

**T.C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**AÇIK KALP AMELİYATI SONRASI ORTAYA ÇIKAN
YAŞAM BİÇİMİ DEĞİŞİKLİKLERİNİN HASTALARIN
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Ceyda Gözde BEKTAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ



İSTANBUL, 2014

**T.C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**AÇIK KALP AMELİYATI SONRASI ORTAYA ÇIKAN
YAŞAM BİÇİMİ DEĞİŞİKLİKLERİNİN HASTALARIN
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Ceyda Gözde BEKTAŞ

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Özlem IŞIL**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL, 2014

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezimdaki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucu elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Ceyda Gözde BEKTAŞ

İÇİNDEKİLER

1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. KALP AMELİYATI TARİHÇESİ.....	6
4.2. AÇIK KALP AMELİYATI GEREKTİREN DURUMLAR.....	7
4.2.1. Koroner Kalp Hastalığı	7
4.2.1.1. Ateroskleroz	9
4.2.1.2. Ateroskleroz Patogenezi.....	9
4.2.1.3. Ateroskleroza Etkileyen Faktörler	10
4.2.1.4. Miyokard İskemisi ve Revaskularizasyon	12
4.2.2. Valvuler Kalp Hastalığı.....	13
4.2.2.1. Mitral Stenoz	13
4.2.2.2. Mitral Kapak Yetmezliği.....	14
4.2.2.3. Aort Stenoza	14
4.2.2.4. Aort Yetmezliği.....	14
4.2.2.5. Triküspit Stenoza	15
4.2.2.6. Triküspit Yetmezliği	15
4.3. AÇIK KALP AMELİYATI.....	15
4.3.1. Koroner Arter Bypass Greft (KABG)	17
4.3.2. Kapak Cerrahisi	18
4.4. YAŞAM KALİTESİ.....	18
4.4.1. Yaşam Kalitesi Tanımı ve Kavramsal Boyutu	18
4.4.2. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi.....	20
4.4.3. Yaşam Kalitesi Değerlendirilmesi.....	22
4.4.4. Yaşam Kalitesi Ölçekleri.....	22
4.5. KALP DAMAR CERRAHİSİNDE SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ	23
4.5.1. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri	26

4.5.1.1. Sağlığı Algılama ve Sağlık Yönetimi	26
4.5.1.2. Beslenme ve Metabolizma	27
4.5.1.3. Boşaltım	28
4.5.1.4. Aktivite ve Egzersiz	28
4.5.1.5. Biliş ve Algı	29
4.5.1.6. Uyku ve Dinlenme	29
4.5.1.7. Kendini Algılama ve Benlik Kavramı.....	30
4.5.1.8. Rol ve İlişkiler.....	30
4.5.1.9. Cinsellik/Üretkenlik	30
4.5.1.10.Baş Etme ve Stres Toleransı	31
4.5.1.11.Değer ve İnanç	31
4.6. YAŞAM KALİTESİ VE HEMŞİRENİN ROLÜ	32
5. MATERYAL VE YÖNTEM	34
5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ	34
5.2. ARAŞTIRMADA YANITLARI ARANAN SORULAR	34
5.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	34
5.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ.....	34
5.5. ARAŞTIRMAYA ALINMA KRİTERLERİ.....	35
5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	35
5.7. VERİLERİN İSTATİKSEL ANALİZİ	38
5.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	38
6. BULGULAR.....	39
6.1. AÇIK KALP AMELİYATI OLAN HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE KRONİK HASTALIĞA SAHİP OLMA DURUMUNA GÖRE DAĞILIMI.....	39
6.2. HASTALARIN AÇIK KALP AMELİYATI SONRASI FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİNE GÖRE YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİKLERİ DAĞILIMI	43
6.3. HASTALARIN SF 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (YKÖ) ALT BOYUTLARI PUAN ORTALAMALARI	51
6.4. HASTALARIN AÇIK KALP AMELİYATI SONRASI FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞ	

DEĞİŞİKLİKLERİNE GÖRE YKÖ ALT BOYUT PUAN	
ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMALARI	52
6.4.1. Hastaların Ameliyattan Sonra Sağlığı Algılama ve Sağlık Yönetimi İle İlgili Özelliklere Göre YKÖ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	52
6.4.2. Hastaların Ameliyattan Sonra Beslenme ve Metabolizma İle İlgili Özelliklere Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	60
6.4.3. Hastaların Ameliyattan Sonra Boşaltım ile İlgili Özelliklere Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	64
6.4.4. Hastaların Ameliyattan Sonra Aktivite ve Egzersiz ile İlgili Özelliklere Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	67
6.4.5. Hastaların Ameliyattan Sonra Uyku / Dinlenme ile İlgili Özelliklere Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	70
6.4.6. Ameliyattan Sonra Hastaların Biliş/Algı İle İlgili Özelliklerine Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	72
6.4.7. Hastaların Ameliyattan Sonra Kendini Algılama ile İlgili Özelliklere Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	74
6.4.8. Hastaların Ameliyattan Sonra Rol Ve İlişki İle İlgili Özelliklere Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	80
6.4.9. Hastaların Ameliyattan Sonra Cinsellik ve Üretkenlik İle İlgili Özelliklere Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	84
6.4.10. Hastaların Ameliyattan Sonra Kendisinde Hissettiği Duygu Durumu ve Stresle Başetme ile İlgili Özelliklere Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	86
6.4.11. Hastaların Ameliyattan Sonra Değerler Ve İnançlar İle İlgili Özelliklere Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	90

7. TARTIŞMA.....	94
7.1. AÇIK KALP AMELİYATI OLAN HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE KRONİK HASTALIĞA SAHİP OLMA DURUMLARININ TARTIŞILMASI	94
7.2. HASTALARIN AÇIK KALP AMELİYATI SONRASI FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ'NE GÖRE YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	96
7.3. HASTALARIN AÇIK KALP AMELİYATI SONRASI FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİKLERİNE GÖRE SF 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARI İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI	102
8. SONUÇ	110
8.1. SONUÇLAR.....	110
8.1.1. Hastaların Demografik Özelliklerine ve Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumları İle İlgili Sonuçlar	110
8.1.2. Hastaların Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne Göre Yaşam Biçimi Davranış Değişiklikleri İle İlgili Sonuçlar.....	110
8.1.3. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Yaşam Biçimi Davranış Değişikliklerine Göre SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları İle İlgili Sonuçlar.....	111
8.2. ÖNERİLER.....	114
9. TEŞEKKÜR	115
10. KAYNAKLAR	116
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

AF	Atriyal Fibrilasyon
AHA	American Heart Association (Amerikan Kalp Birliği)
ASD	Atriyal Septal Defekt
BKİ	Beden Kitle İndeksi
Cx	Sirkümflex arter
DM	Diyabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ECC	Ekstrakorporeal Dolaşım
ESC	European Society of Cardiology (Avrupa Kalp Birliği)
FSÖ	Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri
GEA	Gastroepiploik Arter
HDL	Düşük dansiteli lipoprotein
HRQOL	Health Retated Quality of Life
HT	Hipertansiyon
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Uluslararası Hastalık Sınıflaması)
İMA	İnternal Mammarian Arter
KABG	Koroner Arter Bypass Greft
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KDH	Kalp Damar Hastalıkları
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KOARK	Aort Koarktasyonu
LAD	Sol ön inen arter
LDL	Yüksek dansiteli lipoprotein
MI	Miyokard İnfarktüsü
MOS	Medical Outcome Study
PDA	Patent Duktus Arteriyozus
PKG	Perkütan Koroner Girişim
PTCA	Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty
RA	Radial Arter

RCA	Sağ koroner arter
SİYK	Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
SVG	Safen Ven Greft
TEKHARF	Türk Erişkinlerinde Koroner Risk Haritası ve Koroner Kalp Hastalığı
TKD	Türk Kardiyoloji Derneği
TOF	Fallot Tetralojisi
VSD	Ventrüküler Septal Defekt

T.C. İstanbul Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu 18.12.2013 tarihli 15-93 sayılı karar numarası ile onaylanmıştır.

Araştırma Projesi Numarası: HEM / 1662013

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.2.1.3.1	Amerikan Kalp Birliği (AHA) Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri	11
Tablo 4.2.1.3.2	Avrupa Kalp Birliği (ESC) Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri	11
Tablo 4.2.1.3.3	Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Kalp Hastalığı Risk Faktörleri 2002.....	12
Tablo 6.1.1	Hastaların Demografik Özelliklere Göre Dağılımlı (N=75)	39
Tablo 6.1.2	Hastaların Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Dağılımlı (N=75)	42
Tablo 6.2.1	Hastaların Sağlığı Algılama ve Sağlık Yönetimi ile İlgili Özelliklerinin Dağılımlı (N=75).....	43
Tablo 6.2.2	Sağlığı Sürdürmek İçin Yapılması Planlananların Dağılımlı (N=75).....	44
Tablo 6.2.3	Hastaların Beslenme ve Metabolizma ile İlgili Özelliklerinin Dağılımlı (N=75).....	44
Tablo 6.2.4	Beslenmeyi Etkileyen Durumların Dağılımlı (N=75).....	45
Tablo 6.2.5	Boşaltım ile İlgili Özelliklerin Dağılımlı (N=75)	46
Tablo 6.2.6	Aktivite ve Egzersiz ile İlgili Özelliklerin Dağılımlı (N=75)	46
Tablo 6.2.7	Günlük Aktivitelerde Yardım Alma Durumlarının Dağılımlı (N=75).....	47
Tablo 6.2.8	Uyku / Dinlenme ile İlgili Özelliklerin Dağılımlı (N=75)	47
Tablo 6.2.9	Bilişsel ve Algısal Değerlendirme ile İlgili Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımlı (N=75)	48
Tablo 6.2.10	Kendini Algılama İle İlgili Değişikliklerin Dağılımlı (N=75)	48
Tablo 6.2.11	Rol ve İlişki ile İlgili Değişikliklerin Dağılımlı (N=75)	49
Tablo 6.2.12	Cinsellik ve Üretkenlik ile İlgili Değişikliklerin Dağılımlı (N=75).....	49
Tablo 6.2.13	Ameliyattan Sonra Hissedilen Duygu Durumu ve Stresle Başıetme ile İlgili Özelliklerin Dağılımlı (N=75)	50
Tablo 6.2.14	Değerler ve İnançlar ile İlgili Özelliklerin Dağılımlı (N=75)	50
Tablo 6.3.1	Hastaların YKÖ Alt Boyutları Puan Ortalamaları (N=75)	51
Tablo 6.4.1.1	Hastaların Sağlığı ile İlgili Düşüncesinde Değişiklik Olma Durumuna Göre YKÖ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75).....	52
Tablo 6.4.1.2	Hastaların Ameliyattan Sonra Sigara Alışkanlıklarına Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)	55

Tablo 6.4.1.3	Hastaların Ameliyattan Sonra Alkol Alışkanlığına Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)	56
Tablo 6.4.1.4	Hastaların Ameliyattan Sonra İlaç Kullanmaya Uyumlu Olma Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75).....	57
Tablo 6.4.1.5	Hastaların Egzersiz Kısıtlamalarına Uyumlu Olma Durumlarına Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)	58
Tablo 6.4.1.6	Hastaların Diyete Uyma Durumlarına Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)	59
Tablo 6.4.2.1	Hastaların Beslenme Alışkanlığında Değişiklik Olma Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)	60
Tablo 6.4.2.2	Hastaların Diyete Uyum Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)	62
Tablo 6.4.3.1	Hastaların Bağırsak Boşaltım Alışkanlıklarında Değişiklik Olma Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75).....	64
Tablo 6.4.3.2	Hastaların İdrar Yapma Alışkanlıklarında Değişiklik Olma Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75).....	66
Tablo 6.4.4.1	Hastaların Boş Zamanda Yapmaktan Hoşlandığı Alışkanlıklarında Değişiklik Olma Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)	67
Tablo 6.4.4.2	Hastaların Verilen Egzersiz Programına Uyma Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75).....	68
Tablo 6.4.5.1	Hastaların Uyku Düzeninde Değişiklik Olma Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)	70
Tablo 6.4.6.1	Hastaların Bilişsel ve Algısal Sorun Yaşama Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)	72
Tablo 6.4.7.1	Hastaların Görünüşünde Değişiklik Olma Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)	74
Tablo 6.4.7.2	Hastaların Kişilikle İlgili Değişiklik Olma Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)	75
Tablo 6.4.7.3	Hastaların Fiziksel Performansta Olumlu Değişiklik Olma Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75).....	76
Tablo 6.4.7.4	Hastaların Fiziksel Performansta Olumsuz Değişiklik Olma Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75).....	77

Tablo 6.4.7.5	Hastaların Kendine Duyulan Güvende Olumlu Değişiklik Olma Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75).....	78
Tablo 6.4.7.6	Hastaların Kendine Duyulan Güvende Olumsuz Değişiklik Olma Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75).....	79
Tablo 6.4.8.1	Hastaların Ameliyattan Sonra Aile Bireyleri / Yakın Akrabalarla İlişkisinde Değişiklik Olma Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)	80
Tablo 6.4.8.2	Hastaların Arkadaşlar İle İlişkilerde Değişiklik Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75).....	82
Tablo 6.4.9.1	Hastaların Eşine Karşı Olan Cinsel İlgideki Değişikliğe Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)	84
Tablo 6.4.10.1	Hastaların Ameliyattan Sonra Kendisinde Hissettiği Duygu Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)	86
Tablo 6.4.10.2	Hastaların Stres Yaratan Durumları Azaltmak İçin Yaptıklarına Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)	88
Tablo 6.4.11.1	Hastaların Dini İnançlarına Göre Yaptığı Uygulamalarda Olan Değişikliklere Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75).....	90

1. ÖZET

Bu araştırma, açık kalp ameliyatı geçiren hastaların, ameliyat sonrası ortaya çıkan yaşam biçimi değişikliklerini ve bunların hastaların yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı ve gerçekleştirildi. Araştırma, bir özel hastaneler grubunun İstanbul ilinde bulunan bir hastanesinde, gerekli izinler alındıktan sonra Eylül 2013- Mayıs 2014 tarihleri arasında yapıldı. Evreni, hastanede son bir yıl içerisinde açık kalp ameliyatı olmuş hastalar oluşturdu. Evreni temsil edecek örneklem sayısı 75 olarak belirlendi. Çalışmada veri toplama aracı olarak; “Hasta Bilgi Formu”, “Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Bireylerin Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Yaşam Biçimi Davranış Değişikliklerini Değerlendirme Formu” ve SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanıldı. Araştırmada elde edilen veriler SPSS for Windows 17.0 programı kullanılarak analiz edildi. Verileri değerlendirirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart Sapma) yanı sıra Mann Whitney-U testi, Kruskal Wallis H-testi kullanıldı. Sonuçlar %95’lik güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi. Elde edilen veriler sonucunda, Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri kapsamında Sağlığı Algılama ve Sağlık Yönetimi, Beslenme ve Metabolizma, Aktivite ve Egzersiz, Uyku/ Dinlenme, Bilişsel ve Algısal Değerlendirme, Kendini Algılama, Rol ve İlişkiler, Cinsellik ve Üretkenlik, Stresle Başetme ve Stres Toleransı, Değerler ve İnançlar örüntüleri ile, SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunduğu ($p<0,05$), fiziksel rol güçlüğü alt boyut puan ortalaması ile istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı ($p>0,05$) belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Açık Kalp Ameliyatı, Yaşam Kalitesi

2. SUMMARY

EFFECT OF LIFE STYLE CHANGES WHICH OCCURRED AFTER OPEN-HEART SURGERY ON LIFE QUALITY OF PATIENTS

This study has been scheduled and realized as descriptive in order to evaluate the changes in postoperative life styles of patients who had open-heart surgical operation and effect of these changes on quality of their lives. Study has been executed in a hospital of private hospitals group existing in Istanbul between dates of September 2013 – May 2014 after receiving needed permissions . Population has been constituted by patients who had open-heart surgery within last one year. Number of samples to represent the population is determined as 75. Following data collection tools are used in the study; “Patient Information Form” , “Evaluation Form of Life Style Behavioral Changes According To Functional Health Patterns of Individuals Who Had Open-heart Operation” and SF 36 Life Quality Scale. Received data has been analyzed by using SPSS for Windows 17.o program. While evaluating the data, right along with descriptive statistical methods (Number, Percentage, Average, Standard Deviation), Mann Whitney-U Test and Kruskal Wallis H-Test are being used. Results have been evaluated with 95% confidence interval and $p < 0,05$ level of significance. As the result of received data and within the scope of Functional Health Patterns, a significant difference ($p < 0,05$) between following sub-dimension point averages in terms of statistics have been determined; Perception of Health and Health Management, Nutrition and Metabolism, Activity and Exercise, Sleep/Rest, Cognitive and Perceptive Appraisal, Self-perception, Role and Relations, Sexuality and Fertility, Overcoming the Stress and Stress Tolerance, Values and Beliefs, and SF 36 Life Quality Scale physical function, pain, general health, vitality (energy), social function, emotional role difficulty, mental health, and in terms of statistics there exists no significant difference with physical role difficulty sub-dimension point average ($p > 0,05$).

Key Words: Nursing, Open-heart Surgery, Life Quality

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Bir hastalığın toplumsal önemi, o hastalığın görülme sıklığı, çok sayıda ölüme ve sakatlığa yol açması ile ilişkilidir (1). 1900'lü yıllardan itibaren tüm dünyada belirgin şekilde artan kalp damar hastalıkları (KDH), günümüzde gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %48'inden, gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin ise %25'inden sorumludur (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Amerikan Kalp Birliği (AHA) verilerine göre, yılda 17.5 milyon kişi kalp hastalıkları nedeniyle kaybedilmekte ve bu, tüm küresel ölümlerin %30'unu oluşturmaktadır (3).

Ülkemizde 1985 yılında meydana gelen ölüm nedenlerinin % 33.6'sını kalp damar hastalıkları oluştururken, son yıllarda bu oran % 45'e ulaşmıştır. Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) tarafından 1990 yılından bu yana yürütülen TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Koroner Risk Haritası ve Koroner Kalp Hastalığı) çalışmasının 10 yıllık izlem verilerine göre koroner arter hastalığının ülkemizde yıllık mortalitesi erkeklerde % 05.1, kadınlarda ise % 03.3'tür. Bu oranlarla ülkemiz Avrupa ülkeleri arasında en yüksek sıradadır (2).

Günümüzde kalp hastalıklarının cerrahi tedavisinde en çok kullanılan yöntem açık kalp ameliyatıdır (4). Konjenital defektler (atrial septal defekt, ventriküler septal defekt , büyük damarların transpozisyonu, fallot tetralojisi, patent duktus arteriyozus, aort koarktasyonu, edinsel/kazanılmış defektler (koroner arter hastalığı, aortik, ventriküler anevrizma), kalp transplantasyonu gibi durumlarda açık kalp ameliyatı yapılmaktadır (5,6).

Açık kalp ameliyatlarının büyük bir bölümü günümüzde kardiyopulmoner bypass tekniği kullanılarak gerçekleştirilmektedir. İlk olarak 6 Mayıs 1953'te John H. Gibbon tarafından başarılı bir şekilde kullanılan kardiyopulmoner bypass, cerrahi işlem sırasında cerrahi görüşü ve güvenliği optimum düzeye erdirmek amacıyla kalp ve akciğer fonksiyonlarının belirli bir süreliğine ekstrakorporeal (ECC) olarak sağlanmasıdır. Bu işlem kalp-akciğer makinesi yardımıyla gerçekleştirilir (7,8,9). 1970'li yıllarda açık kalp ameliyatlarının sadece %20'sinde ECC kullanılmaktayken kalp-akciğer makinelerinde ve kardiyoplejideki gelişmeler ile ameliyatlarda ECC giderek standart hale gelmiş, çalışan kalpte açık kalp ameliyatı birkaç merkez dışında uygulanırlığını yitirmiştir (10).

Türkiye'de 46 ilde, kalp ve damar cerrahisi hizmeti veren 207 klinik bulunmaktadır. Kervan ve ark yaptıkları araştırma sonuçlarına göre ülkemizde 2009 yılında 48.227 koroner bypass, 10.091 kalp kapağı ameliyatı, 2459 aort ameliyatı, 4285 konjenital kalp

cerrahisi, 1043 kompleks doğuŖtan cerrahi sayısı olmak üzere toplam 66.105 açık kalp cerrahisi uygulanmıŖtır (11).

Teknolojinin hızlı geliŖimi, kalp damar cerrahisi alanındaki artan bilimsel bilgi birikimi ve yeni tedavi giriŖimlerinin kullanılmasıyla yaŖam süresi uzatılmıŖtır. Ancak tedavi ve sağlık bakımının amacı sadece hastaların yaŖamını uzatmak değil aynı zamanda bireylerin sorunları ile baŖ etme ve öz bakım gücünü geliŖtirerek yaŖam kalitelerini yükseltmektir. Bu durum bir tedavinin yaŖamı uzatmasının yanı sıra o yaŖamın hangi koŖullarda yaŖandıėının da değerlendirilmesi gerekliliğini beraberinde getirmiŖtir (2).

Oldukça geniŖ kapsamlı olduğu için tanımlanması güç bir kavram olan yaŖam kalitesi kavramı, bireyin kendi yaŖamına iliŖkin subjektif doyumunu olarak değerlendirilmekte, yaŖam doyumunu, yaŖam memnuniyeti, mutluluk ile eŖ anlamlı olarak kullanılmaktadır. Daha geniŖ bir ifadeyle yaŖam kalitesi, bireyin tüm gereksinimlerini karŖılması, yaŖamdan doyum sağlaması, sosyal davranıŖlarda yeterli olması, emosyonel ve fiziki durumunun üst düzeyde olması ve kiŖiler arası iliŖkilerinin sürdürülmesi gibi özellikleri içine almaktadır (12).

Açık kalp ameliyatı geçiren hastalarda yaŖam kalitesinin yükseltilmesi, hastanın değerlerinin, inançlarının, amaçlarının, sağlıklarına verdikleri önemin ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesini, hastaların hastalığa, yeni kısıtlamalara, sınırlılıklarla yaŖama fikrine ve sorumluluğuna psikolojik olarak uyum sağlamalarını ve kalp damar hastalıklarının semptom ve bulgularının kontrol altına alınması amacıyla yaŖam biçiminde deėiŖiklikler yapmasını gerektirmektedir (2,13). YaŖam biçimi deėiŖikliėi, toplum ve bireyin KDH riskini azaltmada en önemli basamağını oluŖturur. En ucuz ve yan etkisi olmayan yöntem olmakla birlikte ne yazık ki uygulanması o denli zor bir basamaktır (14). Hastaların bu kapsamda sağlıklı yaŖam biçimi davranıŖlarını geliŖtirmesi, karmaŖık tıbbi tedavilerini sürdürmesi (çoklu ilaç tedavileri), fiziksel yetersizlikleri tolere etmesi, emosyonel rahatsızlıkları (ağrı, depresyon, anksiyete, öfke vb) gidermesi ve diğer kronik hastalıkların gerekliliklerini (diyabet, hipertansiyon, kalp yetersizliği vb) yerine getirmesi beklenir (2). Bu önlem ve gerekliliklerden herhangi birini baŖarmada yetersizlik yaŖam kalitesinde düşmeye yol açmaktadır (15).

YaŖam kalitesinin değerlendirilmesi sağlık hizmetlerine egemen olan paternalistik bakıŖ açısının terk edilerek hastanın bütüncül bakıŖ açısıyla ele alınmasını sağlar. Hasta da elde edeceği iyilik durumunu, varacağı sonucu bilmekte, tedaviye ve tedavinin

gereksinimlerine daha fazla uyum sağlamasını sağlamaktadır. Böylece rutin uygulamada göz ardı edilen "hasta gözüyle hastalık yaşantısı" daha iyi anlaşılabilir. Hastalıkla ilişkili yaygın fakat göz ardı edilen sorunlar ortaya konabilir. Sağlık hizmetinin/tedavinin bireyin yaşamını ve iyilik halini ne ölçüde etkilediği, bireylerin neyi ne düzeyde yapabildiği belirlenebilir, tedavi/girişim alternatifleri değerlendirilebilir, yaşam kalitesine etki eden faktörler belirlenebilir ve sonuç olarak hastaya uygun tedavi ve bakım verilebilir. Bir başka deyişle yaşam kalitesi çalışmaları; hastanın problemlerinin belirlenmesinde, tedavi önceliklerinin saptanmasında, girişimlerin yönlendirilmesinde, hastalık sürecinin izlenmesinde yarar sağlamaktadır (2).

