

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

**( YÜKSEK LİSANS )**

**KORONER ARTER BYPASS GREFT AMELİYATI  
GEÇİREN HASTALARIN TABURCULUK SÜRECİNDE  
OMAHA HEMŞİRELİK BİLGİ SİSTEMİ'NİN (OHEBİS)  
KULLANILMASI**

**YILDIZ ÖZTÜRK**

**DANIŞMAN  
PROF. DR. SEMRA ERDOĞAN**

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

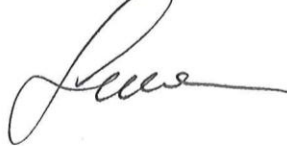
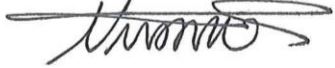
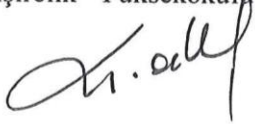


**İSTANBUL-2011**

## TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında Yıldız Öztürk tarafından hazırlanan “Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sürecinde Omaha Hemşirelik Bilgi Sistemi'nin ( OHEBİS ) Kullanılması ” başlıklı Yüksek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

25 / 07 / 2011

### Tez Sınav Jürisi

- | <u>Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı)</u>                                                                               | <u>İmzası</u>                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.Prof.Dr.Semra Erdoğan ( Danışman ) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi     |   |
| 2.Prof.Dr.Nursen Nahcivan İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi                |   |
| 3.Prof.Dr.Neriman Akyolcu İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi        |  |
| 4.Yard.Doç.Dr.Ergül Aslan İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi |  |
| 5.Yard.Doç.Dr.İkbal Çavdar İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi       |   |

**BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Yıldız ÖZTÜRK



## İTHAF

Her zaman desteğini hissettiğim canım Aileme ithaf ediyorum.

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında desteğini, yardımını ve bilgisini esirgemeyen, beni sabırlı, titiz ve anlayışlı yaklaşımıyla yönlendiren, daima teşvik ve özveride bulunan değerli hocam ve danışmanım Sayın **Prof. Dr. Semra Erdoğan**'a, önerilerine değer verdiğim ve desteklerini her zaman hissettiğim tüm **Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim görevlilerine,**

Yüksek lisans eğitimim süresince çalışmalarımı yapmamı kolaylaştırmaya yardımcı olan **değerli yöneticilerime,** bilgi, kaynak ve manevi desteğini esirgemeyen Kalp-Damar Cerrahisi Sayın **Prof. Dr. Mehmet Salih Bilal**'e, özverili **çalışma arkadaşlarıma,** manevi desteklerini esirgemeyen canım **dostlarıma** ve her zaman bana güvenen ve yanımda olan **sevgili aileme,**

**En İçten Saygı ve Sevgilerimle Teşekkürlerimi Sunarım.**

**İÇİNDEKİLER**

TEZ ONAYI .....	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ .....	X
ÖZET .....	Xİ
ABSTRACT.....	Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	2
2. GENEL BİLGİLER .....	5
2.1. KALP CERRAHİSİ .....	5
2.2. TABURCULUK PLANLAMASI .....	13
2.3. OMAHA SİSTEM .....	15
2.4. OMAHA HEMŞİRELİK BİLGİ SİSTEMİ (OHEBİS).....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA.....	54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	62
7. KAYNAKLAR .....	63
8. EKLER.....	70
ÖZGEÇMİŞ .....	86

## TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Problem Değerlendirme Ölçeği .....	18
Tablo 4-1: Bireylerin Sosyo-demografik Özellikleri.....	31
Tablo 4-2: Sistemik Hastalıklar (n=30) .....	32
Tablo 4-3: Problem Alanlarına Göre Tanılanan Problemler .....	33
Tablo 4-4: Problem Alanlarına Göre Problemlerin Sınıflandırılması .....	34
Tablo 4-5: Fizyolojik Alan Problemlerine Yönelik Aktüel Belirti-Bulgular .....	35
Tablo 4-6: Sağlık Davranışlarına Yönelik Tanılanan Aktüel Belirti Bulgular .....	36
Tablo 4-7: Psikososyal Alan Problemlerine Yönelik Seçilen Belirti-Bulgular .....	37
Tablo 4-8: Alanlara Yönelik Potansiyel Problemler.....	37
Tablo 4-9: Problem Alanlarına Göre Hemşirelik Girişim Kategorileri.....	38
Tablo 4-10: Psikososyal Alan Problemlerine Yönelik Girişim Kategoriler ve Hedefler	40
Tablo 4-11: "Dolaşım Problemine" Yönelik Girişim Kategorileri ve Hedefler .....	41
Tablo 4-12: "Solunum Problemine" Yönelik Girişim Kategoriler ve Hedefler .....	42
Tablo 4-13: "Deri Problemine" Yönelik Girişim Kategoriler ve Hedefler.....	43
Tablo 4-14: "Sinir-kas-iskelet fonksiyonu Problemine" Yönelik Girişim Kategoriler ve Hedefler .....	43
Tablo 4-15: "Ağrı Problemine" Yönelik Girişim Kategoriler ve Hedefler.....	44
Tablo 4-16: "Sindirim-Hidrasyon Problemine" Yönelik Girişim Kategoriler ve Hedefler .....	44
Tablo 4-17: "Bağırsak Fonksiyonu Problemine" Yönelik Girişim Kategoriler ve Hedefler .....	45
Tablo 4-18: "Bulaşıcı-Enfeksiyon Durumu Problemine" Yönelik Girişim Kategoriler ve Hedefler .....	45
Tablo 4-19: "Beslenme Problemine" Yönelik Girişim Kategoriler ve Hedefler .....	46
Tablo 4-20: "Fiziksel Aktivite Problemine" Yönelik Girişim Kategoriler ve Hedefler	46
Tablo 4-21: "Tedavi Rejimi Problemine" Yönelik Girişim Kategoriler ve Hedefler....	47
Tablo 4-22: "Kişisel Bakım Problemine" Yönelik Girişim Kategoriler ve Hedefler ....	47
Tablo 4-23: "Uyku ve Dinlenme Düzeni Problemine" Yönelik Girişim Kategorileri ve Hedefler .....	48
Tablo 4-24: Hemşirelik Girişim Kategorilerine Yönelik En Fazla Seçilen Hedefler...	49

Tablo 4-25: Bilgi Düzeyinde Hemşirelik Değerlendirmeleri .....	50
Tablo 4-26: Davranış Düzeyinde Hemşirelik Değerlendirmeleri.....	50
Tablo 4-27: Durum Düzeyinde Hemşirelik Değerlendirmeleri .....	51
Tablo4-28:Problemlere Yönelik İLK ve SON Hemşirelik Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması.....	52

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Omaha Sistem.....	17
Şekil 2: Birey Bilgi Kartı .....	22
Şekil 3: Problem Alanları Ekranı.....	23
Şekil 4: Problem Sınıflama Listesi Ekranı.....	24
Şekil 5: Hemşire Bakım Planı Ekranı .....	25
Şekil 6: Hemşirelik Bakımı Sonuçları, Hemşirelik Değerlendirmeleri .....	26
Şekil 7: Hedefler Listesi .....	27
Şekil 8: Problem Alanlarına Göre Tanılanan Problemler .....	32
Şekil 9:Problem Alanları'na Göre En Sık Görülen Sağlık Problemleri n=320 .....	34
Şekil 10: Problem Alanlarına Yönelik Hemşirelik Girişimleri .....	39
Şekil 11: Tüm Problemlere Yönelik Girişim Kategorilerinin Dağılımı .....	48
Şekil 12: Tüm Problemlere Yönelik Hemşirelik Değerlendirmeleri .....	51

**SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ**

OS: Omaha Sistem

OHEBIS: Omaha Hemşirelik Bilgi Sistemi

KABG: Koroner Arter Bypass Greft

KKH: Kronik Kalp Hastalıkları

ANA: American Nurses Association

PSL: Problem Sınıflama Listesi

PDÖ: Problem Değerlendirme Ölçeği

SV: Sürveyans

ERD: Eğitim, Rehberlik, Danışmanlık

Tİ: Tedavi ve İşlem

VY: Vaka Yönetimi

## ÖZET

Öztürk, Y. (2011). Koroner Arter Bypass Greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sürecinde Omaha Hemşirelik Bilgi Sistemi'nin kullanılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışma, KABG ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sürecine odaklanarak; hemşirelik tanıları, uygulamaları ve bakım sonuçlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı kesitsel tipte planlandı. Araştırmanın örneklemini Şubat-Ekim 2010 tarihleri arasında özel bir hastanede KABG ameliyatı geçiren 30 hasta oluşturdu. Veriler, Omaha Sistem (OS)'e dayalı olarak geliştirilen "Kayıt Formu" ile toplandı ve Omaha Hemşirelik Bilgi Sistemi (OHEBIS) kullanılarak değerlendirildi.

Örneklemin % 70'i erkek ve % 30'u kadındı. Tanımlanan 15 problem en fazla oranda sırasıyla "Fizyolojik" alan (% 52,5), "Sağlık Davranışları" alanı (% 44,4) ve "Psikososyal" alana (% 3,1) aitti. Alanlar içinde en fazla belirlenen ilk beş problem; "Beslenme", "Dolaşım", "Solunum", "Deri" ve "Fiziksel Aktivite" idi. Problemlerin % 38,1'ini "Potansiyel", % 61,9'unu "Aktüel" problemler oluşturdu. Problemlerin çözümünde hemşirelik girişimleri olarak çokluk sırasıyla "Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık" ve "Sürveyans", "Vaka Yönetimi" ve "Tedavi İşlem" kategorileri kullanıldı. Tanımlanan 15 problemin bakım sonuçları "Bilgi," "Davranış" ve "Durum" düzeyinde değerlendirildi. Taburculuk öncesi ve bir ay sonraki puan ortalamaları t-testi ve wilcoxon işaret testine göre anlamlı artış gösterdi. Özellikle tüm hastalarda her problem için "Davranış" gelişimi sağlandı.

Sonuç olarak, OS'ne bağlı OHEBIS programı kalp cerrahisinde taburculuk süreci hemşirelik bakımını ve etkinliğini orataya koyan bir dökümantasyon aracı olarak yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Omaha Sistem, Hemşirelik, Koroner Arter Bypass Greft, Taburculuk

## ABSTRACT

Öztürk, Y. (2011). Using The Omaha Nursing Information System For Discharge Process of The Patient With Coronary Artery Bypass Graft (CABG) Surgery. Istanbul University, Institute of Health Science, Department of Public Health Nursing, Master Thesis. Istanbul.

This study was performed focusing on the discharge process of the patient with CABG surgery and designed as a cross sectional descriptive type to determine the nursing diagnosis, interventions and care outcomes.

The sample of the study consisted of 30 patient who were staying in a private hospital in The Istanbul City in time interval February-October 2010. The data were gathered through a registration form was based on Omaha System (OS) and analysis by using Omaha Nursing Information System.

The 70 % of patients were men and 30 % were women. 15 diagnosis were determine and mostly by order of “Physiological” 52,5 %, “Health Behaviours” 44,4 % and “Psychosocial” domain 3,1%. The first five nursing diagnosis were “Nutrition”, “Respiration”, “Skin” and “Physical Activities”. % 38,1 of problem were determine “Potential” and % 61,9 of problem were determine “Actual”. Most frequently nursing intervention categories used for the problem solutions were found “Teaching, Guidance and Councelling” and “Surveillance”; followed by “Case Management” and “Treatments and Procedures”. Care outcomes of 15 defined problem were assessed at the level of “Knowledge”, “Behaviour” and “Status” . Predischarge and one month after discharge score averages for each problem were compared with paired t -test and wilcoxon sign test. Meaningful improvements were found all problems. Especially “Behaviour” situation was found meaningful in all of the problems.

In conclusion, OHEBIS program which based on OS may be useful as a documentation tool to demonstrating the efficacy of nursing application for cardiac surgical patients in the discharge process.

Key words: Omaha System, Nursing, Coronary Arter Bypass Greft, Discharge



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Taburculuk planlaması, sağlık bakımı verenlerin aile üyeleri ile birlikte hasta bireylere sunduğu bakım sürecinin devamı olarak tanımlanır. Bakımın her evresini ve bakım için gerekli olan zorunlu düzenlemeleri kapsar. Amaç hasta ve aileyi evde bakıma hazırlamak ve bakımın sürekliliğini sağlayarak hedeflenen amaca eksiksiz ulaşmaktır. Hastanın yaşı, sağlık sorunu, sağlık bakım ihtiyaçları, eğitim ihtiyacı ve taburculuktan sonra gerekli bakımın nerde ve nasıl verileceği gibi temel konuları içeren taburculuk planı yatan her hasta için bireysel olarak düzenlenmeli, uygulanmalı ve izlenmelidir (Shepperd, Parkes, McClaran, Phillips 2004; Smith 1989).

Taburculuk planlaması hastane ortamı içinde ve dışında birçok engelleri olan kompleks bir girişim sürecidir (Connolly 2009). Hastaneye kabul anında, hizmet alan bireyin uygun olduğu en kısa zamanda başlatılan bu süreç; hastanın yaşadığı ortama döndüğünde tedavi ve bakım gereksinim alanlarının belirlenmesini, karşılanmasını, hastanın eğitimini ve izlenmesini içeren hizmetleri kapsamaktadır (Bowles, Naylor, Foust 2003; Maramba, Richards, Larrabee. 2004; Naylor, Brooten, Campbell, Cauley, Schwartz, Maislin 2004; Naylor, Brooten, Campbell, Jacobsen, Mezey, Pauly 1999; Shepperd ve ark. 2004).

Bu süreç sonucunda; (1) hastanede kalış süresinin uzunluğu, (2) hastaneye tekrar yatış oranı, (3) komplikasyon oranı, (4) mortalite oranı, (5) hastanın sağlık durumu, (6) hasta ve bakım verenlerin memnuniyeti, (7) hastaların ve bakım verenlerin psikolojileri, (8) taburculuk planlamasının hastaneye ve topluma maliyeti hakkında bilgi sahibi olunmaktadır (Shepperd ve ark. 2004). Taburculuk planlaması ile bakımın sürekliliğinin sağlanabilmesi ancak planlanan hizmetlerin izlenmesi ve değerlendirilmesi ile olasıdır (Shepperd ve ark. 2004; Mistiaen, Duijnhouwer, Wijkel, Bont, Veeger 1997; Jackson 1994).

Günümüzde, hastalar geçmiş dönemlere göre eve daha erken taburcu edilmektedir. Erken taburculuk sonrası, evde bakım veren ve bakımın devamlılığını sağlama sorumluluğu alan aile bireyleri için endişe veren bir dönemdir (Evde Bakım Derneği 2008; Theobald, McMurray 2004). Bu anlamda, taburculuk planlaması birçok ülkede sağlık sistemlerinin rutin bir parçası olarak hizmet kapsamına alınmıştır. Amacı, hastanede yatış süresini azaltmak, planlanmayan yatış tekrarını azaltmak, taburculuğu

izleyen hizmetlerin koordinasyonunu geliştirmektedir. Taburculuk planlaması çoğu kez hastane ve toplumu kapsayan bir bakım paketi gerektirir (Shepperd ve ark. 2004). Yakın dönemde yapılan araştırmalar “yatan hastaların hastanede kalış süresini azaltmak”, “uzun süreli yatış sıklığını azaltmak”, “bakımı topluma yönlendirmek”, “akut bakımı evde sürdürmek” ve “taburculuk planlaması” politikalarının uygulanmasına ağırlıkla yer vermektedir (Shepperd ve ark. 2004; Maramba, Richards, Larrabee 2004). Taburculuk planlaması hastane ve toplum arasında rehberlik eden bir araç olarak kullanılmaktadır (Shepperd ve ark. 2004; Jackson 1994).

Kalp damar cerrahisi yaşam kurtaran bir girişimdir (Theobald ve ark. 2004). Koroner Arter Bypass Greft (KABG) ameliyatı kalp damar hastalıkları için ortak bir cerrahi tedavidir ve dünyada her beş yüz bireyden birinde uygulanmaktadır (Fredericks, Ibrahim, Puri 2009). Önceleri KABG ameliyatı sonrası hastanede ortalama kalış süresi yedi- on gün arasında iken, günümüzde dört - beş güne inmiştir. Bu ortalama süre, postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmez ise iyileşme süreci için yeterli görölmektedir (Vivian 1998).

Kalp ameliyatı olan hastalar için de evde ve topluma yönlendirilmiş bakım süreci önemlidir. Bu hemşirelerin sürekli, uygun ve kanıta dayalı taburculuk planlaması yapmalarını gerektirir. KABG ameliyatı geçiren hastalar ve onlara bakım verenler taburculuk sonrası dönemde takip edilmeye, bilmedikleri bu süreç hakkında destek almaya, bilgilenmeye ihtiyaç duyarlar(Fredericks ve ark. 2009). Ameliyat sonrası erken iyileşme döneminde başlatılacak olan taburculuk planlaması, gözden kaçışılan uzun dönemli hasta ihtiyaçlarını da kapsayacak özellikte olmalıdır (Theobald ve ark. 2004). Çalışmalar, taburculuk sonrası birinci ve dördüncü haftalık izlemlerde hastalarda görölen semptomların değişmekte olduğunu göstermiştir. (Theobald ve ark. 2004; Fredericks ve ark. 2009; Gallagher, McKinley, Dracup 2004). Bununla birlikte hastalarda taburculuk sonrası görölen problemler arasında sıklıkla uyku bozuklukları, mide bulantısı, iştah azlığı, konstipasyon, insizyon ağrısı, akıntı, enfeksiyon, yorgunluk, bacaklarda ödem, dispne, ve depresyon gösterilmiştir (Gallagher ve ark. 2004). Bowles, Omaha Sistem’ini kullanarak yaptığı çalışmasında hastalarda en sık görölen sağlık problemleri arasında “ruhsal denge”, “tedavi rejimi”, “ağrı”, “sinir ve kas iskelet fonksiyonu”, “solunum”, “günlük aktiviteleri yerine getirmede zorlanma” ile ilgili sorunlar saptamıştır (Bowles 2000a; 2000b).

Hastaların, cerrahi işlem ve iyileşme dönemini anlamaları, postoperatif dönemdeki fiziksel değişikliklere alışmaları için bilgi gereksinimleri vardır. Cerrahi işlem sonrası semptomların yönetimi, hastaneye geri yatışların, morbidite ve mortalite oranlarının azaltılması hastanın yaşadığı deneyimlere ve bilgilerine dayalı, etkili bir eğitim ile sağlanabilir (Fredericks ve ark. 2009; Gallagher ve ark. 2004). Nitekim bu konuda yapılan çalışmalar (Theobald ve ark. 2004; Bowles 2000) hastaların taburculuk planlama gereksinimlerinin en çok “Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık” hizmeti gerektirdiğini; beslenme, stres, yara bakımı, tedaviye uyum ve egzersiz programlarına uyum ile ilgili tutumlarının ise izlem kapsamına alındığını belirtmiştir.

Hemşirelik sınıflandırma sistemlerinden biri olan Omaha Sistem’i, problemi çözüme ve hemşirelik süreci yaklaşımlarına dayalı olup bireye odaklı temel bilgileri bir araya getirir ve inceler (Erdoğan ve Esin 2006; Erdoğan, Nahcivan, Esin, Çalışkan, Demirezen, Coşansu 1996). Bu sistem bireyin sağlık gereksinimlerini gruplandırarak buna göre bakım vermeyi ve probleme odaklanmayı kolaylaştırır. Problemin çözüm sürecinde bireyin durumunu aynı dil ile değerlendiren problem değerlendirme ölçeği bireyin sağlık izleminin sürekli olmasını sağlar (Erdoğan ve ark. 1996).

Hemşirelik sınıflandırma sistemleri ve bilgi sistemlerinin kullanılması hasta gereksinimlerini ve hemşirelerin hasta bakımına katkılarını açıklamada hemşirelere yarar sağlamaktadır. Hasta gereksinimlerini/problemlerini tanımlayan, problemin şiddetini değerlendiren, uygulanan hemşirelik girişimlerini ve girişimlerin etkisini gösteren kayıtları standart ve bilgisayar programı (Ay 2009; Martin 2005) ile ortaya koymak bilgilerin daha etkili taburculuk planlaması için kullanılmasına fırsat sağlayacaktır (Bowles 2000a; 2000b).

Bu çalışmada, Omaha Sistem kalp damar cerrahisi biriminde yatan Koroner Arter Bypass Graft ameliyatı olan hastaların taburculuk sürecine odaklanarak kullanıldı. Böylece sistemin kod ve kavramlarının hastanede hemşire tarafından, bilgisayar ortamında kullanılabilirliğinin gösterilmesi sağlandı.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. KALP CERRAHİSİ

Ülkemizde kalp cerrahisi alanındaki gelişmeler; 1950 öncesi, 1950-1960 arası ve 1960 sonrası olmak üzere üç evrede incelenebilir. Literatürlere göre; ilk açık kalp ameliyatı 10 Aralık 1960 tarihinde Dr. Mehmet Tekdoğan tarafından Hacettepe Üniversitesi'nde yapılmıştır. 1960 sonrası kalp cerrahisi genel cerrahi içerisinde bir ilgi alanı olmaktan çıkıp ayrı bir uzmanlık dalı olmuştur (Enver ve Halıcı 2004; Özkan 2011).

Türkiye bugün Koroner Arter Bypass Graft (KABG) uygulamasında batı standartlarında, çok başarılı sonuçlar alınan mükemmel bir duruma gelmiş bulunmaktadır (Tokcan ve Yalınız 2004).

2002 yılında ABD'de toplam olarak 6.813.000 kalp damar cerrahi operasyonu yapılmıştır. Toplam açık kalp cerrahisi sayısı 2002 verilerine göre ABD'de 700.000, Türkiye'de ise 340.000 kadardır. Türkiye'de yapılan kalp ameliyatları sayısı yılda 50.000 dolayındadır. Bunların 20.000'ini ise koroner kalp cerrahisi ameliyatları oluşturmaktadır. ABD'de yapılan kalp cerrahisi ameliyat sayıları dikkate alındığında toplam nüfusun binde 2'sinde kalp ameliyatı yapılmış olduğu düşünülürse, Türkiye'de yapılması gereken açık kalp cerrahisi sayısının 170.000 civarında olması beklenebilir. Bir başka deyişle, Türkiye'de yapılan açık kalp ameliyatı sayısı gün geçtikçe katlanarak çoğalacaktır (T.C.Sağlık Bakanlığı 2006).

Kalp Damar cerrahisi; konjenital defektleri (atrial septal defekt, ventriküler septal defekt, büyük damarların transpozisyonu, fallot tetralojisi, trunkus arteriozus, triküspit atrezisi, aort stenozu), edinsel /kazanılmış defektleri (koroner arter hastalığı, kalp kapağı hastalığı, aortik, ventriküler anevrizma), damar greftleri ve kalp transplantasyonunu içerir. Kalp cerrahisi, açık kalp cerrahisi (pompa) ve kapalı kalp cerrahisi (pompa) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Kapalı kalp cerrahisi, ekstrakorporeal sirkülasyon (ECC=Kalp akciğer makinesi) cihazı kullanılmadan, kalp ve akciğerler çalışırken kalbe girişimde bulunulmasıdır. Açık kalp cerrahisi ise kalp ve akciğer fonksiyonlarının ameliyat süresince geçici olarak ECC cihazı tarafından sağlanmasıyla yapılan ameliyatlardır. Açık kalp cerrahisi yöntemleri; Koroner Arter

Bypass Greft ve Kapak Replasmanıdır (Stephenson 2008; Enver ve Halıcı 2004; Özkan 2011).

### **2.1.1. KORONER ARTER BYPASS GREFT**

Koroner arter bypass greft (KABG), darlık ya da tıkalı olan koroner damarın ötesinde kalan bölge ile aort arasında ven veya arterin bir bölgesini kullanarak yeni bir bağ köprü oluşturmaktır. KABG ile % 75-80 ve daha fazla oranda daralmış koroner arterin distalindeki obstrüktif olmuş alana kan gönderilerek miyokardın iskemik bölgesinin perfüzyonu düzeltilir ve normal dolaşım sağlanır (İKCV 2011; Black ve Hawks 2009; Connor 2008; Stephenson 2008).

Kan akımını taşımak için çıkarılan ven veya arterlere “greft” denilir. KABG cerrahisinde göğüs içindeki İnternal Mammarial Arter (IMA) ve bacadaki Safen Ven çoğunlukla kullanılan damarlardır ve nadir olarak Radial arter ve Gastroepiploik arter de kullanılmaktadır (İKCV 2011; Stephenson 2008;).

Koroner kalp hastalıklarında tıbbi tedaviye cevap vermeyen nadiren 3 yıl süren anjina (Stephenson 2008; Connor 2008), sol ana koroner arterde (LMCA) darlık ve orta derecede sol ventrikül fonksiyon bozukluğu ile beraber çoklu damar hastalığının olması KABG cerrahisi endikasyonudur (Tokcan ve Yalınız 2004).

Operasyonun tipi ne olursa olsun, cerrahi yöntem sadece semptomları hafifletir. Cerrahinin amacı; anjinal ağrıyı ortadan kaldırmak, akut miyokard infarktüsünü (MI) önlemek ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Revaskülarizasyonu gerçekleştirilen hastaların %90 ‘ında anjina, tamamen hafifler, nadiren ameliyat öncesi şiddetinde olabilir. KABG güvenli ve etkilidir. Ameliyatın bir çok yöneme göre mortalite üzerinde olumlu etkisi vardır. Yararları içinde; uzun yaşam, egzersiz toleransında artma, ilaç gereksiniminde azalma, eski alışkanlıkları sürdürebilmede artış sağlar. KABG ameliyatı atheroskleroz oluşma sürecini durduramaz (Black ve Hawks 2009; Connor 2008; Lewis 1998).

