radyal <input type="checkbox"/> Femoral <input type="checkbox"/> Epikardiyal Pace teli <input type="checkbox"/> Pacemaker Alt ekstremité ödem: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> +1 <input type="checkbox"/> +2 <input type="checkbox"/> +3 <input type="checkbox"/> +4 <input type="checkbox"/> Göğüs Ağrısı	Ekg: Ritim: Nabız: <input type="checkbox"/> Radyal <input type="checkbox"/> Femoral <input type="checkbox"/> Epikardiyal Pace teli <input type="checkbox"/> Pacemaker Alt ekstremité ödem: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> +1 <input type="checkbox"/> +2 <input type="checkbox"/> +3 <input type="checkbox"/> +4 <input type="checkbox"/> Göğüs Ağrısı
Solunum	<input type="checkbox"/> Solunum sesleri: <input type="checkbox"/> O2 tedavisi <input type="checkbox"/> Oda Havalandırma O2 saturasyonu:%..... <input type="checkbox"/> Öksürük	<input type="checkbox"/> Solunum sesleri: <input type="checkbox"/> O2 tedavisi <input type="checkbox"/> Oda Havalandırma O2 saturasyonu:%..... <input type="checkbox"/> Öksürük
Gis	İdrar: İdrar Sondası <input type="checkbox"/> En Son Gaita Çıkış Zamanı: Bağırsak Sesleri: Diğer:	İdrar: İdrar Sondası <input type="checkbox"/> En Son Gaita Çıkış Zamanı: Bağırsak Sesleri: Diğer:
Cilt	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Soluk <input type="checkbox"/> Kızarık <input type="checkbox"/> Sıcak <input type="checkbox"/> Kuru <input type="checkbox"/> Bütünlüğü Bozulmamış Turgoru: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Azalmış Müköz Membranlar: <input type="checkbox"/> Nemli <input type="checkbox"/> Kuru <input type="checkbox"/> Pembe <input type="checkbox"/> Bütünlüğü Bozulmamış Diğer: Yara Pansumanı:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Soluk <input type="checkbox"/> Kızarık <input type="checkbox"/> Sıcak <input type="checkbox"/> Kuru <input type="checkbox"/> Bütünlüğü Bozulmamış Turgoru: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Azalmış Müköz Membranlar: <input type="checkbox"/> Nemli <input type="checkbox"/> Kuru <input type="checkbox"/> Pembe <input type="checkbox"/> Bütünlüğü Bozulmamış Diğer: Yara Pansumanı:
Diğer	<input type="checkbox"/> Plevral/Göğüs Tüpü: <input type="checkbox"/> MediastinalTüpyeri: <input type="checkbox"/> IV Katater/Yeri: <input type="checkbox"/> Değişim Tarihi: <input type="checkbox"/> Cantral Katater/Yeri: <input type="checkbox"/> Pansuman Son Değişirme Tarihi: <input type="checkbox"/> İnfüzyon:	<input type="checkbox"/> Plevral/Göğüs Tüpü: <input type="checkbox"/> MediastinalTüpyeri: <input type="checkbox"/> IV Katater/Yeri: <input type="checkbox"/> Değişim Tarihi: <input type="checkbox"/> Cantral Katater/Yeri: <input type="checkbox"/> Pansuman Son Değişirme Tarihi: <input type="checkbox"/> İnfüzyon:
Hareket İçin Risk Değerlendirmesi	<input type="checkbox"/> İletişim Kurabilir <input type="checkbox"/> Hareket Edebilir <input type="checkbox"/> Bir Taraftan Diğerine Dönebilir <input type="checkbox"/> Dengesini Koruyabilir <input type="checkbox"/> 15 Saniye Desteklemeden Durabilir <input type="checkbox"/> Bağımsız Olarak Hareket Edebilir <input type="checkbox"/> Destekle Hareket Edebilir <input type="checkbox"/> Hareket ederken kullandığı yardımcı destek ürünü: Hareket: <input type="checkbox"/> Bağımsız <input type="checkbox"/> Yatak İstirahatı <input type="checkbox"/> Sandalyede Oturabilir <input type="checkbox"/> Destekle Hareket Eder Eve transferi:	<input type="checkbox"/> İletişim Kurabilir <input type="checkbox"/> Hareket Edebilir <input type="checkbox"/> Bir Taraftan Diğerine Dönebilir <input type="checkbox"/> Dengesini Koruyabilir <input type="checkbox"/> 15 Saniye Desteklemeden Durabilir <input type="checkbox"/> Bağımsız Olarak Hareket Edebilir <input type="checkbox"/> Destekle Hareket Edebilir <input type="checkbox"/> Hareket ederken kullandığı yardımcı destek ürünü: Hareket: <input type="checkbox"/> Bağımsız <input type="checkbox"/> Yatak İstirahatı <input type="checkbox"/> Sandalyede Oturabilir <input type="checkbox"/> Destekle Hareket Eder Eve transferi:

SAĞLIK BAKIM EKİBİ TAKİP NOTLARI

TARİH/ SAAT	EKİP ÜYESİ	TANILAMA, UYGULAMA, DEĞERLENDİRME, ÖNERİLER
	HEKİM	
	HEMŞİRE	
	FİZYOTERAPİST	
	DİYETİSYEN	
	PSİKOLOG	
	SOSYAL HİZMET UZMANI	

AÇIK KALP CERRAHİSİ KLİNİK YOL HARİTASI

BAKIMIN BİLEŞENLERİ	Uyg.	Ameliyat Öncesi/ Ameliyat Günü Tarih: Saat:
Testler		Ameliyat Öncesi Yapılacaklar Kontrolü: <input type="checkbox"/> Anjio Cd'sinin Kontrolü <input type="checkbox"/> Kan Grubu ve Crossmatch Kontrolü
Değerlendirme / Tedaviler		<input type="checkbox"/> Ameliyat öncesi hastanın ateşi > 38° ise ve nörolojik bulgularında değişiklik varsa doktoruna bilgi verilir <input type="checkbox"/> Vital bulgular kontrol <input type="checkbox"/> Saç bonesinin varlığı kontrol <input type="checkbox"/> Ameliyat öncesi klorheksidin ile cilt temizliği kontrol <input type="checkbox"/> İstem edilen ilaç tedavisinin uygulanması <input type="checkbox"/> 3lt/dk dan O2 tedavisi uygulaması (ameliyattan iki saat önce) <u>Ameliyathane:</u> <input type="checkbox"/> Operasyonda kalma süresi < 5 hours <input type="checkbox"/> Pump ta kalma süresi < 100 dk <input type="checkbox"/> YB a geçişte vücut sıcaklığı: <u>Yapılan operasyon:</u> <u>Kullanılan damar:</u> <input type="checkbox"/> Radyal Arter <input type="checkbox"/> Mamarian Arter <input type="checkbox"/> Safen Ven <u>Kapak onarımı:</u> <input type="checkbox"/> Doku <input type="checkbox"/> Mekanik <input type="checkbox"/> Sadece Kapak <u>Kapak değişimi:</u> <input type="checkbox"/> Aort <input type="checkbox"/> Mitral <input type="checkbox"/> Triküspit
Aktivite / Dinlenme		<input type="checkbox"/> Ameliyat öncesi verilen ilaçlardan sonra hareket kısıtlaması
İlaçlar		<input type="checkbox"/> Ameliyat öncesi ilaçlarını sadece bir yudum su ile içmesi <input type="checkbox"/> Kan sulandırıcı ilacı son 5 gündür içmediğinin kontrol edilmesi (içmişse doktoruna bilgi verilir) <input type="checkbox"/> Bitkisel ürünler ve NSAIDS' in son 7 gündür içmediğinin kontrol edilmesi (içmişse doktoruna bilgi verilir) <input type="checkbox"/> Pre-op istem edilen antibiyotiğin uygulanması
Beslenme		<input type="checkbox"/> Ameliyat günü gece on ikiden sonra aç olması
Öğretim / Taburculuk Planlaması		<input type="checkbox"/> Ameliyat öncesi eğitimin verilmiş olması
BEKLENEN SONUÇLAR		<input type="checkbox"/> Hastanın yapılan uygulamalar ile ilgili bilgilendirilmesi <input type="checkbox"/> Hastanın ameliyathaneye transferi Kritik sonuçlar <ul style="list-style-type: none"> ❖ Hasta ve ailesinin pre-op eğitiminin tamamlanması ❖ Hastanın cerrahi operasyon için hazırlığının tamam olması
Yol Haritasında Eksiklikler/Yaşanan Sorunlar —		

Hasta ismi:

		TARİH	NOTLAR
Güvenlik	Kol bandı: <input type="checkbox"/> Kimlik <input type="checkbox"/> Alerji <input type="checkbox"/> Kan Çağrı zili: <input type="checkbox"/> Hastaya Yakın <input type="checkbox"/> Yatak Frenleri Kapalı		
Bilinç	<input type="checkbox"/> Uyanık Oryantasyon: <input type="checkbox"/> Kişi <input type="checkbox"/> Yer <input type="checkbox"/> Zaman Ağrı:		
Kardiyak	Ekg: Ritim: Nabız: <input type="checkbox"/> Radyal <input type="checkbox"/> Femoral Epikardiyal Pace teli <input type="checkbox"/> Pacemaker <input type="checkbox"/> Alt ekstremitte ödem: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> +1 <input type="checkbox"/> +2 <input type="checkbox"/> +3 <input type="checkbox"/> +4 <input type="checkbox"/> Göğüs Ağrısı		
Solunum	Solunum sesleri: <input type="checkbox"/> O2 tedavisi <input type="checkbox"/> Oda Havalandırma O2 saturasyonu:%..... <input type="checkbox"/> Öksürük		
Gis	İdrar: İdrar Sondası <input type="checkbox"/> En Son Gaita Çıkış Zamanı: Bağırsak Sesleri: Diğer:		
Cilt	Normal <input type="checkbox"/> Soluk <input type="checkbox"/> Kızarıklık <input type="checkbox"/> Sıcak Kuru <input type="checkbox"/> Bütünlüğü Bozulmamış <input type="checkbox"/> Turgoru: Normal <input type="checkbox"/> Azalmış <input type="checkbox"/> Müköz Membranlar: Nemli <input type="checkbox"/> Kuru <input type="checkbox"/> Pembe <input type="checkbox"/> Bütünlüğü Bozulmamış <input type="checkbox"/> Diğer: Yara Pansumanı:		
Diğer	<input type="checkbox"/> Plevral/Göğüs Tüpü: <input type="checkbox"/> MediastinalTüpyeri: <input type="checkbox"/> IV Katater/Yeri: <input type="checkbox"/> Değişim Tarihi: <input type="checkbox"/> Cantral Katater/Yeri: <input type="checkbox"/> Pansuman Son Değişirme Tarihi: <input type="checkbox"/> İnfüzyon:		
Hareket İçin Risk Değerlendirmesi	<input type="checkbox"/> İletişim Kurabilir <input type="checkbox"/> Hareket Edebilir <input type="checkbox"/> Bir Taraftan Diğerine Dönebilir <input type="checkbox"/> Dengesini Koruyabilir <input type="checkbox"/> 15 Saniye Desteklemeden Durabilir <input type="checkbox"/> Bağımsız Olarak Hareket Edebilir <input type="checkbox"/> Destekle Hareket Edebilir <input type="checkbox"/> Hareket ederken kullandığı yardımcı destek ürünü: Hareket: <input type="checkbox"/> Bağımsız <input type="checkbox"/> Yatak İstirahatı <input type="checkbox"/> Sandalyede Oturabilir <input type="checkbox"/> Destekle Hareket Eder Eve transferi:		

Ameliyat sonrası yoğun bakıma giriş tarihi:

Ameliyat sonrası yoğun bakımdan çıkış tarihi:

Açıklama/ Not	Bakım parametreleri
	<input type="checkbox"/> Devamlı ventilasyon desteği uzun bir süre (> 18 saat) gerekiyordu.
	<input type="checkbox"/> Ekstübasyon Tarihi : Saat:
	<input type="checkbox"/> İntraortal Balon Pompası (IABP) Süresi:
	<input type="checkbox"/> Tekrar ameliyata gereksinim:.....
	<input type="checkbox"/> İskemi öyküsü/post op EKG' de enfarktüs öyküsü
	<input type="checkbox"/> Antiplatelet tedavi uygulaması İlk Doz: Tarih/Saat:.....
	<input type="checkbox"/> Oral Betablokör Alımı İlk Doz: Tarih/Saat:.....
	<input type="checkbox"/> Mediastinal Tüpün Çıkarılması
	<input type="checkbox"/> Yeterli İdrar Çıkışı
	<input type="checkbox"/> Ağrı Kontrol Altında
	<input type="checkbox"/> Hastanın sağlık düzeyi etkili nefes alıp-verme ve öksürme için uygun
	İstenen kritik sonuçlar
	❖ Hasta hemodinamik olarak stabil
	❖ Hastanın inotrop tedavileri kapatıldı
	❖ Solunumu stabil ($SpO_2 > \%92$)
	❖ Nörolojik fonksiyonlarında problem yok
	❖ Pulmoner arter katateri çekildi
	❖ Arter kateteri çekildi
	Kritik sonuçlara ulaşıldığında hasta yoğun bakım ünitesinden kliniğe transfer edilir.