Hemşirelik, insan yaşamıyla, yaşamın kalitesiyle, bireylerin, ailelerin, toplumların sağlığının kalitesiyle ilgilidir ve bireylerin en üst düzeyde sağlıklı olmalarına yardımcı olmayı amaçlar. Sağlık hizmetleri felsefesine göre; hemşireler, hastalarının yaşam kalitesini yükseltmede, karşılıklı saygı ve işbirliğine dayanan holistik bir yaklaşım içinde yaşam kalitesini ve etkileyen etmenler değerlendirmelidirler. Yaşam kalitesini değerlendirmede hemşireler anahtar rolü oynayan kişilerdir (16,17).

İnsan sağlığında herhangi bir sapma olduğunda, hemşireliğin amacı ve işlevi; bireylere kendi bakımlarını yapar hale gelinceye dek yardımcı olmak, en kısa zamanda kendi bakımlarını üstlenmelerini ve gereksinimlerini karşılayabilmelerini sağlamak, uygun baş etme yöntemlerini kullanarak yaşam biçimi değişikliklerine, hastalığa uyum sağlamalarına yardımcı olmak ve tüm bu süreçlerde yaşam doyumunu maksimum düzeye çıkarmaktır (16,17,18). Bu sorumlulukları yerine getirirken açık kalp ameliyatı sonrası ortaya çıkan yaşam biçimi değişikliklerinin hastaların yaşam kalitesine olan etkisinin saptanması gerekir.

Bu verilerden yola çıkılarak araştırma; açık kalp ameliyatı sonrası yaşam biçimi değişikliklerini ve bu değişikliklerin hastaların yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmış ve uygulanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. KALP AMELİYATI TARİHÇESİ

Tıbbın tarih içerisindeki gelişiminde kalp, fonksiyonlarının yedeklenememesi, hareketli bir organ olması, çalışma sırasında kansız ortam sağlanamaması gibi nedenlerle korkulan ve cerrahlar açısından cerrahi açıdan uzak durulması gereken bir organ olarak algılanmıştır. 1896'da Dr. Ludwig Reh'in bir kalp yaralanmasında miyokardı dikerek hastayı yaşatması, kalp yaralarına dokunulmaz ilkesinin gerçekliğini yitirmesini ve bu ameliyatın kalp cerrahisinin başlangıcı olarak kabul edilmesini sağlamıştır. 19.yy'ın sonları ile 20.yy'ın ilk yarısında radyografik teknikler, anestezi ve kan transfüzyonunda önemli adımlar atılması kalp cerrahisinin hızlı gelişmesinde büyük rol oynamıştır (19,20).

1929'da Werner Frossman'ın ilk kalp kateterizasyonunu gerçekleştirmesi, 1953'te Seldinger tarafından perkütan yöntemin geliştirilmesi ve 1930'da Mc Lean'ın heparini keşfetmesiyle modern kalp cerrahisini başlatan ekstrakorporeal dolaşımın (ECC) kliniğe girmesi mümkün olmuştur. Ekstrakorporeal dolaşım tekniği kullanarak dünyada ilk başarılı açık kalp ameliyatı John Gibbon tarafından 1953'te yapılmıştır. Gibbon, oluşturduğu kalp-akciğer makinesi sayesinde ekstrakorporeal sirkülasyon sağlayarak, kalp ve akciğer fonksiyonlarının vücut dışında devam edebileceğini kanıtlamış ve kalp cerrahisinde çığır açmıştır (5,19). 1970'li yıllarda açık kalp ameliyatlarının sadece %20'sinde ECC kullanılmaktayken kalp-akciğer makinasının geliştirilmesiyle kalp ameliyatlarında ECC standart hale gelmiştir (21).

Açık kalp cerrahisi klinik uygulamaya girince kapalı tekniklerle tedavisi başarısız olan ve özellikle yetersizliğin hakim olduğu kapak lezyonları için düzeltme teknikleri geliştirilmiştir. 1956'da Lillehei tarafından ilk mitral komissürotomi, kısa bir süre sonra açık annüloplasti gerçekleştirilmiştir. 1960 yılında Starr ilk mekanik mitral kapak replasmanını aynı yıl Harken ilk aort replasmanını yapmıştır. Gene 1960'da ilk pace maker başarılı bir şekilde implante edilmiştir. İnsandan insana kalp naklini ise Bernard 1966 yılında gerçekleştirmiştir (19,22).

1967 yılında Cleveland Klinik'te Sones ve Shirey tarafından ilk koroner anjiyografinin başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi ile koroner ateroskleroz tespit edilen hastaların planlı olarak cerrahi yaklaşımla tedavisine karar verilmiştir. Aynı yıl, Soner,

Favaloro, Effler ve ark koroner arter bypass greft (KABG) operasyonu gerçekleştirmişlerdir (23,24).

Dünyada bu gelişmeler yaşanırken ülkemizde de 1950'li yıllarda kardiyovasküler cerrahi alanında önemli gelişmeler kaydedilmiş ve 1959 yılında Dr. Mehmet Tekdoğan ülkemizde ilk kez açık kalp cerrahisini uygulamıştır. 1962 yılında Dr. Aydın Aytaç konjenital kalp cerrahisi ve 1965 yılında Dr. Yüksel Bozer erişkin kalp cerrahisi alanında ülkemizde ilkleri gerçekleştirmişlerdir. İlk açık kalp ameliyatı, Dr. Siyami Ersek tarafından 15 Nisan 1963 tarihinde atrial septal defekti ve pulmoner stenozu olan bir hastaya uygulanmıştır. 23 Kasım 1972'de aynı hastanede ilk kez otojen safen ven grefti ile bir hastaya KABG operasyonu uygulanmıştır (25). Bütün bu aşamalarla kalp cerrahisi 20. yy'ın 2.yarisından beri hiçbir bilim dalına nasip olmayacak kadar hızlı ilerleme göstermiş ve bugünkü inanılmaz seviyesine yükselmiş bulunmaktadır (22).

4.2. AÇIK KALP AMELİYATI GEREKTİREN DURUMLAR

Konjenital defektler (atrial septal defekt (ASD), ventriküler septal defekt (VSD), büyük damarların transpozisyonu, fallot tetralojisi (TOF), patent duktus arteriyozus (PDA), aort koarktasyonu (KOARK), edinsel/kazanılmış defektler (koroner arter hastalığı (KAH), aortik, ventriküler anevrizma), kalp transplantasyonu gibi durumlarda açık kalp ameliyatı yapılmaktadır (5,6).

Türkiye'de 46 ilde, kalp ve damar cerrahisi hizmeti veren 207 klinik bulunmaktadır. Kervan ve ark. yaptıkları araştırma sonuçlarına göre ülkemizde 2009 yılında 48.227 koroner bypass, 10.091 kalp kapağı ameliyatı, 2459 aort ameliyatı, 4285 konjenital kalp cerrahisi (ASD, USD, TOF, KOARK, PDA), 1043 kompleks doğuştan cerrahi sayısı olmak üzere toplam 66.105 açık kalp cerrahisi uygulanmıştır (11).

4.2.1. Koroner Kalp Hastalığı

Kalp; asendan aortanın proksimalinde, aort kapağının hemen üzerinde yer alan sağ ve sol aorta sinüslerinden çıkan sağ ve sol koroner arterler ile kanlanır. Bu arterler asendan aortanın vaza vazorumunu kanlandırarak atriyumları ve ventrikülleri kanlandırmak üzere dallara ayrılır. Sol ön inen dal (LAD), Sirkumfleks arter (CX), Sağ koroner arter (RCA) olmak üzere üç başlıca koroner arter bulunmaktadır (26). Koroner dolaşım kardiyak

fonksiyonun sağlanması için kalbe oksijen ve besin sunar, bu sayede vücudun geri kalan kısmının kanla beslenmesi sağlanır (27).

Koroner kalp hastalığı, koroner arter kan akımının genellikle ateromatöz plakla daralması veya tıkanması sonucu oluşan, tedavisinde devam eden gelişmelere karşın gerek batı ülkelerinde gerekse de ülkemizde morbidite ve ileriki yaşlarda olmakla birlikte mortalitenin en başta gelen nedeni olarak dikkat çekmektedir (28,29,30).

Avrupa'da 75 yaş altı ölümlerin kadınlarda %45, erkeklerde %38'inden kardiyovasküler hastalıklar sorumludur. Türkiye İstatistik Kurumu'nun ICD 10 ana tanı kodlarına göre yaptığı araştırmada, 2012 yılı ölüm nedenleri sıralamasında kardiyovasküler sistem hastalıkları %37.9 ile açık ara en üst sırada olup bu ölümlerin %31.2'si iskemik kalp hastalığı, %25.7'si serebrovasküler hastalık, %11.8'i diğer kalp hastalıklarından kaynaklanmıştır. (31,32).

Türk Kardiyoloji Derneği tarafından 1990 yılında başlatılan Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) adlı çalışmanın 2009 yılı verilerine baktığımızda, ülkemizde yaklaşık 3,1 milyon kalp damar hastası bulunduğunu, bu sayının %6,4 oranında yıllık artış gösterdiği ve yılda 190.000 kişinin kalp damar hastalığı (KDH) nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir. KDH prevalansı 1990 yılına kıyasla 50 yaş üstü grupta %80 oranında artmıştır. TEK HARF 2012 verilerinden yapılan hesaplama göre ülkemizde yılda yaklaşık 420.000 koroner olay meydana gelmekte ve 45-74 yaş arası kişiler koroner mortalite açısından Avrupa ülkeleri arasında en yüksek seviyede bulunmaktadır. Türkiye'de önümüzdeki 10 yılda KDH sayısının, iki kat artış göstererek 5-6 milyona ulaşması beklenmektedir. Bu durumda gerek bilim adamları gerekse endüstri, KDH konusunda büyük ilgi duymakta ve her gün bu hastalıkların tanı ve tedavisine yönelik yeni gelişmeler kaydedilmektedir (32,33).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) eldeki verilere göre, 2020 yılında dünya üzerindeki tüm ölümlerin %36'sının kardiyovasküler hastalıklara bağlı olarak gerçekleşeceğini ve KDH'ye bağlı ölümlerin kadınlarda %120, erkeklerde %137 artacağını öngörmektedir. Yayımladığı 2020 yılı yaşamı kısıtlayan önde gelen nedenler listesinde, koroner kalp hastalığının birinci, inmenin dördüncü sırayı alması tahmin edilmektedir ve günümüzde yılda yaklaşık 17 milyon kişi kardiyovasküler hastalıklara bağlı nedenlerden dolayı yaşamını kaybetmektedir (34). Kardiyovasküler hastalıklar tüm dünyada epidemik olmaya

başlamıştır, ateroskleroz ve sıklıkla eklenen tromboz altta yatan en sık nedenlerdir (34, 35, 36).

4.2.1.1. Ateroskleroz

Ateroskleroz, arter intiması altına yerleşen lipid içerikten zengin, fibröz bir kapsül ile çevrelenen plaklara (aterom plağı) karşı vücut tarafından oluşturulan karmaşık bir enflamatuvar-fibroproliferatif cevaptır (37,38). Nedenleri tesbit edilip, tedavi edilebildiği takdirde durdurulabilen veya geriletilebilen multifaktöriyel, morbit ve mortal, tüm arteriyel yapılarda darlık ve tıkanmalara, arterlerin esneklik ve antitrombotik özelliklerinin bozulmasına yol açan kronik sistemik bir hastalıktır. Halk arasında "damar sertliği" olarak bilinen arteriosklerozun büyük kısmını ateroskleroz oluşturmaktadır (39). Arterioskleroz, arter sertleşmesine yol açan tüm hastalıkları, nativ ateroskleroz, anjioplasti sonrası restenoz ve transplantasyona bağlı vasküler hastalığı içeren daha geniş bir terimdir. Her iki durumda da patolojik süreçler belli ölçüde benzerdir ancak lipid birikimindeki karışım, düz kas çoğalması ve immün yanıt belirgin olarak farklıdır (37).

Geleneksel olarak ateroskleroz, daha çok yaşlı kişileri etkileyen, yıllar içinde yavaş ilerleyen ve sonuçta kan akımı üzerinde mekanik etkilerle semptomlara yol açan dejeneratif bir hastalık olarak kabul edilmiştir. Ancak, aterosklerozun patogenezi ve ilerleyişi hakkındaki bilgilerimiz arttıkça bu görüşlerde değişmeye başlamıştır. Aterosklerotik plakların hücresel yapılarının farklı olduğunun ve klinik olay riskinin plakta ön planda bulunan hücre tiplerince belirlendiğinin ortaya konulması, inflamasyonun patogenezi rolünün daha iyi anlaşılması ve ilaçlarla aterosklerotik olay sayısının plağın boyu değişmeksizin azaltılabileceğinin gösterilmesi, aterosklerozun ilerleyici ve irreversibl bir hastalık olmaktan ziyade, tıbbi tedaviye yanıt verebilen dinamik bir süreç olduğunu göstermektedir (37).

4.2.1.2. Ateroskleroz Patogenezi

Ateroskleroz, damar duvarında bulunan hücreler, bazı kan hücreleri, bu hücrelerden salınan bazı maddeler ve LDL kolesterol arasındaki karmaşık birtakım olaylar sonucu ortaya çıkar (38). Aterosklerotik plaklar damar içinde yavaşça büyür, epikardiyal vasküler yapıda zamanla obstrüksiyona yol açar, etkilenen damarın suladığı miyokarda oklüzyon gelişir ve miyokard infarktüsü (MI) ile sonuçlanır (39,40).

Aterosklerozun altında yatan nedenin endotel hasarı olduğu düşüncesi patogenezin en açıklayıcı teorisidir. İlk evre olarak bilinen yağlı çizgi döneminde lümeninde herhangi bir daralma olmaz. Yapılan otopsi çalışmalarında saptanabilen yağlı çizgiler; erkeklerde adolesan çağların sonunda ve 20 yaşların başında, kadınlarda ise 20 yaşların sonunda ve 30'lu yaşların başında tesbit edilmiştir (38,39). Ateroskleroz için iyi tanımlanmış risk faktörlerinin çoğu endoteli yaralar, bir grup olaylar zincirini başlatır, düz kas hücreleri proliferasyonu, inflamatuvar hücre katılımı, vasküler yapıda lipid depolanması gibi aterosklerozun tüm oluşumlarına katılır (40).

4.2.1.3. Aterosklerozu Etkileyen Faktörler

Ateroskleroz genler ve çevre arasındaki çok sayıda ve karmaşık etkileşimin bir sonucudur. Genetik faktörler nadiren tek başlarına semptomatik ateroskleroza neden olabilirler. Bireyin proaterojen faktörlere cevabını ve damar duvarının aterojen uyarıya yatkınlığını sıklıkla genetik yapı belirler. Ancak çevresel faktörlerin de hastalığın ilerleme hızını (plak oluşması) belirgin şekilde etkileyerek KDH gelişip gelişmeyeceğini belirlenmesine etkisi vardır (37).

Aterosklerotik kalp hastalığı risk faktörleri, aterosklerozun başlamasını, ilerlemesini ve daha karmaşık hale gelmesini kolaylaştıran ve bir araya geldikleri takdirde vasküler olay geçirme riskini kat kat arttıran faktörlerdir. KDH'da rol oynayan aterosklerozun etyopatolojisi kesin olarak aydınlatılamamakla birlikte, gelişimini etkileyen bir takım önemli risk faktörleri bilinmektedir. Yaş, cinsiyet, aile öyküsü gibi değiştirilemeyen, Diyabetes Mellitus (DM), Hipertansiyon (HT), hiperkolesteromi, sigara, şişmanlık, fiziksel hareketsizlik gibi değiştirilebilen klasik risk faktörleri vardır. Bunun yanı sıra hastanın, aterojen lipoproteinlerinin miktarını (küçük yoğun LDL, apo B), koagülasyon ve fibrinolitik aktivitesini (t-PA, PAI-I, fibrinojen), vasküler endotel fonksiyonlarını (homosistein, Lp (a)) ve inflamatuvar yanıtını (hs-CRP, MPO) belirleyen yeni risk etmenleri de günlük pratiğe yavaş yavaş girmektedir (41).

KDH'ı en az %80 oranında risk faktörlerine bağlı olarak gelişir. Kardiyovasküler risk faktörlerinin gelişiminin önlenmesi, kontrolünün sağlanması ile KDH'a bağlı morbidite ve mortaliteyi %80-90 oranında azalttığı bilinmektedir. Amerikan Kalp Birliği (AHA), Avrupa Kalp Birliği (ESC) ve Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) tarafından risk faktörleri sınıflandırılmıştır (42).

Tablo 4.2.1.3.1 Amerikan Kalp Birliği (AHA) Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri (Ashley EA, Niebauer J. London Remedica 2004), (43)

Major Bağımsız Risk Faktörleri	Öngördürücü Risk Faktörleri	Olası Risk Faktörleri
Sigara	Fiziksel hareketsizlik	Fibrinojen
Hipertansiyon	Şişmanlık	CRP
Total kolesterol ve LDL yükselme	Erken KDH olan aile öyküsü	Homosistein düzeyinde artma
HDL düşüklüğü	Etnik köken	Lipoprotein (a) düzeyinde yükseklik
Diyabetes Mellitus	Psikososyal Faktörler	
İleri yaş		

Tablo 4.2.1.3.2 Avrupa Kalp Birliği (ESC) Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri (Ashley EA, Niebauer J. London Remedica 2004), (43)

Yaşam Tarzı	Biyokimyasal veya Klinik Özellikler (Değiştirilebilir Risk Faktörleri)	Kişisel Özellikler (Değiştirilemez Risk Faktörleri)
Doymuş yağ ve kaloriden zengin diyet	Kan basıncında yükselme	Yaş
Sigara	Plazma total kolesterol ve LDL kolesterol yükselme	Erkek cinsiyet
Aşırı alkol tüketimi	HDL düşüklüğü	Erken yaşta KDH öyküsü (erkek<55, kadın<65 yaş)
Fiziksel hareketsizlik	Plazma TG yükselme	Erken yaşta KDH ya da aterosklerotik hastalık
	Hiperglisemi, Diyabetes Mellitus, Şişmanlık	
	Trombojenik faktörler	

Tablo 4.2.1.3.3 Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Kalp Hastalığı Risk Faktörleri 2002,(44)

1. Yaş (erkeklerde ≥ 45 , kadınlarda ≥ 55 yaş veya erken menopoz)
2. Aile öyküsü (birinci derece akrabalarda erkeklerde 55, kadınlarda 65 yaşından önce koroner arter hastalığı bulunması)
3. Sigara içiyor olmak
4. Hipertansiyon (kan basıncı $\geq 140/90$ mmHg veya antihipertansif tedavi görüyor olmak)
5. Hiperkolesterolemi
(total kolesterol ≥ 200 mg/dl, LDL kolesterol ≥ 130 mg/dl)
6. Düşük HDL-kolesterol değeri (< 40 mg/dl)
7. Diyabetes Mellitus (diyabet bir risk faktörü olmasının yanı sıra, koroner kalp hastalığı varlığına eşdeğer bir risk taşıdığından risk değerlendirmesinde ayrı bir yeri vardır.)

4.2.1.4. Miyokard İskemisi ve Revaskülarizasyon

KDH, belirti ve bulguları arter lümenindeki daralmanın lokalizasyonu ve derecesine göre değişiklik gösterir (16). Koroner kan akımının yeterli kardiyak fonksiyonları idame ettirmek için gerekli oksijen ve metabolik substratı sunamayacak düzeye gelmesiyle akut ve kronik koroner sendromlar gelişir. Miyokardiyal perfüzyon azalması ile karakterize uzamış iskemi sonucu meydana gelen geri dönüşümsüz kalp kası nekrozu olan miyokard infarktüsünün şiddeti, miyokardın oksijen talebi ile koroner kan sunumu arasındaki dengesizliğin derecesi ve süresi ile yakından ilişkilidir.

Koroner anjiyografi ile koroner arterlerdeki darlıkların yeri, ciddiyeti ve şekli anatomik olarak belirlenmekte, distal damarların özellikleri, koroner kan akımı indeksi ve oluşmuş kolleteral damarlar gösterilmekte ve böylece; koroner arterlerdeki fonksiyonel daralma veya tıkanma için tercih edilebilecek iki tedavi yöntemi olan perkütan koroner girişime (PKG (perkütan transluminal balon anjioplasti (PTCA) uygulamaları ve intrakoroner stent yerleştirilmesi)) veya koroner arter bypass greft cerrahisine karar verilmektedir. KABG ve PKG arasında seçim yapılırken koroner lezyonların anatomisi, revaskülarizasyonun beklenen başarısı, komorbiditeler ve ilişkili önemli kapak hastalıkları dikkatle değerlendirilmeli, hastanın sağ kalım süresini uzatmaya yönelik bir seçim yapılmalıdır (37,41,45,46,47). KABG'nin perkütan yaklaşımdan farkı şudur: perkütan girişimde suçlu ve en kritik lezyonlara girişim yapılırken KABG'de tam miyokardiyal revaskülarizasyon yapılır (40). Yapılan çalışmalarda koroner arter bypass greftleme ameliyatlarının yaşam kalitesi ve yaşam süresi üzerine PTCA ve medikal tedaviden daha etkili olduğu gösterilmiştir (7).

4.2.2. Valvüler Kalp Hastalığı

Kalp kapakçıkları, kardiyak döngü esnasında kalbin kasılıp gevşemesiyle oluşan basınç değişikliklerine bağlı olarak açılıp kapanarak pulmoner artere ve aorta kan akımını kontrol ederler.

Atriyovenriküler kapaklar, atriyumları ventriküllerden ayırır. Üç kapakçıklı olan triküspit kapak, sağ atriyumu sağ ventrikülden, iki yaprakçıklı olan mitral kapak ise, sol atriyumu sol ventrikülden ayırır.

Semilunar kapaklar ise ventriküller ile ventriküllerin ilgili arterleri arasında yer alır. Pulmoner kapak, sağ ventrikül ile pulmoner arter arasında, aort kapağı ise sol ventrikül ile aort arasında yer alır.

Kapak hastalıklarında iki önemli fonksiyonel bozukluk ortaya çıkar :

- Kapak darlığı (Valvüler stenoz); kapak açıklığının daralması sonucu kanın ileri doğru akışının engellenmesi ile oluşur.
- Kapak yetmezliği (Valvüler regürjitasyon); kapak tendonlarının elastikiyetini kaybetmesi sonucu, tam kapanamaması nedeniyle kanın geriye kaçmasıdır.

Kapak hastalıkları ciddiyetine bağlı olarak çeşitli semptomlara yol açabilir ve cerrahi tedavi gerektirebilir (16).

4.2.2.1. Mitral Stenoz

Mitral kapakçıkların ve kordaların anatomik bozukluğu ve deformitesi sonucu diastolde iyi açılmaması mitral stenoz olarak adlandırılır. Sol atriyumdan sol ventriküle kan akımı engellenir. Genellikle romatizmal ateşin ilerleyici olarak korda tendinaları ve kapakçıkları kalınlaştırması nedeniyle olur. Kapakçıklar birleşerek mitral kapak deliğini daraltır ve sonunda tıkanarak ventriküle olan kan akımı engellenir (16). Mitral kapak darlığı tüm kapak hastalıkları içerisinde en sık görülen bozukluktur. Mitral stenozun ilk bulgusu, pulmoner venöz hipertansiyon nedeniyle görülen dispnedir. Kardiyak output progresif olarak azaldıkça hastalar yorgunluk hissederler. Hemoptizi, öksürük ve sık tekrarlayan akciğer enfeksiyonları görülebilir (40).