### **2.1.2. KORONER ARTER BYPASS GREFT SONRASI GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLAR**

Ameliyat sonrası hasta bakımının amacı, komplikasyonların önlenmesi ve erken saptanmasına yöneliktir. Ameliyat sonrası ortaya çıkan fizyolojik komplikasyonlar genellikle ilk altı hafta içinde görülmektedir. KABG geniş sternotomi, 12-24 saat mekanik ventilatör desteği, dört-beş gün hastanede kalma ve altı-sekiz hafta iyileşme

dönemi nedeni ile yaşamsal komplikasyonların gelişebildiği bir ameliyattır. KABG sonrası olası komplikasyonlar altı alanda meydana gelir (Stephenson 2008). Bunlar:

**2.1.2.1. Cerrahi komplikasyonlar:** Kanama, kanamaya bağlı tekrar cerrahi girişim, diğer kardiyak nedenlere bağlı tekrar cerrahi girişim, perioperatif MI.

**2.1.2.2. Enfeksiyon:** Sternomediastenitler, safen insizyonunda enfeksiyon, sepsisemi, üriner sistem enfeksiyonu, pnömoni, nazokomiyal enfeksiyonlar, ateş

**2.1.2.3. Nörolojik komplikasyonlar:** Geçici inme, kalıcı inme, deliryum, brakial pleksus zedelenmesi /periferik sinir yaralanması (IMA alınırken brakial sinire zarar verebilir, safen nöropatisi)

**2.1.2.4. Solunum sistemi komplikasyonları:** Atelektazi, uzamış ventilasyon, pnomotoraks, pulmoner emboli, plevral efüzyon, akut solunum yetmezliği sendromu, pulmoner ödem

**2.1.2.5. Renal komplikasyonlar:** Böbrek yetmezliği, diyaliz gerektiren böbrek yetmezliği

**2.1.2.6. Diğer komplikasyonlar:** Tamponat, GİS komplikasyonları, kardiyak arrest, multiorgan yetmezliği, kalp bloğu, Elektrolit dengesizliği (Kalsiyum, Potasyum, Magnezyum), endokrin disfonksiyonu (Diyabetüs Mellitus, Adrenal disfonksiyon)

**GİS komplikasyonları** ise; Peptik ülser, Mesenterik iskemi, Divertikülit, Gis kanama, Pankreatit, Hiperkalsemi, Akalküloz (taşsız) kolesistit, Narkotik ve parenteral nutrisyona bağlı Hipoperfüzyon, Yutma güçlüğü, Orafarangeal dispepsi gelişebilir ve Preoperatif karaciğer fonksiyonları postoperatif dönem mortalite ve morbiditeyi etkilemektedir.

KABG sonrası gelişen **Aritmiler**; supraventriküler aritmiler; sinüs taşikardisi, atriyal fibrilasyon, atriyal flutter. Ventriküler aritmiler; Ventriküler erken vuru, ventriküler taşikardi, ventriküler fibrilasyondur.

### 2.1.3. KORONER ARTER BYPASS GREFT CERRAHİSİ VE HEMŞİRELİK

#### 2.1.3.1. Ameliyat Öncesi Hemşirelik

Hastalar zamana göre değişen klinik kalp akciğer semptomları tanımlamaktadır. Ameliyat olacak hastalar, aylar veya yıllarca süren kalp hastalığı belirti ve bulgularına sahip olmaktadır. Bazı durumlarda kalp hastalığı ile ilgili ilk semptomunu yaşadktan ve hemen sonra kalp ameliyatı geçirebilmektedir.

Cerrahi girişim yapılacak tüm hastalar, neler olup biteceği endişesi taşırlar. Hastaların korku, depresyon ve anksiyete düzeyleri çok yüksektir. Hasta ilk olarak şok geçirir, ameliyat yaklaştıkça daha fazla kaygılanır. Başlıca kaygıları; aciz kalmak, sakat kalma korkusu veya ölümdür.

Hastalığın psikolojik hazırlığında, hasta ve hasta yakınlarının eğitimi ve öğretimi çok önemlidir. Preoperatif, operatif ve postoperatif süreci kapsayan kapsamlı hasta eğitimi verilmelidir. Eğitimler hasta ve hasta yakınlarının anksiyetesini ve komplikasyonları büyük ölçüde azaltmaktadır.

Hastaların bir kısmı her şeyi bilmek isterken, bir kısmı da hiçbir şey bilmek istemeyebilirler. Bu nedenle ameliyat öncesi hastayı bilgilendirmenin sınırları hastaya göre çizilmelidir. Hastaların kalp problemleri ve ameliyatla ilgili düşüncelerini paylaşmasına izin verilir. Hemşire, hastanın endişelerini hekimle paylaşarak hastanın anksiyetesini ile baş etmesi için iş birliği içinde yaklaşım geliştirir. Hastanın genel fonksiyonel düzeyi, baş etme mekanizmaları ve destek sistemleri önemlidir. Hasta yakınları ve diğer destek kaynakları ameliyat sonrası sonuçları, rehabilitasyon ve evde bakım sürecini etkilemesi nedeniyle önemlidir. Taburculuk planlaması, hastanın yaşam biçiminden ve evin fiziksel çevresinden etkilenir (Black ve Hawks 2009; Connor 2008; Shafer, Sawyer, McCluskey, Beck, Phipps 1975).

Ameliyat gününe kadar hastalar aşağıdaki konular hakkında hazırlanmalıdır:

- 1- Cerrahi süreç: Kalp-Akciğer makinesini de kapsayan tüm adımları, kalp damar fizyolojisi ve anatomisinin incelenmesi, tıbbi teknik terimlerin kısaca tanımlanması, ameliyatın uzunluğu ve ilk ziyaret zamanını kapsayan süreç hakkında bilgilendirilir.
- 2- Yoğun bakım çevresini ve hasta izlem araçları: Kardiak monitör, mekanik ventilatör ve alarm, endotrakeal tüp ve ne kadar süre kalacağı, aspirasyon (vakumlama), emme basma) süreci, arterial kateter ve otomatik kan basıncı ölçümü, ziyaretçi kabulünün olmayacağı, toraks ve mediastinal tüpler,

nasogastrik tüp ve kalış süresinin uzunluğu, üriner katater, çok fazla intravenöz setlerin ve sıvıların olacağı konusunda bilgilendirilir.

- 3- Ameliyattan 24 saat önce preoperatif hazırlık tamamlanmış olmalıdır. Bu hazırlıklar; antimikrobiyal sabunla banyo yapımı, göğüs, karın, boyun ve kasık traşı, kan, elektrolit, enzim, idrar, pıhtılaşma zamanı gibi laboratuvar testleri; EKO, EKG ve kateterizasyon gibi tanılayıcı testlerdir.
- 4- Komforu arttırmaya yönelik bilgilendirme ameliyat sonrası iyileşme sürecini hızlandırır. Bunlar: Ağrı kontrolü, dönme, ROM egzersizleri, solunum egzersizleri, triflow çalışmaları, özellikle her saatte bir 15'er defa derin inspiryum, mobilizasyon ve uykunun düzenlenmesidir.

Hastalar yoğun bakımdan çıkış ve taburculuğu hakkında bilgi sahibi olmak isterler. Ortalama yoğun bakımda kalış süresi, serviste kalış süresi, eve döndüğü zaman uyması gereken diyet ve izin verilen aktiviteler hakkında açıklamalar yapılır. Unutulmamalıdır ki, önceden tahmin edilemeyen birçok olay postoperatif dönemde meydana gelebilmektedir. Servisin kuralları, yönetmelikleri, ziyaret saatleri ile ilgili yazılı ve sözlü bilgi verilir hemşire ve diğer sağlık personelleri ile tanışmaları sağlanır.

### **2.1.3.2. Ameliyat Sonrası Hemşirelik**

KABG sonrası hasta bakım hedefleri (Black ve Hawks 2009; Connor 2008; Stephenson 2008; Erdil 2001).

1-Kalp damar fonksiyonları geliştirmek, doku perfüzyonu ve yaşam bulguları stabilliğini sağlamak: Hastalar ilk olarak yoğun bakımda bakılırlar. İlk değerlendirme bilinç, akciğer sesleri, periferik nabızlar, kalp ritimlerini kapsayan vital bulgular, kalp debisi ve ateş üzerine odaklıdır. Arterial katater, Santral Venöz Basınç katateri ile kan basıncı takibi yapılmaktadır. Kardiak out put ve pulmoner arter basıncı izlenir. İnotropik ajanlar, kalsiyum ve vazokonstriktörler kalp debisinin sağlanmasında ana tedavidir. Vasodilatörler de koroner arterlerde kan akımını artırma ve periferik damar direncini ve preloadu azaltmada kullanılmaktadır.

2-Göğüs drenajını ve ventilasyonu sağlayarak solunum fonksiyonlarını sürdürmek: Ameliyat sonrası entübasyon devam eder ve mekanik solunum cihazı aracılığıyla ventilasyon sağlanır ve akciğer grafisi çekilir. 4 – 8 saat süresince hastanın hemodinamisi stabil ise solunumunu kendi başına sürdürebilecek durumda ise doktor istemi ile ekstübe edilebilir. Solunum izlemi yapılır ve değerlendirilir, Pulmoner

sekresyon birikimi önlenir. Hastaların yatakta döndürülmeleri, derin solunum, öksürük egzersizleri, tapotman uygulaması, triflow çalıştırılması, nebulizatör, nemlendirilmiş buhar uygulaması sekresyon çıkartabilmek açısından önemlidir. Göğüs drenajı miktarı ve rengi saatlik takip edilmelidir. Drenaj tüpünde kanın pıhtılaşmamış olması gerekmektedir, Çünkü; drenaj olmaz ve kardiyak tamponad ile sonuçlanabilir.

3-Sıvı-elektrolit dengesini ve yeterli beslenmeyi sağlama: Aldığı çıkardığı takibi, günlük kilo takibi, hemoglobin, hematokrit, trombosit, kan şekeri, elektrolitler, üre, kreatinin, protrombin zamanı, parsiyel tromboplastin zamanı ve arterial kan gazları incelenir. Ekstübasyondan 4-6 saat sonra tolerasyona göre oral alım başlatılabilir.

4-Renal fonksiyonları sürdürmek: Saatlik diürez takibi yapılır. İdrar volümü, dansitesi ve rengi takip edilir.

5-Ağrıyı azaltmak: Analjezik kullanımı, solunum ve öksürük egzersizleri sırasında insizyon bölgeleri desteklenmeli, pozisyon verilerek ağrı kontrolü yapılmalıdır.

6-Nörolojik fonksiyonları sürdürmek: Bilinç düzeyi, pupillaların büyüklük ve ışığa reaksiyonu, ekstremiteler hareketleri izlenmelidir.

7-Hastaya psikolojik destek sağlanmalıdır.

8-Hareketi sağlamak: Erken dönem mobilizasyon ile; sekresyonların birikmesi, atelettazi, tromboflebit gelişmesi, osteoporoz, üriner retansiyon, böbrek taşı ve negatif nitrojen dengesi gelişiminin önüne geçilebilir.

### **2.1.3.3. Taburculuk Döneminde Hemşirelik**

Kardiyak cerrahi sonrası gecikmiş taburculuk hastada komplikasyon gelişme riskini artırmaktadır. Önceleri KABG ameliyatı sonrası hastanede ortalama kalış süresi yedi-on gün arasında iken, günümüzde hızlı iyileştirme programıyla dört - beş güne inmiştir. Bu ortalama süre, postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmez ise iyileşme süreci için yeterli görülmektedir (Vivian 1998).Ameliyat sonrası iyileşme dönemi literatürde altı - sekiz hafta olarak gösterilmektedir. Hızlı iyileştirme programıyla, birçok hastanın tedavisi evde olmakta, hasta ve hasta yakınları bakımın primer sorumluluğunu almaktadır (Theobald 2004).

Taburculuk planlaması, hastaneye kabul ile başlar, hastanın uygun olduğu zamanda da taburculuk eğitimi uygulanır. Hasta ve hasta yakınları taburculuk sonrası profesyonel destek ve izlenme ihtiyacı duyarlar. Zamanında, uygun ve kanıta dayalı taburculuk planlaması ile hasta bakımı topluma taşınmaktadır ve hasta izlemine olanak

sağlamaktadır. Yapılan çalışmalar; hastaların KABG sonrası kardiyopulmoner semptomlar (göğüs ağrısı, kolda hissizlik, dispne, artimi ve palpasyon), ilaç yönetimi, gastrointestinal problemler (diyare, konstipasyon, bulantı, kusma, kilo kaybı ve distansiyon) ile ilgili anksiyete deneyimlediklerini raporlandırmaktadır (Theobald 2004; Fredericks ve ark. 2009; Connor 2008; Doran, Sampson , Staus, Ahern, Schiro 1997). Etkili taburculuk planlaması ile komplikasyonların erken tespit edildiğini, önlenebilir komplikasyonlar nedeniyle hastaneye yatış oranlarının azaldığını, ameliyat sonrası görülebilecek problemlerle baş etmede hasta ve hasta yakınlarının daha az anksiyete deneyimlediklerini gösteren çalışmalar da yapılmaktadır (Shepperd ve ark. 2004; Tolmie, Lindsay, Belcher 2006; Sampson, Doran 1998).

KABG sonrası en sık görülen komplikasyonlar arasında; uyku bozuklukları, mide bulantısı, iştah azlığı, konstipasyon, insizyon ağrısı, akıntı, enfeksiyon, yorgunluk, bacaklarda ödem, dispne, ve depresyon gösterilmektedir (Black ve Hawks 2009; Theobald 2004; Gallagher ve ark. 2004; Shepperd 2004; Sampson, Doran 1998). Dördüncü hafta izlemlerinde konfor, ruh hali ve iştahta gelişme olduğunu gösteren çalışmalar vardır ve birinci yılda hastaların hemen hemen hepsi (% 93) yaşam kalitesinin geliştiğini ve mutlu olduklarını ifade etmektedir (Black ve Hawks 2009).

Hemşire, KABG ameliyatı geçiren hasta ve bakım sorumluluğunu alacak hasta yakınlarına, ameliyat sonrası taburcu olduktan sonraki bakım ile ilgili planlı taburculuk eğitimi verir. Bu eğitimler hasta ve hasta yakınlarına rehberlik etmektedir. Eğitimlerin hasta ve hasta yakınları üzerindeki etkileri aşağıda açıklanmaktadır.

- Evde bakıma yönelik korku ve endişenin azaltılmasına,
- Ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonların en aza indirilmesine,
- Ameliyat sonrası ortaya çıkabilecek sorunlarla baş edebilmesine,
- İyileşmesini hızlandırarak daha kısa sürede taburcu olmasına,
- Gereksinimlerini kendisinin karşılamasına ve böylece kendi kendine yetme ve güven duygusunun artmasına,
- Bireyin kendine verdiği değer artmasına,
- Bireyin rol ve statü kaybının önlenmesine,
- Fiziksel ve psikolojik dengesinin yeniden kazanmasına,
- İyileşme sürecinde (ameliyat sonrası altı-sekiz hafta) daha az sorun yaşamasına,

-İyileşme sürecinde karşılaşılabileceği sorunlara hazırlıklı olmasına ve ortaya çıkan sorunlarla baş edebilmesine ya da çözümlenmesine katkı verir (Lorenz ve Coyte 2002; Huerta 1998; Moore 1996; Lewis, Collier, Heitkemper 1998).

Ameliyat sonrası verilecek olan taburculuk eğitiminin aşağıdaki konuları kapsamı gerekmektedir:

**Ağrı:** Ameliyat yerinde, sırtta, omuzda, boyunda ve göğüs kafesinde sızlama, kramp girme, bıçak batması şeklinde ağrılar zamanla olabilir ağrının kaybolması birkaç ayı bulabilir. Ağrı kontrolünde; insizyon bölgesinin her türlü zorlanma ve travmadan korunması son derece önemlidir. Analjezikler ilk bir hafta kullanılabilir. Analjezik alındıktan sonra solunum egzersizleri yapılmalı ve göğüs insizyonunu göğüs yastığı ile desteklenmelidir.

**Sosyal Aktiviteler:** İlk on gün ev içinde geçirilmelidir. Ziyaretçi kabulü kısıtlanmalıdır. İlk dört hafta ağır bir cisim kaldırma, itme ve çekmekten kaçınılmalıdır. Yemeklerden bir saat sonra egzersiz ve iş yapılmamalıdır.

**Uyku:** Her gece altı-sekiz saat uyumak ve gündüz uykusundan kaçınmak gerekir. Ağrı kesici ilaçlar uykuya dalmayı kolaylaştırabilir.

**Oturma:** Aynı pozisyonda uzun süre oturulmamalıdır. Bacak bacak üstüne atılmamalıdır. Bacak elevasyonu ile ödem oluşumu kontrol edilir ve dört-altı hafta boyunca varis çorabı giyilmesi gerekmektedir.

**Yürüyüş ve Egzersiz:** Taburculuk sonrası birkaç kat merdiven çıkmakta sakınca yoktur. Yürüyüş kalp damar kondisyonu geliştirmek için en önemli egzersizdir. Bir hafta boyunca ev içinde bir hafta sonra ev dışında, yalnız olmamak koşuluyla yürüyüş yapılabilir. İlk günlerde kısa tekrarlı yürüyüşler yapılmalı, uzun yürüyüşlerden kaçınılmalıdır.

**Yara Bakımı:** İnsizyonlarda akıntı, açılma, kızarıklık, 37 °C üstü ateş olursa sağlık profesyonellerini bilgilendirmek gerekmektedir. Göğüs kemiğinin tam iyileşme süresi sekiz haftadır. Bu süre içinde vücut postürüne dikkat edilmeli, üst gövde ve kollar serbest hareket ettirilmelidir. Kontrol zamanına kadar ilk bir hafta günde bir kez batikonla pansuman yapılmalıdır.

**Banyo:** Taburcu olduktan sonra eve gidince banyo yapılabilir. Ilık duş alınmalı, insizyon ovulmamalı, iyice durulanıp kurulanmalıdır.

**Sigara:** Sigara kan basıncını ve kalp ritmini arttırarak arterlerde vazokonstriksiyona neden olur ve akciğer dokusunda hasara neden olur. Sigara ameliyat sonrası iyileşmeyi en fazla tehlikeye sokan alışkanlıklardan biridir. Sigara kesinlikle kullanılmamalıdır.

**Alkol:** Ameliyattan altı hafta sonra bira, şarap, aperatif içkiler içilebilir.

**Cinsel hayat:** Ameliyat sonrası dört-altı hafta boyunca cinsel ilişkiler son derece kısıtlı olmalıdır.

**Ev işleri:** Altı-sekiz hafta dolmadan ev işleri ve çocuk bakımı gibi konularda tam sorumluluk alınmamalıdır. Hafif ev işleri yapılmasında sakınca yoktur; çamaşır katlama, masa hazırlama gibi.

**Seyahat:** Arabayla seyahat etmek gerekiyorsa her saat başı durarak arabanın etrafında tur atmak gerekmektedir. Altı- sekiz hafta dolmadan önce seyahat etmek için doktorla görüşmek gerekir.

**Çalışma:** İlk bir ay süresince istirahat önerilir. Masa başı işlerde bir ay sonra çalışmaya başlamak mümkündür. Fiziksel güç gerektiren işlerde ise üç aya kadar beklemek gerekmektedir.

**İlaçlar:** Kullanılacak ilaçlarla ilgili olarak ilacın adı, etkisi, hangi dozda alınacağı, ne zaman ve hangi yoldan kullanılacağı, yan etkisi, ilacın dozunu artırma, azaltma ya da kesme ve bir dozunu almayı unutup ikinci doz zamanı geldiğinde çift doz almaması konusunda bilgilendirilmelidir.

**Kontroller:** İlk kontrol taburculuktan bir hafta sonra kalp damar cerrahisi, ikinci kontrol dört hafta sonra kardiyojoloji bölümüne olmaktadır. İlk kontrolde doktor tarafından başka bir tetkik istenmediği sürece rutin olarak EKG, telekardiyojografi ve hemogram bakılmaktadır.

**Diyet:** Ameliyat sonrası bir-bir buçuk aylık dönem beslenme açısından herhangi sınırlama içermemektedir. Metabolik hastalıklara özgü diyetle devam edilmelidir. Kan kolesterolünü düşürücü özellikte, proteinden zengin, yağ ve tuzdan fakir diyetin önemi hastalara anlatılmalı, yeterli ve dengeli beslenerek tüm besin gruplarının tüketiminin önemi anlatılmalıdır. Sıvı alımı önemlidir. Günde 3 lt sıvı tüketilmesi gerekmektedir.

## 2.2. TABURCULUK PLANLAMASI

Sağlık hizmeti uygulamalarına 1960'lı yıllarda girmiş olan taburculuk planlaması; birçok ülke sağlık sisteminin rutin olarak uygulanmakta ve giderek entegre bakım sisteminin bir parçası olmaktadır (Shepperd 2004) 2008 verilerine göre Amerika'da

39.9 milyon kişinin hastanelerden taburcu olduğu (AHRQ 2008) Türkiye de ise 2006 yılı verilerine göre toplam 7.578.078 kişi hastanelerden taburcu (T.C.Sağlık Bakanlığı 2006) olduğu raporlanmaktadır.

Taburculuk planlaması; hastanın hastaneye yatması ile başlayan, taburculuk sonrasında gerek evde gerekse rehabilitasyon merkezi, huzurevi gibi başka bir kurumda devam eden bakımını en iyi şekilde sũrdũrebilmesi için hazırlandığı, taburcu olan bireyin, servis ihtiyaçlarını, gerekli teçhizatı, tıbbi gereçleri, bunların planlamasını, hastanın eğitimi ve izlenmesini kapsayan bir sũretir. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) taburculuk planlamasını “hastanın kendi-kendine bakım, aile ũyeleri ya da bir kurum tarafından bakılmak ũzere bir sonraki bakım aşaması için hazırlandığı, bakımın her evresini kapsayan, bu aşama için gerekli tũm dũzenlemelerin yapılmasına yardımcı olan, bakım sũrecinin devamı” olarak tanımlamıştır (Meeker ve Rothrock 1999; Potter ve Perry 1997).

Taburculuk planlama sũreci, hastaneye yatan bũtũn hastalar için uygulanmalıdır. Son alışmalar; hastanede kalış sũresini, uzun sũreli kalınan yatak sayısını azaltma, bakımı topluma taşıma, gũnũ birlik cerrahi girişimleri arttırma, evde akut hasta bakım hizmetinde gelişme sağlama ve taburculuk planlaması gibi politikaları içermektedir. Bu politikaların amacı maliyeti azaltmak ve hasta sonuçlarını geliştirmektir (Shepperd 2004). Bũyũk cerrahi girişim, uzun sũren iyileşme dũnemi, sosyal izolasyon, evde bakım sũrecinin karmaşık olduğu durumlar, mali kaynakların yetersizliği, ulaşılabilir ya da uygun destek sistemlerinin yetersizliği, terminal dũnemde bulunma gibi taburcu olma sonrası sũrekli bakım ihtiyaını karşılamada yetersizliği bulunan hastaların taburculuğunun planlanması uezellikle önemlidir (Meeker ve Rothrock 1999; Potter ve Perry 1997).

Taburculuk planlaması, hastaneden ayrılması uygun olan hastalar için bireysel olarak geliştirilmelidir. Hastanın hastaneye yatışı ile taburculuk planlamasının başlatılması arasındaki zaman çeşitlilik göstermektedir. Bazı çalışmalarda, hastaneye kabulden itibaren planlanmakta iken bazı çalışmalarda taburculuktan ũ gũn önce başlatılmaktadır (Shepperd 2004).

Bireysel olarak geliştirilen taburculuk planlaması; “tanılama”, “planlama”, “uygulama” ve “izlem” basamaklarını içerir. Etkili bir taburculuk planlaması; hasta kabulũ öncesi hastanın değerlendirilmesi, yatan hastanın tanılanması ve bireysel hasta

gereksinimlerine odaklanmış taburculuk planının hazırlanması, planın uygulanması ve taburculuk sonrası izlemi içermelidir (Shepperd 2004).

Taburculuk Planı: Hastanın sağlık problemi, daha önceki hastalık ve hastaneye yatma deneyimi, şuan ki fonksiyonellik düzeyi ve bakım gereksinimi, öz bakım kapasitesi, taburculukta beklenen fonksiyon düzeyi, sağlık problemlerine yönelik bilgi algılamaları, hasta ve ailenin hastalık yönetimine ilişkin bilgi ve beceri düzeyi, hasta ve ailenin evde bakım deneyimi ve evde bakıma uyum düzeyleri, aile yapısı, iletişim şekli, kültürel değerleri, dini inanç ve uygulamaları, destek sistemleri/yardım amacı için kullanılan toplum kaynakları, ikamet edilen yapı ve bölgeye yönelik bilgileri içermelidir. Bu verilere yönelik aktüel ve potansiyel tanılar konulmaktadır

Taburculuk süreci sonucunda; (1) hastanede kalış süresinin uzunluğu, (2) hastaneye tekrar yatış oranı, (3) komplikasyon oranı, (4) mortalite oranı, (5) hastanın sağlık durumu, (6) hasta ve bakım verenlerin memnuniyeti, (7) hastaların ve bakım verenlerin psikolojileri, (8) taburculuk planlamasının hastaneye ve topluma maliyeti hakkında bilgi sahibi olunmaktadır. Hasta izlemi ile komplikasyonların erken tespit edilip, önlenmesi ve iyileşme sürecinin hızlanması sağlanmaktadır (Bowles ve ark. 2003; Maramba ve ark. 2004; Theobald 2004; Yıldız 2010).

Taburculuk sırasında hasta ve ailesinin eğitiminden sağlık ekibinin bütün üyeleri sorumlu olmakla birlikte taburculuk planlaması hemşirenin sorumluluğundadır.