AÇIK KALP CERRAHİSİ KLİNİK YOL HARİTASI

BAKIMIN BİLEŞENLERİ	Gündüz	Gece	Ameliyat sonrası 1. Gün Kliniğe transfer tarihi: Saat:
Testler			<input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> Mg <input type="checkbox"/> Albumin <input type="checkbox"/> CBC <input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> P(ake) <input type="checkbox"/> PT/INR <input type="checkbox"/> PO4 <input type="checkbox"/> Diğer: <input type="checkbox"/> Kan glukozu: <input type="checkbox"/> K ⁺
Konsültasyonlar			<input type="checkbox"/> Diyetisyen <input type="checkbox"/> Fizyoterapist <input type="checkbox"/> Psikolog <input type="checkbox"/> Diğer:
Değerlendirmeler / Tedaviler			<input type="checkbox"/> Plevral efüzyon / atelektazi için en yeni cxr raporunun gözden geçirilmesi <input type="checkbox"/> İstirahat sırasında Spo ₂ 'ye >%92 oranında olması <input type="checkbox"/> Yaşamsal bulguların izlemi <input type="checkbox"/> Ekg moniterizasyonu <input type="checkbox"/> Pace teli kontrolü <input type="checkbox"/> Periferik katater kontrolü <input type="checkbox"/> Foley kateter ihtiyacı değerlendirmesi <input type="checkbox"/> Her saat başı derin solunum-öksürük egzersizleri (uyanık olduğu zamanlar) <input type="checkbox"/> Hastanın pansumanlarının kontrolü ve uygun pansumanı <input type="checkbox"/> Her gün (sabah) kilo kontrolü
Aktivite / Dinlenme			<input type="checkbox"/> Yemek saatlerinde sandalye/yatak içi oturma <input type="checkbox"/> Destekle oda içerisinde dolaşım <input type="checkbox"/> Her seferinde klinik içinde dolaşım mesafesini artırma <input type="checkbox"/> Mobilizasyon sırasında oksijen saturasyonunu >% 90 tutma
İlaçlar			<input type="checkbox"/> İstem edilen ilaçları uygulama <input type="checkbox"/> İstem edilen analjezik ve antiemetik ilaç uygulama
Beslenme			<input type="checkbox"/> Diyetisyenin önerisi doğrultusunda kardiyak diyet alımı
Boşaltım			<input type="checkbox"/> Hastanın ihtiyacına yönelik bağırsak bakımı
Öğretim / Taburculuk Planlaması			<input type="checkbox"/> Yataktan kalkış için hastaya uygun vücut mekaniğinin öğretilmesi <input type="checkbox"/> Hasta ve ailesi ile taburculuk sorunlarının gözden geçirilmesi <input type="checkbox"/> Hasta ve ailesi ile eve ulaşım ve taburculuk sonrası destek gereksiniminin değerlendirilmesi
BEKLENEN SONUÇLAR			<input type="checkbox"/> Hasta kilosunun pre-op dönem kilosuna ile aynı olması <input type="checkbox"/> Hastanın ritim problemlerinin olmaması İstenen kritik çıktılar <ul style="list-style-type: none"> ❖ Hemodinamik sistemin stabil olması ❖ Solunum sistemi bulgularının olumlu olması ❖ Ağrının kontrol altında olması (Kritik çıktılara ulaşıldıysa post op ikinci gün yol haritasına geçilebilir.)
Yol Haritasında Eksiklikler/ Yaşanan Sorunlar			

AÇIK KALP CERRAHİSİ KLİNİK YOL HARİTASI

BAKIMIN BİLEŞENLERİ	Gündüz	Gece	Ameliyat sonrası 2. Gün Kliniğe transfer tarihi: Saat:
Testler			<input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> Mg <input type="checkbox"/> Albumin <input type="checkbox"/> CBC <input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> P(akc) <input type="checkbox"/> PT/INR <input type="checkbox"/> PO4 <input type="checkbox"/> Diğer: <input type="checkbox"/> Kan glukozu: <input type="checkbox"/> K ⁺
Konsültasyonlar			<input type="checkbox"/> Diyetisyen <input type="checkbox"/> Fizyoterapist <input type="checkbox"/> Psikolog <input type="checkbox"/> Diğer:
Değerlendirmeler / Tedaviler			<input type="checkbox"/> İstirahat sırasında SPO ₂ 'ye >%92 oranında olması <input type="checkbox"/> Yaşamsal bulguların izlemi <input type="checkbox"/> Ekg moniterizasyonu <input type="checkbox"/> Pace teli kontrolü <input type="checkbox"/> Periferik katater kontrolü <input type="checkbox"/> Foley kateter ihtiyacı değerlendirmesi <input type="checkbox"/> Her saat başı derin solunum-öksürük egzersizleri (uyanık olduğu zamanlar) <input type="checkbox"/> İnsizyon bölgesi bakım ve pansumanı <input type="checkbox"/> Pansuman zamanı:..... <input type="checkbox"/> Her sabah kilo kontrolü
Aktivite / Dinlenme			<input type="checkbox"/> Yemek saatlerinde sandalye/yatak içi oturma <input type="checkbox"/> Destekle oda içerisinde dolaşım <input type="checkbox"/> Her seferinde klinik içinde dolaşım mesafesini artırma <input type="checkbox"/> Mobilizasyon sırasında SPO ₂ 'yi >% 90 tutma
İlaçlar			<input type="checkbox"/> İstem edilen ilaçları uygulama <input type="checkbox"/> İstem edilen analjezik ve antiemetik ilaç uygulama
Beslenme			<input type="checkbox"/> Diyetisyenin önerisi doğrultusunda önerilen diyet:
Boşaltım			<input type="checkbox"/> Hastanın ihtiyacına yönelik bağırsak bakımı
Öğretim / Taburculuk Planlaması			<input type="checkbox"/> Yataktan kalkış için uygun vücut mekaniği kullanımı <input type="checkbox"/> Hasta ve ailesi ile taburculuk tarihinin planı <input type="checkbox"/> Hasta ve ailesiyle taburculuk sorunlarının tartışılması, <input type="checkbox"/> Hasta ve ailesinin sosyal hizmet uzmanına olan ihtiyacının değerlendirilmesi
BEKLENEN SONUÇLAR			<input type="checkbox"/> Hasta kilosunun preop dönem kilosu ile aynı olması <input type="checkbox"/> Hastanın ritim problemlerinin olmaması <input type="checkbox"/> Göğüs kesisinin iyileşmesi <input type="checkbox"/> Kol/ bacak kesisinin iyileşmesi <input type="checkbox"/> Mide bulantısı ve ağrının kontrol altına alınması İstenen kritik çıktılar <ul style="list-style-type: none"> ❖ Vital bulguların stabil olması ❖ Hastanın ritminin stabil olması ❖ Ağrının kontrol altında olması ❖ Mobilizasyonun giderek artması (Kritik çıktılara ulaşıldıysa post op üçüncü gün yol haritasına geçilebilir.)
Yol Haritasında Eksiklikler/ Yaşanan Sorunlar —			

AÇIK KALP CERRAHİSİ KLİNİK YOL HARİTASI

BAKIMIN BİLEŞENLERİ	Gündüz	Gece	Ameliyat sonrası 3. Gün Tarih: _____ Kliniğe Geçiş Tarihi: _____
Testler			<input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> Mg <input type="checkbox"/> Albumin <input type="checkbox"/> CBC <input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> P(akc) <input type="checkbox"/> PT/INR <input type="checkbox"/> PO4 <input type="checkbox"/> Diğer: <input type="checkbox"/> Kan glukozu: <input type="checkbox"/> K ⁺
Konsültasyonlar			<input type="checkbox"/> Diyetisyen <input type="checkbox"/> Psikolog <input type="checkbox"/> Diğer:
Değerlendirmeler / Tedaviler			<input type="checkbox"/> İstirahat sırasında SPO ₂ >% 92 oranında ise O ₂ uygulamasının durdurulması <input type="checkbox"/> Yaşamsal bulguların izlemi <input type="checkbox"/> Periferik katater kontrolü, IV inf. gereksinim yoksa stoplanması <input type="checkbox"/> Her saat başı derin solunum-öksürük egzersizleri (uyanık olduğu zamanlar) <input type="checkbox"/> İnsizyon bölgesi bakım ve pansumanı <input type="checkbox"/> Pansuman zamanı:..... <input type="checkbox"/> Her sabah kilo kontrolü
Aktivite / Dinlenme			<input type="checkbox"/> Yemek saatlerinde sandalyeye oturma <input type="checkbox"/> Desteksiz oda içerisinde dolaşım <input type="checkbox"/> Koridorda en az 4-5 kez dolaşma (desteklenebilir)
İlaçlar			<input type="checkbox"/> İstem edilen ilaçları uygulama <input type="checkbox"/> İstem edilen analjezik ve antiemetik ilaç uygulama
Beslenme			<input type="checkbox"/> Diyetisyenin önerisi doğrultusunda diyeti:
Boşaltım			<input type="checkbox"/> Hastanın ihtiyacına yönelik bağırsak bakımı
Öğretim / Taburculuk Planlaması			<input type="checkbox"/> Taburculuk gereksinimlerinin belirlenmesi <input type="checkbox"/> Hasta ve ailesi ile taburculuk tarihinin planlanması <input type="checkbox"/> Hasta ve ailesiyle birlikte eğitim kitapçığının taburculuk sonrası evde bakım kısmının gözden geçirilmesi
BEKLENEN SONUÇLAR			<input type="checkbox"/> Hasta kilosunun preop dönem kilosu ile aynı olması <input type="checkbox"/> Hastanın ritim problemlerinin olmaması <input type="checkbox"/> Göğüs kesisinin iyileşmesi <input type="checkbox"/> Kol ve bacak kesisinin iyileşmesi İstenen kritik çıktılar <ul style="list-style-type: none"> ❖ Vital bulguların stabil olması ❖ Ağrının kontrol altında olması ❖ Mobilizasyonun giderek artması (Kritik çıktılara ulaşıldıysa post op dördüncü gün yol haritasına geçilebilir.) <ul style="list-style-type: none"> • Hasta klinik yol haritasında dördüncü güne geçtiyse p(akc) filmini yenileyin • Eğer hastada aritmi geliştirse klinik yol haritasında ikinci güne dönün.
Yol Haritasında Eksiklikler/ Yaşanan Sorunlar —			

AÇIK KALP CERRAHİSİ KLİNİK YOL HARİTASI

BAKIMIN BİLEŞENLERİ	Gündüz	Gece	Ameliyat sonrası 4. Gün Tarih: _____ Kliniğe Geçiş Tarihi: _____
Testler			<input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> Mg <input type="checkbox"/> Albumin <input type="checkbox"/> CBC <input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> P(akc) <input type="checkbox"/> PT/INR <input type="checkbox"/> PO4 <input type="checkbox"/> Diğer: <input type="checkbox"/> Kan glukozu: <input type="checkbox"/> K ⁺
Konsültasyonlar			<input type="checkbox"/> Sosyal Hizmet Uzmanı <input type="checkbox"/> Diğer:
Değerlendirmeler / Tedaviler			<input type="checkbox"/> Yaşamsal bulguların izlemi <input type="checkbox"/> IV inf. gereksinim yoksa stoplanması <input type="checkbox"/> Her saat başı derin solunum-öksürük egzersizleri <input type="checkbox"/> İnsizyon bölgesi bakım ve pansumanı <input type="checkbox"/> Pansuman zamanı:..... <input type="checkbox"/> Her sabah kilo kontrolü
Aktivite / Dinlenme			<input type="checkbox"/> Öz bakımını kendisinin gerçekleştirebilmesi <input type="checkbox"/> Koridorda en az 4-5 kez dolaşma (desteklenebilir)
İlaçlar			<input type="checkbox"/> İstem edilen ilaçları uygulanma <input type="checkbox"/> İstem edilen analjezik ve antiemetik ilaç uygulama
Beslenme			<input type="checkbox"/> Diyetisyenin önerisi doğrultusunda diyeti ve <input type="checkbox"/> Beslenme eğitimi
Boşaltım			<input type="checkbox"/> Hastanın ihtiyacına yönelik bağırsak bakımı
Öğretim / Taburculuk Planlaması			<input type="checkbox"/> Eve taburculuğu için kullanılacak ulaşımın konuşulması <input type="checkbox"/> Hasta ve ailesiyle birlikte ilaçlarını kullanımı ile ilgili bilgilendirme görüşmesi yapılması <input type="checkbox"/> Antikoagülan kullanacaksa uygun eğitim görüşmesinin yapılması <input type="checkbox"/> Taburculuk işlemlerinin planlanması
BEKLENEN SONUÇLAR			<input type="checkbox"/> Hasta kilosunun preop dönem kilosu ile aynı olması <input type="checkbox"/> Hastanın ağrısının kontrol altında olması <input type="checkbox"/> Hasta ve ailesinin taburculuk eğitimini anlamış olması <input type="checkbox"/> Bir sonraki gün için taburculuğun netleşmesi İstenen kritik çıktılar <ul style="list-style-type: none"> ❖ Vital bulguların stabil olması ❖ İnsizyon bölgesinin temiz olması ❖ Tek başına mobilize olabilmesi (Kritik çıktılara ulaşıldıysa post op beşinci gün yol haritasına geçilebilir. Ulaşılmadıysa dördüncü gün yol haritası tekrarlanır)
Yol Haritasında Eksiklikler/ Yaşanan Sorunlar —			

AÇIK KALP CERRAHİSİ KLİNİK YOL HARİTASI

BAKIMIN BİLEŞENLERİ	Gündüz	Gece	Ameliyat sonrası 5. Gün (Taburculuk Günü) Tarih: _____ Kliniğe Geçiş Tarihi: _____
Testler			<input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> Mg <input type="checkbox"/> Albumin <input type="checkbox"/> CBC <input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> P(akc) <input type="checkbox"/> PT/INR <input type="checkbox"/> K+ <input type="checkbox"/> Diğer: <input type="checkbox"/> Kan glukozu:
Konsültasyonlar			<input type="checkbox"/> Diyetisyen <input type="checkbox"/> Klinik Şefi <input type="checkbox"/> Kardiyoloji Uzmanı <input type="checkbox"/> Diğer:
Değerlendirmeler / Tedaviler			<input type="checkbox"/> İnsizyon bölgesinin kontrolü <input type="checkbox"/> Yaşamsal bulguların izlemi <input type="checkbox"/> Periferik kataterin çıkarılması <input type="checkbox"/> Her sabah kilo kontrolü
Aktivite / Dinlenme			<input type="checkbox"/> Tolere ettiği ölçüde hareket
İlaçlar			<input type="checkbox"/> İstem edilen ilaçları uygulama <input type="checkbox"/> Hastanın kullanacağı ilaçlar konusunda eğitilmesi
Beslenme			<input type="checkbox"/> Diyetisyenin önerisi doğrultusunda diyeti:
Boşaltım			<input type="checkbox"/> Normal bağırsak alışkanlığı
Öğretim / Taburculuk Planlaması			<input type="checkbox"/> Hastaya reçetesinin verilmesi <input type="checkbox"/> Hastaya ilaç kullanımı ile ilgili broşür ve taburculuk eğitim kitapçığının verildiğinin teyit edilmesi <input type="checkbox"/> Hasta ve ailesine kontrol tarihi ile ilgili bilgi verilmesi <input type="checkbox"/> Hasta antikoagulan tedavi alıyorsa INR kontrol zamanları ile ilgili bilgilendirme
BEKLENEN SONUÇLAR			<input type="checkbox"/> Taburculuk eğitiminin tamamlanması İstenen kritik çıktılar ❖ Hasta ve ailesi taburculuk eğitimine verilen bakım ile ilgili bilgileri kavrar ❖ Hasta ve ailesinin gereksinimi olan sosyal destekler tanımlanır. (Kritik çıktılara ulaşıldıysa post op dördüncü gün yol haritasına geçilebilir.
Yol Haritasında Eksiklikler/ Yaşanan Sorunlar —			

Tarih :