4.2.2.2. Mitral Kapak Yetmezliği

Gelişmiş ülkelerde mitral yetmezlik sıklıkla iskemik veya dejeneratif hastalıktır ve mitral yaprakçıkların mitral açıklığı tam kapatamama durumuyla sistol esnasında sol ventrikülden sol atriyuma geriye kan akımının olmasıyla oluşur. En önemli nedeni akut eklem romatizmasıdır. Genellikle asemptomatiktir. Sol ventrikülden geriye kaçan kanın akciğerlerde konjesyon geliştirmesi ve ventrikülde hipertrofi yaratması sebebiyle kardiyak output düşer. Bu nedenle hastalar kalp yetmezliği bulguları sergiler. Yorgunluk, halsizlik, efor dispnesi, taşikardi ve pulmoner ödem sık görülür (16).

4.2.2.3. Aort Stenozi

Sol ventrikül ile aort arasındaki kapağın tam olarak açılmamasıdır. Konjenital, romatizmal, bakterial endokardit veya atheroskleroz kökenli olabilir. Temel hemodinamik bozukluk sol ventrikülün sistolik yüklenmesidir (2). Aort kapağı daraldığında sistolde ventrikül tam anlamı ile kanı boşaltamaz ve kompensasyon mekanizması uygulayarak hipertrofik hale gelir. Aort kapağının %50' sinden fazlası daralmadıkça önemli hemodinamik değişiklikler görülmez. İlerlemiş vakalarda hipertrofik sol ventrikülün artmış oksijen gereksinimi, diyastolde miyokardın perfüzyon zamanının azalması ve koroner arterlere giden kan akımının azalması nedeniyle angina pectoris, beyne giden kan akımının azalmasına bağlı senkop, sol ventrikül yetersizliğine bağlı dispne görülebilir (16,37,40).

4.2.2.4. Aort Yetmezliği

Diyastol sırasında aort kapağının iyi kapanamaması sonucu kanın aortadan yüksek basınç altında sol ventriküle geri kaçması olayıdır. Aort kapağının bozukluğu (romatizmal ateş, bakteriyel endokardit, doğumsal malformasyonlar, travma, dejenerans) ya da aort kökünün genişlemesi (marfan sendromu, ankilozan spondilit, hipertansiyon, aort diseksiyonu, aort yetersizliği) nedeniyle oluşur. Hem aort hem de atriyumdan gelen kan, sol ventrikülün diastolik yüklenmesine ve atım volümünün artmasına yol açar (16). Diyastolik yüklenme kalbin hipertrofisine ve dilatasyonuna yol açar. Aort yetersizliğinin gidişatı başlangıç özelliklerine yetersizliğin akut veya kronik olmasına ve volüm yüklenmesine kompensatuar değişikliklerin derecesine bağlı olarak farklılık gösterir (40). Akut aort yetersizliğinde durum ciddidir. Kronik aort yetersizliği uzun yıllar asemptomatik

olabilir. İleri evrede miyokard yetersizliği olduğunda sol ventrikülün elastikiyeti azalır, diyastolik basınç yükselir. Bu hastalarda çarpıntı, sol kalp yetersizliği bulguları (ortopne, gece dispnesi vb), terleme, anjina pektoris görülebilir (40).

4.2.2.5. Triküspit Stenozu

Sağ atriyum ve sağ ventrikül arasında bulunan üç yaprakçıklı triküspit kapağın darlığıdır. Akut eklem romatizması en önemli nedenidir. Sistemik lupus eritomatozus, karsinoid tümör, konjenital bozukluklar da neden olabilir. Kadınlarda erkeklerden 4-5 kat fazla görülür. Triküspit yapraklarının arasındaki açıklığın daralması sonucu, sağ atriyumdan sağ ventriküle kan akışı yavaşlar sağ atriyumda birikir. Böylece kalbe olan venöz dönüşüm engellenir. Venöz basınç artar ve Sağ ventrikül out-put'u azalır. Bu hastalarda düşük out-put nedeniyle erken yorulma, kilo kaybı, hipotansiyon, hepatomegali, juguler ven dolgunluğu, siroz ve sarılık belirti ve bulgular arasındadır (40).

4.2.2.6. Triküspit Yetmezliği

Triküspit yaprakçıklarının triküspit alanını tam kapatamamasıdır. Nedenleri arasında sağ ventrikül hipertrofisi, mitral darlığı, pulmoner hipertansiyon, bakteriyel endokardit, akut eklem romatizması, travma, sağ ventriküle pil implantasyonu sayılabilir. Dispne, siyanoz, ödem, regürjitasyon, iştahsızlık, boyun venlerinde dolgunluk, ikter, düzensiz nabız belirti ve bulgularındandır (16,40,48)

4.3. AÇIK KALP AMELİYATI

Günümüzde kalp hastalıklarının büyük bir kısmının cerrahi tedavisi açık kalp ameliyatları kardiyopulmoner bypass tekniği kullanılarak gerçekleştirilmektedir. İlk olarak 6 Mayıs 1953'te John H. Gibbon tarafından başarılı bir şekilde kullanılan kardiyopulmoner bypass, cerrahi işlem sırasında cerrahi görüşü ve güvenliği optimum düzeye erdirmek amacıyla kalp ve akciğer fonksiyonlarının belirli bir süreliğine ekstrakorporeal olarak gerçekleştirilmesidir. Bu işlem kalp-akciğer makinesi yardımıyla gerçekleştirilir (7,8,9).

Bir kalp akciğer makinesinin ana komponentlerini pompa, arteriyel ve venöz kanüller, hatlar, venöz rezervuar, oksijenatör/ısı değiştirici ve arteriyel filtre oluşturur. Çeşitli versiyonları olmakla birlikte asıl olarak santral bir venden alınan kanın bir

rezervuarda toplanıp, kan-gaz değişimi sağlandıktan sonra filtre edilerek arteriyel sistem yardımıyla vücuda geri döndürülmesi ile sistemik hemeostazisi sağlama prensibiyle çalışır. Venöz kan bir rezervuar ile sağ atriyumdan toplanır, oksijenatörde filtre edilerek arteriyel sisteme, genellikle de asendan aortaya pompalanır. Böylece vital organların kan akımı sağlanmış olur. Pompa basıncı serebral dolaşımı sağlayacak şekilde ayarlanır. Operasyon alanındaki kan da filtre edilerek arteriyel dolaşıma verilir. Bu sistemlerde akış hızları, akış miktarı, kanın sıcaklığı, kan gazı değerleri, kan elektrolit değerleri sürekli olarak izlenebilmekte ve istenilen şekilde ayarlanabilmektedir (7,8,9).

Kardiyopulmoner bypass sırasında kalbin diyastolde potasyum içeren sıvılar aracılığı ile durdurulması ve aortaya kros klemp konulması kansız ve hareketsiz bir cerrahi ortam sağlarken dezavantaj olarak miyokardın perfüzyonu tam anlamıyla engellenir. Bu durumda miyokard iskemisi meydana gelmektedir. Operasyon esnasında vital organların perfüzyonu kadar miyokardiyal canlılığın korunması da önemlidir. Aortik kros klemp sırasında, iskemik miyokard hasarından korunmada kullanılan çeşitli vardır. Bu yöntemlerin başlıcaları hipotermi uygulaması ve kardiyoplejik solüsyonlardır (49).

1950'li yıllarda ortaya atılan hipotermi konsepti tüm dezavantajlarına rağmen miyokardiyal koruma yöntemlerinin temelini oluşturmakta ve günümüzde hemen hemen tüm açık kalp ameliyatlarında uygulanmaktadır. Miyokard yaralanmasını minimize etmek ve miyokardiyal koruma sağlamak için yaratılan sistemik ve tropikal hipotermi, tüm dokularda olduğu gibi miyokardda da bazal metabolizmayı ve oksijen kullanımını azaltarak dokunun iskemi toleransını artırır. Ayrıca hipotermi, kalpte elektromanyetik arrest oluşumuna katkıda bulunarak hücresele fonksiyonları ve canlılığı korur (40, 50, 51).

Kalbi diyastolde durdurmak ve konumunun devamlılığını sağlamak için direkt olarak koroner arterler üzerinden verilen potasyum yüklü kimyasal bileşikler aracılığıyla yapılan bu uygulamaya kardiyopleji adı verilmektedir (52). Kardiyoplejik sıvılarla sağlanan kardiyak arrest sırasında miyokardın tükettiği oksijen miktarı %80 oranında azalmaktadır. Kardiyopleji solüsyonları sayesinde güvenli kalp cerrahisi süresi üç saate kadar uzamıştır. Cerrahiden sonra kalp yeniden ısıtılıp solüsyonlarla yıkanarak miyokardiyal kontraksiyonlar geri döndürölür (45, 51, 53).

4.3.1. Koroner Arter Bypass Greft (KABG)

Koroner arter cerrahisi, ortalama insan ömrünün artması, stabil yaşam tarzının yerleşmesi, tanı yöntemlerinin çoğalması ve cerrahi ve anesteziadaki gelişmelerinde etkisi ile gittikçe artan bir ameliyat halini almıştır (7). Kronik bir hastalık olan koroner arter hastalığının etkili ve güvenilir tedavi seçeneklerinden biri olan KABG dünyada en fazla yapılan ameliyatlardan biridir (2). Koroner arter cerrahisi, iskemi ve semptomlarını, miyokard infarktüsü olasılığını, ani ölüm riskini azaltmak, sol ventrikül fonksiyonunu korumak ve egzersiz toleransını arttırmak amaçları ile uygulanmaktadır (49).

KABG ile akımı azaltıcı lümen darlığı olan koroner arterlerin vücudun çeşitli yerlerinden alınan greftler ile revaskülarize edilerek, risk altındaki bölgede canlılığın sürdürülmesi ve önemli düzeyde kanlanma sağlanır. En sık greft uygulanan arterler epikardiyal damarlardır. Greft açıklığı anastomoz edilen damarların özellikleri, beslenme alanı, greft materyalinden etkilenir (41).

Koroner arter bypass cerrahisinde geçmişten günümüze kadar çeşitli greftler kullanılmıştır. Kullanılması muhtemel greftlerin seçimini etkileyen bazı faktörler vardır. Hastanın yaşı, tıbbi hikayesi, kullanılması planlanan greftin uygunluğu, hangi koroner artere kullanılacağı, koroner arterin stenoz oranı ve son olarak cerrahin tercihi gibi etkenler greft seçimini etkileyen faktörler olarak sıralanabilir. Günümüz KABG sırasında arteriyel greftler, venöz greftler, homogreftler ve suni greftler kullanım alanı bulmuştur. Ancak en sık kullanılan greft internal torasik arterdir. Bunun dışında Safen Ven Greft (SVG), İnternal Mammarian Arter (İMA), Gastroepiploik Arter (GEA), Radyal Arter Greft (RA) kullanılabilir (54).

KABG Endikasyonları :

- Tıbbi tedavilerle kontrol edilemeyen anjina
- Stabil olmayan anjina
- Perkütan koroner girişimler ile tedavi edilemeyen lezyon ve tıkanıklık ile birlikte pozitif egzersiz toleransı
- Sol ana koroner arterin %60'tan fazla tıkanması
- Bir tanesi sol ön inen arter olmak üzere iki ya da üç koroner arterin tıkanıklığı
- İki ya da üç koroner arterde tıkanıklık olmasıyla birlikte sol ventrikülün fonksiyon bozukluğu

- Perkütan koroner girişimlerin komplikasyonu veya başarısızlığı (16).

4.3.2. Kapak Cerrahisi

• Valvüloplasti: Yırtılan yaprakçıkların dikilerek tamir edilmesidir. Valvüloplastinin türünü, kapağın disfonksiyonunun tipi ve nedeni belirlemektedir. Onarım, kapakçıklar arasında yer alan komissürlere yapıldığında komissürotomi, anülüslere yapıldığında anuloplasti, yaprakçıklara ya da kordalara yapıldığında kordoplasti adını alır. Çoğu valvüloplasti ameliyatları genel anestezi ve kardiyopulmoner bypass gerektirir (16).

• Kapak Replasmanı: Kapak replasmanı (takılması), darlık, yetersizlik yada kombine patolojilerde, onarım cerrahisinin yapılamadığı durumlarda, kapağın eksize edilmesi (keserek çıkarılması) ve yerine protez kapak takılmasıdır. Tüm kapak replasmanları genel anestezi altında ve kardiyopulmoner bypass kullanılarak gerçekleştirilir (16).

Mekanik ve biyolojik kapaklar olmak üzere iki çeşit kapak protezi kullanılmaktadır. Mekanik kapaklar, insan vücudu ile tamamen uyumlu mekanik parçalardan oluşurlar. Biyolojik kapaklara oranla daha dayanıklıdır ve bu nedenle genç hastalarda tercih edilirler. Mekanik kapaklarda tromboemboli önemli bir problemdir ve warfarin ile uzun süreli antikoagülan kullanımı gerektirir. Biyolojik kapaklarda tromboemboli olasılığı daha düşük olduğundan uzun süreli antikoagülan kullanımına gerek yoktur ancak daha sık replasman gerektirirler (16).

Hastanın mekanik veya biyoprotez kapak için uygunluğu yaş, antikoagülan tedaviye tolerans, eşlik eden mekanik durumlar, hayat şekli, ve atriyal fibrilasyon (AF) varlığı gibi birçok faktör göz önüne alınarak değerlendirilir (48).

4.4. YAŞAM KALİTESİ

4.4.1. Yaşam Kalitesi Tanımı ve Kavramsal Boyutu

Aristo'ya kadar uzanan felsefi tartışmalardan kaynağını alan yaşam kalitesi kavramı, günümüzde farklı çevrelerin üzerine yoğunlaştıkları alan olarak dikkati çekmekte, sağlık alanında da giderek artan bir şekilde kullanılmaktadır (55).

İnsan yaşamının iyileştirilmesine ilişkin bir kavram olan yaşam kalitesi; insan istek ve gereksinimlerinin tatmin edici bir biçimde karşılanması olarak tanımlanabilir. Yaşam

kalitesi psikososyal ve ekonomik refahın sağlanması ve dengeli bir biçimde sürdürülmesine temellendirilmiştir.

Yıllarca felsefenin tartışma konusu olan yaşam kalitesinin tarihsel sürecine baktığımızda; antik ve orta çağda insanın mükemmellik durumu, en üst düzeyde erdem, en üst düzeyde güzelliklere sahip olmak olarak ele alınmıştır (16). Yaşam kalitesine ilişkin sistemli çalışmalar 1960'lı yıllarda ABD'de ekonomi ve sosyoloji alanında başlamış, halkın yaşam kalitesinin iyileştirilmesi amacıyla hükümet tarafından daha iyi kazanç, daha iyi eğitim, daha iyi barınma ve sağlık koşulları gibi objektif göstergeleri içeren reform paketi hayata geçirilmiştir. 1970'li yıllarda psikoloji alanında yaşam kalitesi çalışmalarına ilgi artmış, psikologlar yaşam kalitesinin barınma, gelir gibi objektif durumların ötesinde barınma ve gelir durumundan doyum bulup bulmama ile ilişkili olduğunu öne sürmüşlerdir. Psikologlara göre yaşam kalitesi bireyin kendi yaşamına ilişkin doyumunu ve mutluluk durumu ile ilişkilidir (55). Yaşam Kalitesi 1970'lerden sonra tıp alanına, 1980'lerden sonra ise hemşirelik alanına girmiştir (16).

Yaşam kalitesi kavramı; farklı disiplinlerde yapılan çalışmalarda farklı perspektiflerden ele alınmış, zaman içinde değişim göstererek, sürekli gelişme içerisinde olması ve çok yönlü özellik taşıması nedeniyle bir dereceye kadar çakışan, ancak eş anlamlı olmayan şekillerde tanımlar almıştır (55,56). Günümüzde de pek çok tanımla bulunmasına rağmen, yaşam kalitesinin evrensel bir tanımı yoktur. Mevcut tanımların da mutluluk, memnuniyet, yaşam doyumunu, pozitif etki, negatif etki, bilişsel değerlendirme, sağlık, öznel ve psikolojik iyilik hali, sosyal yararlılık, duygusal ve ekonomik statü gibi birçok faktörden kaynağını aldığı görülmektedir.

Yaşam kalitesinin çok boyutlu bir kavram olduğu kabul edilmekte, bu boyutlar çalışmalara göre farklılık göstermektedirler. Ancak genel kabul gören kaniya göre yaşam kalitesi boyutları, fiziksel, işlevsel, sosyal, ekonomik, emosyonel, mental ve manevi iyilik durumunu kapsamaktadır ve yaşam kalitesi değerlendirilirken, işlevsel yeterlilik, hastalık, tedavi ile ilgili yakınma, psikolojik ve sosyal işlevlerde yeterlilik olmazsa olmaz başlıklardandır (17,55,57,58).

Mc Sweeney; yaşam kalitesi kavramını emosyonel fonksiyon, sosyal rol fonksiyon, günlük yaşam etkinliklerine katılım ve eğlence, Linn ve Linn; depresyon, özsaygı, yaşam memnuniyeti ve yaşam doyumunu, Nordenfelt ise sadece mutluluk olarak tanımlamaktadır. Naes yaşam kalitesi kavramının tanımlanmasında kendini gerçekleştirilmeye önem vermekte

ve yaşam kalitesini, kişinin etkinliği, başka insanlarla iyi ilişkileri, özsaygı ve mutluluk düzeyi olarak ifade etmektedir. Yaşam kalitesini sosyolojik açıdan ele alan Bertero, bu tanımı bağımsızlık, sevme ve esenlik olmak üzere temellendirmekte ve olumlu yaşam davranışları olarak geniş bir boyutta ele almaktadır (59).

Yaşam kalitesi; kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması veya yaşam şartları içerisinde elde edilebilecek kişisel doyumun seviyesini etkileyen, hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavram şeklinde tanımlanabilmektedir (14,17,60).

4.4.2. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

Yaşam süresinin uzaması ve yeni tedavi alternatiflerinin uygulanmaya başlanmasıyla sağlık hizmetinin ölçümünde geleneksel yöntemler yetersiz kalmışlardır. Kökleri çok öncelere gitmekle birlikte 1980'lerden başlayarak, bir klinik uygulamanın ya da sağaltım alternatifinin başarısı veya başarısızlığı, biyolojik ve demografik göstergelere ek olarak, o hastanın yaşam kalitesine yaptığı olumlu veya olumsuz gelişmelerle, daha geniş kapsamlı olarak da bireyin bedensel, psikolojik ve sosyal iyilik durumu ile değerlendirilmeye başlanmış ve böylece yaşam kalitesi kavramının tıp ve hemşirelik alanına girmesi sağlanmıştır (61). Sağlık kaynaklarının dağılımı, klinik karar vermenin kolaylaştırılması, bağımsız karar vermesi yönünde hastalara yardım edilmesi amaçları ile çeşitli hastalık durumlarında, farklı tedavi yaklaşımlarının etkinliğinin karşılaştırılmasında ve hastaya uygun tedavi kararlarının verilmesinde yaşam kalitesi araştırmaları yapılmaya başlanmıştır. Bu durum sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (Health Related Quality of Life, (HRQOL)) kavramını (SİYK) gündeme getirmiştir (55).

SİYK, esas olarak kişinin sağlığı tarafından belirlenen, klinik girişimlerle etkilenebilen genel yaşam kalitesinin bir bileşenidir. Kişinin, hastalığı ve uygulanan tedavilerinin fonksiyonel etkilerini nasıl algıladığı ile ilişkilidir (62).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bileşenlerine ilk kez, 1948 DSÖ Anayasasında yer alan sağlığın tanımı içinde rastlamaktayız. DSÖ; sağlığı sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Daha sonraki yıllarda yapılan sağlıkla ilgili yaşam kalitesi tanımlamalarının hemen hepsinde bu bileşenler yer almaktadır (59). 1966 yılında ise

Elkinton'un "medicine and the quality of life" makalesi ile yaşam kalitesinin sağlıktaki yeri artık tartışılmaya başlanmış, 1995 yılında DSÖ yaşam kalitesini; "hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kùltür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını nasıl algıladıkları" şeklinde tanımlamıştır (63). DSÖ'nün bu tanımı, fiziksel sağlık, psikolojik durum, sosyal ilişkiler, bağımsızlık durumu, çevresel ve ruhsal özellikler olmak üzere altı boyutu kapsamaktadır (64).

Farklı disiplinlerde yaşam kalitesinin ne olduğu konusunda görüş ayrılıklarının aksine, hemşire kuramcılardan Rogers, King, Peplau, Leininger ve Parse'nin yaşam kalitesinin tanımları arasında fikir birliği olduğu gör÷lmektedir (55).

Fitzpatric ve arkadaşları yaptıkları araştırmalarda yaşam kalitesi alt boyutlarını şöyle sıralamışlardır; fiziksel fonksiyon (hareket kabiliyeti, öz bakım), emosyonel fonksiyon (depresyon, anksiyete), sosyal fonksiyon (cinsel hayat, sosyal destek, sosyal ilişki), rol performansı (hayatında ve günlük ev işlerinde), ağrı ve diğer semptomlar (yorgunluk, bulantı, hastalığa özgül farklı semptomlar) (65).

Padilla ve arkadaşları ise yaşam kalitesinin boyutlarını hemşirelik ile ilişkilendirerek şöyle özetlemişlerdir;

- Yaşamdan doyum alan, yararlılık, beden imajı, anksiyete, otokontrol, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, gelişme öğrenme durumu, ilişkiler, hedefe ulaşma, yaşamın anlamı, yaşamın normalliği ve mutluluk gibi durumları içeren emosyonel esenlik,
- Fonksiyonel yeterlilik, günlük yaşam aktiviteleri, yeme-içme, iştah, seks, uyku, zindelik, yorgunluk, sağlık-hastalık gör÷nüşü, tanı ve tedavinin sonucunu da içeren fiziksel esenlik,
- Bireysel fonksiyonlar, sosyal aktiviteler, başkalarından destek görme, mahremiyet, reddedilme, rol işlevi gibi sosyal ve bireysel esenlik,
- Mevcut durumdaki geleceğe ilişkin güvenlik duygusu, barınma duygusu, sağlık sigortası, iş güvencesi, ev değiştirebilme gibi finansal ve maddi esenlik (65).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi çalışmaları ile hastanın tedavi sonucu ne kaybettiği veya ne kazandığı hakkında fikir edinilebilir. SİYK ölçme hastanın fonksiyonlarını normal hale getirmenin amaçlandığı uzun dönemli hastalıklarda ve kronik hastalıklarda önem taşımaktadır (66).

4.4.3. Yaşam Kalitesi Değerlendirilmesi

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kişinin kendini ifade etmesi önemlidir. Çünkü yaşanan hissedilen şeyler kişinin kendi deneyimleridir (18).

Sağlık alanında yaşam kalitesi fizyolojik fonksiyonlarını değerlendirmekten çok, hastanın algılamalarını ve hastalığın tedavisiyle ilgili yaşantılarını vurgular. Bu nedenle kronik hastalıkları ölçmede önemli bir göstergedir (2).

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi sağlık hizmetlerine egemen olan paternalistik bakış açısının terk edilerek hastanın bütüncül bakış açısıyla ele alınmasını sağlar. Hasta da elde edeceği iyilik durumunu, varacağı sonucu bilmekte tedaviye ve tedavinin gereksinimlerine daha fazla uyum sağlamaktadır. Böylece rutin uygulamada göz ardı edilen "hasta gözüyle hastalık yaşantısı" daha iyi anlaşılabilir. Hastalıkla ilişkili yaygın fakat göz ardı edilen sorunlar ortaya konabilir. Sağlık hizmetinin/tedavinin bireyin yaşamını ve iyilik halini ne ölçüde etkilediği, bireylerin neyi ne düzeyde yapabildiği belirlenebilir, tedavi/girişim alternatifleri değerlendirilebilir, yaşam kalitesine etki eden faktörler belirlenebilir ve sonuç olarak hastaya uygun tedavi ve bakım verilebilir. Bir başka deyişle yaşam kalitesi çalışmaları hastanın problemlerinin belirlenmesinde, tedavi önceliklerinin saptanmasında, girişimlerin yönlendirilmesinde, hastalık sürecinin izlenmesinde yarar sağlamaktadır (2).

4.4.4. Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Yaşam kalitesi ölçekleri; hastalar tarafından bildirilen sağlık üzerine odaklanmanın sonucu olarak geliştirilmiştir (65).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçüm araçları genel amaçlı (jenerik), özel amaçlı (spesifik)ölçekler olarak iki sınıfa ayrılır.