### **2.3. OMAHA SİSTEM**

“Omaha Sistem” Kuzey Amerika Ziyaretçi Hemşireler Birliği tarafından Halk Sağlığı hemşireleri için geliştirilen, problem çözme ve hemşirelik süreci yaklaşımlarına dayalı olarak bireye odaklı temel bilgileri bir araya getiren ve inceleyen bir sınıflama sistemidir. Omaha sistem 1970'li yıllarda Amerika'da kullanılmaya başlamış olup günümüze kadar devam etmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nin 26 eyaletinde kullanılan Omaha Sistem, ayrıca sırasıyla Danimarka, Hollanda, Japonya, Çin, İsveç, Kore, Slovenya, İspanya, Türkiye, Kanada, Estonya ve Tayland ülkelerinin dillerine çevrilmiştir. Farklı kültürlerde hemşirelik uygulama alanlarında ve hemşirelik öğrencilerinin eğitimlerinde kullanılmıştır. ABD'de çok disiplinli sağlık çalışanları tarafından, toplum sağlığı, evde bakım ve okul sağlığı birimlerinde kullanılmaktadır. Omaha Sistem'inin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Erdoğan ve Esin tarafından yapılmıştır (Erdoğan ve ark. 1996). 1996 yılından bu yana İstanbul, Erzurum,

Çanakkale vb. illerde farklı örneklem üzerindeki uygulama sonuçları çeşitli araştırma bulgularıyla ortaya konmuş ve yayınlanmıştır (Gür, Yıldız, Erol, Yurt, Ergün, Kadioğlu 2008; Erdoğan ve Esin 2006; Erdoğan ve ark. 1996).

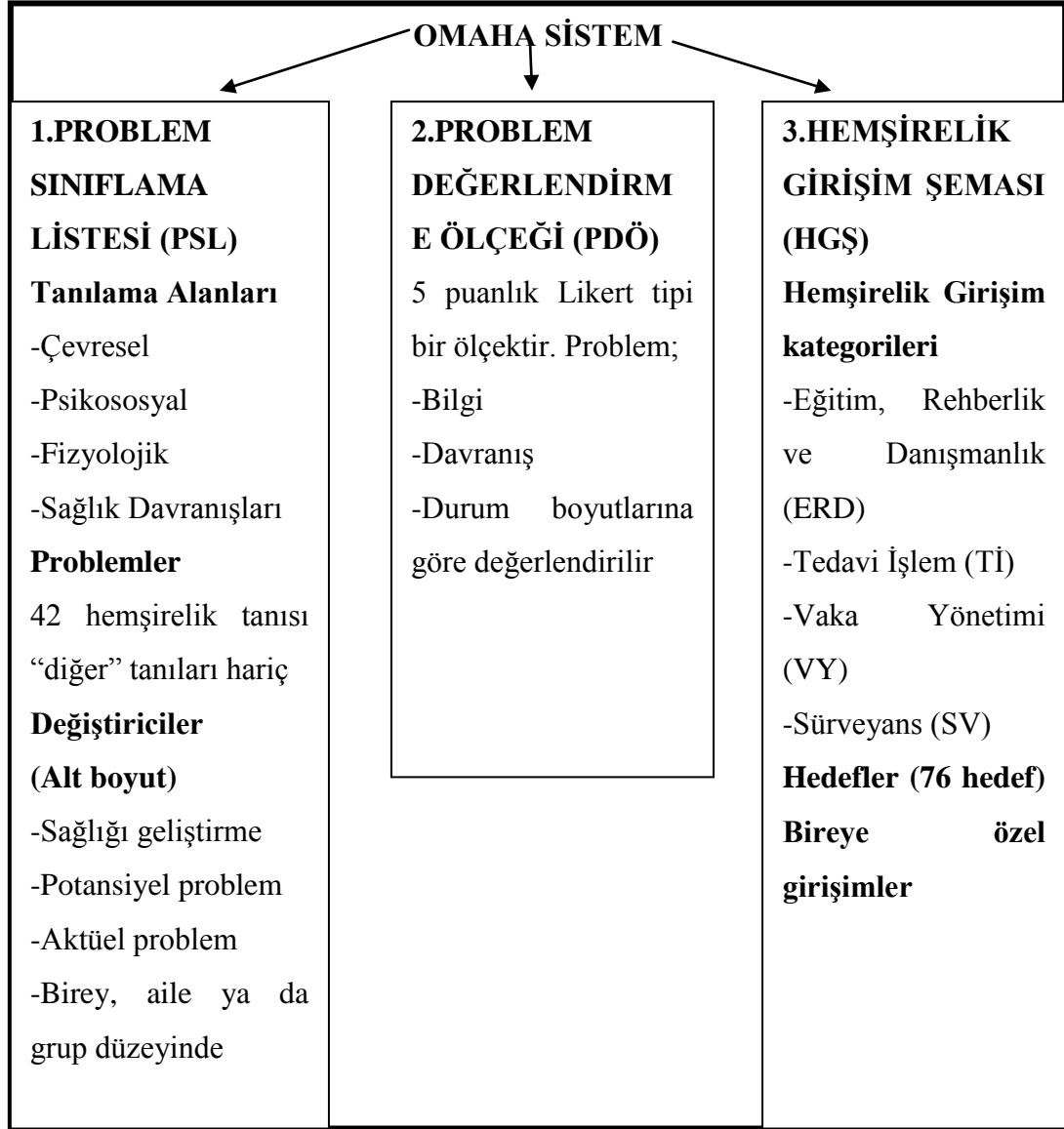
Hemşirelik sınıflandırma sistemlerinin kullanılması, hemşirelerin iletişim kurabilecekleri ortak ve yaygın bir dil kullanmalarını sağlar. Birey, aile ve toplum gruplarına verilen bakımı tanımlar. Elde edilen verilerin birey ve gruplara, çalışma alanlarına, zamana ve bölgelere göre karşılaştırılmasını ve araştırma verilerinde kullanılmasını sağlar. Ayrıca sunulan raporlar sağlık politikalarını etkileyebilir (Tanrıverdi 2009; Erdoğan ve ark. 2005; Gordon 2003).

Omaha Sistem'i kullanımının yararları; uygulama, eğitim ve araştırma gibi sistemin kullanıldığı alanlarda görülmektedir. Sistemin kullanıldığı tüm alanlarda kanıta dayalı uygulamalar, raporlar ve bilgi yönetimi sağlamak daha kolay olmaktadır. Bu sınıflandırma sisteminin kullanımıyla, sağlık bakım alanlarında çalışan diğer disiplinlere, sosyal hizmet alanında çalışanlara ve öğrencilere, bireylerin problemlerini, problemlere yönelik girişimleri ve bakım sonuçlarını standartlarını bir şekilde tanıtmak daha anlaşılabilir olmaktadır. Tüm uygulayıcılar için Omaha Sistem'i, bireylerin olası veya aktüel problemlerini tanılamada, ipuçları sunar ve verilen bakımın değerlendirilmesinde yol göstericidir. Uygulamaları en iyi şekilde yapmada tanımlamalar sunarak bir köprü vazifesi görür. Omaha Sistem'inden elde edilen temel veriler; sağlık bakım uygulamalarını geliştirme, çalışanlar arasında iletişimi kolaylaştırma, toplum ihtiyaçlarını belirleme, akreditasyon programlarının gereklerini yerine getirme, hizmetlerin planlanması ve yönetilmesinde kullanılır (Monsen, Banerjee, Das 2010; Martin 2005).

Omaha Sistem'inin yapısı; "Problem Sınıflama Listesi", "Problem Değerlendirme Ölçeği" ve "Hemşirelik Girişim Şeması" olmak üzere üç bölümden oluşur (Şekil.1).

**1-Problem Sınıflama Listesi:** Bireye odaklı hemşirelik tanımlarını tanımlayan listedir. Listede bireyin problemleri ve hemşirelik tanısı eş anlamlı kullanılır. Problem sınıflama listesinde yer alan problemler "Çevresel", "Psikososyal", "Fizyolojik" ve "Sağlık Davranışları" olmak üzere dört alanda tanımlanır. 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 sınıflandırılır. Tanılanan problem "birey",

“aile” ya da “grup” düzeyinde planlanabilir. Her probleme ait standart belirti ve bulgular bulunmakla birlikte yine her problem için “diğer” seçeneği de bulunmaktadır.



**Şekil 1: Omaha Sistem**

(Kaynak: Erdoğan ve ark. (2005). Halk Sağlığı Hemşireliği Uygulama Rehberi, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayın no: 4588, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları)

**2-Problem Değerlendirme Ölçeği:** Problemin düzeyini ve bakımın sonuçlarını değerlendiren bir ölçme aracıdır. Beş maddeli likert tipi bir ölçektir. Bireye yönelik seçilen problemler "Bilgi", "Davranış", "Durum" boyutları ile 1'den 5'e kadar tek bir puan ile değerlendirilir. Bilgi; bireyin bilgiyi hatırlama ve yorumlama yeteneğidir. Davranış; bireyde gözlenebilen yanıtlar, harekete dönüşen aktivitelerdir. Durum; bireyin objektif/subjektif bulgularına dayandırılan durumudur. Ölçek, problemler arasındaki farklılıkları, problemin büyüklüğünü, öncelikleri, problemin şiddetini ve bakımın sonuçlarını değerlendirmeye yardım eder. Problem değerlendirme ölçeği, bakımın etkinliğini, kalitesini ve maliyet sonuçlarını yansıttığı için hem yöneticiler hem de uygulayıcılar için gerekli bir araçtır (Erdoğan ve ark. 2005; Minnesota Omaha System Users Group 2009).

**Tablo 2-1: Problem Değerlendirme Ölçeği**

<b>Kavram</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b><u>Bilgi</u></b> Bireyin bilgiyi hatırlama ve yorumlama yeteneği	Bilgisi yok	Çok az	Temel düzeyde	Yeterli Düzeyde	Üst Düzeyde
<b><u>Davranış</u></b> Bireyde gözlenebilen yanıtlar, harekete dönüşen aktiviteler	Uygun Değil	Nadiren Uygun	Tutarsız	Genellikle Uygun	Her zaman Uygun
<b><u>Durum</u></b> Bireyin objektif/subjektif bulgularına dayandırılan durumu	Çok ciddi	Ciddi	Orta Düzeyde	Çok az Düzeyde	Yok

**3-Hemşirelik Girişim Şeması:** Her probleme yönelik planlanan hemşirelik girişimleri 4 kategoride düzenlenir. Bu kategoriler; "Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık (ERD)", "Tedavi ve İşlem (Tİ)", "Vaka Yönetimi (VY)", "Sürveyanstır (SV)". Problemlere göre hemşirelik girişim kategorilerinden birisi seçilir. Planlanan hemşirelik girişimlerini açıklamak için standart hedefler seçilerek bireye özel girişimler planlanıp uygulanır.

Hedefler 75 adet ve bir tane de “Diğer” seçeneği ile birlikte toplam 76 adet hedef bulunmaktadır (Erdoğan ve ark. 2005; Martin 2005).

#### **2.4. OMAHA HEMŞİRELİK BİLGİ SİSTEMİ (OHEBIS)**

OHEBIS, Omaha Hemşirelik Sistem’inin Türkçe versiyonunun bilgisayara uyarlanmış şeklidir. Bakımın koordinasyonunu, kesin, düzenli ve yasal bir kayıt sistemini, bireye özel hemşirelik uygulamalarının yapısının standardize edilmesini, problemlerin, girişimlerin ve sonuçların görünür kılınmasını, risk düzeylerini ve bireyin sağlık sonuçlarını/ bakımın sonuçlarını kayıt altına almayı sağlar (Martin 2005).

Omaha Sistem’i 1980’lerin başında, Ziyaretçi Hemşireler Birliği tarafından yazılımı yapılmış ve daha sonra her uygulayıcı grup kendi yazılımını geliştirip kullanmaya başlamıştır. Yazılım türleri ve sayıları hızla yayılmaya devam etmektedir (Martin 2005). Günümüzde birçok alanda kullanılan, standart bir yapısı olan Omaha Sistem’i; uygulamaları, dokümantasyonu ve bilgi yönetimini düzenleyip bu konuda gelişimi sağlamak için tasarlanmıştır. Son yıllarda elektronik sağlık kayıtlarının kullanımı artmakta olup bu kayıtların içerdikleri standart ifadeler, birlikte işlerliği ve bilgi alışverişini de kolaylaştırmaktadır (Ay 2009; Erdoğan 2003). Yapılandırılmış sistematik klinik veriler, depolanmış ya da kaydedilmiş dosya niteliğinde değil; değerli raporlar sağlayan yapılar olarak da adlandırılabilir. Omaha Sistem’ini öğrenmek; veri toplamaya yol gösteren, bu konuda yeni bakış sunan bir dokümantasyon sürecini de beraberinde getirir. Elektronik sağlık kayıt sistemlerinde, kaliteli veri elde etmek ve uygulayıcıların iş akış sürecini geliştirmesi bilgi yönetiminde dikkatle odaklanması gereken bir amaçtır. Standart dilin terminolojik kullanımı; iletişimi, bilgi paylaşımını, kaydedilen verilerin sonuç olarak ne demek istediğini anlamayı kolaylaştırır. Ayrıca otomasyona girilen veriler, araştırmacı ya da klinisyeni bu verileri farklı alanlarda tekrar kullanılması konusunda destekler. Omaha Sistem’i, objektif olarak bilgiye odaklanmayı, problemleri, girişimleri ve sonuçlarını uygulamada, eğitimde ve araştırma alanlarında kayıt edip değerlendirmeye yardım eder (Erdoğan 2003; Gordon 2003).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Tasarım Tipi

Bu araştırma, kalp damar cerrahisi Koroner Arter Bypass Greft (KABG) ameliyatı geçiren hastaların taburcu olduğu gün, taburculuk sonrası birinci ve dördüncü hafta kontrollerinde sağlıkla ilgili problemleri, bu problemlere yönelik hemşirelik girişimleri ve verilen bakımın sonuçlarını Omaha Hemşirelik Bilgi Sistem (OHEBİS) ile belirlemek amacıyla tanımlayıcı - kesitsel tipte planlandı.

Araştırmada yanıt aranan başlıca sorular şunlardır;

Omaha Sistem'e göre, KABG ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sürecinde:

-Yaşadıkları problemler nelerdir?

-Problemlerin şiddeti ne orandadır?

-Problemler için uygulanan girişimler ve bireysel hedefler nelerdir?

-Uygulamadan sonra girişimlerin hasta sonuçlarında yarattığı değişimler ne orandadır?

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Örneklemi

Bu araştırma İstanbul ilinde özel bir hastanenin Kalp Damar Cerrahisi-Kardiyoloji biriminde uygulandı. Araştırmanın yapıldığı özel hastane 2008 yılında hizmet vermeye başlamıştır. Kalp Damar Cerrahisi ve Kardiyoloji hastalarının takibinin yapıldığı birimin; 23 yatak kapasitesi vardır. 1 Kat hekimi, 10 hemşire, 2 sağlık destek personeli ve 1 kalp damar cerrahisi koordinatörü görev almaktadır. Birimde hemşire başına düşen hasta sayısı ortalama 7'dir. Birimde yetişkin ve çocuk perioperatif hasta takibi ve kardiyoloji hasta takibi yapılmaktadır.

Araştırmanın tek bir yerde uygulama yapılmasının nedeni, hemşirelik bakımında Omaha Sistem'in henüz bireysel ve kurumsal düzeyde bilinmemesi ve uygulanmamasıdır.

Araştırmanın örneklemini çalışmanın uygulandığı tarihten (Şubat 2010- Ekim 2010) itibaren ilgili serviste hizmet alan KABG ameliyatı geçiren taburculuğu planlanmış 30 hasta oluşturmaktadır.

### **Örneklem Seçim Kriterleri**

Araştırmada amaçlı örnekleme yöntemi kullanıldı. Örneklem çalışmanın başladığı tarihten itibaren perioperatif takibi ve taburculuk planlaması yapılan KABG ameliyatı geçiren 30 hastadan oluştu.

### **3.3. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada veriler; Koroner Arter Bypass Greft ameliyatı geçiren hastaların tanımlayıcı bilgilerini ve Omaha Hemşirelik Sistem’ine dayalı bilgileri içeren “Hasta Kayıt Formu” ile toplanmıştır (Ek-1; Ek-2). Bu kayıt formunun ilk bölümü bypass hastalarının sosyodemografik özellikleri ve sağlık durumuyla ilgili verilerin (adı-soyadı, cinsiyeti, yaşı, ailedeki konumu, eğitim durumu, medeni durumu, primer ve sekonder tıbbi tanıları) kaydedildiği bölüm olup, ikinci bölüm Omaha Sistem bölümlerinden “Problem Sınıflama Listesi”, “Problem Değerlendirme Ölçeği” ve “Hemşirelik Girişimlerinin ve Değerlendirmelerinin” kaydedildiği şemadan oluşmaktadır. Daha sonra toplanan verilerin elektronik ortamda Omaha Hemşirelik Bilgi Sistemi’ne (OHEBİS) kaydı yapılmıştır. Verilerin elektronik ortamda OHEBİS’e kaydedilmesi ile hemşirelik uygulamalarının toplanması, saklanması, raporlanması ve iletişimi kolaylaştırması hedeflenmiştir.

#### **3.3.1. Omaha Hemşirelik Bilgi Sistemi (OHEBİS)**

Omaha Hemşirelik Sınıflandırma Sistem’inin Türkçe otomasyona geçirilmiş yazılımına OHEBİS adı verilmiştir. OHEBİS, Omaha Sistem bilgisayar yazılım programıdır. Omaha Sistem’in Türk diline uyumlaştırma çalışmaları 1997 yılında başlamış ve son versiyonu (Martin, 2005) Türkçeye yeniden uyumlaştırılmış ve el ile kullanılan formlar 2009 yılında otomasyona dönüştürülmüştür. Sistemin revizyon çalışmaları ve otomasyona geçirilme çalışmaları İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üye ve elemanları tarafından yürütülmektedir. İlgili anabilim dalı, Omaha Sistemini farklı Halk Sağlığı Hemşireliği uygulama alanlarında kullanmak amacıyla Omaha Hemşirelik Bilgi Sistemi (OHEBİS) adı altında 2 yıldır hemşirelik eğitiminde uygulamaya geçirmiştir. OHEBİS’e birey bilgileri, problemler, değerlendirmeler ve girişimler kaydedilirken izlenen yol aşağıdaki gibidir;

### 3.3.1.1. Birey Bilgi Kartı

OHEBİS açılış ekranında; “İşlemler Sekmesi”, “Bireysel İşlemler” bölümü, çalışılacak grup seçimi yapılır ve “Yeni Birey Ekle” sekmesi seçilerek “Birey Bilgi Kartı” açılır. Bireyi tanımlayan bilgiler, birey bilgi kartına kayıt edilmektedir. Bu bölüm; bireyin sosyodemografik özellikleri (adı, soyadı, cinsiyeti, doğum tarihi, ailedeki konumu, eğitim durumu, sosyal güvencesi, mesleği, medeni durumu), aile öyküsü, tıbbi özgeçmiş, laboratuvar tarama/sonuçları, yaşam bulguları, antropometrik ölçümleri, aşılama, bayanlar için; üreme sağlığı, gebelik/loğusa bilgilerini içermektedir.

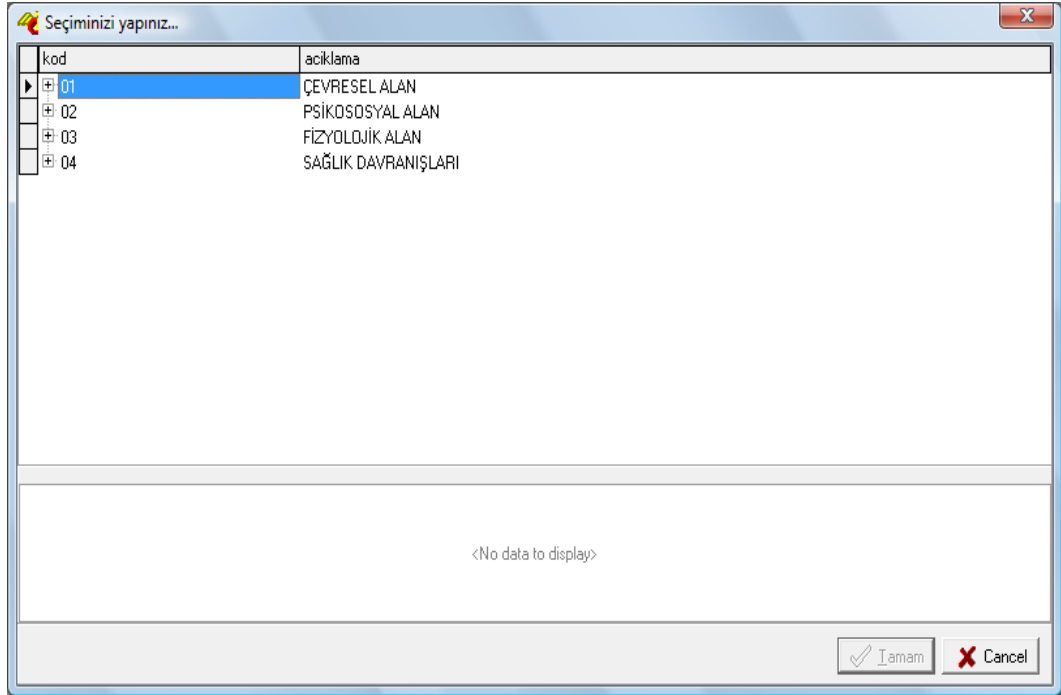
Şekil 2: Birey Bilgi Kartı

### 3.3.1.2. Problem Alanları

Problem alanları; “Çevresel”, “Psikososyal”, “Fizyolojik” ve “Sağlık Davranışları” olmak üzere 4 alanda tanımlanır ve Omaha Sistem’inin ilk bölümünü oluşturur. Dört tanı alanı toplam 42 problem/hemşirelik tanısını içerir.

- **Çevresel Alan:** Birey/ailenin yakın ve uzak çevresi ile ilgili fiziksel özellikleri tanımlar.
- **Psikososyal Alan:** Davranış, iletişim, ilişki ve gelişim ile ilgili problemleri tanımlar.
- **Fizyolojik Alan:** Yaşamı sürdüren fonksiyonları tanımlar.
- **Sağlık Davranışları Alanı:** Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve iyileştirilmesini sağlayan aktiviteleri tanımlar.

Bireysel işlemler bölümünde “Hemşirelik Bakım Planı” sekmesinden sonra Problem Sınıflama Listesinde ilk seçim yapmamız gereken problem alanıdır. Problem alanını seçtikten sonra alt gruplarında problemlerin isimleri görülmektedir.

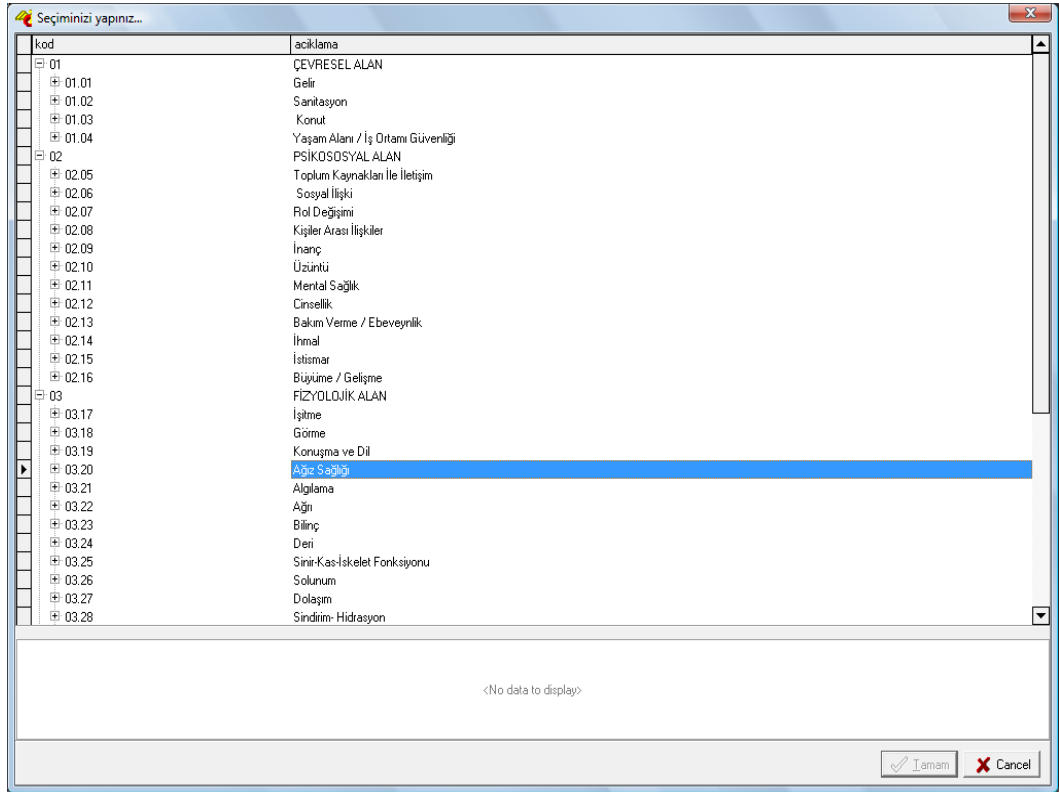


**Şekil 3: Problem Alanları Ekranı**

### 3.3.1.3 Problem Sınıflama Listesi (PSL)

Problem Sınıflama Listesinde 42 adet problem ve bu problemlere ait belirti ve bulgular bulunmaktadır. Her problem "Sağlığı Geliştirme", "Potansiyel" ve "Aktüel" problem başlıkları altında değerlendirilir.

- **Aktüel problem:** Bireyin algıladığı veya deneyimlediği gerçek (aktüel) problemlerdir. Her problem bireyin bozulmuş sağlık durumunu gösteren belirti/bulguları tanımlar. Sadece bu kategoride olan problemlerin belirti/bulguları işaretlenir, bir ya da daha fazla belirti/bulgu olabilir.
- **Potansiyel Problem:** Belirti ve bulguların olmadığı, ancak sağlığın en iyi düzeyde olmasını engelleyen risk faktörlerini ya da riskli davranışları tanımlar.
- **Sağlığı Geliştirme:** Problem ile ilişkili belirti/bulguların ve risk faktörlerinin olmadığı, en yüksek iyilik halini devam ettiren sağlık bilgisi ve davranışların artması ile ilgili bir sağlık beklentisi durumudur.



Şekil 4: Problem Sınıflama Listesi Ekranı

Bireye uygun problem ve alt kategorileri seçildikten sonra eğer “Aktüel Problem” mevcutsa belirti/bulgular bir veya daha fazla seçilebilir. Seçilen her başlık tamam tuşuna basıldıktan sonra birey bakım alanında yerini alır.

