

TC.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

KORONER ARTER BYPASS AMELİYATI OLAN
HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

108286

108286

108286

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nurcan YILDIRIM

Temmuz - 2001

SİVAS

TC.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**KORONER ARTER BYPASS AMELİYATI OLAN
HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

108286

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nurcan YILDIRIM

**TC. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Meliha ATALAY

Temmuz - 2001

SİVAS



Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 15/12/1984 tarih ve 84-1 nolu kararıyla kabul edilen Tez Yazma Yönergesi'ne göre hazırlanmıştır.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
1. Giriş	1
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Konunun Hemşirelikle İlgisi	3
2. Genel Bilgiler	7
2.1. Koroner Arter Bypass Ameliyatı	7
2.1.1. Bypass Ameliyatının Komplikasyonları	9
2.1.2. Bypass Ameliyatı Öncesi ve Sonrası Bakım	12
2.2. Yaşam Kalitesi	15
3. Araştırmanın Amacı	21
3.1. Problem Cümlesi	21
3.2. Araştırmanın Hipotezi	21
4. Araştırmanın Yöntemi ve Araçları	21
4.1 Araştırmanın Şekli	21
4.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer	21
4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
4.3.1. Araştırmanın Evreni	22
4.3.2. Araştırmanın Örneklemi	22
4.4 Araştırmanın Uygulanması	23
4.4.1. Verilerin Toplanması	23
4.4.2. Ön Uygulama	25
4.4.3. Araştırmanın Uygulanması	25
4.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	26
4.6. Verilerin Değerlendirilmesi	26
5. Bulgular ve Tartışma	27
6. Sonuçlar	63
7. Öneriler	68
8. Özet	70
9. Summary	72

10. Kaynaklar	74
11. Ekler	81
Ek-1. Genel Bilgiler	82
Ek-2. Ameliyata İlişkin Bilgiler	83
Ek-3. Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)	86
Ek-4. Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin (SF-36) Puanlanması	91
Ek-5. Bazı Araştırmalarda Kadın Hastaların Araştırmaya	99
Katılma Durumları	
Ek-6. Araştırmaya Katılan Hastaların Listesi	100



TABLÖLAR

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	27
Tablo 2. Hastaların Ameliyat Sonrası Rahatsızlık Bildirme Durumları	30
Tablo 3. Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Günlük Yaşamları İle İlgili Eğitim/Bilgi Alma Durumları	31
Tablo 4. Hastaların Aldıkları ve Yetersiz Buldukları Eğitim Konuları	33
Tablo 5 . Hastaların Ameliyat Sonrası Beslenme Durumları	34
Tablo 6. Hastaların Ameliyat Sonrası Uyku Düzenleri ve İlaç Programların Uyuma Durumları	36
Tablo 7. Hastaların Ameliyat Sonrası Boşaltım Durumu	37
Tablo 8. Hastaların Yaşlarına Göre İdrara Çıkma Durumları	39
Tablo 9. Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Kalplerine İlişkin İfadeleri	40
Tablo 10. Hastaların Ameliyat Sonrası Sıcak ve Soğuktan Etkilenme Durumları	42
Tablo 11 . Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemlerine Göre Ameliyat Kesi Yerinde Karıncalanma, Uyuşma ve Duyu Kaybı Bildirme Durumları	43
Tablo 12. Hastaların Ameliyat Sonrası Cinsel Yaşamları ile İlgili İfadeleri	44
Tablo 13. Hastaların Yaşlarına Göre Ameliyat Sonrası Rahatsızlık Bildirme Durumu	46
Tablo 14. Hastaların Eğitimlerine Göre Kalpleriyle İlgili Endişe Yaşama Durumları	47
Tablo 15. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlar	48
Tablo 16. Hastaların Yaşlarına Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlar	49

Tablo 17. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlar	51
Tablo 18. Hastaların Mesleki Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlar	53
Tablo 19. Hastaların Ameliyat Olma Sürelerine Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlar	55
Tablo 20. Hastaların Çalışma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlar	56
Tablo 21. Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Eğitim Alma Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlar	57
Tablo 22. Hastaların Ameliyat Oldukları Hastaneye Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlar	58
Tablo 23. Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Kalplerine İlişkin İfadelerine Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlar	60

Şekiller

Sayfa No

Şekil 1. Yaşam Kalitesinin Tanımında Etkili Olan Faktörler

16

Şekil 2. Bypass Ameliyatının Yaşam Kalitesine Etkisi

19



1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı

Dünya sağlık örgütünün tanımına göre "sağlık; yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, bireyin, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik ve denge halinde olmasıdır". Hastalık ise; "bireyin normal fonksiyonlarını kısıtlayan, büyüme ve gelişmesini uygun düzeyde sürdürmesini engelleyen fiziksel, biyolojik, ruhsal, sosyal yetersizliklerinin tümü" olarak tanımlanmaktadır. Hastalığın, bireyin çevresiyle olan uyumunu etkilediği, üretkenliğini ve verimini azalttığı, kendi içinde denge durumlarını (homeostazisi) bozduğu dolayısıyla bireyin yaşam kalitesini etkilediği bilinmektedir (Potter ve Perry 1993, Harkness ve Dincher 1999).

Yaşam kalitesi kavramı, bireylerin kendilerini nasıl hissettikleri ve günlük yaşam aktivitelerini nasıl ve ne yeterlilikte yerine getirdikleri ile ilgili olarak sağlık statüsünü tanımlamak için kullanılan bir kavramdır. Son yıllarda kabul gören bir yaşam kalitesi tanımı ise " hastaların var olan fonksiyon düzeyine karşın, ne algıladıklarının değerlendirmesi ve bunlardan aldığı doyum" şeklindedir (Ganz 1994, Şahin 1996). Birçok uzman, yaşam kalitesini çok boyutlu bir yapı olarak tanımlamaktadır. Bu boyutlar;

1. **Fiziksel Boyut:** Hastaların hareket etme, yeme-içme, boşaltım gibi temel gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik öz-bakım etkinliklerini yerine getirebilme,
2. **Hastalık yada Tedavi ile İlgili Boyut:** Ağrı, solunum yetmezliği gibi hastalık semptomları ile sedasyon, bulantı, kusma gibi ilaç tedavisi komplikasyonları vb. sorunlarla baş edebilme,
3. **Psikolojik Boyut:** Anksiyete, depresyon, stres gibi sorunlarla baş edebilme,
4. **Sosyal Boyut:** Normal sosyal insan ilişkilerini sürdürme, aile içi rollerin gereği sorumlulukları yerine getirebilme boyutu olarak ele alınmaktadır (Ganz 1994).

Yaşam kalitesi, ayrıca seksüel aktiviteyi sürdürebilme, beden imajını koruma ve sağlık bakımından doyum almayı da içermektedir. Bu boyutları etkileyen her olumsuz durum, yaşam kalitesini de önemli derecede bozmaktadır (Ganz 1994).

Bireyin yaşam kalitesini, hastalıklar, karşılaştığı olumsuz durumlar ve bireysel özellikleri etkilemektedir. Yaşam kalitesini etkileyen önemli hastalıklardan birisi de koroner arter hastalığı (KAH) ve bu hastalığın en çok başvurulan tedavi yöntemi olan koroner arter bypass ameliyatıdır (Coronary Artery Bypass Graft, CABG). Bypass ameliyatı, atheroskleroz nedeniyle tıkanan koroner artere yeni bir yol oluşturulması işlemidir. Bu işlem sırasında safen ven, radial arter, gastroepiploik arter ve IMA (internal mamoryan arter) gibi greftler kullanılarak, tıkalı olan koroner arterin distaline anastomoz yapılmaktadır (Thompson ve ark. 1993, Solak 1995, Lewis ve ark. 1996, Harkness ve Dincher 1999, Finkelmeier 2000).

Koroner arter bypass ameliyatında, diğer tedavi yöntemlerine göre hastaların yaşam sürelerinin daha çok uzamasına karşın, ameliyat sırasında göğüs duvarının açılması ve vücudun önemli bir damarının da yerinden çıkarılarak kalbe anastomoz yapılması ve ECC'nin (Extracorporeal Circulation - Kardio-pulmoner Bypass) kullanılması gibi nedenlerle ameliyat sonrası komplikasyon riski artmakta ve hastaların iyileşme süreleri uzamaktadır. Ayrıca, greft yapılan damarın 10 yıl içinde tıkanma olasılığı da olduğu için, hastaların yaşam şekillerini değiştirmeleri zorunlu olmaktadır. Hastaların yaşam şekli değişiklikleri, beslenme alışkanlıkları, aktivite sınırlandırması, uzun süreli ilaç kullanma zorunluluğu, çalışma ve boş vakitlerini değerlendirme gibi günlük yaşam aktivitelerini ve aşırı stres veren etkinliklerden kaçınmayı kapsamaktadır. Bu değişiklikleri yapma zorunluluğu ise, hastaların yaşam kalitesini azaltmaktadır. Hastalar, yaşam şekillerini değiştirmelerinin yanı sıra evlilik-aile-arkadaş ilişkileri ile ilgili problemler de yaşamakta ve önceki sosyal aktivitelerine geri dönmede zorlanmaktadırlar (Canobbio 1996, Eski 1999, Harkness ve Dincher 1999, Finkelmeier 2000).

Koroner arter bypass ameliyatı olan kişilerin ileriki yaşamlarında kalbe anostomaz yapılan yeni damarlarda atheroskleroza ve ameliyat komplikasyonlarını önleme amacıyla almaları gereken iki ya da daha fazla sayıda ilaçlarının olması ve bu ilaçların halsizlik, diyare, impotans, hipotansiyon, baş ağrısı gibi istenmeyen yan etkilerinin olması bireylerin yaşam kalitesini etkilemektedir (Bernat 1997, Eralp ve ark. 1997).

Jaarsma ve arkadaşları (1995) yaptıkları bir çalışmada, hastaların bypass ameliyatından sonra iyileşmelerinin en az altı ay sürdüğünü ve taburcu olduktan sonra da en fazla sorunu bu altı aylık dönemde yaşadıklarını saptamışlardır. Yaşam kalitesini artırmak için yapılan koroner arter bypass ameliyatı sonrasında yaşanan kardiyak ritm bozukluğu, atriyal fibrilasyon, lenf ödemi, kuvvetsizlik, yürüme ve merdiven çıkmada zorlanma, bacakta ağrı, iştahsızlık, diyete uyumsuzluk, konstüpsiyon, sistit gibi fizyolojik komplikasyonlardan başka depresyon, gelecekte korkma, ölüm korkusu, işe başlamada isteksizlik gibi psikolojik sorunlar yaşamaları hastaların yaşamlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Parniello 1986, Culligan 1990, Jaarsma ve ark. 1995).

1.2. Konunun Hemşirelikle İlgisi

Peplau'ya göre hemşire, bireyin gereksinimlerini tanımak ve gidermek için yaklaşım ve etkileşimlerde bulunur. Hemşire, hastanın sağlığını geliştirmek ve daha da iyileştirmek amacıyla hastaya öğretim yapar ve hastanın kendi gereksinimlerini karşılayabilmesinde bilgilendirilmesini sağlar. Hastanın sağlık sorunları konusunda eğitilmesi, bu sorunların çözülmesindeki gücünü geliştirir ve yaşam kalitesini yükseltir (Potter ve Perry 1995).

Koroner arter bypass ameliyatı sonrası hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesinde, öncelikle hastanın kendisine, daha sonra da ailesine, çevresine ve büyük ölçüde de sağlık bakımını ve tedavisini üstlenen hemşirelere önemli roller düşmektedir. Yüksek yaşam kalitesi, bireylerin iyi olma hislerini, çalışma performanslarını, seksüel fonksiyonlarını, sosyal ilişkilerini ve yaşamlarından doyum bulmalarını kapsamaktadır. Hemşire, hastaya ameliyat öncesi danışmanlık

ve eğitimle ameliyat sonrası da psikolojik rehberlik ederek, hastaların kaygı ve depresyonunu azaltmaya, yaşam biçimi değişikliklerinde ve hastalığa uyumlarında uygun baş etme yöntemlerini kullanmalarına ve kaliteli bir yaşam düzeyine ulaşmalarına yardım edebilir. Çünkü koroner arter bypass ameliyatı olan hastaların yukarıda sözü edilen komplikasyonları önlemek için çok yönlü ve kapsamlı bilgiye gereksinimleri vardır (Grady ve ark. 1988, Akyol 1993 b, Banta 1993, Duits ve ark. 1997, Eski 1999).

Duits ve arkadaşları (1997) yaptıkları bir çalışmada, koroner arter bypass ameliyatı sonrası altıncı aya kadar hastalarda yüksek düzeyde kaygı, inkar, depresyon ve psiko-sosyal problemler gözlemlediklerini belirtmişlerdir. Verilen desteğin, hastanın duygusal durumunu etkilediği ve başa çıkma davranışını kolaylaştırdığı da vurgulanmaktadır. Başarılı koroner arter bypass ameliyatından sonra bile, psiko-sosyal problemler yaşayan hastaların %20-25'i için bir başatma yöntemi olarak "hasta eğitimi" gösterilmiştir. Araştırmalarda hasta eğitiminin, hastalığın tekrarının ve komplikasyonlarının azaltılması, tedavinin başarılı olması ve tıbbi masrafların en aza indirilmesinde önemli olduğu ifade edilmektedir (Grady ve ark. 1988, Akyol 1993 b).

Hasta eğitimine katkıda bulunacak kitapçık, video filmi, plastik kalp modelleri gibi araçların kullanılması yararlıdır. Bazı kalp cerrahisi ünitelerinde uygulandığı gibi, ameliyat olacak hastaların, hastaneye yatmadan önce yeni koroner arter bypass ameliyatı geçirmiş hastalarla karşılaşmak ve eğitim oturumlarına katılmak üzere hastaneye davet edilmeleri faydalı olur. Bu oturumların hekim, hemşire, perfüzyonist ve fizyoterapist gibi farklı disiplinleri içeren kişilerden oluşan bir ekip yönetiminde sürdürülmesi uygundur (Akyolcu ve Akyolcu 1990).

Bakımın evde devamı için yeterli, bilgi ve beceriden yoksun olarak eve dönen hastanın, sağlığını yeniden kazanmasında başarısız olabileceği göz ardı edilmemelidir. Literatürde, hastanın evde kullanacağı ilaçlar hakkında yeterli bilgisinin olmamasına bağlı terapötik dozun çok üstünde veya altında ilaç

almasına, yetersiz yara ve bacak bakımının enfeksiyonlara ve lenf ödemeine, aktivite düzeyinde yanlış algılamanın ise yaralanmasına neden oluşturabileceği vurgulanmaktadır. Bu komplikasyonlar, hastaya verilecek etkili bir eğitimle en aza indirilebilir (Thompson ve ark. 1993, Brown 1995, Fox 1995, Moore 1996) .

Hastalar ameliyatı takiben, uzun süreli bir rehabilitasyon programına gereksinim duyabilirler. Bu nedenle, hasta evine gittikten sonra belirli rehabilitasyon programının sürdürülmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesinde yararlı olabilir. Ayrıca, ev ziyareti ve telefonla takip görüşmeleri gibi destekleyici hemşirelik girişimlerinin, uzun süren iyileşme sürecinde yararlı olduğu belirtilmektedir (Akyolcu ve Akyolcu 1990, Gills ve ark. 1993).

Bypass ameliyatı olan bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesiyle, aile ilişkileri, sosyo-ekonomik durumları, fiziksel fonksiyonları, duygu durumu, psikolojik ve sosyal durumları değerlendirilebilmekte ve bireylerin fiziksel, sosyal ve psikolojik alanlarda gereksinim duydukları memnuniyet düzeyleri tanımlanabilmektedir. Koroner arter bypass ameliyatı olan hastalara yaşam biçimi değişikliği konusunda eğitim hizmeti sunma, psikolojik rahatlığın sürdürülmesinde rehberlik etme, emosyonel destek sağlama, hastalığa ilişkin sağlık problemlerinin önlenmesi ya da hastalık ve tedavi ile baş etmesi için gerekli bilgileri vermeyi amaçlayan hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması için hastaların yaşam kalitelerinin belirlenmesi gerekmektedir. Böylece hastalar koroner arter bypass sonrası yeni yaşamlarına uyum sağlayabilir ve huzurlu, mutlu bir yaşamları olabilir.

Temel sağlık hizmetleri felsefesine göre hemşireler, hastaların yaşam kalitelerini yükseltmede karşılıklı saygı ve işbirliğine dayanan, holistik bir yaklaşım içinde hastanın yaşam kalitesini değerlendirmelidir. Yaşam kalitesini değerlendirmede hemşireler anahtar rolü oynayan kişilerdir. Çünkü hemşirelik, insanın yaşamıyla, yaşamın kalitesiyle, bireylerin, ailelerin, toplumların sağlığının kalitesiyle uğraşan bir meslektir. Bu nedenle, koroner arter bypass ameliyatı olan hastalar da hemşirelerin görev ve ilgi alanı içerisinde, çok yönlü (fizyolojik,

psikolojik, sosyal) olarak ele alınmalıdırlar. Kendilerine yaşam kalitesini artıracak bakım ve eğitim hizmetleri verilmelidir (Akyol 1993 a, b).

Hemşirenin, koroner arter bypass girişiminin hastanın yaşam kalitesine etkisini bilmesi, hastalara verilecek bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin içeriğinin saptanması ve hastaya uygun tedavi ve bakım programının seçilmesi için gereklidir. Ayrıca ameliyatın olumsuz etkilerini azaltmaya ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanmasında da yarar sağlayacaktır. Böylece, hastanın yaşam kalitesini olabildiğince üst düzeyde tutmasına katkı verecektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koroner Arter Bypass Ameliyatı

Kalp, ana arter ve venler ile kapiller sistemden oluşan dolaşım sisteminin görevleri; besinlerin dokulara taşınması, artık maddelerin dokulardan uzaklaştırılması, hormonların vücudun bir bölümünden diğerine taşınmasıdır. Koroner arterler ise; kalbin kendi kas dokusunun beslenmesinden sorumludur (Guyton ve Hall 1996).

Koroner arterlerde kan akımı, kalp kasının besin ve oksijen gereksinimine yanıt olarak ortaya çıkan lokal vazodilatasyonla, myokardın oksijen gereksinimiyle orantılı olarak düzenlenir. Normal dinlenme koşullarında, kan kalp kası içinden geçerken, koroner arter kanındaki oksijenin yaklaşık %70'i tutulur. Geride alınabilecek daha fazla oksijen kalmadığı için, kan akımı artmadıkça kalp kasının daha fazla oksijenlenmesi mümkün değildir. Koroner kan akımı, tamamen kalbin metabolik oksijen tüketimiyle orantılı olarak artar (Guyton ve Hall 1996).

Koroner arter hastalıkları (KAH), atheroskleroz nedeniyle oluşan damar yapısı bozukluğu olup, arter duvarının kalınlaşarak elastikiyetini kaybetmesi ve sertleşmesidir. Arterlerin sertleşmesine neden olan yağ birikimleri (atheromlar) vücutta her arterde oluşabilmesine karşın, koroner arterlerde daha fazla görülür. Kalbi besleyen koroner arterlerin, herhangi bir nedenle yeterli kan taşıyamaması sonucu, kalp kasında iskemi ve nekroz ortaya çıkar (Guyton ve Hall 1996, Lewis ve ark. 1996, Braunwald 1997).

Genellikle orta ve ileri yaş hastalığı olan KAH, kronik bir hastalıktır ve bireyin yaşam kalitesini etkilemektedir. Koroner ve diğer kalp hastalıklarının prevalansı 1996 yılına göre Türkiye genelinde %3.8'dir, bu değer erkeklerde %4.1, bayanlarda % 3.5 'tir (Solak 1995, Onat ve ark. 1996).

Kişide atherosklerozun gelişmesi uzun yıllar almakta ve hastalığın oluşmasında bir çok risk faktörleri etkili olmaktadır. Bunlar; sigara içme, hareketsizlik, hipertansiyon ve diyabet gibi sistemik hastalıklar, ailesinde KAH

öyküsü olması, yüksek kolesterol miktarı, hızlı kentleşmenin ve ekonomik problemlerin getirdiği yanlış beslenme sonucu içeriğinin ne olduğu bilinmeyen fast-food türü yiyecekler tüketme, 45 yaş üstü erkek ve 55 yaş üstü bayan olmadır. Kadınlar, menapozdan önce erkeklerden daha az, menapoz döneminde ve sonrasında erkekler kadar koroner arter hastalığına yakalanma riski ile karşı karşıyadırlar (Dörtlemmez 1993, Dracup ve ark. 1995, Braunwald 1997, Lewis ve ark. 1996, Eralp ve ark. 1997, Eski 1999).

KAH'nın cerrahi tedavisi için koroner arter bypass ameliyatı yapılmaktadır. KAH nedeniyle ileri derecede daralmış ve hasta için obstrüksiyona bağlı olarak ciddi bir tehlike oluşturan damarlara köprüleme yaparak yeni bir yol oluşturulması işlemine "koroner arter bypass ameliyatı" (CABG) adı verilir. Koroner arter bypass ameliyatının üç amacı vardır,

1. Kişinin yaşam süresinin uzatılması,
2. Angina pektorisin (göğüs ağrısı) giderilmesi,
3. Yaşam kalitesinin yükseltilmesi

(Clancy 1984, Duits ve ark. 1997, Koca 1998, Harkness ve Dincher 1999).