Genel Amaçlı (jenerik) Ölçekler:

SYK ilgilendiren geniş bir işlev kaybı ve genel olarak rahatsızlık spektrumunu içermeleri nedeniyle, toplumun tüm kesimlerinde; tüm hastalıklar ve durumlarda; çeşitli tıbbi girişimlerde kullanılırlar. Genellikle bunlardan içerdikleri boyut/alan sayısı kadar puan elde edilir (2, 61).

Kalp damar cerrahisinde kullanılan genel yaşam kalitesi ölçeklerinden bazıları:

- Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF)

- EuroQol-5D (EQ-5D)
- Kısa Form 36 (SF-36)
- Sağlık Yarar İndeksi (The Health Utilities Index HUI)
- Sintonen 15-D
- Nottingham Sağlık Profili (NHP)
- Hastalık Etki Profii (SIC)

Özel Amaçlı (spesifik) Ölçekler:

Belirli bir duruma veya hastalığa özgü veya belirli bir işleve özel ölçekler olarak farklılaşır (2, 61).

Kalp damar hastalıklarında kullanılan hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçeklerinden bazıları:

- Miyokart Enfarktüsü Sonrası Yaşam Kalitesi Anketi (QLMI)
- Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Kalitesi Anketi
- Kardiyovasküler Sınırlılıklar ve Semptom Profili (CLASP)
- Seattle Anjina Anketi (SAQ)
- Miyokart Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği (MIDAS)
- Yaşam Kalitesi İndeksi (QLI) Kardiyak versiyonu
- MacNew Kalp Hastalığı Yaşam Kalitesi Anketi (2).

4.5. KALP DAMAR CERRAHİSİNDE SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ

Teknolojinin hızlı gelişimi kalp damar alanındaki artan bilimsel bilgi birikimi yeni tedavi ve girişimlerin kullanılmasına yol açmıştır. Buna paralel olarak ta yaşam süresi uzamıştır. Ancak sağlık bakımının amacı sadece hastaların yaşamını uzatmak değil aynı zamanda bireylerin sorunları ile baş etme ve öz bakım gücünü geliştirerek yaşam kalitelerini yükseltmektir. Bu durum bir tedavinin yaşamı uzatmasının yanı sıra o yaşamın hangi koşullarda yaşandığının da değerlendirilmesi gerekliliğini beraberinde getirmiştir. Öte yandan yaşam süresi uzayan bireylerde farklı kronik hastalıkların bir arada bulunması ve yaşlanmanın vücut sistemleri üzerindeki etkileri nedeniyle kalp damar hastalarının profilleri de değişmiştir. Günümüzde oldukça karmaşık klinik durumlara sahip hastaların kalp damar cerrahisi kliniklerinde tedavi edilmesi söz konusudur. Son yıllarda hasta

haklarının benimsenmesi, hastaların bilinçlenmeleri ve kendi tedavileri hakkında söz sahibi olmak istemeleri de sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesini gerekli kılan bir diğer faktördür. Hastalıklarla veya spesifik girişimler sonrası yaşamak zorunda olan bireyler tedavi seçeneklerini ve yaşam kalitesine olan etkilerini bilmek istemektedir (2).

Tedavi seçenekleri arasında sağ kalım açısından fark olmadığı durumlarda sağlığta yaşam kalitesi karar sürecini doğrudan etkilemeli, sağ kalımdan sonra ikinci önemli değerlendirme ölçütü olmalıdır. Bu nedenle kalp damar cerrahisinde tedavi seçenekleri değerlendirilirken mortalite ve morbidite gibi geleneksel yöntemlerin yanında hastaların algıladıkları yaşam kaliteleri de ölçülmelidir. Bunun yanında hastaların fiziksel sağlık durumlarının yanı sıra sosyal aktivitelerinin ve zihinsel sağlık durumlarının sorgulanmasının tedaviye yön vermeden olduğu kadar prognozun belirlenmesinde de önemi bulunmaktadır. Değerlendirme yapılırken sadece geleneksel klinik faktörlerin değil, uzun süreli süreçlerinin de değerlendirilmesi gerekir (2).

Kalp damar hastalıklarında sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin subjektif ve objektif alanları bulunmaktadır. Subjektif alanlar fiziksel aktivite, mesleki aktiviteler, hastanın sağlık durumunun hasta ve çevresi tarafından nasıl algılandığı, psikolojik ve sosyal aktivitelerdir. Objektif alanlar ise; laboratuvar ve tanısal testlerle ölçülen sağlık durumu, psikopatolojik, sosyo-ekonomik ve toplumsal destek durumunu kapsamaktadır. Literatürde objektif ölçeklerin yaşam memnuniyetini yansıtmada subjektif ölçeklere göre daha az duyarlı ve daha az anlamlı olduğu ifade edilmektedir. Bu nedenle hastaların sıkıntıları ve psikolojik durumları ile ilgili yararlı bilgiler sunmaları açısından subjektif kanıtların rutin değerlendirmelere ve klinik uygulamalara dahil edilmesi önerilmektedir (2).

Kalp hastaları özet olarak anjina, nefes darlığı, yorgunluk ve bitkinlik semptomlarının yanı sıra fiziksel aktivite ve egzersize karşı azalmış tolerans yaşamaktadır. Fiziksel aktivite ile ilişkili semptomlar arttıkça hastalar bu semptomlardan kaçınmak için fiziksel aktivitelerini azaltma yoluna giderler. Bu durum fiziksel, sosyal ve mental fonksiyonlarda azalmaya, sağlık algısının bozulmasına, günlük yaşam aktivitelerinde yardıma gereksinim oluşmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine yol açmaktadır. Bu hastalarda yaşamı uzatmak ve semptomları azaltmak için yapılan açık kalp ameliyatları angina ve dispneyi ortadan kaldırmakta, özellikle mental ve fiziksel fonksiyonlar açısından sağlıkla ilgili yaşam kalitesini arttırmaktadır. Bu nedenle açık kalp ameliyatı sonrası

hastaların takiplerinde fiziksel sağlık durumlarının yanı sıra sosyal aktivitelerinin ve zihinsel sağlık durumlarının sorgulanmasının, tedaviyi yönlendirme ve hastalığın prognozunun belirlenmesinde önemi şüphesizdir (2).

Açık kalp ameliyatı geçiren hastalarda yaşam kalitesinin yükseltilmesi, hastanın değerlerinin, inançlarının, amaçlarının, sağlıklarına verdikleri önemin ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesini, hastaların hastalığa, yeni kısıtlamalara, sınırlılıklarla yaşama fikrine ve sorumluluğuna psikolojik olarak uyum sağlamalarını ve kalp damar hastalığının semptom ve bulgularının kontrol altına alınması amacıyla yaşam tarzında değişiklikler yapmasını gerektirmektedir (2,13,68). Kronik bir hastalık olan koroner arter hastalığının seyri KABG sonrası yaşam kalitesini oldukça etkilemektedir. KABG hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmesi, karmaşık tıbbi tedavilerini sürdürmesi (çoklu ilaç tedavileri), fiziksel ve emosyonel rahatsızlıkları (ağrı, depresyon, anksiyete, öfke vb) gidermesi ve diğer kronik hastalıkların gerekliliklerini (diyabet, hipertansiyon, kalp yetersizliği vb) yerine getirmesi beklenir (2). Bu önlem ve gerekliliklerden herhangi birini başarmada yetersizlik yaşam kalitesinde düşmeye yol açmaktadır Bu nedenle hastalarda yaşam kalitesini yükselten ve semptomları düzelten farmakolojik olmayan girişimlerin geliştirilmesi gerekmektedir (15).

Açık kalp ameliyatı geçiren hastalarda yaşam kalitesi etkileyen diğer faktörler fiziksel iyilik hali, sosyal destek varlığı, toplumsal ilişkiler, kişisel gelişim, kendini gerçekleştirme, öz güven, öz saygı, bağımsızlık, eğlence dinlence, ekonomik durum gibi birçok boyutlardır. Bu nedenle yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde bu faktörler ölçülmelidir (2).

Literatürde açık kalp ameliyatından sonra ileri yaş, düşük sosyoekonomik durum, kadın cinsiyet ve azınlık grupta olmanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen faktörler olduğu belirtilmektedir. Ameliyat öncesi diyabet ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) bulunmasının, hastalarının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (2).

Çalışmamızda yaşam biçimi davranış değişiklikleri Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri çerçevesinde değerlendirilmiştir.

4.5.1. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri

Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli güçlü hemşirelik bakış açısı ile veri toplama, bilgiyi organize etme ve bireyin bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesini sağlamak amacıyla Gordon tarafından 1982' de geliştirilmiştir (6,67). Fonksiyonel sağlık örüntülerini insan sağlığı ve yaşam süreci ile ilişkili 11 başlık altında sınıflandıran bu model, bireyin gereksinimlerini birbiri ile ilişkili fonksiyonel alanlarda incelemekte, sistematik ve standardize edilmiş veri toplama yaklaşımını ve analizini olanaklı kılmaktadır (6,67,68).

Fonksiyonel sağlık örüntüleri (FSÖ), bir değerlendirme formatı ve içerik düzenleyici olarak, hemşirelik süreci, kritik düşünme ve klinik karar vermenin üzerinde durmaktadır ve hastane ve toplum sağlığı alanlarında bireylerin hemşirelik değerlendirmesi ve girişimlerinin düzenlenmesi için kullanılmaktadır (6,67). Yapılan çalışmalarda FSÖ modelinin hastaların bakım sorunlarını belirlemede etkili olduğu ve kolaylık sağladığı, çeşitli hastalık gruplarındaki hastaların tanılanması açısından çalışmaların tekrarlanması gerektiği vurgulanmıştır (69).

Bireyleri geniş bir bakış açısıyla değerlendirmeyi sağlaması nedeniyle FSÖ, açık kalp ameliyatı geçiren bireylerin yaşam biçimi davranış değişikliklerini değerlendirmede etkili olabilir.

4.5.1.1. Sağlığı Algılama ve Sağlık Yönetimi

Algı, bireyin duyumları ve olayları anlamlı bir dünya deneyimine dönüştürmek amacı ile yorumlanması ve düzenlenmesi olarak tanımlanır (70). Bu örüntü, bireyin sağlık düzeyi ve iyilik halini algılaması, sağlığın anlamı, sağlığı değerlendirme ile ilişkili uygulamaları ve davranışlarını içermektedir (6).

Sağlık ve hastalık algısı her kişiye göre farklıdır. İnsanlar, kişisel deneyimleri, bilgileri, değerleri, inançları ve gereksinimleri ışığında sağlık/ hastalık algısı oluştururlar. Hastalık algısı hastalığın ve/veya yeti yitiminin birey tarafından nasıl anlaşıldığıdır.

Leventhal ve ark hastalık algısını:

- Tehditin kimliği/niteliği: Hastanın hastalığa atfettiği belirtiler
- Zaman çizelgesi boyutu: Hastalığın algılanan süresinin ölçüsü
- Hastalığın sonuçları: Hastalığın hastanın yaşamı üzerinde algıladığı ölçüsü
- Hastalığın nedeni ile ilgili inançlar

- Hastalığın kontrol edilebilirliği ile ilgili inançlar boyutlarıyla incelemiştir (70).

İyileşmenin fiziksel ve fiziksel olduğu kadar duygusal ve düşünsel bir süreç olması nedeniyle bireyin hastalığa karşı tutumu, hastalık algısını, tedaviye uyumu gibi davranışları ve onun yaşam kalitesini doğrudan etkiler (16,71).

Açık kalp ameliyatı sonrası kişisel sağlık yönetiminde mevcut risklerin ve oluşabilecek komplikasyonların farkında olarak, sağlığı sürdürmek ve geliştirmek adına sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kullanılması son derece önemlidir. Bu nedenle ameliyat sonrası kişinin yaşam amacı ve anlamlılığı olan manevi gelişimini sürdürmesi, kendi sağlık sorumluluğunu üstlenmesi ve bu kapsamda egzersiz kısıtlaması / programına uyması, ilaçlarını düzenli kullanması, tavsiye edilen diyet programını uygulaması, alkol/sigara gibi zararlı alışkanlıklardan kaçınması, düzenli uyku alışkanlığı oluşturabilmesi ve doğru stres yönetimini sağlayabilmesi gerekmektedir. Böylece, tedavi sürecinin seyri olumlu anlamda ivme kazanacak ve hastaların bu sürece uyumu kolaylaşacaktır.

4.5.1.2. Beslenme ve Metabolizma

Bu örüntü metabolik gereksinim, yiyecek ve içecek özelliklerini de içeren beslenme özelliklerini içerir (6). Açık kalp ameliyatı sonrası kalp damarlarını korumak için hastaların kan basınçlarını, kan şekerlerini ve kolesterol seviyelerini kontrol altında tutmaları elzemdir (72). Bu nedenle verilen diyet programıyla mevcut beslenme alışkanlıklarını değiştirmeleri gerekmektedir.

Hastalar kalp sağlığı açısından yenilmesi sakıncalı olan besinlerden kaçınarak, faydalı olan beslenme önerilerine uymalıdır, kilonun kalp sağlığı açısından önem taşıması nedeniyle sağlıklı beslenme alışkanlıklarını oluştururken besin tüketim miktarına da dikkat edilmelidirler. Bu kapsamda hastalarda hayvansal besinlerden alınan doymuş yağların dışında ihtiyaçları olan günlük yağ gereksinimini zeytin yağı, fındık yağı veya ay çiçek yağı gibi doymamış yağ asitlerinden almaları, et grubu besinlerin ölçülü olarak tüketmeleri, beslenmede posalı besinlere ağırlık vermeleri, ağır hamur tatlıları yerine protein ve kalsiyum içeriği yüksek sütlü tatlıların haftada 1-2 kez olmak suretiyle tercih etmeleri, şeker kullanımının azaltılması beklenmektedir. Sağlıklı beslenme alışkanlığının geliştirilmesinde;

- günde 3 ana, üç ara öğün olmak üzere toplam 6 öğün azar azar ve sık beslenilmesi,
- güne yayararak 8-10 bardak su tüketilmesi,
- yemeklerde salata, ızgara gibi yağ oranı düşük yiyeceklerin tercih edilmesi oldukça önemlidir (73).

Açık kalp ameliyatı geçiren hastalar için beslenme alışkanlıklarına ters düşen değişikliklerin yapılması yaşam tarzındaki en zor değişikliklerden biridir ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (74,75). Ancak sağlıklı beslenme ve yaşam biçimi ile KDH'na yol açan risk faktörlerinden obezite, diabetes mellitus, metabolik sendrom, dislipidemi ve hipertansiyon gelişimi geciktirilebilir veya azaltılabilir (76,77).

4.5.1.3. Boşaltım

Bu örüntü mesane ve bağırsak boşaltımını kapsar. Hastaların ameliyattan önce aç kalmaları, ameliyattan sonra birkaç gün normal beslenememeleri, hareketsizlik ve kullanılan ilaçlara bağlı olarak bağırsak hareketleri yavaşlamaktadır. Bu nedenle açık kalp ameliyatı geçiren hastalarda sıklıkla konstipasyon görülmektedir. Ayrıca konstipasyon için kullanılan ilaçlara ya da alınan gıdalara bağlı olarak diyare gelişebilmektedir (75,78).

4.5.1.4. Aktivite ve Egzersiz

Kişilerin günlük yaşam aktiviteleri, fiziksel kondüsyon / zindelik ve kas koordinasyonunu içerir (6). Açık kalp ameliyatı sırasında açılan sternumun eski bütünlüğünü kazanması yaklaşık olarak 4-6 hafta sürmektedir (79). Bu nedenle hastaların sternumun açılmasına neden olabilecek hareketlerden kaçınması gerekmektedir.

Hastalar özellikle yürüme, koşma, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma gibi fiziki güç gerektiren aktivitelerde zorlanmakta, fonksiyonel bağımlılığın olması, çeşitli kısıtlamalar ve bireyin her gün yerine getirmesi gereken kendine bakım davranışlarını içeren günlük yaşam aktivitelerinde yardıma gereksinim duymaları hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (15,79). Literatürde KABG sonrası düzenli egzersiz yapan bireylerin yaşam kalitesinin sedenter yaşayanlardan daha yüksek olduğu belirtilmektedir (2).

4.5.1.5. Biliş ve Algı

Deneyimleri ve kognitif fonksiyonları, algılama/fark etme örüntüsü, açık kalp ameliyatlarından sonra beynin bilişsel fonksiyonlarında gelişen bozukluklar bakımından kardiyopulmoner bypass tek başına bir risk olarak tanımlanmaktadır (80). Son yıllarda kardiyopulmoner bypass sonrası nöropsikolojik fonksiyonlardaki bozulma insidansında göreceli bir artış vardır. Bu nöropsikolojik bozulmaların büyük bir kısmını kognitif bozulmalar oluşturmaktadır. Açık kalp ameliyatı sonrası, hastaların %50-80'inde taburcu olurken, %20-50'sinde postoperatif altıncı haftada, %10-30'da ise postoperatif altıncı ayda nöropsikolojik disfonksiyon görülmektedir ve bunların yaklaşık %35'i bir yıldan fazla sürmektedir (81,82,83). Geç dönemde yapılan araştırmaların büyük çoğunluğunda bilişsel fonksiyonların bir yıl içinde tam olarak elde edildiğini göstermektedir (84,85).

Açık kalp ameliyatlarından sonra yeni entellektüel bozukluk, konfüzyon, ajitasyon, oryantasyon bozukluğu, bellek kusuru ve nöbetler (fokal hasar olmaksızın), kişilik değişikliği, bazı karakter özelliklerde abartılar, paranoid ve saldırgan davranışlar görülebilmektedir (82,86). Hastalarda kısa süreli bellek kaybı, konsantrasyon güçlüğü, basit matematik işlemleri yapmakta güçlük, el yazısında problemler ve görsel bozukluklar oluşabilir. Bazı hastalarda kalp cerrahisi sonrası öğrenme zorluğu saptanmıştır. Kalp cerrahisi geçiren hastalarda kognitif fonksiyonlarda problemler yaşandığı ancak bu problemlerin diğer tip ameliyat geçiren hastalarda görülmediği saptanmıştır (16). Açık kalp ameliyatı sonrası biliş ve algısal boyutta gelişen komplikasyonlar tamamen iyileşmeyi ümit eden hasta ve ailesi için sosyal ve ekonomik yıkım oluşturmakta, yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (87).

4.5.1.6. Uyku ve Dinlenme

Uyku fiziksel, ruhsal, sosyal ve entelektüel gereksinimleri olan insanın gerek fiziksel gerekse ruhsal yönden sağlıklı olması için önemli olan temel günlük yaşam aktivitelerindedir. Açık kalp ameliyatı geçiren bireylerin hastalıkla, gelecekle ilgili endişeleri, ağrı ve pozisyon kısıtlılığı, sık idrara çıkma gibi nedenlerle uyku kalitelerinin düşük olduğu belirtilmektedir. Bu hastalarda uyku problemleri; uykuya dalmada güçlük, uyku bölünmeleri, erken uyanma ya da uykudan sonra yorgunluk hissetme şeklinde kendini gösterir. Hastalarda ameliyat sonrası uyku bozukluklarına neden olan faktörlerin

belirlenip ortadan kaldırılması ve normal uyku sürecinin sağlanması yaşam kalitesi sağlanmasında oldukça önemlidir (71, 76, 88).

4.5.1.7. Kendini Algılama ve Benlik Kavramı

Kardiyovasküler hastalık aniden olmuşsa bireyin kendilik algısı sıklıkla etkilenir. İnvazif tanı ve palyatif işlemler sıklıkla hastada beden imajında bozulmaya/bozulma riskine neden olur. Kardiyovasküler hastalık kronik ise hasta genellikle artık önceki aktivitelerini yapamadığını tanımlar. Bu hastanın kendilik algısını etkileyebilir. Bundan dolayı bu alanda hastalığın hasta üzerindeki etkisini sorgulamak temeldir (6).

Kişinin benliğini (özünü) içeren kişilik, beden imajı, dünya bakışı, açık kalp ameliyatı sonrası özsaygının yüksek olması depresyon ve gerilimi azaltarak sosyal, fiziksel ve psikolojik iyileşmeyi hızlandırır (19).

4.5.1.8. Rol ve İlişkiler

Bireyin yaşamındaki ve ilişkide bulunduğu diğer insanlarla olan rolleri yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Ameliyat sonrası yaşam biçimi değişiklikleri nedeniyle, kronik durumlar yaşama problemleri en çok hasta ve yakın aile üyelerini etkiler. Bu durumda sürecin yönetiminde en büyük sorumluluk ailenindir. Hasta, yerine getirilemeyen roller, yetersizlik duygusu, arkadaşlık, sosyal ilişkilerde gerileme ve rol değişiklikleriyle olumsuz anlamda ciddi olarak etkilenebilir. Ayrıca kalp ameliyatı geçiren bireyler yeniden çalışıp çalışamayacakları, maddi gelirin belirsizliği veya azalması konusunda endişe duymaktadır. Ailenin ve sosyal desteğin varlığı açık kalp ameliyatı sonrası uyumu kolaylaştırır (16, 76, 89).

4.5.1.9. Cinsellik/Üretkenlik

Bu örüntü seksüel kişilik, davranış, fonksiyonları içerir (6). Fiziksel iyilik halinin belirlenmesinde eşlerin seksüel aktivite ve seksüel yaşamlarında meydana gelen değişiklikleri saptamak önemlidir. 1980'de Gundle ve ark yaptıkları bir araştırmada kalp ameliyatı geçiren bireylerin seksüel fonksiyonlarında önemli ölçüde yetersizlik ve yaşam kalitelerinde azalma olduğunu belirlemişlerdir. Kadınların cinsel aktivitesi ile ilgili az şey bilinmekle birlikte, erkeklerin cinsel aktivitelerinin kalp ameliyatından sonra, cinsel istekte azalma ve ereksiyon olamama gibi sorunlar yaşadığıve bunun postoperatif depresyonla

ilişkisi olduğu ortaya konmuştur. Bass'ın yaptığı bir çalışmaya göre kalp ameliyatı geçiren hastalarda cinsel sorun olarak, impotans ve bir yıldan uzun süre cinsel arzu hissetmeme saptanmıştır.

Gerek erkek, gerekse kadınlarda meydana gelen libido kaybı eşlerin kendilerine olan güveninin sarsılmasına ve aile düzeninin bozulmasına yol açmaktadır (75,76, 90).

4.5.1.10. Baş Etme ve Stres Toleransı

Bireyin stres algısı, açık kalp ameliyatı geçiren hastalarda kalbin yaşamsal anlamı ve önemi, ameliyat sırasında bireyin kalbine dolayısıyla yaşamasına müdahale edilmiş olması hastalarda ciddi bir ölüm korkusuna neden olurken, yeterlilik ve değerliliğini kaybetme korkusu, beden imajının bozulması, ağrı, yetersiz beslenme, ilaç kullanma zorunluluğu, işin, arkadaşların, önemli rollerin, yaşamın anlam ve amacının kaybı korkusu, aile ilişkilerinde bozulma, seksüel yetenek kaybı, sosyal izolasyon, korku, endişe ve anksiyete gibi nedenlerle stres oluşabilir (16,86). Asabiyet, kızgınlık, yetersizlik hissi, çaresizlik veya güçsüzlük çoğunlukla strese eşlik eden duygulardır. Bu duyguların varlığı, alışılmış günlük yaşam aktivitelerini etkileyerek, uyku, yeme, aktivite bozukluğu gibi fizyolojik ve psikolojik değişikliklere neden olarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (16).

Hastaların stresörlerle etkili bir şekilde baş edebilmesi de KABG sonrası yaşam kalitesin arttıran faktörler arasındadır. Etkili baş etme mekanizmalarına sahip hastalar kronik hastalığın gidişini etkileyen faktörleri düzenleyebilir, hastalık öncesi fonksiyon seviyesine dönmeye istekli olup, stabil ve unstabil dönemlerde hastalığın gidişinin etkilerini minimumda tutabilir, hastalığın aile üzerindeki etkisini en aza indirebilir ve kronik hastalıkla birlikte anlamlı aktiviteler düzenleyebilir (55).