Problem Sınıflama Listesi ( PSL ) Hemşirelik Tanıları					Problem Değerlendirme Ölçeği ( PDÖ )		
Problem Alanı - Değişirici	Belirti - Bulgu	Öncelik	Notlar	Tarih	BI	DA	DIU
FIZYOLOJİK ALAN - Dolaşım - Aktüel -	ödem	yüksek		23.02.2010	3. Temel düzeyde	4. Genellikle	3. Orta düzeyde
				02.04.2010	4. Yeterli düzeyde	4. Genellikle	3. Orta düzeyde
				23.03.2010	4. Yeterli düzeyde	4. Genellikle	3. Orta düzeyde

Kategori	Hedef	Bireye Özel Girişimler	Notlar
ERD Eğitim Rehberlik Danışmanlık	3. Anatomi-fizyoloji	Dolaşım sistemi	
ERD Eğitim Rehberlik Danışmanlık	11. Belirti-bulgular_fiziksel	Sağlık profesyoneline başvurulması gereken durumlar	
ERD Eğitim Rehberlik Danışmanlık	50. Kardiyak bakım	Ödem azaltılması	bacak elevasyonu, uzun süre ayakta durmama
ERD Eğitim Rehberlik Danışmanlık	50. Kardiyak bakım	Varis çorabı	
ERD Eğitim Rehberlik Danışmanlık	50. Kardiyak bakım	İlaç hatırlatma kutusu	
ERD Eğitim Rehberlik Danışmanlık	63. Tıbbi /Diş bakımı	Planlanan kontrol randevularına uyum	
ERD Eğitim Rehberlik Danışmanlık	63. Tıbbi /Diş bakımı	Hastalık süresince hastayı/ bakım veren kişiyi eğilme	
SV Surveyans	11. Belirti-bulgular_fiziksel	Asit/ ödem	+2 gode pretibial ödem
SV Surveyans	63. Tıbbi /Diş bakımı	Planlanan kontrol randevularına uyum	
VY Yaka Yönetimi	63. Tıbbi /Diş bakımı	Hizmet/ bakım verenler arasında koordinasyon	

Şekil 5: Hemşire Bakım Planı Ekranı

### 3.3.1.3. Problem Değerlendirme Ölçeği (PDÖ)

Problem Değerlendirme Ölçeği, problemin düzeyini ve bakım sonuçlarını “Bilgi”, “Davranış”, “Durum” düzeyinde değerlendirilen bir ölçme aracıdır. Eş maddeli likert tipi bir ölçektir. Ölçek; problemle arasındaki farklılıkları, problemin büyüklüğünü, öncelikleri, problemin şiddetini ve bakımın sonuçlarını değerlendirmeye yardımcı eder. Değerlendirme birey ile ilk karşılaşmada, bakım sürecinde düzenli aralıklarla ve bakım sonunda yapılır. Problem Değerlendirme Ölçeği, “Hemşirelik Bakım Planı” sayfasında satır açarak ve değerlendirilen tarih yazılarak bireyin “Bilgi”, “Davranış” ve “Durum” değerleri seçilerek değerlendirilir. Gerekli olan açıklamalar, yapılan her tarihteki değerlendirmeler için notlar bölümüne ayrı ayrı yazılır. Ara

değerlendirmelerde, PDÖ değerlendirmeleri görülmek istediğinde her hasta için yapılan değerlendirmeler “Hemşirelik Değerlendirmeleri” bölümünden görülebilir.

Tarih	BI	DA	DU	Yapılan Girişimler		
<b>FIZYOLOJİK ALAN - Ağrı - Aktüel -</b>						
26.05.2011		3	4	4 Ağrı - ilacın amacı /yaran - Doğru zamanda / dozda alma - Destek/ atel/ gıysi - Ağrı (yeni, süresi, sıklığı, şiddeti, ağrı kontrolü) -		
26.05.2011		3	4	3 Ağrı - ilacın amacı /yaran - Doğru zamanda / dozda alma - Destek/ atel/ gıysi - Ağrı (yeni, süresi, sıklığı, şiddeti, ağrı kontrolü) -		
26.05.2011		3	4	5 Ağrı - ilacın amacı /yaran - Doğru zamanda / dozda alma - Destek/ atel/ gıysi - Ağrı (yeni, süresi, sıklığı, şiddeti, ağrı kontrolü) -		
<b>FIZYOLOJİK ALAN - Deri - Aktüel -</b>						
26.05.2011		3	4	3 Yara bölgesinin değerlendirilmesi - [ pansumanın yapılması ] Bölgeyi temiz ve kuru tutmak - Olası kaynaklarının belirlenmesi - El yıkama.		
26.05.2011		3	4	4 Yara bölgesinin değerlendirilmesi - [ pansumanın yapılması ] Bölgeyi temiz ve kuru tutmak - Olası kaynaklarının belirlenmesi - El yıkama.		
26.05.2011		3	4	2 Yara bölgesinin değerlendirilmesi - [ pansumanın yapılması ] Bölgeyi temiz ve kuru tutmak - Olası kaynaklarının belirlenmesi - El yıkama.		
<b>FIZYOLOJİK ALAN - Dolajım - Aktüel -</b>						
26.05.2011		3	4	3 Dolajım sistemi - Sağlık profesyoneline başvurulması gereken durumlar - Ödem azaltılması - Varies çorabı - İlaç hatırlatma kutusu - F		
26.05.2011		4	4	3 Dolajım sistemi - Sağlık profesyoneline başvurulması gereken durumlar - Ödem azaltılması - Varies çorabı - İlaç hatırlatma kutusu - F		
26.05.2011		4	4	3 Dolajım sistemi - Sağlık profesyoneline başvurulması gereken durumlar - Ödem azaltılması - Varies çorabı - İlaç hatırlatma kutusu - F		
<b>FIZYOLOJİK ALAN - Sinir-Kas-İskelet Fonksiyonu - Aktüel -</b>						
26.05.2011		3	4	4 Yatak içi hareketleri - Uygun/ doğru beden duruşu - Hareketlilik -		
26.05.2011		4	4	4 Yatak içi hareketleri - Uygun/ doğru beden duruşu - Hareketlilik -		
26.05.2011		4	4	5 Yatak içi hareketleri - Uygun/ doğru beden duruşu - Hareketlilik -		
<b>FIZYOLOJİK ALAN - Solunum - Aktüel -</b>						
28.06.2010		3	3	3 Solunum sistemi fonksiyonu - Balgamın renginde, miktarında ve özelliğinde değişim - Sağlık profesyoneline başvurulması gereken durum		
28.06.2010		3	3	3 Solunum sistemi fonksiyonu - Balgamın renginde, miktarında ve özelliğinde değişim - Sağlık profesyoneline başvurulması gereken durum		
28.06.2010		3	4	4 Solunum sistemi fonksiyonu - Balgamın renginde, miktarında ve özelliğinde değişim - Sağlık profesyoneline başvurulması gereken durum		
<b>SAĞLIK DAVRANIŞLARI - Fiziksel Aktivite - Potansiyel -</b>						
26.05.2011		3	4	4 Uygun egzersiz programları - Aktif / pasif egzersizler - Aktiviteyi artırma - Davranış sürdürme - Aktivite toleransı -		
26.05.2011		3	4	4 Uygun egzersiz programları - Aktif / pasif egzersizler - Aktiviteyi artırma - Davranış sürdürme - Aktivite toleransı -		
26.05.2011		3	4	4 Uygun egzersiz programları - Aktif / pasif egzersizler - Aktiviteyi artırma - Davranış sürdürme - Aktivite toleransı -		
<b>KAVRAM</b>						
BİLGİ	Bilgiyi Hatırlama Bilgiyi Yorumlama	BİLGİSİYOK	ÇOK AZ DÜZEYDE	TEMEL DÜZEYDE	YETERLİ DÜZEYDE	ÜST DÜZEYDE
DAVRANIŞ	Gözüne Yant Hareket Dönüş	UYGUN DEĞİL	NADİREN UYGUN	TUTARSIZ	GENELLİKLE UYGUN	HER ZAMAN UYGUN
DURUM	Varolan Objektif Subjektif Belirtiler / Bulgular	ÇOK CİDDİ	CİDDİ	ORTA DÜZEYDE	ÇOK AZ DÜZEYDE	YOK

Şekil 6: Hemşirelik Bakımı Sonuçları, Hemşirelik Değerlendirmeleri

### 3.3.1.4. Hemşirelik Girişimleri

Hemşirelik Girişimlerinin belirli bir düzene göre seçildiği; girişimlerin kategorilere göre uygulandığı, hedefler ve bu hedeflerin altında yer alan bireye özel girişimlerden oluşan bölümdür. İlk yapılması gereken bireyin problemine yönelik yapılacak girişimlerin kategorisini seçmektir.

Bu kategoriler;

**Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık (ERD):** Bireylerin bilgilenmesini sağlayan aktiviteleri, özbakım ve başa çıkma konusunda sorumluluk almasını sağlayan girişimleri ve bireyi-aileyi-toplumu karar verme ve problem çözümünde desteklemeyi içerir.

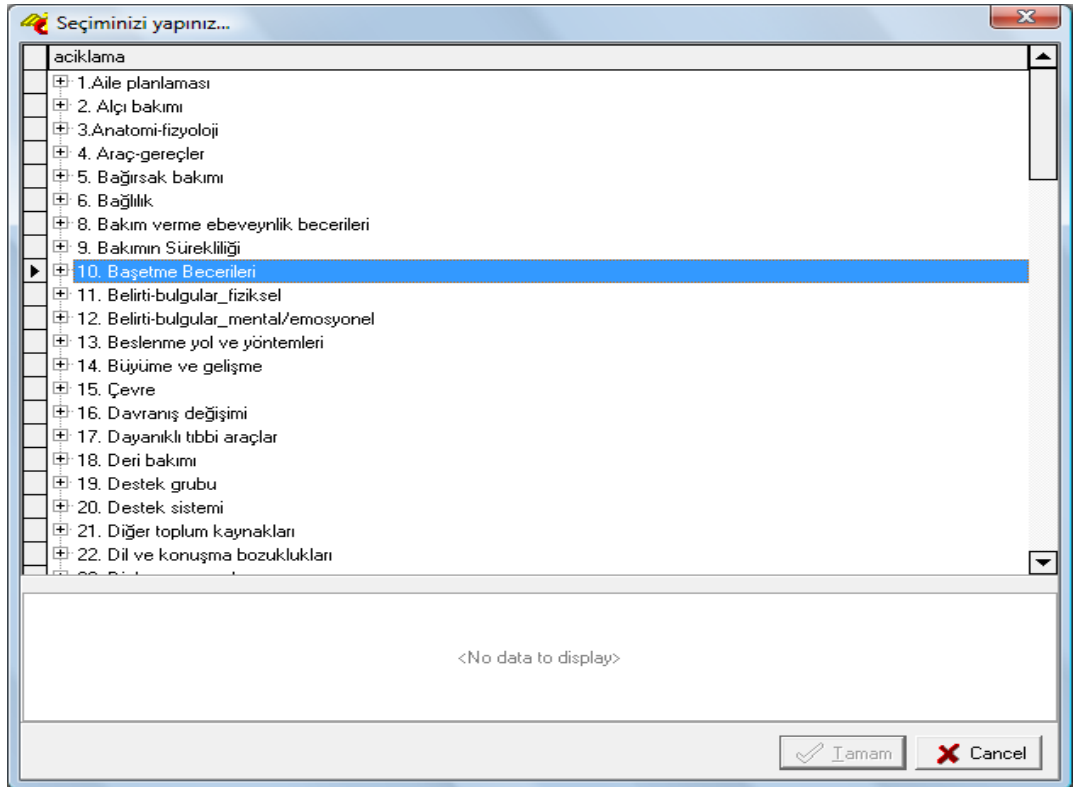
**Tedav İşlem (Tİ):** Risk faktörlerini ve belirti/bulguları erken dönemde tanılamak, önlemek, azaltmak için uygulanan teknik girişimlerdir.

**Vaka Yönetimi (VY):** Koordinasyon aktivitelerini içerir. Bireyler için sağlık ve sosyal hizmet veren kuruluşlar ile iletişim kurmak, sağlık bakımı alma haklarını savunmak, bireyin uygun toplumsal kaynakları kullanması için rehberlik etmek olarak tanımlanır.

**Sürveyans (SV):** Mevcut durum ile ilgili periyodik gözlem yapmak, veri toplamak, analiz ve değerlendirme yapmak ve izlemektir.

İkinci olarak yapılması gereken hedefler listesinden uygun hedefi seçmektir.

Bu hedefler; Alfabetik listeye göre sıralanmış 75 hedef ve bir tane de “Diğer” seçeneği olmak üzere toplam 76 adettir. Bu 76 hedefin altında “Bireye Özel Girişimler” seçilmekle birlikte hiçbir tanıma uymayan girişimler “Diğer” seçeneği işaretlenerek uygun girişimler açıklamalarıyla birlikte yazılmaktadır. Bireye Özel Girişimler seçildikten sonra “Notlar” bölümüne bireye yapılan girişimlerin ayrıntılı cümlelerle her satırda yer alan açıklamalar bölümüne yazılması gerekmektedir. Böylelikle yapılan her girişim ayrıntılı şekilde okuyan herkes tarafından anlaşılmaktadır. Yapılan tüm bu işlemler bittikten sonra bireyin bilgilerini kaydetmek için “Kaydet veya Kapa” butonuna basmak gerekmektedir.



**Şekil 7: Hedefler Listesi**

### 3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmaya katılan bireylerin verileri, oluşturulan “Kayıt Formu” tarafından tek elden toplandı ve daha sonra toplanan verilerin elektronik ortamda OHEBİS’e girişleri yapıldı. Hastalara ait veriler; taburcu olduğu güne ait sağlık problemlerine yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri ve taburculuk eğitimi, taburculuk sonrası birinci hafta kontrolündeki sağlık problemleri ve dördüncü hafta kontrollerinde gözlemlenen sağlık problemlerinin değerlendirilmesi, kayıt edilmesi ve 24 saat telefonla iletişiminin sağlanması ile elde edildi. Hemşirelik girişimleri sonucunda, hasta sonuçlarında olan değişiklikler değerlendirilerek Bilgi, Davranış, Durum düzeyinde izlemleri yapıldı.

### 3.5. Etik Konular

Araştırmanın yürütülebilmesi için ilgili özel hastanenin etik kurulundan çalışma izni alındı. Araştırmaya dahil edilecek bireyler ve yakınları sözlü olarak bilgilendirildi ve onamları alındı. Omaha Sistem’in elektronik ortamda kullanılması için ilgili anabilim dalından gerekli izinler alındı.

OHEBİS kullanımında araştırmacıya şifre verilerek verilerin güvenliği ve gizliliği sağlandı.

### 3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri

#### Sınırlılıkları:

- **OHEBİS** programının uzaktan kullanımının olmaması, sadece okul ortamında kullanılması,
- **OHEBİS** programı raporlarının sınırlı istatistik sonuçlarına ulaşmaya izin vermesi. Bu nedenle bakım sonuçları ve bağımsız değerkenler ile ilişkisinin değerlendirilememesi.

#### Güçlü yönleri:

- Araştırmacının, OHEBİS programını iyi kullanması ve dokümantasyonun doğrudan kendisinin bakım verdiği hastalardan oluşması,
- Taburculuk planlamasında hemşirelik bakımı konusunun ilk kez tüm hemşirelik süreci değerkenleri ile ve otomasyona dayalı bir hemşirelik sınıflama sistemi ile değerlendirilmesi

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Veriler bilgisayar ortamında OHEBIS raporlama olanakları ile değerlendirildi. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel analizler (sayı, yüzde, ortalama...) kullanıldı. OHEBIS raporlama olanakları dışında bakım sonuçlarına ilişkin bazı veriler Excel ve SPSS programları kullanılarak değerlendirildi. Anlamlılık değeri olarak  $p < 0,05$  olarak kabul edildi.

#### 4. BULGULAR

Koroner Arter Bypass Greft (KABG) ameliyatı sonrası taburcu olduğu gün, taburculuk sonrası birinci ve dördüncü hafta yapılan kontrollerde hastaların bakım gereksinimlerini/problemlerini, hemşirelik uygulamalarını ve bakım sonuçlarını belirlemeye yönelik yapılan bu araştırmanın bulguları 4 bölümde sunulmuştur.

Bu bölümler;

- 1- Tanımlayıcı bulgular
- 2- Koroner Arter Bypass Greft hastalarının taburculuk ve taburculuk izlem sürecindeki sağlık problemleri/ hemşirelik tanıları
- 3- Sağlık problemlerine yönelik hemşirelik girişimleri
- 4- Bakım sonuçlarına yönelik bulgular

#### 4.1. Tanımlayıcı Bulgular

##### 4.1.1. Sosyo-demografik Özellikler

Araştırma kapsamına alınan 30 hastanın yaş ortalaması 65,8 (max-min= 83-42); %70'i erkek, %30'u kadındır. Çoğunluğu ilkokul mezunu (%56,7) ve lise mezunu (33,3) olup, 24 kişi (%80) evli, 5 kişi (%16,7) duldur. Hastaların %23,3'ü ev hanımı, %30'u emekli ve % 46,7'si çalışan grubu oluşturmaktadır.

**Tablo 4-1: Bireylerin Sosyo-demografik Özellikleri**

Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	9	30
	Erkek	21	70
Eğitim Durumu	Eğitimsiz	1	3,3
	İlkokul mezunu	17	56,7
	Lise mezunu	10	33,3
	Lisans mezunu	2	6,7
Medeni durum	Evli	24	80
	Dul	5	16,7
	Bekar	1	3,3
Meslek	Ev hanımı	7	23,3
	Emekli	9	30
	Üst düzey yönetici	5	16,7
	Profesyonel meslek mensubu	2	6,7
	Büro ve Satış hizmetleri	4	13,3
	Tarım ve hayvancılık	2	6,7
	Sanatkar	1	3,3

##### 4.1.2. Sistemik Hastalıklar

Araştırma kapsamına alınan 30 KABG ameliyatı olan hastanın sistemik hastalıkları Tablo 4.2'de gösterildi. Hastalarda en sık görülen üç sistemik hastalık sırasıyla; hipertansif hastalıklar (% 42,9), diyabet (% 32) ve hiperlipidemidir (% 10,7).

**Tablo 4-2: Sistemik Hastalıklar (n=30)**

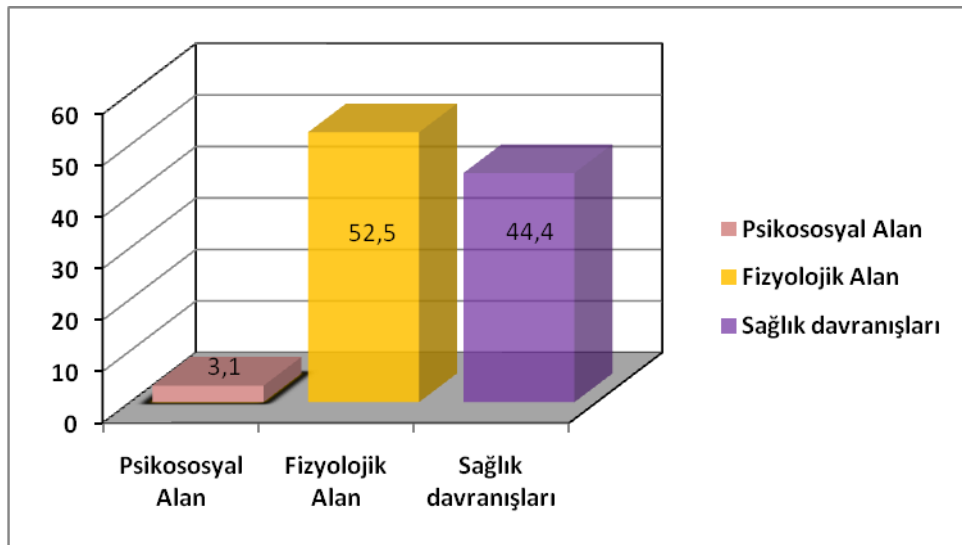
Tıbbi Tanılar	n*	%
Hipertansif hastalıklar	24	42,9
Diyabet	18	32
Hiperlipidemi	6	10,7
Kronik alt solunum yolu hastalıkları (KOAH)	2	3,6
Kronik alt solunum yolu hastalıkları (bronşial astım)	2	3,6
Artropati (Romatoid artrit)	2	3,6
Özofagus, mide ve duodenum hastalıkları (akalazya)	1	1,8
Artropati (GUT)	1	1,8
Toplam	56	100

\*Birden fazla işaretleme yapılmıştır.

## 4.2. Koroner Arter Bypass Greft Hastalarının Taburculuk ve Taburculuk İzlem Sürecindeki Sağlık Problemleri/ Hemşirelik Tanıları

### 4.2.1. Problem Alanları

Koroner Arter Bypass Greft ameliyatı geçiren ve araştırma kapsamına dahil edilen 30 hastanın taburcu olduğu gün, taburculuk sonrası birinci ve dördüncü hafta kontrollerinde Omaha Sistem'e dayalı olarak toplam 320 hemşirelik tanısı belirlendi. Omaha Sistem problem alanlarından "Çevresel" alana ilişkin problem tanılanmadı. En fazla tanı konulan problem alanları sırasıyla; "Fizyolojik" alan (%52,5), "Sağlık Davranışları" alanı (%44,4) ve "Psikososyal" alan (%3,1) idi (Şekil 8).

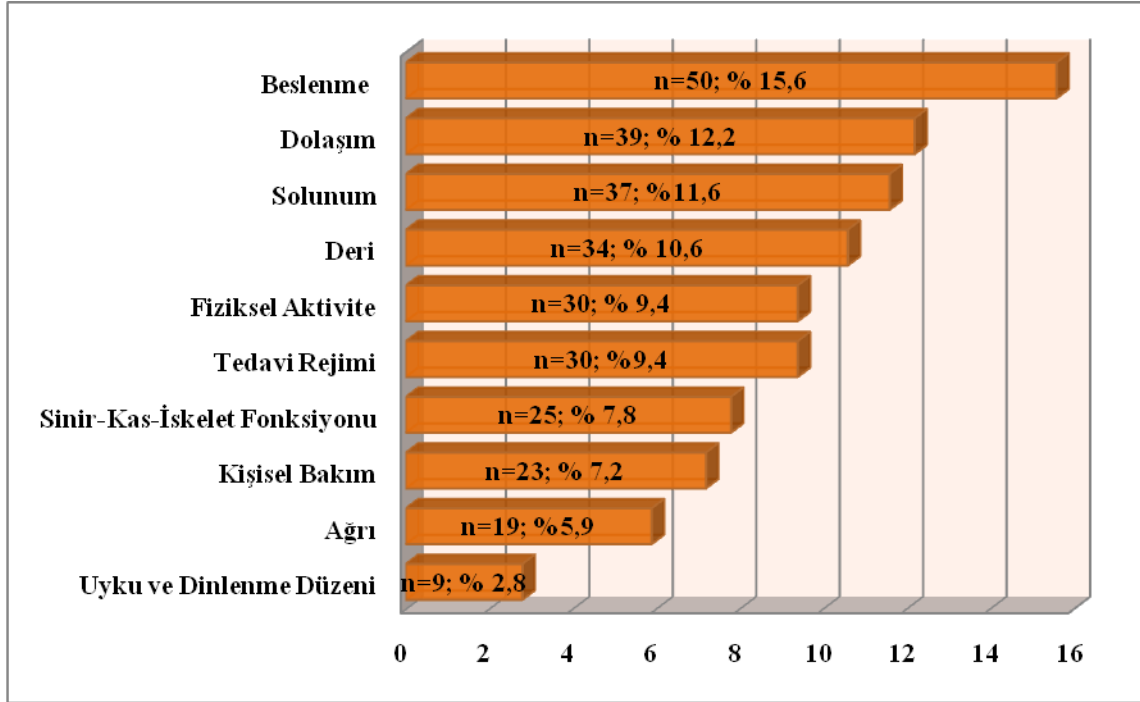


**Şekil 8: Problem Alanlarına Göre Tanılanan Problemler**

Alanlarına göre tanılanan problemler incelendiğinde “Fizyolojik” alan problemleri sırasıyla *Dolaşım* (%12,2), *Solunum* (%11,6), *Deri* (%10,6), *Sinir-kas-iskelet fonksiyonu* (%7,8), *Ağrı* (%5,9), *Sindirim- Hidrasyon* (%2,2) ve *Bağırsak fonksiyonu* (%1,9) ile ilgili idi. “Sağlık Davranışları” alanında *Beslenme* (%15,6), *Fiziksel aktivite* (%9,4), *Tedavi rejimi* (%9,4), *Kişisel bakım* (%7,2) en sık görülen problemler iken, “Psikososyal” alanda *Mental sağlık* (%2,5) problemi öncelik taşımakta idi (Tablo 4.3; Şekil 9).

**Tablo 4-3: Problem Alanlarına Göre Tanılanan Problemler**

<b>Problem Alanları</b>	<b>Problem</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Psikososyal Alan</b> n=10 (%3,1)	11. Mental Sağlık	8	2,5
	06. Sosyal İlişki	2	0,6
<b>Fizyolojik Alan</b> n=168 (%52,5)	27. Dolaşım	39	12,2
	26. Solunum	37	11,6
	24. Deri	34	10,6
	25. Sinir-Kas-İskelet Fonksiyonu	25	7,8
	22. Ağrı	19	5,9
	28. Sindirim- Hidrasyon	7	2,2
	29. Bağırsak Fonksiyonu	6	1,9
	34. Bulaşıcı /Enfeksiyon Durumu	1	0,3
<b>Sağlık Davranışları</b> n=142 (%44,4)	35. Beslenme	50	15,6
	37. Fiziksel Aktivite	30	9,4
	42. Tedavi Rejimi	30	9,4
	38. Kişisel Bakım	23	7,2
	36. Uyku ve Dinlenme Düzeni	9	2,8
	<b>Toplam</b>	<b>320</b>	<b>100</b>



Şekil 9:Problem Alanları'na Göre En Sık Görülen Sağlık Problemleri n=320

#### 4.2.2. Problem Alan Kategorileri

Seçilen problemler, problem kategorilerine göre sınıflandırıldığında; “Aktüel” problemler (n= 198; %61,9), “Potansiyel” problemler (n= 122; %38,1) oranları Tablo 4.4’ de gösterildi.