GÜNDÜZ

GECE

Güvenlik	Kol bandı: <input type="checkbox"/> Kimlik <input type="checkbox"/> Alerji <input type="checkbox"/> Kan Çağrı zili: <input type="checkbox"/> Hastaya Yakın <input type="checkbox"/> Yatak Frenleri Kapalı	Kol bandı: <input type="checkbox"/> Kimlik <input type="checkbox"/> Alerji <input type="checkbox"/> Kan Çağrı zili: <input type="checkbox"/> Hastaya Yakın <input type="checkbox"/> Yatak Frenleri Kapalı
Bilinç	<input type="checkbox"/> Uyanık Oryantasyon: <input type="checkbox"/> Kişi <input type="checkbox"/> Yer <input type="checkbox"/> Zaman Ağrı:	<input type="checkbox"/> Uyanık Oryantasyon: <input type="checkbox"/> Kişi <input type="checkbox"/> Yer <input type="checkbox"/> Zaman Ağrı:
Kardiyak	Ekg: Ritim: Nabız: <input type="checkbox"/> Radyal <input type="checkbox"/> Femoral <input type="checkbox"/> Epikardiyal Pace teli <input type="checkbox"/> Pacemaker Alt ekstremitte ödem: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> +1 <input type="checkbox"/> +2 <input type="checkbox"/> +3 <input type="checkbox"/> +4 <input type="checkbox"/> Göğüs Ağrısı	Ekg: Ritim: Nabız: <input type="checkbox"/> Radyal <input type="checkbox"/> Femoral <input type="checkbox"/> Epikardiyal Pace teli <input type="checkbox"/> Pacemaker Alt ekstremitte ödem: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> +1 <input type="checkbox"/> +2 <input type="checkbox"/> +3 <input type="checkbox"/> +4 <input type="checkbox"/> Göğüs Ağrısı
Solunum	<input type="checkbox"/> Solunum sesleri: <input type="checkbox"/> O2 tedavisi <input type="checkbox"/> Oda Havalandırma O2 saturasyonu:%..... <input type="checkbox"/> Öksürük	<input type="checkbox"/> Solunum sesleri: <input type="checkbox"/> O2 tedavisi <input type="checkbox"/> Oda Havalandırma O2 saturasyonu:%..... <input type="checkbox"/> Öksürük
Gis	İdrar: İdrar Sondası <input type="checkbox"/> En Son Gaita Çıkış Zamanı: Bağırsak Sesleri: Diğer:	İdrar: İdrar Sondası <input type="checkbox"/> En Son Gaita Çıkış Zamanı: Bağırsak Sesleri: Diğer:
Cilt	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Soluk <input type="checkbox"/> Kızarıklık <input type="checkbox"/> Sıcak <input type="checkbox"/> Kuru <input type="checkbox"/> Bütünlüğü Bozulmamış Turgoru: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Azalmış Müköz Membranlar: <input type="checkbox"/> Nemli <input type="checkbox"/> Kuru <input type="checkbox"/> Pembe <input type="checkbox"/> Bütünlüğü Bozulmamış Diğer: Yara Pansumanı:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Soluk <input type="checkbox"/> Kızarıklık <input type="checkbox"/> Sıcak <input type="checkbox"/> Kuru <input type="checkbox"/> Bütünlüğü Bozulmamış Turgoru: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Azalmış Müköz Membranlar: <input type="checkbox"/> Nemli <input type="checkbox"/> Kuru <input type="checkbox"/> Pembe <input type="checkbox"/> Bütünlüğü Bozulmamış Diğer: Yara Pansumanı:
Diğer	<input type="checkbox"/> Plevral/Göğüs Tüpü: <input type="checkbox"/> MediastinalTüpyeri: <input type="checkbox"/> IV Katater/Yeri: <input type="checkbox"/> Değişim Tarihi: <input type="checkbox"/> Cantral Katater/Yeri: <input type="checkbox"/> Pansuman Son Değiştirme Tarihi: <input type="checkbox"/> İnfüzyon:	<input type="checkbox"/> Plevral/Göğüs Tüpü: <input type="checkbox"/> MediastinalTüpyeri: <input type="checkbox"/> IV Katater/Yeri: <input type="checkbox"/> Değişim Tarihi: <input type="checkbox"/> Cantral Katater/Yeri: <input type="checkbox"/> Pansuman Son Değiştirme Tarihi: <input type="checkbox"/> İnfüzyon:
Hareket İçin Risk Değerlendirmesi	<input type="checkbox"/> İletişim Kurabilir <input type="checkbox"/> Hareket Edebilir <input type="checkbox"/> Bir Taraftan Diğerine Dönebilir <input type="checkbox"/> Dengesini Koruyabilir <input type="checkbox"/> 15 Saniye Desteklemeden Durabilir <input type="checkbox"/> Bağımsız Olarak Hareket Edebilir <input type="checkbox"/> Destekle Hareket Edebilir <input type="checkbox"/> Hareket ederken kullandığı yardımcı destek ürünü: Hareket: <input type="checkbox"/> Bağımsız <input type="checkbox"/> Yatak İstirahatı <input type="checkbox"/> Sandalyede Oturabilir <input type="checkbox"/> Destekle Hareket Eder Eve transferi:	<input type="checkbox"/> İletişim Kurabilir <input type="checkbox"/> Hareket Edebilir <input type="checkbox"/> Bir Taraftan Diğerine Dönebilir <input type="checkbox"/> Dengesini Koruyabilir <input type="checkbox"/> 15 Saniye Desteklemeden Durabilir <input type="checkbox"/> Bağımsız Olarak Hareket Edebilir <input type="checkbox"/> Destekle Hareket Edebilir <input type="checkbox"/> Hareket ederken kullandığı yardımcı destek ürünü: Hareket: <input type="checkbox"/> Bağımsız <input type="checkbox"/> Yatak İstirahatı <input type="checkbox"/> Sandalyede Oturabilir <input type="checkbox"/> Destekle Hareket Eder Eve transferi:

KAYNAKÇA

1. Afolalu EF, Ramlee F, Tang NKY. Effects of sleep changes on pain-related health outcomes in the general population: A systematic review of longitudinal studies with exploratory meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2018; 39: 82-97. doi:10.1016/j.smr.2017.08.001.
2. Asgar Pour H, Demir Korkmaz F. Açık kalp cerrahisi sonrası hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2010; 26(1): 77-86.
3. Aydın Akbuğa G, Bahçeli A. Kalp cerrahisi girişimi uygulanan yaşlı bireylere yönelik bakım. *Bozok Tıp Derg.* 2017; 7(2): 71-76.
4. Boitor M, Gelinas C, Richard-Lalonde M, Thombs BD. The effect of massage on acute postoperative pain in critically and acutely ill adults post-thoracic surgery: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Heart Lung.* 2017; 46(5): 339-346. doi:10.1016/j.hrtlng.2017.05.005.
5. Bonow RO, Brown AS, Gillam LD, Kapadia SR, Kavinsky CJ, Lindman BR, et al. ACC/AATS/AHA/ASE/EACTS/HVS/SCA/SCAI/SCCT/SCMR/STS 2017 Appropriate use criteria for the treatment of patients with severe aortic stenosis. *J Am Coll Cardiol.* 2017; 70(20): 2566-2598. doi: 10.1016/j.jacc.2017.09.018
6. Dönmez YC. Ameliyat öncesi cilt hazırlığı. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics.* 2016; 2(2): 11-16.
7. Fleisher LA, Fleischmann KE, Auerbach AD, Barnason SA, Beckman JA, Bozkurt, B. et al. 2014 ACC/AHA guideline on perioperative cardiovascular evaluation and management of patients undergoing noncardiac surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation.* 2014; 130(24): 278-333. doi:10.1161/CIR.000000000000106.
8. Fredericks S, Yau T. Clinical effectiveness of individual patient education in heart surgery patients: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2017; 65: 44-53. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.11.001.
9. Gomes Neto M, Martinez BP, Reis HF, Carvalho VO. Pre- and postoperative inspiratory muscle training in patients undergoing cardiac surgery: systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil.* 2017; 31(4): 454-464. doi:10.1177/0269215516648754.
10. Hillis LD, Smith PK, Anderson JL, Bittl JA, Bridges CR, Byrne JG, et al. 2011 ACCF/AHA Guideline for coronary artery bypass graft surgery: executive summary. *Journal of the American College of Cardiology.* 2011; 58(24): 2584-2614. doi: 10.1016/j.jacc.2011.08.008.
11. Karcioğlu O, Topacoglu H, Dikme O, Dikme O. A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? *Am J Emerg Med.* 2018; 36(4): 707-714. doi:10.1016/j.ajem.2018.01.008.
12. Lim L, Chow P, Wong CY, Chung A, Chan YH, Wong WK, et al. Doctor-patient communication, knowledge, and question prompt lists in reducing preoperative anxiety: a randomized control study. *Asian J Surg.* 2011; 34(4): 175-180. doi: 10.1016/j.asjsur.2011.11.002.

13. Laurent H, Aubreton S, Richard R, Gorce Y, Caron E, Vallat A. et al. Systematic review of early exercise in intensive care: A qualitative approach. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2016; 35(2): 133-149. doi: 10.1016/j.accpm.2015.06.014.
14. Masud F, Zainab A, Ratnani I, Perme C, Vykoukal D. Updates on critical care management of cardiovascular patients. *Methodist DeBakey Heart & Vascular Center.* 2011; 7(4): 28-32.
15. Montalescot G, Sechtem U, et al. 2013 ESC kararlı koroner arter hastalığı yönetimi kılavuzu. *Türk Kardiyol Dern Arş, Suppl.* 2014; 4: 110-120.
16. Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP, Fleisher, LA, et al. 2017 AHA/ACC Focused Update of the 2014 AHA/ACC Guideline for the management of patients with valvular heart disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation.* 2017; 135(25): 1159-1195. doi:10.1161/CIR.0000000000000503.
17. Ramesh C, Nayak BS, Pai VB, Patil NT, George A, George LS, et al. Effect of preoperative education on postoperative outcomes among patients undergoing cardiac surgery: A systematic review and meta-analysis. *J Perianesth Nurs.* 2017; 32(6): 518-529. doi: 10.1016/j.jopan.2016.11.011.
18. Strohacker K, Fazzino D, Breslin WL, Xu X. The use of periodization in exercise prescriptions for inactive adults: A systematic review. *Prev Med Rep.* 2015; 2: 385-396. doi: 10.1016/j.pmedr.2015.04.023.
19. Thieme H, Morkisch N, Rietz C, Dohle C, Borgetto B. The efficacy of movement representation techniques for treatment of limb pain--a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Pain.* 2016; 17(2): 167-180. doi: 10.1016/j.jpain.2015.10.015.
20. Tunçbilek Z, Şenol Çelik S. Koroner arter baypas grefti ameliyatı olan yaşlı bireyler ve hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics.* 2017; 3(2): 151-156.
21. Westerdahl E. Deep breathing techniques after cardiac surgery. Paper presented at: WCPT Congress Physiotherapy. 2015 May 4; 101(1): eS1238–eS1642. <http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2015.03.1640>.
22. Wijns W, Kolh P, Danchin N, Di Mario C, Falk V, Folliguet T. et al. Guidelines on myocardial revascularization. *Eur Heart J.* 2010; 31(20): 2501-2555. doi:10.1093/eurheartj/ehq277.
23. Wilson JL, Whyte RI, Gangadharan SP, Kent MS. Teamwork and communication skills in cardiothoracic surgery. *Ann Thorac Surg.* 2017; 103(4): 1049-1054. doi: 10.1016/j.athoracsur.2017.01.067.
24. Zevola DR, Raffa M, Brown K. Using clinical pathways in patients undergoing cardiac valve surgery. *Critical Care Nurse.* 2002; 22(1): 31-50.

**EK-13. Açık Kalp Cerrahisi Geçirecek Olan 60 Yaş ve Üstü Hastalar ve Aileleri İçin
Geliştirilen Eğitim Rehberi**

EK-14. Transisyonel Bakım Modeli Kapsamında Multidisipliner Ekip İş Birliğinde Yürütülen Hemşirelik Bakımı Süreci

TRANSİSYONEL BAKIM MODELİ PROTOKOLÜ

1. Açık kalp ameliyatı olmak için kalp damar cerrahisi kliniğine yatışı yapılan 60 yaş ve üzeri hastalar araştırmacı (koordinatör hemşire) tarafından çalışma kriterlerine uygunluk açısından değerlendirilir.
2. Çalışma kriterlerine uygun olan hasta araştırmacı (koordinatör hemşire) tarafından çalışma ile ilgili bilgilendirilir ve aydınlatılmış onamı alınır (hastanın kliniğe kabulünden ilk 24 saat içerisinde).
3. Araştırmacı (koordinatör hemşire) tarafından hasta ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak “Tanıtıcı Bilgiler Formu”, “Otonomi Değerlendirme Ölçeği”, “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” formları doldurulur.
4. Araştırmacı (koordinatör hemşire) tarafından hasta ve bakımından sorumlu yakınına hastane ve klinik tanıtılır. “Açık Kalp Cerrahisi Geçirecek Olan 60 Yaş ve Üstü Hastalar ve Aileleri İçin Geliştirilen Eğitim Rehberi” verilir. Rehberin içerisinde yer alan bilgileri kendisinin hasta ve yakınına aktaracağını belirtilerek hasta ve yakını ile eğitim için uygun zaman planlaması yapılır.
5. Araştırmacı (koordinatör hemşire) tarafından her gün hasta viziti gerçekleştirilir ve bakım koordine edilir.
6. Klinik hemşireleri tarafından “Klinik Yol Haritası”nın ameliyat öncesi bölümünde yer alan uygulamalar tamamlanır.
7. Araştırmacı (koordinatör hemşire)’nin koordinatörlüğünde ekip üyelerinin (hekim, hemşire, koordinatör hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, hastanın bakımından sorumlu yakını) bir araya gelmesi ile hasta değerlendirilir (vaka analizi).
8. Koordinatör hemşire tarafından ekip üyelerinin görüş ve önerileri doğrultusunda OMAHA Sistemi’nden yararlanılarak sorunlar saptanır, NİC girişimleri doğrultusunda bakımı planlanır ve klinik hemşireleri tarafından hastanın bakım uygulamaları gerçekleştirilir ve değerlendirilir.
9. Ameliyat öncesi dönemde hasta fizyoterapist tarafından değerlendirilir, hastanın aktivite ve egzersiz planlaması yapılır ve eğitim verilir. Yapılan uygulama, değerlendirme ve öneriler “Klinik Yol Haritası”na rapor edilir.
10. Ameliyat öncesi dönemde hasta diyetisyen tarafından değerlendirilir, hastanın beslenmesi planlanır ve eğitim verilir. Yapılan uygulama, değerlendirme ve öneriler “Klinik Yol Haritası”na rapor edilir.
11. Ameliyat öncesi dönemde araştırmacı (koordinatör hemşire) tarafından “Açık Kalp Cerrahisi Geçirecek Olan 60 Yaş ve Üstü Hastalar ve Aileleri İçin Geliştirilen Eğitim Rehberi”nin kapsamında taburculuk eğitiminin 1. bölümü hasta ve bakımından sorumlu yakınına soru-

cevap, tartışma ve demonstrasyon yöntemleri kullanılarak gerçekleştirilir. Yapılan uygulama, değerlendirme ve öneriler “Klinik Yol Haritası”na rapor edilir.