4.5.1.11. Değer ve İnanç

Bireyin değer, inanç ve manevi özelliklerine ilişkin veri toplamayı içermektedir. Bireysel değer ve inançlar, büyük oranda bir kültür tarafından oluşmaktadır. Değer ve inançlar kardiyovasküler hastalık tanısı ile baş etmesinde hastanın karşı karşıya geldiği mücadelede önemli rol oynayabilir. Bazı hastalar, hastalıkların Allah tarafından ceza olarak verildiğine inanırken diğerleri Allah'ı onlara yardım eden büyük güç olarak

görebilirler (6).Ameliyat sonrası dönemde hastalar, yapmadığı dini uygulamaları yapmaya başlayabilir veya ameliyat öncesi dönemde yaptığı uygulamaları yapmayabilir.

4.6. YAŞAM KALİTESİ VE HEMŞİRENİN ROLÜ

Hemşirelikte yaşam kalitesine yönelik uğraş verme, hastalıkların ve tedavi yöntemlerinin getirdiği kısıtlamalara rağmen hastalara doyum verici bir yaşam sağlamak için; hastaları rahatlatmaya yardım etme, uygun bakım verme, günlük aktivitelerini sürdürmelerine yardımcı olma ve tamamı hemşireliğin alanı içinde olan yaşamın biyolojik, psikososyal ve sosyo-kültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeyi hedefleyen hemşireliğin gerekliliğini ifade etme gerçeğine dayanmaktadır (17,55).

Hemşirelik, insan yaşamıyla, yaşamın kalitesiyle, bireylerin, ailelerin, toplumların sağlığının kalitesiyle ilgilidir ve bireylerin en üst düzeyde sağlıklı olmalarına yardımcı olmayı amaçlar. Sağlık hizmetleri felsefesine göre; hemşireler, hastalarının yaşam kalitesini yükseltmede, karşılıklı saygı ve işbirliğine dayanan holistik bir yaklaşım içinde yaşam kalitesini değerlendirmelidirler. Yaşam kalitesini değerlendirmede hemşireler anahtar rolü oynayan kişilerdir. Bu nedenle hemşire yaşam kalitesi ile ilgili kavramları ve felsefeleri sorgulamalı ve hemşirelik uygulamalarının dayandığı fiziksel ve psikolojik iyilik hali felsefesini geliştirici modeller oluşturmalı, var olanları benimsemelidir.

İnsan sağlığına herhangi bir sapma olduğunda, yaşamdan doyum sağlama etkilenebilir. Bu noktada hemşireliğin amacı ve işlevi; bireye kendi bakımını yapar hale gelinceye dek yardımcı olmak, en kısa zamanda bireyin kendi bakımını üstlenmesini ve gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamak, hasta ve ailesinin yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamasına yardım etmek ve tüm bu süreçlerde yaşam doyumunu maksimum düzeye çıkarmaktır (16,17).

Yaşam kalitesinin ölçülmesi, bakım hizmetlerinde bir farklılık ortaya çıkarıp çıkarmadığını belirlemeyi amaçlar. Veri çalışmalarının ana odak noktası bakımın hastalara dağılımı ile hemşirelik işlemleri sonucunda hemşirelerin hastaları için yapabilecekleri ile hemşirelik hizmetlerinin sonucunda ortaya çıkacak olan ve arzu edilen sağlık felsefeleri arasındaki rakamsal ilişkiyi kurarak bu konuda bilgi vermesidir. YK, hemşirelik bakımının etkilerini değerlendirmede uygun sonuçlar verir. Hasta bakımından hemşirenin rolü; sıklıkla tedavinin yan etkilerinden koruma, vücut imajı, fonksiyon ve fiziki görünümdeki

sürekli değişikliklere uyumunu sağlamaktadır. SYK çalışmaları ile hastanın tedavi sonucu ne kazandığı veya ne kaybettiğı hakkında fikir edinilebilir. SYK'ni ölçme, hastanın fonksiyonlarını normal hale getirmenin amaçlandığı uzun dönemli hastalıklarda ve kronik hastalıklarda önem taşımaktadır (17).

Hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında hemşirelik bakımının oldukça etkili olduğunu vurgulanmıştır. Hastanın kaliteli bir yaşam sürdürmesi, kişisel gücüne ve hastanın gereksinimleri doğrultusunda hemşirelerin gerekli bakımı yapabilme yeteneğine bağlıdır. Sadece rutin işlevleri yapmakla sınırlı olmayan profesyonel hemşirelik, hastanın bireysel özelliklerini değerlendirme, duygularını kontrol etme ve bireysel haklarını korumayı gerektirir (17).

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 (18).

Açık kalp ameliyatı olan hastaların yaşam kalitelerinin belirlenmesi ile, aile ilişkileri, sosyo-ekonomik durumları, fiziksel fonksiyonları, duyu durumu, psikolojik ve sosyal durumları değerlendirilebilmekte, ve bireylerin fiziksel, sosyal ve psikolojik alanlarda duydukları memnuniyet düzeyleri tanımlanabilmektedir. Açık kalp ameliyatı olan hastalara yaşam biçimi değişikliği konusunda eğitim hizmeti sunma, psikolojin 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 yeni yaşamlarına uyum sağlayabilir (2).

5. MATERYAL VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Araştırma, açık kalp ameliyatı geçiren hastaların, ameliyat sonrası ortaya çıkan yaşam biçimi değişikliklerini ve bunların hastaların yaşam kalitesine olan etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı ve gerçekleştirildi.

5.2. ARAŞTIRMADA YANITLARI ARANAN SORULAR

- 1) Açık kalp ameliyatı sonrası hastalarda ortaya çıkan yaşam biçimi değişiklikleri nelerdir?
- 2) Açık kalp ameliyatı sonrası ortaya çıkan yaşam biçimi değişiklikleri, hastaların yaşam kalitesini nasıl etkilemiştir?

5.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, bir özel hastaneler grubunun İstanbul ilinde bulunan bir hastanesinin cerrahi kliniğinde, 01 Eylül 2013 – 30 Mayıs 2014 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

5.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evrenini, bir özel hastanede son bir yılda açık kalp ameliyatı olmuş hastalar oluşturdu. İlgili yoğun bakım ünitelerinden alınan hasta kayıt bilgilerinin yıllara göre dağılımı incelendiğinde, yıllık ortalama 130 hastanın açık kalp ameliyatı olduğu belirlendi. Söz konusu, evreni temsil edecek örneklem büyüklüğünün saptanmasında;

$$n = N t^2 p q / d^2 (N-1) + t^2 p q (90)$$

N = Hedef kitledeki birey sayısı

n = Örneklem alınacak birey sayısı

p = İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q = İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t = Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d = Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen \pm örneklem hatasıdır.

Formülü kullanılarak homojen bir yapıda olan/ olmayan bu evren için %95 güven aralığında, \pm %5 örnekleme hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü $n=75$ olarak hesaplandı.

Bu çerçevede araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan 78 hastaya ulaşılmış ve 75 kullanılabilir anket formu elde edildi.

5.5. ARAŞTIRMAYA ALINMA KRİTERLERİ

Örneklem kapsamına,

- 18 yaş ve üzeri
- Okuma yazma bilen
- Psikiyatrik sorunu olmayan
- İletişimi güçleştirecek engeli bulunmayan
- İlk kez açık kalp ameliyatı olan
- Araştırmaya katılmaya istekli olan hastalar alındı.

5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın uygulanabilmesi için, hastane yönetimine araştırmanın amacı ve yöntemi ile ilgili bilgileri içeren bir dilekçe ile başvurulmuş ve hastane yönetiminden izin alındıktan sonra araştırmaya başlanmıştır (Ek-1, Ek-2).

Veri toplama aracı olarak; “Hasta Bilgi Formu (Ek 3)”, “Açık Kalp Ameliyatı Olan Bireylerin Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Yaşam Biçimi Davranış Değişikliklerini Değerlendirme Formu (Ek 4)” ve “SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 5)” kullanıldı.

Hasta Bilgi Formu

Hastaların sosyo-demografik bilgilerini (bireysel ve mesleki özelliklerini), daha önce kalp hastalıkları nedeniyle edinilen hastane deneyimini ve kronik hastalık durumunu içeren ve 15 sorudan oluşan form, araştırmacı tarafından literatür bilgilerine dayanılarak hazırlandı. Uzman görüşüne sunulurken, gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra, hastaların hastaneye kabulünden hemen sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından dolduruldu. Hasta bilgi formunun uygulanması ortalama 5 dakika sürdü (Ek 3).

Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Bireylerin Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Yaşam Biçimi Davranış Değişikliklerini Değerlendirme Formu

Gündüz “Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Bireylerin Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi” başlıklı tez çalışması kapsamında “Açık Kalp Ameliyatı Olmuş Bireylerin Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Evde Bakım Gereksinimlerini Belirleme Formu” adlı 146 soruluk anket formu geliştirmiştir (6) (Ek-6). Bu form çalışmamızda kullanılmak üzere kendisinden izin alınarak (Ek-7), araştırma amacı doğrultusunda açık kalp ameliyatı olan bireylerin yaşam biçimi değişikliklerini değerlendirecek şekilde değişiklik yapılarak yeniden düzenlenerek; “Açık Kalp Ameliyatı Olan Bireylerin Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Yaşam Biçimi Davranış Değişikliklerini Değerlendirme Formu” oluşturuldu. Formda Gordon tarafından belirlenmiş 11 örüntü çerçevesinde oluşturulmuş 23 adet soru yer almaktadır (Ek-4).

Açık Kalp Ameliyatı Olan Bireylerin Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Yaşam Biçimi Davranış Değişikliklerini Değerlendirme Formu, hastalara taburcu olduktan sonra 5. haftada yapılan kontrol izlemleri sırasında uygulandı. Bu formun doldurulması yaklaşık olarak 10 dakika sürmüştür. İstanbul dışında yaşayan hastaların kontrollerini İstanbul dışında yaptıklarını nedeniyle, bir aylık süre içerisinde hastaneye gelemeyenlerin değerlendirmeleri telefonla yapılan görüşmelerle gerçekleştirildi.

SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Hastanın yaşam kalitesini değerlendirmede, ilk kez 1988 yılında, Stewart ve arkadaşları tarafından yapılan Medical Outcome Study (MOS) sonunda 20 sorulu MOS-20 geliştirmiş ve geçerlilik-güvenilirlik analizi yapılmıştır. 1992 yılında Ware ve Sherbourne MOS-20'nin kapsamını 6'dan 8'e çıkararak SF-36'yı geliştirmişlerdir (91,92). Türkçe geçerlilik çalışması, 1999 yılında Koçyiğit ve ark tarafından yapılmıştır (93).

Yaşam kalitesini değerlendirmede oldukça sık kullanılan geçerli bir ölçüt olan SF 36 ölçeği, herhangi bir yaş, hastalık veya tedavi grubuna özgü olmayıp genel sağlık kavramlarını içermekte; klinik pratikte ve araştırmalarda kullanılmaktadır (3).

SF 36, üç ana sağlık kavramı ve sekiz sağlık boyutunu kapsayan 36 sorudan oluşan bir ölçektir.

1) Fonksiyonel Durum: 4 ana başlık altında toplanır.

- a) Fiziksel fonksiyonel durumu ile bireyin günlük yaşam aktivitelerinde sınırlılık yaşayıp yaşamadığı (yürüme, koşma, banyo yapma, merdiven çıkma)
- b) Sosyal fonksiyonellik durumu ile hastalık nedeniyle bireyin yaşadığı ruhsal sıkıntının ailesini, arkadaşları ve komşularıyla ilişkisini ne düzeyde etkilediği
- c) Fiziksel rol sınırlılığı ile geçen dört hafta boyunca fiziksel rahatsızlık problemlerine bağlı iş ve günlük yaşam aktiviteleri yaparken sınırlılık yaşayıp yaşamadığı
- d) Emosyonel rol sınırlılığı ile son dört hafta boyunca hastalığın getirdiği ruhsal durumun iş ve rutin işlevlerini yaparken sınırlılık yaşayıp yaşamadığı belirlenir.

2) İyilik Hali: Mental sağlık, zindelik, enerji ve ağrı boyutlarından oluşur.

- a) Mental sağlık ile geçen bir ay süresince psikolojik iyilik hali
- b) Zindelik- yorgunluk ile hastanın yorgunluk, bitkinlik, enerji düzeyleri
- c) Ağrı ile son dört haftada ne kadar ağrı yaşadığı ve günlük yaşam aktivitelerinden etkilenme düzeylerini belirler.

3) Genel Sağlık Anlayışı: Bireyin sağlığına genel bakış açısı ile sağlığındaki değişiklikleri inceler (93).

Ölçek kendini değerlendirme ölçeğidir ve hasta tarafından kısa sürede doldurulabilmektedir. Ölçek yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı puan vermektedir. Her sağlık alanının puanı yükseldikçe sağlıkla ilgili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır. Ölçek puanları 0 ile 100 arasında değişen değerler alır (94).

Açık kalp ameliyatı geçiren hastaların yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacıyla kullandığımız SF 36 ölçeği, hastalara taburcu olduktan sonra 5.haftada yapılan kontrol izlemleri sırasında uygulandı. Bu formun doldurulması yaklaşık olarak 10 dakika sürdü. İstanbul dışında yaşayan ve rutin kontrollerini İstanbul dışında yaptırmaları nedeniyle, bir aylık süre içerisinde hastaneye gelemeyenlerin yaşam kalitesi değerlendirmeleri telefonla yapılan görüşmelerle gerçekleştirildi (Ek- 5).

5.7. VERİLERİN İSTATİKSEL ANALİZİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 programı kullanılarak analiz edildi. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanıldı.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı Mann Whitney-U testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplararası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H-Testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney-U testi kullanıldı.

Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri arasındaki ilişkiyi Pearson korelasyon analizi ile test edilmiştir. Ölçekler arasındaki korelasyon ilişkileri aşağıdaki kriterlere göre değerlendirildi (95).

<i>r</i>	İlişki
0,00-0,25	Çok Zayıf
0,26-0,49	Zayıf
0,50-0,69	Orta
0,70-0,89	Yüksek
0,90-1,00	Çok Yüksek

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

5.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma verileri araştırmacının kendisi tarafından toplanmış, veri toplanmadan önce araştırmanın amacı ve yöntemi kişilere açıklanarak katılmaları yönünden destek istendi. Araştırmayı kabul edenlere veri toplama aracının nasıl doldurulacağı ve süresi ile ilgili gerekli açıklamalar yapıldı.

Toplanan veriler sadece araştırma amaçları için kullanılacaktır. Araştırma sunumunda hastaların ve kurumun kimlik bilgilerine yönelik açıklama yer almayacaktır.

6. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan açık kalp ameliyatı geçiren hastalardan toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklamalar yapıldı.

6.1. AÇIK KALP AMELİYATI OLAN HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE KRONİK HASTALIĞA SAHİP OLMA DURUMUNA GÖRE DAĞILIMI

Tablo 6.1.1 Hastaların Demografik Özelliklere Göre Dağılımı (N=75)

Demografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	24	32,0
	Erkek	51	68,0
Yaş	40-49 Yaş	14	18,7
	50-59 Yaş	19	25,3
	60-69 Yaş	29	38,7
	70 Yaş Ve üstü	13	17,3
Beden Kitle İndeksi	Normal Kilolu	21	28,0
	Fazla Kilolu	32	42,7
	Aşırı Kilolu	22	29,3
Öğrenim Durumu	Okuryazar	11	14,7
	İlköğretim	22	29,3
	Ortaöğretim	25	33,3
	Yükseköğretim	17	22,7
Medeni Durumu	Evli	53	70,6
	Bekar	14	18,7
	Eşi Ölmüş	8	10,7
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Çocuğu Yok	10	13,3
	Çocuğu Var	65	86,7

Tablo 6.1.1'in devamı

Demografik Özellikler		n	%
Sahip Olduğu Çocuk Sayısı	1-3 Çocuk	32	49,2
	4-6 Çocuk	33	50,8
Mesleği	Ücretli Çalışan	21	28,0
	Emekli	34	45,3
	Serbest Meslek	8	10,7
	İşsiz	12	16,0
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	50	66,7
	Tam Gün Çalışıyor	14	18,7
	Yarım Gün / Kısmen Çalışıyor	11	14,7
Sağlık Güvencesinin Olma Durumu	Var	67	89,3
	Yok	8	10,7
Gelir Düzeyi	Yeterli	24	32,0
	Orta Derecede Yeterli	51	68,0
Birlikte Yaşadığı Bireyler	Evde Yalnız	12	16,0
	Eşi ile	26	34,7
	Eşi ve Çocukları İle	23	30,6
	Diğer Aile Üyeleri İle	14	18,7
Daha Önce Hastanede Yatma Durumu	Hastaneye Yatmış	51	68,0
	Hastaneye Yatmamış	24	32,0
Daha Önce Hastanede Yatış Sayısı	1	38	74,5
	2	13	25,5
Ailesinde Kalp Hastası Olan Birinci Dereceden Akrabasının Olma Durumu	Var	44	58,7
	Yok	31	41,3

Tablo 6.1'de görüldüğü gibi, araştırma kapsamındaki hastaların %32'si kadın, %68'i erkekti.

Hastaların %18.7'si 40-49 yaş, % 25.3'ü 50-59 yaş, %38.7'si 60-69 yaş, %17.3'ü 70 yaş ve üzeri olarak belirlendi.

Hastaların beden kitle indekslerine bakıldığında, %28'i normal kilolu, %42,7'si fazla kilolu, %29,3'ü aşırı kilolu olarak bulundu.

Hastaların öğrenim durumlarına bakıldığında, %14,7'si okuryazar, %29,3'ü ilköğretim, %33,3'ünün ortaöğretim, %22,7'si yükseköğretim mezunu olarak belirlendi.

Hastaların medeni durumlarına bakıldığında, %70,6'sının evli, %18,7'sinin bekar, %10,7'sinin eşinin ölmüş olduğu belirlendi.

Hastaların çocuk sahibi olma durumlarına bakıldığında, %86,7'sinin çocuğunun olduğu belirlendi. Çocuğu olan hastaların %49,2'sinin 1-3 çocuk, %50,8'inin 4-6 çocuğa sahip olduğu görüldü.

Hastaların mesleki dağılımlarına bakıldığında, %28'i ücretli çalışan, %45,3'ü emekli, %10,7'si serbest meslek sahibi, %16'sı işsiz olduklarını ifade ettikleri görüldü.

Hastaların çalışma durumlarına bakıldığında, %66,7'si çalışmadıklarını, %18,7'si tam gün çalıştıklarını, %14,7'si yarım gün / kısmen çalıştıklarını ifade ettikleri görüldü.

Hastaların sağlık güvencelerinin olma durumlarına bakıldığında, %89,3'ünün sağlık güvencelerinin olduğunu ifade ettikleri görüldü.

Hastaların gelir düzeyleri incelendiğinde, %68'i gelirlerini orta derecede yeterli bulduklarını ifade ettikleri görüldü.

Hastaların birlikte yaşadığı bireylere göre dağılımlarına bakıldığında, %16'sı evde yalnız, %34,7'si eşi ile, %30,7'si eşi ve çocukları ile, %18,7'si diğer aile üyeleri ile yaşadıklarını belirttikleri görüldü.

Hastaları daha önce kalp hastalığı nedeniyle hastanede yatma durumlarına bakıldığında, %68'inin hastanede yatmış olduğu belirlendi.

Hastaların ailelerinde kalp hastası olan birinci dereceden akrabalarının olma durumlarına bakıldığında, %58,7'si kalp hastası birinci dereceden akrabalarının olduğunu, %41,3'ü olmadığını ifade ettikleri görüldü.

Tablo 6.1.2. Hastaların Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Dağılımı (N=75)

		n	%
Kronik Hastalık Olma Durumu	Var	56	74,7
	Yok	19	25,3
Diyabet	Var	42	56,0
	Yok	33	44,0
Hipertansiyon	Var	46	61,3
	Yok	29	38,7
Astım	Var	2	2,7
	Yok	73	97,3
KOAHA	Var	10	13,3
	Yok	65	86,7
Diğer (hipertroidi)	Var	2	2,7
	Yok	73	97,3

Hastaların sahip oldukları kronik hastalık dağılımları incelendiğinde, %25,3'ünün kronik hastalığının olmadığı, %56'sının diyabeti, %61,3'ünün hipertansiyonu, %2,7'sinin astımı, %13,3'ünün KOAHA'ı ve %2,7'sinin hipertiroidisi olduğunu ifade ettikleri görüldü.

6.2. HASTALARIN AÇIK KALP AMELİYATI SONRASI FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİNE GÖRE YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİKLERİ DAĞILIMI

Tablo 6.2.1 Hastaların Sağlığı Algılama ve Sağlık Yönetimi ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı (N=75)

Sağlığı Algılama ve Sağlık Yönetimi ile İlgili Özellikler	Değişiklik Durumu	n	%
Sağlığı İle İlgili Düşüncesinde Oluşan Değişiklik Olma Durumu	Herhangi Bir Değişiklik Olmadı	8	10,7
	Olumlu Değişiklik	45	60,0
	Olumsuz Değişiklik	22	29,3
Sigara Alışkanlığında Değişiklik Olma Durumu	Hiç Kullanılmamış	9	12,0
	Ameliyat Öncesi Bırakılmış	52	69,3
	Kullanmaya Devam Ediyor	14	18,7
Alkol Alışkanlığında Değişiklik Olma Durumu	Hiç Kullanılmamış	66	88,0
	Ameliyat Öncesi Bırakılmış	9	12,0
İlaç Kullanmaya Uyumlu Olma Durumu	Uyumlu	71	94,7
	Uyumsuz	4	5,3
Egzersiz Kısıtlamalarına Uyumlu Olma Durumu	Uyumlu	59	78,7
	Uyumsuz	16	21,3
Diyete Uymaya Uyumlu Olma Durumu	Uyumlu	49	65,3
	Uyumsuz	26	34,7

Ameliyattan sonra sağlığı algılama ve sağlık yönetimi ile ilgili düşüncelerinde değişiklik olma durumları incelendiğinde, hastaların %10,7'sinin herhangi bir değişiklik olmadığını, %60'ının olumlu değişiklik olduğunu, % 29.3'ünün olumsuz değişiklik olduğunu ifade ettikleri belirlendi.

Ameliyattan sonra sigara alışkanlığında değişiklik olma durumları incelendiğinde, hastaların %12'sinin hiç sigara kullanmadığını, %69.3'ünün ameliyat öncesi sigara kullanımını bıraktığını, %18.7'sinin kullanmaya devam ettiklerini ifade ettikleri görüldü.

Ameliyattan sonra alkol alışkanlığında değişiklik olma durumları incelendiğinde, hastaların %88'inin alkol kullanmadığını, %12'sinin ameliyat öncesi alkol kullanımını bıraktığını ifade ettikleri görüldü.

Ameliyattan sonra ilaç kullanmaya uyum durumları incelendiğinde hastaların, %94,7'sinin uyumlu olduğu belirlendi.

Ameliyattan sonra egzersiz kısıtlamalarına uyum durumları incelendiğinde hastaların, %78,7'sinin uyumlu olduğu belirlendi.

Ameliyattan sonra diyetle uyuma durumları incelendiğinde hastaların, %65,3'ünün uyumlu, %34,7'sinin uyumsuz olduğu görüldü.

Tablo 6.2.2 Sağlığı Sürdürmek İçin Yapılması Planlananların Dağılımı (N=75)

Sağlığı Sürdürmek İçin Yapılması Planlananlar	Planlama Durumu	n	%
Egzersiz	Evet	44	58,7
	Hayır	31	41,3
Düzenli Uyku	Evet	54	72,0
	Hayır	21	28,0
Doğru Beslenme	Evet	60	80,0
	Hayır	15	20,0
Sigara/alkol Kullanmama	Evet	49	65,3
	Hayır	26	34,7
Stresten Uzak Durma	Evet	16	21,3
	Hayır	59	78,7

Sağlığı sürdürmek için yapılması planlananlar incelendiğinde, hastaların %58,7'sinin egzersiz yapmayı, %72'sinin düzenli uyumayı, %80'inin doğru beslenmeyi, %65'inin sigara/alkol kullanmamayı %21,3'ünün stresten uzak durmayı planladıkları belirlendi.