Koroner arter bypass ameliyatı, atherosklerozun kesin tedavisi olmayıp, sadece semptomları azaltmak için yapılan bir işlemdir. Ameliyattan sonraki 10 yıl içinde anginal semptomların yenilenmesi, myokard infarktüsü ve kardiyak ölümler oluşma riski yüksektir. Bu nedenlerle, atherosklerozun ilerlemesini ve greftin yeniden tıkanmasını önlemek için hasta yaşam şeklini değiştirmek zorundadır. Hastaların beslenme alışkanlıklarında ve günlük yaşam aktivitelerinde arzularına, geleneklerine ve kültürlerine ters düşen değişiklikler yapılması, onların yaşam kalitesini etkilemekte ve azaltmaktadır. Ayrıca hastaların ameliyattan sonra tedavi amacıyla günde iki ya da daha fazla ve sayıca çok ilaç alma durumunda olmaları, bu ilaçların da bir çok yan etkisinin olması yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Dracup ve ark. 1995, Canobbio 1996, Duits ve ark. 1997, Harkness ve Dincher 1999).

Koroner arter bypass; bir açık kalp ameliyatı olup, ameliyat süresince akciğer ve kalbin fonksiyonları, genel dolaşımın vücut dışında bir makinaya aktarılarak sağlanmasıyla yerine getirilir. Ameliyatta, geçici kardiak arrest oluşturularak miyokardı koruma uygulamaları, kardio-pulmoner bypass (ECC) ve hipotermi teknikleri kullanılmaktadır. Bu teknikler, metabolizmayı yavaşlatmak ve daha az kanlı ortam sağlamak için uygulanmaktadır (Solak 1995, Canobbio 1996, Lewis ve ark. 1996, Koca 1998).

Koroner arter bypass ameliyatı yapılırken arteriyal ve venöz olmak üzere iki ayrı greft şekli kullanılabilir. IMA, radyal arter, gastroepiploik arter gibi greftler arteriyal, safen ven gibi greftler ise ven greftleri arasında yer almaktadır. Bu greftler arasında en sık IMA ve safen ven greftleri kullanılmaktadır.

IMA'nın bypass için kullanılması, ilk kez 1950 yılında (bazı kaynaklarda 1946) Vineberg tarafından yapılmıştır. IMA'nın bir ucu kesilerek, koroner arterin tıkalı olduğu noktaya birleştirilir. IMA uzun dönemde açık kalma oranı en fazla olan grefttir.

Safen ven grefti, Ren Favalora ve Donald Efler tarafından ilk defa 1968 yılında Cleveland Kliniği'nde sağ koroner artere anastomoz yapılması ile koroner bypass ameliyatında kullanılmaya başlanmıştır. Safen ven hastanın bacağından çıkarılır, venin bir ucu aortaya, diğer ucu koroner arterin tıkalı olan bölümünün alt ucuna birleştirilir. Bu yöntemde, veni çıkarmak için bacağı da cerrahi girişim uygulanır (Değerli 1990, Solak 1992, Thompson 1993, Lewis ve ark. 1996, Özer 1996, Edmunds 1997, Edgar ve ark. 1999, Harkness ve Dincher 1999, Reger ve Vargas 1999, Finkelmeier 2000).

2.1.1. Bypass Ameliyatının Komplikasyonları

Daha önce belirtildiği gibi koroner arter bypass ameliyatı, yaşam kalitesini artırmak için yapılmaktadır, ancak ameliyat sonrası görülen komplikasyonlar kişinin yaşamından doyum almasını engellemektedir. Hastanın yaşam

kalitesindeki gelişme zamanla olmakta, ancak ameliyattan bir yıl sonrasına kadar olumsuz etkilenimler olabilmektedir (Westin ve ark. 1997).

Jaarsma ve arkadaşları (1995) yaptıkları bir araştırmada bypass ameliyatı sonrasında bazı komplikasyonlar belirlemişlerdir. Erken ve geç dönemde ortaya çıkabilecek,

- **Emosyonel:** Depresyon, duygu durumu değişikliği, korku ve anksiyete,
- **Fiziksel:** Bacakta ağrı, kuvvetsizlik, yürüme ve merdiven çıkma gibi fiziksel aktiviteleri yapamama,
- **Ameliyata ilişkin:** İnsizyon bölgesinde ağrı, enfeksiyon, kullanılan ilaçların yan etkileri, koordinasyon bozukluğu, aritmi, atriyal fibrilasyon, sistit, inkontinans, hemoroid,
- **Beslenme ve boşaltıma ilişkin:**İştahsızlık, diyetle uyumsuzluk, tat almada değişiklik, bulantı, noktürü, idrar retansiyonu, konstipasyon, inkontinans,
- **Hasta ve ailesinin ilişkilerine yönelik:** Sosyal aktivitelerde azalma, eşi yada ailesi tarafından aşırı derecede koruyucu davranışla karşılaşma, gelecekte korkma gibi problemlerdir (Jaarsma ve ark. 1995).

Koroner arter bypass ameliyatı sonrası ortaya çıkabilen problemlerin nedenleri, hastalığın yaşamsal bir organla ilgili olması nedeniyle yaşamı kaybetme korkusu, oksijen yetersizlikleri, kalp-akciğer makinasına (ECC) bağlı kalma süresinin uzaması, değişen damar sayısının fazla olması ve mikroembolizm olabilir (Akyolcu ve Akyolcu 1990, Duits ve ark. 1997, Koca 1998).

Hastaların fizyolojik fonksiyonları ile ilgili ortaya çıkan komplikasyonlar genellikle ilk altı hafta içinde görülmektedir. Bu nedenle açıklamalarımızda altı haftadan sonra yaşanan komplikasyonlara değinilmiştir Allen'in (1990) yaptığı literatür araştırmasında, koroner arter bypass ameliyatı sonrası angina pektorisin hafifleme oranı %70-90 arasında bulunmuştur. Bu hastaların %60-70'inde tam rahatlama, %30-40'ında kısmi rahatlama olduğu belirtilirken, hastaların yaklaşık %5'inin ameliyat sonrası yılda bir defa angina pektoris yaşadığı bildirilmektedir. Ayrıca, Acar (1998) koroner arter bypass ameliyatı olan hastalarda angina

pektoris riskinin ilk 5 yılda %88,7 olduğunu bildirmektedir. Angina pektoristeki bu azalma beraberinde yaşam kalitesindeki iyileşmeyi de getirmektedir.

Hastaların ameliyat sonrası sorunları arasında aile, evlilik, cinsel yaşam, ekonomik problemler, eski işine dönme ile ilgili endişeler de vardır. Clancy ve arkadaşları (1984) eski işine dönme ile ilgili yaptıkları bir araştırmada, araştırma kapsamındaki hastaların %43.6'sının ameliyat öncesi emekli olduğunu ve %44.7'sinin ameliyattan sonra işe geri dönmediğini belirlemişlerdir. Aynı araştırmada 25 hasta işinin kalp hastalığına neden olduğunu ifade ederken bunlardan %52'sinin işe geri dönmediği ve %48'inin işe geri döndüğü saptanmıştır. Allen'in (1990) yaptığı bir literatür çalışmasında ise, bypass ameliyatı olan hastaların %70-90'nının işlem sonrası işlerine geri dönebilmek için fonksiyonel ve fiziksel kapasitenin çok azına sahip oldukları bulunmuştur (Akyolcu ve Akyolcu 1990, Duits ve ark. 1997).

Koroner arter bypass ameliyatı sonrası, "işe dönmeyi" etkileyen faktörler arasında ameliyat öncesi iş durumunun yanı sıra, mesleğin özellikleri, yaş, cinsiyet, hastalığın ciddiyeti, yakınmaların yeniden başlayacağı endişesi, güven duygusu, aile üyelerinin değerlendirmesi ve hekim önerilerinin de önemli rol oynadığı ifade edilmektedir. Jenkins bir araştırmasında, bireylerin 1/5'inin ameliyat sonrası gelirlerinde %25 oranında azalma olduğunu saptamıştır. İşe geri dönmeyen bireyler sosyal çevrelerinden uzaklaşmakta ve üretici konumlarını yitirmektedirler. Bu da hastalarda diğer sorunlarla birlikte ekonomik sorunların da ortaya çıkmasına neden olmakta ve bireyin hastalığına uyumunu güçleştirmektedir (Akyocu ve Akyolcu 1990, Allen 1990, Duits ve ark. 1997, Koca 1998).

Gundle ve arkadaşları (1980) yaptıkları bir araştırmada, koroner arter bypass ameliyatlarından sonra hastaların seksüel fonksiyonlarında önemli ölçüde yetersizlik olduğunu belirlemişlerdir. Araştırmaya alınan hastaların %73'ü ameliyat öncesi seksüel fonksiyonlarının tatmin edici olduğunu söylerken, sadece %47'si ameliyattan bir-iki yıl sonra seksüel fonksiyonlarının tatmin edici olduğunu belirtmiştir. Benzer bir çalışmada da, bypass ameliyatından sonra erkek

hastaların %15'inde ereksiyon sorunu olduğu saptanmış ve bu hastalardan sadece birinin, bu sorunun operasyona bağlı olarak geliştiğini ifade ettiği görülmüştür (Gundle ve ark. 1980, Akyolcu ve Akyolcu 1990).

Safen ven bypassından sonra kasıkta yara yeri enfeksiyonu, lenf ödem veya parestezi olabilir. Kasıkta lenf ödem %30 oranında görülür ve iki-üç ay içerisinde geçmesi beklenir. Fakat uygun bakım ve hasta eğitimi verilmezse bu durum kalıcı olabilir. Safen venin çıkartıldığı extremitede %0.8 oranında selülit gelişebilir. Bu iki durumda da hastanın bugüne ve yarına ait yaşam doyumunu dolayısıyla da yaşam kalitesini etkilemektedir (Bazer 1985). Show ve arkadaşının yaptığı bir araştırmada da hastaların %3'ünde serebral infarktüs belirtilerinin gözlemlendiği tespit edilmiştir (Akyolcu ve Akyolcu 1990).

Breuer ve arkadaşlarının 421 hasta üzerinde yaptığı araştırmada, hastaların %5.2'sinde önemli fonksiyonel bozukluklar görüldüğü saptanmıştır. Duits ve arkadaşlarının (1997) yaptığı bir çalışmada ise, erkek hastaların %20'si koroner arter bypass ameliyatından sonraki bir yıl içerisinde fiziksel aktivitelerde bulunmada korku gibi somatik şikayetlerde bulunmuşlardır. Bir yıllık ameliyat sonrası dönemde psikolojik işlevlerde, genel iyileşmeye rağmen hastaların %22'sinde depresyon, %18'inde ise huzursuzluk belirlenmiştir. Koroner arter bypass ameliyatı sonrası hastanede kalma süresi kısa olduğu için, hastada eve dönünceye kadar depresyon belirtileri görülmeyebilir. Aynı araştırmada ayrıca aile, sağlık, cinsel ilişki ve aktivitenin ameliyattan sonraki ilk altı ayda hastanın yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkisinin olduğu belirtilmektedir (Duits ve ark. 1997).

2.1.2. Bypass Ameliyatı Öncesi ve Sonrası Bakım

Tıbbi tedavi yöntemlerinin başarısız olduğu durumlarda uygulanan cerrahi girişim, koroner arter hastalığının tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Ancak hastaneye yatma ve ameliyat olmanın, hastada anksiyeteyi artırdığı bilinmektedir. Anksiyete, gelecekle ilgili tehlike karşısında oluşan aşırı derecede bilinmezlik korkusu olarak tanımlanmaktadır. Lazerous ve Averil bireylerin anlamadıkları,

kontrol edemedikleri ve beklemedikleri durumlar karşısında çaresizlik ve anksiyete yaşadıklarını belirtmektedir (Hopps 1983, Aksoy 1987, Swindale 1989, Dobree 1990).

Ameliyat, kabullenilmesi zor bir durumdur ve özellikle kardiyak cerrahi gibi risk taşıyan bir olayda, eğitim verilerek huzursuzluğun ve gerginliğin azaltılabileceği belirtilmektedir. Çeşitli çalışmalarda hastaların, ameliyatına, ameliyat sonrası yaşayabilecekleri güçlüklerle, ameliyatın olası komplikasyonlarına ve evde iyileşme sürecinde karşılaşılabilecekleri sorunlara ilişkin bilgi ve öneri istedikleri, bu konularda bilgi alan hastaların iyileşme süreçlerinin hızlandığı, hastanede kalma sürelerinin azaldığı, daha az ağrı, korku ve anksiyete yaşadığı ve ameliyat sonrası komplikasyonların daha az oluştuğu belirlenmiştir. Ayrıca taburculuk eğitimi verilen hastaların, öz-bakım yeteneklerine paralel olarak kendilerine güvenlerinin arttığı, hastaneye veya polikliniğe tekrarlı başvuruların azaldığı, buna bağlı olarak da hasta bakım maliyetinin azaldığı ve bakım kalitesinin yükseldiği vurgulanmaktadır (Palarski ve Washburn 1992, Canobbio 1996, Moore 1996, Lewis ve ark. 1996).

Grady ve arkadaşları (1988) yaptıkları bir araştırmada, ameliyat olacak hastaların tıbbi tedavi, ağrı, aktiviteye ve cinsel yaşama yeniden başlama, işe dönme zamanları ve ameliyat sonrası kişide görülebilecek emosyonel değişiklikler konusunda bilgi gereksinimleri olduğunu belirlemişlerdir.

Koroner arter bypass ameliyatında bakım dört evreye ayrılır. Bunlar;

- 1- **Ameliyat öncesi dönem:** Kardiyak kateterizasyonun, diğer tanı işlemlerinin ve ameliyat öncesi hazırlıkların yapıldığı dönemdir,
- 2- **Yoğun bakım dönemi:** Ameliyat sonrası ilk 24 saati kapsar,
- 3- **Ara (İntermediate) dönem:** Taburculuktan 3-5 gün önceki dönemdir,
- 4- **Kardiyak rehabilitasyon dönemi:** Hastanede başlar, taburcu olduktan 6-12 hafta ile birkaç ay sonrasına kadar devam eder (Harkness ve Dincher 1999).

Hastalar genç ve başka bir hastalığı yoksa genellikle ameliyat sonrası 3-11 gün arasında taburcu olurlar. Hastanede kalış süresinin kısalması nedeniyle hasta birey ve ailesinin, fiziksel ve psiko-sosyal sorunlarıyla başa çıkabilmesi için profesyonel bir kişiden rehberlik alması gerekmektedir (Harkness ve Dincher 1999).

Sağlık ekibi içerisinde yer alan hemşire, hastaya ve ailesine sağlanacak danışmanlık ve eğitimde anahtar rol oynamaktadır. Hemşire, ameliyat sonrası gelişen problemlerde hastaya ve ailesine destek ve eğitim verir. Destekleyici hemşirelik girişimleri arasında yer alan psikoterapi, ameliyat olmuş diğer hastalarla oluşturulan destek gurupları ve diğer psiko-sosyal aktiviteler, hastaların yaşam kalitesini, işe geri dönüşünü ve moralini düzeltmede önemli rol oynamaktadır. Eğitici hemşirelik girişimleri ise, sağlık bakımının yaşamsal önemi olan hasta eğitimini kapsamaktadır (Gills ve Gortner 1993).

2.2. Yaşam Kalitesi

Son yıllarda özellikle gelişmiş toplumlardaki bilim ve yönetim çevrelerinin üzerinde yoğunlaştıkları yaşam kalitesi kavramıyla sıkça karşılaşılmaktadır. Konuya ilişkin yayın ve akademik çalışmalar incelendiği zaman, yaşam kalitesi tanımının kişiden kişiye değiştiği ve genellikle yazarlarca açıkça tanımlanmadan kullanıldığı görülmektedir (Hörnquis 1984, Gill ve ark. 1994, Hanz 1996, Annelien ve ark. 1997, Pınar 1997, Rukholm ve ark. 1998, Rumsfeld ve ark. 1999).

Webster'de, kalite "mükemmellik derecesi, mizaçta üstünlük" olarak tanımlamakta ve özellik, nitelik ve karakter kelimelerinin kalite ile eş anlamlı olduğu ifade edilmektedir. Yaşam kalitesi ise "bireyin kendi esenliğine ilişkin subjektif görüşünü" ifade eder. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığına ilişkin subjektif görüşü olarak tanımlanabilir (Pınar 1997, İşsever ve ark. 1998, Menteş 1999).

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından "sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi" şeklinde tanımlanmıştır. Burada temel olarak sunulan "iyi bir sosyal çevre (bu daha çok ekonomik anlamdadır) bireysel kalite algılarının da iyi olması sonucunu doğurur" fikridir (Akyol 1993 a).

Tıbbi literatürde sıklıkla kullanılan bir terim olan yaşam kalitesi, ilk kez Index Medicus'da 1966 yılında, sağlık durumları için ise 1974 yılında yer almıştır. Michigan Üniversitesi'nden Campbell ve arkadaşları da yaşam kalitesi ile ilgili bilinen ilk araştırmaları yapmışlardır. Onların yaşam kalitesi tasarımları, ev durumu, yaşam standardı, evlilik durumu ve bunun gibi başlıkları içermektedir (Bergner 1989).

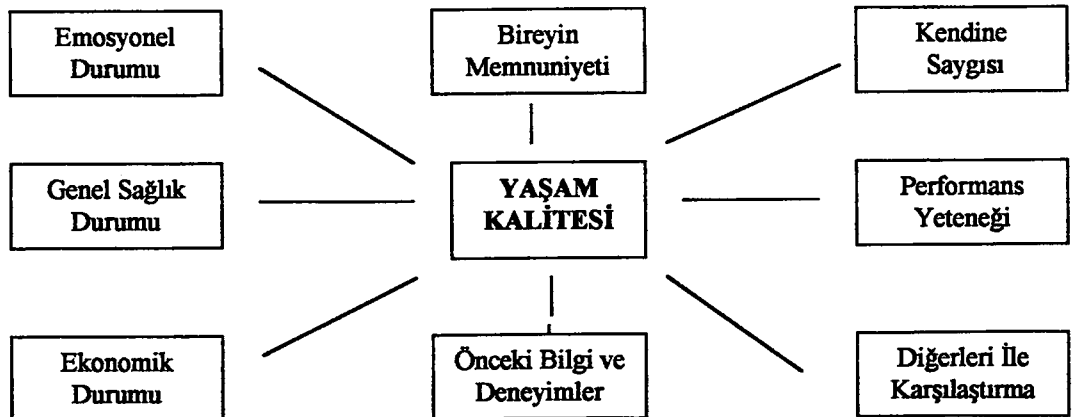
Hornquist (1982;1989), yaşam kalitesini "fiziksel, sosyal, psikolojik, yapısal aktivite ve maddi iyilik halinin de dahil olduğu yaşam alanlarındaki gereksinim duyulan memnuniyet düzeyi" olarak tanımlamaktadır. Olderide ise yaşam kalitesini, şahsın yaşamındaki doyumların toplamı ve hissettikleri olarak

ifade etmektedir (Hornquist 1989, Berterö ve Ek 1993, Şahin 1997, Rukholm ve ark. 1998).

Naess, yaşam kalitesi kavramının tanımlanmasında, "kendini gerçekleştirme"ye önem vermekte ve yaşam kalitesini "kişinin aktiviteleri, başka insanlarla iyi ilişkileri, öz saygısı ve mutluluk düzeyi" olarak ifade etmektedir. Yaşam kalitesini sosyolojik açıdan ele alan Berterö ve Ek bu tanımlı bağımsızlık, sevmeye ve esenlik olmak üzere üç kavram üzerine temellendirmekte ve olumlu yaşam davranışları olarak geniş bir boyutta ele almaktadır. Olumlu yaşam davranışları; sevmeye kelimesi içeriğinde, "yaşamı sevmeye, yaşama umuduna sahip olma, şu andaki yaşamına ve yaşamının her dakikasına değer verme, beş duyunun tümü ile çevreyi duyumsayabilme, bedenini kullanabilme, kendini enerjik hissedebilme, bağımsız hissetme, insancıl duygularla donanarak kendini güçlü hissedebilme kısaca yaşama sevinciyle dolu olabilme yeteneğini" kapsamaktadır (Berterö ve Ek 1993, Thompson ve ark. 1993, Pınar, 1995, Pınar 1997, Şahin 1997, Eski 1999).

Shin, Johnson ve Patterson yaşam kalitesinin her yönünü değerlendirmede gerekli olduğu varsayılan özellikleri saptamak yolu ile farklı bir yaklaşım getirmiştir. Bu özellikler genel sağlık, genel rahatlık, ekonomik, çalışma performansı ve sağlık durumunu içermektedir. Her iki görüşün birleştirilmesi ile elde edilen yaşam kalitesi şeması aşağıda verilmiştir.