12. Klinik hemşireleri tarafından “Klinik Yol Haritası”nın ameliyat öncesi gece-ameliyat günü bölümünde yer alan uygulamalar tamamlanır, kontrol edilir.
13. Klinik hemşireleri tarafından “Klinik Yol Haritası”nın post-operatif 1. günü bölümünde yer alan uygulamalar tamamlanır.
14. Ameliyat sonrası dönemde araştırmacı (koordinatör hemşire)’nin koordinatörlüğünde ekip üyelerinin (hekim, hemşire, koordinatör hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, hastanın bakımından sorumlu yakını) bir araya gelmesi ile hasta değerlendirilir (vaka analizi). (Vaka analizinin sıklığı hastanın genel durumu ve gereksinimi doğrultusunda belirlenir.)
15. Ameliyat sonrası dönemde hasta fizyoterapist tarafından değerlendirilir, hastanın aktivite ve egzersiz planlaması yapılır ve eğitim verilir. Yapılan uygulama, değerlendirme ve öneriler “Klinik Yol Haritası”na rapor edilir.
16. Ameliyat sonrası dönemde hasta diyetisyen tarafından değerlendirilir, hastanın beslenmesi planlanır ve eğitim verilir. Yapılan uygulama, değerlendirme ve öneriler “Klinik Yol Haritası”na rapor edilir.
17. Klinik hemşireleri tarafından “Klinik Yol Haritası”nın post-operatif 2. günü bölümünde yer alan uygulamalar tamamlanır. Klinik Yol Haritası’nın belirlenen gün içinde istenilen hedeflere ulaşıldığında bir sonraki güne geçilebilir; hedeflere ulaşılmadığında uygulamalar tekrarlanır.
18. Ameliyat sonrası dönemde koordinatör hemşire tarafından hastanın planlanan taburculuk tarihinden en az bir gün önce ‘Açık Kalp Cerrahisi Geçirecek Olan 60 Yaş ve Üstü Hastalar ve Aileleri İçin Geliştirilen Eğitim Rehberi’ nin kapsamında taburculuk eğitiminin 2. bölümü hasta ve bakımından sorumlu yakınına soru-cevap, tartışma ve demonstrasyon yöntemleri kullanılarak gerçekleştirilir. Yapılan uygulama, değerlendirme ve öneriler “Klinik Yol Haritası”na rapor edilir.
19. Araştırmacı (koordinatör hemşire) tarafından hastanın taburculuğu sonrası ilk yirmi dört saat içinde ev ziyareti gerçekleştirilir. Ev ziyaretinde; hastanın yaşam koşulları, önerilen tedavi ve ilaç rejimini anlama ve uygulama durumu, iyileşmesini hızlandırmaya yönelik eğitim rehberinde yer alan ve anlatılan uygulamaları gerçekleştirme durumu değerlendirilir. Hasta ve bakımından sorumlu bireyin soruları yanıtlanarak ve sorunlarına yönelik önerilerde bulunulur. OMAHA Sistemi problem sınıflandırma listesi doğrultusunda hasta ve yakınının sorunları değerlendirilerek bakımın planlanması ve yürütülmesine devam edilir.
20. Hasta ve bakımından sorumlu hasta yakınına taburculuk sonrası bir hafta süresince yaşayacakları sorunlara yönelik danışmanlık almak için araştırmacıya (koordinatör hemşireye) telefon ile ulaşım imkânı sunulur.
21. Araştırmacı (koordinatör hemşire) tarafından hastanın taburculuğundan sonra ikinci ve altıncı haftalarda ev ziyareti gerçekleştirilir. Ev ziyaretlerinde “Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Yaşlı Bireyin Taburculuk Sonrası Ev İzlem Formu” ve “Taburculuk Sonrası Hastaların Hastaneye Tekrarlı Başvuru İzlem Formu” nu doldurulur; ekip üyeleri ile iş birliği halinde hasta ve yakınına sorunlarına yönelik eğitim yapılır ve uygun çözüm yolları sunulur. Saptanan sorunlar,

en geç bir hafta içerisinde hastaya telefonla ulaşılarak değerlendirilir. OMAHA Sistemi doğrultusunda hasta ve yakınının sorunları değerlendirilerek bakımın planlanması ve yürütülmesine devam edilir.

22. Araştırmacı (koordinatör hemşire) tarafından hastanın taburculuğundan sonra dokuzuncu haftada ev ziyareti gerçekleştirilir. Ev ziyaretinde, yüz yüze görüşme yöntemi ile “Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Yaşlı Bireyin Taburculuk Sonrası Ev İzlem Formu”, “Otonomi Değerlendirme Ölçeği”, “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği”, “Taburculuk Sonrası Hastaların Hastaneye Tekrarlı Başvuru İzlem Formu” doldurulur.

23. Araştırmacı (koordinatör hemşire) tarafından hastanın taburculuğundan sonra altıncı ayda hastaya telefon ile ulaşılarak, Taburculuk Sonrası Hastaların Hastaneye Tekrarlı Başvuru İzlem Formu doldurulur.

OLGU SUNUMU

Açık Kalp Cerrahisi Geçiren Olgunun Profili;

Yetmiş bir yaşındaki erkek hasta F.Y. 1,65 cm boyunda ve yetmiş beş kilodur. Emekli olan ve sosyal güvencesi olan F.Y evlidir ve çocukları ve torunları ile birlikte yaşamaktadır. Nefes darlığı ve solunum sıkıntısı nedeniyle kardiyoloji polikliniğine başvuran hasta yapılan tetkikler sonucu koroner arter bypass greft cerrahisi önerisi ile kalp damar cerrahisi polikliniğine yönlendirilmiştir. Şehir merkezinde oturmakta olan hasta yaklaşık bir-iki ay öncesine kadar ev dışında yarım saatlik yürüyüşler yapabilmekte iken; halsizlik, yorgunluk ve nefes darlığı nedeniyle hareket etmekten kaçındığını ifade etmektedir. İleri tetkik ve cerrahi müdahale için kalp damar cerrahisi kliniğine yatışı yapılan hastanın özgeçmişinde astım, hipertansiyon, alzheimer ve yaklaşık on yıl önce geçirilmiş bir serebro vasküler olay öyküsü mevcuttur. Kullandığı ilaçlar arasında essitalopram 20mg 1x1 tablet (tb), Valsartan + Hidroklorotiyazid 160mg 1x1 tb, Pirasetam 800mg 1x1 tb, Klopidoğrel Hidrojen Sülfat 75mg 1x1 tb, Silodosin 5mg 1x1 tb bulunmaktadır. Sigara veya alkol kullanmamıştır. Ailede daha önce açık kalp cerrahisi geçiren kimse olmamıştır. Yeme-içme problemi olmayıp dengeli beslenmekte, önerilen tuzsuz diyetini uygulamaktadır. Bağırsak alışkanlığı düzenli olup, idrar yaparken yanma sorunu yaşamaktadır. Sistem muayeneleri solunum dışında normaldir. Ancak banyo ve giyinme sırasında yardıma gereksinimi vardır. Hastaneye kabul aşamasında vital bulguları; vücut sıcaklığı: 36,4°C, kan basıncı: 140/90mmHg, nabız: 100/dk solunum: 28/dk oksijen saturasyonu: %88 olarak saptanmıştır. Biyokimya ve hematoloji bulguları normal saptanmış olup, yapılan EKO sonucu dört damar baypass cerrahisi kararı alınmıştır. Hastanın kendisi okur-yazar değildir. Refakatçisi olarak gelini yanında bulunmaktadır ve evde bakımını da gelini yürütmektedir. Refakatçisi ilk okul mezunudur.

Transisyonel Bakım Modeli’ne Göre Olgunun Değerlendirilmesi

Hasta F.Y.’ nin bakım hizmetleri sunumu ‘Transisyonel Bakım Modeli Protokolüne’ uygun olarak yürütülmüştür.

Açık kalp cerrahisi geçirmiş olan yaşlı hastamız ameliyat sürecini sorunsuz bir şekilde atlatmış olup hastanede total yatış süresi 14 gündür. Ameliyat öncesi antikoagulan ilaç kullanım öyküsü olduğu için ameliyatı kliniğe yatışından bir hafta sonrası için planlanmış olup; ameliyattan 7 gün sonra klinikten

taburcu edilmiştir. Hasta taburcu edildikten sonra ilk 24 saat içinde hemşire tarafından ev ziyareti ile değerlendirilmiştir. İlaçlarını kullanma konusunda ki bilgi eksikliği giderilmiş, düzenli kullanmasının önemi tekrarlanmıştır. 2 hafta sonra ev ziyaretinde her iki bacak alt ekstremelerde ödem saptanmış olup; gün içerisinde uzun süre ayakta sabit durmaması, oturur pozisyonda da olsa yarım saatten fazla ayaklarını sarkıtmaması, ayaklarını uzatarak dinlenmesi, ayak egzersizlerini gün içinde düzenli yapması, varis çorabını düzenli kullanması (gece yatarken çıkarması sabah yataktan kalkmadan giymesi) yönünde önerilerde bulunulmuştur. Sırt ve omuz ağrılarına yönelik önerilen egzersizler tekrarlanmış düzenli yapması tavsiye edilmiştir. Bir hafta sonraki telefon kontrolünde insizyon olan bacak alt ekstremitede hafif ödemin mevcut olduğu, fakat diğer sorunlarının gerilediği saptanmıştır. 6 hafta sonra ki ev ziyaretinde sorunlarının hafiflediği önerilen uygulamalara uyum gösterdiği saptanmıştır. 9 hafta sonraki ev ziyaretinde hasta banyo yaparken sadece destek aldığı diğer günlük yaşam aktivitelerini bağımsız gerçekleştirebildiğini ifade etmiştir. Ameliyattan 6 ay sonra telefon kontrolü ile sağlık durumu sorgulanan hasta taburculuk sonrası süreçte rutin kontrol tarihleri dışında sağlık kuruluşuna başvurmamıştır.

Hastanın Bakım Planı;

1.	BİREY ADI: FY PLAN TARİHİ: 03.01.18 ERD: Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık VY: Vaka Yönetimi Tİ: Tedavi ve İşlem SV: Surveyans			
Hemşirelik tanısı	Girişim			Değerlendirme
Problem	Kategori	Bireye özel girişimler	Uygulama tarihi	Son değerlendirme (.../.../.....)
02. Psikosoyal Alan 11. Mental Sağlık Ciddiyet: Aktif Belirti ve Bulgular: Endişe/ Tanımlanmamış Korkular	ERD	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için olanak sağlanır. Yalnız olmadığı, destek sistemleri hatırlatılır. Hasta ve ailesi gevşeme çeşitleri (örn: müzik, meditasyon, ritmik soluk alma, progresif kas gevşemesi vb) yöntemler konusunda bilgilendirilir ve uygulama yaptırılır. Hastalığına bağlı ifade ettiği endişesine yönelik hastalığı ve süreç ile ilgili eğitim verilir. Tanı, tedavi ve gidişata ilişkin gerçekçi bilgi verilir. Prosedür sırasında hissedebilecekleri dahil bütün prosedürler açıklanır. Hasta ve ailesi gevşeme teknikleri (örn: müzik, meditasyon, ritmik soluk alma, progresif kas gevşemesi vb) konusunda bilgilendirilir ve uygulama yaptırılır. 		Anksiyete öz-kontrol seviyesi: 4=sıklıkla
	SV	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için olanak sağlanır. Hastanın stres düzeyi düzenli olarak değerlendirilir ve fiziksel semptomları da kapsayacak şekilde kaydedilir. Hastanın düzenli olarak duygu durumu izlenir. Sakin, aceleci olmayan ve güven verici bir yaklaşım kullanılır, anksiyete şiddetli iken yanında olunur. 		
	Tİ	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın duygu durumunu dengelemeye yönelik doktor istemi ile verilen ilaçları uygulanır. 		

2.	BİREY ADI: F.Y. GİRİŞİM KATEGORİLERİ			
Hemşirelik tanısı	PLAN TARİHİ:03.01.18 ERD: Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık VY: Vaka Yönetimi Tİ: Tedavi ve İşlem SV: Surveyans			
Problem	Kategori	Bireye özel girişimler	Uygulama tarihi	Değerlendirme Son değerlendirme (.../.../.....)
04. Sağlık Davranışları 41. Sağlık Bakım Denetimi Ciddiyet: Potansiyel Belirti ve Bulgular: • Planlanan Açık Kalp Ameliyatı • İlk Ameliyatı	ERD	<ul style="list-style-type: none"> Hasta ve bakım vericisinin cerrahi girişime ilişkin bilgi düzeyi değerlendirilir. Hasta ve bakım vericisine ihtiyacı olduğunda okuyabileceği yazılı kaynak (Açık Kalp Cerrahisi Geçirecek Olan 60 Yaş ve Üstü Hastalar ve Aileleri için Geliştirilen Eğitim Rehberi) sağlanır. Hasta ve bakım vericisinin öğrenmeye hazır olma durumu değerlendirilerek eğitim zamanı planlanır, aktif, sözlü ve yazılı iletişime odaklı, hasta merkezli ve bireye özgü uygun eğitim yöntemleri kullanılarak preoperatif eğitim verilir. Hastanın preoperatif eğitimi; ameliyat öncesi rutinler, preoperatif ilaçların etkileri ve kullanım amaçları, ameliyathane ve yoğun bakım ünitelerinin özellikleri, olası ağrı kontrol yöntemleri, postoperatif rutinler/ araç, gereçler, iyileşme sürecini hızlandırmasına yönelik uygulamaları: derin solunum ve öksürme, insizyon yerini destekleme teknikleri, spirometre kullanımı, yatak içi aktif-pasif egzersizleri içermektedir. Tekrarlı ziyaretlerde hastanın bilgi düzeyi, öğretilen uygulamaları uygulama düzeyleri kontrol edilir, eksiklikler tamamlanır. Hasta ve ailesine taburculuk eğitimi yapılır. Hastaya verilen taburculuk eğitimine yönelik bilgi düzeyleri değerlendirilir eksiklikler tekrarlanır. 		Sağlık davranışı 4= yüksek derecede bilgi
	VY	<ul style="list-style-type: none"> Fizyoterapist Konsültasyonu-Preop Eğitim/postop eğitim Diyetisyen Konsültasyonu-Preop Eğitim/postop eğitim 		

3.	BİREY ADI: F.Y. GİRİŞİM KATEGORİLERİ PLAN TARİHİ: 10.01.18 ERD: Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık VY: Vaka Yönetimi Tİ: Tedavi ve İşlem SV: Surveyans			
Hemşirelik tanısı	Girişim			Değerlendirme
Problem	Kategori	Bireye özel girişimler	Uygulama tarihi	Son değerlendirme (.../.../.....)
03.Fizyolojik Alan 22.Ağrı Ciddiyet: Aktüel Belirti ve Bulgular: • Ağrıyan bölgeyi sakınan/koruyan hareketler • Rahatsızlık/ ağrı ifade etmesi • Yüzünü buruşturma	ERD	<ul style="list-style-type: none"> Hasta ve bakım vericisi ağrıyı gidermede non-farmakolojik yöntemleri (örn: TENS, hipnoz, gevşeme egzersizleri, ritmik nefes alıp-verme, hayal etme, müzik tedavisi, dikkati başka yöne çekme, sıcak soğuk uygulama, masaj) yöntemler konusunda bilgilendirilir ve uygulama yaptırılır. Derin solunum ve öksürük egzersizleri sırasında insizyon bölgeleri desteklenir ve hasta/ bakım vericisine öğretilir. Hasta ve ailesi uygulanan farmakolojik yöntemlerin etki ve yan etkileri konusunda bilgilendirilir. 		Analjezik ilaç tedavisi sonrası ağrı şiddeti +2.
	SV	<ul style="list-style-type: none"> Ağrının yeri, özelliği, başlangıcı/ süresi, sıklığı, niteliği, yoğunluğu, şiddeti ve ağrıyı artıran faktörler değerlendirilir. Hastanın ağrısı/rahatsızlığı 0-10'luk bir skala üzerinden düzenli aralıklarla değerlendirilir. Sözel olmayan rahatsızlık belirtileri gözlemlenir. Ağrı deneyiminin yaşam kalitesi üzerine etkileri (örn: uyku, iştah, aktivite, bilişsel durum, ruh hali, ilişkileri vb) değerlendirilir. Ağrıyı azaltan ve artıran faktörler hasta ile birlikte incelenir. Hastanın rahatsızlığa tepkilerini etkileyebilecek çevresel faktörler (örn: oda sıcaklığı, aydınlatma ve gürültü) kontrol edilir. Hastaya uygun pozisyon verilir. Ağrı kontrolü yönetimine hasta ve bakım vericisinin aktif katılımı sağlanır. 		
	Tİ	<ul style="list-style-type: none"> Doktor istemi ile uygun analjezik tedavisi uygulanır. 		