Tablo 6.2.3 Hastaların Beslenme ve Metabolizma ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı (N=75)

Beslenme Alışkanlığı / Diyet Uygulama	Alışkanlıkta Değişme / Diyet Uygulayabilme Durumu	n	%
Ameliyattan Sonra Beslenme Alışkanlığında Olan Değişiklik	Değişiklik Olmadı	24	32,0
	İştahı Arttı	12	16,0
	İştahı Azaldı	39	52,0
Sağlığını Sürdürmek İçin Önerilen Diyeti Uygulayabilme Durumu	Uygulayabiliyor	39	52,0
	Uygulayamıyor	36	48,0

Ameliyat sonrası beslenme alışkanlıklarında olan değişiklik durumu incelendiğinde, hastaların %32'sinin beslenmesinde değişiklik olmadığını, %16'sının iştahının arttığını, %52'sinin iştahının azaldığını ifade ettikleri görüldü.

Sağlığını sürdürmek için önerilen diyeti uygulayabilme durumları incelendiğinde, hastaların %52'sinin uygulayabildiğini, %48'inin uygulayamadıklarını ifade ettikleri görüldü.

Tablo 6.2.4 Beslenmeyi Etkileyen Durumların Dağılımı (N=75)

Beslenmeyi Etkileyen Durumlar	Etkileme Durumu	n	%
Ağrı	Evet	40	53,3
	Hayır	35	46,7
Hareketsizlik	Evet	37	49,3
	Hayır	38	50,7
Güçsüzlük	Evet	22	29,3
	Hayır	53	70,7
Tat Duyusunda Değişme	Evet	30	40,0
	Hayır	45	60,0
İştahsızlık	Evet	35	46,7
	Hayır	40	53,3
Stres	Evet	16	21,3
	Hayır	59	78,7
Diğer(Ağızda Oluşan Yaralar)	Evet	2	2,7
	Hayır	73	97,3

Beslenmeyi etkileyen durumlar incelendiğinde, %53.3'ünde ağrı, %49.3'ünde hareketsizlik, %29.3'ünde güçsüzlük, %40'ında tat durusunda değişme, %46.7'sinde iştahsızlık, %21.3'ünde stres, % 2.7'sinde ağızda oluşan yaraların beslenmelerini etkilediği belirlendi.

Tablo 6.2.5 Boşaltım ile İlgili Özelliklerin Dağılımı (N=75)

Boşaltım	Değişiklik Durumu	n	%
Ameliyattan Sonra Bağırsak Boşaltım Alışkanlığında Olan Değişiklik Olma Durumu	Değişiklik Yok	29	38,7
	Diyare	12	16,0
	Konstipasyon	34	45,3
Ameliyattan Sonra İdrar Yapma Alışkanlığında Olan Değişiklik Olma Durumu	Değişiklik Yok	51	68,0
	Sık İdrar Yapma	8	10,7
	İdrar Yaparken Yanma	2	2,7
	İdrar Yapma Güçlüğü	12	16,0
	İdrarda Kan Olması	2	2,7

Ameliyattan sonra bağırsak boşaltım alışkanlığında değişiklik olma durumuna bakıldığında hastaların, % 38,7'sinde değişiklik olmadığı, %16'sında diyare, % 45,3'ünde konstipasyon yaşandığı belirlendi.

Ameliyattan sonra idrar yapma alışkanlığında değişiklik olma durumuna bakıldığında hastaların, %68'inde değişiklik olmadığı, %10,7'sinde sık idrar yapma, %2,7'sinde idrar yaparken yanma, %16'sında idrar yapma güçlüğü yaşandığı, %2,7'sinde ise idrarda kan görüldüğü belirlendi.

Tablo 6.2.6 Aktivite ve Egzersiz ile İlgili Özelliklerin Dağılımı (N=75)

Aktivite ve Egzersiz	Değişiklik/ Uyum Durumu	n	%
Ameliyattan Sonra Boş Zamanda Yapılmaktan Hoşlanılan Alışkanlıklarda Değişiklik	Hayır, Olmadı	39	52,0
	Evet	36	48,0
Ameliyattan Sonra Hastalığına Yönelik Verilen Egzersiz Programına Uyma Durumu	Egzersiz Programı Verilmedi	22	29,3
	Programa Uyuyor	35	46,7
	Programa Uyamıyor	18	24,0

Ameliyattan sonra boş zamanda yapılmaktan hoşlanılan alışkanlıklarda olan değişiklik durumu incelendiğinde, hastaların %52'sinde değişiklik olmadığı, %48'inde değişiklik olduğu belirlendi. Ameliyattan sonra hastalığa yönelik verilen egzersiz programına uyma durumları incelendiğinde, hastaların %46,7'sinin uyumlu, %24'ünün uyumsuz olduğu, %29,3'ünün egzersiz programı verilmediğini ifade ettiği görüldü.

Tablo 6.2.7 Günlük Aktivitelerde Yardım Alma Durumlarının Dağılımı (N=75)

Günlük Aktiviteler	Yardım Alma Durumları	n	%
Beslenme	Yardım Almıyor	67	89,3
	Yardım Alıyor	8	10,7
Boşaltım	Yardım Almıyor	43	57,3
	Yardım Alıyor	32	42,7
Banyo	Yardım Almıyor	47	62,7
	Yardım Alıyor	28	37,3
Giyim	Yardım Almıyor	51	68,0
	Yardım Alıyor	24	32,0
Egzersiz	Yardım Almıyor	69	92,0
	Yardım Alıyor	6	8,0
Çalışma	Yardım Almıyor	70	93,3
	Yardım Alıyor	5	6,7
Eğlence	Yardım Almıyor	67	90,5
	Yardım Alıyor	7	9,5

Günlük aktivitelerde yardım alma durumları incelendiğinde, hastaların %10,7'sinin beslenmede, %42,7'sinin boşaltımda, % 37,3'ünün banyo yapmada, %32'sinin giyinmede, %8'inin egzersizde, %6,7'sinin çalışmada, %9,5'inin eğlencede yardım aldıkları belirlendi.

Tablo 6.2.8 Uyku / Dinlenme ile İlgili Özelliklerin Dağılımı (N=75)

Uyku / Dinlenme		n	%
Ameliyattan Sonra Uyku Düzeninde Değişiklik Olma Durumu	Değişiklik Olmadı	20	26,7
	Dinlendirici Olmayan Uyku	30	40,0
	Gün Boyunca Yoğun Uyuklama Durumu	6	8,0
	Uykuya Başlama/ Uykuyu Sürdürme Güçlüğü	19	25,3

Ameliyattan sonra uyku düzeninde değişiklik olma durumu incelendiğinde, hastaların %26,7'si değişiklik olmadığını, %40'ı dinlendirici olmaya uyku, % 8'i gün boyunca yoğun uyuklama durumu, % 25,3'ünün uykuya başlama/ sürdürme güçlüğü yaşadıklarını ifade ettikleri görüldü.

Tablo 6.2.9 Bilişsel ve Algısal Değerlendirme ile İlgili Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı (N=75)

Biliş ve Algı	Sorun Durumu	n	%
Ameliyattan Sonra Bilişsel Ve Algısal Değerlendirme Gücü İle İlgili Yaşanılan Sorunlar	Sorun Yok	45	60,0
	Oryantasyonla İlgili Sorunlar	18	24,0
	Hafızayla İlgili Sorunlar	12	16,0

Ameliyattan sonra bilişsel ve algısal değerlendirme ile ilgili değişiklikler incelendiğinde, hastaların %60'ının sorun yaşamadığı, %24'ünün oryantasyonla ilgili, %16'sının hafızayla ilgili sorun yaşadıkları belirlendi.

Tablo 6.2.10 Kendini Algılama İle İlgili Değişikliklerin Dağılımı (N=75)

Kendini Algılama	Değişiklik Olma Durumu	n	%
Görünüşüyle İlgili Değişiklikler Olma Durumu	Değişiklik Var	32	42,7
	Değişiklik Yok	43	57,3
Kişiliğiyle İlgili Değişiklikler Olma Durumu	Değişiklik Var	12	16,0
	Değişiklik Yok	63	84,0
Fiziksel Performansı İle İlgili Olumlu Değişiklikler Olma Durumu	Değişiklik Var	36	48,0
	Değişiklik Yok	39	52,0
Kendisine Olan Güveniyle İlgili Olumlu Değişiklikler Olma Durumu	Değişiklik Var	18	24,0
	Değişiklik Yok	57	76,0

Ameliyattan sonra kendini algılama ile ilgili değişiklikler incelendiğinde hastaların, %42,7'sinin görünüşü ile, %16'sının kişiliği ile, %48'inin fiziksel performansı ile olumlu, %24'ü kendisine olan güveniyle ilgili olumlu değişim yaşadıklarını ifade ettikleri görüldü.

Tablo 6.2.11 Rol ve İlişki ile İlgili Değişikliklerin Dağılımı (N=75)

Rol ve İlişkiler	Değişiklik Durumu	n	%
Ameliyattan Sonra İş Yaşamında Değişiklik Olma Durumu	Değişiklik Olmadı	37	49,3
	Olumlu Değişiklik	12	16,0
	Olumsuz Değişiklik	26	34,7
Ameliyattan Sonra Aile Bireyleri / Yakın Akrabalarla İlişkisinde Değişiklik Olma Durumu	Değişiklik Olmadı	34	45,3
	Olumlu Değişiklik	32	42,7
	Olumsuz Değişiklik	9	12,0
Ameliyattan Sonra Arkadaşları İle İlişkisinde Değişiklik Olma Durumu	Değişiklik Olmadı	39	52,0
	Olumlu Değişiklik	25	33,3
	Olumsuz Değişiklik	11	14,7

Ameliyattan sonra iş yaşamında rol ve ilişki ile ilgili değişiklik durumu incelendiğinde, hastaların %49,3'ünün değişiklik olmadığını, %34,7'sinin olumsuz değişiklik olduğunu ifade ettikleri görüldü.

Ameliyattan sonra aile bireyleri/yakın akrabalar ile olan rol ve ilişki durumu incelendiğinde, hastaların %45,3'ünün değişiklik olmadığını, %42,7'sinin olumlu değişiklik olduğunu ifade ettikleri görüldü.

Ameliyattan sonra arkadaşlar ile olan rol ve ilişki durumu incelendiğinde, hastaların % 52'sinin değişiklik olmadığını, %33,3'ünün olumlu değişiklik olduğunu ifade ettikleri görüldü.

Tablo 6.2.12 Cinsellik ve Üretkenlik ile İlgili Değişikliklerin Dağılımı (N=75)

Cinsellik Üretkenlik	Değişiklik Durumu	n	%
Ameliyattan Sonra Eşine Karşı Olan Cinsel İlgideki Değişiklik Olma Durumu	Değişiklik Olmadı	39	52,0
	Olumlu Değişiklik	14	18,7
	Olumsuz Değişiklik	22	29,3

Ameliyattan sonra eşine karşı olan cinsel ilgi durumu incelendiğinde, hastaların %52'si değişiklik olmadığını, %29,3'ü ise olumsuz değişiklik olduğunu ifade ettikleri görüldü.

Tablo 6.2.13 Ameliyattan Sonra Hissedilen Duygu Durumu ve Stresle Başetme ile İlgili Özelliklerin Dağılımı (N=75)

Hissedilen Duygu Durumu ve Stresle Başetme		n	%
Ameliyattan Sonra Kendisinde Hissettiği Duygu Durumu	Gergin	11	14,7
	Kaygılı	16	21,3
	Rahat	32	42,7
	Depresif	16	21,3
Ameliyattan Sonra Stres Yaratan Durumları Azaltmak İçin Yapılanlar	Hiçbir Şey Yapmıyor	28	37,3
	Önem Vermiyor/ Üzerinde Durmuyor	10	13,3
	Durumu Kabulleniyor	24	32,0
	Birisi İle Konuşuyor	9	12,0
	Sigara-alkol Kullanıyor	4	5,3

Ameliyattan sonra kendisinde hissettiği duygu durumuna bakıldığında, hastaların %14,7'sinin gergin, %21,3'ünün kaygılı, %42,7'sinin rahat, %21,3'ünün depresif olduklarını ifade ettikleri görüldü.

Ameliyattan sonra stres yaratan durumları azaltmak için yapılanlar incelendiğinde, hastaların %37,3'ünün hiçbir şey yapmadığını, %13,3'ünün önem vermediğini / üzerinde durmadığını, %32'sinin durumu kabullendiğini, %12'sinin birisi ile konuştuğunu, %5,3'ünün sigara / alkol kullandığını ifade ettikleri görüldü.

Tablo 6.2.14 Değerler ve İnançlar ile İlgili Özelliklerin Dağılımı (N=75)

Değerler ve İnanç	Değişiklik Durumu	n	%
Ameliyattan Sonra Dini İnançlarına Göre Yaptığı Uygulamalarda Değişiklik Olma Durumu	Değişiklik Olmadı	39	52,0
	Ameliyat Öncesinde Yaptığım Uygulamaları Yapamıyorum/ Yapmıyorum	14	18,7
	Ameliyat Öncesinde Yapmadığı Uygulamaları Yapmaya Başladı	22	29,3

Ameliyattan sonra dini inançlarına göre yaptığı uygulamalarda değişiklik olma durumuna bakıldığında, hastaların %52'sinin değişiklik olmadığını, %29,3'ünün ameliyat öncesinde yapmadığı uygulamaları yapmaya başladıklarını ifade ettikleri görüldü.

6.3. HASTALARIN SF 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (YKÖ) ALT BOYUTLARI PUAN ORTALAMALARI

Tablo 6.3.1 Hastaların YKÖ Alt Boyutları Puan Ortalamaları (N=75)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	n	Ort	Ss	Min.	Max.
Fiziksel Fonksiyon	75	55,600	30,624	0,000	95,000
Fiziksel Rol Güçlüğü	75	13,667	18,053	0,000	75,000
Ağrı	75	45,160	21,451	10,000	90,000
Genel Sağlık	75	56,027	20,003	15,000	92,000
Vitalite (enerji)	75	52,800	20,071	5,000	90,000
Sosyal Fonksiyon	75	56,333	21,977	12,500	100,000
Emosyonel Rol Güçlüğü	75	51,556	44,618	0,000	100,000
Mental Sağlık	75	58,240	19,231	20,000	88,000

Araştırmaya katılan hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, "fiziksel fonksiyon " alt boyut puan ortalamasının ($55,600 \pm 30,624$), "fiziksel rol güçlüğü" alt boyut puan ortalamasının ($13,667 \pm 18,053$), "ağrı" alt boyut puan ortalamasının ($45,160 \pm 21,451$), "genel sağlık" alt boyut puan ortalamasının ($56,027 \pm 20,003$), "vitalite (enerji)" alt boyut puan ortalamasının ($52,800 \pm 20,071$), "sosyal fonksiyon" alt boyut puan ortalamasının ($56,333 \pm 21,977$), "emosyonel rol güçlüğü" alt boyut puan ortalamasının ($51,556 \pm 44,618$), "mental sağlık" alt boyut puan ortalamasının ($58,240 \pm 19,231$) olduğu görüldü.

6.4. HASTALARIN AÇIK KALP AMELİYATI SONRASI FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİKLERİNE GÖRE YKÖ ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMALARI

6.4.1. Hastaların Ameliyattan Sonra Sağlığı Algılama ve Sağlık Yönetimi İle İlgili Özelliklere Göre YKÖ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 6.4.1.1 Hastaların Sağlığı ile İlgili Düşüncesinde Değişiklik Olma Durumuna Göre YKÖ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Sağlığı İle İlgili Düşüncede Değişiklik Durumu	n	Ort	Ss	KW	p	MWU
Fiziksel Fonksiyon	Herhangi Bir Değişiklik Olmadı	8	68,125	27,116	4,871	0,088	
	Olumlu Değişiklik	45	59,222	25,870			
	Olumsuz Değişiklik	22	43,636	37,676			
Fiziksel Rol Güçlüğü	Herhangi Bir Değişiklik Olmadı	8	15,625	18,601	0,345	0,842	
	Olumlu Değişiklik	45	13,333	16,514			
	Olumsuz Değişiklik	22	13,636	21,447			
Ağrı	Herhangi Bir Değişiklik Olmadı	8	49,375	26,441	6,970	0,031	2 > 3
	Olumlu Değişiklik	45	49,000	19,565			
	Olumsuz Değişiklik	22	35,773	21,347			
Genel Sağlık	Herhangi Bir Değişiklik Olmadı	8	61,000	8,177	32,366	0,000	1 > 3 2 > 3
	Olumlu Değişiklik	45	65,689	13,928			
	Olumsuz Değişiklik	22	34,455	16,860			
Vitalite (enerji)	Herhangi Bir Değişiklik Olmadı	8	65,000	11,019	31,538	0,000	1 > 3 2 > 3
	Olumlu Değişiklik	45	61,556	12,829			
	Olumsuz Değişiklik	22	30,455	17,037			
Sosyal Fonksiyon	Herhangi Bir Değişiklik Olmadı	8	48,438	16,953	3,099	0,212	
	Olumlu Değişiklik	45	59,444	21,512			
	Olumsuz Değişiklik	22	52,841	24,070			
Emosyonel Rol Güçlüğü	Herhangi Bir Değişiklik Olmadı	8	41,667	42,725	1,116	0,572	
	Olumlu Değişiklik	45	56,296	44,280			
	Olumsuz Değişiklik	22	45,455	46,627			
Mental Sağlık	Herhangi Bir Değişiklik Olmadı	8	68,500	13,596	30,186	0,000	1 > 3 2 > 3
	Olumlu Değişiklik	45	66,044	14,835			
	Olumsuz Değişiklik	22	38,546	14,265			

Kruskal Wallis H-Testi
Mann Whitney U Testi

Hastaların ameliyattan sonra sağlığı ile ilgili dűşüncelerinde değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ۆlçeđi ağrı alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. (KW=6,970; p=0,031<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere uygulanan Mann Whitney U testine göre; ameliyattan sonra sağlığı ile ilgili dűşüncesinde olumlu değişiklik olan hastaların yaşam kalitesi ۆlçeđi ağrı alt boyutu puan ortalamaları (49,000 ± 19,565), ameliyattan sonra sağlığı ile ilgili dűşüncesinde olumsuz değişiklik olan hastaların yaşam kalitesi ۆlçeđi ağrı alt boyutu puan ortalamalarından (35,773 ± 21,347) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra sağlığı ile ilgili dűşüncelerinde değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ۆlçeđi genel sağlık alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. (KW=32,366; p=0,000<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere uygulanan Mann Whitney U testine göre; ameliyattan sonra sağlığı ile ilgili dűşüncesinde herhangi bir değişiklik olmayan hastaların yaşam kalitesi ۆlçeđi genel sağlık alt boyutu puan ortalamaları (61,000 ± 8,177), ameliyattan sonra sağlığı ile ilgili dűşüncesinde olumsuz değişiklik olan hastaların yaşam kalitesi ۆlçeđi genel sağlık alt boyutu puan ortalamalarından (34,455 ± 16,860) yüksek bulundu. Ameliyattan sonra sağlığı ile ilgili dűşüncesinde olumlu değişiklik olan hastaların yaşam kalitesi ۆlçeđi genel sağlık alt boyutu puan ortalamaları (65,689 ± 13,928), ameliyattan sonra sağlığı ile ilgili dűşüncesinde olumsuz değişiklik olan hastaların yaşam kalitesi ۆlçeđi genel sağlık alt boyutu puan ortalamalarından (34,455 ± 16,860) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra sağlığı ile ilgili dűşüncelerinde değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ۆlçeđi vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (KW=31,538; p=0,000<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere uygulanan Mann Whitney U testine göre; ameliyattan sonra sağlığı ile ilgili dűşüncesinde herhangi bir değişiklik olmayan hastaların yaşam kalitesi ۆlçeđi vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları (65,000 ± 11,019), ameliyattan sonra sağlığı ile ilgili dűşüncesinde olumsuz değişiklik olan hastaların yaşam kalitesi ۆlçeđi vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamalarından (30,455 ± 17,037) yüksek bulundu. Ameliyattan sonra sağlığı ile ilgili dűşüncesinde olumlu değişiklik olan hastalarının yaşam kalitesi ۆlçeđi vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları (61,556 ± 12,829), ameliyattan sonra sağlığı ile ilgili dűşüncesinde olumsuz değişiklik olan hastaların

yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamalarından ($30,455 \pm 17,037$) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra sağlığı ile ilgili düşüncelerinde değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($KW=30,186$; $p=0,000<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere uygulanan Mann Whitney U testine göre; ameliyattan sonra sağlığı ile ilgili düşüncesinde herhangi bir değişiklik olmayan hastalarının yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyutu puan ortalamaları ($68,500 \pm 13,596$), ameliyattan sonra sağlığı ile ilgili düşüncesinde olumsuz değişiklik olan hastalarının yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyutu puan ortalamalarından ($38,546 \pm 14,265$) yüksek bulundu. Ameliyattan sonra sağlığı ile ilgili düşüncesinde olumlu değişiklik olan hastalarının yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyutu puan ortalamaları ($66,044 \pm 14,835$), ameliyattan sonra sağlığı ile ilgili düşüncesinde olumsuz değişiklik olan hastalarının yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyutu puan ortalamalarından ($38,546 \pm 14,265$) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra sağlığı ile ilgili düşüncelerinde değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6.4.1.2 Hastaların Ameliyattan Sonra Sigara Alışkanlıklarına Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Sigara Alışkanlığında Değişiklik Durumu	n	Ort	Ss	KW	p
Fiziksel Fonksiyon	Hiç Kullanılmamış	9	51,667	34,911	0,166	0,920
	Ameliyat Öncesi Bırakılmış	52	55,577	30,959		
	Kullanmaya Devam Ediyor	14	58,214	28,461		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Hiç Kullanılmamış	9	11,111	13,176	2,289	0,318
	Ameliyat Öncesi Bırakılmış	52	12,500	18,190		
	Kullanmaya Devam Ediyor	14	19,643	20,045		
Ağrı	Hiç Kullanılmamış	9	50,111	23,035	4,644	0,098
	Ameliyat Öncesi Bırakılmış	52	41,558	19,997		
	Kullanmaya Devam Ediyor	14	55,357	23,303		
Genel Sağlık	Hiç Kullanılmamış	9	55,000	19,812	0,652	0,722
	Ameliyat Öncesi Bırakılmış	52	55,500	19,886		
	Kullanmaya Devam Ediyor	14	58,643	21,805		
Vitalite (enerji)	Hiç Kullanılmamış	9	54,444	11,304	0,405	0,817
	Ameliyat Öncesi Bırakılmış	52	51,731	21,668		
	Kullanmaya Devam Ediyor	14	55,714	18,898		
Sosyal Fonksiyon	Hiç Kullanılmamış	9	55,556	22,631	3,309	0,191
	Ameliyat Öncesi Bırakılmış	52	53,846	22,076		
	Kullanmaya Devam Ediyor	14	66,071	19,873		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Hiç Kullanılmamış	9	37,037	48,432	0,927	0,629
	Ameliyat Öncesi Bırakılmış	52	52,564	45,898		
	Kullanmaya Devam Ediyor	14	57,143	37,958		
Mental Sağlık	Hiç Kullanılmamış	9	65,333	13,856	3,187	0,203
	Ameliyat Öncesi Bırakılmış	52	55,692	19,880		
	Kullanmaya Devam Ediyor	14	63,143	18,708		