Şekil 1. Yaşam Kalitesinin Tanımında Etkili Olan Faktörler



(Kaynak: Akyol 1993 a, s:6)

Ortak bir yaşam kalitesi tanımının olmaması nedeniyle, genellikle kavramın kullanımında da yanlışlıklar olmaktadır. Kavramın yanlış kullanımının önlenmesi amacıyla kavram analizi çalışmalarına ağırlık verilmiş ve yaşam kalitesinin iki temel unsuru şu şekilde belirlenmiştir;

1-Yaşam kalitesi, bir bütün olarak yaşamın subjektif değerlendirilmesidir.

2-Yaşam kalitesi, bireyin şimdiki fonksiyon düzeyine karşın ne algıladığının ve yaşam doyumunun değerlendirilmesidir (Ganz 1994).

Sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesi değerlendirilmesi ile ilgili olarak, genel yaşam kalitesi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve hastalığa özgü yaşam kalitesi olmak üzere üç yaklaşım tanımlanmaktadır (Şahin 1997).

1-Genel Yaşam Kalitesi: Toplumun genel olarak yaşam kalitesini değerlendirme çalışmalarını kapsar. Özellikle kronik mental hastalığı olan hastaları değerlendirmek için geliştirilmiş "yaşam kalitesi görüşmesi" (QOLI) bu tip yaşam kalitesi ölçümlerine bir örnektir. Yaşam kalitesi görüşmesi yaşam düzeyi, aile ilişkileri, sosyal ilişkiler, günlük aktiviteler, ekonomi, güvenlik ve yaşam problemleri, iş-okul ve sağlığın dahil olduğu farklı yaşam alanlarında yanıtlayan kişinin son yaşam deneyimleri değerlendirilmektedir. Değerlendirilecek her bir yaşam alanı için önce nesnel yaşam kalitesi, daha sonra da bu alandaki yaşamdan memnuniyet değerlendirilmektedir (Şahin 1997, Eski 1999).

2-Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi: Sağlık hizmetinin değerlendirilmesinde primer olarak hastalığın, yaralanmanın, bunların önlenmesi ve tedavinin yaşam süresine olan etkilerine önem vermektir. Fonksiyonel duruma, iyilik haline ve sadece sağlıkla ilişkili görüş açılarını içeren kavramlara odaklanmıştır. "Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi" değerlendirmelerinden en bilinenleri;

- Sickness Impact Profile (SIP),
- Nottingham Health Profile,
- Quality of well-being scale,
- Mc Mater Health Index.,

- Dartmouth COOP Function Charts,
- WHOQOL,
- Duke Health Profile,
- Medical Outcome Study SF-36'dır.

Ölçekler, farklı topluluklarda kullanılmak üzere geliştirilmiş olup, farklı toplulukların, hastalıkların, durumların ve tedavilerin karşılaştırılması amacıyla kullanılmaktadır. Bu tip yaşam kalitesi değerlendirilmesi hastalığın veya sağlık hizmetinin yaşam kalitesi üzerine olan önemli etkileri nedeniyle kullanılmaktadır (Şahin 1997).

3-Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi: Özel bir hastalık, durum veya tedavi için geliştirilmiş olan "hastalığa özgü yaşam kalitesi" değerlendirmeleri daha dar kapsamlı olmasına rağmen, hastalığın yaşam kalitesine etkisinin en ince ayrıntılarını bile değerlendirmektedir. İnce ayrıntıları içermesi nedeniyle daha duyarlıdır ve önemli olan küçük klinik değişiklikleri saptayabilir ve elde edilen bilgiler klinik kararlarda rahatlıkla kullanılabilir (Şahin 1997, Eski 1999).

Ayrıca, hem genel yaşam kalitesinin, hem de sağlıkla ilgili ve hastalık/semptom/tedaviye özgü yaşam kalitesinin birlikte değerlendirildiği modeller de vardır. Böyle bir modelin avantajı hem yaşamın yorumlanmasını hem de yaşam kalitesinin daha özel ve ayrıntılı olarak değerlendirilmesini sağlar (Şahin 1997, Tatar ve Tatar 1997, Eski 1999).

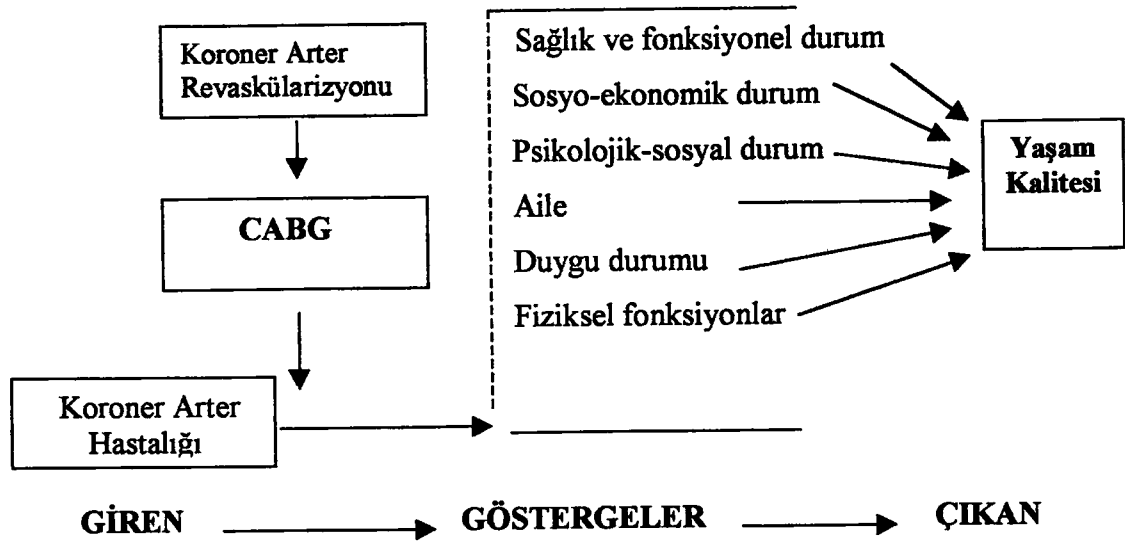
Kardiyak problemi olan hastalarda, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçmek için hem genel hem de hastalığa özgü geliştirilmiş ölçekler kullanılabilir. Ancak, kullanılan bu ölçekler hastalığın her boyutunu ele almadığı için Packa, hastalığa özgü konuların da eklenerek kullanılmasını önermektedir. Hastalığa özgü değişkenlerin de eklenerek kullanılması, ölçümü daha değerli kılacaktır. En uygun yaşam kalitesi ölçümünün kullanıldığından emin olmak için, sağlık problemleri ve tedavi etkileri gibi noktalar dikkatle değerlendirilmelidir (Pınar

1995, Launois 1995, Fallowfield 1996, Lewis ve ark. 1996, Duits ve ark. 1997, Şahin 1997, Rukholm ve ark. 1998).

Wanger ve arkadaşları, kardio vasküler hastalıkların tedavisinde yaşam kalitesini araştırmışlar ve fiziksel yetenek, emosyonel durum, sosyal etkileşim, entellektüel fonksiyon, ekonomik durum ve kişinin kendisinin algıladığı sağlık durumu olmak üzere altı boyut geliştirmişlerdir (Hornquist 1989).

KAH'lı hastalar yaşamın tüm boyutları ile ilgili ciddi problemler yaşamaktadırlar. Yaşam kalitesini yükseltmek için yapılan bypass ameliyatından sonra görülen psikolojik, fiziksel ve sosyal rahatsızlıklar, kişinin yaşam kalitesini etkilemektedir. Papadontanaki ve arkadaşları (1994) yaptıkları bir çalışmada, bypass ameliyatından sonra yaşam kalitesini etkileyen kriterleri belirlemişlerdir. Bunlar, sağlık ve fonksiyonel durum, sosyo-ekonomik durum, psikolojik-sosyal durum, duygu durumu, fiziksel fonksiyon ve ailedir.

Şekil 2. Bypass Ameliyatının Yaşam Kalitesine Etkisi



(Kaynak: Papadontanaki ve ark. 1994, p:47)

Yaşam kalitesi ölçümleri hemşirelikle yakından ilişkilidir. Hemşireler, her zaman hastaların ve ailelerin sağlık durumlarını değerlendirmekte, onların yaşam

kalitelerini olası en üst düzeye çıkarmak için planlamalar yapmakta ve sonucu değerlendirmektedirler. Hastaların yaşam kalitelerinin sürdürülmesi sadece hastanın var olan kişiliğini korumakla gerçekleşmez, aynı zamanda iyi bir hemşirelik bakımı ile hasta için gerekli değişiklik ve düzenlemeleri yaparak yardımcı olabilir (Akyol 1993 b, Tel 1998).

Yaşam kalitesi ölçekleri kullanılan araştırmalarla, büyük grupların sağlık durumu hakkında bilgi toplamak ve sonuçlarını sağlık politikası oluşturmada kullanmak amaçlanmaktadır. Yine bu tür çalışmaların, hastaların hastanede kalma sürelerinin kısaltılması, yeni tedavilerin değerlendirilmesi ile ilgili araştırmalara öncülük etmesi de beklenmektedir (Pınar 1995, Tel 1998).

3. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma, koroner arter bypass ameliyatı olan hastaların yaşam kalitelerinin (kendi ifadeleriyle) ne kadar değiştiğini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

3.1. Problem Cümlesi

Koroner arter bypass ameliyatı olan hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşam kaliteleri bozulmakta mıdır?

3.2. Araştırmanın Hipotezi

Ha: Koroner arter bypass ameliyatı olan hastaların yaşam kaliteleri önemli derecede bozulmaktadır.

Ho: Koroner arter bypass ameliyatı, hastaların yaşam kalitelerini etkilememektedir.

4. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE ARAÇLARI

4.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma koroner arter bypaas ameliyatı olan hastaların yaşam kalitelerinin ne kadar değiştiğini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

4.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, (hasta sayısının yetersiz olması nedeniyle) Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesi Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Servisleri'nde ameliyat olan hastaların evlerinde ve göğüs ve kalp damar cerrahisi polikliniklerinde yapılmıştır.

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama hastanesi, şehir merkezinden 7 km. uzaklıkta, 30 klinik ve 3 ünite (Hemodiyaliz, Yoğun Bakım, Kan Alma) olmak üzere toplam 33 birimde bakım, tedavi ve poliklinik hizmetleri veren 900 yatak kapasiteli bir sağlık kurumudur.

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesi Kayseri il merkezinde, 35 klinikte hizmet veren 900 yatak kapasiteli bir sağlık kurumudur.

Her iki hastanede de hastalar taburcu olduktan 1 hafta (10 gün), 1 ay ve 3 ay sonra kontrole çağrılmakta, kontrole gelen hastalara muayene ve tıbbi sonuçlara göre müdahale yapılmaktadır. Taburcu olmadan önce hastalara, bypass ameliyatı yönünden kapsamlı bir eğitim verilmemektedir.

4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

4.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Sivas ili Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri, Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Kayseri ili Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesi Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Servislerinde son altı ay ile altı hafta önce açık kalp ameliyatı olan hastalar oluşturmuştur.

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi servis bölümünde 8 hemşire, yoğun bakım bölümünde 5 hemşire, Kalp Damar Cerrahisi Bölümünde 4 öğretim üyesi ve 8 tıpta uzmanlık öğrencisi görev yapmaktadır.

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesi Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi servis bölümünde 10 hemşire, 4 öğretim üyesi, 6 tıpta uzmanlık öğrencisi, yoğun bakım bölümünde 10 hemşire, 1 fizyoterapist, 3 öğretim üyesi ve 6 tıpta uzmanlık öğrencisi görev yapmaktadır

4.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örnekleme, 15 Aralık 1999-Ekim 2000 tarihleri arasında Sivas ili Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Kayseri ili Gevher Nesibe Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Servislerinde koroner arter bypass ameliyatı olan hastalar alınmıştır. Hastaların yaşam tarzı değişiklikleri için en az altı hafta geçmesi gerektiğinden örneklem kapsamına son altı ay ile altı hafta önce koroner arter bypass ameliyatı olan 30 hasta dahil edilmiştir.

15 Aralık 1999-Ekim 2000 tarihleri arasında, C.Ü. Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesinde 15 hasta bypass ameliyatı olmuştur. E.Ü. Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesinde ise, 108 hasta açık kalp ameliyatı olmuş ve bunlardan yaklaşık 70'i bypass ameliyatı olmuştur. Ancak, bypass ameliyatı olan hastaların hepsi altı hafta altı ay sınırına girmedikleri için araştırma kapsamına alınamamıştır.

4.4. Araştırmanın Uygulanması

4.4.1. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, araştırmacının hazırladığı anket formu (Ek-1.2) ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği (Ek-3) kullanılarak, araştırmacı ve kendisiyle çok iyi işbirliği yapılan lisans mezunu bir hemşire tarafından toplanmıştır.

Anket Formu; iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde bireye ilişkin sosyo-demografik değişkenler yer almaktadır. Bu bölüm cinsiyet, yaş, eğitim durumu, iş-meslek, uğraşı, çalışma durumu, evde kimlerle birlikte yaşadığı kişilere ilişkin 7 soruyu içermektedir. İkinci bölümde de ameliyata ilişkin bilgiler yer almakta olup ameliyat olma zamanı, nerede ameliyat olduğu, ameliyatla ilgili eğitim alma, uyku düzeni, işe başlamada isteklilik, ilaç alma, yemek yeme, boşaltım, kalbin yeni duruma uyumu, ödem, kilo durumu, cinsel yaşam, kesi (insizyon) yerinde karıncalanma, uyuşma, duyu kaybı, sıcaktan soğuktan etkilenme durumuna ilişkin 16 soru yer almaktadır.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-3)

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı olmak üzere 3 temel skala ve global yaşam doyumu / kalite alanlarından oluşmaktadır. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinde yer alan 3 major sağlık alanı ve bunların 9 belirleyicisi aşağıda yer almaktadır (Ware ve Sherbourne 1992, Pınar 1995 a-b, Pınar 1996).

1. Fonksiyonel Durum

- Sağlık problemlerine bağlı olarak fiziksel aktivitelerin kısıtlanması,
- Emosyonel ve sosyal problemlere bağlı olarak sosyal aktivitelerin kısıtlanması,
- Fiziksel sağlık problemlerine bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesi,
- Emosyonel sağlık problemlerine bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesi,

2. Esenlik

- Mental sağlık (emosyonel distres ve esenlik),
- Beden ağrıları,
- Canlılık (zindelik/ yorgunluk),

3. Genel Sağlık Anlayışı

- Bir bütün olarak sağlığın değerlendirilmesi,
- Geçen bir yıl süresince sağlıktaki değişiklikler.

Ware tarafından 1987 yılında geliştirilen fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı olmak üzere 3 temel skaladan ve global yaşam doyumunu/kalite alanlarından oluşan SF-36 Yaşam Kalitesi leğinin 3 temel skalanının her birinin ve global yaşam doyumunu skalasının puanları 0-100 arasında değişmektedir (Ware ve Sherbourne 1992, Lamping 1995, Pınar 1995 a-b, Pınar 1996).

SF-36'nın skala skorlarının hesaplanması 4 aşamada gerçekleştirilmektedir. Birincisi, soru değerlerinin yeniden kodlanması, ikincisi boş bırakılan ya da yanıtlanmamış soruların belirlenmesi, üçüncüsü ham skala skorlarını hesaplamak için her bir skala içerisinde yer alan soruların toplanması ve dördüncüsü ise bu ham skala skorlarının 0-100 arasında puana dönüştürülmesidir. Böylece 9 sağlık alanı için özel puanlar belirlenmektedir. SF-36 Yaşam Kalitesi leği, her sağlık alanının puanı yükseldikçe, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır (Ek-4). Bu skala, puan değeri yükseldikçe yaşam kalitesindeki iyileşmeyi/yükselmeyi, puan derecesi düştükçe de yaşam kalitesindeki yetersizliği

göstermektedir (Ware ve Sherbourne 1992, Pınar 1995 a,b, Pınar 1996, Şahin 1996, Eski 1999).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin, ülkemiz koşullarında geçerlik ve güvenilirlik çalışması Pınar (1995) tarafından yapılmış ve kronik hastalıklarda kullanılabilir olduğu belirtilmiştir. Pınar, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği ile ilgili ilk çalışmaları kardiyak, hemodiyaliz ve diabetli 180 hasta üzerinde başlatmış, aracın dil ve içerik geçerliğini (content validity) faktör analizi ile güvenilirliğini (reliability) test-tekrar-test yöntemiyle yapmıştır. Sonuçta SF-36 skalasının test-tekrar-test güvenilirlik katsayılarının 0,83- 0,92 arasında değiştiği, bu rakamların güvenilirlik için öngörülen 0,70'in üzerinde olduğu ve bunun için aracın güvenilir bir şekilde kullanılabileceği belirtilmiştir (Pınar 1995 a-b, Pınar 1996, Şahin 1996, Eski 1999).

4.4.2. Ön Uygulama

Hazırlanan anket formlarının (Ek.-1.2) işlerliğini saptamak amacıyla C.Ü. Sağlık Hizmetleri, Araştırma ve Uygulama Hastanesi Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Servisi'nde son altı ay altı hafta önce bypass ameliyatı olan 5 hastaya 1-15 Aralık 1999 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda anket formundaki sorularda gerekli düzeltmeler yapılarak ankete son şekli verilmiştir.

4.4.3. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmada veri toplamak amacıyla kullanılan anket formları (Ek-1.2) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-3) 15 Aralık-Ekim 2000 tarihleri arasında 30 hastaya uygulanmıştır. Bypass ameliyatı olan hastalarla önce telefonla görüşülerek araştırma hakkında bilgi verilip kendileriyle yüz yüze görüşme zamanı belirlenerek araştırmaya katılımları sağlanmıştır.

Araştırma sınırları dışında kalan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 5 hastaya anket formları ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği evlerinde, 25 hastaya ise Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Polikliniği'ne kontrol ve muayene için

geldiklerinde uygulanmıştır. Anket Formları ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği hastalarla görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı ve kendisiyle iyi işbirliği yapıp eğitilen bir hemşire tarafından doldurulmuştur. Görüşme süresi 10-15 dakika arasında değişmiştir.

4.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya;

- Uygulama süresince son altı hafta ile altı aydan önce, koroner arter bypass ameliyatı olan,

- Uygulamada Sivas ve Kayseri ili için ev ziyareti planlandığından Sivas ve Kayseri il sınırı içinde oturmayan,

- İşitme güçlüğü ve görme kaybı olan,

- Araştırma hakkında bilgi verildikten sonra araştırmayı kabul etmeyen hastalar alınmamıştır.

4.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde, kişisel özellikler bağımsız, skaladaki yaşam kalitesi soruları bağımlı değişkenler olarak ele alınmıştır. Veriler toplandıktan sonra hastaların her boyuta ilişkin kaç puan aldığı araştırmacı tarafından elde belirlenmiştir (Ek-4). Veri toplama araçları ile toplanan puanlar SPSS 7,5 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde, hastaların tanıtıcı özellikleri ve ameliyatlarına ilişkin bilgileri dağılımında yüzdeler hesaplanması ve Khi-kare (çok gözlü düzenlerdeki çapraz tablolarda beşten küçük beklenen frekansın bulunduğu göz sayısı toplam göz sayısına oranlandığında elde edilen sonuç %20'den büyük olduğu için, tablolar yüzdelere göre açıklanmıştır), hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımında Krushall- Wallis Varyans Analizi ve Mann-Whitney U testi yöntemleri kullanılmıştır.

5. BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde, koroner arter bypass ameliyatı olan 30 hastaya ilişkin tanıtıcı özellikler, ameliyata ilişkin tanıtıcı bilgiler ve hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar ile ilgili bulgular ve tartışmalar yer almaktadır.

Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (n = 30)

Tanıtıcı Özellikleri	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	2	6.7
Erkek	28	93.3
Yaş		
30-49 yaş	4	13.3
50-59 yaş	14	46.7
60-69 yaş	6	20.0
70 yaş ve +	6	20.0
Yaş ortalaması: 58.3		
Eğitim Durumu		
Yüksekokul/Lise	4	13.3
Ortaöğretim	17	56.7
Okur-Yazar	3	10.0
Okur-Yazar Değil	6	20.0
İş/Mesleki Durum		
Ev Hanımı	2	6.7
İşçi	3	10.0
Memur	2	6.7
Emekli	17	56.6
Serbest Meslek (Esnaf)	6	20.0

Tablo 1'in Devamı

Tanıttıcı Özellikler	Sayı	%
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	9	30.0
Çalışmıyor	21	70.0
Uğraşı/Hobi		
Var	11	36.7
Yok	19	63.3
Evde Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Yalnız	0	0.0
Aile/Eş	29	96.7
Akrabalarla	1	3.3
Toplam	30	100.0
Hastaların Ameliyat Olma Süreleri		
6-12 Hafta	16	53.3
13-19 Hafta	9	30.0
20-26 Hafta (6 ay)	5	16.7
Ameliyat Olunan Hastane		
Sivas C.Ü. Sağ. Bil. Uyg. Ve Arş.Hastanesi	12	40.0
Kayseri E.Ü. Tıp Fak. Gevher Nesibe Hast.	18	60.0
Toplam	30	100.0

Tablo 1'de araştırma kapsamına alınan hastaların tanıttıcı özelliklerine göre dağılımı görülmektedir.