Tablo 4-4: Problem Alanlarına Göre Problemlerin Sınıflandırılması

	Psikososyal alan		Fizyolojik Alan		Sağlık Davranışları	
	n	%	n	%	n	%
Aktüel problem	10	3,1	106	33,1	82	25,6
Potansiyel problem	-	-	62	19,4	60	18,8

Üç problem alanında seçilen “Aktüel” problemler ile ilgili belirti ve bulgular ve “Potansiyel” problemler Tablo 4.5, 4.6, 4.7 ve 4.8’de incelenmiştir.

##### 4.2.2.1. Fizyolojik Alan Problemlerine Yönelik Aktüel Belirti-Bulgular

Tablo 4.5’ de Fizyolojik alana yönelik belirti ve bulgular görülmektedir. Bu alandaki belirti-bulgular en fazla sırasıyla; “Öksürememe/bağımsız olarak balgam çıkaramama (%14,2)”, “Hareketlerde sınırlılık (%12,6)”, “Ağrıyan bölgeyi koruyan

hareketler (%4,5)”, “Ödem (%4,1)”, “Defekasyon sıklığında/dışkı kıvamında anormallik (%3,1)”, “İştahsızlık (%2)” olarak belirlendi.

**Tablo 4-5: Fizyolojik Alan Problemlerine Yönelik Aktüel Belirti-Bulgular**

<b>Fizyolojik Alan Problemleri (n=106)</b>	<b>Belirti-bulgular</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Deri	Enflamasyon	2	1
	Akıntı	1	0,5
	Yara iyileşmesinde gecikme	1	0,5
Ağrı	Ağrıyan bölgeyi sakınan/koruyan hareketler	9	4,5
Sinir-kas-iskelet fonksiyonu	Hareketlerde sınırlılık	25	12,6
Solunum	Öksürememe / bağımsız olarak balgam çıkaramama	28	14,2
	Anormal solunum tipleri	4	2
	Anormal solunum sesleri	2	1
	Anormal balgam	1	0,5
	Solunum ile ilgili laboratuvar sonuçlarında anormallik	1	0,5
Dolaşım	Ödem	8	4,1
	Kalp ritminde düzensizlik	5	2,5
	Anormal kan basıncı ölçümleri	4	2
	Nabız sayısında azalma	1	0,5
Sindirim-Hidrasyon	Çiğneme/ yutma/ sindirim güçlüğü / yapamama	1	0,5
	Hazımsızlık	1	0,5
	İştahsızlık	4	2
	Anemi	1	0,5
Bağırsak Fonksiyonu	Defekasyon sıklığında/ dışkı kıvamında anormallik	6	3,1
Bulaşıcı /Enfeksiyon Durumu	Enfeksiyon	1	0,5

\*Toplam n=198 Aktüel problemlerin belirti-bulgu sayısına göre yüzdeler alındı.

#### 4.2.2.2. Sağlık Davranışları Alan Problemlerine Yönelik Aktüel Belirti-Bulgular

Tablo 4.6’da “Sağlık Davranışları” alanına yönelik belirlenen belirti-bulgular gözlenmektedir. Bu alana yönelik belirti-bulgular en fazla oranda sırasıyla incelendiğinde; “Banyo yapmada güçlük (%11,6)”, “Günlük kalori/ sıvı alımının istenilen standardın altında olması (%6,6)”, “Hiperglisemi (%5,6)”, “Yetersiz / düzensiz egzersiz (%4,5)”, “Yaşa / fiziksel duruma göre yetersiz uyku/ dinlenme (%3,1)” olduğu gözlenmektedir.

**Tablo 4-6: Sağlık Davranışlarına Yönelik Tanılanan Aktüel Belirti Bulgular**

<b>Sağlık Davranışları Alanı Problemleri (n=82)</b>	<b>Belirti-bulgular</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Beslenme	Günlük kalori/ sıvı alımının istenilen standardın altında olması	13	6,6
	Hiperglisemi	11	5,6
	Fazla kilo (yetişkinlerde BKİ'nin 25 ve üzerinde, çocuklarda BKİ'nin 95. persentil ve üzerinde olması)	10	5
	Önerilen beslenme programını sürdürmemesi	4	2
Kişisel Bakım	Banyo yapmada güçlük	23	11,6
Fiziksel Aktivite	Yetersiz / düzensiz egzersiz	9	4,5
	Yaşa / fiziksel duruma uygun olmayan egzersiz şekli/ miktarı	2	1
Uyku ve Dinlenme Düzeni	Yaşa / fiziksel duruma göre yetersiz uyku/ dinlenme	6	3,1
	Uykusuzluk	1	0,5
	Gece sık sık uyanma	1	0,5
	Uyku apnesi	1	0,5
Tedavi Rejimi	Yardım almadan ilaç alamama	1	0,5

\*Toplam n=198 Aktüel problemlerin belirti-bulgu sayısına göre yüzdeler alındı.

#### **4.2.2.3. Psikososyal Alan Problemlerine Yönelik Aktüel Belirti ve Bulgular**

Tablo 4.7'de "Psikososyal" alan problemlerine yönelik belirti ve bulgular gösterilmiştir. Bu alandaki problem belirti ve bulguları sırasıyla "Endişe/tanımlanmamış korkular (%2)", "Üzüntü/umutsuzluk/azalmış özgüven (%1,5)", "Stres yönetiminde güçlük (%0,5)", "Sınırlı sosyal ilişki (%1)" olarak belirlendi.

**Tablo 4-7: Psikososyal Alan Problemlerine Yönelik Seçilen Belirti-Bulgular**

<b>Psikososyal Problemleri</b>	<b>Alan</b>	<b>Belirti-bulgular</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Mental sağlık		Endişe / tanımlanmamış korkular	4	2
		Üzüntü / umutsuzluk / azalmış özgüven	3	1,5
		Stres yönetiminde güçlük	1	0,5
Sosyal ilişki		Sınırlı sosyal ilişki	2	1

\*Toplam n=198 Aktüel problemlerin belirti-bulgu sayısına göre yüzdelik alındı.

#### 4.2.2.4. Problem Alanlarına Yönelik Potansiyel Problemler ve Risk Faktörleri

Tablo 4.8’de Problem alanlarına yönelik “Potansiyel Problemler” ve “Risk Faktörleri” gösterildi. “Sağlık Davranışları” alanında en sık “Tedavi Rejimi” (%23,8), Fizyolojik alanda ise en sık “Deri” (%24,6) probleminin seçildiği belirlendi.

**Tablo 4-8: Alanlara Yönelik Potansiyel Problemler**

<b>Problem Alanı</b>	<b>Problem</b>	<b>Risk Faktörleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sağlık Davranışları	Tedavi rejimi	Antikoagülan, diüretik, antihipertansif, digital, oralantidiyabetik ve insülin vs. kullanımı	29	23,8
	Fiziksel Aktivite	Hareketlerde sınırlılık	19	15,6
	Beslenme	KVC ameliyatı, ilaç etki/ yan etkisi (iştahsızlık, konstipasyon, bulantı/kusma vs.)	12	9,8
Fizyolojik	Deri	İnsizyon	30	24,6
	Dolaşım	KVC ameliyatı	21	17,2
	Ağrı	İnsizyon, postoperatif dönem	10	8,2
	Solunum	Etkisiz Solunum terapisi, KVC ameliyatı	1	0,8

\*Toplam n=122 Potansiyel Problem sayısına göre yüzdelik alındı.

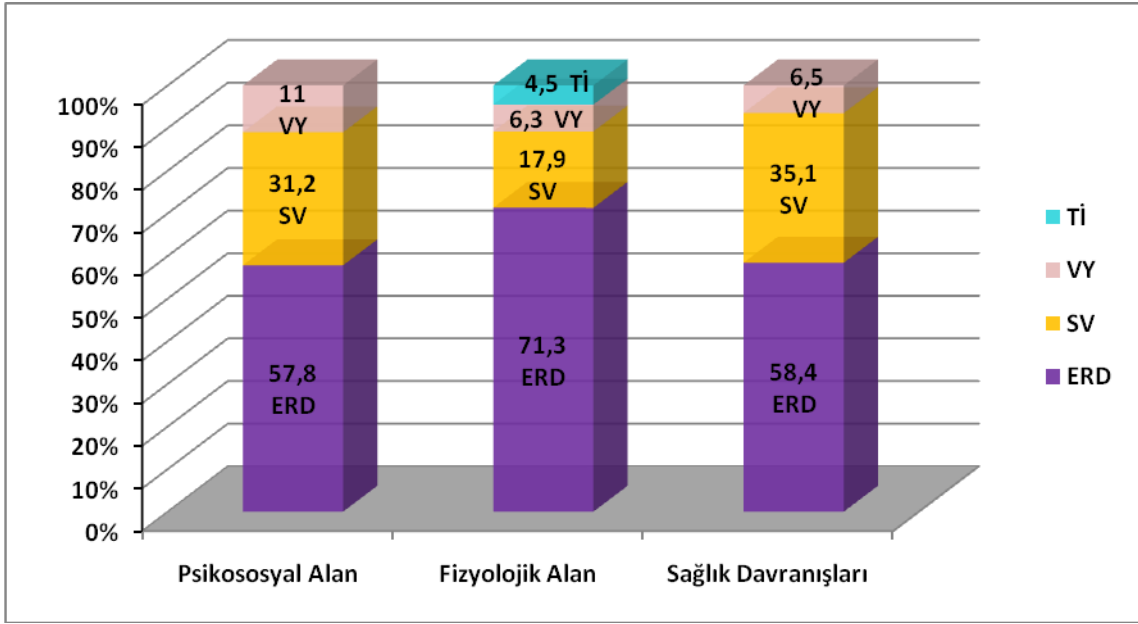
### 4.3. Hemşirelik Girişimleri

#### 4.3.1. Problem Alanlarına Göre Hemşirelik Girişim Kategorileri ve Hedefler

Koroner Arter Bypass Greft (KABG) hastalarının taburcu olduğu gün ve taburculuk sonrası birinci ve dördüncü hafta yapılan izlemlerinde 320 problem tanımlandı ve bu problemlere yönelik 2470 hemşirelik girişimi uygulandı (Tablo 4.9). Tüm alanlarda en fazla oranda sırasıyla; “Eğitim, Rehberlik, Danışmanlık (ERD)”, “Sürveyans (SV)”, “Vaka Yönetimi (VY)” ve “Tedavi İşlemi (Tİ)” kategorisinde hemşirelik girişimleri uygulandı. Bu girişimler alanlara göre değerlendirildiğinde; “Psikososyal” alanda ERD (%57,8), SV(%32,1) ve VY (%11), “Fizyolojik” alanda ERD (%71,3), SV(%17,9), VY (%6,3) ve Tİ (%4,5) ve “Sağlık Davranışları” alanında ERD (%58,4), SV (%35,1) ve VY (%6,5) girişimlerin uygulandığı görüldü (Tablo 4.9; Şekil 10).

**Tablo 4-9: Problem Alanlarına Göre Hemşirelik Girişim Kategorileri**

Girişim Kategorileri / Problem Alanları	ERD		Tİ		SV		VY		Toplam
	n	%	n	%	n	%	n	%	n (%)
<b>Psikososyal</b>	37	57,8	-	-	20	31,2	7	11	64(100)
<b>Fizyolojik</b>	1157	71,3	73	4,5	291	17,9	102	6,3	1623(100)
<b>Sağlık Davranışları</b>	457	58,4	-	-	275	35,1	51	6,5	783(100)



**Şekil 10: Problem Alanlarına Yönelik Hemşirelik Girişimleri**

#### 4.3.1.1. Psikososyal Problemler için Uygulanan Hemşirelik Kategorileri ve Hedefler

“Psikososyal” alanda tanımlanan problemlere yönelik girişim kategorileri ve hedefler Tablo 4.10’ da görülmektedir. KABG hastalarında Psikososyal alan problemleri “Mental Sağlık” ve “Sosyal İlişkiler” ile ilgiliydi. “Mental sağlık” problemine yapılan girişimler sırasıyla, ERD, SV, VY kapsamında idi. “Sosyal ilişkiler” problemine ise ERD ve SV kategorileri seçildi. ERD kategorisinde “Baş etme becerileri (%31,3)”, SV girişimlerinde en fazla “Belirti-bulgular mental/emosyonel (%25)” hedefleri seçildi. Diğer bir ifade ile, “mental sağlık” problemi (üzüntü, azalmış özgüven, stres gibi) yaşayan hastalar için baş etme becerilerini artıran “Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık” girişimleri öncelik taşıdı.

**Tablo 4-10: Psikososyal Alan Problemlerine Yönelik Girişim Kategoriler ve Hedefler**

<b>Problem</b>	<b>Girişim Kategorisi</b>	<b>Hedefler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Mental Sağlık	ERD	10. Baş etme Becerileri	20	31,3
		8. Bakım verme ebeveynlik becerileri	4	6,3
		12. Belirti-bulgular mental/emosyonel	4	6,3
		42. İlaç etkisi/yan etkisi	2	3,1
		46. İlaç yönetimi	1	1,6
	SV	12. Belirti-bulgular mental/emosyonel	16	25
		10. Baş etme Becerileri	2	3,1
	VY	69. Tıbbi /Diş bakımı	7	11
Sosyal İlişki	ERD	10. Baş etme Becerileri	1	1,6
		12. Belirti-bulgular mental/emosyonel	1	1,6
		15. Çevre	2	3,1
	SV	12. Belirti-bulgular mental/emosyonel	2	3,1

\*Toplam n=64 tanılanan psikososyal problemler içinde değerlendirildi.

#### **4.3.1.2. Fizyolojik Alan Problemleri İçin Hemşirelik Girişimleri ve Hedefler**

“Fizyolojik” alan problemlerine yönelik seçilen hemşirelik girişim kategorileri ve hedefler Tablo 4.11-4.18’de gösterildi. Tablo 4.11 incelendiğinde; “Dolaşım” probleminin çözümünde ERD, SV, VY ve Tİ kategorileri seçilmiştir. ERD kategorisinde “Kardiyak Bakım (%12,1)”, SV kategorisinde “Belirti- bulgular\_fiziksel (%3)” hedefinin en fazla seçildiği görüldü. Diğer bir ifade ile, dolaşım problemi aktüel belirti ve bulguları yaşayan ve potansiyel risk faktörlerini (ödem, aritmi, tansiyon değişiklikleri gibi) taşıyan hastalarda kardiyak bakıma yönelik yapılan “Eğitim Rehberlik ve Danışmanlık” girişimleri öncelik taşıdı.

**Tablo 4-11: "Dolaşım Problemine" Yönelik Girişim Kategorileri ve Hedefler**

<b>Girişim Kategorisi</b>	<b>Hedefler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
ERD	50. Kardiyak bakım	197	12,1
	69. Tıbbi /Diş bakımı	67	4,1
	3. Anatomi-fizyoloji	63	3,9
	10. Baş etme Becerileri	35	2,2
	8. Bakım verme ebeveynlik becerileri	32	2
	11. Belirti-bulgular_fiziksel	29	1,8
	46. İlaç yönetimi	18	1,1
	42. İlaç etkisi/yan etkisi	6	0,4
	62. Pozisyon verme	4	0,3
SV	11. Belirti-bulgular_fiziksel	48	3
	69. Tıbbi /Diş bakımı	33	2,1
	12. Belirti-bulgular_mental/emosyonel	22	1,4
	8. Bakım verme ebeveynlik becerileri	2	0,1
	50. Kardiyak bakım	5	0,3
VY	69. Tıbbi /Diş bakımı	38	2,3
Tİ	46. İlaç yönetimi	3	0,2

\*Toplam n=1623 Tanımlanan fizyolojik alan problemleri içinde değerlendirildi.

Tablo 4.12 incelendiğinde; “Solunum” problemi çözümünde ERD, SV, VY ve Tİ kategorilerinin seçildiği, ERD kategorisinde “Solunum Bakımı (%7,1)”, SV kategorisinde “Belirti- bulgular\_fiziksel (%4)”, VY kategorisinde ise “Tıbbi Bakım (%2)” hedeflerinin en fazla seçildiği görüldü.

**Tablo 4-12: “Solunum Problemine” Yönelik Girişim Kategoriler ve Hedefler**

<b>Girişim Kategorisi</b>	<b>Hedefler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
ERD	63. Solunum bakımı	115	7,1
	11. Belirti-bulgular_fiziksel	65	4
	17. Dayanıklı tıbbi araçlar	37	2,3
	8. Bakım verme ebeveynlik becerileri	35	2,2
	3. Anatomi-fizyoloji	33	2,1
	9. Bakımın Sürekliliği	4	0,2
	46. İlaç yönetimi	4	0,2
	69. Tıbbi bakım	1	0,1
42. İlaç etkisi/yan etkisi	1	0,1	
SV	11. Belirti-bulgular_fiziksel	65	4,0
	67. Tarama yol ve yöntemleri	3	0,2
	69. Tıbbi bakım	3	0,2
	10. Baş etme Becerileri	1	0,1
VY	69. Tıbbi bakım	33	2
	44. İlaç tedavisinin düzenlenmesi	15	1
Tİ	41. Hemşirelik bakımı	9	0,6
	63. Solunum bakımı	5	0,3
	67. Tarama yol ve yöntemleri	2	0,1
	69. Tıbbi bakım	3	0,2
	72. Yara Bakımı Pansuman Değişimi	2	0,1

\*Toplam n=1623 Tanımlanan fizyolojik alan problemleri içinde değerlendirildi.

Tablo 4.13 incelendiğinde “Deri” problemi çözümünde ERD, SV, VY, Tİ kategorilerinde girişim uygulanmıştır. Girişimlerin en fazla uygulandığı hedeflerin sırasıyla; ERD kategorisinde “Enfeksiyon kontrol önlemleri (%5,8)”, SV kategorisinde “Yara bakımı/pansuman değişimi (%1,6)”, Tİ kategorisinde “Yara bakımı/pansuman değişimi (%2,3)” olduğu görüldü.

**Tablo 4-13: "Deri Problemine" Yönelik Girişim Kategoriler ve Hedefler**

Girişim Kategorisi	Hedefler	n	%
ERD	29. Enfeksiyon Kontrol Önlemleri	94	5,8
	11. Belirti-bulgular_fiziksel	38	2,3
	72. Yara Bakımı Pansuman Değişimi	36	2,2
	18. Deri bakımı	35	2,2
	8. Bakım verme ebeveynlik becerileri	27	1,7
	9. Bakımın Sürekliliği	3	0,2
	62. Pozisyon verme	1	0,1
SV	72. Yara Bakımı Pansuman Değişimi	26	1,6
	11. Belirti-bulgular_fiziksel	8	0,5
	69. Tıbbi /Diş bakımı	4	0,2
	9. Bakımın Sürekliliği	2	0,1
	18. Deri bakımı	2	0,1
Tİ	72. Yara Bakımı Pansuman Değişimi	38	2,3
VY	69. Tıbbi /Diş bakımı	6	0,4

\*Toplam n=1623 Tanımlanan fizyolojik alan problemleri içinde değerlendirildi.

Tablo 4.14 incelendiğinde “Sinir-Kas-İskelet Fonksiyonu” problem çözümünde ERD, SV ve Tİ kategorilerinde girişim uygulandı. Girişimlerin en fazla uygulandığı hedeflerin sırasıyla; ERD kategorisinde “Hareket/transfer (%2,3)”, SV kategorisinde “Fiziksel belirti- bulgular (%1,7)” olduğu görüldü.

**Tablo 4-14: "Sinir-kas-iskelet fonksiyonu Problemine" Yönelik Girişim Kategoriler ve Hedefler**

Girişim Kategorisi	Hedefler	n	%
ERD	39. Hareket/transfer	38	2,3
	62. Pozisyon verme	10	0,6
	3. Anatomi-fizyoloji	8	0,5
	17. Dayanıklı tıbbi araçlar	6	0,34
	11. Belirti-bulgular_fiziksel	2	0,1
SV	11. Belirti-bulgular_fiziksel	27	1,7
Tİ	39. Hareket/transfer	7	0,4

\*Toplam n=1623 Tanımlanan fizyolojik alan problemleri içinde değerlendirildi.

Tablo 4.15 incelendiğinde “Ağrı” problemi çözümünde ERD, SV, Tİ kategorilerinde girişim uygulanmıştır. Girişimlerin en fazla uygulandığı hedeflerin

sırasıyla; ERD kategorisinde “İlaç yönetimi (%1,3)”, SV kategorisinde “Fiziksel belirti-bulgular (%1,1) olduğu görüldü.

**Tablo 4-15: "Ağrı Problemine" Yönelik Girişim Kategoriler ve Hedefler**

Girişim Kategorisi	Hedefler	n	%
ERD	46. İlaç yönetimi	21	1,3
	42. İlaç etkisi/yan etkisi	20	1,2
	3.Anatomi-fizyoloji	16	1
	17. Dayanıklı tıbbi araçlar	5	0,3
	36. Gevşeme/ nefes alma teknikleri	5	0,3
	11. Belirti-bulgular_fiziksel	2	0,1
	62. Pozisyon verme	1	0,1
SV	11. Belirti-bulgular_fiziksel	18	1,1
Tİ	46. İlaç yönetimi	2	0,1

\*Toplam n=1623 Tanımlanan fizyolojik alan problemleri içinde değerlendirildi.

Tablo 4.16 incelendiğinde “Sindirim-Hidrasyon” problemi çözümünde ERD, SV, Tİ ve VY kategorilerinde girişim uygulandı. Girişimlerin en fazla uygulandığı hedeflerin sırasıyla; ERD kategorisinde “Diyet yönetimi (%1,3)”, SV kategorisinde “Diyet yönetimi (%0,2)” olduğu görüldü.

**Tablo 4-16: "Sindirim-Hidrasyon Problemine" Yönelik Girişim Kategoriler ve Hedefler**

Girişim Kategorisi	Hedefler	n	%
ERD	25. Diyet yönetimi	21	1,3
	42. İlaç etkisi/yan etkisi	1	0,1
	46. İlaç yönetimi	1	0,1
	51. Kişisel hijyen	1	0,1
SV	11. Belirti-bulgular_fiziksel	2	0,1
	13. Beslenme yol ve yöntemleri	1	0,1
	25. Diyet yönetimi	3	0,2
Tİ	51. Kişisel hijyen	1	0,1
VY	69. Tıbbi /Diş bakımı	3	0,2

\*Toplam n=1623 Tanımlanan fizyolojik alan problemleri içinde değerlendirildi.

Tablo 4.17 incelendiğinde “Bağırsak Fonksiyonu” problemi çözümünde ERD, SV, VY ve Tİ kategorilerinde girişim uygulandı. Girişimlerin en fazla uygulandığı hedeflerin sırasıyla; ERD kategorisinde “Bağırsak bakımı (%0,9)”, SV kategorisinde “Fiziksel belirti-bulgular(%1)” olduğu görüldü.

**Tablo 4-17: "Bağırsak Fonksiyonu Problemine" Yönelik Girişim Kategoriler ve Hedefler**

<b>Girişim Kategorisi</b>	<b>Hedefler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
ERD	5. Bağırsak bakımı	14	0,9
	42. İlaç etkisi/yan etkisi	1	0,1
	46. İlaç yönetimi	2	0,1
SV	11. Belirti-bulgular_fiziksel	16	1
VY	69. Tıbbi /Diş bakımı	6	0,4
Tİ	5. Bağırsak bakımı	1	0,1

\*Toplam n=1623 Tanımlanan fizyolojik alan problemleri içinde değerlendirildi.

Tablo 4.18 incelendiğinde “Bulaşıcı- Enfeksiyon Durumu” problemi çözümünde ERD ve VY kategorilerinde girişim uygulandığı ve Enfeksiyon gelişen bir hastanın Vaka Yönetiminin yapıldığı, “İlaç etki/yan etkisi” ve “İlaç yönetimi” hedefine yönelik ERD girişiminin uygulandığı görüldü.

**Tablo 4-18: "Bulaşıcı-Enfeksiyon Durumu Problemine" Yönelik Girişim Kategoriler ve Hedefler**

<b>Girişim Kategorisi</b>	<b>Hedefler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
ERD	42. İlaç etkisi/yan etkisi	1	0,1
	46. İlaç yönetimi	1	0,1
VY	69. Tıbbi /Diş bakımı	1	0,1

\*Toplam n=1623 Tanımlanan fizyolojik alan problemleri içinde değerlendirildi.

#### **4.3.1.3. Sağlık Davranışları Alan Problemleri İçin Hemşirelik Girişimleri ve Hedefler**

“Sağlık Davranışları” alanı problemlerinin çözümüne yönelik seçilen hemşirelik girişim kategorileri ve hedefler Tablo 4.19–Tablo 4.23’de gözlenmektedir. Tablo 4.19

incelendiğinde; “Beslenme” problemi çözümünde ERD, SV ve VY kategorilerinde girişim uygulandı. Girişimlerin en fazla uygulandığı hedeflerin sırasıyla; ERD kategorisinde “Diyet yönetimi (%24,3)”, SV kategorisinde “Fiziksel belirti-bulgular (12,6)” ve VY kategorisinde “Tıbbi bakım (%3,6)” olduğu görüldü.

**Tablo 4-19: "Beslenme Problemine" Yönelik Girişim Kategoriler ve Hedefler**

<b>Girişim Kategorisi</b>	<b>Hedefler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
ERD	25. Diyet yönetimi	190	24,3
	16. Davranış değişimi	5	0,6
	11. Belirti-bulgular_fiziksel	3	0,4
	3. Anatomi-fizyoloji	2	0,3
	46. İlaç yönetimi	2	0,3
	42. İlaç etkisi/yan etkisi	1	0,1
SV	11. Belirti-bulgular_fiziksel	99	12,6
	25. Diyet yönetimi	66	8,4
VY	69. Tıbbi /Diş bakımı	28	3,6
	26. Diyetisyen hizmetleri	15	2
	46. İlaç yönetimi	2	0,3

\*Toplam n=783 tanılanan sağlık akan problemleri içinde değerlendirildi.