Kruskal Wallis H-Testi

Hastaların ameliyattan sonra sigara alışkanlıklarına göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6.4.1.3 Hastaların Ameliyattan Sonra Alkol Alışkanlığına Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Alkol Alışkanlığında Değişiklik Durumu	n	Ort	Ss	MWU	p
Fiziksel Fonksiyon	Hiç Kullanılmamış	66	53,712	29,863	192,000	0,086
	Ameliyat Öncesi Bırakılmış	9	69,444	34,410		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Hiç Kullanılmamış	66	14,015	18,672	286,500	0,846
	Ameliyat Öncesi Bırakılmış	9	11,111	13,176		
Ağrı	Hiç Kullanılmamış	66	45,576	21,535	268,000	0,631
	Ameliyat Öncesi Bırakılmış	9	42,111	21,826		
Genel Sağlık	Hiç Kullanılmamış	66	56,349	19,761	283,000	0,819
	Ameliyat Öncesi Bırakılmış	9	53,667	22,831		
Vitalite (enerji)	Hiç Kullanılmamış	66	53,485	18,687	281,000	0,793
	Ameliyat Öncesi Bırakılmış	9	47,778	29,274		
Sosyal Fonksiyon	Hiç Kullanılmamış	66	56,629	20,241	259,000	0,527
	Ameliyat Öncesi Bırakılmış	9	54,167	33,657		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Hiç Kullanılmamış	66	52,525	44,553	269,000	0,628
	Ameliyat Öncesi Bırakılmış	9	44,444	47,140		
Mental Sağlık	Hiç Kullanılmamış	66	59,273	18,982	218,500	0,199
	Ameliyat Öncesi Bırakılmış	9	50,667	20,494		

Mann Whitney U Testi

Hastaların ameliyattan sonra alkol alışkanlıklarına göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6.4.1.4 Hastaların Ameliyattan Sonra İlaç Kullanmaya Uyumlu Olma Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)

Yaşam Kalitesi Alt Boyutları	İlaç Kullanmaya Uyumlu Olma Durumu	n	Ort	Ss	MWU	p
Fiziksel Fonksiyon	Uyumlu	71	54,789	30,501	100,000	0,320
	Uyumsuz	4	70,000	33,665		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Uyumlu	71	14,437	18,255	76,000	0,078
	Uyumsuz	4	0,000	0,000		
Ağrı	Uyumlu	71	45,803	21,794	98,000	0,292
	Uyumsuz	4	33,750	9,142		
Genel Sağlık	Uyumlu	71	55,648	20,467	129,500	0,767
	Uyumsuz	4	62,750	5,679		
Vitalite (enerji)	Uyumlu	71	52,254	20,403	97,500	0,291
	Uyumsuz	4	62,500	9,574		
Sosyal Fonksiyon	Uyumlu	71	56,866	22,340	95,500	0,263
	Uyumsuz	4	46,875	11,968		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Uyumlu	71	50,235	44,320	96,500	0,254
	Uyumsuz	4	75,000	50,000		
Mental Sağlık	Uyumlu	71	58,817	18,742	102,500	0,350
	Uyumsuz	4	48,000	27,905		

Mann Whitney-U Testi

Hastaların ameliyattan sonra ilaç kullanmaya uyumlu olma durumlarına göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6.4.1.5 Hastaların Egzersiz Kısıtlamalarına Uyumlu Olma Durumlarına Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)

Yaşam Kalitesi Alt Boyutları	Egzersiz Kısıtlamalarına Uyumlu Olma Durumu	n	Ort	Ss	MWU	p
Fiziksel Fonksiyon	Uyumlu	59	54,831	28,314	428,000	0,568
	Uyumsuz	16	58,438	38,932		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Uyumlu	59	14,831	17,444	364,500	0,115
	Uyumsuz	16	9,375	20,156		
Ağrı	Uyumlu	59	46,949	21,502	362,000	0,148
	Uyumsuz	16	38,563	20,575		
Genel Sağlık	Uyumlu	59	60,932	17,823	166,500	0,000
	Uyumsuz	16	37,938	17,380		
Vitalite (enerji)	Uyumlu	59	57,458	17,155	211,500	0,001
	Uyumsuz	16	35,625	21,203		
Sosyal Fonksiyon	Uyumlu	59	58,051	22,235	358,000	0,132
	Uyumsuz	16	50,000	20,412		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Uyumlu	59	51,977	44,752	463,000	0,902
	Uyumsuz	16	50,000	45,542		
Mental Sağlık	Uyumlu	59	62,373	17,054	206,000	0,001
	Uyumsuz	16	43,000	19,623		

Mann Whitney-U Testi

Hastaların ameliyattan sonra egzersiz kısıtlamalarına uyumlu olma durumlarına göre yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Mann Whitney U=166,500; p=0,000<0,05). Egzersiz kısıtlamalarına uyumlu olan hastalarının yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyutu puan ortalamaları (x=60,932), egzersiz kısıtlamalarına uyumsuz olan hastalarının yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamalarından (x=37,938) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra egzersiz kısıtlamalarına uyumlu olma durumlarına göre yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Mann Whitney U=211,500; p=0,001<0,05). Egzersiz kısıtlamalarına uyumlu olan hastalarının yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyutu puan ortalamaları (x=57,458), egzersiz kısıtlamalarına uyumsuz olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyutu puan ortalamalarından (x=35,625) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra egzersiz kısıtlamalarına uyumlu olma durumlarına göre yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Mann Whitney U=206,000; p=0,001<0,05). Egzersiz kısıtlamalarına uyumlu olan hastalarının yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyutu puan ortalamaları (x=62,373), egzersiz kısıtlamalarına uyumsuz olan hastalarının yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyutu puan ortalamalarından (x=43,000) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra egzersiz kısıtlamalarına uyumlu olma durumlarına göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (p>0,05).

Tablo 6.4.1.6 Hastaların Diyete Uyma Durumlarına Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Diyete Uyma Durumu	n	Ort	Ss	MWU	p
Fiziksel Fonksiyon	Uyumlu	49	53,878	29,848	568,000	0,441
	Uyumsuz	26	58,846	32,382		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Uyumlu	49	14,286	18,400	599,500	0,636
	Uyumsuz	26	12,500	17,678		
Ağrı	Uyumlu	49	44,735	21,441	621,500	0,861
	Uyumsuz	26	45,962	21,871		
Genel Sağlık	Uyumlu	49	57,122	19,174	596,500	0,651
	Uyumsuz	26	53,962	21,719		
Vitalite (enerji)	Uyumlu	49	54,082	18,587	622,500	0,871
	Uyumsuz	26	50,385	22,800		
Sosyal Fonksiyon	Uyumlu	49	55,867	21,816	619,500	0,842
	Uyumsuz	26	57,212	22,686		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Uyumlu	49	48,980	44,149	575,500	0,467
	Uyumsuz	26	56,410	45,965		
Mental Sağlık	Uyumlu	49	58,531	19,591	611,500	0,776
	Uyumsuz	26	57,692	18,903		

Mann Whitney-U Testi

Hastaların ameliyattan sonra diyete uyma durumlarına göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (p>0,05).

6.4.2. Hastaların Ameliyattan Sonra Beslenme ve Metabolizma İle İlgili Özelliklere Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 6.4.2.1 Hastaların Beslenme Alışkanlığında Değişiklik Olma Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Beslenme Alışkanlığında Değişiklik Olma Durumu	n	Ort	Ss	KW	p	MWU
Fiziksel Fonksiyon	Değişiklik Olmadı	24	64,792	27,286	4,031	0,133	
	İştahı Arttı	12	58,333	19,579			
	İştahı Azaldı	39	49,103	34,141			
Fiziksel Rol Güçlüğü	Değişiklik Olmadı	24	14,583	16,347	0,456	0,796	
	İştahı Arttı	12	10,417	12,873			
	İştahı Azaldı	39	14,103	20,515			
Ağrı	Değişiklik Olmadı	24	50,333	21,952	5,783	0,055	
	İştahım Arttı	12	53,750	22,596			
	İştahım Azaldı	39	39,333	19,533			
Genel Sağlık	Değişiklik Olmadı	24	68,417	15,243	19,369	0,000	1 > 3 2 > 3
	İştahım Arttı	12	63,083	16,167			
	İştahım Azaldı	39	46,231	18,755			
Vitalite (enerji)	Değişiklik Olmadı	24	65,208	19,420	23,880	0,000	1 > 3 2 > 3
	İştahı Arttı	12	59,167	10,624			
	İştahı Azaldı	39	43,205	17,862			
Sosyal Fonksiyon	Değişiklik Olmadı	24	51,042	20,495	5,731	0,057	
	İştahı Arttı	12	45,833	18,718			
	İştahı Azaldı	39	62,821	22,118			
Emosyonel Rol Güçlüğü	Değişiklik Olmadı	24	65,278	45,555	4,753	0,093	
	İştahı Arttı	12	33,333	34,816			
	İştahı Azaldı	39	48,718	45,142			
Mental Sağlık	Değişiklik Olmadı	24	68,500	16,485	20,145	0,000	1 > 3 2 > 3
	İştahı Arttı	12	65,667	16,222			
	İştahı Azaldı	39	49,641	17,882			

Kruskal Wallis-H Testi
Mann Whitney U

Hastaların ameliyattan sonra beslenme alışkanlıklarında değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (KW=19,369; p=0,000<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere uygulanan Mann Whitney U testine göre; ameliyattan sonra beslenme alışkanlığında değişiklik olmayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamaları (68,417 ± 15,243), ameliyattan sonra beslenme alışkanlığında iştah azalması olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamalarından (46,231 ± 18,755) yüksek bulundu. Ameliyattan sonra beslenme alışkanlığında iştah artması olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamaları (63,083 ± 16,167), ameliyattan sonra beslenme alışkanlığında iştah azalması değişikliği olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamalarından (46,231 ± 18,755) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra beslenme alışkanlıklarında değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (KW=23,880; p=0,000<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere uygulanan Mann Whitney U testine göre; ameliyattan sonra beslenme alışkanlığında değişiklik olmayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları (65,208 ± 19,420), ameliyattan sonra beslenme alışkanlığında iştah azalması olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamalarından (43,205 ± 17,862) yüksek bulundu. Ameliyattan sonra beslenme alışkanlığında iştah artması olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları (59,167 ± 10,624), ameliyattan sonra beslenme alışkanlığında iştah azalması değişikliği olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamalarından (43,205 ± 17,862) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra beslenme alışkanlıklarında değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (KW=20,145; p=0,000<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere uygulanan Mann Whitney U testine göre; ameliyattan sonra beslenme alışkanlığında değişiklik olmayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyut puan ortalamaları (68,500 ± 16,485), ameliyattan sonra beslenme alışkanlığında iştah azalması olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyut puan ortalamalarından (49,641 ± 17,882) yüksek bulundu. Ameliyattan sonra beslenme

alışkanlığında iştah artması olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyut puan ortalamaları ($65,667 \pm 16,222$), ameliyattan sonra beslenme alışkanlığında iştah azalması olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık puan ortalamalarından ($49,641 \pm 17,882$) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra sonra beslenme alışkanlıklarında değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.4.2.2 Hastaların Diyete Uyum Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Diyete Uyum Durumu	n	Ort	Ss	MWU	p
Fiziksel Fonksiyon	Uyumlu	39	61,539	26,783	528,000	0,064
	Uyumsuz	36	49,167	33,498		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Uyumlu	39	13,462	16,065	678,000	0,773
	Uyumsuz	36	13,889	20,217		
Ağrı	Uyumlu	39	49,974	21,323	507,000	0,036
	Uyumsuz	36	39,944	20,626		
Genel Sağlık	Uyumlu	39	61,821	17,066	486,500	0,022
	Uyumsuz	36	49,750	21,257		
Vitalite (enerji)	Uyumlu	39	58,974	17,703	457,500	0,009
	Uyumsuz	36	46,111	20,567		
Sosyal Fonksiyon	Uyumlu	39	53,205	19,810	612,500	0,333
	Uyumsuz	36	59,722	23,925		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Evet	39	58,120	43,068	581,500	0,175
	Hayır	36	44,444	45,774		
Mental Sağlık	Uyumlu	39	63,077	17,663	504,500	0,036
	Uyumsuz	36	53,000	19,721		

Mann Whitney-U Testi

Hastaların ameliyattan sonra diyete uyum durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği ağrı alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Mann Whitney $U=507,000$; $p=0,036<0,05$). Önerilen diyeti uygulayabilen hastaların yaşam kalitesi ölçeği ağrı alt boyut puan ortalamaları ($x=49,974$), önerilen diyeti uygulayamayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği ağrı alt boyut puan ortalamalarından ($x=39,944$) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra diyetle uyum durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Mann Whitney $U=486,500$; $p=0,022<0,05$). Önerilen diyeti uygulayabilen hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamaları ($x=61,821$), önerilen diyeti uygulayamayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamalarından ($x=49,750$) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra diyetle uyum durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Mann Whitney $U=457,500$; $p=0,009<0,05$). Önerilen diyeti uygulayabilen hastaların yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları ($x=58,974$), önerilen diyeti uygulayamayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamalarından ($x=46,111$) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra diyetle uyum durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Mann Whitney $U=504,500$; $p=0,036<0,05$). Önerilen diyeti uygulayabilen hastaların yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyut puan ortalamaları ($x=63,077$), önerilen diyeti uygulayamayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyut puan ortalamalarından ($x=53,000$) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra diyetle uyum durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

6.4.3. Hastaların Ameliyattan Sonra Boşaltım ile İlgili Özelliklere Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 6.4.3.1 Hastaların Bağırsak Boşaltım Alışkanlıklarında Değişiklik Olma Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Bağırsak Alışkanlığında Değişiklik Olma Durumu	n	Ort	Ss	KW	p
Fiziksel Fonksiyon	Değişiklik Olmadı	29	63,621	29,577	3,553	0,169
	Diyare	12	52,917	28,321		
	Konstipasyon	34	49,706	31,597		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Değişiklik Olmadı	29	12,931	18,445	2,349	0,309
	Diyare	12	22,917	24,905		
	Konstipasyon	34	11,029	14,023		
Ağrı	Değişiklik Olmadı	29	47,103	23,036	0,473	0,789
	Diyare	12	47,333	25,963		
	Konstipasyon	34	42,735	18,595		
Genel Sağlık	Değişiklik Olmadı	29	59,000	18,006	1,073	0,585
	Diyare	12	51,417	23,091		
	Konstipasyon	34	55,118	20,691		
Vitalite (enerji)	Değişiklik Olmadı	29	58,448	20,094	4,691	0,096
	Diyare	12	43,750	20,352		
	Konstipasyon	34	51,177	19,032		
Sosyal Fonksiyon	Değişiklik Olmadı	29	52,155	23,402	0,929	0,629
	Diyare	12	61,458	19,553		
	Konstipasyon	34	58,088	21,515		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Değişiklik Olmadı	29	56,322	45,516	0,767	0,681
	Diyare	12	52,778	45,965		
	Konstipasyon	34	47,059	44,281		
Mental Sağlık	Değişiklik Olmadı	29	60,690	21,060	1,595	0,450
	Diyare	12	57,000	20,898		
	Konstipasyon	34	56,588	17,286		

Kruskal Wallis H-Testi

Hastaların ameliyattan sonra boşaltım alışkanlığında değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık,

vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, emosyonel rol g¼çlüğü, mental sağlık alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).



Tablo 6.4.3.2 Hastaların İdrar Yapma Alışkanlıklarında Değişiklik Olma Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	İdrar Yapma Alışkanlığında Değişiklik Olma Durumu	n	Ort	Ss	KW	p
Fiziksel Fonksiyon	Değişiklik Olmadı	51	55,098	31,169	2,152	0,708
	Sık İdrar Yapma	8	66,875	31,046		
	İdrar Yaparken Yanma	2	37,500	10,607		
	İdrar Yapma Güçlüğü	12	52,917	31,149		
	İdrarda Kan Olması	2	57,500	38,891		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Değişiklik Olmadı	51	13,235	18,943	1,099	0,894
	Sık İdrar Yapma	8	15,625	12,939		
	İdrar Yaparken Yanma	2	25,000	35,355		
	İdrar Yapma Güçlüğü	12	12,500	16,855		
	İdrarda Kan Olması	2	12,500	17,678		
Ağrı	Değişiklik Olmadı	51	46,255	21,869	9,319	0,054
	Sık İdrar Yapma	8	60,375	21,699		
	İdrar Yaparken Yanma	2	46,000	7,071		
	İdrar Yapma Güçlüğü	12	30,917	14,798		
	İdrarda Kan Olması	2	41,000	0,000		
Genel Sağlık	Değişiklik Olmadı	51	54,804	19,889	2,412	0,660
	Sık İdrar Yapma	8	59,625	15,061		
	İdrar Yaparken Yanma	2	41,000	5,657		
	İdrar Yapma Güçlüğü	12	60,083	24,471		
	İdrarda Kan Olması	2	63,500	26,163		
Vitalite (enerji)	Değişiklik Olmadı	51	52,745	21,478	0,653	0,957
	Sık İdrar Yapma	8	50,625	17,614		
	İdrar Yaparken Yanma	2	47,500	31,820		
	İdrar Yapma Güçlüğü	12	55,833	17,299		
	İdrarda Kan Olması	2	50,000	7,071		
Sosyal Fonksiyon	Değişiklik Olmadı	51	54,412	20,890	1,869	0,760
	Sık İdrar Yapma	8	65,625	23,858		
	İdrar Yaparken Yanma	2	50,000	0,000		
	İdrar Yapma Güçlüğü	12	60,417	23,131		
	İdrarda Kan Olması	2	50,000	53,033		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Değişiklik Olmadı	51	52,288	43,846	4,225	0,376
	Sık İdrar Yapma	8	70,833	37,533		
	İdrar Yaparken Yanma	2	50,000	70,711		
	İdrar Yapma Güçlüğü	12	44,444	49,916		
	İdrarda Kan Olması	2	0,000	0,000		
Mental Sağlık	Değişiklik Olmadı	51	58,667	20,749	4,296	0,367
	Sık İdrar Yapma	8	64,500	12,177		
	İdrar Yaparken Yanma	2	44,000	0,000		
	İdrar Yapma Güçlüğü	12	52,667	17,127		
	İdrarda Kan Olması	2	70,000	14,142		

Kruskal Wallis H-Testi

Hastaların ameliyattan sonra idrar yapma alışkanlığında değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

6.4.4. Hastaların Ameliyattan Sonra Aktivite ve Egzersiz ile İlgili Özelliklere Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 6.4.4.1 Hastaların Boş Zamanda Yapmaktan Hoşlandığı Alışkanlıklarında Değişiklik Olma Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Boş Zamanda Yapmaktan Hoşlanılan Alışkanlıklarda Değişiklik Olma Durumu	n	Ort	Ss	MWU	p
Fiziksel Fonksiyon	Hayır, Olmadı	39	56,795	34,249	660,500	0,659
	Evet	36	54,306	26,569		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Hayır, Olmadı	39	14,744	21,243	694,000	0,923
	Evet	36	12,500	14,015		
Ağrı	Hayır, Olmadı	39	42,410	21,714	595,000	0,249
	Evet	36	48,139	21,057		
Genel Sağlık	Hayır, Olmadı	39	52,333	20,727	559,000	0,128
	Evet	36	60,028	18,652		
Vitalite (enerji)	Hayır, Olmadı	39	49,872	23,070	591,000	0,236
	Evet	36	55,972	15,938		
Sosyal Fonksiyon	Hayır, Olmadı	39	54,167	20,345	629,500	0,433
	Evet	36	58,681	23,683		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Hayır, Olmadı	39	49,573	44,506	665,500	0,681
	Evet	36	53,704	45,270		
Mental Sağlık	Hayır, Olmadı	39	55,487	21,446	607,500	0,314
	Evet	36	61,222	16,278		

Mann Whitney-U Testi

Hastaların ameliyattan sonra boş zamanda yapmaktan hoşlandığı alışkanlıklarında değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6.4.4.2 Hastaların Verilen Egzersiz Programına Uyma Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Egzersiz Programına Uyma Durumu	n	Ort	Ss	KW	p	MWU
Fiziksel Fonksiyon	Egzersiz Programı Verilmedi	22	47,955	31,040	1,395	0,498	
	Uyuyor	35	58,857	28,751			
	Uyamıyor	18	58,611	33,642			
Fiziksel Rol Güçlüğü	Egzersiz Programı Verilmedi	22	9,091	14,527	2,294	0,318	
	Uyuyor	35	16,429	19,119			
	Uyamıyor	18	13,889	19,596			
Ağrı	Egzersiz Programı Verilmedi	22	36,182	16,129	10,343	0,006	2 > 1 2 > 3
	Uyuyor	35	53,686	21,506			
	Uyamıyor	18	39,556	21,664			
Genel Sağlık	Egzersiz Programı Verilmedi	22	55,046	20,304	0,226	0,893	
	Uyuyor	35	57,114	18,804			
	Uyamıyor	18	55,111	22,821			
Vitalite (enerji)	Egzersiz Programı Verilmedi	22	52,727	20,455	3,055	0,217	
	Uyuyor	35	56,000	20,573			
	Uyamıyor	18	46,667	18,150			
Sosyal Fonksiyon	Egzersiz Programı Verilmedi	22	49,432	20,221	2,508	0,285	
	Uyuyor	35	57,143	18,512			
	Uyamıyor	18	63,194	28,269			
Emosyonel Rol Güçlüğü	Egzersiz Programı Verilmedi	22	39,394	44,408	3,350	0,187	
	Uyuyor	35	60,952	43,900			
	Uyamıyor	18	48,148	44,608			
Mental Sağlık	Egzersiz Programı Verilmedi	22	55,636	20,393	1,597	0,450	
	Uyuyor	35	61,029	19,167			
	Uyamıyor	18	56,000	18,201			

Kruskal Wallis H-Testi
Mann Whitney U Testi

Hastaların ameliyattan sonra verilen beslenme programına uyma durumlarına göre yaşam kalitesi ölçeği ağrı alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu (KW=10,343; p=0,006<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere uygulanan Mann Whitney U testine göre; ameliyattan sonra verilen egzersiz programına uyan hastaların yaşam kalitesi ölçeği ağrı alt boyutu puan ortalamaları (53,686 ± 21,506), egzersiz programı verilmeyen hastaların yaşam kalitesi ölçeği ağrı alt boyutu puan ortalamalarından (36,182 ± 16,129) yüksek bulundu. Ameliyattan sonra egzersiz programına uyan hastaların yaşam kalitesi ölçeği ağrı alt boyut puan ortalamaları (53,686

$\pm 21,506$), egzersiz programına uymayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği ağrı alt boyutu puan ortalamalarından ($39,556 \pm 21,664$) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra verilen beslenme programına uyma durumlarına göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).