Tablo1 incelendiğinde, araştırmaya katılan hastaların %93.3'ünün erkek, %46.7'sinin 50-59 yaş grubunda olduğu aldığı görülmektedir. Hastaların %56.7'si ortaöğretim mezunu, %56.6'sı emekli ve %70.0'i ise çalışmamaktadır. Ayrıca, hastaların %63.3'ünün uğraşı/hobisi bulunmamakta ve %96.7'si ailesiyle birlikte yaşamaktadır. Hastaların %53.3'ünün koroner arter bypass ameliyatı sonrası 6-12.

haftalarında ve %60'ının Kayseri Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesi'nde ameliyat olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda çoğunlukla hastaların kendilerine erken post-operatif dönemde ulaşıldığı görülmektedir.

Risk faktörleri hakkında bilinen en geniş çalışmalardan birisi olan Framingham'ın 5209 erkek ve kadının 20 yıl boyunca izlendiği çalışmasında, KAH görülme oranının erkeklerde kadınlardan iki kat daha fazla olduğu ve erkek cinsiyetinin bağımsız bir risk faktörü olduğu kanıtlanmıştır (Lewis ve ark. 1996). Araştırma bulgularımız Framingham'ın bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Mesleklerine göre dağılımda, hastaların çoğunun emekli (%56.6) olduğu belirlenmiştir. Bilindiği gibi emeklilik dönemi kişinin yaşça ileri olduğu, çalışma dönemine göre ekonomik gücünün azaldığı ve aktivitelerinin yavaşladığı, pasif bir yaşam dönemidir. Bu durumların da stres yaratıcı etkisiyle KAH'na yatkınlığı artırdığı bilinmektedir. Clancy ve arkadaşlarının (1984) yaptıkları bir çalışmada, araştırma kapsamına alınan hastaların %37'sinin koroner arter bypass ameliyatı öncesinde emekli olduğunu belirlemişlerdir. Bass'ın yaptığı bir çalışmada ise, koroner arter bypass ameliyatından önce çalışan hastaların %25'inin ameliyattan sonra emekliye ayrıldığı yada 1-2 yıldan daha fazla çalışmadıkları belirtilmektedir. Kişinin iş durumu koroner kalp hastalığına yakalanma ve bu hastalıktan ölüm riski yönünden, diğer risk faktörlerine göre oldukça güçlü bir belirleyicidir. Belli bir nedenle işlerini kaybeden yada işi olmadığı için çalışamayan insanlarda kalp-damar hastalığına yakalanma riskinin işsizliğe bağlı aşırı stres nedeniyle arttığı belirlenmiştir (Clancy ve ark. 1984, Akyolcu ve Akyolcu 1990, Lewis ve ark. 1996).

Bizim araştırma sonuçlarımız da bu verilerle benzerlik göstermektedir.

Tablo 2. Hastaların Ameliyat Sonrası Rahatsızlık Bildirme Durumları (n=30)

Rahatsızlık Bildirme Durumu	Sayı	%
Ameliyat Sonrası Rahatsızlık Bildirme		
Evet	11	36.7
Hayır	19	63.3
Toplam	30	100.0
Bulgular *		
Solunum sıkıntısı	2	18.2
Kalp ritm bozukluğu	3	27.3
Hipertansiyon	3	27.3
Halsizlik	1	9.1
Ağrı	3	27.3
Enfeksiyon (Ameliyat yerinde)	1	9.1
Ameliyat Kesi Yerinde Karıncalanma, Uyuşma, Duyu Kaybı Olma Durumu		
Evet	15	50.0
Hayır	15	50.0
Toplam	30	100.0

* İfadeler birden fazla olduğu için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası rahatsızlık bildirme durumları **tablo 2'de** verilmiştir.

Hastaların %63.3'ü ameliyat sonrası rahatsızlık bildirmemiştir. Rahatsızlık bildirenlerin %27.3'ü kalp ritm bozukluğu, hipertansiyon ve ağrı, %18.2'si solunum sıkıntısı, % 9.1'i halsizlik ve enfeksiyon yaşadıklarını bildirmişlerdir. Westin ve arkadaşlarının (1997) yaptıkları bir çalışmada, koroner arter bypass ameliyatı sonrası hastaların göğüs ağrısı, ritm bozukluğu hissi, solunum sıkıntısı, kaygı ve depresyon yaşadıklarını belirlemişlerdir. Jaarsma ve arkadaşları (1995) bu

rahatsızlıklara ek olarak hastaların ameliyat sonrası yara yeri enfeksiyonu, ağrı, yorgunluk gibi sıkıntılar da yaşadıklarını saptamışlardır.

Bizim araştırma sonuçlarımız da bu araştırma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Tablo 3. Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Günlük Yaşamları İle İlgili Eğitim/Bilgi Alma Durumu (n = 30)

Eğitim Alma Durumu	Sayı	%
Eğitim Alan	25	83.3
Eğitim Almayan	3	10.0
Kapsamlı Eğitim Alan*	2	6.7
Toplam	30	100.0
Eğitimi Anlama Durumu (n=27)		
Eğitimi Anlayan	25	92.6
Eğitimi Anlamayan	2	7.4
Toplam	27	100.0
Eğitim Alınan Kişi (n=27)		
Hemşire	9	33.3
Hekim	17	63.0
Diyetisyen	1	3.7
Toplam	27	100.0
Eğitimin Yeterlilik Durumu (n= 27)		
Yeterli	15	55.6
Yetersiz	6	22.2
Kısmen Yeterli	6	22,2
Toplam	27	100.0

*Tablo 5'deki bütün konularla ilgili eğitim alanlar. Ancak, hasta gereksinimine göre hazırlanmış planlı bir eğitim değildir.

Tablo 3'te, hastaların ameliyat sonrası dönemde günlük yaşamları ile ilgili eğitim/bilgi alma durumları yer almaktadır.

Tabloda, araştırma kapsamına alınan hastaların taburculuk öncesi eğitim alma durumlarına bakıldığında, %83.3'ünün eğitim aldığı, ancak %6.7'sine kapsamlı eğitim verildiği, %92.6'sının eğitimi anladığı, eğitim alanların %63'nün eğitimi hekimden, %33.3'ünün hemşireden, %3.7'sinin diyetisyenden aldığı belirlenmiştir. Eğitim alan hastaların %55.6'sı eğitimi yeterli bulduğunu ifade etmiştir.

Hasta eğitiminde amaç, hastanın kendi sağlık bakım sorumluluğunu almasına yardım etmektir (Fox 1995). Literatürde, taburculuk öncesi eğitim alan hastaların eve döndüklerinde karşılaştıkları problemlerle daha etkin baş edebildikleri belirtilmektedir. Roberts yaptığı bir çalışmada, araştırma kapsamına alınan hastaların %42'sinin taburculuk öncesi eğitim aldığı ve eğitim alan hastaların %25'ine ise bu bilgiyi hemşirenin verdiğini saptamıştır (Hopps 1983).

Hasta eğitiminin hemşirelerin en temel görevlerinden biri olduğu bilinmektedir, ancak araştırmamızda, yaşam kalitesini yükseltmede eğitim aracı olan hemşirelerin, bu önemli görevlerini etkili olarak yapmadıkları ve hasta eğitimini hekimlerin yaptığı saptanmıştır.

Tablo 4. Hastaların Aldıkları ve Yetersiz Buldukları Eğitim Konuları

Alınan Eğitim Konuları (n= 27)***	Sayı	%
İlaç	14	51.8
Diyet	14	51.8
Egzersiz /Aktivite	11	40.7
Günlük Yaşamı Düzenleme *	10	37.0
İşe Başlama	4	14.8
Hekime Bildirilmesi Gereken Durumlar	3	11.1
Kontrol Gelme Zamanı	13	48.1
Yetersiz Bulunan Konular (n= 6)***		
Günlük Yaşamı Düzenleme *	1	16.7
Broşür/Yazılı Bilgi Verilmemesi	1	16.7
Yetersiz Bilgi **	5	83.3

* Banyo zamanı, cinsel yaşam, araç kullanma vb.

** İlaç, diyet, kontrole gelme zamanı dışındaki aktiviteye başlama, günlük yaşamı düzenleme, hekime bildirilmesi gereken durumlar gibi konularda bilgi verilmediğini ifade edenler.

*** İfadeler birden fazla olduğu için, yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Hastaların aldıkları ve yetersiz buldukları eğitim konuları **tablo 4**'te görülmektedir.

Hastalara aldıkları eğitim konuları sorulduğunda, %51.8'i ilaç ve diyet, %18.8'i kontrole gelme zamanı, %40.7'si egzersiz/aktiviteye başlama, %37'si günlük yaşamı düzenleme, %14.8'i işe başlama, %11.1'i hekime bildirilmesi gereken durumların anlatıldığını ifade etmişlerdir. Eğitimi yetersiz bulan hastaların %83.3'ü verilen bilgilerin eksik olduğunu ifade ederken, %16.7'si broşür verilmediğini ve günlük yaşamı düzenleme ile ilgili eğitim almadığını ifade etmiştir.

Araştırmamızın elde edilen sonuçlarına göre, hemşirelerin temel görevlerinden biri olan hasta eğitimine yeterince eğilmedikleri ve bu görevlerini

yerine getirmediikleri anlaşılmaktadır. Çünkü hasta ifadelerinden, kendilerine daha çok hekimler tarafından eğitim verme durumu ortaya çıkmaktadır ve bu eğitim ağırlıklı olarak diyet, ilaç ve kontrole gelme konusuna odaklanmaktadır. Oysa, yaşamı tünden değiştiren böyle bir ameliyattan önce ve sonra hastaların yaşamsal konularda yeterince eğitilmesi gerekmektedir. Bu konuda Grady ve arkadaşları (1988) yaptıkları bir araştırmada, koroner arter bypass ameliyatı olan hastaların tıbbi tedavi, diyet, ağrı, egzersiz/aktiviteye geri dönüş, aktivite sınırlandırması, işe geri dönüş, seksüel fonksiyona geri dönüş ve ameliyat sonrası emosyonel değişiklikler konusunda bilgi gereksinimleri olduğunu belirlemişlerdir. Hemşirelerimizin Grady'nin sözünü ettiği yaşamsal konulardaki hasta eğitiminde yetersiz kalmaları, bu önemli görevlerinin farkında olmadıklarını göstermektedir.

Tablo 5 . Hastaların Ameliyat Sonrası Beslenme Durumları (n=30)

Beslenme Durumu	Sayı	%
Yemek Yemekten Zevk Alma		
Evet	21	70.0
Hayır	9	30.0
Diyet Programına Uygun Yeterli Yemek Yeme		
İştah iyi, uygun yiyecekleri yiyebiliyor	17	56.7
İştahta azalma var	6	20.0
İştahsız, belirli yiyecekleri yiyebiliyor	7	23.3
Kilo Alma		
Kilo alan	10	33.3
Kilo veren	11	36.7
Değişmeyen	9	30.0
Toplam	30	100.0

Tablo 5'de hastaların ameliyat sonrası beslenme durumları yer almaktadır.

Hastalara hastalığıyla ilgili diyetlerine uyma durumları sorulduğunda, %70'i yemek yemekten zevk aldığını, %56.7'si iştahının iyi olduğunu ve diyetine uygun yiyecekleri yediğini söylemiştir. Koroner arter bypass ameliyatından sonra hastalara anastomoz yapılan yeni damarlarının tıkanmasını geciktirmek için kendilerine az yağlı, az kolesterolü, az tuzlu ve bol meyve-sebze türünde yiyecek almaları önerilmektedir. Ayrıca hasta sigara içiyorsa bırakması istenmektedir. Beslenme alışkanlıklarında hastaların arzularına, geleneklerine ve damak tadlarına ters düşen değişiklikler yapılması gerekli olabilir. Bu durum, hastanın bugüne ve geleceğe ait doyumunu dolayısıyla da yaşam kalitesini etkileyecektir (Dracup ve ark. 1995). Çünkü, yaşam kalitesi göstergelerinden birisi de bireyin yemek yiyebilmesi, yediği yemekten zevk alabilmesi ve vücut ağırlığını yaşı ve boyu ile orantılı bir düzeyde tutabilmesidir. Hastalarımızda çoğunluğun yemek yemekten zevk almasına karşın %30'unun bu doyumunu yaşamadığı, %43.3'ünün kısmen ya da yoğun iştah kaybının olduğu, %70'inin kilo alma yada verme şeklinde vücut ağırlığında değişim yaşadığı belirlenmiştir. Buna göre, koroner arter bypass sonrası hastaların beslenme açısından da izlenmeleri ve gerekli desteğin verilmesi yerinde olacaktır.

Durademir (1999) yaptığı bir araştırmada, kronik kalp yetmezlikli hastaların ilaç kullanımı, kilo/sıvı izlemi ve diyetle yönelik öz-bakım davranışlarının yetersiz olduğunu ve bu durumların da yaşam kalitesini etkilediğini belirlemiştir.

Tablo 6. Hastaların Ameliyat Sonrası Uyku Düzenleri ve İlaç Programlarının Uyma Durumları (n=30)

	Sayı	%
Uyku Düzeni		
Oldukça iyi	8	26.7
Arasıra uyanma	14	46.7
Sık sık uyanma	8	26.7
Hastalığıyla İlgili İlaç Almadan		
Rahatsızlık Duyma		
Rahatsızlık Duyan	16	53.3
Rahatsızlık Duymayan	14	46.7
İlaç Programına Uyma		
Çoğu zaman unutma	2	6.6
Ara sıra unutma	11	36.7
Hiçbir zaman unutmama	17	56.7
Toplam	30	100.0

Tablo 6’da ameliyat sonrası hastaların uyku düzenleri ve ilaç programlarına uyma durumları görülmektedir.

Tablo 6 incelendiğinde, koroner arter bypass ameliyatı olan hastaların %46.7’sinin gece uykusunda ara sıra uyandığı , %26.7’sinin ise önemli uyku sorunu yaşadığı görülmektedir. Uyku, Maslow’un temel insan gereksinimleri içerisinde ilk sıralamada yer almaktadır. Uykunun organizmaya sağladığı dinlenme, rahatlama ve epitel hücrelerinde yenilenme gibi hayati katkıları nedeniyle, hastaların uyku uyuyamamaları önemli bir bulgu olarak değerlendirilmelidir. Hastalarımıza uyuyabilmeleri için sorunlarını açıklama, paylaşma ve gerektiğinde hekimle işbirliği yapılarak uyku ilaçlarının verilmesi sağlanmalıdır (Potter ve Perry 1993).

Hastalara, ilaç programlarına uyma durumu sorulduğunda da hastaların %6.6'si ilaç almayı çoğu zaman unuttuğunu, %36.7'si ara sıra unuttuğunu, %56.7'si ise hiçbir zaman unutmadığını belirtmiştir. Araştırma sonucunda hastaların ilaç almaktan rahatsızlık duymalarına rağmen çoğunluğunun ilaç almayı aksatmadıkları ve düzenli olarak aldıkları belirlenmiştir. Düzenli ilaç almayı ara sıra ve çoğu zaman unutanlar toplam hastaların %43.4'üdür. Koroner arter bypass ameliyatı sonrası hastalara Aspirin (acetylsalicylic asit) veya Ticlid (ticlopidin HCI) ve hastanın sorununa göre Beta-bloker, lipit düşürücü gibi ilaçlar verilmektedir. Bu ilaçların uygun zaman ve dozda alınması komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir. Hasta ilaç almayı unutuyorsa aile bireylerinden birisi ile iletişime geçilerek ilaçların düzenli alınması sağlanmalıdır. Ayrıca hastalar bu konuda yeniden eğitilmelidir.

Tablo 7. Hastaların Ameliyat Sonrası Boşaltım Durumu (n=30)

BOŞALTIM DURUMU	Sayı	%
Barsak Boşaltım Durumu		
Sık sık ishal olma	2	6.7
Ara sıra ishal olma	2	6.7
Sık sık kabız olma	4	13.3
Ara sıra kabız olma	5	16.7
Problemi olmayan	17	56.6
İdrara Çıkma Durumu		
Yanma /ağrı	4	13.3
Sık idrara çıkma	4	13.3
Şikayeti olmayan	22	73.4
Toplam	30	100.0

Hastaların ameliyat sonrası boşaltım durumu **tablo 7'**de verilmiştir.

Tablo incelendiğinde, hastaların %56.6'sının barsak boşaltımında problemi olmadığı, %73.4'ünün idrara çıkmada sorun yaşamadığı görülmektedir. Ancak,

hastaların %20'sinin sık sık ishal ve kabız olma gibi sorunlar yaşadıkları anlaşılmaktadır.

Hastalardaki kabızlık, boşaltım için Valselva Manevrası'nın kullanımını artıracaktır. Valselva Manevrası, bireyin derin bir inspirasyon yaparak nefesini tutması ve abdominal kaslarını kasarak dışkıyı aşağı doğru itmesi, yani ıkınmasıdır. İkinmayla artan intratorasik ve intraabdominal basınç, venöz dönüşü engeller ve progresif olarak ventriküler volümü düşürür (yaklaşık %50), zorlamanın bırakılmasıyla intratorasik basınç düşer ve kan kalbe dönmeye başlar. Bu kan birkaç saniye sonra sol ventrüküle ulaşır ve sol ventrükül atım volümünü artırır. Kan basıncı ve nabız anında yükselir. Bu değişiklikler kalbe dönen kan akışının ani yükü nedeniyle kompanse edemeyen hasta için öldürücü olabilir. Bu nedenle Valselva Manevrası'nın kullanımı kalp hastalarında sakıncalıdır. Hastalardaki ishal ise, hipotansiyon, kan vizkositesinde artma, elektrolit atılımı (K⁺, Na⁺) gibi etkileriyle hastada sıvı-elektrolit dengesizliğine neden olabilmekte ve hastanın denge durumlarını (homeostazisi) bozabilmektedir. Bu durum, aynı zamanda hastanın yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Lewis ve ark. 1996).

İdrara çıkma homeostatik dengelerimizin sürdürülmesinde en önemli göstergedir. Kalbin ve böbreklerin sağlıklı ve uyumlu çalıştığına da kanıtıdır. İdrarın hem miktar hem fizyolojik değerleri (üre, ürik asit, dansite vb.) açısından normal olması hem de bireyin idrara çıkmada ağrı, yanma, zorlanma gibi yakınmaların olmayışı yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecektir. Koroner arter bypass ameliyatı olmuş hastaların bu nedenle idrara çıkma durumlarının izlenmesi önemlidir. Araştırmamıza katılan 30 hastanın 22'sinin idrara çıkarken sorun yaşamadığı, sorun yaşayanlar ise daha çok idrara sık çıkma ile idrar yapma sırasında yanma ve ağrı çekme yaşadıkları belirlenmiştir.

Böylece bu bulgular, yaşamsal bir duruma işaret ettiğinden hastaların konuyla ilgili bilgilendirilmeleri ve hekim kontrolüne gelmeleri konularında yeterince eğitilmeleri önem kazanmaktadır.

Tablo 8. Hastaların Yaşlarına Göre İdrara Çıkma Durumları (n=30)

YAŞ	İdrara Çıkma Durumu							
	Yanma, Ağrı		Sık İdrara Çıkma		Şikayeti Olmayan		TOPLAM	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
30-49 yaş	0	0.0	2	50.0	2	50.0	4	100.0
50-59 yaş	2	14.0	0	0.0	12	86.0	12	100.0
60 yaş +	2	14.0	2	14.0	8	72.0	12	100,0

* Satır yüzdeleri alınmıştır.

** Yüzelere göre yorum yapılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaşlarına göre idrara çıkma durumları **tablo 8'** de verilmiştir.

Tablo incelendiğinde, 30-49 yaş grubunda sık idrara çıkma sorunu yaşayanların %50'yi oluşturduğu, 50-59 yaş grubunda yanma ve ağrı sorunu yaşayanların %14'ü oluşturduğu, 60+yaş grubunda ise her iki sorunu yaşayan hastaların eşitlendiği (%14) görülmektedir.

Tablo 9. Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Kalp ve Bacak Durumlarına İlişkin İfadeleri (n=30)

Kalbiyle İlgili Endişe Yaşama Durumu	Sayı	%
Kalbiyle İlgili Endişe Yaşama		
Evet	11	36.7
Hayır	19	63.3
Kalbinin Yeni Duruma Uyumu		
Düzenli çalışıyor	16	53.3
Ara sıra rahatsızlık oluyor *	14	46.7
Bacaktaki Ödem		
Olmuyor	11	36.7
Ara sıra oluyor	12	40.0
Sürekli varis çorabı giyiyor	6	20.0
Hiç geçmiyor	1	3.3
Toplam	30	100.0

* Kalp ritm bozukluğu, taşikardi ... vb

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası dönemde kalp ve bacak durumlarına ilişkin ifadeleri **tablo 9'** da verilmiştir.