Tablo 4.20 incelendiğinde; “Fiziksel Aktivite” problemi çözümünde ERD ve SV kategorilerinde girişim uygulandı. Girişimlerin en fazla uygulandığı hedeflerin sırasıyla; ERD kategorisinde “Egzersiz (%7,7)”, SV kategorisinde “Davranış Değişimi (%3,1)” olduğu görüldü.

**Tablo 4-20: "Fiziksel Aktivite Problemine" Yönelik Girişim Kategoriler ve Hedefler**

<b>Girişim Kategorisi</b>	<b>Hedefler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
ERD	27. Egzersiz	60	7,7
	16. Davranış değişimi	32	4,1
	10. Başetme Becerileri	1	0,1
	11. Belirti-bulgular_fiziksel	1	0,1
SV	16. Davranış değişimi	24	3,1
	11. Belirti-bulgular_fiziksel	15	2
	10. Başetme Becerileri	2	0,3
	27. Egzersiz	1	0,1

\*Toplam n=783 tanılanan sağlık akan problemleri içinde değerlendirildi.

Tablo 4.21 incelendiğinde; “Tedavi Rejimi” problemi çözümünde ERD, SV ve VY kategorilerinde girişim uygulandı. Girişimlerin en fazla uygulandığı hedeflerin sırasıyla; ERD kategorisinde “İlaç yönetimi (%5,5)” ve “İlaç hazırlığı (%3,7)” olduğu görüldü.

**Tablo 4-21: "Tedavi Rejimi Problemine" Yönelik Girişim Kategoriler ve Hedefler**

Girişim Kategorisi	Hedefler	n	%
ERD	46. İlaç yönetimi	43	5,5
	43. İlaç hazırlığı	1	0,1
	43. İlaç hazırlığı	29	3,7
SV	11. Belirti-bulgular_fiziksel	1	0,1
	42. İlaç etkisi/yan etkisi	1	0,1
VY	44. İlaç tedavisinin düzenlenmesi	2	0,3
	69. Tıbbi /Diş bakımı	1	0,1

\*Toplam n=783 tanılanan sağlık akan problemleri içinde değerlendirildi.

Tablo 4.22 incelendiğinde; “Kişisel Bakım” problem çözümünde ERD ve SV kategorilerinde girişim uygulandı. Kişisel hijyen hedefi ile ilgili ERD ve SV kategorisinde girişim uygulandı.

**Tablo 4-22: “Kişisel Bakım Problemine” Yönelik Girişim Kategoriler ve Hedefler**

Girişim Kategorisi	Hedefler	n	%
ERD	51. Kişisel hijyen	24	3,1
SV	51. Kişisel hijyen	24	3,1

\*Toplam n=783 tanılanan sağlık akan problemleri içinde değerlendirildi.

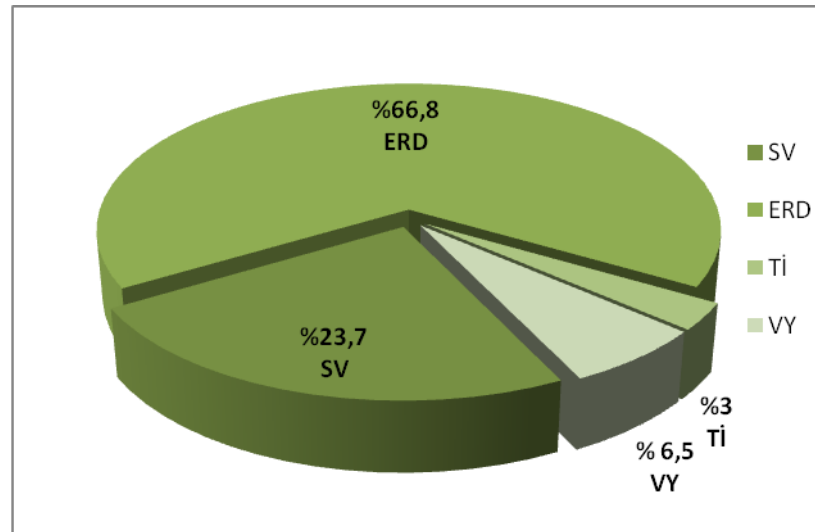
Tablo 4.23 incelendiğinde; “Uyku ve Dinlenme Düzeni” problemi çözümünde ERD, SV ve VY kategorilerinde girişim uygulandı. Girişimlerin en fazla uygulandığı hedeflerin sırasıyla; ERD kategorisinde “Dinlenme ve Uyku (%3,3)”, SV kategorisinde “Dinlenme ve Uyku (%1,4)” ve VY kategorisinde “Tıbbi Bakım (%0,4)” olduğu görüldü.

**Tablo 4-23: "Uyku ve Dinlenme Düzeni Problemine" Yönelik Girişim Kategorileri ve Hedefler**

Girişim Kategorisi	Hedefler	n	%
ERD	23. Dinlenme ve uyku	26	3,3
	46. İlaç yönetimi	3	0,4
	42. İlaç etkisi/yan etkisi	1	0,1
	69. Tıbbi /Diş bakımı	1	0,1
SV	23. Dinlenme ve uyku	11	1,4
	11. Belirti-bulgular_fiziksel	5	0,6
VY	69. Tıbbi /Diş bakımı	3	0,4

\*Toplam n=783 tanılanan sağlık akan problemleri içinde değerlendirildi.

Şekil 11’de tüm problemlere yönelik planlanan girişimlerin (n=2470) kategorilere göre dağılımı görülmektedir. Buna göre KABG hastalarının taburcu olduğu gün ve taburculuk sonrası birinci ve dördüncü hafta kontrollerinde problemlere yönelik girişimlerde en fazla sırasıyla; ERD (%66,8), SV (%23,7), VY (%6,5) ve Tİ (%3) kategorileri seçildi.



**Şekil 11: Tüm Problemlere Yönelik Girişim Kategorilerinin Dağılımı**

Hemşirelik girişim kategorileri için en fazla seçilen hedefler sırasıyla; “Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık” kapsamında “Diyet Yönetimi (%8,5)”, “Kardiyak Bakım (%8)” ; “Sürveyans” kapsamında “Fiziksel belirti-bulgular (%12,3)”, “Vaka Yönetimi”

kapsamında “Tıbbi Bakım (%5,1)” ve “Tedavi İşlem” kategorisinde “Yara bakımı pansuman değişimi (%2)” idi (Tablo 4.24).

**Tablo 4-24: Hemşirelik Girişim Kategorilerine Yönelik En Fazla Seçilen Hedefler**

Girişim Kategorisi	Hedef	n	%
<b>Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık</b>  (n=1652; % 66,8)	25. Diyet yönetimi	211	8,5
	50. Kardiyak bakım	197	8
	3. Anatomi-fizyoloji	122	4,9
	63. Solunum bakımı	115	4,7
	11. Belirti-bulgular_fiziksel	109	4,4
	8. Bakım verme ebeveynlik becerileri	98	4
	43. İlaç hazırlığı	96	3,9
	29. Enfeksiyon Kontrol Önlemleri	94	3,9
	72. Yara Bakımı Pansuman	36	1,5
<b>Sürveyans</b> (n=586; %23,7)	11. Belirti-bulgular_fiziksel	304	12,3
	25. Diyet yönetimi	69	2,8
	69. Tıbbi bakım	40	1,6
<b>Vaka Yönetimi</b> (n=160; %6,5)	69. Tıbbi bakım	126	5,1
	44. İlaç tedavisinin düzenlenmesi	17	0,7
	26. Diyetisyen hizmetleri	15	0,6
<b>Tedavi İşlem</b> (n=73; %3)	72. Yara Bakımı Pansuman Değişimi	40	2

\*Toplam n=2470 Tüm Problemlere Yönelik Uygulanan Girişimler İçinde Değerlendirildi.

#### 4.4. Bakım Sonuçlarına Yönelik Bulgular

Koroner Arter Bypass Greft (KABG) ameliyatı olan hastalarda, taburcu olduğu gün ve taburculuk sonrası birinci hafta tanımlanan 15 probleme yönelik girişim sonuçları (ilk değerlendirme), dördüncü hafta kontrollerindeki sonuçlara göre (son değerlendirme) incelendi. Bu işlem “Problem Değerlendirme Ölçeği (PDÖ)” ile “Bilgi”, “Davranış” ve “Durum” düzeyinde yapıldı. Bu bölümde tüm problemler için ve her bir problem için ayrı olmak üzere “Bilgi”, “Davranış” ve “Durum” düzeyinde sonuçlar gösterildi.

#### 4.4.1. BİLGİ: Tüm Problemler İçin İlk ve Son PDÖ Puanları

“Bilgi” düzeyinde ilk hemşirelik değerlendirmesinin puan ortalaması 2,8; son değerlendirmesinin puan ortalaması 3,1 bulundu (Tablo 4.25).

**Tablo 4-25: Bilgi Düzeyinde Hemşirelik Değerlendirmeleri**

Bilgi Puan	Değerlendirme	
	İlk	Son
1	0	0
2	32	1
3	235	256
4	7	17
5	0	0
Toplam	274	274
<b>Ortalama Puan</b>	<b>2,8</b>	<b>3,1</b>

#### 4.4.2. DAVRANIŞ: Tüm Problemler İçin İlk ve Son PDÖ Puanları

“Davranış” düzeyinde ilk hemşirelik değerlendirmesinin puan ortalaması 3,3; son değerlendirilmesinin puan ortalaması 4 bulundu (Tablo 4.26).

**Tablo 4-26: Davranış Düzeyinde Hemşirelik Değerlendirmeleri**

Davranış Puan	Değerlendirme	
	İlk	Son
1	0	0
2	4	0
3	81	13
4	133	227
5	0	7
Toplam	218	247
<b>Ortalama Puan</b>	<b>3,3</b>	<b>4</b>

\*Not: 29 hastanın “Tedavi rejimi” ile ilgili davranış değerlendirmesi sadece son kontrolde yapılmıştır.

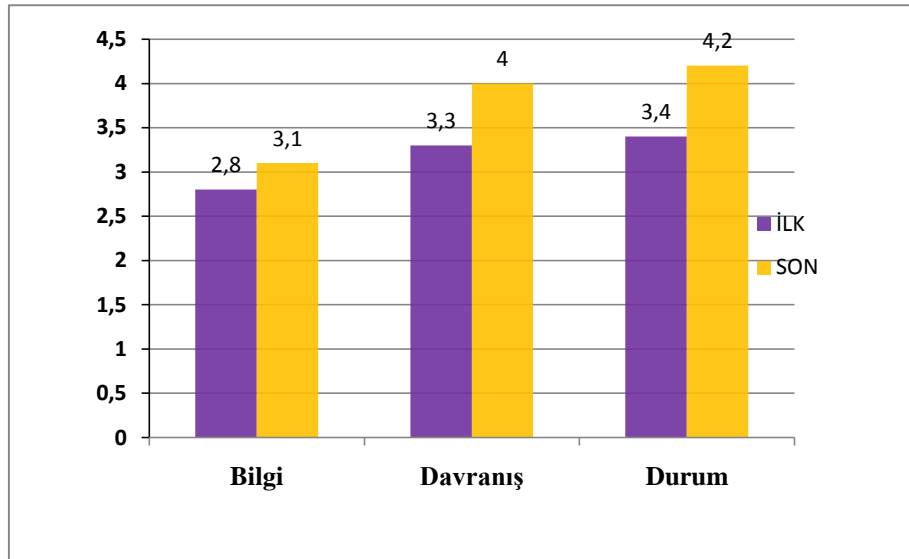
#### 4.4.3. DURUM: Tüm Problemler İçin İlk ve Son PDÖ Puanları

“Durum” düzeyinde ilk hemşirelik değerlendirmesinin puan ortalaması 3,4; son değerlendirmesinin puan ortalaması 4,2 bulundu (Tablo 4.27).

**Tablo 4-27: Durum Düzeyinde Hemşirelik Değerlendirmeleri**

Durum	Değerlendirme		
	Puan	İlk	Son
1		0	0
2		3	2
3		106	27
4		132	149
5		6	69
Toplam		247	247
<b>Ortalama değer</b>		<b>3,4</b>	<b>4,2</b>

Şekil 12’ de tüm problemlere yönelik “Bilgi”, “Davranış” ve “Durum” düzeyindeki ilk ve son PDÖ puan ortalamaları gösterilmektedir.

**Şekil 12: Tüm Problemlere Yönelik Hemşirelik Değerlendirmeleri**

#### 4.4.4. Problemlere Yönelik “Bilgi”, “Davranış” ve “Durum” Değerlendirmesi

Koroner Arter Bypass Graft ameliyatı geçiren hasta grubundan oluşan çalışma grubunda her probleme yönelik “Bilgi”, “Davranış” ve “Durum” düzeyinde değerlendirmeleri Tablo 4.28’de gösterildi. Belirlenen problemlere yönelik istatistiksel olarak değerlendirilebilen veriler için tablo oluşturuldu. Her problem için yapılan istatistiksel değerlendirmelerde  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyine göre analizleri yapıldı.

“Bulaşıcı Enfeksiyon” ve “Sosyal İlişki” problemlerine yönelik istatistiksel değerlendirme yapılmadı. Tüm problemlerde hasta davranış düzeylerinde anlamlı artış olduğu görüldü.

**Tablo 4-28:Problemlere Yönelik İLK ve SON Hemşirelik Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması**

Problem		İLK		SON		İstatistik
		Ortalama ±SD	Medyan	Ortalama ±SD	Medyan	
<b>Fizyolojik Alan</b>						
Dolaşım	Bi	2,84 ± 3,68	3	3,06 ± 0,35	3	t=2,94 df=31 <b>p=0,006</b>
	Da	3,93 ± 0,24	4	3,96 ± 0,17	4	t=0,57 df=31 p=0,57
	Du	3,78 ± 0,60	4	3,84 ± 0,62	4	t=0,70 df=31 p=0,48
Solunum	Bi	2,90 ± 0,29	3	3,03 ± 0,17	3	t=2,01 df=32 <b>p=0,044</b>
	Da	3,66 ± 0,47	4	3,87 ± 0,33	4	t=2,35 df=32 <b>p=0,033</b>
	Du	3,60 ± 0,65	4	3,84 ± 0,71	4	t= 1,67 df=32 p=0,103
Deri	Bi	3,20 ± 0,48	3	3,33 ± 0,60	3	t=1,4 df=30 p=1,61
	Da	3,93 ± 0,25	4	4,10 ± 0,30	4	t=2,4 df=30 <b>p=0,02</b>
	Du	3,86 ± 0,34	4	4,60 ± 0,72	5	t=5,1 df=30 <b>p=0,00</b>
Sinir-kas-iskelet fonksiyonu	Bi	3,00 ± 0,28	3	3,12 ± 0,33	3	t=1,80 df=24 <b>p= 0,08</b>
	Da	3,40 ± 0,50	3	3,76 ± 0	4	t=6 df= 24 <b>p=0,00</b>
	Du	3,76 ± 0,43	4	4,28 ± 0, 45	4	t=4,43 df=24 <b>p=0,00</b>
Ağrı	Bi	3,00 ± 0	3	3,00 ± 0	3	t=0 df=18 p=1,00
	Da	3,94 ± 0,22	4	4,10 ±0,31	4	t=1,73 df=18 p=0,083
	Du	3,78 ± 0,63	4	4,26 ± 0,56	4	t=2,49 df=18 <b>p=0,013</b>
Sindirim-Hidrasyon	Bi	2,5 ± 0,54	2,5	3,00 ± 0	3	t=1,36 df=24 p=0,185
	Da	3,2 ± 0,44	3	3,83 ± 0,40	4	t=6,53 df=24 <b>p=0,000</b>
	Du	3,33 ± 0,51	3	4,16 ± 0, 40	4	t=5,09 df=24 <b>p=0,000</b>
Bağırsak Fonksiyonu	Bi	2,00 ± 0	2	3,00 ± 0	3	<b>t=0 df=6 p= 0,01</b>
	Da	3,00 ± 0	3	4,00 ± 0	4	t=0 df=6 p= 0,08
	Du	2,83 ± 0,40	3	4,33 ± 0,51	4	t=6,70 df=5 <b>p=0,01</b>

## Sağlık Davranışları Alanı

Beslenme	Bi	3,00 ± 0	3	3,10 ± 0,30	3	t=1,79 df=29 p=0,083
	Da	3,50 ± 0,50	3	3,96 ± 0,31	3,5	t=3,79 df=29 <b>p=0,001</b>
	Du	3,50 ± 0,50	3,5	3,90 ± 0,54	4	t=3,06 df=29 <b>p=0,005</b>
Kişisel bakım	Bi	2,95 ± 0,20	3	3,00 ± 0	3	t=1,00 df=22 p=0,328
	Da	3,50 ± 0,70	3,5	4,04 ± 0,20	4	t=1,00 df=1 p=0,5
	Du	3,08 ± 0,28	3	4,82 ± 0,38	5	t=18,57 df=22 <b>p=0,00</b>
Fiziksel Aktivite	Bi	2,96 ± 0,18	3	3,00 ± 0	3	t=1,00 df=29 p=0,32
	Da	3,51 ± 0,50	4	3,93 ± 0,43	4	t=3,32 df= 29 <b>p=0,00</b>
	Du	3,76 ± 0,43	4	3,96 ± 0,18	4	t=1,43 df= 29 <b>p=0,01</b>
Uyku ve Dinlenme Düzeni	Bi	2,37 ± 0,51	2	3,12 ± 35	3	t=4,5 df= 7 <b>p=0,003</b>
	Da	3,00 ± 0	3	3,87 ± 0,35	4	
	Du	3,00 ± 0	3	3,87 ± 0,35	4	t=7 df=7 <b>p= 0,00</b>
Tedavi Rejimi	Bi	3,01 ± 0,30	3	3,16 ± 0,37	3	t=1,4 df= 29 p=0,16
	Da	2	2	4,66 ± 0,47	5	t=4,5 df=7 <b>p=0,003</b>
	Du	4,03 ± 0,31	4	3,83 ± 0,46	4	t= 1,5 df=29 p=0,13

## Psikososyal Alan

Mental Sağlık	Bi	2,25 ± 0,46	2	3,00 ± 0	3	t=4,5 df=7 <b>p=0,03</b>
	Da	2,71 ± 3,00	3	3,75 ± 0,46	4	
	Du	3,00 ± 0	3	3,62 ± 0,51	4	t=3,4 df=7 <b>p=0,011</b>
Sosyal İlişki	Bi	3,50 ± 0,70	3,5	2,50 ± 0,70	2,5	
	Da	2,5 ± 0,70	2,5	4,00 ± 0	4	
	Du	3,00 ± 0	3	4,00 ± 0	4	t=3 df=1 p=0,2

## 5. TARTIŞMA

Hemşirelik uygulamaları, sağlık hizmetlerinin çok önemli bir bölümünü oluşturmakla birlikte, hemşirelerin çalıştığı birimlerin bilgi sistemlerinde yer almamaktadır. Profesyonel sağlık hizmetlerinin elektronik kayıtlarla tanımlandığı ve değerlendirildiği günümüzde, hemşirelik hizmetlerinin / uygulamalarının da sisteme eklenmesi, hem hemşireliği görülür kılması, hem de bireyin ve bakımın sonuçlarını ortaya koyarak profesyonel gelişmeyi desteklemesi açısından önem kazanmıştır.

Uzun yıllardan bu yana hemşirelik uygulamalarını ortak dil ile açıklayan ve sınıflandıran bir çok hemşirelik sistemi geliştirilmiştir (Ay 2009; Lundberg ve ark. 2008; Gordon 2003; Handly ve ark. 2003). Bazıları da içerdikleri kod ve kavramlarla bilgi sistemi kapsamında kullanılmaktadır. Bunlardan biri olan Omaha Sistem'i Türkiye'de ilk kez uygulanan ve otomasyona uyarlanarak kullanılabilen bir hemşirelik sınıflama sistemidir.

Bu bölümde, Koroner Arter Bypass Greft (KABG) ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sürecinde - taburcu olduğu gün, taburculuk sonrası birinci ve dördüncü hafta uygulanan hemşirelik bakımı Omaha Sistem'inin bileşenleri doğrultusunda tartışılmıştır.

### **Hastaların Sağlık Problemleri / Hemşirelik Tanıları (PSL)**

Hemşirelik problemlerinin / hemşirelik tanısı kavramlarının doğru seçilmesi ve kodlanması, problemlerin doğasını, karmaşıklığını ve prevalansını açıklar. Bu konuda olduğu gibi, hastanın hastaneden eve çıkışında verilecek bakıma katkıda bulunur.

Hastaların demografik özellikleri ve eşlik eden risk faktörleri dikkate alındığında, cerrahi girişim gerektiren 30 hastanın yaş ortalamasının 65,8 olması KABG oranının erkek hastalarda (% 70) fazla olması, eşlik eden risk faktörlerinden (hipertansiyon % 42,9; diyabet % 32; ve hiperlipidemi % 10,7) bulunması hemşirelik tanısı ve ameliyat sonrası bakımın şekillenmesinde rehber olmuştur.

Bu araştırmada, 30 hastada dört problem alanından toplam 320 sağlık problemi tanımlandı. Birey başına düşen problem ortalaması 10,6 bulundu ve tanılanan problemler, Omaha Sistem problemlerinin % 35,7'sini oluşturdu.

Bu çalışmada, Omaha Sistem'i Problem Sınıflama Listesinin dört alanından üçü kullanıldı. Hastaların hemşirelik bakım gereksinimleri en fazla, sırasıyla "*Fizyolojik*"

alan (% 52,5), “Sağlık Davranışları” alanı (% 44,4) ve “Psikososyal” alanda (% 3,1) yoğunlaştı. “Çevresel” alana yönelik problem seçilmeme nedeni hastaların ev ortamında değerlendirilmemesi ya da gözlenmemesinden kaynaklandı (Tablo 4.3).

Kaynaklar (Fredericks ve ark. 2009; Connor 2008; Erci 2005; Gallagher ve ark. 2004; Theobald, McMurray 2004; Bowles 2000a; 2000b; Sampson, Doran 1998), genel olarak, KABG ameliyatı geçiren hastaların ameliyattan sonraki ilk 3 ay ile 1 yıl arasında problemlerin yukarıdaki alanlarda yoğunlaştığını doğrulamaktadır. Özellikle göğüs ya da bacadaki insizyon bölgesinde ağrı, kilo kaybı, solunum sıkıntısı, yorgunluk, bitkinlik, iştahsızlık, konstipasyon, vücut hareketlerinde kısıtlılık gibi “Fizyolojik” kaynaklı problemler işaret edilmektedir (Tablo 4.5).

Bu araştırmada OS hemşirelik tanılarına göre hastaların “Fizyolojik” alan problemleri sırasıyla “Dolaşım”, “Solunum”, ”Deri”, ”Sinir-kas-iskelet fonksiyonu”, “Ağrı”, “Sindirim- Hidrasyon”, “Bağırsak fonksiyonu” ve “Bulaşıcı/Enfeksiyon” kapsamında değerlendirildi. Aktüel belirti-bulgular en fazla “Öksürememe/bağımsız olarak balgam çıkaramama”, “Hareketlerde sınırlılık”, “Ağrı”, “Ödem.”, “Defekasyon sıklığında/dışkı kıvamında anormallik” ve “İştahsızlık” belirti ve bulgularını içerdi. Ayrıca, bu alanla ilgili dört problem “Potansiyel” olarak değerlendirildi. “Deri” (olası enfeksiyonu önleme girişimleri için), “Dolaşım” (olası kardiyak problemlerin evde erken dönemde fark edilmesi için), “Ağrı” (yaşam aktivitelerine ve tedaviye uyum ile olası ağrının kontrolü için) ve “Solunum” (solunum egzersizlerinin sürekliliği sağlanarak, olası komplikasyonların önlenmesi için) seçildi.

Problem Sınıflama Listesi’nin “Psikososyal” alanından seçilen problemler “Mental sağlık” ve “Sosyal ilişki” ile ilgili idi. Nitekim, kaynaklar KABG ameliyatı geçiren hastalarda mutsuzluk, stresörlerle baş edememe, aile içinde rol karmaşıklığı, yaşam biçiminde, sosyal faaliyetlerde, fiziksel aktivitelerinde, iş yaşamında değişiklikler, evlilik-aile-arkadaş ilişkilerinde ve cinsel yaşamda değişiklik gibi sorunların eşlik ettiğini belirtmektedir (Goodman 1997, Moore 1996). Bu alandan seçilen problemlerin tümü “Aktüel” problem idi. “Endişe”, “Azalmış özgüven” ve “Baş etme güçlüğü” en sık rastlanan ve hemşirelik girişimleri gerektiren belirtilerdi (Tablo 4.7).

“Sağlık Davranışları” alan problemleri “Beslenme”, “Fiziksel aktivite”, “Tedavi rejimi”, “Kişisel Bakım” ve “Uyku ve Dinlenme Düzeni” ile ilgiliydi. Bu alanda uygulanan hemşirelik girişimleri benzer oranda “Aktüel” ve “Potansiyel” problemlere

yönelikti. Aktüel belirti- bulgular “Banyo yapmada güçlük”, “Günlük kalori/ sıvı alımının istenilen standardın altında olması”, “Hiperglisemi”, “Yetersiz / düzensiz egzersiz”, “Yaşa/fiziksel duruma göre yetersiz uyku/dinlenme” sorunları üzerinde yoğunlaştı. Hastaların örneklemin 1/3’ünün diyabetli ve obez hastalar olması “Beslenme” problemi ile daha fazla çalışmayı gerektirdi. Ayrıca, bu bölümde “Tedavi rejimi” en fazla seçilen “Potansiyel “problem idi. KABG ameliyatı geçiren hastaların evde doğru ilaç yönetimi için danışmanlık yapılması, en önemli bakım gereksinimleri olarak görüldü (Tablo 4.6).

Bu çalışmada seçilen toplam 320 problemin; % 38,1’i “Potansiyel” problemlerden oluşmuştur. Hastaların eve çıkarken gereksinim duydukları hemşirelik girişimlerinin çoğu potansiyel problemlere yöneliktir. Kaynaklar (Erci 2005; Bowles ve ark. 2005; Naylor ve ark. 2004) etkili, kaliteli ve profesyonel taburculuk planlamasında olası problemlere karşı hasta ve hasta yakınlarının eğitilmesini, hastaların evde karşılaşılabilecekleri olası problemlere yönelik anksiyetelerinin giderilmesini önermektedir. Eğitim; taburculuk planlaması süreci uygulamasının büyük bir bölümünü oluşturmakla birlikte, taburculuk sonrasında hasta ve hastaya bakım verecek kişilerin ihtiyaç duyacağı gerekli hizmetlere/kaynaklara ulaşımının sağlanmasına yönelik, rehberlik ve danışmanlık da önemlidir.