4.	BİREY ADI: F.Y. GİRİŞİM KATEGORİLERİ			
	PLAN TARİHİ: 10.01.18	ERD: Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık VY: Vaka Yönetimi Tİ: Tedavi ve İşlem	SV:Surveyans	
Hemşirelik tanısı	Girişim			Değerlendirme
Problem	Kategori	Bireye özel girişimler	Uygulama tarihi	Son değerlendirme (.../.../.....)
03.Fizyolojik Alan 26. Solunum Ciddiyet: Aktüel Belirti ve Bulgular: • Bağımsız olarak nefes alamama • Bağımsız olarak balgam çıkaramama • Öksürme	ERD	<ul style="list-style-type: none"> • Derin solunum ve öksürme egzersizleri öğretilir. • Öksürme ve derin nefes alma sırasında insizyon yerinin küçük bir yastık ya da rulo havlu ile desteklemesi öğretilir. • Triflow kullanımı öğretilir. • Dispneyi azaltacak, ventilasyon kapasitesini artıracak pozisyon öğretilir ve verilir. • Sıvı dengesini en iyi hale getirmek için sıvı alımı düzenlenir ve bilgilendirilir. • İnhalerlerinin uygun şekilde kullanımı öğretilir. 		Sol : 24 Spo2:90 (o2'siz) Po2: 70.0 pco2: 35.0 • Takip ve tedavi devam ediyor.
	VY	• Fizyoterapist konsültasyonu		
	SV	<ul style="list-style-type: none"> • Solunumun hızı, ritmi, derinliği, solunum çabası ve solunum örüntüleri izlenir. • Aşırı huzursuzluk, anksiyete ve hava açlığı yönünden izlenir. • Arteriyel kan gazları takip edilir. • Solunum sekresyonları izlenir. • Akciğer grafisi raporları izlenir. • Vital bulguları uygun şekilde izlenir. • Uygun sıklıklarla derin solunum (her saat başı 5-10 kez), öksürme (her iki saatte 1 kez) egzersizleri yaptırılır. • Erken ve hastanın tolere edebildiği sıklıkta mobilizasyonu sağlanır. 		
	Tİ	<ul style="list-style-type: none"> • İstem edilen bronkodilatörleri uygun şekilde uygulanır. • Oksijen tedavisi uygulanır. • İstem edilen antibiyotik tedavisi uygulanır. 		
				Spo2: 92 ve üzeri Triflow düzenli çalışıyor.Takip ve tedavileri devam ediyor. Taburculuğu planlandı

5.	BİREY ADI: F.Y		GİRİŞİM KATEGORİLERİ	
	PLAN TARİHİ: 10.01.18		ERD: Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık VY: Vaka Yönetimi Tİ: Tedavi ve İşlem SV:Surveyans	
Hemşirelik tanısı	Girişim			Değerlendirme
Problem	Kategori	Bireye özel girişimler		Uygulama tarihi
04. Sağlık Davranışları 37. Fiziksel Aktivite	ERD	<ul style="list-style-type: none"> Hasta ve yakınına güvenli ambulasyon teknikleri öğretilir. Hasta ve ailesine egzersizlerin amacı ve egzersiz planı açıklanır. Hastanın yapmasının uygun olduğu egzersizlere yönelik yazılı taburculuk talimatı sağlanır. 		
Öncelik:	VY	<ul style="list-style-type: none"> Egzersiz programı oluşturmada fizyoterapist ile iş birliği yapılır. Egzersiz protokolüne ve GYA'ne ilişkin evdeki bakım vericiler ile iş birliği yapılır. 		
Kapsam:	SV	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın ilk ambulasyonuna yardım edilir. Hastanın düzenli olarak belirli bir mesafe yürümesi sağlanır. Hastaya ambulasyon mesafesinde gerçekçi artışlar belirlemesi için yardım edilir. Güvenlik sınırları içerisinde hasta bağımsız olarak yürümeye cesaretlendirilir. Hareket/ aktivite sırasında rahatsızlık ve ağrı yönünden hasta takip edilir. Hastanın egzersiz protokolüne duygusal, kardiyovasküler ve işlevsel yanıtı izlenir. Hasta tolere edebildiği ölçüde; yatağın içinde, kenarında, ya da sandalyede oturmaya teşvik edilir. Düzenli ve programlı bir şekilde aktif ve pasif rom egzersizleri yürütülür. 		
Ciddiyet: Aktüel	Tİ	<ul style="list-style-type: none"> Egzersiz öncesi ağrı kontrol önlemleri başlatılır, 		
Risk Faktörleri: • Hareketlerde sınırlılık				<p>Hasta düzenli aralıklarla mobilize oluyor.</p> <p>Gösterilen egzersizleri düzenli aralıklarla uyguluyor.</p> <p>Takip ve uygulamalar devam ediyor</p> <p>Aktivite Toleransında Artış (+)</p>

6.	BİREY ADI: F.Y. PLAN TARİHİ: 10.01.18				GİRİŞİM KATEGORİLERİ ERD: Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık VY: Vaka Yönetimi Tİ: Tedavi ve İşlem SV:Surveyans			
Hemşirelik tanısı	Girişim				Değerlendirme			
Problem	Kategori	Bireye özel girişimler			Uygulama tarihi	Son değerlendirme (.../.../.....)		
03.Fizyolojik Alan 27.Dolaşım Ciddiyet:Aktüel Belirti ve Bulgular: • Ödem (alt extremilerde)	ERD	<ul style="list-style-type: none"> Hasta kilosunun günlük aç karna tartılması gerekliliği ve önemi konusunda bilgilendirilir. Elektrolit dengesizliğinin tipi, nedenleri ve tedavileri konusunda hasta/ailesine öğretim yapılır. Uygun pozisyon konusunda hasta ve yakını eğitilir. Aile üyesi veya bakımından sorumlu kişi deri bütünlüğünün bozulmasına yönelik belirtiler konusunda ve önlemler konusunda bilgilendirilir. 				Ca: 8.7; Na: 133; K:3.72 Takip ve ted. devam ediyor.		
	VY	<ul style="list-style-type: none"> Diyeti diyetisyen iş birliğinde proteinden zengin sodyumdan kısıtlı beslenmesi sağlanır. 				Ca: 8.8; K: 3.9, Na: 132 Takip ve Uygulamalar devam ediyor.		
	SV	<ul style="list-style-type: none"> Günlük aldığı çıkardığı izlemi yapılır. Serum elektrolit seviyeleri, elektrolit dengesizliği bulguları izlenir. Elektrolitten zengin sıvıların kaybı izlenir. Dijital ve diüretik alan hastanın serum potasyum seviyesi yakından izlenir. Sıvı yüklenmesi ve retansiyon göstergeleri (örn; raller, CVP, ödem, boyun venlerinde dolgunluk, laboratuvar bulguları) izlenir. Kardiyak monitor izlemi yapılır, vital bulguları izlenir. Deri ve mukozalardaki değişiklikler, ödemli alanlar enfeksiyon belirtileri açısından izlenir. Venöz dönüşü geliştirmek için etkilenen ekstremitelere elevasyona alınır. Antiembolik çorap kullanımı desteklenir. Sık aralıklarla pozisyon değişimi ve aktif pasif egzersizler yaptırılır. 				Hasta sıvı diyet kısıtlamalarını anladığını ifade etti. Vital bulguları stabil Nefes darlığı yok. Extremiteelerde ki ödem: (+1), AÇİ: +200, KİLO: -1 (TBC SONU)		
	Tİ	<ul style="list-style-type: none"> İstem edilen elektrolitleri içeren intravenöz solüsyon uygulanır. Diüretik ilaç tedavisi düzenlenir. 						

7.	BİREY ADI: F.Y. PLAN TARİHİ: 11.01.18		GİRİŞİM KATEGORİLERİ ERD: Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık VY: Vaka Yönetimi Tİ: Tedavi ve İşlem SV:Surveyans	
Hemşirelik tanısı	Girişim			Değerlendirme
Problem	Kategori	Bireye özel girişimler	Uygulama tarihi	Son değerlendirme (.../.../.....)
04. Sağlık Davranışları 36. Uyku ve Dinlenme Düzeni Ciddiyet: Aktüel Belirti ve Bulgular: • Gece sık sık uyanma • Uykusuzluk	ERD	<ul style="list-style-type: none"> Hastalığı süresince iyileşme için yeterli uykunun önemi anlatılır. Hasta ve ailesi ile uykuyu güçlendirme teknikleri /gevşeme teknikleri/ egzersiz terapisi ile ilgili bilgi verilir (ritmik soluk alma, yürüyüş, sıcak duş, müzik, kitap okuma, meditasyon vb.) Hasta ve ailesine uyku örüntüsünde rahatsızlığa neden olabilecek faktörler (örn; fiziksel, psikolojik, yaşam şekli, çevresel faktörler vb) hakkında öğretim yapılır. Hasta ve ailesine işlemler ve işlemler sırasında neler hissedebileceği konusunda açıklama yapılır. Hasta ve ailesine tanı, tedavi ve prognoza ilişkin gerçekçi bilgi sağlanır. Uykusuzluğa neden olan yiyecek ve içecekler hakkında bilgi verilerek bunlardan kaçınması önerilir (çay, kahve, kafeinli içecekler). 		Sık sık idrara çıktığı için uykusunun bölündüğünü ama 3-4 saat uyduğunu ifade etti.
	SV	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın uyku/aktivite örüntüsü belirlenir. Hastanın bakımı uyku/ uyanıklık döngüsüne göre uygun şekilde planlanır. Hastayı uyandırma sıklığını en aza indirmek için bakım aktiviteleri gruplandırılır ve en az 90 dakikalık uyku döngüsüne olanak sağlanır. Uyku sorununa neden olan faktörlerin hasta ile konuşularak saptanır. Uykuyu geliştirmek için ortam (ışık, ses, ısı, yatak, yorgan) düzenlenir. Hasta gün içinde yorucu olmayan aktiviteler yapmasını sağlayarak aktif tutulur. Hastanın ağrısı değerlendirilir ve etkin yöntemlerle çözümlenir. Masaj, pozisyon verme, duyuşal dokunma gibi rahatlama yöntemleri uygulanır. Uyku bölünmesine neden olan ilaç tedavisinin saat düzenlemesi gözden geçirilir (diüretik ilacı sabah saatlerinde verilir). 		Uyku ve dinlenmeyi artıracak uygulamaları kullanıyor, uyku yoksunluğu semptomları azaldı. Gece uykusu yaklaşık 5-6 saat.
	Tİ	<ul style="list-style-type: none"> Dispne sorununun kontrol altında tutulmaya yönelik uygulamalar yapılır,ve yatak başı yükseltilir. Doktorun istemi doğrultusunda ilaç tedavisi uygulanır. 		

8.	BİREY ADI: F.Y. PLAN TARİHİ: 10.01.18				GİRİŞİM KATEGORİLERİ ERD: Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık VY: Vaka Yönetimi Tİ: Tedavi ve İşlem SV:Surveyans			
Hemşirelik tanısı	Girişim							Değerlendirme
Problem	Kategori	Bireye özel girişimler				Uygulama tarihi	Son değerlendirme (.../.../.....)	
03.Fizyolojik Alan 34. Bulaşıcı /Enfeksiyon Durumu Ciddiyet: Potansiyel Risk faktörleri: • Açık kalp ameliyatı • İnvaziv girişimler (Mevcut dren, katater) • Etkin olmayan solunum örüntüsü	ERD	<ul style="list-style-type: none"> Hasta ve ailesi enfeksiyonun belirti ve bulguları hakkında bilgilendirilir. Hasta ve yakınına uygun el yıkama teknikleri öğretilir. Hastanın banyo yapma zamanı ve banyo sırasında insizyon bölgesinde dikkat edeceği noktalar konusunda bilgilendirilir. Hasta ve ailesi korse ve varis çorabının kullanımı hakkında bilgilendirilir, uygun kullanımı takip edilir. Dengeli ve düzenli beslenmesinin önemi anlatılır. 					Enf. Bulgusu gözlenmedi. Takip ve uygulamalar devam ediyor. CRP: 56 MG/L Enf. Bulgusu gözlenmedi. Takip ve uygulamalar devam ediyor. CRP: 49.2 MG/L Enfeksiyon bulgusu gözlenmedi.	
	VY	•Diyetisyen önerisi ile uygun beslenme programı yapılır.						
	SV	<ul style="list-style-type: none"> İnsizyon bölgesinin yeri, büyüklüğü, görünümü düzenli takip edilir ve kaydedilir. Laboratuar bulguları izlenir. İnsizyon bölgesinin düzenli aseptik tekniklere uygun bakımı sürdürülür. İnvaziv girişim bölgeleri enfeksiyon belirti ve bulguları yönünden izlenir. İnvaziv girişim bölgelerinin aseptik tekniklere uygun bakımı yapılır. İnsizyon bölgesinin temiz ve kuru tutulması sağlanır. İnsizyon bölgesi (bacakta ise) aralıklı olarak bölge dinlendirilir ve eleve edilir. Hasta derin nefes alıp-verme ve öksürme egzersizlerini düzenli yapması için teşvik edilir. Uygun ziyaretçi sayısı sınırlanır. 						
	Tİ	•Dr istemi ile uygun antibiyotik tedavisi uygulanır.						

9.	BİREY ADI: F. Y. PLAN TARİHİ: 11.01.18		GİRİŞİM KATEGORİLERİ ERD: Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık VY: Vaka Yönetimi Tİ: Tedavi ve İşlem SV:Surveyans	
Hemşirelik tanısı	Girişim			Değerlendirme
Problem	Kategori	Bireye özel girişimler		Uygulama tarihi
04. Sağlık Davranışları 38.Kişisel Bakım Öncelik: Kapsam: Ciddiyet:Aktüel Belirti ve Bulgular: • Bireysel bakım aktivitelerini yapamama • Banyo yapmada güçlük • Ağız bakımında güçlük • Giyim kuşam aktivitelerinde güçlük	ERD	<ul style="list-style-type: none"> Hasta ve hastanın ailesine ağız sağlığı bakımının sıklığı ve kalitesi hakkında (örn; hastanın gelişim dönemine özgü diş ipi kullanımı, diş fırçalama, ağız çalkalama, yeterli beslenme, florid içeren su kullanma, diğer koruyucu ve ek ürünler kullanma vb) eğitim yapılır. Hasta bakım vericisi hastanın öz bakım gereksinimlerini karşılaması konusunda hastaya özel uygulamalara yönelik eğitilir, desteklenir. 		Hastanın takibi ve uygulamalar devam ediyor. Öz bakım gereksinimlerini bakım vericisinin desteği ile karşılamaktadır.
	VY	<ul style="list-style-type: none"> Gerektiğinde hasta ve ailesi evde bakım desteği için sosyal hizmetlere yönlendirilir. 		
	SV	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın öz bakım gereksinimleri ve yapabilme durumu kendi kendine giyinme yeteneği gözlemlenir, değerlendirilir. Hastanın kendisinin yapamadığı durumlarda öz bakım gereksinimlerinin karşılanmasına yardım edilir. Hasta ile iletişimde sözel direktifler kısa ve basit tutularak bilişsel yetersizlikler yönetilir. Hasta öz bakım gereksinimlerini karşılamada bağımsız olması için teşvik edilir, yalnızca gerekli durumlarda yardım edilir. Rutin ağız bakımını gerçekleştirmesi sağlanır. Hastanın öz bakım gereksinimlerini karşılariken mahremiyeti korunur. Hasta kuvvet artırıcı egzersiz ve yürüyüş yapmaya teşvik edilir. 		
	Tİ	<ul style="list-style-type: none"> Gerekirse hastanın dudakları ve ağız mukozasını nemlendirmek için uygun yağlı krem kullanılır. Kuru cilt alanlarına nemlendirici krem uygulanır. 		