Hastaların %63.3'ü kalbiyle ilgili endişe yaşamadığını belirtirken, yarıdan fazlası da (%53.3) kalbin ameliyat sonrası düzenli çalıştığını, sorun yaşamadığını ifade etmiştir. Koroner arter bypass ameliyatı sonrası görülen en yaygın komplikasyonlar kalp ritim bozukluğu, taşikardi gibi hastaların kalplerine ilişkin problemlerdir (Bernat 1997). Bizim araştırmamızda da hastaların %46.7'sinin kalpleriyle ilgili problem yaşadıkları belirlenmiştir.

Hastalara bacaktaki ödem durumu sorulduğunda, %40'ı ara sıra ödem olduğunu, %36.7'si olmadığını, %20'si sürekli varis çorabı giydiğini ve %3.3'ü de ödemin hiç geçmediğini belirtmiştir. Safen venin çıkarılmasıyla bacak dolaşımının etkilenmesi sonucu bacakta oluşan ödem, koroner arter bypass sonrası %30 sıklıkta

görülmekte ve 2-3 ay içinde geçmesi beklenmektedir, ancak bu durum %1 oranında kalıcı olabilmektedir (Bazer 1985). Bizim araştırmamızda hastalarımızın %3.3'ünde kalıcı ödem olduğu görülmektedir.

Kalp sadece hayati bir organ değil, aynı zamanda bireyin merkezi olarak da kabul edilir. Kalp ile ilgili bir sorun insana, biyolojik ve psikolojik yapısına bir tehdit yada hayatın zevklerini kaybetme olarak algılanır. Dahası, koroner arter bypass ameliyatı gibi kalp ile ilgili bir işlemten sonra pek çok alanda yaşam tarzı değişikliği yapma zorunluluğunun yanı sıra, hastaların kalplerine ilişkin kardiyak ritim bozukluğu, taşikardi, ödem gibi problemler, hastanın genel durumunu belkide başka hastalıklarda olduğundan daha fazla etkileyecektir (Bernat 1997, Westin ve ark. 1997).Bizim araştırmamızda hastalarda, bu tür komplikasyonların görüldüğu belirlenmiştir.

Tablo 10. Hastaların Ameliyat Sonrası Sıcak ve Soğuktan Etkilenme Durumları (n=30)

Sıcak ve Soğuktan Etkilenme	Sayı	%
Sıcak ve Soğuktan Etkilenmesi		
Evet	18	60.0
Hayır	12	40.0
Toplam	30	100.0
Sıcak ve Soğuktan Etkilenme Durumu (n=18)		
Sıcağa toleransta azalma	7	38.9
Soğuğa toleransta azalma	11	61.1
Toplam	18	100.0

Tablo 10'da hastaların ameliyat sonrası sıcak ve soğuktan etkilenme durumları yer almaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların %60'ı sıcak ve soğuktan etkilenmediğini belirtirken, etkilenenlerin %61.1'i, soğuğa toleransta azalma olduğunu ifade etmiştir.

Hastaların aşırı sıcak ve soğuktan korunmalarının nedeni, aşırı sıcakın periferel vazodilatasyonla kardiyak out-putu düşürmesi, kan viskozitesini azaltması, kapiller permabiliteyi artırması gibi etkileriyle hastayı etkileyebileceği, aşırı soğukun ise, periferel vazokonstriksiyon ile kardiyak out-putta azalma, kan viskozitesinde artma, kan koagülasyonunda artma, doku beslenmesinde azalma gibi etkileriyle kardiyak problemlere neden olabileceğidir. Her iki durum da hastada sempatik aktiviteyi artırarak dolaşım değişikliklerine neden olabilmektedir (Potter ve Perry 1993). Bu nedenlerle, koroner arter bypass ameliyatı sonrasında hastalar aşırı sıcak ve soğuktan korunmalıdırlar. Özellikle bacağa, aşırı sıcak ve buz uygulamalarından kaçınmaları konusunda hastalar bilgilendirilmelidir (Parrinello 1986).

Tablo 11. Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemlerine Göre Ameliyat Kesi Yerinde Karıncalanma, Uyuşma ve Duyu Kaybı Bildirme Durumları (n=30)

Ameliyat Sonrası Dönem	Karıncalanma, Uyuşma ve Duyu Kaybı					
	Olan		Olmayan		TOPLAM	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
6-12 hafta	8	50.0	8	50.0	16	100.0
13-19 hafta	6	66.7	3	33.3	9	100.0
20-26 hafta	1	20.0	4	80.0	5	100.0

* Satır yüzdeleri alınmıştır.

** Yüzelere göre yorum yapılmıştır.

Tablo 11’de hastaların ameliyat sonrası dönemlerine göre ameliyat kesi yerinde karıncalanma, uyuşma ve duyu kaybı bildirme durumları yer almaktadır.

Hastaların ameliyat kesi yerinde karıncalanma, uyuşma ve duyu kaybı bildirme durumlarına bakıldığında, 6-12 hafta arasında olan hastaların %50’si yakınma bildirirken, 13-19 hafta arasındaki hastaların %66.7’si , 20-26 hafta arasında olanların ise %20’si yakınma bildirmiştir.

Hastaların göğüs bölgesinde insizyon yapılarak sinirlerde, kaslarda ve damarlarda kesintiler oluşturulmaktadır. Özellikle sinir sisteminin yenilenmesi yalnızca sinirlerin dendritlerinde olabildiğinden göğüsteki duyu kazanılmaları azalmakta ve ameliyat kesi (insizyon) yerinde karıncalanma, uyuşma ve duyu kaybı olabilmektedir. Tablo 2’de de görüldüğü gibi hastaların %50’sinin bu sorunları yaşadığı görülmektedir. Bu nedenle hastaların bu durumla ilgili de bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

Tablo 12. Hastaların Ameliyat Sonrası Cinsel Yaşamları ile İlgili İfadeleri (n=30)

Cinsel Yaşam	Sayı	%
Cinsel Yaşamda Değişiklik		
Olan	7	23.3
Olmayan	19	63.4
Cevapsız	4	13.3
Toplam	30	100.0
Cinsel Yaşamdaki Sorunlar(n= 7)		
İsteksizlik	3	42.85
Güçsüzlük	1	14.30
Korku	3	42.85
Toplam	7	100.00

Tablo 12'de hastaların ameliyat sonrası cinsel yaşamları ile ilgili ifadeleri yer almaktadır.

Temel kaynaklar da koroner arter bypass ameliyatı geçiren bireylerin post-operatif dönemde, cinsel yaşamlarında değişiklik olduğu vurgulanmaktadır. Bu problemler seksüel deneyimlerde azalma ve ereksiyon problemi olarak belirtilmektedir. (Allen 1990, Duits ve ark 1997) Gundle ve arkadaşları (1980) yaptıkları bir araştırmada, bypass ameliyatı sonrasında hastaların %57-83 oranında seksüel disfonksiyon (impotans) yaşadıklarını belirlemişlerdir.

Bizim çalışmamızda da hastaların yaklaşık %23.3'ünde cinsel yaşamlarında değişiklik olduğu ortaya çıkmış ve bu değişikliklerin de korku , isteksizlik ve güçsüzlük olduğu saptanmıştır. Bu sorunların ortaya çıkmasında, hastalara ameliyat öncesi dönemde ya da taburculuk döneminde ameliyattan sonra cinsel yaşamında değişiklik olabileceği konusunda hastayı yeteri kadar hazırlamama da hastalardaki korku ve endişeye neden olabilir. Toplumumuzda mahrem olarak nitelenen

cinsellik ve cinsel eğitim konusunda hekim ve hemşirelerin hastaya eğitim vermede isteksiz davrandıkları söylenebilir.

Hastaların ameliyat sonrası işe başlama durumlarına da bakılmıştır ve hasta sayısı 9 olduğu için tablo verilmemiştir. Buna göre, hastaların %55.5'i (5 hasta) işe başlamada isteksizlik yaşadığını belirtirken, % 44.5'i (4 hasta) isteksizlik yaşamadığını ifade etmiştir.

Bypass ameliyatının amaçlarından birisi hastaların uygun zamanda işlerine geri dönmeleridir. Literatürde hastaların işe başlamada isteksizlik yaşadıkları belirtilmektedir. Yakınmaların yeniden başlayacağı korkusu ve hastalığın yaşamsal önemi olan bir organla ilgili oluşu gibi nedenlerle kişiler işe başlamada isteksizlik yaşamaktadırlar (Akyolcu ve Akyolcu 1990, Jaarsma 1995, Koca 1998). Aksoy ve arkadaşlarının (1995) yaptıkları "koroner arter bypass cerrahisini takiben işe geri dönüş üzerine hasta algılamasının etkisi" konulu çalışmalarında, hastaların işe geri dönüş ile ilgili algılamalarının, ameliyatı takiben işe geri dönüşleri üzerinde etkisinin bulunduğunu ve aralarında ileri derecede anlamlı bir ilişkinin var olduğunu saptamışlardır.

Bu sorunla başetmede ise, hastalara işe başlama zorunda oldukları hissettirilmemesi, işe dönüşün kademeli olarak gerçekleştirilmesi ve bunun da birkaç haftalık zaman süresini alacağı konusunda hastaların bilgilendirilmesi önerilmektedir (Akyolcu ve Akyolcu 1990). Ayrıca, hastalardaki olası yanlış algılamalara engel olmak amacıyla isteksizliğe neden olan durumlar, hasta ile tartışılarak konuyla ilgili duygu ve düşüncelerini açıklamasına fırsat verilmelidir (Aksoy ve ark. 1995).

Tablo 13. Hastaların Yaşlarına Göre Ameliyat Sonrası Rahatsızlık Bildirme Durumu (n=30)

YAŞ	Ameliyat Sonrası Rahatsızlık					
	Bildiren		Bildirmeyen		TOPLAM	
	Sayı	%*	Sayı	% *	Sayı	%*
30-49 yaş	1	25.0	3	75.0	4	100.0
50-59 yaş	7	50.0	7	50.0	14	100.0
60-69 yaş	1	16.7	5	83.3	6	100.0
70 yaş ve +	2	33.3	4	66.7	6	100.0

* Satır yüzdeleri alınmıştır.

** Yüzelere göre yorum yapılmıştır.

Tablo 13'te hastaların yaşlarına göre ameliyat sonrası rahatsızlık bildirme durumları verilmiştir.

Tabloda hastaların yaş gruplarına kendi içinde bakıldığında, 30-49 yaş grubunda yakınmanın en az (%25) olduğu, ameliyat sonrası rahatsızlık bildirmeyenlerin çoğunluğu oluşturduğu, 50-59 yaş grubunda yakınma bildiren ve bildirmeyenlerin eşitlendiği, en az yakınmanın 60-69 yaş grubunda olduğu görülmektedir.

Bu bulgular bize, 30-49 yaş grubundaki hastaların genç olmaları nedeniyle, ameliyat sonrası rahatsızlıklarla daha etkili başedebilmeleri, ileri yaşlarda koroner arter bypass ameliyatı olmanın ise hastaya sağladığı dolaşım rahatlığı ve yaşama yeniden dönmenin verdiği umut nedeniyle yakınmada bulunmadıklarını düşündürmektedir.

Tablo 14. Hastaların Eğitimlerine Göre Kalpleriyle İlgili Endişe Yaşama Durumları (n=30)

Eğitim	Kalpleriyle İlgili Endişe					
	Yaşayan		Yaşamayan		TOPLAM	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
Yüksekokul/Lise	2	50.0	2	50.0	4	100.0
Ortaöğretim	5	29.4	12	70.6	17	100.0
Okur-Yazar	1	33.3	2	66.7	3	100.0
Okur-Yazar Değil	3	50.0	3	50.0	6	100.0

* Satır yüzdeleri alınmıştır.

** Yüzelere göre yorum yapılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların eğitimlerine göre kalpleriyle ilgili endişe yaşama durumları **tablo 14'** de verilmiştir.

Hastaların eğitimlerine göre kalpleriyle ilgili endişe yaşama durumlarına bakıldığında en fazla sorunu yaşayanların %50 oranıyla yüksekokul/lise ve okur-yazar olmayan grubun oluşturduğu, en az yakınmanın (%29.4) ortaöğretim grubunda olduğu görülmektedir.

Eğitim bireyin bilinçlenmesi, kendi varlığının, sağlığının farkına varması açısından çok önemli bir etkidir. Hastalarımızın koroner arter bypass ameliyatı sonrası kalpleriyle ilgili endişe yaşayıp yaşamamalarında, eğitimle yaratılan bilinç düzeyinin etkili olması beklenmektedir. Yani eğitim düzeyi attıkça, yakınmanın/kaygı düzeyinin de artması durumu ortaya çıkabilir. Diğer bir yandan ise, eğitim düzeyi arttıkça kişinin ameliyatın boyutları ile ilgili bilgilenmesi, durumu kavraması nedeniyle endişelerini giderici olabilir. Araştırma sonuçlarımız bu anlayışı desteklemektedir. Bu nedenle, koroner arter bypass ameliyatı sonrası hastaların yaşam kaliteleri, eğitimleri ile ilgili olarak iki yönlü etkilenebilir.

Tablo 15 ve daha sonrakiler, hastalarımızın koroner arter bypass ameliyatı sonrası yaşam kalitelerinin irdelenmesi ile ilgili tablo ve tartışmalarımızı içermektedir.

Tablo 15. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlar (n=30)

CİNSİYET	YAŞAM KALİTESİ ALANLARI			
	Fonksiyonel Durum $\bar{X} \pm Sx$	Esenlik $\bar{X} \pm Sx$	Genel Sağlık Anlayışı $\bar{X} \pm Sx$	Global Yaşam Kalitesi $\bar{X} \pm Sx$
Kadın	33.50 \pm 10.50	54.00 \pm 26.00	62.50 \pm 2.50	44.00 \pm 11.00
Erkek	34.96 \pm 5.25	47.75 \pm 4.00	52.85 \pm 4.80	42.78 \pm 4.55

* Puanlara göre yorum yapılmıştır.

** Kadın hastaların sayısı az olduğu için Mann Whitney U Testi yapılamamıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların, cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar **tablo 15'** de verilmiştir.

Hastaların cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar incelendiğinde, bayan hastaların esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi ortalama puanları yüksek bulunurken, erkek hastaların fonksiyonel durum alanından aldıkları puanların yüksek olduğu belirlenmiştir. Koroner arter bypass ameliyatı olan kadınların sayılarının her geçen gün artmasına rağmen, bu konuda yapılan araştırmaların yarısında kadınlar ele alınmamıştır. Bu nedenle kadınlara ilişkin bulgulara sıklıkla rastlanmamaktadır. Bizim araştırmamızda da iki kadın hasta yer almaktadır (Duits ve ark. 1997) (EK-5).

Bu konuda yapılan sınırlı sayıdaki araştırmalarda, kadın hastaların yaşam kalitesi ortalama puanlarının erkek hastalara göre daha düşük olduğu yada iki cins arasında anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmektedir (Kaçar 1995, Şahin 1996,

Durademir 1999, Eski 1999). Dracup ve arkadaşlarının ileri kalp yetmezlikli hastaların yaşam kaliteleri üzerine yaptıkları çalışmalarında, cinsiyete göre dağılımda hastalar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Durademir 1999). Kaçar'ın yaptığı (1995), düzenli hemodiyaliz tedavisi gören hastalara uygulanan eğitimin yaşam kalitesine etkisi konulu araştırmasında cinsiyete göre hastaların yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Şahin (1996) ve Eski'nin (1999) yaptıkları araştırmalarda ise, kadın hastaların yaşam kalitesi ortalama puanlarının erkek hastalara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ancak bizim araştırmamızda bu puanların daha yüksek olduğu görülmektedir. Bizim araştırmamızdaki kadın hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların daha yüksek olmasının nedeni, ev ve ev dışında çalışmak zorunda olmamaları ve sorunlarını daha rahat paylaşabilmeleri olabilir.

Tablo 16. Hastaların Yaşlarına Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlar (n=30)

HASTA YAŞI	YAŞAM KALİTESİ ALANLARI			
	Fonksiyonel Durum $\bar{X} \pm Sx$	Esenlik $\bar{X} \pm Sx$	Genel Sağlık Anlayışı $\bar{X} \pm Sx$	Global Yaşam Kalitesi $\bar{X} \pm Sx$
30-49 yaş	49.25 ± 11.27	47.75 ± 15.71	48.75 ± 10.60	46.75 ± 10.56
50-59 yaş	32.53 ± 7.72	47.71 ± 5.37	37.90 ± 6.73	49.64 ± 6.73
60-69 yaş	40.50 ± 12.40	57.33 ± 10.76	68.33 ± 7.95	73.33 ± 3.27
70 yaş ve +	25.08 ± 8.96	40.33 ± 5.71	34.00 ± 12.28	34.08 ± 7.41
Sonuç	KW = 1.637 p > 0.05	KW = 0.653 p > 0.05	KW = 5.241 p < 0.05	KW = 4.499 p > 0.05

Tablo 16'da hastaların yaşlarına göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar yer almaktadır.

Hastaların 70 ve üzeri yaş grubu dışında fonksiyonel durumla ilgili yaş grupları arasındaki ortalama puanlar, birbirlerine yakın çıkmıştır, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlarda ise en yüksek ortalama puan 60-69 yaş grubunda ortaya çıkmaktadır.

Fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi alanına ilişkin hastaların aldıkları puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmazken ($p > 0.05$), genel sağlık anlayışına ilişkin ortalama puanlar arasındaki fark önemli çıkmıştır ($p < 0.05$), bu farkı yaratan yaş grubu ise 60-69 yaş grubudur.

Tabloda, 70 ve üzeri yaş grubunda fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi ortalama puanlarının düşük olduğu görülmektedir. Bergner (1989) ilerleyen yaşla birlikte fiziksel yetersizliklerin meydana geldiğini ve bu durumun da emosyonel doyumu ve genel olarak yaşam kalitesini etkilediğini belirtmektedir. İlerleyen yaş (yaşlılık) aynı zamanda KAH yamı sıra vücut genelinde tüm olarak fiziksel yetersizliklere neden olmakta ve bu nedenle bireyin yaşam kalitesini azaltmaktadır (Lewis ve ark 1996). Chocron ve arkadaşları 70 yaş ve üzerindeki hastalarda, koroner arter bypass ameliyatı sonrası üçüncü ayda diğer yaş gruplarındaki hastalara göre daha az gelişmiş yada daha düşük yaşam kalitesi skoru belirlemişlerdir (Duits ve ark. 1997).

Bizim araştırmamızda 70 yaş ve üzerindeki hastaların yaşam kalitesi ortalama puanlarının düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 17. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlar (n=30)

EĞİTİM DURUMU	YAŞAM KALİTESİ ALANLARI			
	Fonksiyonel Durum $\bar{X} \pm S_x$	Esenlik $\bar{X} \pm S_x$	Genel Sağlık Anlayışı $\bar{X} \pm S_x$	Global Yaşam Kalitesi $\bar{X} \pm S_x$
Lise/Yüksekokul	41.25 ± 12.02	56.00 ± 13.77	57.50 ± 14.93	47.00 ± 15.48
Ortaöğretim	39.44 ± 7.50	51.35 ± 5.20	56.76 ± 5.99	47.76 ± 5.73
Okur-Yazar	23.00 ± 0.25	67.50 ± 12.50	63.75 ± 1.25	52.50 ± 2.50
Okur-Yazar Değil	20.07 ± 5.53	30.42 ± 2.32	40.35 ± 9.15	25.85 ± 5.82
Sonuç	KW = 2.059 P > 0.05	KW = 8.352 P < 0.05	KW = 2.587 P > 0.05	KW = 4.747 P < 0.05

Araştırma kapsamına alınan hastaların eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar **tablo 17'**de görülmektedir.

Hastaların eğitim durumlarına göre, esenlik ve global yaşam kalitesi alanına ilişkin puanları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunurken ($p < 0.05$), fonksiyonel durum ve genel sağlık anlayışı alanına ilişkin alınan puanlar arasındaki fark ise istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Okur-yazar olmayan grupta fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların düştüğü görülmektedir. Bu durum, okur-yazar olmayan hastaların yapılan ameliyat ve sonuçları ile ilgili yeterince bilinçli olmamaları nedeniyle, daha fazla beklentiye sahip olmayışları olarak açıklanabilir. Ayrıca, bu grubun çoğunluğunu yaşlı (70 yaş ve üstü) hastalar oluşturmaktadır. Daha önce de belirtildiği gibi, yaşın ilerlemesi fiziksel yetersizliklerin oluşmasına dolayısıyla kişinin yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir.

Bizim araştırmamızda bu konuda yapılan araştırmalardan farklı olarak, okur-yazar olan gruptaki hastaların esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların daha yüksek olduğu görülmektedir (şahin 1996, Durademir 1999, Eski 1999). Bu grubun fonksiyonel durum dışındaki diğer yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların yüksek olmasının nedeni, koroner arter bypass ameliyatı öncesi hastada var olan hastalığın semptomlarından kurtulmanın verdiği rahatlık ve mutluluk olabilir. Çünkü, hastaların fonksiyonel durum alanından aldıkları ortalama puanlar düşüktür. Bu durum, fiziksel kapasitenin azalması nedeniyle olabilir.