Hasta eğitimi her hemşirenin yasal sorumluluğundadır. Hemşire hem hasta eğitimi konusunda donanımlı, istekli ve rolünü benimsemiş olmalı, hem de düzenli, sürekli ve planlı bakım verebileceği sayıda hastanın bakımını üstlenmiş olmalıdır (Kayış 2003; Candan 2002). Bu çalışmada “Potansiyel” problem “Aktüel” probleme dönüşmediği sürece hemşirelik girişimlerinin başarısı olarak kabul edildi, ancak yaşanan probleme dönüştüğü zaman aktüel problem girişimleri uygulandı. Örneğin; tüm hastalarda taburcu olurken sternum ve safen insizyonu bulunduğu için “Potansiyel” problem olarak “Deri” seçildi ve enfeksiyonu önleyen “Eğitim Rehberlik ve Danışmanlık” girişimleri yapıldı. Bu çalışma Türkiye’de OS’nin KABG ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sürecindeki bakımı kapsamında kullanılan ilk çalışmadır. Sistemin bu vakalarda kullanma sayısı arttıkça tanı sistematigi ile ilgili ek bilgiler genişleyecektir.

Bowles (2000a) çalışmasında aktüel belirti-bulguları Kalp Hastalıkları Kliniğinde yatan hastaların akut bakım gereksinimlerini OS hemşirelik tanı sistematigi ile açıklamış ve OS’ nin Akut bakımda da kullanılabileceğini göstermiştir. Klinik

ortamda problemleri aktüel belirti ve bulgular ile açıklamış ve Taburculuk Planamasını, Sağlık Davranışları alanına “Diğer” problem olarak belirtmiştir. Taburculuk Planlaması OS’nin yeni versiyonu içinde de ayrı bir problem olarak alınmamış, PSL kapsamındaki ilgili problemlerine yönlendirilmiştir. Bu çalışmada, OS’de, taburculuk süreci ile ilgili problem seçiminde eksikliği hissedilen bir kavrama rastlanmamıştır.

### **Sağlık Problemlerine Yönelik Hemşirelik Girişimleri**

Bu araştırmada, KABG hastalarının taburcu olduğu gün ve taburculuk sonrası birinci ve dördüncü hafta izlemlerinde tanılanan 320 probleme yönelik 2470 hemşirelik girişimi yapıldı. “Fizyolojik”, “Sağlık davranışları” ve “Psikososyal” alanlarının tümü için hemşirelik girişim kategorileri incelendiğinde, sırasıyla, “Eğitim, Rehberlik, Danışmanlık”, “Sürveyans”, “Vaka Yönetimi” ve “Tedavi İşlem” kategorileri seçildi. En fazla, ERD kategorisinin seçilmesi, hasta eğitiminin taburculuk planlamasındaki önemini gösterdi. Bu sistemin kullanıldığı diğer benzer çalışmalarda da taburculuk planlamasında en fazla ERD kullanıldığı gösterilmiştir (Bowles ve ark. 2003; Bowles 2000a; 2000b).

**Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık** girişimleri en fazla “Diyet yönetimi”, “Kardiyak bakım”, “Anatomi-fizyoloji”, “Solunum bakımı”, “Belirti-bulgular\_fiziksel” “Bakım verme/ ebeveynlik becerileri”, “İlaç hazırlığı”, “Enfeksiyon kontrol önlemleri”, “Yara bakımı pansuman” hedefleri için yapıldı.

Kaynaklarda, KABG hastaları için planlanan taburculuk sürecinde, hasta ve hasta yakınları için en uygun zamanda verilen taburculuk eğitimi ile birçok olumlu sonuç sağlanabileceği gösterilmiştir (Tolmie ve ark. 2006; Theobald 2004; Shepperd 2004; Kayış 2003; Bowles 2002; Bull, Hansen, Gross 2000; Smith 1989). Omaha Sistem’i bu önerilere uygun hedeflerin seçilmesini sağlayan bir yapı içermektedir (Erci 2005). Örneğin; bu çalışmada da uygulandığı gibi OS hedefleri; **“Diyet yönetimi”** kapsamında; beslenme, **“Kardiyak bakım”** hedefi kapsamında; kontroller, hangi durumlarda hastaneye başvuracağı/gerekli telefon numaraları, taburculuk sonrası için gereksinim duyulabilecek ilgili kurumlara ilişkin bilgi ve danışmanlık, sağlığın geliştirilmesi, **“Anatomi/fizyoloji”** hedefi kapsamında; hastalık/yapılan ameliyat, komplikasyonlar, ağrı kontrolü, **“Solunum bakımı”** hedefi kapsamında; solunum ve öksürük egzersizleri, **“Yara bakımı pansuman”** hedefi kapsamında; yara bakımı, kullanacak malzemelerin nereden temin edilip nasıl kullanılacağı, **“Bağırsak bakımı”**

hedefi kapsamında; boşaltım, “**Tedavi rejimi**” hedefi kapsamında; ilaç kullanımı, dikkat edilmesi gereken noktalar, “**Kişisel hijyen**” hedefi kapsamında; hijyen/banyo, öz-bakım, “**Egzersiz**” hedefi kapsamında; egzersizler, “**Dinlenme ve Uyku**” hedefi kapsamında; uyku ve dinlenme ve “**Baş etme becerileri**” hedefi kapsamında ise cinsel yaşam, alışkanlıklar, günlük işler, araba kullanma, çalışma yaşamına dönüş, vb. günlük yaşam aktiviteleri konularını kapsayıcı özelliktedir (Black ve Hawks 2009; Connor 2008; Erci 2005, Akdemir 2004).

Çalışmalarla, hastaların ve hastaya bakım veren bireylerin taburculuk sonrasında bilgi gereksinimlerinin devam ettiği ve verilen taburculuk eğitimi ile bu gereksinimlerin önemli derecede azaldığı saptanmıştır (Yıldız 2010; Doering ve ark. 2002; Bowles 2003; 2000a; 2000b)

**Sürveyans** kategorisine yönelik girişimler için en fazla; “Belirti-bulgular-fiziksel”, “Diyet yönetimi”, “Tıbbi bakım” hedefleri seçildi. Bowles ve ark.’nın (2000a) taburculuk planlaması için kullandığı OS uygulamalarında da, “Sürveyans” en fazla giriş yapılan ikinci kategori olmuştur. Hasta izlemi, bakım sonuçlarının değerlendirilmesinde önemlidir. Bu çalışmada “Aktüel” problemlere yönelik girişimlerin sonuçları “ Fiziksel- belirti/bulgular” hedefi ile izlendi. “Tıbbi bakım” hedefi ise hastaların planlanan randevularına gelme durumlarını izlemek için kullanıldı. Ayrıca, tanılanan her problem hastaların birinci ve dördüncü hafta kontrollerinde olmak üzere iki kez değerlendirildi ve izlendi.

**Vaka Yönetimine** yönelik girişimler için en fazla seçilen hedefler; “Tıbbi bakım”, “İlaç tedavisinin düzenlenmesi” ve “Diyetisyen hizmetleri” oldu. Bu çalışmada 2470 hemşirelik girişiminin 160 ‘ı Vaka Yönetimi’ni gerektirdi. Bu, her hastanın en az bir probleminin çözümü için hemşirenin “koordinatör rolünün” önemini gösterdi. Taburculuk planlaması sürecinin başarılı olması için bütün bakım vericiler birlikte ve ekip üyeleri iş birliği içerisinde çalışmalıdır. Sağlık ekibi içinde hasta ile en uzun süre birlikte olan hemşireler, taburculuk sürecinin tüm aşamalarında önemli bir rol oynamaktadır (Black 2009; Erci 2005; Atwal 2002; Naylor 2002; Tolmie ve ark. 2006; Vivian 1998).

**Tedavi İşlem** kategorisine yönelik girişimler tüm girişimlerin % 3’nü oluşturdu. Bu kategori için ise en fazla “Yara Bakımı Pansuman Değişimi” hedefi seçildi. Bu doğrudan uygulama, hastaların eve çıktıkları gün ve kontrollerde yapılan hemşirelik girişimlerini oluşturdu.

### **Bakım Sonucuna Yönelik Bulguların Tartışılması**

Koroner Arter Bypass Greft ameliyatı olan hastaların bakım sonuçları (1) taburcu olduğu gün, (2) taburculuk sonrası birinci ve (3) dördüncü haftada yapılan kontrollerde değerlendirildi. Bunun için Omaha Sistem “Problem Değerlendirme Ölçeği” kullanıldı. Her problem için yapılan hemşirelik girişimlerinin hasta sonuçlarına olan yansımaları “Bilgi”, “Davranış” ve “Durum” düzeyinde değerlendirildi. Bu bölümde problem alanlarına göre yapılan değerlendirmeler tartışıldı (Tablo 4.28).

Hastalara “*Deri*” problemi için yapılan girişimler, hastaların probleme yönelik “Davranışlarında” ( $p=0,02$ ) ve “Durumlarında” ( $p= 0,00$ ) anlamlı gelişmeler sağladı. Aynı gelişme “Bilgi” düzeyinde de görüldü ancak hastalara taburcu oldukları gün yapılan ERD’in sağladığı kazanımlar taburculuk sürecinde devam ettiği için anlamlı fark görülmedi (Tablo 4.28).

“*Dolaşım*” problemine yönelik gelişme sadece “Bilgi” düzeyinde ( $p= 0,008$ ) anlamlı bulundu. Bu problem için yapılan girişimlerin çoğu “Potansiyel” problem kapsamında idi. ERD, hastanın evine döndükten sonraki davranışlarını ve durumunu yönetmesini sağladı. Bu anlamda hastanın “Davranış” ve “Durum” düzeyindeki skoru izlem süresince değişmedi (Tablo 4.28).

“*Bağırsak Fonksiyonu*” problemi sadece 6 hastada ve birinci haftada yapılan kontrolde belirlendi. Bu probleme yönelik VY, Tİ ve ERD girişimlerinin sonuçları dördüncü hafta kontrolde değerlendirildi ve hastaların “Bilgi” ( $p=0,01$ ) ve “Durum” ( $p= 0,02$ ) düzeylerinde anlamlı gelişme görüldü (Tablo 4.28).

“*Solunum*” problemi çözümüne yönelik hastalara taburcu olduğu gün ve kontrol değerlendirmelerinde tekrarlanan ERD girişimleri, “Bilgi” ( $p= 0,04$ ), ve “Davranış” ( $p=0,03$ ) düzeyinde anlamlı artış sağladı, Hastaların solunum fonksiyonuyla ilgili “Durumu” değişmedi (Tablo 4.28).

“*Sindirim- Hidrasyon*” problemi sadece 6 hastada birinci haftada yapılan kontrolde belirlendi. Bu probleme yönelik hemşirelik girişimleri “Davranış” ( $p= 0,01$ ) ve “Durum” ( $p= 0,004$ ) düzeyinde anlamlı gelişme sağladı (Tablo 4.28).

“*Sinir-kas-iskelet fonksiyonu*” probleminin çözümü için en fazla ERD girişimleri yapıldı. Bu girişimler hastaya temel bilgi gereksinimi karşıladı, izlem süresince sürekliliği gözlemlendi. Bununla birlikte “Davranış” ( $p=0,00$ ) ve “Durum” ( $p=0,00$ ) düzeyinde gelişme istatistiksel anlamlı bulundu (Tablo 4.28).

“*Ağrı*” problemine yönelik girişimler “Durum” ( $p=0,013$ ) düzeyinde anlamlı artış sağladı. Çoğunlukla “Potansiyel” bir problem olarak belirlenen “Ağrı”, hastaların “baş etme becerileri”, “tedavi rejimi”, “sinir- kas- iskelet fonksiyonu” gibi birçok problemden etkilendi ve bu problemlere yönelik ERD girişimleri, ağrının azalmasında (Durum düzeyinde) anlamlı gelişme sağladı (Tablo 4.28).

Özetle, “*Fizyolojik alan*” problemleri için yapılan girişimler hastalarda “Bilgi”, “Davranış” ve “Durum” düzeyinde anlamlı gelişmeler sağladı. Bu anlamda sistemin “Problem Değerlendirme Ölçeği” bileşeni bakım sonuçlarının kayıt altına alınmasını ve hemşirelik hizmetlerinin görülür olmasını sağladı.

“*Beslenme*” problemine yönelik “Davranış” ( $p=0,001$ ) ve “Durum” ( $p=0,005$ ) düzeyinde anlamlı sonuç bulundu. Taburcu olduğu gün 30 hastaya uygulanan ERD girişimleri, taburculuk izlem sürecinde temel bilgi düzeyinin devam etmesini sağladı . Bu nedenle “Bilgi” düzeyindeki skor değişmedi. İzlem sürecinde tekrarlanan ERD ve SV girişimleri ile “Davranış” ve “Durum” düzeylerinde anlamlı artış sağlandı (Tablo 4.28).

“*Kişisel Bakım*” problemi için yapılan girişimler sadece “Durum” ( $p=0,00$ ) düzeyinde anlamlı gelişme görüldü. Bu gelişme büyük oranda ERD ile ev ortamında almaları hastaların almaları gereken hijyenik önlemlerin öğretilmesi ile sağlandı (Tablo 4.28).

“*Fiziksel Aktivite*” problemine yönelik “Davranış” ( $p= 0,003$ ) ve Durum ( $p=0,01$ ) düzeyinde anlamlı gelişme görüldü. Bu problem için uygulanan girişimlerin çoğu “hareket sınırlılığı” nedeni ile potansiyel problem idi ve ERD girişimlerinin önemini arttırdı. ERD, Temel Bilgi düzeyinin devamlılığını sağlarken, “Davranış” ve “Durum” düzeyinde anlamlı gelişme sağladı (Tablo 4.28).

“*Uyku ve Dinlenme Düzeni*” problemi sadece 8 hastada birinci haftalık kontrolde belirlendi. Bu problemin çözümü için ERD ve VY uygulandı ve girişimlerin sonuçları dördüncü haftadaki kontrolde değerlendirilerek, “Bilgi” ( $p=0,01$ ), “Davranış” ( $p=0,008$ ) ve “Durum” ( $p=0,008$ ) düzeyinde anlamlı gelişme kayıt edildi (Tablo 4.28).

“*Tedavi rejimi*” potansiyel problem olarak ele alındı. Hasta ve ailesi taburcu olurken olası problemler için “İlaç yönetimi” konusunda eğitildi. Bu nedenle bu taburculuk öncesi hasta davranışları yönünden değerlendirilmedi. “Bilgi” ve “Durum”

ile ilgili kazanımları kontrollerde de değişmediği/aynı kaldığı için her üç skorda da süreç içinde anlamlı değişim görülmedi.

Sonuç olarak, “Tedavi rejimi” dışında kalan “*Sağlık Davranışları*” alanı ile ilgili tüm problemlerde “Davranış” ve “Durum” düzeyinde anlamlı gelişmeler görüldü (Tablo 4.28).

Psikososyal alan problemleri arasında “*Mental Sağlık*” problemi “Bilgi” ( $p=0,01$ ), “Davranış” ( $p=0,008$ ) ve “Durum” ( $p= 0,03$ ) düzeyinde anlamlı sonuç bulundu. Problem çözümüne yönelik seçilen ERD girişimlerinin KABG hastalarının ameliyat sonrası psikososyal problemlerin çözümünde, “Bilgi”, “Davranış” ve “Durum” düzeyinde önemini gösterdi.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, cerrahi hemşirelik girişimleri ile akut bakımda aktüel belirti ve bulguların iyileştiği Koroner Arter Bypass Greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sürecinde hemşirelik problemleri/gereksinimleri, Omaha Sistem’de en fazla *Fizyolojik alandan* seçildi. “Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık” ve “Sürveyans” kategorileri hemşirelik girişiminin en fazla uygulandığı kategoriler idi. Hasta bakım sonuçlarına yönelik istatistiksel değerlendirmelerde **“Fizyolojik” alanda**; “Dolaşım”, ”Solunum”, ”Deri”, “Sindirim-Hidrasyon”, “Bağırsak fonksiyonu”, “Sinir-kas-iskelet fonksiyonu”, “Ağrı” problemi, **“Sağlık Davranışları” alanında**; “Beslenme”, ”Kişisel bakım”, “Fiziksel aktivite”, “Uyku ve dinlenme düzeni” problemi, **“Psikososyal” alanda** ise “Mental sağlık” problemlerinde anlamlı düzeyde iyileşme oldu. Bu çalışmada seçilen tüm problemlerde hasta davranışlarında anlamlı gelişme sağlandı. On problemde hastaların durumunda iyileşme olduğu belirlendi. Problemlerin beşinde ise “Bilgi” düzeyinde anlamlı gelişme oldu. Diğer hastalarda ise “temel bilgi” düzeyindeki eğitim bilgisi sürekliliğini korudu.

KABG ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sürecinde OHEBİS kullanımı verilerin elektronik ortamda dökümanente edilmesinde, bakımın sürekliliği ile bakım sonuçlarının değerlendirilmesinde yararlı oldu ve bu alanda çalışan sağlık profesyonelleri tarafından OHEBİS’in kullanılabilir olduğunu gösterdi. Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler aşağıdakileri kapsar:

- KABG hastalarının Taburculuk planlamasında bakım planı hazırlanırken, bu çalışmada kullanılan Problem, Girişim ve Sonuç bulguları kullanılabilir.
- Bulgular, ilgili hastaların “Evde Bakım” yönetimleri için rehber olabilir.
- Omaha Sistem ve OHEBİS, diğer akut bakım alanlarında daha farklı örneklem gruplarıyla çalışılarak denenmelidir.

## 7. KAYNAKLAR

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2008). Discharge Status, Erişim:04.07.2011,  
[http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/factsandfigures/2008/exhibit1\\_5.jsp](http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/factsandfigures/2008/exhibit1_5.jsp)

Akdemir N., Birol L.(2004). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Vehbi Koç Vakfı SANERC, 2. Baskı, Sistem Ofset, İstanbul, 78-80.

Ay F. (2009). Uluslararası Elektronik Hasta Kayıt Sistemleri, Hemşirelik Uygulamaları ve Bilgisayar İlişkisi, Gülhane Tıp Dergisi; (51); 131-136.

Atwal A. (2002). Nurses perceptions of discharger planning in acute care: a case study in one British teaching hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 39(5); 450-458.

Black J.M., Hawks J.H. (2009). *Medical Surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcomes*. (8th ed.). St.Louis, Missouri: Saunders Elsevier.

Bowles KH. (2000a). Application of the Omaha System in acute care. *Res. Nurs. Health* 23(2); 92–105.

Bowles KH. (2000b). Patient Problems and Nurse Interventions during Acute Care and Discharge Planning. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(3); 29-41.

Bowles K.H., Naylor M.D., Foust JB (2003). Hospital discharge referral decision making: a multidisciplinary perspective. *Applied Nursing Research*, 16(3); 134-143.

Bull M.J., Hansen H.E., Gross C.H. (2000). Predictors of Elder and Family Caregiver Satisfaction with Discharge Planning. *Journal of Cardiovascular Nursing*.14(3);76–87.

Candan Y, Özşaker E ve ark. Cerrahide hasta eğitimi.Ulusal Cerrahi Kongresi'nde: 2002 Mayıs 15-19, Antalya Türkiye: 371-378.

Connolly M., Grimshaw J., Dodd M., Cawthorne J., Hulme T., Everitt S., et al. (2009). Systems and people under pressure: the discharge process in an acute hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (4); 549–558.

Connor M (Ed) (2008).Nursing Care of Clients with Coronary Heart Disease. New Jersey: Pearson Prenntice Hall: 977- 981.

Doering L.V., McGuire A.W., Rourke D. (2002). Recovering From Cardiac Surgery: What Patients Want You to Know, *American Journal of Critical Care*, 11(4); 333-341.

Doran K, Sampson B, Staus R, Ahern C, Schiro D. (1997). Clinical pathway across tertiary and community care after an interventional cardiology procedure *J Cardiovasc Nurs*.11(2);1-14.

Enver D. Halıcı Ü. (2004). Kalp ve Damar Cerrahisi: Dünyada Kalp damar Cerrahisinin Tarihçesi. Çapa Tıp Kitabevi.İstanbul. 1-12.

Erci B.(2005). Global case management: impact of case management on client outcomes. *Lippincotts Case Manag*. 10(1);32-8.

Erdil F, Elbaş Ö. (2001).Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği.IV.Baskı. Tasarım Ofset,Ankara:297-334.

Erdogan S, Esin M.N. (2006). The Turkish version of the Omaha System: its use in practice-based family nursing education. *Nurse Education Today*, 26(5); 396-402.

Erdoğan S. (2003) Standart ve ortak dil kullanmak hemşireliğin geleceği için fırsat mı?, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Dergisi,13 (50); 1-15.

Erdoğan S., Nahcivan Ö.N., Esin M.N., Çalışkan M., Demirezen E., Coşansu G. (1996). Omaha sistemi hemşirelik sınıflandırma modelinin halk sağlığı hemşireliği eğitiminde kullanılması. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Kongre Kitabı). Erzurum, 22-24 Haziran, 122-129.

Erdoğan S., Nahcivan Ö.N., Esin M.N., Demirezen E., Coşansu G., Bulduk S., Seçginli S., Öztürk N. (2005) Halk sağlığı hemşireliği dersi uygulama rehberi.İstanbul Üniversitesi yayınları,yayın no:4588.9- 38.

Evde Bakım Derneği (2008). 2.Ulusal Evde Bakım Kongresi: Sağlık Sistemimizde Evde Bakım, Kongre Kitabı, 20-23 Nisan 2008, İstanbul.

Fredericks S., Ibrahim S., Puri R. (2009). Coronary Artery Bypass Graft Surgery Patient Education: A Systematic Review. Progress in Cardiovascular Nursing.

Gallagher R, McKinley S, Dracup K.(2004). Post Discharge Problems in Women Recovering from Coronary Artery Bypass Graft Surgery. Australian Critical Care. 17(4); 160-165.

Goodman H.(1997). Patients' Perceptions of Their Education Needs in The First Six Weeks Following Discharge After Cardiac Surgery, Journal of Advanced Nursing, 25, 1241-1251.

Gordon M. (2003) Hemşirelikte Standardize Bir Dile Neden Gereksinim Vardır? Hemşirelik Sınıflama Sistemlerinin Tarihsel Gelişimine Bakış.Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyum Kitabı,Başkent Üniversitesi,11-41.

Gür K., Yıldız A., Erol S., Yurt S., Ergün A., Kadioğlu H., et al. (2008). Bir ilköğretim okulunda omaha problem sınıflandırma listesine göre öğrencilerin sağlık problemleri. Hemşirelikte Araştırma-Geliştirme Dergisi. (3), 1-14.

Handly M.J., Grubb S.K., Keefe N.A., Martin K.S. (2003). Essential Activities for Implementing A Clinical Information System in Public Health Nursing. *Journal of Nursing Administration*, 33(1); 14-16.

Huerta V (1998). Preparing Patient for Early Discharge After Coroner Bypass Graft, *American Journal of Nursing*, 98 (5):49–51.

İstanbul Kalp Cerrahisi Vakfı (İKCV). Erişkin Kalp Sağlığı: Cerrahi Tedavi Yöntemleri. Erişim: 07.05.2011. <http://www.ikcv.org/eriskinkalp14.htm>

Jackson M. F. (1994), Discharge planning: issues and challenges for gerontological nursing. A critique of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 19: 492–502. doi:10.1111/j.1365-2648.1994.tb01112.x. Issue published online: 15 FEB 2006

Kayış A.(2003). Hemşirelerin hasta eğitimine verdikleri önem ve eğitim verirken karşılaştıkları güçlüklerin saptanması. I. Uluslararası & V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi; 2001 Eylül 19-22; Nevşehir, Türkiye. İstanbul, Bilmedya Grup.

Lewis S. M, Collier C.I, Heitkemper M.M (1998) *Medical Surgical Patient Fourth Edition*, Toronto, Mosby, s 957-961.

Lorenz B.T, Coyte K.M (2002). Coronary Artery Bypass Graft Surgery Without Cardiopulmonary Bypass: A Review and Nursing Implications, *Critical Care Nurse*,22(1):51-60.

Lundberg C, Warren J.J, Brokel J.M, Bulechek G.M, Butcher H.K, Martin K.S, Moorhead S, Peterson C, Spisla C, Giarrizzo-Wilson S. (2008). Selecting a standardized terminology for the electronic health record that reveals the impact of nursing on patient care. *Online Journal of Nursing Informatics*, 12(2); 1-1.

Maramba P.J., Richards S. & Larrabee J.H. (2004). Discharge planning process: Applying a model for evidence- based practice. *Journal of Care Quality*, 19 (2); 123-129.

Martin K.S. (2005). *The Omaha System: A Key to Practice, Documentation, and Information Management*. 2nd ed. St. Louis: Elsevier, Missouri. [Context Link]

Meeker M., H., Rothrock J. C. (1999). *Alexander's Care of The Patient in Surgery*, Eleventh Edition, Mosby, Philadelphia.

Minnesota Omaha System Users Group. (2009). Care plans and practice tools. Accessed February 11, 2009, from [http://omahasystemmn.org/KBS\\_care\\_plans.htm](http://omahasystemmn.org/KBS_care_plans.htm).

Mistiaen P., Duijnhouwer E., Wijkel D., Bont M., Veeger A. (1997). The Problems of Elderly People at Home One Week After Discharge From An Acute Care Setting. *Journal of Advanced Nursing*, 25; 1233-1240.

Monsen K.A, Banerjee A, Das P. (2010). Discovering client and intervention patterns in home visiting data. *Western Journal of Nursing Reserch*, 32(8); 1031-54.

Moore S (1996). The Effect of a Discharge \_nformation \_ntervention on Recovery Outcomes Following Coronary Artery Bypass Surgery, *Int.J. Stud.*, 33(2):181-189.