10.	BİREY ADI: F.Y. PLAN TARİHİ: 10.01.18				GİRİŞİM KATEGORİLERİ	
	ERD: Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık VY: Vaka Yönetimi Tİ: Tedavi ve İşlem SV:Surveyans					
Hemşirelik tanısı	Girişim					Değerlendirme
Problem	Kategori	Bireye özel girişimler			Uygulama tarihi	Son değerlendirme (.../.../.....)
04. Sağlık Davranışları 42. Tedavi Rejimi Ciddiyet: Potansiyel Risk Faktörleri: • Diüretik, Antihipertansif Kullanımı	ERD	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta ve ailesine ilaç uygulama yönetimi uygun şekilde öğretilir. • Hasta ve ailesine ilacın beklenen ve istenmeyen etkileri öğretilir. • Hasta ve ailesine kendi kendilerine ilaç uygulamalarını geliştirmek için uygun şekilde yazılı ve görsel bilgi verilir. • Hasta ve bakım vericisine sağlıkla ilgili kararları almada bilgi ve destek sağlanır. • Reçete gerektirmeyen ilaçların kullanımı ve mevcut durumu nasıl etkileyebileceği hakkında eğitim verilir. • İlaç tedavisi ile ilgili endişeleri tartışmak ve soruları yanıtlamak için taburculuk sonrasında hasta ve ailesi ile uygun şekilde iletişime geçilir 				Uyumlu Davranış Sergilemesi (+4), Sağlık Bakım Kararlarına Katılımı (+4)
	VY	<ul style="list-style-type: none"> • İlaç değişiklikleri doktor ile birlikte uygun şekilde kolaylaştırılır. • Hasta ve bakım vericisinin sağlık bakım kurumları arasındaki iletişimi belirlenir ve kolaylaştırılır. 				
	SV	<ul style="list-style-type: none"> •Hasta ve bakım vericisinin sağlığın geliştirilmesi ve semptom yönetimi ile ilgili bilgisi değerlendirilir. •Önerilen sağlık programlarına uyumu değerlendirilir (örn; diyet, egzersiz, ilaç vb.). • Hastanın serum kan düzeyleri izlenir. • Hastaya taburculuk sonrası stratejik gelişimsel veya durumsal sorun zamanlarında ev ziyareti planlanır. 				
	Tİ	<ul style="list-style-type: none"> • Hastanın ilaçları güvenli ve doğru bir şekilde (kurum politika prosedürlerine uygun) uygulanır. 				

EK-15. ‘Transisyonel Bakım Modeli’ Sağlık Ekibi Profesyonellerinin Eğitimi

TRANSİSYONEL BAKIM MODELİ: AÇIK KALP CERRAHİSİ GEÇİREN YAŞLI HASTALARDA FONKSİYONEL BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİLERİ

EKİP ÜYELERİ TOPLANTISI

EĞİTİMİN İÇERİĞİ

- Problem Tanımı ve Amacımız
- Transisyonel Bakım Modeli Nedir?
- Transisyonel Bakım Modeli Uygulaması
- Transisyonel Bakım Modeli ile Beklenen Çıktılar
- Ekip Üyeleri ve Rollerini

- **Problem Tanımı ve Amacımız;**

Yaşlı hastalarda açık kalp ameliyatının amacı; kalp damar hastalıklarının belirtilerini ortadan kaldırmak, kardiyak fonksiyonu geri kazandırmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Ameliyat sonrası başarı oranındaki artışla orantılı olarak yaşlı bireylerde açık kalp ameliyatı vaka sayısı giderek artmaktadır. Tıp teknolojisi ve cerrahideki ilerlemeler açık kalp ameliyatlarında başarı oranını ve vaka sayısını arttırmasına rağmen; yapılan çalışmalarda ameliyat sonrası dönemde yaşlı bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlarla karşı karşıya kaldığı belirtilmektedir.

Yaşlı bireylerde meydana gelen fonksiyonel bağımsızlığın azalması ya da kaybı; mortalite ve morbidite riskinin artmasına, yaşam kalitesinin azalmasına, bireyin bağımlılık derecesinin artmasına, tekrarlı ve uzun süreli hastane yatışları ile birlikte artan ekonomik giderlere yol açmaktadır.

Çalışmanın amacı, açık kalp ameliyatı geçiren yaşlı hastalarda Transisyonel Bakım Modeli doğrultusunda verilen hemşirelik bakımının; hastaların fonksiyonel bağımsızlık düzeyleri, yaşam kalitesi ve sağlık bakım maliyeti üzerine etkilerini değerlendirmektir.

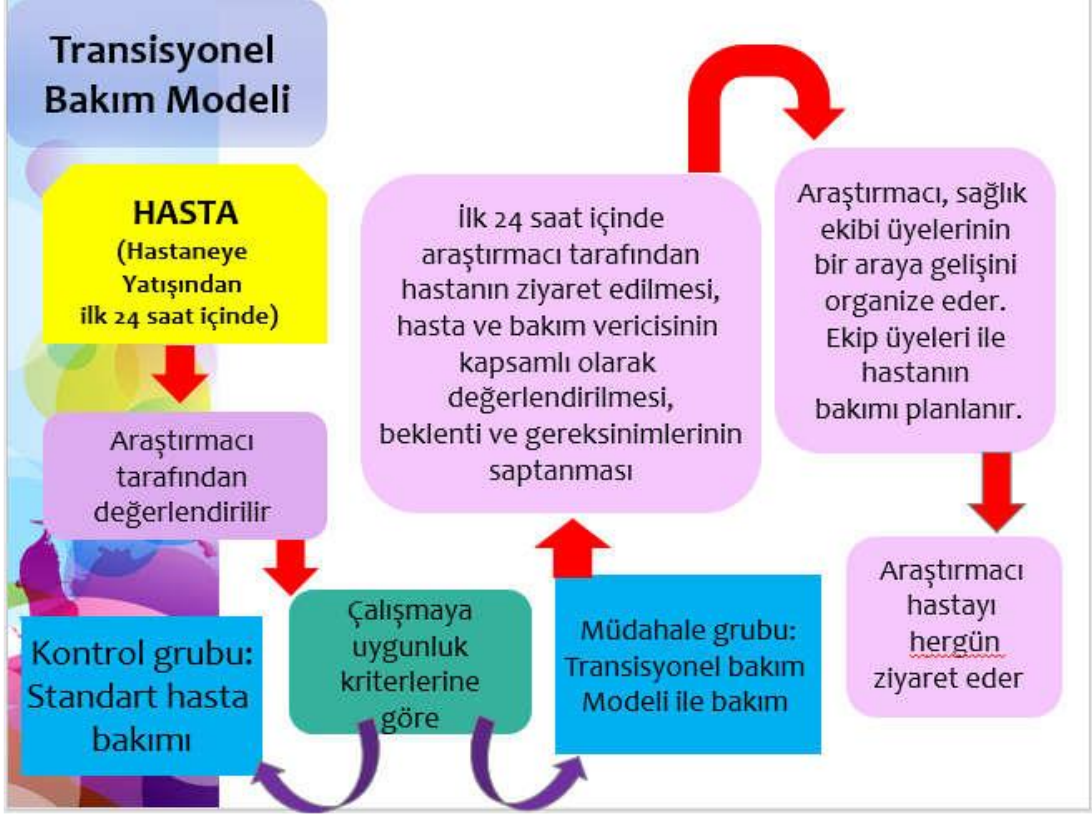
- **Transisyonel Bakım Modeli Nedir?**

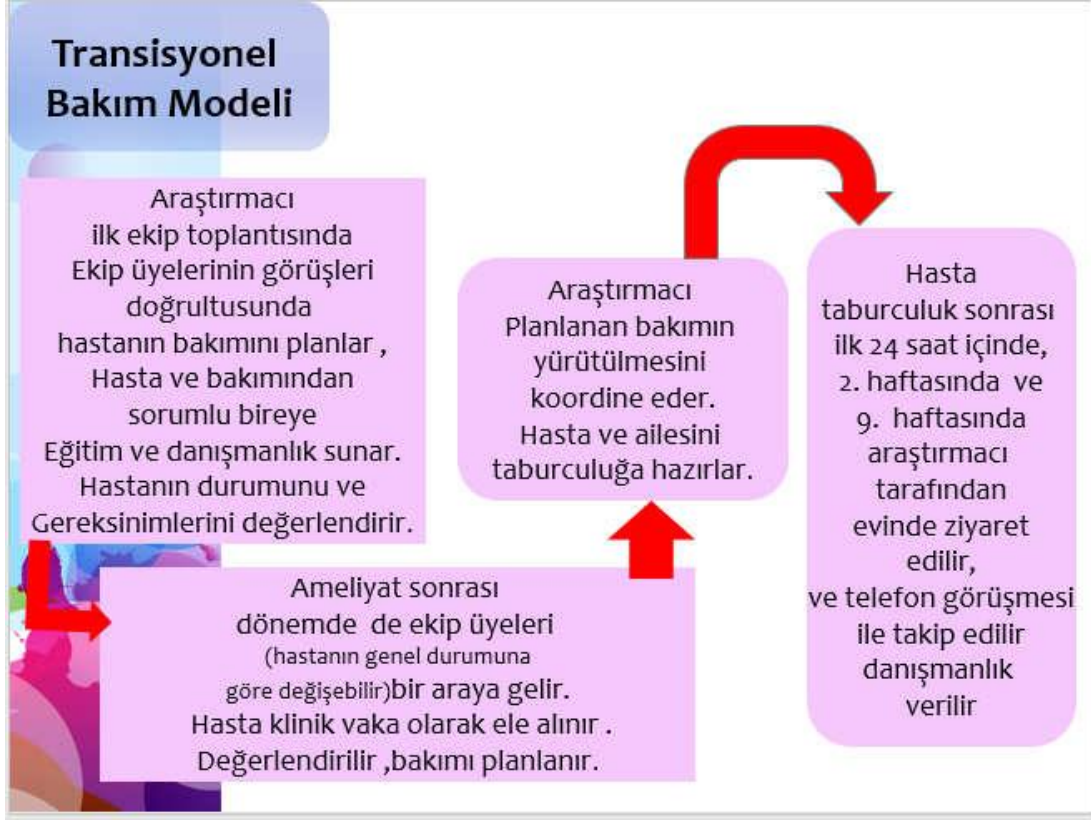
Transisyonel bakım; ‘bir durum/ortamdan farklı bir duruma/ ortama geçişi yapılan yüksek riskli hasta gruplarında bakımın devamlılığını geliştirmek ve istenmeyen sonuçları önlemek’ olarak tanımlanmaktadır. Transisyonel bakım modeli özellikle yaşlı hasta ve yakınlarının (primer bakım vericisinin) bakım sürecine aktif katılımını içeren EKİP ÇALIŞMASINI temel almaktadır.

Transisyonel Bakım Modelinin İçeriği;

- Hastanın kliniğe yatışı ile birlikte değerlendirilme sürecinin başlaması,
- Sağlık ekibi üyelerinin bir araya gelerek klinik vakayı tartışması ve hastanın bakımını planlamaları,
- Her bir hastaya özel geliştirilen bakım planları ile hizmet sunulması,

- Ekip üyeleri ile birlikte taburculuğunun planlanması,
- Hastaneden taburculuğu sonrası tanımlanan süre boyunca telefon ile danışmanlık hizmeti verilmesi,
- Ev ziyaretlerinin gerçekleştirilmesidir.





Transisyonel Bakım Modeli ile Beklenen Çıktılar;

- Hasta ve bakımından sorumlu kişinin sağlık sorunlarını yönetebilmesi,
- Hastanın hastaneden erken taburculuğu,
- Taburculuk sonrası sağlık kuruluşlarına başvuru ve tekrarlı yatışlarda azalma,
- Hastanın fonksiyonel bağımsızlık düzeyinde artış,
- Hastanın yaşam kalitesinde artış,
- Hasta ve bakımından sorumlu kişinin bakıma aktif katılımı ve bakıma yönelik memnuniyetinin artmasıdır.

• Ekip Üyeleri ve Roller

Sağlık Ekibi içerisinde çalışmanın yürütüleceği kurumda çalışmakta olan hekim, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist ve sosyal hizmet uzmanı yer alacaktır. Çalışmaya destek vermeyi kabul eden ekip üyeleri (müdahale grubunda yer alacak 33 hasta için) araştırmacının organize edeceği ekip toplantılarına eksiksiz katılarak hastanın bakımının planlanması ve yürütülmesinde kendi uzmanlık alanına yönelik görev alacaktır.

Hastanın hastaneye kabulü ile en az bir kez ameliyat sonrası ekip üyeleri bir araya gelecek; vaka analizi yapacak ve hastanın bakımını planlayacaktır.

Planlanan bakım süreci kapsamında ekip üyeleri kendi uzmanlık alanlarına yönelik hastayı takip edecek, değerlendirecek, uygulamada bulunacaklardır. Ekip üyeleri hastayı değerlendirme ve uygulama notlarını 'Açık Kalp Cerrahisi Klinik Yol Haritası' nda ilgili alana kaydedeceklerdir.

Hekim: Hastanın tanı, tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarını planlar, yapar ve olası komplikasyonların önlenmesi için çalışır. Birlikte çalıştığı diğer sağlık meslek

mensupları tarafından gerçekleştirilen tıbbi bakım ve uygulamaları planlar, izler ve denetler.

Hemşire: Bireyin ve ailesinin hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirleme ve hemşirelik tanılama çerçevesinde (OMAHA sistemi kullanılarak) hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler. Hekim tarafından seçilen tıbbî talepleri bilimsel esaslara göre belirlenen sağlık bakım, tanı ve tedavi protokolleri doğrultusunda yerine getirir.

Fizyoterapist: Hastaların hareket ve fiziksel fonksiyon bozukluklarının ortadan kaldırılması veya iyileştirilmesi amacıyla gerekli uygulamaları planlar ve yapar. Fizyoterapi programında belirlenen hedeflere ulaşabilmek için hastanın rol ve görevlerini tanımlar. Fizyoterapi programı ve iyileşme süreci ile ilgili bilgileri kaydeder. Koruyucu ve destekleyici rehabilitasyon cihaz ve teknolojilerinin kullanımı konusunda uzman tabiple birlikte, uygun ölçü ve özellikleri belirler, öneri geliştirir, hasta ve aileye eğitim verir.

Diyetisyen: Hastalar için gerekli beslenme programlarını düzenler. Bireylerin hastalığına, antropometrik ölçümlerine, laboratuvar bulgularına ve tedavisine uygun olarak besin ögesi gereksinimlerini belirler, diyet tedavilerini ve beslenme eğitimi hizmetlerini planlar ve izler. Hastaların diyet ve normal yemekleri ile ilgili istek ve eğilimlerini tespit ederek, yemek listelerini tabibin tespit ettiği esaslar içinde kalmak suretiyle hazırlar. Hastayı yemek rejimi hususunda eğitir. Hastalara verilecek olan oral, enteral ve parenteral beslenme ürünlerinin seçiminde, hazırlanmasında, uygulamalarında, eğitim ve izleme süreçlerinde görev alır.

Sosyal Hizmet Uzmanı: Hastaların kişisel ve ailevi sorunlarının çözümlenmesinde ailesi ve yakın çevresi (Hastane, iş, okul vb.) ile iş birliği yapar. Hastaların gerektiğinde sosyo- ekonomik durumlarının tetkikini yaparak hastane harcamalarına katılıp katılmayacağını araştırır ve değerlendirir. Aldığı sonucu Bakanlıkça saptanan bir forma doldurarak hasta evraklarının arasına ekler. Maddi yetersizliği olanlara diğer dış kurumlardan sürekli veya geçici destek sağlanmasına yardımcı olur.