Ortaöğretim ve lise/yüksekokul mezunu olan hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların birbirine yakın olduğu görülmektedir. Bu gruplardaki hastaların esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların okur-yazar olan hastalara göre daha düşük olmasının nedeni, taburculuk öncesi verilen eğitimin bireylerin sağlık anlayışını etkileyebileceği ve yaşam kalitesini değiştirebileceğidir. Eğitimli kişilerin sağlıklarını koruma ve sürdürmede daha fazla çaba harcamaları, kendi sağlıklarına ilişkin daha fazla bilgi ve beklentiye sahip olmalarının da yaşam kalitesinin düşmesinin nedeni olarak düşünülebilir. Durademir (1999) kronik kalp yetmezlikli hastaların yaşam kalitesini araştırdığı çalışmasında, bizim çalışmamızdaki bulguların aksine eğitim düzeyinin artmasıyla hastalığa uyumun arttığını ve bu durumun da yaşam kalitesini arttırdığını belirtmektedir.

şahin'in (1996) bypass ameliyatı geçiren hastaların sağlık statülerini algılamaları üzerine yaptığı araştırmasında, eğitim düzeyleri ilkokul ve altı olan hastaların fiziksel fonksiyonlarının, fiziksel rol sınırlamalarının, ağrılarının, genel sağlık algılamalarının ve duygusal rol sınırlamalarının, eğitim düzeyi ortaokul ve üstü olan hastalardan daha kötü ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmektedir.

Tablo 18. Hastaların Mesleki Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlar (n=30)

MESLEKİ DURUM	YAŞAM KALİTESİ ALANLARI			
	Fonksiyonel Durum $\bar{X} \pm Sx$	Esenlik $\bar{X} \pm Sx$	Genel Sağlık Anlayışı $\bar{X} \pm Sx$	Global Yaşam Kalitesi $\bar{X} \pm Sx$
Ev Hanımı	33.50 ± 10.50	54.00 ± 26.00	62.50 ± 2.50	44.00 ± 11.00
İşçi	29.00 ± 7.33	29.33 ± 7.44	34.16 ± 10.83	28.66 ± 2.33
Memur	45.00 ± 2.50	60.50 ± 27.50	65.00 ± 0.00	42.50 ± 3.25
Emekli	36.88 ± 6.62	51.82 ± 4.05	61.91 ± 4.99	48.76 ± 4.68
Serbest	39.33 ± 13.50	41.16 ± 11.43	32.50 ± 12.50	33.00 ± 13.91

* Puanlara göre yorum yapılmıştır.

Tablo 18’de hastaların mesleki durumlarına göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar verilmiştir.

Tablonun değerlendirilmesinde, hastaların mesleki durumlarına göre gelirleri ve sosyal yaşamları dikkate alınarak açıklama yapılmıştır. Buna göre, global yaşam kalitesi ortalama puanları en yüksek olan grup emekli, en düşük olan grup ise işçidir. İşçilerin fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların düşük olmasının nedeni, yakınmaların yeniden başlayacağı korkusu ve işlerinin fiziksel güçle yapılması ve sonuçta ekonomik yetersizlikler olarak açıklanabilir. Allen’in (1990) yaptığı literatür araştırmasında, ameliyat sonrası göğüs ağrısının (insizyonel ağrı veya angina pectoris) yeniden başlayacağı korkusuyla, hastalarda çalışırken bulunduğu aktivitede dikkatli olma yada sakınma eğilimi olduğunu belirlemiştir. Aynı çalışmada, incelenen araştırmaların %80’inde koroner arter bypass ameliyatı sonrasında, hastaların fiziksel ve fonksiyonel kapasitelerinde %80 azalma olduğu, %20’sinde ise fiziksel ve fonksiyonel kapasitenin değişmediği yada düzeldiği saptamıştır.

Emeklilerin belirli bir gelir garantilerinin olması nedeniyle, global yaşam kalitesi ortalama puanları daha yüksek bulunmuş olabilir. Memurların fonksiyonel durum, esenlik ve genel sağlık anlayışı ortalama puanlarının en yüksek olmasının nedeni ise, düzenli bir işe ve gelire sahip olmaları, kendilerini devlet güvencesinde hissetmeleri ve diğer gruplara göre daha fazla sosyal etkinliklerde bulunmaları olabilir.

Tablo 19. Hastaların Ameliyat Olma Sürelerine Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlar (n=30)

AMELİYAT OLMA SÜRESİ	YAŞAM KALİTESİ ALANLARI			
	Fonksiyonel Durum $\bar{X} \pm Sx$	Esenlik $\bar{X} \pm Sx$	Genel Sağlık Anlayışı $\bar{X} \pm Sx$	Global Yaşam Kalitesi $\bar{X} \pm Sx$
6-12 hafta	31.71 \pm 6.20	43.18 \pm 4.66	56.09 \pm 5.89	40.56 \pm 5.57
13-19 hafta	36.50 \pm 10.33	52.44 \pm 8.50	43.05 \pm 10.40	41.22 \pm 9.34
20-26 hafta (6 ay)	42.00 \pm 13.63	56.40 \pm 10.54	64.00 \pm 7.44	50.00 \pm 9.74
Sonuç	KW=0.374 P > 0.05	KW=1.559 P > 0.05	KW=2.385 P > 0.05	KW=0.700 P > 0.05

Tablo 19'da hastaların ameliyat olma sürelerine göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar görülmektedir.

Hastaların ameliyat olma sürelerine göre fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesinden aldıkları ortalama puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Ameliyatın üzerinden daha uzun zaman geçtikçe, hastaların bypasslı yaşama uyumda da gelişme/iyileşme olması beklenir. Hastaların fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alanlarına ilişkin aldıkları ortalama puanlar bu görüşü desteklemektedir. Ameliyat süresi 6-12 hafta arasında olan hastaların fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar düşük bulunurken, ameliyat süresi 13-19 hafta arasında olanların

genel sağlık anlayışı alanından aldıkları ortalama puanların diğer gruplara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Ameliyat olma süresi 6-12 hafta arasında olan hastaların ameliyat olma ve hastanede yatma stresinden kurtulmanın verdiği rahatlık nedeniyle genel sağlık anlayışı ortalama puanı artmış olabilir.

Ameliyat süresi 20-26 hafta arasında olan hastaların yaşam kalitesi alanlarından yüksek puan almalarının nedeni, ameliyata ve ameliyat sonrası yaşam değişikliklerine uyum sağlamaları olabilir. Westin ve arkadaşları (1997) bypass ameliyatından sonra yaşam kalitesindeki gelişmenin zamanla olduğunu ve ameliyattan bir yıl sonrasına kadar olumsuz etkilenimler olabileceğini belirtmektedir. Ayrıca Fitzgerald ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada ise, koroner arter bypass ameliyatı sonrası sekizinci ayda, ilk aylara göre hastalarda daha yüksek bir yaşam kalitesi skoru belirlemişlerdir (Duits ve ark. 1997).

Bu veriler bizim araştırmamızı desteklemektedir.

Tablo 20. Hastaların Çalışma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlar (n=30)

ÇALIŞMA DURUMU	YAŞAM KALİTESİ ALANLARI			
	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
	$\bar{X} \pm Sx$	$\bar{X} \pm Sx$	$\bar{X} \pm Sx$	$\bar{X} \pm Sx$
Çalışan	40.22±7.62	59.11±6.92	68.61±2.50	52.55±6.80
Çalışmayan	32.57±6.28	43.47±4.51	47.02±5.82	38.71±5.21
Sonuç	P = 0.349 P > 0.05	P = 0.086 P > 0.05	P = 0.028 p < 0.05	P = 0.063 P > 0.05

Hastaların çalışma durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar **Tablo 20**'de görülmektedir.

Tabloda çalışma durumuna göre, grupların fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunurken ($p > 0.05$), genel sağlık anlayışı alanına ilişkin alınan puanlar arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p < 0.05$).

Çalışmamızda çalışan hasta sayısı 9'dur ve toplam hastaların %30'unu oluşturmaktadır. Çalışmayan grupta, fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların düştüğü görülmektedir. Çalışma yaşamı insanı toplum içinde tutmakta ve bireyin işe yaramasını sağlamaktadır. Koroner arter bypass ameliyatından sonra çalışmayan ve çoğu da yaşlı olan hastalar, sosyal çevrelerinden uzaklaşmakta ve üretici konumlarını kaybetmektedirler. Bu durum çalışmayan hastalarda anksiyeteye, depresyona, yalnızlığa ve ekonomik sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Jenkins bir araştırmasında, koroner arter bypass ameliyatı sonrası hastaların 1/5'inin gelirlerinde %25 azalma olduğunu saptamıştır (Akyolcu ve

Akyolcu 1990, Allen 1990, Duits ve ark. 1997). Ameliyat sonrası bu tür problemlerle karşılaşmak, hastanın yaşam kalitesini azaltan bir faktördür.

Eski'nin (1999) MI geçiren bireylerin yaşam kaliteleri üzerine yaptığı araştırmasında, tam gün çalışan hastaların fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi ortalama puanlarının yarım gün/belirli saatlerde çalışan ve çalışmayan hastaların ortalama puanlarından daha yüksek olduğunu belirlemiştir.

Bu veriler bizim araştırmamızın verileriyle paralellik göstermektedir.

Tablo 21. Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Eğitim Alma Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlar (n=30)

EĞİTİM ALMA DURUMU	YAŞAM KALİTESİ ALANLARI			
	Fonksiyonel Durum $\bar{X} \pm S_x$	Esenlik $\bar{X} \pm S_x$	Genel Sağlık Anlayışı $\bar{X} \pm S_x$	Global Yaşam Kalitesi $\bar{X} \pm S_x$
Eğitim Alan*	37.16 ± 5.24	49.44 ± 4.17	56.75 ± 4.29	45.11 ± 4.48
Eğitim Almayan	14.16 ± 7.81	36.66 ± 12.01	24.16 ± 7.21	22.66 ± 8.87
Sonuç	P = 0.126 P > 0.05	P = 0.350 P > 0.05	P = 0.041 P < 0.05	P = 0.100 P > 0.05

* Kapsamlı eğitim alan hasta sayısı az olduğu için, eğitim alan hastaların grubuna dahil edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası dönemde eğitim alma durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar **Tablo 21**'de verilmiştir.

Hastaların eğitim alma durumlarına göre grupların fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunurken ($p > 0.05$), genel sağlık anlayışı alanından alınan ortalama puanlar önemli bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tabloda, eğitim alan grubun fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların yüksek olduğu görülmektedir. Dracup ve arkadaşları (1995) kalp problemi olan hastalarda bilgilendirme ve eğitimin hastanın prognozunu olumlu etkilediğini belirtmektedir. Ayrıca taburculuk eğitimi verilen hastaların iyileşme süreçlerinin hızlandığı, öz-bakım yeteneklerinin gelişmesine paralel olarak, kendilerine güvenlerinin arttığı, hastaneye veya polikliniğe tekrarlı başvuruların azaldığı belirtilmektedir. Ayrıca, verilen eğitim hastanın stresinin azaltılmasında da etkilidir. Bu durum, beraberinde yaşam kalitesindeki iyileşmeyi de getirmektedir (Grady ve ark. 1988, Dracup ve ark. 1995).

Bizim araştırma sonuçlarımız bu verilerle paralellik göstermekte ve eğitim verilen hastaların yaşam kalitelerinin geliştiği görülmektedir.

Tablo 22. Hastaların Ameliyat Oldukları Hastaneye Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlar (n=30)

AMELİYAT OLUNAN YER	YAŞAM KALİTESİ ALANLARI			
	Fonksiyonel Durum $\bar{X} \pm Sx$	Esenlik $\bar{X} \pm Sx$	Genel Sağlık Anlayışı $\bar{X} \pm Sx$	Global Yaşam Kalitesi $\bar{X} \pm Sx$
Sivas C. Ü.	27.85 ± 7.82	47.33 ± 6.00	45.00 ± 7.09	38.33 ± 5.84
Kayseri E. Ü.	39.52 ± 7.81	48.72 ± 5.36	59.16 ± 5.55	45.88 ± 6.00
Sonuç	P = 0.185 P > 0.05	P = 0.983 P > 0.05	P = 0.104 p > 0.05	P = 0.346 P > 0.05

Tablo 22'de hastaların ameliyat oldukları hastaneye göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı görülmektedir.

Hastaların ameliyat oldukları yere göre fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tabloda, E.Ü. Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesi'nde ameliyat olan hastaların fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların daha yüksek olduğu görülmektedir. Bypass ameliyatı olan hastaların yaş ortalamasının Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesi'nde daha düşük olduğu bulunmuştur. Bunun nedeni, Kayseri ilinin bir sanayi şehri oluşu nedeniyle, nüfusunun fazla, iş alanının çok ve yaşam biçiminin stresli olması hastalığa yakalanma riskini artırabileceği olabilir. Ayrıca, hastaların eğitim düzeylerinin yüksek olmasının da yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği düşünülebilir. C.Ü. Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde açık kalp ameliyatı 1999 yılından sonra yapılmaya başlanmıştır ve ameliyat olan hastaların çoğu yaşlı bireylerdir, yaşlılık daha öncede tartışıldığı gibi yaşam kalitesini azaltan önemli bir faktördür.

Yaşam kalitesi subjektiftir ve içeriği spesifiktir. Bu nedenle, yaşam kalitesi zaman, yer ve durumdan etkilenir (Dale 1995). Bizim araştırmamızda da farklı yerlerde ameliyat olan hastaların yaşam kalitesi puanlarının farklı ve fakat aradaki farkın önemsiz olduğu bulunmuştur.

Tablo 23. Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Kalplerine İlişkin İfadelerine Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlar (n=30)

HASTA İFADELERİ	YAŞAM KALİTESİ ALANLARI			
	Fonksiyonel Durum $\bar{X} \pm Sx$	Esenlik $\bar{X} \pm Sx$	Genel Sağlık Anlayışı $\bar{X} \pm Sx$	Global Yaşam Kalitesi $\bar{X} \pm Sx$
Kalbiyle İlgili Endişe Yaşama				
Evet	29.63 ± 7,40	42.00 ± 7.39	38.63 ± 8.19	34.45 ± 6.16
Hayır	37.89 ± 6,53	51.73 ± 4.48	62.10 ± 4.32	47.73 ± 5.55
Sonuç	P = 0.620 P > 0.05	P = 0.161 p > 0.05	P = 0.020 p < 0.05	P = 0.155 P > 0.05
Sıcaktan ve Soğuktan Etkilenme				
Evet	33.38 ± 6.46	43.38 ± 5.39	49.02 ± 6.00	38.72 ± 5.46
Hayır	37.08 ± 7.89	55.33 ± 5.23	60.20 ± 6.56	49.08 ± 6.76
Sonuç	P = 0.816 P > 0.05	P = 0.900 p > 0.05	P = 0.351 p > 0.05	P = 0.270 P > 0.05
Ameliyat Kesi Yerinde Karıncalanma,Uyuşma , Duyu Kaybı Olması				
Evet	30.20 ± 6.97	48.33 ± 5.10	52.16 ± 6.31	39.40 ± 5.96
Hayır	37.83 ± 7.33	48.00 ± 6.20	55.33 ± 7.04	46.33 ± 6.22
Sonuç	P = 0.436 P > 0.05	P = 0.775 p > 0.05	P = 0.683 P > 0.05	P = 0.512 P > 0.05

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası dönemde kalplerine ilişkin ifadelerine göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar tablo 23'te verilmiştir.

Hastaların kalbiyle ilgili endişe yaşama durumuna göre, grupların fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunurken ($p > 0.05$), genel sağlık anlayışı alanından aldıkları ortalama puanlar önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Tabloda, kalbiyle ilgili endişe yaşayan hastaların tüm yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların endişe yaşamayan hastalara göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların sıcaktan ve soğuktan etkilenme durumlarına göre, fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$). Tablo incelendiğinde, sıcaktan ve soğuktan etkilenmeyen hastaların tüm yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların yüksek olduğu görülmektedir. Bu nedenle hastaların herhangi bir dolaşım sorunu (hipotansiyon/hipertansiyon) yaşamamaları için taburculuk öncesi konuyla ilgili bilgilendirilmeleri yerinde olacaktır.

Ameliyat kesi (insizyon) yerinde karıncalanma, uyuşma ve duyu kaybı olma durumuna göre hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$). Ameliyat kesi yerinde problem yaşamayan hastaların fonksiyonel durum ve global yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların yüksek, diğer alanlardaki ortalama puanların ise eşit olduğu görülmektedir.

Yaşam kalitesi kavramı, bireylerin kendilerini nasıl hissettikleri ve günlük yaşam aktivitelerini nasıl ve ne yeterlilikte yerine getirdikleri ile ilgili olarak kullanılan bir kavramdır ve çok boyutlu (fiziksel, hastalık ya da tedavi ile ilgili, psikolojik ve sosyal boyut) bir yapıdır. Bu boyutları etkileyen her olumsuz durum yaşam kalitesini de önemli derecede bozmaktadır. Koroner arter bypass ameliyatı olan hastalardaki bu olumsuz durumlar, kalbiyle ilgili endişe yaşama, sıcaktan ve

soğuktan etkilenme ve ameliyat kesi yerinde problem yaşama gibi durumlardır (Ganz 1994, Şahin 1996).

Hastalara uygulanan tedavi etkili olsa bile, hastaların problemlerine dikkat etmek önemlidir. Çünkü, hastalar problemleri değerlendirir, tedavi hastanın kendini kötü hissetmesine neden olursa, hasta tedaviyi kabul etmeyebilir. Bu nedenle, hastaların yaşadıkları problemlerin yaşam kalitesine etkisini bilmek önemlidir (Banta 1993). Araştırma sonucunda, bu olumsuz durumların hastaların yaşam kalitesini etkilediği belirlenmiştir.



6. SONUÇLAR

Bu araştırma, koroner arter bypass ameliyatı olan hastaların yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Koroner arter bypass ameliyatı, bireyin tüm bedenini etkileyen büyük bir ameliyat olması nedeniyle, hastaların yaşam kaliteleri etkilenmekte ve ameliyat sonrası yaşamlarında önemli değişiklikler yapılması gerekmektedir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar, ameliyat sonrası hastaların yaşam kalitelerinin yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, ameliyat olunan hastane, post-operatif dönemin süresi, kişinin çalışma durumu, ameliyat sonrası dönemde kendisine verilen (taburculuk sonrası) eğitim ve post-operatif dönemde ortaya çıkan sorunlar (problemler) gibi durumlardan etkilendiği belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlarda,

1- Hastaların demografik özelliklerine göre, çoğunluğu erkek (%93.3), orta yaş grubunda (%46.7), ortaöğretim mezunu (%56.7), emekli (%56.6) ve çalışmayan (%70), herhangi bir uğraş/hobisi bulunmayan (%63.3), aile/eşiyle yaşamakta (%96.7) olduğu ve koroner arter bypass ameliyatını, çoğunluğun (%60) Kayseri Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesi'nde geçirdiği (Tablo-1),

2- Çoğunluğu (%63.3) ameliyat sonrası rahatsızlık bildirmezken, rahatsızlık bildirenlerin kalp ritim bozukluğu, hipertansiyon ve ağrı (%27.3), solunum sıkıntısı (%18.2), halsizlik ve enfeksiyon (%9.1) yaşadıkları, ameliyat kesi (insizyon) yerinde karıncalanma, uyuşma ve duyu kaybı bildirenlerin tüm hastaların %50'si olduğu (Tablo-2),

3- Ameliyat sonrası dönemde (taburculuk öncesi) günlük yaşamları ile ilgili eğitim/bilgi alanların %83.3 olduğu ve bu bilgiyi %92.6'sının anladığını ifade ettiği, bilgilerin kendilerine hekimler tarafından verildiği (%63), %55.6'sının da bu bilgiyi yeterli bulduğu belirlenmiştir (Tablo-3),

4- Hastalara verilen eğitim konularının ilaç ve diyet, kontrole gelme zamanı, egzersiz/aktiviteye başlama, günlük yaşamı düzenleme, işe ne zaman başlayacağı ve hekime bildirilmesi gereken durumlar konusunda olduğu, eğitimi yetersiz bulan hastaların %83.3'ünün verilen bilgileri eksik bulduğu, bu hastaların kendilerine açıklayıcı broşür ve günlük yaşamı düzenleme ile ilgili eğitim verilmesini istedikleri belirlenmiştir (Tablo-4),

5-Post-operatif dönemde yemekten zevk alan hastaların çoğunluğu (%70) oluşturduğu, iştahında azalma olup belirli yiyecekleri yiyebilenlerin ise %43.3'e ulaştığı, ameliyat sonrası kilo alanlar ile kilo kaybedenlerin birbirine yakın sayıda (%36.7, %33.3) olduğu belirlenmiştir (Tablo-5).