Naylor M.D, Bowles K.H, Brooten D. (2002). Patient problems and advanced practice nurse interventions during transitional care. *Public Health Nurs.* 17(2); 94-102.

Naylor M.D., Brooten D., Campbell R., Jacobsen B.S., Mezey M.D., Pauly M.U. (1999). Comprehensive Discharge Planning And Home Follow-up of Hospitalized elders: A Randomized Clinical Trial. *Journal of the American Medical Association*, 281(7); 613-620.

Naylor M.D., Brooten D., Campbell R., Maislin G., Mc Cauley K. & Schwartz J. (2004). Transitional Care of Older Adults Hospitalized With Heart Failure: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 675-684.

Özkan M.(...).Açık Kalp Cerrahisi. Erişim 07.05.2011.  
<http://www.kvc.hacettepe.edu.tr/pdf/ekc001.pdf>

Potter P.A., Perry A. G. (1997). Fundamentals Nursing Concepts, Process, and Practice, (7th Ed), USA.

Sampson B.K, Doran K.A. (1998) Health needs of coronary artery bypass graft surgery patients at discharge. *Dimens Crit Care Nurs.* 17(3); 158-64; quiz 165-8.

Shepperd S., Parkes, J., McClaran J.J.M., Phillips C.(2004). Discharge Planning from Hospital to Home. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* (4)

Shafer K.N., Sawyer J.R., McCluskey A.M., Beck L.E., Phipps W.J. (1975). *Medical Surgical Nursing* (6th ed.). St Louis: Mosby Company.

Smith C.D. (1989). Discharge planning. Hartshorn, J., Malloy, C. (Eds). *Acute Care in The Home: A Holistic Approach.* Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 13-27.

Stephenson L. (2008). *History of Cardiac Surgery.* İçinde; Lawrance C. *Cardiac Surgery İn The Adult.*(3rd ed.). USA : Mcgraw Hill.

Tanrıverdi G, Yalçın M. (2009). The use of Omaha Model to follow up pregnancy at home. 12<sup>th</sup> World Congress on Public Health, April 27- May 1, 2009. Istanbul, Turkey.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2006). Türk Kardiyoloji Derneği, Ulusal Kalp Sağlığı Politikası, Erişim: 21.10.2010

Theobald K., McMurray A. (2004). Coronary Artery Bypass Graft Surgery: Discharge Planning for Successful Recovery. *Journal of Advanced Nursing*, 47(5); 483–491.

Tokcan A. Yalınız H.(2004). Kalp ve Damar Cerrahisi: Türkiye 'de Kalp Cerrahisinin Tarihçesi. Çapa Tıp Kitap evi.İstanbul: 13-37

Tolmie E.P., Lindsay G.M., Belcher P.R. (2006). Coronary artery bypass graft operation: Patients' experience of health and well-being over time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 5 (3); 228 – 236

Vivian H. T. (1998). Preparing patients for early discharge after CABG. *American Journal of Nursing*, 98(5); 49-51.

Yıldız A. Evde Bakım Hizmetlerinde Taburculuk Planlama Hasta ve Aile Eğitimi. [www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/hasta\\_ve\\_aile\\_egitimi.pdf](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/hasta_ve_aile_egitimi.pdf) Erişim: Şubat 2010.

## **8. EKLER**

**Ek-1: Hasta Kayıt Formu**

**Ek-2: Omaha Veri Toplama Formu**

**Ek-3-11: OHEBIS Bakım Planı Örnekleri**

**Ek-4: Kurum İzni**

**Ek-1: Hasta Kayıt Formu****Bireyin Adı- Soyadı:****Cinsiyet:** Kadın  Erkek**Ailedeki Konumu:** Anne  Baba  Diğer.....**Doğum Tarihi:** .... / ..... / .....**Eğitim Durumu:** Okur- yazar  Lise mezunu  
 İlkokul mezunu  Üniversite ve üstü  
 Ortaokul mezunu**Medeni Durumu:** Evli  Bekar  Dul**Sağlık Sigortası:** Var  Yok**Primer tıbbi tanısı:****Sekonder tıbbi tanıları:****Antropometrik ölçümleri:** Boy:..... m  Kilo:..... kg  BKİ:..... kg/m<sup>2</sup>**Alışkanlıkları:** Sigara: ..... paket/gün Bırakma tarihi: Alkol: ..... Bırakma tarihi:**Yaşam bulguları:**

Tarih	Ateş	Nabız	Tansiyon	Solunum	Saturasyon
.../.../...					
.../.../...					
.../.../...					



## Ek 3-11:OHEBİS Bakım Planı Örnekleri

<b>Hasta Adı Soyadı :</b> [REDACTED]	<b>Kart Tarihi :</b> 26.05.2010	<b>Birey No :</b> 1	<b>Tarih</b> 26.05.2011
<b>Doğum Tarihi :</b> 20.10.1948	<b>Medeni Durumu :</b> Evli		
<b>Cinsiyet :</b> Erkek			

<b>1.PSL TANILAMA</b>	
<b>Alan :</b>	<b>FİZYOLOJİK ALAN</b>
<b>Problem</b>	<b>Dolaşım</b>
Problem Sınıflama Listesi ödeme	Yüksek Öncelikli

<b>2. PDÖ - Problem Değerlendirme Ölçeği</b>		
3	4	3
4	4	3
4	4	3

<b>3. GİRİŞİM ŞEMASI - UYGULAMA</b>		
<b>Kategori :</b> ERD	<b>Hedefler</b>	<b>Bireye Özel Girişimler</b>
	3.Anatomi-fizyoloji	Dolaşım sistemi
	11. Belirti-bulgular_fiziksel	Sağlık profesyoneline başvurulması gereken durumlar
	50. Kardiyak bakım	Ödemin azaltılması
	50. Kardiyak bakım	Varis çorabı
	50. Kardiyak bakım	ilaç hatırlatma kutusu
	69. Tıbbi /Diş bakımı	Planlanan kontrol randevularına uyum
	69. Tıbbi /Diş bakımı	Hastalık süresince hastayı/ bakım veren kişiyi eğitme
<b>Kategori :</b> SV	<b>Hedefler</b>	<b>Bireye Özel Girişimler</b>
	11. Belirti-bulgular_fiziksel	Asit/ ödeme
	69. Tıbbi /Diş bakımı	Planlanan kontrol randevularına uyum
<b>Kategori :</b> VY	<b>Hedefler</b>	<b>Bireye Özel Girişimler</b>
	69. Tıbbi /Diş bakımı	Hizmet/ bakım verenler arasında koordinasyon

## Ek 3-11:OHEBİS Bakım Planı Örnekleri

Hasta Adı Soyadı : [REDACTED]	Kart Tarihi : 09.05.2011	Birey No : 12	Tarih 11.05.2011
Doğum Tarihi : 20.05.1942	Medeni Durumu : Dul		
Cinsiyet : Erkek			

### 1. PSL TANILAMA

Alan : FIZYOLOJİK ALAN

Problem : Deri

Problem Sınıflama Listesi  
lezyon / bası yarası

Yüksek Öncelikli

### 2. PDÖ - Problem Değerlendirme Ölçeği

3	4	4	4	Bi:3 Enfeksiyon belirtilerini tanımlıyor. Koruyucu önle
3	4	4	5	Bi3: Enfeksiyon önlemleri ve belirti ve bulguları hakkı
3	4	4	5	

### 3. GİRİŞİM ŞEMASI - UYGULAMA

Kategori : TI

Hedefler

Bireye Özel Girişimler

72. Yara Bakımı Pansumalı Yara bölgesinin değerlendirilmesi

Kategori : ERD

Hedefler

Bireye Özel Girişimler

18. Deri bakımı Bölgeyi temiz ve kuru tutmak  
29. Enfeksiyon Kontrol Önl Olası kaynaklarının belirlenmesi  
29. Enfeksiyon Kontrol Önl El yıkama  
29. Enfeksiyon Kontrol Önl Vücut sıvıları ile teması önleme  
29. Enfeksiyon Kontrol Önl Maske, eldiven, gözlük gibi koruyucu giysiler giyme  
72. Yara Bakımı Pansumalı Yara bölgesinin değerlendirilmesi  
11. Belirti-bulgular\_fiziksel Enfeksiyon belirtilerinin gözlenmesi  
11. Belirti-bulgular\_fiziksel Sağlık profesyoneline başvurulması gereken durumlar

Kategori : SV

Hedefler

Bireye Özel Girişimler

72. Yara Bakımı Pansumalı Yara bölgesinin değerlendirilmesi

Kategori : ERD

Hedefler

Bireye Özel Girişimler

8. Bakım verme ebeveynlik Bakım veren ve bakım alanın etkileşimi

## Ek 3-11:OHEBİS Bakım Planı Örnekleri

<b>Hasta Adı Soyadı :</b>		<b>Tarih</b> 01.04.2011
<b>Doğum Tarihi :</b>	15.02.1950	<b>Kart Tarihi :</b> 01.04.2011
<b>Cinsiyet :</b>	Kadın	<b>Birey No :</b> 9
		<b>Medeni Durumu :</b> Evli

**1. PSL TANILAMA**

Alan : FIZYOLOJİK ALAN

Problem Solunum

Problem Sınıflama Listesi

öksürememe / bağımsız olarak balgam çıkaramama Yüksek Öncelikli

**2. PDÖ - Problem Değerlendirme Ölçeği**

3	3	4	Da3 : Triflow düzenli çalışmıyor. □□Du4 : Minimal sel
3	4	3	Du3: Oskultasyonda raller mevcut. SFT devam etme
3	4	4	Du 4: Sekresyon yok, Normal solunum.

**3. GİRİŞİM ŞEMASI - UYGULAMA**

Kategori : ERD

Hedefler

Bireye Özel Girişimler

- |                               |                                                      |
|-------------------------------|------------------------------------------------------|
| 3. Anatomi-fizyoloji          | Solunum sistemi fonksiyonu                           |
| 11. Belirti-bulgular_fiziksel | Balgamın renginde, miktarında ve özelliğinde değişim |
| 63. Solunum bakımı            | Dönme, öksürme ve derin solunum                      |
| 17. Dayanıklı tıbbi araçlar   | Solunum fonksiyon cihazı/ tüpü                       |
| 8. Bakım verme ebeveynlik     | Bakım veren ve bakım alanın etkileşimi               |

Kategori : SV

Hedefler

Bireye Özel Girişimler

- |                               |                                                      |
|-------------------------------|------------------------------------------------------|
| 11. Belirti-bulgular_fiziksel | Balgamın renginde, miktarında ve özelliğinde değişim |
| 11. Belirti-bulgular_fiziksel | Solunum durumu                                       |
| 69. Tıbbi /Diş bakımı         | Hizmet/ bakım verenler arasında koordinasyon         |

Kategori : ERD

Hedefler

Bireye Özel Girişimler

- |                    |                            |
|--------------------|----------------------------|
| 63. Solunum bakımı | Perküzyon/ postural drenaj |
|--------------------|----------------------------|

## Ek 3-11:OHEBİS Bakım Planı Örnekleri

<b>Hasta Adı Soyadı :</b> [REDACTED]	<b>Tarih</b> 26.05.2011
<b>Doğum Tarihi :</b> 20.10.1948	<b>Kart Tarihi :</b> 26.05.2010
<b>Cinsiyet :</b> Erkek	<b>Birey No :</b> 1
	<b>Medeni Durumu :</b> Evli

### 1.PSL TANILAMA

**Alan :** FIZYOLOJİK ALAN

**Problem** Ağrı

Problem Sınıflama Listesi  
ağrıyan bölgeyi sakınan/koruyan hareketler Düşük Öncelikli

### 2. PDÖ - Problem Değerlendirme Ölçeği

3	4	4
3	4	3
3	4	5

### 3. GİRİŞİM ŞEMASI - UYGULAMA

**Kategori :** ERD

Hedefler	Bireye Özel Girişimler
3. Anatomi-fizyoloji	Ağrı
42. İlaç etkisi/yan etkisi	İlacın amacı /yararı
46. İlaç yönetimi	Doğru zamanda / dozda alma
17. Dayanıklı tıbbi araçlar	Destek/ atel/ giysi

**Kategori :** SV

Hedefler	Bireye Özel Girişimler
11. Belirti-bulgular_fiziksel	Ağrı (yeri, süresi, sıklığı, şiddeti, ağrı kontrolü)

### Ek 3-11:OHEBİS Bakım Planı Örnekleri

<b>Hasta Adı Soyadı :</b> [REDACTED]	<b>Tarih</b> 26.05.2011
<b>Doğum Tarihi :</b> 20.10.1948	<b>Kart Tarihi :</b> 26.05.2010
<b>Cinsiyet :</b> Erkek	<b>Birey No :</b> 1
	<b>Medeni Durumu :</b> Evli

#### 1. PSL TANILAMA

<b>Alan :</b> FİZYOLOJİK ALAN	
<b>Problem</b> Sinir-Kas-İskelet Fonksiyonu	
Problem Sınıflama Listesi hareketlerde sınırlılık	Düşük Öncelikli

#### 2. PDÖ - Problem Değerlendirme Ölçeği

3	4	4
4	4	4
4	4	5

#### 3. GİRİŞİM ŞEMASI - UYGULAMA

<b>Kategori :</b> ERD	<b>Hedefler</b>	<b>Bireye Özel Girişimler</b>
	39. Hareket/transfer	Yatak içi hareketleri
	62. Pozisyon verme	Uygun/ doğru beden duruşu
<b>Kategori :</b> SV	<b>Hedefler</b>	<b>Bireye Özel Girişimler</b>
	11. Belirti-bulgular_fiziksel	Hareketlilik

### Ek 3-11:OHEBİS Bakım Planı Örnekleri

<b>Hasta Adı Soyadı :</b> [REDACTED]	<b>Tarih :</b> 18.01.2011
<b>Doğum Tarihi :</b> 03.03.1929	<b>Kart Tarihi :</b> 18.01.2011
<b>Cinsiyet :</b> Kadın	<b>Birey No :</b> 3
<b>Medeni Durumu :</b> Dul	

<b>1. PSL TANILAMA</b>	
<b>Alan :</b> SAĞLIK DAVRANIŞLARI	
<b>Problem</b>	Beslenme
Problem Sınıflama Listesi	Yüksek Öncelikli
önerilen beslenme programını sürdürmemeye	

<b>2. PDÖ - Problem Değerlendirme Ölçeği</b>			
3	4	3	Bl: hipo-hiperglisemi belirti bulguları, sıvı dengesi öni
3	4	4	DU: kan şekeri regüle.
3	4	5	

<b>3. GİRİŞİM ŞEMASI - UYGULAMA</b>		
<b>Kategori :</b> VY	<b>Hedefler</b>	<b>Bireye Özel Girişimler</b>
	26. Diyetisyen hizmetleri	Hizmet sağlayıcılar ile koordinasyon
<b>Kategori :</b> ERD	<b>Hedefler</b>	<b>Bireye Özel Girişimler</b>
	25. Diyet yönetimi	Önerilen diyeti sürdürme
	25. Diyet yönetimi	Beklenen kilo değişimi
	25. Diyet yönetimi	Sıvı dengesi
	25. Diyet yönetimi	Hipoglisemi tedavisi ve takibi
<b>Kategori :</b> SV	<b>Hedefler</b>	<b>Bireye Özel Girişimler</b>
	11. Belirti-bulgular_fiziksel	Aldığı- çıkardığı/sıvı dengesi
	11. Belirti-bulgular_fiziksel	Hipoglisemi/ hiperglisemi
	25. Diyet yönetimi	Kilo

### Ek 3-11:OHEBİS Bakım Planı Örnekleri

<b>Hasta Adı Soyadı :</b> [REDACTED]	<b>Tarih</b> 18.01.2011
<b>Doğum Tarihi :</b> 03.03.1929	<b>Kart Tarihi :</b> 18.01.2011
<b>Cinsiyet :</b> Kadın	<b>Birey No :</b> 3
<b>Medeni Durumu :</b> Dul	

<b>1. PSL TANILAMA</b>	
<b>Alan :</b> SAĞLIK DAVRANIŞLARI	
<b>Problem</b>	Beslenme
Problem Sınıflama Listesi	
günlük kalori/ sıvı alımının istenilen standardın altında olması	Yüksek Öncelikli

<b>2. PDÖ - Problem Değerlendirme Ölçeği</b>			
3	4	3	Bl: hipo-hiperglisemi bulguları, sıvı dengesi öni
3	4	4	DU: kan şekeri regüle.
3	4	5	

<b>3. GİRİŞİM ŞEMASI - UYGULAMA</b>		
<b>Kategori :</b> VY	<b>Hedefler</b>	<b>Bireye Özel Girişimler</b>
	26. Diyetisyen hizmetleri	Hizmet sağlayıcılar ile koordinasyon
<b>Kategori :</b> ERD	<b>Hedefler</b>	<b>Bireye Özel Girişimler</b>
	25. Diyet yönetimi	Önerilen diyeti sürdürme
	25. Diyet yönetimi	Beklenen kilo değişimi
	25. Diyet yönetimi	Sıvı dengesi
	25. Diyet yönetimi	Hipoglisemi tedavisi ve takibi
<b>Kategori :</b> SV	<b>Hedefler</b>	<b>Bireye Özel Girişimler</b>
	11. Belirti-bulgular_fiziksel	Aldığı- çıkardığı/sıvı dengesi
	11. Belirti-bulgular_fiziksel	Hipoglisemi/ hiperglisemi
	25. Diyet yönetimi	Kilo

### Ek 3-11:OHEBİS Bakım Planı Örnekleri

Hasta Adı Soyadı	[REDACTED]	Tarih	26.05.2011
Doğum Tarihi	20.10.1948	Kart Tarihi	26.05.2010
Cinsiyet	Erkek	Birey No	1
		Medeni Durumu	Evlü

#### 1.PSL TANILAMA

Alan : SAĞLIK DAVRANIŞLARI

Problem

Tedavi Rejimi

Problem Sınıflama Listesi

Notlar bölümüne risk faktörlerini yazınız

Yüksek Öncelikli

#### 2. PDÖ - Problem Değerlendirme Ölçeği

3	--	4
4	5	4
4	5	4

#### 3. GİRİŞİM ŞEMASI - UYGULAMA

Kategori : ERD

Hedefler

Bireye Özel Girişimler

- 46. İlaç yönetimi Önerilen ilaçların kullanımının öğretimi
- 42. İlaç etkisi/yan etkisi İlaçın amacı /yararı
- 42. İlaç etkisi/yan etkisi Yan etkileri bildirme/ raporlandırma

Kategori : SV

Hedefler

Bireye Özel Girişimler

- 43. İlaç hazırlığı İlaç etiketlerini ve yazılı rehberi okuyup anlayabilme

### Ek 3-11:OHEBİS Bakım Planı Örnekleri

Hasta Adı Soyadı : [REDACTED]	Tarih 15.04.2011	
Doğum Tarihi : 02.05.1939	Kart Tarihi : 15.04.2011	Birey No : 10
Cinsiyet : Erkek	Medeni Durumu : Evli	

#### 1.PSL TANILAMA

Alan : SAĞLIK DAVRANIŞLARI

Problem

Kişisel Bakım

Problem Sınıflama Listesi  
Banyo yapmada güçlük

Düşük Öncelikli

#### 2. PDÖ - Problem Değerlendirme Ölçeği

3	--	3
3	4	5
3	4	5

#### 3. GİRİŞİM ŞEMASI - UYGULAMA

Kategori : ERD

Hedefler

Bireye Özel Girişimler

51. Kişisel hijyen

Banyo yapma

Kategori : SV

Hedefler

Bireye Özel Girişimler

51. Kişisel hijyen

Vücut temizliği

## Ek-12:OHEBİS Bakım Planı Örnek

Hasta Adı Soyadı :	[REDACTED]	Tarih	03.06.2011
Doğum Tarihi :	03.03.1929	Kart Tarihi :	18.01.2011
Cinsiyet :	Kadın	Birey No :	3
		Medeni Durumu :	Dul

### 1.PSL TANILAMA

Alan : SAĞLIK DAVRANIŞLARI

Problem

Fiziksel Aktivite

Problem Sınıflama Listesi

Notlar bölümüne risk faktörlerini yazınız

Düşük Öncelikli

### 2. PDÖ - Problem Değerlendirme Ölçeği

3	3	4
3	3	3
3	4	4

### 3. GİRİŞİM ŞEMASI - UYGULAMA

Kategori : ERD

Hedefler

Bireye Özel Girişimler

- 27. Egzersiz
- 27. Egzersiz
- 16. Davranış değişimi

Uygun egzersiz programları

Aktif / pasif egzersizler

Aktiviteyi artırma

Kategori : SV

Hedefler

Bireye Özel Girişimler

- 16. Davranış değişimi

Davranışı sürdürme

Kategori : ERD

Hedefler

Bireye Özel Girişimler

- 11. Belirti-bulgular\_fiziksel

Aktivite toleransı

## Ek-13:OHEBİS Bakım Planı Örnek

<b>Hasta Adı Soyadı</b> [REDACTED]	<b>Tarih</b> 15.04.2011	
<b>Doğum Tarihi</b> : 02.05.1939	<b>Kart Tarihi</b> : 15.04.2011	<b>Birey No</b> : 10
<b>Cinsiyet</b> : Erkek	<b>Medeni Durumu</b> : Evli	

<b>1.PSL TANILAMA</b>	
<b>Alan :</b> SAĞLIK DAVRANIŞLARI	
<b>Problem</b> Uyku ve Dinlenme Düzeni	
<b>Problem Sınıflama Listesi</b> yaşa / fiziksel duruma göre yetersiz uyku/ dinlenme	Düşük Öncelikli

<b>2. PDÖ - Problem Değerlendirme Ölçeği</b>	
2 3 3 3	Bi2: Uyku öncesi rahatlama yöntemlerini ifade edemi
3 4 4 4	Bi: 3 Uyku öncesi gereken önlemler bilgisi temel düz

<b>3. GİRİŞİM ŞEMASI - UYGULAMA</b>		
<b>Kategori</b> : SV	<b>Hedefler</b>	<b>Bireye Özel Girişimler</b>
	11. Belirti-bulgular_fiziksel Uyku biçimi/ uykusuzluk/ uyurgezerlik	
	23. Dinlenme ve uyku	Uyku ve dinlenmenin düzeni/miktarı/ aralığı
<b>Kategori</b> : ERD	<b>Hedefler</b>	<b>Bireye Özel Girişimler</b>
	23. Dinlenme ve uyku	Planlanmış dinlenme ve kısa uykular
	23. Dinlenme ve uyku	Rahatlık/ konfor için pozisyon
	23. Dinlenme ve uyku	Uygun çevre

**Ek: 4 Kurum İzni**

08.03.2010

Sayı: 373/2010  
Konu: Tez Çalışması

İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü  
Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü' ne

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim dalınızda yüksek lisans eğitimine devam eden Yıldız Öztürk ün "Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sürecinde Omaha Hemşirelik Bilgi Sisteminin Kullanılması" konulu tezinin çalışmalarını hastanemizde yapılmasına izin veren Akademik ve Etik Kurul kararı ekte yer almaktadır.



Prof. Dr. Selim AKSÖYEK  
Mesul Müdür

**Ek: 4-1 Kurum İzni****TOPLANTI TUTANAĞI**

**TOPLANTIYI YAPAN BİRİM** : Akademik Ve Etik Kurul

**TARİH VE SAAT** : 08.03.2010 Saat:10.00–10.30

**YER** :BAŞHEKİMLİK TOPLANTI SALONU

**TOPLANTIYA KATILANLAR :**

PROF.DR. SELİM AKSÖYEK	MEDİKAL DİREKTÖR /BAŞHEKİM
PROF.DR. TANFER KUNT	KBB UZMANI
PROF.DR. MUZAFFER SARIYAR	GENEL CERRAHİ UZMANI VE TRANSPLANTASYON
PROF.DR. BÜLENT BERKARDA	ONKOLOJİ UZMANI
PROF.DR. M.SALİH BİLAL	KARDİYO VASKÜLER VE CERRAHİ
PROF. DR.KAYA KANBEROĞLU	RADYOLOJİ UZMANI
PROF.DR. YÜCEL TAŞTAN	ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANI
PROF. DR.NECMETTİN KUTLU	PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF CERRAHİ
DOÇ DR. FÜSUN TOKATLI	RADYASYON ONKOLOJİSİ
DOÇ.DR. MERYEM KAYA	NÜKLEER TIP
DOÇ DR. SELMAN LAÇİN	KADIN DOĞUM UZMANI

**TOPLANTIYA KATILMAYANLAR:****TOPLANTI GÜNDEMİ:**

1. Yüksek Lisans eğitimi alan Hemşire Yıldız Öztürk' ün "Koroner Arter Bypass Graft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sürecinde Omaha Hemşirelik Bilgi Sisteminin Kullanılması" konulu tezini hastanemizde hazırlayabilmesi için gerekli iznin verilmesi

**ALINAN KARARLAR:**

1. Yapılacak çalışma incelenmiş olup hastanemizde böyle bir çalışmanın yapılmasında sakınca görülmediğine Akademik ve Etik Kurul Üyeleri tarafından oy birliği ile karar verilmiştir.

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Yıldız	<b>Soyadı</b>	Öztürk
<b>Doğ.Yeri</b>	İstanbul	<b>Doğ.Tar.</b>	21.051986
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>TC Kim No</b>	63013300826
<b>Email</b>	ozturk.yldz@hotmail.com	<b>Tel</b>	05333962544

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
<b>Yük. Lis.</b>	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Halk Sağlığı Hemşireliği	.....
<b>Lisans</b>	İ.Ü. Bakırköy Sağlık Yüksek Okulu	2008
<b>Lise</b>	75. Yıl Cumhuriyet Y.D.A Lisesi	2004

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
<b>1.</b>	Hemşire	Medicana International İstanbul Hastanesi	2008.....
<b>2.</b>	Hemşire	Çapa Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi	06. 2006- 10.2006

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi	51.250	

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>ALES Puanı</b>	69.8	68.4	66.5
<b>(Diğer) Puanı</b>			

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office (Word, Excel Powerpoint)	İyi
SPSS	Az

### Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

**Özel İlgi Alanları (Hobileri):** Keman çalmak, Müzik, Kitap