Araştırmacı (Koordinatör Hemşire): Hasta ve bakımından sorumlu kişinin değerlendirilmesi beklenti ve gereksinimlerini tanımlar. Hastanın klinik durumunun düzenli olarak gözden geçirir ve takip eder. Ekip üyelerinin bir araya getirilmesi için planlama ve organizasyonu yürütür. Ekip toplantılarında vaka(hastanın) sunumu ve ekip üyelerinin görüş ve önerilerini alarak hasta bakımının planlanmasını ve yürütülmesini koordine eder. Hasta ve bakımından sorumlu kişiye yönelik taburculuk eğitimini ve danışmanlık hizmetini yürütür. Hastanın tedavi ve ilaç rejimine bağlılığını değerlendirir ve destekler.

KAYNAKÇA

1. Cebeci F, Celik SS. Discharge training and counselling increase self-care ability and reduce postdischarge problems in CABG patients. *J Clin Nurs*. 2008; 17(3): 412-420. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.01952.x.
2. Dunckley M, Ellard D, Quinn T, Barlow J. Coronary artery bypass grafting: patients' and health professionals' views of recovery after hospital discharge. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2008; 7(1): 36-42. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2007.06.001.
3. Feltner C, Jones CD, Cené CW, Zheng Z, Sueta CA, Coker-Schwimmer EJ. Transitional care interventions to prevent readmissions for persons with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2014; 160: 774-784. doi:doi: 10.7326/M14-0083.
4. Graf C. Functional decline in hospitalized older adults. *The American Journal of Nursing*. 2006; 106(1): 58-67.
5. Hirschman K, Shaid E, McCauley K, Pauly M, Naylor M. "Continuity of Care: The Transitional Care Model". *The Online Journal of Issues in Nursing*. 2015; 20(3): doi:10.3912/OJIN.Vol20No03Man01.
6. Mahmood KT, Khalid A. Management of post operative CABG patients- a review. *Journal of Pharmaceutical Science and Technology*. 2011; 3(1): 456-461.
7. Naylor MD, Hirschman KB, Hanlon AL, Bowles KH, Bradway C, McCauley KM et al. Effects of alternative interventions among hospitalized, cognitively impaired older adults. *Journal of Comparative Effectiveness Research*. 2016; 5(3): 259-272. doi:doi: 10.2217/ce-2015-0009.
8. Naylor MD, Shaid EC, Carpenter D, Gass B, Levine C, Li J. et al. Components of comprehensive and effective transitional care. *J Am Geriatr Soc*. 2017; 65(6): 1119-1125. doi:10.1111/jgs.14782.
9. Naylor MD, Feldman PH, Keating S, Koren MJ, Kurtzman ET, Maccoy MC. et al. Translating research into practice: transitional care for older adults. *J Eval Clin Pract*. 2009; 15(6): 1164-1170. doi:10.1111/j.1365-2753.2009.01308.x.
10. Naylor MD. A decade of transitional care research with vulnerable elders. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2000; 14(3): 1-9.
11. Noyeza L, Jagera MJd, Markou ALP. Quality of life after cardiac surgery: Underresearched research. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2011;13(5):511-4.
12. Sawatzky JV, Christie S, Singal RK. Exploring outcomes of a nurse practitioner-managed cardiac surgery follow-up intervention: a randomized trial. *Journal of Advanced Nursing*. 2013;69(9):2076-87.
13. Tuna Z, Şenol Çelik S. Otonomi değerlendirme ölçeği'nin 65 yaş ve üstü bireylerde geçerlilik-güvenirlilik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2012;19(1):51-61.
14. Young LH. Heart disease in the elderly. In: Zaret BL, Moser M, Cohen LS, editors. *Yale University School of Medicine Heart Book*2002. p. 263-72.

EK-16. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formları

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (DENEY GRUBU)

Sayın Katılımcı

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı ‘Transisyonel Bakım Modeli: Açık Kalp Cerrahisi Geçiren Yaşlı Hastalarda Fonksiyonel Bağımsızlık Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri’dir. Açık kalp ameliyatı olacak hastaların ve yakınlarının bu süreçte sorunlarının azaltılmasına yönelik danışmanım Doç. Dr. Sergül Duygulu önderliğinde bir tez çalışması hazırlıyorum. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide ve bakımda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına sahipsiniz.

Bu araştırmayı yapmak istememin nedeni, sizinle görüşerek ameliyat nedeniyle yaşayabileceğiniz sorunları belirlemek, bu belirlenen sorunlara yönelik sağlık personeli ile (doktor, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist ve sosyal hizmet uzmanı) işbirliği halinde çözümler sunmak ve evde nasıl müdahale edeceğinizi anlatarak evde sizi ziyaret ederek sorunlarınızı çözmeye çalışmaktır. Böylece sağlık bakım hizmeti sunumunda yeni bir model olan transisyonel bakım modelinin etkinliğini değerlendirmeyi amaçlıyorum. Çalışmanın sizin için herhangi bir zararı olmamakla birlikte bu süreci daha başarılı atlatmanızda size yardımcı olacaktır.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz öncelikle tanıtıcı bilgiler formu doldurulacak, fonksiyonel bağımsızlığınızı (günlük yaşam aktivitelerinizi, iletişiminizi, hareketinizi vs.) ve yaşam kalitenizi değerlendiren birer ölçek uygulanacak ve size taburculuk eğitim kitapçığı verilecektir. Ameliyat olduktan sonra size uygulanan ölçek doğrultusunda sizin belirlediğiniz zamanda size taburculuk eğitimi verilecektir. Hastanede yattığımız sürece rutin tedavi ve bakımınız verilmeye devam edilecek ve araştırmacı (Simge Çoşkun) tarafından ziyaret edileceksiniz. Taburcu olduktan sonra evinizde 4 kez ziyaret edileceksiniz. Bu ziyaretler esnasında ameliyat sonrasında sorun yaşayıp yaşamadığınız ve yaşadığınız sorunlar için neler yaptığınız değerlendirilecektir, aynı zamanda bu süreçte telefonla da araştırmacıya ulaşarak danışmanlık alabileceksiniz. Ayrıca ziyaretler esnasında yaşadığınız sorunlara yönelik danışmanlık verilecek ve fonksiyonel bağımsızlığınızı ve yaşam kalitenizi değerlendiren ölçekler bir kez daha uygulanacaktır. Araştırmaya 60 (altmış) kişi katılacak olup, çalışma kapsamında yaklaşık 6 ay sağlık durumunuz takip edilecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Şimdiden vereceğiniz samimi yanıtlar, paylaşımlarınız, işbirliğiniz ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermeme için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Tarih:

Gönüllünün;

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Araştırmacının;

Adı, soyadı: Simge Çoşkun

Görevi: Araştırma Görevlisi

Adres: AİBÜ BOLU SAĞLIK Y.O.

Tel: 0-374 253 10 00/ 2304

E-posta: csknsimge@gmail.com

İmza:

Tanığın;

Adı, soyadı:

Görevi:

Adres:

Tel:

İmza:

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (KONTROL GRUBU)

Sayın Katılımcı

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı ‘Transisyonel Bakım Modeli: Açık Kalp Cerrahisi Geçiren Yaşlı Hastalarda Fonksiyonel Bağımsızlık Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri’dir. Açık kalp ameliyatı olacak hastaların ve yakınlarının bu süreçte sorunlarının azaltılmasına yönelik danışmanım Doç. Dr. Sergül Duygulu önderliğinde bir tez çalışması hazırlıyorum. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide ve bakımda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına sahipsiniz.

Bu araştırmayı yapmak istememin nedeni, sizinle görüşerek açık kalp ameliyatı nedeniyle yaşayabileceğiniz sorunları belirlemektir. Çalışmanın sizin için herhangi bir zararı olmayacaktır.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz öncelikle size tanıtıcı bilgiler formu doldurulacak, fonksiyonel bağımsızlığınızı (günlük yaşam aktivitelerinizi, iletişiminizi, hareketlerinizi vs.), yaşam kalitenizi değerlendiren birer ölçek uygulanacaktır. Hastanede yattığınız sürece rutin tedavi ve bakımınızı almaya devam edeceksiniz. Taburcu olduktan sonra araştırmacı tarafından evinizde üç kez ziyaret edileceksiniz. Bu ziyaretler esnasında ameliyat sonrasında sorun yaşayıp yaşamadığımız, yaşadığımız sorunlar için neler yaptığımız değerlendirilecek ve son görüşmede fonksiyonel bağımsızlığınızı ve yaşam kalitenizi değerlendiren ölçek tekrar uygulanacaktır. Araştırmaya 60 (altmış) kişi katılacak olup, çalışma kapsamında yaklaşık 6 ay sağlık durumunuz takip edilecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Şimdiden vereceğiniz samimi yanıtlar, paylaşımlarınız, işbirliğiniz ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Tarih:

Gönüllünün;

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Araştırmacının;

Adı, soyadı: Simge Çoşkun

Görevi: Araştırma Görevlisi

Adres: AİBÜ BOLU SAĞLIK Y.O.

Tel: 0-374 253 10 00/ 2304

E-posta: csknsimge@gmail.com

İmza:

Tanığın;

Adı, soyadı:

Görevi:

Adres:

Tel:

İmza:

EK-17. Etik Kurul İzni

ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY CLINICAL RESEARCHES ETHICS COMMITTEE APPROVAL

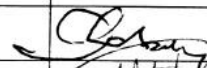



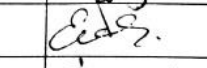
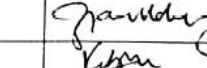

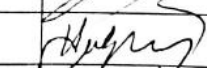
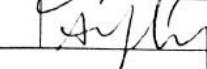


Sayı : 114

25.15/2017

Konu: Kararlar

BAŞVURU BİLGİLERİ (APPLICATION INFORMATION)	ARAŞTIRMANIN ADI (TITLE OF THE PROJECT)	Transisyonel Bakım Modeli:Acık Kalp Cerrahisi Geçiren Yaşlı Hastalarda Fonksiyonel Bağımsızlık Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Üzerine etkileri
	SORUMLU ARAŞTIRMACI (PRINCIPAL INVESTIGATER)	Doç.Dr.Sergül DUYGULU
	DİĞER ARAŞTIRMACILAR (OTHER INVESTIGATERS)	Arş.Gör.Simge ÇOŞKUN
	ARAŞTIRMA MERKEZİ (RESEARCH CENTER)	AİBÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi

KARAR (DECISION)	Karar no (Decision No): 2017/42	Tarih (Date):27.04.2014
	Doç.Dr.Sergül DUYGULU'nun sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası ve ilgili belgelerin incelenmesi sonucunda araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik yönden sakınca olmadığına mevcudun oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

Üyeler	Uzmanlık alanı	Kurumu	İmza
Prof. Dr. Nimet KABAKUŞ (Başkan)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	Tıp Fakültesi	
Prof. Dr. Safiye GÜREL (Başkan Yrd.)	Radyoloji AD	Tıp Fakültesi	
Prof. Dr. Özge UZUN (Üye)	Farmakoloji AD	Tıp Fakültesi-	
Doç. Dr. Hüsamettin ÇAKICI (Üye)	Ortopedi ve Travmatoloji AD	Tıp Fakültesi	
Yrd. Doç. Dr. Mervan BEKDAŞ (Üye)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	Tıp Fakültesi	
Yrd. Doç. Dr. Erkan KILINÇ (Üye)	Fizyoloji AD	Tıp Fakültesi	
Yrd. Doç. Dr. İsa YILDIZ (Üye)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD	Tıp Fakültesi	
Yrd.Doç.Dr.Oya KALAYCIOĞLU (Üye)	Bioistatistik	AİBÜ	
Hatice Selen SÖYLEMEZ (Üye)	Eczacı	Özel	
Av.Huri Hülya GÜNEŞ COŞKUN (Üye)	Hukukçu	Özel Hukuk Bürosu	
Abdurrahman ÇANKALOĞLU (Üye)	Öğretmen	İ.B Halk Eğitim Merkezi	

EK-18. Kurum İzinleri



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Bolu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

BOLU İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - BOLU İLİ KHBGS EĞİTİM BİRİMİ
07.06.2017 10:05 : 19339901 904.03 : E 169



Sayı : 71924980-604.02
Konu : Araştırma İzni (Simge ÇOŞKUN)

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu'nda Arş. Gör. Simge ÇOŞKUN'un, "**Transisyonel Bakım Modeli: Açık Kalp Cerrahisi Geçiren Yaşlı Hastalarda Fonksiyonel Bağımsızlık Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri**" konulu araştırmasını Doç. Dr. Sergül Duygulu danışmanlığında 01/07/2017-01/07/2018 tarihleri arasında Genel Sekreterliğimize bağlı İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmasını olurlarınıza arz ederim.

Dt. Taner LAÇIN
İdari Hizmetler Başkanı V.

O L U R
.../.../2017

Dr. Şevki ERKAL
Genel Sekreter

EKLER:
Simge ÇOŞKUN

Bolu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim Ar-Ge Birimi Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi Ağaççılar Mevkii 0(374)2753030-2526 Nilgün Yıldız Eğitim Ar-Ge Birimi
Faks No:
e-Posta: nilgun.yildiz2@saglik.gov.tr İnt. Adresi: e-posta: www.bolu.khb@saglik.gov.tr


Bilgi için: Nilgün YILDIZ

Unvan: UZMAN


Telefon No: 0374 270 45 75 / 2535

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 02aea594-3929-4aab-8c66-a72d1d96521c kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-19. Yaşam Kalitesi (SF36) Formu Kullanımı İçin Yazardan Alınan İzin

 **Simge oşkun** 4 days ago

Merhaba hocam,
Ben 'Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Esasları ve Yönetimi Tümüleşik Doktora Programı'nda öğrenciyim. Danışmanım Doç. Dr. Sergül Duygulu ile yürüteceğimiz doktora tezimde siz ve arkadaşlarınızın geliştirdiği Kısa Form-36 yaşam kalitesi ölçeğini kullanmak istiyorum. Yayının birinci ismi sayın Doç. Dr. Hikmet Koçyiğit'in mail adresine ulaşamadım. Ölçeğinizi çalışmamda kullanabilir miyim?
Çalışmalarınızda başarılar dilerim.
Saygılarımla Simge oşkun

 **Omer Aydemir to you** 2 days ago

Merhaba,
Tez çalışmanızda SF-36 yaşam kalitesi ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyarım.
Başarılar dilerim.
Prof. Dr. Ömer Aydemir
Celal Bayar Üniversitesi

Inbox · 1

Sent

Archive

Ek-20. Otonomi Değerlendirme Ölçeği Kullanımı İçin Yazardan Alınan İzin

"Otonomi Değerlendirme Ölçeği"

zahide tuna <zahide26@hotmail.com>
Alıcı: simge çoşkun <csksimge@gmail.com>

15 Temmuz 2016 09:13

Merhaba Simge,

Ölçeği ve ölçeğin nasıl değerlendirildiği ile ilgili yayımları ekte gönderiyorum. Tezinde başarılar diliyorum.
Sevgilerimle
Yrd. Doç. Dr. Zahide TUNÇBİLİK

From: csksimge@gmail.com
Date: Wed, 13 Jul 2016 15:53:41 +0300
Subject: "Otonomi Değerlendirme Ölçeği"
To: zahide26@hotmail.com

Değerli hocam,
'Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Esasları ve Yönetimi Tımlaşık Doktora Programı' eğitimim kapsamında Doç. Dr. Sergül Duyugulu danışmanlığında yürütmeyi planladığımız doktora tezi çalışmamda geçerlilik ve güvenilirlik çalışmamı gerçekleştirdiğimiz "Otonomi Değerlendirme Ölçeği"ni izniniz olursa kullanmak istiyorum.
Saygı ve sevgilerimle
İyi çalışmalar dilerim.
..