6- Gece ara sıra uykusundan uyandığını ifade edenlerin %46.7 olduğu, hastaların %53.3'ünün hastalığı ile ilgili ilaç almaktan hoşlanmadığı, ilacını almayı hiçbir zaman unutmadığını ifade edenlerin de %56.7 olduğu ortaya çıkmıştır (Tablo-6).

7- Araştırmaya katılan hastaların%56.6'sının barsak boşaltımında problemi olmazken, problem yaşayanların sık-sık ve ara-sıra ishal ve kabız olduklarını (%43.4) ifade ettikleri, ayrıca idrar yapmada yanma ve ağrı yakınmaları (%13.3) ile sık idrara (%13.3) çıkma sorunu olanların birbirine eşit olduğu (Tablo-7),

8- Sık idrara çıkma sorununun 30-49 yaş grubunda %50 yoğunlukta olduğu, idrara çıkmada sorun yaşamayanların 50-59 yaş grubunda %86, 60 yaş ve üstü grupta ise %72 olduğu saptanmıştır (Tablo-8).

9-Post-operatif dönemde kalbiyle ilgili endişe yaşayanların, hastaların yaklaşık 1/3'ünü oluşturduğu, bu endişeyi ara-sıra rahatsızlık oluyor şeklinde ifade ettikleri ve bacağına ödem gelişip varis çorabı giyenlerin de %23.3 kadar olduğu belirlenmiştir (Tablo-9).

10-Hastaların post-operatif dönemde soğuga ve sığağa karşı toleranslarının azaldığı (%38.9-%61.1) (Tablo-10).

11- Ameliyat kesi (insizyon) yerinde karıncalanma, uyuşma ve duyu kaybı yaşamanın 6-26 hafta arasında da devam ettiğı ancak, en yoğun olarak 13-19'uncu haftalar arasında yaşandığı (%66.7) belirlenmiştir (Tablo-11).

12- Bypass ameliyatı olan hastaların %63.4'ünün cinsel yaşamlarında değışiklik olmadığı, değışiklik yaşayanların %42.85'inde isteksizlik ve korku olduğu, bu hastaları da erkek hastaların oluşturduğu (Tablo-12).

Araştırmaya katılan ve çalışan hastaların %55.5'inin işe başlamada isteksizlik yaşadığı saptanmıştır .

13-30-49 yaş grubundaki hastalarda ameliyat sonrası rahatsızlığın en az olduğu, 50-59 yaş grubunda yakınma bildiren ve bildirmeyenlerin eşitlendiğı, en az yakınmanın 60-69 yaş grubunda olduğu saptanmıştır (Tablo-13).

14-Eğitimi yüksekokul/lise olanlar ile okur-yazar olmayan grupta olan hastaların %50 yoğunlukta kalpleri ile ilgili endişe yaşadığı, ortaöğretim grubundaki hastaların %70.6'sının, okur-yazar grubundaki hastaların da %66.7'sinin endişe yaşamadığı bulunmuştur (Tablo-14).

Hastalarda post-operatif dönemdeki yaşam kaliteleri ile ilgili olarak elde edilen verilere göre,

15 Araştırmaya katılan bayan hastaların esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi ortalama puanlarının erkek hastalara göre yüksek bulunduğu (Tablo-15),

16- Hastaların yaşlarına göre, fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi alanına ilişkin aldıkları puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmazken ($p > 0.05$) ve genel sağlık anlayışına ilişkin ortalama puanlar

arasındaki farkın önemli ($p < 0.05$), puanlar arasındaki farkın 60-69 yaş grubunda olduğu (Tablo-16),

17-Hastaların eğitim durumlarına göre, esenlik ve global yaşam kalitesi alanına ilişkin ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli ($p < 0.05$), fonksiyonel durum ve genel sağlık anlayışı alanına ilişkin alınan puanlar arasındaki fark ise istatistiksel olarak önemsiz ($p > 0.05$), esenlik ve genel sağlık anlayışı puanlarının en yüksek olarak yalnızca okur-yazar grupta olduğu (Tablo-17).

18-Mesleki durumlarına göre ise, işçilerin fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların düşük, memurların fonksiyonel durum, esenlik ve genel sağlık anlayışı alanından aldıkları ortalama puanların diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo-18).

19-Ameliyat olma sürelerine göre de fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesinden aldıkları ortalama puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz ($p > 0,05$), yaşam kalitesi ile ilgili her dört boyutun değerlerinde 20-26 hafta arasında artış gösterdiği kaydedilmiştir (Tablo-19).

20- Çalışma durumunun yaşam kalitesini olumlu etkilediği ve çalışan grubun yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların yüksek olduğu (Tablo-20).

21-Post-operatif dönemde taburculuk öncesinde, hastaya eğitim vermenin yaşam kalitesi puanlarını artırdığı (Tablo-21).

22- Kayseri Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesi'nde ameliyat olanların yaşam kalitesi puanlarının yüksek çıktığı ancak, Kayseri'de ameliyat olan hastaların yaşlarının da Sivas'takilere göre daha genç olduğu (Tablo-22)

23- Ameliyat sonrası kalbiyle ilgili endişe yaşayan hastaların her dört yaşam kalitesi alanından aldıkları puanların endişe yaşamayanlara göre daha düşük olduğu,

Sıcaktan ve soğuktan etkilenen hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların düşük olduğu,

Ameliyat kesi (insizyon) yerinde karıncalanma, uyuşma ve duyu kaybı olanların yaşam kalitesi puanlarında düşme olduğu bulunmuştur (Tablo-23).

Araştırmamızda, koroner arter bypass ameliyatı olan hastaların yaşam kalitelerinin etkilenmesine ve yaşam biçimlerinin değişmesine karşın bu etkilenim ve değişimlerin, yoğun olarak varsayılandan daha az olduğu ve hastalarımızın post-operatif dönemde yeni durumlarına çoğunlukla uyum sağlayabildikleri ortaya çıkmıştır.

Sonuç olarak, koroner arter bypass ameliyatı geçirmiş olan hastalar,

- yeni yaşamlarına uyum sağlayabilirler,
- ameliyat komplikasyonlarını önlerler,
- ilaçlarını yeterince düzgün alırlar,
- risk faktörlerini elimine ederler ve
- ameliyat sonrası yaşamları konusunda yeterince bilgi ve fikir sahibi olurlarsa,

daha mutlu ve uzun bir yaşama kavuşabilirler.

7. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre getirilen öneriler,

Hemşirelerin,

1-Koroner arter bypass ameliyatı olmuş hastaların yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri (cinsiyet, yaş, eğitim, mesleki durum, eğitim alma, kalbiyle ilgili endişe yaşama gibi) dikkate alarak bakım vermeleri,

2- Koroner arter bypass ameliyatına yönelik planlı eğitimin, hastanın yaşam kalitesine etkisi hakkında bilgilendirilmeleri ve yaşam kalitesini geliştirme bakım amaçları arasında yer almasının gerekliliği hakkında paylaşımlarının artırılması,

3- Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Servis ve Polikliniklerinde sağlık ekibi içerisinde hemşirenin de yer alarak, koroner arter bypass ameliyatı sonrası yeni yaşama uyum döneminde diyet, egzersiz, günlük yaşamı düzenleme, işe başlama, stresle başetme, ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonlarla ilgili konularda hastaya eğitim ve danışmanlık programlarını mutlaka düzenlenmeleri,

4-Araştırmacının rehberliğinde, hasta ve ailesine yönelik koroner arter bypass ameliyatı ve hastaların dikkat etmeleri gereken konuları içeren bir eğitim broşürünün hazırlanması,

5-Hazırlanan broşürlerin öncelikle hastane ortamında yüz yüze verildikten sonra çoğaltılarak Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Servisleri'nde koroner arter bypass ameliyatı olan hastalara verilmesi,

6-Koroner arter bypass ameliyatı olan hastaların sayısı gittikçe atmakta olduğundan, toplumumuzun konu ile ilgili bilgilendirilip, bilinçlendirilmesi amacıyla yazılı ve görsel basının konuya ilgi göstermesi ve yayın yapması,

7-Özellikle post-operatif erken komplikasyonları yakalamak, hasta ve ailesinin endişelerini azaltmak için ev ziyareti veya telefonla danışma hattı kurulması,

8-Bu çalışmanın hastanın özellikle sigara içme durumu, aktivitesi, eski ve edinmesi gereken yeni alışkanlıkları arasında uyum sağlaması konusu da dikkate alınarak daha büyük bir popülasyonda tekrarlanması önerilmiştir.



8. ÖZET

Bu araştırma, koroner arter bypass ameliyatı olan hastaların post-operatif dönemde yaşam kalitelerinin ne kadar değiştiğini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

15 Aralık 1999-Ekim 2000 tarihleri arasında yapılan araştırmanın evrenini, Sivas ili Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri, Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Kayseri ili Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesi Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Servislerinde son altı ay ile altı hafta önce açık kalp ameliyatı olan hastalar oluşturmuştur. Hastaların post-operatif dönemde yaşam biçimine uyumları için en az altı hafta geçmesi gerektiğinden örneklem kapsamına son altı ay ile altı hafta önce koroner arter bypass ameliyatı olan 30 hasta dahil edilmiştir.

Araştırmanın verileri, araştırmacı ve kendisiyle çok iyi işbirliği yapılan lisans mezunu bir hemşire tarafından hazırlanan anket formu ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde, hastaların tanıtıcı özellikleri ve ameliyatlarına ilişkin bilgileri dağılımında yüzdeler hesaplanması ve Khi-kare, hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımında Krushall- Wallis Varyans Analizi ve Mann-Whitney U testi yöntemleri kullanılmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, hastaların yaşam kalitelerinin yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, ameliyat olunan hastane, post-operatif dönemin süresi, kişinin çalışma durumu, ameliyat sonrası dönemde kendisine verilen (taburculuk sonrası) eğitim ve post-operatif dönemde ortaya çıkan sorunlar (problemler) gibi durumlardan etkilendiği belirlenmiştir.

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda koroner arter bypass ameliyatı olan hastaların yaşam kalitelerini yükseltmede eğitim aracı olan hemşirelerin yapabilecekleri etkinliklere ilişkin önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Koroner arter bypass ameliyatı, yaşam kalitesi.



9. SUMMARY

This study has been performed descriptively to determine the changes in the life quality of the patients who undergo a coronary artery bypass operation.

The population of the research carried out between December 15, 1999 and October 2000, was formed of patients with coronary artery bypass operation (in the last six months and six weeks) from Sivas Cumhuriyet University, Research and Practice Hospital, Health Services and Kayseri Erciyes University, Gevher Nesibe Hospital, Chest and Heart Blood Vessel Surgery Services. Since six weeks, at least, have to pass for the patients to adapt them selves to the life; the population included 30 patients with coronary artery bypass operation before six months and six weeks.

The data of the research were collected by using scales of SF-36 life quality and from the poll, which was prepared by the researcher and a nurse with BA degree who was in cooperation.

For the analysis of data, the patients' characteristics and the information about the operation were presented in percentage and Chi-Square test. In addition the methods of Krushall -Wallis Variance Analysis and Mann-Whitney U test were used in the distribution of the average life quality points, which were given to the patients.

The findings showed that the quality of life was affected by age, sex, job, education, the hospital where the operation was carried out, post-operative duration, working conditions, post-operative education (after hospitalization) and the problems in this period, etc.

According to the results obtained, some suggestions were made to the nurses about what they could do to raise the quality of life of the patients having a coronary artery bypass operation.

Key Words: Coronary artery bypass operation, quality of life.



KAYNAKLAR

Acar C ve ark. (1998) The radial artery for coronary artery bypass grafting: clinical and angiographic results at five years, **The Journal Thoracic And Cardiovascular Surgery**, 116(6):981-985.

Aksoy G (1987) Ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakımında psikososyal faktörler. **Uluslararası Cerrahi Kongresi 87, Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Konuşmaları ve Bildirileri**, İstanbul, Hilal Matbaacılık Koll. Şti, s:77-83.

Aksoy G ve ark. (1995) Koroner arter bypass cerrahisini takiben işe geri dönüş üzerine hasta algılamasının etkisi. **IV. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitapçığı**, Ankara, s.59-60.

Akyol AD (1993 a) Yaşam kalitesi ve yaklaşımları, **Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi**, 9(2):75-79.

Akyol AD (1993 b) Yaşam kalitesinin hemşirelik yönünden önemi,**Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi**, 9(3):71-75.

Akyolcu N ve Akyolcu M (1990) Koroner bypass ameliyatlarından sonra görülen psikososyal sorunlar, **Hemşirelik Bülteni**, 14(4) : 63-67.

Allen JK (1990) Physical and psychosocial outcomes after coronary artery bypass graft surgery: review of the literature, **Heart & Lung**, 19(1):49-54.

Banta H D (1993) Quality of life 1, perspectives : **Pharmacy World and Science**, 15(2) : 45-49.

Bazer Y(1985) **Kalp Hastalıkları ve Cerrahisi**, Ankara, Ayyıldız Matbaası.

Bergner M (1989) Quality of life, healt status and clinical research, **Medical Care**, March 27(3):5148-156.

- Bernat JJ (1997) Smoothing the CABG patient's road to recovery, **AJN**, 97 (7): 23 -27.
- Berterö C, Ek AC (1993) Quality of life of adults with acute leukaemia, **Journal of Advanced Nursing**, 18:1346-1353.
- Braunwald E (Eds) (1997) The pathogenesis of atherosclerosis, **Heart Disease**, 5th edition, W.B. Saunders Company, s: 1105-1123.
- Canobbio M (1996) **Mosby's Handbook of Patient Teaching**, Mosby, st Louis.
- Carbomedics S (1997) Kalp Kapak Ameliyatı; Merak Ettikleriniz, Baysev Yayınları, Yayın No: 11.
- Clancy CA ve ark. (1984) The effect of patients' perceptions on return to work after coronary artery bypass surgery, **Heart & Lung**, 13(2):173-176.
- Culligan M (1990) Preventing Graft Leg Complications in CABG patients, **Nursing 90**, June, s:59-61.
- Dale AE (1995) A research study exploring the patient's view of quality of life using the case study method, **Journal of Advanced Nursing**, 22:1128-1134.
- Dobree L (1990) Preoperative advice for patients, **Nursing Standart**, August 22, 4(48):28-30.
- Dörtlemez Ö (1993) Koroner arter hastalığı risk faktörleri, **Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi**, 2(5):148-149.
- Dracup K ve ark. (1995) Kalp yetersizliğine yaklaşım, **JAMA**, 8(6):324-329.
- Duits ve ark. (1997) Prediction of quality of life after coronary artery bypass graft surgery: a review and evaluation of multiple, recent studies, **Psychosomatic Medicine**, May-Jun, 59(3):257-268.

Durademir A (1999) Kronik kalp yetmezlikli hastaların yaşam kaliteleri ve özbakım davranışları, **Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi**, 3(1):16-20.

Edgar WF ve ark. (1999) MIDCAB, **AJN**, July, 99(7):40-45.

Edmunds LH (Eds) (1997) Surgery for acute myocardial infarction / caordiogenic shoch, **Cardiac Surgery İn The Adult**, Health Professions Division, s:619-624.

Eralp B ve ark. (1997) Koroner kalp hastalığı: risk faktörleri, korunma ve tedavi, **PTT Hastanesi Tıp Dergisi**, 19(2):118-122.

Eski S (1999) Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi. Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.

Fallowfield L (1996) Quality of quality-of-life data, **The Lancet**, August17, 348:421.

Finkelmeier BA (2000) **Cardiothoracic Surgical Nursing**, Lippincott, Philadelphia, s:149-159.

Fox VJ ve ark. (1995) Patient education and discharge planning, **Alexander's Care Of The Patient In Surgery**, Mosby, St Louis, s: 211-250.

Ganz PA (1994) Long-ronge effect of clinical trial interventions on quality of life, **Cancer Supplement**, November, 74(9):2620--2623.

Gill MT, Feinstein AR (1994) A critical appraisal of the quality of quality of life measurements, **JAMA**, August, 272(8):619-626.

Gills CL ve ark. (1993) A randomized clinical trial of nursing care for recovery from cardiac surgery, **Heart & Lung**, 22(2):125-133.

Grady KL ve ark. (1988) Patient perception of cardiovascular surgical patient education, **Heart & Lung**. 17(4):349-355.

Gundle MJ ve ark. (1980) Psychosocial outcome after coronary artery surgery, **Am J Psychiatry**, 137(12):1591-1594.

Guyton AC, Hall JE (1996) **Tıbbi Fizyoloji**, Çeviren H Çavuşoğlu, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, s:256-263/873-875.

Harkness GA, Dincher JR (1999) **Medical Surgical Nursing Total Patient Care**, Mosby, St Louis, s:691-695.

Hopps L (1983) A case for patient teaching, **Nursing Times**, December, 7(12):42-45.

Hörnquist JO (1989) Quality of life: concept and assessment, **Scand J Soc Med**, 18 : 69-79.

İşsever H ve ark. (1998) Endüstride farklı iş kollarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. **SBAD (Sağ. Bil. Arş. Derg.)**, 9(19):115-122.

Jaarsma T ve ark. (1995) Problems of cardiac patients in early recovery, **Journal Of Advanced Nursing**, 21:21-27.

Kaçar GY (1995) Düzenli hemodiyaliz tedavisinde olan hastalara uygulanan eğitimin yaşam kalitesine etkisi. **Bilim Uzmanlığı Tezi**, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.

Lamping LD (1995) Daha kaliteli bir yaşam için gerekenler. **Uluslararası Fleboloji Birliği XII. Dünya Kongresi Kitabı**.

Launois R (1995) Alt ekstremitelerin kronik venöz yetersizliğinde daha kaliteli bir yaşam için bir anket. **Uluslararası Fleboloji Birliği XII. Dünya Kongresi Kitabı**.

Lewis SM ve ark. (1996) **Medical-Surgical Nursing**, St. Louis, Mosby Year Book, s:884-963.

Menteş S. Ç (1999) Hemodiyaliz hastalarında optimal yaşam kalitesinin sağlanması, **Sendrom**, 11(7):115-117.

Moore SM (1996) The effects of a discharge information intervention on recovery outcomes following coronary artery bypass surgery, **Int J Nurs Stud**, 3 (2) : 181-189.

Ommaty R (2001) **Vademecum**, Ankara, Hacettepe Taş Yayınları.

Onat O ve ark. (1996) Erişkinlerimizde kalp hastalıkları prevalansı, yeni koroner olaylar ve kalpten ölüm sıklığı, **Tekharf**, Karakter Color Matbaası, s:15-24.

Özer M (eds) (1996) **Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Ders Kitabı**, İstanbul, Dilek Ofset, s:72-73-193-195.

Papandantonaki A ve ark. (1994) Comparison of quality of life before and after coronary artery bypass surgery and percutaneous transluminal angioplasty, **Heart & Lung**, 23(1):45-52.

Parrinello K.A (1986) Teaching patients after arterial bypass surgery, **Nursing Life**, 6(1):41-42

Pınar R (1995) Sağlık araştırmalarında yeni bir kavram: yaşam kalitesi- Bir yaşam kalitesi ölçeğinin kronik hastalarda geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi, **Hemşirelik Bülteni**, 9(38):85-95.

Pınar R (1996) SF 36 yaşam kalitesi ölçeği ve kullanımı: sağlık araştırmalarında yaşam kalitesi kavramı, **Sendrom**, Ekim, 10 :109-114.

Pınar R (1997) Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, **Sendrom**, Eylül, 10:117-124.

Potter PA, Pery AG (1993) **Fundamentals Of Nursing**, St Louis, Mosby Year Book, s:35-62.

Potter PA, Perry AG (1995) **Foundations in Nursing Theory And Practice**, (Eds Hazal BM), England, Mosby, s:6-7.

Reger TB, Vargas GV (1999) The return of the radial artery in CABG, **AJN**, September, 99(9):27-30.

Rukholm E ve ark. (1998) Measuring quality of life in cardiac rehabilitation clients, **İnt J Nurs Stud**, 35:210-216.

Rumsfeld JS ve ark. (1999) Health-related quality of life as a predictor of mortality following coronary artery bypass graft surgery, **JAMA**, April 14, 281(14):1298-1300.

Solak H (1992) **Göğüs, Kalp ve Damar Hastalıkları Cerrahisi**, Konya, Atlas Kitabevi, s:238-243.

Solak H (1995) **Koroner Arter Cerrahisi**, Konya, Gökçe Ofset, s:75-101.

Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K (1998) **Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri**, Ankara, Hatipoğlu Yayınevi.

Swindale JE (1989) The nurse's role in giving pre-operative information to reduce anxiety in patients admitted to hospital for elective minor surgery, **Journal Of Advanced Nursing**, 14:899-905.

Şahin B (1996) Sağlık Statüsünün Ölçülmesi: Bypass Ameliyatı Olan Hastaların Algılanan Sağlık Statüleri Üzerine Bir Araştırma. Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.

Şahin H (1997) Eski bir kavram, yeni bir ölçüt: yaşam kalitesi, **Toplum ve Hekim**, Ocak, Şubat, 12(77):40-46.