Functional Autonomy Measurement System

Hébert Réjean <rejean.hebert@umontreal.ca>
Alıcı: simge çoşkun <csksimge@gmail.com>

25 Haziran 2019 16:20

Hello,

Please find enclosed the English version of the scale. I am not aware of a Turkish version. You can use the SMAF in your research. If you undergo a Turkish version, please keep me informed.

Good luck,

Sincerely,

Professeur Réjean Hébert, MD MPhil

Doyen

École de santé publique (ESPUM)

Chercheur à l'Institut de recherche en santé publique (IRSPUM)

Université de Montréal

7101, Avenue du Parc, bureau 3014-6

Montréal, H3N 1X9

Tel: 514-343-6622

Rejean.Hebert@UMontreal.ca

Hassas metinleri, grafikleri v
kaldırı olarak silin

EK TABLOLAR

EK Tablo 1. Hastalarda taburculuk sonrası izlemleri süresince görülen sorunların dağılımı.

	1. izlem				Ki kare	p	2. izlem				Ki kare	p	3. izlem				Ki kare	p	
	Müdahale		Kontrol				Müdahale		Kontrol				Müdahale		Kontrol				
	N	%	N	%			N	%	N	%			N	%	N	%			
Solunum Sistemi																			
Nefes darlığı	3	9,4	10	31,3	4,730	0,030	2	6,3	9	28,1	5,379	0,020	0	0,0	9	28,1	10,473	0,001	
Kardiyovasküler Sistem																			
Çarpıntı	0	0,0	2	6,3	2,065	0,151	0	0,0	2	6,3	2,065	0,151	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	
Kan basıncı yüksek	1	3,1	1	3,1	0,000	1,000	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	0	0,0	0	0,0	-	-	
Ellerde ödem	1	3,1	0	0,0	1,016	0,313	1	3,1	0	0,0	1,016	0,313	0	0,0	0	0,0	-	-	
Gastrointesitinal Sistem																			
İştahsızlık	1	3,1	9	28,1	7,585	0,006	0	0,0	3	9,4	3,148	0,076	0	0,0	4	12,5	4,267	0,039	
Ağız kuruluğu	1	3,1	1	3,1	0,000	1,000	0	0,0	0	0,0	-	-	0	0,0	0	0,0	-	-	
Bulantı kusma	0	0,0	3	9,4	3,148	0,076	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	0	0,0	0	0,0	-	-	
İshal	0	0,0	2	6,3	2,065	0,151	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	0	0,0	0	0,0	-	-	
Kabızlık	5	15,6	4	12,5	0,129	0,719	0	0,0	3	9,4	3,148	0,076	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	
Gaz flatus	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	0	0,0	0	0,0	-	-	
Yara Bakımı																			
Yara yeri akıntı	1	3,1	1	3,1	0,000	1,000	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	0	0,0	0	0,0	-	-	
Yara yeri kızarıklık	0	0,0	2	6,3	2,065	0,151	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	0	0,0	0	0,0	-	-	
Yara yeri ağrı	9	28,1	5	15,6	1,463	0,226	2	6,3	5	15,6	1,444	0,230	0	0,0	3	9,4	3,148	0,076	
Yara kenarı açılma	0	0,0	3	9,4	3,148	0,076	0	0,0	0	0,0	-	-	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	
Yara çevre ısı artış	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	0	0,0	0	0,0	-	-	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	
Damar alınmayan bacak şiş	2	6,3	12	37,5	9,143	0,002	3	9,4	11	34,4	5,851	0,016	0	0,0	7	21,9	7,860	0,005	
Damar alınan bacak şiş	3	9,4	15	46,9	11,130	0,001	7	21,9	14	43,8	3,473	0,062	1	3,1	9	28,1	7,585	0,006	
Varis çorabı kullanamama	2	6,3	15	46,9	13,537	0,000	1	3,1	9	28,1	7,585	0,006	0	0,0	5	15,6	5,424	0,020	

EK Tablo 1. Hastalarda taburculuk sonrası izlemleri süresince görülen sorunların dağılımı (Devamı).

	1. izlem				Ki kare	p	2. izlem				Ki kare	p	3. izlem				Ki kare	p
	Müdahale		Kontrol				Müdahale		Kontrol				Müdahale		Kontrol			
	N	%	N	%			N	%	N	%			N	%	N	%		
Nörolojik Problemler																		
Çabuk yorulma	6	18,8	10	31,3	1,333	0,248	4	12,5	9	28,1	2,413	0,120	0	0,0	7	21,9	7,860	0,005
Halsizlik	9	28,1	20	62,5	7,630	0,006	5	15,6	15	46,9	7,273	0,007	1	3,1	12	37,5	11,680	0,001
Yorgunluk	7	21,9	19	59,4	9,328	0,002	2	6,3	16	50,0	15,150	0,000	0	0,0	13	40,6	16,314	0,000
Güçsüzlük	0	0,0	3	9,4	3,148	0,076	0	0,0	3	9,4	3,148	0,076	0	0,0	2	6,3	2,065	0,151
Sersemlik hissi	0	0,0	2	6,3	2,065	0,151	0	0,0	2	6,3	2,065	0,151	0	0,0	0	0,0	-	-
Kolda kuvvet kaybı	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	0	0,0	0	0,0	-	-	0	0,0	0	0,0	-	-
Ellerde karıncalanma	1	3,1	2	6,3	0,350	0,554	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313
Uyku Problemleri																		
Uykusuzluk	9	28,1	15	46,9	2,400	0,121	4	12,5	12	37,5	5,333	0,021	0	0,0	6	18,8	6,621	0,010
Uykuya dalmada güçlük	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	0	0,0	0	0,0	-	-	0	0,0	0	0,0	-	-
Uyku bölünmesi	0	0,0	3	9,4	3,148	0,076	0	0,0	2	6,3	2,065	0,151	0	0,0	0	0,0	-	-
Gündüz sürekli uyuma	1	3,1	2	6,3	0,350	0,554	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	0	0,0	2	6,3	2,065	0,151
Ağrı																		
Göğüs ağrısı	4	12,5	12	37,5	5,333	0,021	2	6,3	11	34,4	7,819	0,005	0	0,0	4	12,5	4,267	0,039
Sırt ağrısı	3	9,4	16	50,0	12,650	0,000	1	3,1	12	37,5	11,680	0,001	0	0,0	2	6,3	2,065	0,151
Omuz ağrısı	6	18,8	16	50,0	6,926	0,008	0	0,0	11	34,4	13,283	0,000	0	0,0	2	6,3	2,065	0,151
Sacral bölge ağrı	1	3,1	2	6,3	0,350	0,554	0	0,0	2	6,3	2,065	0,151	0	0,0	3	9,4	3,148	0,076
Psikolojik Problemler																		
Dikkat konsantrasyon azalma	1	3,1	1	3,1	0,000	1,000	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	0	0,0	0	0,0	-	-
Korku	4	12,5	6	18,8	0,474	0,491	1	3,1	5	15,6	2,943	0,086	0	0,0	3	9,4	3,148	0,076
İçe kapanma	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	31	96,9	27	84,4	-	-	0	0,0	0	0,0	-	-
Kolay incinme ağlama	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313
Karamsarlık	0	0,0	2	6,3	2,065	0,151	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	0	0,0	4	12,5	4,267	0,039
Çabuk sinirlenme	3	9,4	5	15,6	0,571	0,450	1	3,1	5	15,6	2,943	0,086	0	0,0	0	0,0	-	-

EK Tablo 1. Hastalarda taburculuk sonrası izlemleri süresince görülen sorunların dağılımı (Devamı).

	1. izlem				Ki kare	p	2. izlem				Ki kare	p	3. izlem				Ki kare	p	
	Müdahale		Kontrol				Müdahale		Kontrol				Müdahale		Kontrol				
	N	%	N	%			N	%	N	%			N	%	N	%			
Psikolojik Problemler																			
Dikkat konsantrasyon azalma	1	3,1	1	3,1	0,000	1,000	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	0	0,0	0	0,0	-	-	
Korku	4	12,5	6	18,8	0,474	0,491	1	3,1	5	15,6	2,943	0,086	0	0,0	3	9,4	3,148	0,076	
İçe kapanma	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	31	96,9	27	84,4	-	-	0	0,0	0	0,0	-	-	
Kolay incinme ağlama	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	
Karamsarlık	0	0,0	2	6,3	2,065	0,151	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	0	0,0	4	12,5	4,267	0,039	
Çabuk sinirlenme	3	9,4	5	15,6	0,571	0,450	1	3,1	5	15,6	2,943	0,086	0	0,0	0	0,0	-	-	
Sosyal Yaşam Problemleri																			
Arkadaş ziyaret etmeme	15	46,9	24	75,0	5,317	0,021	2	6,3	18	56,3	18,618	0,000	0	0,0	9	28,1	10,473	0,001	
Sosyal aktivite katılmama	13	40,6	23	71,9	6,349	0,012	1	3,1	18	56,3	21,633	0,000	0	0,0	9	28,1	10,473	0,001	
Cinsellik																			
Cinsel ilişki sürdürme sorun	3	9,4	6	18,8	1,164	0,281	2	6,3	6	18,8	2,286	0,131	0	0,0	3	9,4	3,148	0,076	
Diğer sorunlar																			
Kan şekeri yüksek	0	0,0	2	6,3	2,065	0,151	0	0,0	0	0,0	-	-	0	0,0	0	0,0	-	-	
İlaç kullanımı yanlış uygulama	2	6,3	3	9,4	0,217	0,641	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	
İdrar yolunda yanma ağrı	1	3,1	1	3,1	0,000	1,000	0	0,0	0	0,0	-	-	0	0,0	2	6,3	2,065	0,151	
İdrar yaparken his kaybı	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	0	0,0	1	3,1	1,016	0,313	

EK 21. Orjinallik Ekran Çıktısı

TRANSİSYONEL BAKIM MODELİ: AÇIK KALP CERRAHİSİ GEÇİREN YAŞLI HASTALARDA FONKSİYONEL BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİLERİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 12	% 8	% 5	% 9
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.gulhanesbhc2019.org İnternet Kaynağı	% 2
2	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	% 2
3	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	% 1
4	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
5	dergipark.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
6	İlkin YILMAZ, Dilek ÖZDEN, Gülşah GÜROL ARSLAN. "An Analysis of an Intensive Care Unit Patient with Tracheostomy according to the Omaha Classification System: A Case Report", Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 2018	<% 1

9. ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Simge ÇOŞKUN

Doğum yeri ve tarihi: 26.07.1985

Uyruğu: T.C.

İletişim adresi: Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Telefon: 0 374 254 4777

II. Eğitimi

Derece	Bölüm/Program	Okul	Yıl
Lisans	Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik	Hacettepe Üniversitesi	2004-2010
Lise	Hemşirelik	Validebağ Anadolu Sağlık Meslek Lisesi	2000-2004

III- Mesleki Deneyimi

Görev Ünvanı	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi-Genel Cerrahi Kliniği, Servis Hemşiresi	2004-2009
Hemşire	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kalp Merkezi- Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Servis Hemşiresi	2009-2015
Araştırma Görevlisi	Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi -Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	2015-...

IV- Bilimsel Faaliyetleri

Yayınlar

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

27th International Nursing Research Congress, Sözel Bildiri: Coskun, S., & Korkmaz, F. Determination of Self-Care Ability Level of Patients With Open Heart Surgery After Discharge. 27th international Nursing Research Congress Abstract Book, 2016.

Uluslararası 2. Adli Hemşirelik Kongresi ve 1. Adli Sosyal Hizmet Kongresi, Sözel Bildiri: Cerit, B., Çalışkan, M.A., Çoşkun, S., Temelli G., Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Adli Hemşireliğe İlişkin Bilgi Düzeyleri, 2016

IV. International Multidisciplinary Congress of Euroasia (Imcofe), Sözel Bildiri: Cerit, B., Bilgin, N., Çoşkun, S., Yorgun, S., Hemşirelik Öğrencilerinin ve Hemşirelerin Bakıma İlişkin Tutum ve Davranışları, 2017

2.Uluslararası 11. Ulusal İzmir İleri Yaş Sempozyumu, Poster Bildiri: Çelik, G., Çoşkun, S., Yaşlıya Bakım Veren Aile Bakım Vericilerin Roller ve Bakıma Etkileri, 2018

2.Uluslararası 11. Ulusal İzmir İleri Yaş Sempozyumu, Poster Bildiri: İlman Yıldız, A. Çoşkun, S., Yaşlı Bireylerin Aşılama Durumları, 2018

1. Uluslararası Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi, Sözel Bildiri: Cerit, B., Çalışkan, M.A., Çoşkun, S., Yönetici Hemşirelerin Dönüşümcü Liderlik Davranışlarını Uygulama Düzeyleri, 2018

7th International Nursing Management Conference, Sözel Bildiri: Çoşkun, S., Duygulu, S., Transitional Care Model: An opportunity to bring together nurse educators and practioners, 2018

I. Uluslararası ve II. Ulusal Sağlık Bakım Hizmetleri Kongresi, Poster Bildiri: Çoşkun, S., Duygulu, S., Açık Kalp Cerrahisi Geçiren Yaşlı Hastada Transisyonel Bakım Modeli Kullanılarak Uygulanan Hemşirelik Bakımı, 2019

I. Uluslararası ve II. Ulusal Sağlık Bakım Hizmetleri Kongresi, Poster Bildiri: Çoşkun, S., Duygulu, S., Bakımın Sürekliliğini Sağlamada İyi Uygulamalar: Geçiş Bakım Modelleri, 2019

Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler

Cerit B, Coşkun S. Hasta ve hemşirelerin hemşirelik bakım kalitesine ilişkin algıları. Turk J Clin Lab 2018; 9(2): 103-109.

Cerit B, Coşkun S. Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Mesleki Güdülenme Düzeyinin Meslek Algısına Etkisi. DEUHFED 2018, 11(4), 283-289.

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler

4.Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi, Sözel Bildiri: Cerit, B., Coşkun, S., Hasta ve Hemşirelerin Hemşirelik Bakım Kalitesine İlişkin Algıları, 2017

Katıldığı Kongre ve Sempozyumlar

21-24 Mart 2013, IX. Uluslararası Kardiyoloji ve Kardiyovasküler Cerrahide Yenilikler Kongresi

7-8 Kasım 2013, VI. Hemşirelik Esasları Çalıştayı

18-21 Haziran 2014, I.Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Tarihi Kongresi

27-29 Ekim 2014, VI. Uluslararası Hemşirelik Yönetim Kongresi

17-18 Eylül 2015, VII. Hemşirelik Esasları Çalıştayı

12-14 Kasım 2015, III. Sağlık Bilimlerinde Klinik ve İletişim Beceri Eğitimleri Kongresi

21-25 Temmuz 2016, 27. Uluslararası Hemşirelik Araştırmaları Kongresi

25-27 Mayıs 2017, 4. Uluslararası Katılımlı Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi

23-24 Ağustos 2017, IV. International Multidisciplinary Congress of Euroasia (Imcofe)

25-27 Ekim 2019, 7th International Nursing Management Conference

15-17 Kasım 2018, 1. Uluslararası Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi

2-3 Mayıs 2019, I. Uluslararası ve II. Ulusal Sağlık Bakım Hizmetleri Kongresi