Tatar M, Tatar F (1997) Sağlığın ölçülmesi kavramsal bir çerçeve, **Toplum ve Hekim**, Mart, Nisan, 12(78):54-61.

Tel H (1998) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Yaşam Kalitesinin ve Geliştirilen Hasta İzlem Formunun Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.

Thompson JM ve ark. (1993) **Mosby's Clinical Nursing**, Mosby, St Louis, s:91-95.

Ulusoy F, Görgülü S (1996) **Hemşirelik Esasları Ders Kitabı**, 2. Basım, Ankara, s:157-158.

Ware JE, Sherbourne CD (1992) The MOS 36-item short-form health survey (SF-36), **Medical Care**, 30(6):473-483.

Westin ve ark. (1997) Quality of life in patients with ischemic heart disease: a prospective controlled study, **J Intern Med**, 242(3):239-247.

.....(1989) Türkiye'de bypass, **Sendrom**, 1(1) :21-27



EKLER

EK-1

KORONER ARTER BYPASS AMELİYATI OLAN HASTALARIN YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ANKET FORMU

GENEL BİLGİLER

Adı Soyadı :

Görüşme Tarihi :

1- Yaşınız :

2-Cinsiyetiniz :

1) Bayan

2) Erkek

3-Eğitim Durumunuz

a) Yüksekokul

b) Lise

c) Ortaokul

d) İlkokul

e) Okur -yazar

f) Okur- yazar değil

4-İşiniz : 1) Ev Hanımı 2) İşçi 3) Memur 4) Emekli 5) Serbest 6) Diğer

5-Halen çalışıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

6-Uğraşı / hobiniz var mı?

1) Evet 2) Hayır

7-Kimlerle yaşıyorsunuz?

1)Yalnız

2)Aile / eş

3)Akrabalarla

4)Diğer , belirtiniz.....

EK -2

AMELİYATA İLİŞKİN BİLGİLER :

1-Ameliyat olalı ne kadar zaman oldu?

.....

2-Nerede ameliyat oldunuz?

- a) Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama Hastanesi
b) Kayseri Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesi

3- Şu anda bir rahatsızlığınız var mı? Lütfen belirtiniz.(Kalp ritim bozukluğu, hipertansiyonvb)

4-a- Ameliyatınızla ilgili **eğitim-bilgi** aldınız mı?

- a) Evet b) Hayır

b- Verilen bilgiyi anladınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

c- **Eğitim/bilgiyi kimden** aldınız?

- 1) Hemşire 2) Hekim 3) Diyetisyen 4) Diğer/ belirtiniz.....

d-Eğitimde neler anlatıldı?

- 1)İlaç 2)Diyet 3) Egzersiz/aktivitelere
4)Günlük yaşamını düzenleme 5)İşe başlama 6) Hekime bildirilmesi gereken durumlar
7)Kontrole gelme zamanı 8) Diğer/belirtiniz

e-Eğitim-bilgi sizce yeterli miydi?

- 1) Yeterli 2) Yetersiz 3) Kısmen Yeterli

Cevabınız yeterli ise 5. Soruya geçiniz.

f-Hangi konularda yetersizdi?

.....

5-Uyku düzeniniz nasıl ? Lütfen uygun olanı işaretleyiniz.

- 1-Oldukça iyi
2-Arasıra uyanıyorum
3-Sık sık uyanıyorum

6-Ameliyat olduktan sonra işinize başlamada isteksizlik yaşadınız mı?

- 1-Evet
- 2-Hayır
- 3-Çalışmıyorum

7-a- Sürekli ilaç alma durumunda olmanız sizi rahatsız ediyor mu?

- 1-Evet
- 2-Hayır

b-İlaçlarınızı almayı unutuyor musunuz?

- 1-Her zaman unutuyorum
- 2-Çoğu zaman unutuyorum
- 3-Ara sıra unutuyorum
- 4-Hiç bir zaman unutmuyorum

8-a- Yemek yemekten zevk alıyor musunuz

- 1-Evet
- 2-Hayır

b-Diyetinize uygun yeterli yemek yiyor musunuz? Lütfen uygun olanı seçiniz

- 1-İştahım iyi, her şeyi yiyebiliyorum
- 2-İştahım biraz azaldı
- 3-İştahsızım, belirli yiyecekleri yiyebiliyorum

9-a- Boşaltımla ilgili şikayetleriniz var mı?

- 1-Sık sık ishal oluyorum
- 2-Ara sıra ishal oluyorum
- 3-Sık sık kabız oluyorum
- 4-Ara sıra kabız oluyorum.
- 5-Boşaltımla ilgili problemim yoktur

b-İdrara çıkma durumunuz nasıl?

- 1-İdrar yaparken yanma oluyor
- 2-İdrar yaparken ağrı oluyor ve sık sık idrara çıkıyorum
- 3-Şikayetim yok

10-Kalbinizle ilgili endişeleriniz var mı?

- 1-Evet
- 2-Hayır

11-Kalbin yeni duruma uyumu nasıl? Lütfen uygun olanı işaretleyiniz.

- 1-Düzenli çalışıyor
- 2-Ara sıra rahatsızlık oluyor.
- 3-Düzensiz çalışıyor

12- Bacaklarınızda şişlik (ödem) oluyor mu?

- 1-Olmuyor
- 2-Ara sıra oluyor
- 3-Devamlı oluyor
- 4-Sürekli varis çorabı giyiyor.
- 5-Hiç geçmiyor

13-a- Ameliyattan sonra kilo aldınız mı?

- 1-Evet
- 2-Hayır

b-Ameliyattan sonra kilo verdiniz mi?

- 1-Evet
- 2-Hayır

14-Ameliyattan sonra cinsel yaşamınızda değişiklik oldu mu?

- 1- Evet
- 2- Hayır

Cevabınız Evet ise nasıl?

15-Ameliyat kesi yerinde karıncalanma, uyuşma, duyu kaybı var mı?

- 1-Evet
- 2-Hayır

16-Vücudunuzda sıcaktan ve soğuktan etkilenme oluyor mu?

- 1-Evet
- 2-Hayır

Cevabınız evet ise nasıl?

Ek-3

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (SF-36)

Bu anket sağlığınız hakkındaki görüşlerinizi öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır.

Her soruyu uygun rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

1. Genel olarak sağlığınız	
Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. <u>Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda, şimdiki sağlığınızı genel olarak nasıl buluyorsunuz ?</u>	
Bir yıl öncesinden çok daha iyi	1
Bir yıl öncesinden biraz daha iyi	2
Hemen hemen aynı	3
Bir yıl öncesinden biraz daha kötü	4
Bir yıl öncesinden çok daha kötü	5

SAĞLIĞINIZ VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

3. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer engelliyorsa ne kadar engelliyor ? (Her satır uygun rakamı işaretleyiniz)

AKTİVİTELERİNİZ	Evet çok engelliyor	Evet biraz engelliyor	Hayır pek engellemiyor
a. Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde	1	2	3
b. Masayı, elektrik süpürgesini itmek gibi orta/hafif aktivitelerde	1	2	3
c. Paket veya çanta taşırken	1	2	3
d. Birkaç kat merdiven çıkarken	1	2	3
e. Bir kat merdiven çıkarken	1	2	3
f. Eğilirken, çömelirken	1	2	3
g. Bir kilometreden fazla yürürken	1	2	3
h. Birkaç yüz metre yürürken	1	2	3
i. Yüz metrelik mesafeyi yürürken	1	2	3
j. Giyinirken veya yıkanırken	1	2	3

4. Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak, aşağıdaki problemlerin herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu?

	EVET	HAYIR
a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları <u>yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?</u>	1	2
b. İşlerinizde <u>amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?</u>	1	2
c. İş ve aktivitelerinizi <u>zahmetsiz (kolay) olanlarla sınırlandırdınız mı?</u>	1	2
d. İş veya aktivitelerinizi gerçekleştirirken <u>zorluk çektiniz mi?</u> (örneğin ekstra çaba harcadınız mı?)	1	2

5. Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak, (örneğin, sinirli ve stresli), aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Evet yada hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak cevabınızı işaretleyiniz).

	EVET	HAYIR
a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
b. İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
c. İşlerinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az dikkatli mi yaptınız?	1	2

6. Geçen 4 hafta boyunca, fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi ? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz).

Pek etkilemedi	1
Çok az	2
Orta	3
Oldukça	4
Aşırı	5

AĞRI

7. Geçen 4 hafta boyunca, vücudunuzda ne kadar ağrı oldu ?

Hiç	1
Çok hafif	2
Hafif	3
Orta	4
Fazla	5
Çok fazla	6

8. Geçen 4 hafta boyunca, ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi ? (evde ve dışarıda işlerinizi dahil olmak üzere).

Çok değil	1
Az	2
Orta	3
Oldukça fazla	4
Aşırı	5

DUYGULARINIZ

9. Bu sorunlar geçen ay boyunca, kendinizi nasıl hissettiğiniz hakkındadır. Her soru için, size en uygun gelen seçeneği yuvarlak içine alın.

NE KADAR SÜRE

GEÇEN AY BOYUNCA	Her zaman	Çoğunlukla	Biraz Fazla	Bazen	Çok az	Hiç
a. Tam enerjik (zinde) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli biriydiniz	1	2	3	4	5	6
c. Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkındı	1	2	3	4	5	6
d. Sakin ve huzurluydunuz	1	2	3	4	5	6
e. Fazla enerjiniz vardı	1	2	3	4	5	6
f. Moralsiz ve kederli hissettiniz	1	2	3	4	5	6
g. Çok yorgun (bitkin) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
h. Hiç mutlu oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
i. Yorgun hissettiniz	1	2	3	4	5	6
j. Sağlığınız akraba veya arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?	1	2	3	4	5	6

GENEL OLARAK SAĞLIĞINIZ

10. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a. Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK-4

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ'NİN (SF-36) PUANLANMASI

TABLO 1. Fiziksel Fonksiyon Başlıkları ve Puanlanması

Başlıklar

- 3a. Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde
3b. Masayı, elektrik süpürgesini itmek gibi hafif/orta aktivitelerde
3c. Paket veya çanta taşırken
3d. Birkaç kat merdiven çıkarken
3e. Bir kat merdiven çıkarken
3f. Eğilirken, çömelirken
3g. Bir kilometreden fazla yürürken
3h. Birkaç yüz metre yürürken
3i. Yüz metrelik mesafeyi yürürken
3j. Giyinirken veya yıkanırken

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
Evet çok engelliyor	1	1
Evet biraz engelliyor	2	2
Hayır hiç engellemiyor	3	3

Skala puanlanması Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan yada boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Skala puanlarının hesaplanmasında, ilk değerlendirme puanlarının yeniden kodlanması gerekmez.

TABLO 2. Sosyal Fonksiyon Başlıkları ve Puanlanması

Başlıklar

9j Geçen ay boyunca sağlığınız, akraba ve arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi ne dereceye kadar sınırladı ?

6 Geçen ay boyunca fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi?

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
9j		
Her zaman	1	1
Çoğunlukla	2	2
Biraz fazla	3	3
Bazen	4	4
Çok az	5	5
Hiç	6	6
6		
Pek Etkilemedi	1	5
Çok az	2	4
Orta	3	3
Oldukça	4	2
Aşırı	5	1

Skala Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan yada boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Skala puanını hesaplanması, bir başlığın yeniden kodlanmasını gerektirir.

TABLO 3. Fiziksel İşlev (Rol) Başlıkları ve Puanlaması

Başlıklar

- 4a İşinizde veya diğer aktivitelerinizde çalışma zamanınızı azalttınız mı?
4b. İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?
4c. İş veya diğer aktivitelerinizi zahmetsiz (kolay) olanlarla sınırladınız mı?
4d. İş veya diğer aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi? (örneğin;

ekstra çaba harcadınız mı?

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
Evet	1	0
Hayır	2	1

Skala Puanlanması : Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan yada boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Skala puanının hesaplanmasından önce, başlıkların yeniden kodlanması gerekir.

TABLO 4. Mental İşlev (Rol) Başlıkları ve Puanlaması

Başlıklar

- 5a Sağlık sorunları yüzünden işinizde veya diğer aktivitelerinizde çalışma zamanınızı azalttınız mı?
5b. İşinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?
5c. İşlerinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az mı dikkatli yaptınız?

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
Evet	1	0
Hayır	2	1

Skala Puanlanması : Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan yada boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Skala puanının hesaplanmasından önce, başlıkların yeniden kodlanması gerekir.

TABLO 5. Mental Sağlık Başlıkları ve Puanlaması

Başlıklar

9b Çok sinirli biriydiniz

9c Hiçbir şeyin siz neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkındı

9d sakin ve huzurluydunuz

9f Moralsiz ve kederli hissetiniz

9h Hiç mutlu oludunuz mu?

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
9d ve 9h		
Her zaman	1	6
Çoğunlukla	2	5
Biraz fazla	3	4
Bazen	4	3
Çok az	5	2
Hiç	6	1
9b, 9f, 9c		
Her zaman	1	1
Çoğunlukla	2	2
Biraz fazla	3	3
Bazen	4	4
Çok az	5	5
Hiç	6	6

Skala Puanlanması : Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan yada boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Skala puanının hesaplanmasından önce, başlıkların yeniden kodlanması gerekir.

TABLO 6. Enerji (Zindelik)/Yorgunluk Başlıkları ve Puanlaması

Başlıklar

9a Tam enerjik (zinde) hissettiniz

9e Fazla enerjiniz vardı

9g Çok yorgun (bitkin) hissettiniz

9i Yorgun hissettiniz

<u>Puanlama</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
<u>Yanıt Seçenekleri</u>		
9a ve 9e		
Her zaman	1	6
Çoğunlukla	2	5
Biraz fazla	3	4
Bazen	4	3
Çok az	5	2
Hiç	6	1
9g ve 9i		
Her zaman	1	1
Çoğunlukla	2	2
Biraz fazla	3	3
Bazen	4	4
Çok az	5	5
Hiç	6	6

Skala Puanlanması : Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan yada boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Skala puanının hesaplanmasından önce 4 başlıktan ikisinin yeniden kodlanması gerekir.

TABLO 7. Ağrı Başlıkları ve Puanlanması

Başlıklar

7 Geçen bir ay boyunca vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

8 Geçen bir ay boyunca ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza (ev ve ev dışındaki işleriniz dahil) olumsuz etki gösterdi.

Puanlama

Yanıt Seçenekleri

İlk Değerlendirme

Son Puanlama

7

Hiç

1

6

Çok hafif

2

5

Hafif

3

4

Orta

4

3

Fazla

5

2

Çok Fazla

6

1

8

Çok değil

1

5

Az

2

4

Orta

3

3

Oldukça fazla

4

2

Aşırı

5

1

Skala Puanlanması : Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan yada boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Skala puanının hesaplanmasından önce, her iki başlığın yeniden kodlanması gerekir.

TABLO 8. Genel Sağlık Anlayışı ve Puanlaması

Başlıklar

- 1 Genelde sağlığınız için ne söyleyebilirsiniz?
10a Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim
10b Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım
10c Sağlığım daha kötüye gideceğini sanıyorum
10d Sağlığım mükemmel

<u>Puanlama</u> <u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
1		
Mükemmel	1	5.0
Çok iyi	2	4.0
İyi	3	3.0
Orta	4	2.0
Kötü	5	1.0
10a ve 10c		
Kesinlikle doğru	1	1
Çoğunlukla doğru	2	2
Emin değilim	3	3
Çoğunlukla yanlış	4	4
Kesinlikle yanlış	5	5
10b ve 10d		
Kesinlikle doğru	1	5
Çoğunlukla doğru	2	4
Emin değilim	3	3
Çoğunlukla yanlış	4	2
Kesinlikle yanlış	5	1

Skala Puanlanması : Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan yada boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Skala puanının hesaplanmasından önce, 5 başlıktan üçünün yeniden kodlanması gerekir.

TABLO 9. Geçen Yıl Süresince sağlıktaki Değişmeler ve Puanlanması

Başlıklar

2 Geçen yıl ile karşılaştırdığınızda şimdiki sağlığınıza nasıl buluyorsunuz ?

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
Geçen yıldan çok daha iyi	1	5
Geçen yıldan biraz daha iyi	2	4
Hemen hemen aynı	3	3
Geçen yıldan biraz daha kötü	4	2
Geçen yıldan çok daha kötü	5	1

Skala Puanlanması: Bu skala tek başlıklıdır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerler ölçekte basılı durumdadır. Skala puanın hesaplanmasından önce tek başlığın yeniden kodlanması gerekir.

TABLO 10. Yeniden Kodlanmış Değerlerin Kaydedilmesinden Sonra SF-36'nın Her Bir Alt Başlığının Son Puanlanması ve Değerlendirilmesi

Skala Adı	Toplam Başlık Puanı (Tablo 2 ve 9'daki puanlamadan sonra)	Beklenen (Olası) en düşük ve en yüksek puan	Olası puan
Fiziksel Fonksiyon	$3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j$	10-30	20
Sosyal Fonksiyon	$6+9j$	2-11	9
Rol Fonksiyonu (Fiziksel)	$4a+4b+4c+4d$	0-4	4
Rol Fonksiyonu (Emosyonel)	$5a+5b+5c$	0-3	3
Mental Sağlık	$9b+9c+9d+9f+9h$	5-30	25
Zindelik / Yorgunluk	$9a+9e+9g+9i$	4-24	20
Ağrı	$7+8$	2-11	9
Genel Sağlık	$1+10a+10b+10c+10d$	5-25	20
Geçen Yıl Süresince Sağlıktaki Değişiklik	2	1-5	4

Ham skala puanının dönüştürülmesi:

Dönüştürülmüş puan: Ham skala puanı - en düşük olası puan / olası puan x 100

Örnek: Fiziksel fonksiyon puanı 21 ise, bu puan şekilde dönüştürülür;

$$[(21-10)/20] \times 100 = \%55$$

EK- 5

Bazı Araştırmalarda Kadın Hastaların Araştırmaya Katılma Durumları

KAYNAK	N	Erkek / Kadın
Kulik JA, Mahler HIM (1989)	72	Sadece erkek hastalar
Kulik JA, Mahler HIM (1993)	85	Sadece erkek hastalar
King KB ve ark. (1993)	155	Erkek ve kadın hastalar
Mahler HIM, Kulik JA (1990)	75	Sadece erkek hastalar
Scheier MF ve ark. (1991)	51	Sadece erkek hastalar
Fitzgerald TE ve ark. (1993)	49	Erkek ve kadın hastalar
Folks DG ve ark. (1989)	121	Erkek ve kadın hastalar
Boudrez H ve ark. (1992)	330	Erkek ve kadın hastalar
Bryant B, Mayou R (1989)	79	Sadece erkek hastalar
Caine N ve ark. (1991)	100	Sadece erkek hastalar
Chocron S ve ark. (1996)	209	Erkek ve kadın hastalar
Jenkins CD ve ark. (1994)	463	Erkek ve kadın hastalar
Langosch W, Schmoll-Flockerzie HP (1992)	75	Sadece erkek hastalar

Kaynak: Duits ve ark (1997), s: 261-263.

EK-6**Araştırmaya Katılan Hastaların Listesi**

Sıra No	Protokol No	Adı ve Soyadı	Görüşme Tarihi	Ameliyat Yeri
1	99B01175	A.G.	15.12.1999	Sivas
2	98A15448	H.Y.	16.12.1999	Sivas
3	99B02959	S.G.	16.12.1999	Sivas
4	98A29924	A.G.	02.01.2000	Sivas
5	99B01056	H.H.H.	05.01.2000	Sivas
6	99B09667	R.S.	05.03.2000	Sivas
7	99B21430	P.F.	05.04.2000	Sivas
8	1011578	M.M.	18.04.2000	Kayseri
9	1033830	O.Y.	03.05.2000	Kayseri
10	1024681	Ü.P.	10.05.2000	Kayseri
11	1027503	F.K.	10.05.2000	Kayseri
12	1026706	M.Ö.	11.05.2000	Kayseri
13	99B05432	P.Y.	22.05.2000	Sivas
14	99B30783	B.G.	03.06.2000	Sivas
15	00B31506	M.G.	03.06.2000	Sivas
16	829627	S.İ.	17.06.2000	Kayseri
17	1027985	D.Ö.	14.07.2000	Kayseri
18	98A26063	R.P.	21.07.2000	Sivas
19	00B47290	M.A.	28.07.2000	Sivas
20	559838	E.Ö.	08.08.2000	Kayseri
21	1031868	H.M.	19.08.2000	Kayseri
22	559838	E.Ö.	08.09.2000	Kayseri
23	1021447	F.T.	02.09.2000	Kayseri
24	992189	M.Y.	09.09.2000	Kayseri

25	1030016	Z.T.	12.09.2000	Kayseri
26	991026	Y.T.	20.09.2000	Kayseri
27	1030373	H.Ç.	24.09.2000	Kayseri
28	290807	M.V.	25.09.2000	Kayseri
29	954030	N.Y.	04.10.2000	Kayseri
30	1017229	V.A.	04.10.2000	Kayseri