6.4.5. Hastaların Ameliyattan Sonra Uyku / Dinlenme ile İlgili Özelliklere Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 6.4.5.1 Hastaların Uyku Düzeninde Değişiklik Olma Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Uyku Düzeninde Değişiklik Olma Durumu	n	Ort	Ss	KW	p	MWU
Fiziksel Fonksiyon	Değişiklik Olmadı	20	72,500	24,735	9,312	0,025	1 > 2 1 > 3
	Dinlendirici Olmayan Uyku	30	47,333	30,307			
	Gün Boyunca Yoğun Uyuklama Durumu	6	44,167	33,826			
	Uykuya Başlama/ Uykuyu Sürdürme Güçlüğü	19	54,474	30,591			
Fiziksel Rol Güçlüğü	Değişiklik Olmadı	20	11,250	12,760	2,319	0,509	
	Dinlendirici Olmayan Uyku	30	15,833	20,218			
	Gün Boyunca Yoğun Uyuklama Durumu	6	4,167	10,206			
	Uykuya Başlama/ Uykuyu Sürdürme Güçlüğü	19	15,790	20,767			
Ağrı	Değişiklik Olmadı	20	51,300	21,933	6,115	0,106	
	Dinlendirici Olmayan Uyku	30	47,067	22,591			
	Gün Boyunca Yoğun Uyuklama Durumu	6	48,333	26,341			
	Uykuya Başlama/ Uykuyu Sürdürme Güçlüğü	19	34,684	14,205			
Genel Sağlık	Değişiklik Olmadı	20	62,600	18,019	6,944	0,074	
	Dinlendirici Olmayan Uyku	30	50,133	20,170			
	Gün Boyunca Yoğun Uyuklama Durumu	6	49,667	21,238			
	Uykuya Başlama/ Uykuyu Sürdürme Güçlüğü	19	60,421	19,540			
Vitalite (enerji)	Değişiklik Olmadı	20	59,500	20,513	3,714	0,294	
	Dinlendirici Olmayan Uyku	30	47,333	21,883			
	Gün Boyunca Yoğun Uyuklama Durumu	6	50,833	19,854			
	Uykuya Başlama/ Uykuyu Sürdürme Güçlüğü	19	55,000	15,000			

Tablo 6.4.5.1'in devamı

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Uyku Düzeninde Değişiklik Olma Durumu	N	Ort	Ss	KW	p	MWU
Sosyal Fonksiyon	Değişiklik Olmadı	20	54,375	23,743	0,548	0,908	
	Dinlendirici Olmayan Uyku	30	56,250	19,627			
	Gün Boyunca Yoğun Uyuklama Durumu	6	60,417	18,400			
	Uykuya Başlama/ Uykuyu Sürdürme Güçlüğü	19	57,237	25,792			
Emosyonel Rol Güçlüğü	Değişiklik Olmadı	20	43,333	44,721	1,422	0,700	
	Dinlendirici Olmayan Uyku	30	56,667	42,118			
	Gün Boyunca Yoğun Uyuklama Durumu	6	61,111	49,065			
	Uykuya Başlama/ Uykuyu Sürdürme Güçlüğü	19	49,123	48,900			
Mental Sağlık	Değişiklik Olmadı	20	65,600	18,958	5,465	0,141	
	Dinlendirici Olmayan Uyku	30	54,667	20,727			
	Gün Boyunca Yoğun Uyuklama Durumu	6	59,333	20,772			
	Uykuya Başlama/ Uykuyu Sürdürme Güçlüğü	19	55,790	15,519			

Kruskal Wallis H-Testi

Mann Whitney U Testi

Hastaların ameliyattan sonra uyku düzeninde değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (KW=9,312; p=0,025<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testine göre; ameliyattan sonra uyku düzeninde değişiklik olmayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları (72,500 ± 24,735), ameliyattan sonra dinlendirici olmayan uyku sorunu yaşayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamalarından (47,333 ± 30,307) yüksek bulundu. Ameliyattan sonra uyku düzeninde değişiklik olmayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon puan ortalamaları (72,500 ± 24,735), ameliyattan sonra gün boyunca yoğun uyuklama sorunu yaşayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalamalarından (44,167 ± 33,826) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra uyku düzeninde değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık alt puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

6.4.6. Ameliyattan Sonra Hastaların Biliş/Algı İle İlgili Özelliklerine Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 6.4.6.1 Hastaların Bilişsel ve Algısal Sorun Yaşama Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Bilişsel ve Algısal Sorun Yaşama Durumu	N	Ort	Ss	KW	p	MWU
Fiziksel Fonksiyon	Sorun Yok	45	60,667	29,264	2,595	0,273	
	Oryantasyonla İlgili Sorunlar	18	49,167	31,024			
	Hafızayla İlgili Sorunlar	12	46,250	33,583			
Fiziksel Rol Güçlüğü	Sorun Yok	45	15,000	17,996	1,634	0,442	
	Oryantasyonla İlgili Sorunlar	18	8,333	12,127			
	Hafızayla İlgili Sorunlar	12	16,667	24,618			
Ağrı	Sorun Yok	45	46,822	20,273	3,811	0,149	
	Oryantasyonla İlgili Sorunlar	18	48,389	24,907			
	Hafızayla İlgili Sorunlar	12	34,083	18,178			
Genel Sağlık	Sorun Yok	45	61,400	18,074	8,469	0,014	1 > 2 1 > 3
	Oryantasyonla İlgili Sorunlar	18	49,556	21,667			
	Hafızayla İlgili Sorunlar	12	45,583	18,817			
Vitalite (enerji)	Sorun Yok	45	57,222	18,936	7,084	0,029	1 > 3
	Oryantasyonla İlgili Sorunlar	18	49,167	19,797			
	Hafızayla İlgili Sorunlar	12	41,667	20,817			
Sosyal Fonksiyon	Sorun Yok	45	57,222	24,496	1,141	0,565	
	Oryantasyonla İlgili Sorunlar	18	59,028	14,731			
	Hafızayla İlgili Sorunlar	12	48,958	20,956			
Emosyonel Rol Güçlüğü	Sorun Yok	45	47,407	46,324	0,933	0,627	
	Oryantasyonla İlgili Sorunlar	18	59,259	40,512			
	Hafızayla İlgili Sorunlar	12	55,556	45,690			
Mental Sağlık	Sorun Yok	45	63,556	17,934	10,579	0,005	1 > 2 1 > 3
	Oryantasyonla İlgili Sorunlar	18	53,111	19,442			
	Hafızayla İlgili Sorunlar	12	46,000	17,184			

Kruskal Wallis H-Testi
Mann Whitney U testi

Hastaların ameliyattan sonra bilişsel ve algısal sorun yaşama durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (KW=8,469; $p=0,014<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere uygulanan Mann Whitney U testine göre; ameliyattan sonra bilişsel ve algısal değerlendirmede sorun yaşamayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamaları ($61,400 \pm 18,074$), oryantasyonla ilgili sorunlar yaşayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamalarından ($49,556 \pm 21,667$) yüksek bulundu. Sorun yaşamayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamaları ($61,400 \pm 18,074$), hafızayla ilgili sorunlar yaşayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamalarından ($45,583 \pm 18,817$) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra bilişsel ve algısal sorun yaşama durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (KW=7,084; $p=0,029<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere uygulanan Mann Whitney U testine göre; ameliyattan sonra bilişsel ve algısal değerlendirmede sorun yaşamayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları ($57,222 \pm 18,936$), hafızayla ilgili sorun yaşayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamalarından ($41,667 \pm 20,817$) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra bilişsel ve algısal sorun yaşama durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (KW=10,579; $p=0,005<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere uygulanan Mann Whitney U testine göre; ameliyattan sonra bilişsel ve algısal değerlendirmede sorun yaşamayan hastalarının yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyut puan ortalamaları ($63,556 \pm 17,934$), oryantasyonla ilgili sorunlar yaşayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyut puan ortalamalarından ($53,111 \pm 19,442$) yüksek bulundu. Ameliyattan sonra bilişsel ve algısal değerlendirmede sorun yaşamayan hastalarının yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyut puan ortalamaları ($63,556 \pm 17,934$), hafızayla ilgili sorunlar yaşayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyut puan ortalamalarından ($46,000 \pm 17,184$) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra bilişsel ve algısal sorun yaşama durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, sosyal fonksiyon, emosyonel

rol güçlüğü alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

6.4.7. Hastaların Ameliyattan Sonra Kendini Algılama ile İlgili Özelliklere Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 6.4.7.1 Hastaların Görünüşünde Değişiklik Olma Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Görünüşte Değişiklik Olma Durumu	n	Ort	Ss	MW	p
Fiziksel Fonksiyon	Değişiklik Var	32	62,500	29,182	526,500	0,082
	Değişiklik Yok	43	50,465	30,992		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Değişiklik Var	32	10,938	12,600	643,000	0,585
	Değişiklik Yok	43	15,698	21,145		
Ağrı	Değişiklik Var	32	49,094	22,722	570,500	0,201
	Değişiklik Yok	43	42,233	20,226		
Genel Sağlık	Değişiklik Var	32	62,219	19,260	459,500	0,014
	Değişiklik Yok	43	51,419	19,500		
Vitalite (enerji)	Değişiklik Var	32	59,688	18,834	425,000	0,005
	Değişiklik Yok	43	47,674	19,620		
Sosyal Fonksiyon	Değişiklik Var	32	57,813	24,128	617,000	0,438
	Değişiklik Yok	43	55,233	20,455		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Değişiklik Var	32	54,167	46,180	648,000	0,649
	Değişiklik Yok	43	49,612	43,869		
Mental Sağlık	Değişiklik Var	32	62,625	18,640	519,000	0,069
	Değişiklik Yok	43	54,977	19,225		

Mann Whitney-U testi

Hastaların ameliyattan sonra görünüşünde değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Mann Whitney $U=459,500$; $p=0,014<0,05$). Görünüşüyle ilgili değişiklikler olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamaları ($x=62,219$), görünüşüyle ilgili değişiklikler olmayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamalarından ($x=51,419$) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra görünüşünde değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Mann Whitney $U=425,000$; $p=0,005<0,05$). Görünüşüyle ilgili değişiklikler olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan

ortalamları ($x=59,688$), görünüşüyle ilgili değişiklikler olmayan hastalarının yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamalarından ($x=47,674$) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra görünüşünde değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.4.7.2 Hastaların Kişilikle İlgili Değişiklik Olma Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Kişilikle İlgili Değişiklik Olma Durumu	n	Ort	Ss	MW	p
Fiziksel Fonksiyon	Evet	12	49,167	33,631	332,000	0,505
	Hayır	63	56,825	30,152		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Evet	12	12,500	19,943	349,000	0,635
	Hayır	63	13,889	17,835		
Ağrı	Evet	12	40,250	21,512	314,500	0,351
	Hayır	63	46,095	21,483		
Genel Sağlık	Evet	12	51,083	22,557	313,500	0,349
	Hayır	63	56,968	19,537		
Vitalite (enerji)	Evet	12	52,083	25,357	374,000	0,954
	Hayır	63	52,937	19,148		
Sosyal Fonksiyon	Evet	12	54,167	15,386	358,500	0,774
	Hayır	63	56,746	23,095		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Evet	12	47,222	48,113	363,500	0,824
	Hayır	63	52,381	44,284		
Mental Sağlık	Evet	12	50,667	23,654	298,000	0,246
	Hayır	63	59,683	18,136		

Mann Whitney-U testi

Hastaların ameliyattan sonra kişilikle ilgili değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.4.7.3 Hastaların Fiziksel Performansta Olumlu Değişiklik Olma Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Fiziksel Performansta Olumlu Değişiklik Olma Durumu	n	Ort	Ss	MWU	p
Fiziksel Fonksiyon	Evet	36	52,639	29,964	636,500	0,486
	Hayır	39	58,333	31,358		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Evet	36	13,889	17,366	682,000	0,810
	Hayır	39	13,462	18,889		
Ağrı	Evet	36	46,972	23,367	655,000	0,613
	Hayır	39	43,487	19,676		
Genel Sağlık	Evet	36	55,667	20,193	695,000	0,941
	Hayır	39	56,359	20,085		
Vitalite (enerji)	Evet	36	51,806	18,676	666,500	0,705
	Hayır	39	53,718	21,482		
Sosyal Fonksiyon	Evet	36	57,639	18,727	679,000	0,803
	Hayır	39	55,128	24,788		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Evet	36	51,852	44,682	694,500	0,933
	Hayır	39	51,282	45,142		
Mental Sağlık	Evet	36	56,889	17,294	612,000	0,338
	Hayır	39	59,487	21,010		

Mann Whitney-U testi

Hastaların ameliyattan sonra fiziksel performansta olumlu değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.4.7.4 Hastaların Fiziksel Performansta Olumsuz Değişiklik Olma Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)

Yaşam Kalitesi Alt Boyutları	Fiziksel Performansta Olumsuz Değişiklik Olma Durumu	n	Ort	Ss	MWU	p
Fiziksel Fonksiyon	Evet	10	46,000	30,074	252,000	0,253
	Hayır	65	57,077	30,668		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Evet	10	15,000	12,910	283,000	0,458
	Hayır	65	13,462	18,790		
Ağrı	Evet	10	47,100	24,474	314,000	0,862
	Hayır	65	44,862	21,145		
Genel Sağlık	Evet	10	55,300	18,915	321,000	0,950
	Hayır	65	56,139	20,304		
Vitalite (enerji)	Evet	10	48,500	19,010	244,500	0,207
	Hayır	65	53,462	20,289		
Sosyal Fonksiyon	Evet	10	57,500	27,131	292,000	0,600
	Hayır	65	56,154	21,324		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Evet	10	33,333	44,444	236,000	0,141
	Hayır	65	54,359	44,319		
Mental Sağlık	Evet	10	54,400	21,762	283,500	0,516
	Hayır	65	58,831	18,930		

Mann Whitney-U Testi

Hastaların ameliyattan sonra fiziksel performansta olumsuz değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.4.7.5 Hastaların Kendine Duyulan Güvende Olumlu Değişiklik Olma Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Olumlu Değişiklik Olma Durumu	n	Ort	Ss	MWU	p
Fiziksel Fonksiyon	Evet	18	44,444	36,335	387,500	0,118
	Hayır	57	59,123	28,033		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Evet	18	9,722	19,439	407,000	0,136
	Hayır	57	14,912	17,589		
Ağrı	Evet	18	43,111	22,803	482,500	0,701
	Hayır	57	45,807	21,176		
Genel Sağlık	Evet	18	47,667	21,417	359,500	0,056
	Hayır	57	58,667	18,972		
Vitalite (enerji)	Evet	18	44,722	21,927	383,000	0,105
	Hayır	57	55,351	18,942		
Sosyal Fonksiyon	Evet	18	47,917	18,316	367,500	0,065
	Hayır	57	58,991	22,504		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Evet	18	50,000	43,160	501,000	0,874
	Hayır	57	52,047	45,433		
Mental Sağlık	Evet	18	55,111	21,674	471,000	0,601
	Hayır	57	59,228	18,492		

Mann Whitney-U Testi

Hastaların ameliyattan sonra kendine duyulan güvende olumlu değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.4.7.6 Hastaların Kendine Duyulan Güvende Olumsuz Değişiklik Olma Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Olumsuz Değişiklik Olma Durumu	n	Ort	Ss	MWU	p
Fiziksel Fonksiyon	Evet	16	51,250	30,632	417,500	0,479
	Hayır	59	56,780	30,777		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Evet	16	7,813	11,968	380,500	0,180
	Hayır	59	15,254	19,151		
Ağrı	Evet	16	50,438	22,181	391,000	0,287
	Hayır	59	43,729	21,215		
Genel Sağlık	Evet	16	56,250	20,551	458,000	0,856
	Hayır	59	55,966	20,032		
Vitalite (enerji)	Evet	16	53,750	17,176	460,500	0,881
	Hayır	59	52,542	20,914		
Sosyal Fonksiyon	Evet	16	60,938	22,765	388,500	0,270
	Hayır	59	55,085	21,789		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Evet	16	52,083	47,091	461,000	0,880
	Hayır	59	51,412	44,344		
Mental Sağlık	Evet	16	62,500	18,352	391,000	0,293
	Hayır	59	57,085	19,452		

Mann Whitney-U Testi

Hastaların ameliyattan sonra kendine duyulan güvende olumsuz değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

6.4.8. Hastaların Ameliyattan Sonra Rol Ve İlişki İle İlgili Özelliklere Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 6.4.8.1 Hastaların Ameliyattan Sonra Aile Bireyleri / Yakın Akrabalarla İlişkisinde Değişiklik Olma Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Aile Bireyleri/Yakın Akrabalar İle İlişkilerde Değişiklik Olma Durumu	n	Ort	Ss	KW	p	MWU
Fiziksel Fonksiyon	Değişiklik Olmadı	34	51,029	31,689	3,886	0,143	
	Olumlu Değişiklik	32	64,375	25,008			
	Olumsuz Değişiklik	9	41,667	38,649			
Fiziksel Rol Güçlüğü	Değişiklik Olmadı	34	13,971	18,659	2,361	0,307	
	Olumlu Değişiklik	32	15,625	18,784			
	Olumsuz Değişiklik	9	5,556	11,024			
Ağrı	Değişiklik Olmadı	34	39,559	17,566	9,425	0,009	2 > 1 2 > 3
	Olumlu Değişiklik	32	53,938	23,453			
	Olumsuz Değişiklik	9	35,111	17,230			
Genel Sağlık	Değişiklik Olmadı	34	53,529	20,624	3,992	0,136	
	Olumlu Değişiklik	32	61,000	17,908			
	Olumsuz Değişiklik	9	47,778	22,404			
Vitalite (enerji)	Değişiklik Olmadı	34	50,735	18,915	5,319	0,070	
	Olumlu Değişiklik	32	57,969	18,917			
	Olumsuz Değişiklik	9	42,222	24,763			
Sosyal Fonksiyon	Değişiklik Olmadı	34	63,235	22,391	9,470	0,009	1 > 3 2 > 3
	Olumlu Değişiklik	32	54,688	18,716			
	Olumsuz Değişiklik	9	36,111	19,207			
Emosyonel Rol Güçlüğü	Değişiklik Olmadı	34	45,098	45,603	7,909	0,019	2 > 1 2 > 3
	Olumlu Değişiklik	32	66,667	41,478			
	Olumsuz Değişiklik	9	22,222	33,333			
Mental Sağlık	Değişiklik Olmadı	34	54,235	18,056	6,253	0,044	2 > 1
	Olumlu Değişiklik	32	64,125	17,960			
	Olumsuz Değişiklik	9	52,444	24,120			

Kruskal Wallis H-Testi
Mann Whitney U Testi

Hastaların ameliyattan sonra aile bireyleri/yakın akrabalar ile ilişkisinde değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği ağrı alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (KW=9,425; p=0,009<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere uygulanan Mann Whitney U testine göre; ameliyattan sonra aile bireyleri / yakın akrabalar ile ilişkilerde olumlu değişiklik yaşayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği ağrı alt boyut puan ortalamaları (53,938 ± 23,453), değişiklik

yaşamayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği ağrı alt boyut puan ortalamalarından ($39,559 \pm 17,566$) yüksek bulundu. Ameliyattan sonra aile bireyleri / yakın akrabalar ile ilişkilerde olumlu değişiklik yaşayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği ağrı alt boyut puan ortalamaları ($53,938 \pm 23,453$), olumsuz değişiklik yaşayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği ağrı alt boyut puan ortalamalarından ($35,111 \pm 17,230$) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra aile bireyleri/yakın akrabalar ile ilişkisinde değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği sosyal fonksiyon alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($KW=9,470$; $p=0,009<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere uygulanan Mann Whitney U testine göre; ameliyattan sonra aile bireyleri / yakın akrabalarla ilişkilerde değişiklik olmayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği sosyal fonksiyon alt boyut puan ortalamaları ($63,235 \pm 22,391$), olumsuz değişiklik olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği sosyal fonksiyon alt boyut puan ortalamalarından ($36,111 \pm 19,207$) yüksek bulundu. Ameliyattan sonra aile bireyleri / yakın akrabalarla ilişkilerde olumlu değişiklik olan hastaların sosyal fonksiyon alt boyut puan ortalamaları ($54,688 \pm 18,716$), olumsuz değişiklik olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği sosyal fonksiyon alt boyut puan ortalamalarından ($36,111 \pm 19,207$) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra aile bireyleri/yakın akrabalar ile ilişkisinde değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği emosyonel rol güçlüğü alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($KW=7,909$; $p=0,019<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere uygulanan Mann Whitney U testine göre; ameliyattan sonra aile bireyleri / yakın akrabalar ile ilişkilerde olumlu değişiklik olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği emosyonel rol güçlüğü alt boyut puan ortalamaları ($66,667 \pm 41,478$), değişiklik olmayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği emosyonel rol güçlüğü alt boyut puan ortalamalarından ($45,098 \pm 45,603$) yüksek bulundu. Ameliyattan sonra aile bireyleri / yakın akrabalar ile ilişkilerde olumlu değişiklik olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği emosyonel rol güçlüğü alt boyut puan ortalamaları ($66,667 \pm 41,478$), olumsuz değişiklik olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği emosyonel rol güçlüğü alt boyut puan ortalamalarından ($22,222 \pm 33,333$) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra aile bireyleri/yakın akrabalar ile ilişkisinde değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($KW=6,253$; $p=0,044<0.05$). Farklılığın

hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere uygulanan Mann Whitney U testine göre; ameliyattan sonra aile bireyleri / yakın akrabalar ile ilişkilerde olumlu değişiklik olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyut puan ortalamaları ($64,125 \pm 17,960$), değişiklik olmayan hastaların mental sağlık alt boyut puan ortalamalarından ($54,235 \pm 18,056$) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra aile bireyleri/yakın akrabalar ile ilişkisinde değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık, vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6.4.8.2 Hastaların Arkadaşlar İle İlişkilerde Değişiklik Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)

Yaşam Kalitesi Alt Boyutları	Arkadaşlar İle İlişkilerde Değişiklik Olma Durumu	n	Ort	Ss	KW	p	MWU
Fiziksel Fonksiyon	Değişiklik Olmadı	39	52,821	32,883	0,917	0,632	
	Olumlu Değişiklik	25	61,800	25,449			
	Olumsuz Değişiklik	11	51,364	33,622			
Fiziksel Rol Güçlüğü	Değişiklik Olmadı	39	13,462	16,065	0,547	0,761	
	Olumlu Değişiklik	25	16,000	22,684			
	Olumsuz Değişiklik	11	9,091	12,613			
Ağrı	Değişiklik Olmadı	39	41,769	19,862	2,899	0,235	
	Olumlu Değişiklik	25	50,440	22,563			
	Olumsuz Değişiklik	11	45,182	23,866			
Genel Sağlık	Değişiklik Olmadı	39	53,718	21,445	2,641	0,267	
	Olumlu Değişiklik	25	61,840	15,569			
	Olumsuz Değişiklik	11	51,000	22,329			
Vitalite (enerji)	Değişiklik Olmadı	39	49,103	20,061	10,252	0,006	2 > 1 2 > 3
	Olumlu Değişiklik	25	62,600	15,950			
	Olumsuz Değişiklik	11	43,636	21,341			
Sosyal Fonksiyon	Değişiklik Olmadı	39	58,974	23,639	5,062	0,080	
	Olumlu Değişiklik	25	58,000	19,725			
	Olumsuz Değişiklik	11	43,182	17,106			
Emosyonel Rol Güçlüğü	Değişiklik Olmadı	39	47,863	45,752	7,491	0,024	2 > 3
	Olumlu Değişiklik	25	68,000	43,546			
	Olumsuz Değişiklik	11	27,273	29,129			
Mental Sağlık	Değişiklik Olmadı	39	54,564	19,390	4,935	0,085	
	Olumlu Değişiklik	25	64,800	17,776			
	Olumsuz Değişiklik	11	56,364	19,633			

Kruskal Wallis H-Testi
Mann Whitney U Testi

Hastaların ameliyattan sonra arkadaşlar ile ilişkisinde değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (KW=10,252; $p=0,006<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere uygulanan Mann Whitney U testine göre; ameliyattan sonra arkadaşları ile ilişkilerde olumlu değişiklik olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları ($62,600 \pm 15,950$), değişiklik olmayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamalarından ($49,103 \pm 20,061$) yüksek bulundu. Ameliyattan sonra arkadaşları ile ilişkilerde olumlu değişiklik olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları ($62,600 \pm 15,950$), olumsuz değişiklik olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamalarından ($43,636 \pm 21,341$) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra arkadaşlar ile ilişkisinde değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği emosyonel rol güçlüğü alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (KW=7,491; $p=0,024<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere uygulanan Mann Whitney U testine göre; ameliyattan sonra arkadaşları ile ilişkilerde olumlu değişiklik hastaların yaşam kalitesi ölçeği emosyonel rol güçlüğü alt boyut puan ortalamaları ($68,000 \pm 43,546$), ameliyattan sonra arkadaşları ile ilişkilerde olumsuz değişiklik olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği emosyonel rol güçlüğü alt boyut puan ortalamalarından ($27,273 \pm 29,129$) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra arkadaşlar ile ilişkisinde değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyon, mental sağlık alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

6.4.9. Hastaların Ameliyattan Sonra Cinsellik ve Üretkenlik İle İlgili Özelliklere Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 6.4.9.1 Hastaların Eşine Karşı Olan Cinsel İlgideki Değişikliğe Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)

Yaşam Kalitesi Alt Boyutları	Eşine Karşı Olan Cinsel İlgide Değişiklik Durumu	n	Ort	Ss	KW	p	MWU
Fiziksel Fonksiyon	Değişiklik Olmadı	39	49,744	34,526	3,018	0,221	
	Olumlu Değişiklik	14	56,071	25,433			
	Olumsuz Değişiklik	22	65,682	24,019			
Fiziksel Rol Güçlüğü	Değişiklik Olmadı	39	14,744	20,454	0,948	0,623	
	Olumlu Değişiklik	14	8,929	12,431			
	Olumsuz Değişiklik	22	14,773	16,653			
Ağrı	Değişiklik Olmadı	39	41,308	22,174	3,678	0,159	
	Olumlu Değişiklik	14	47,857	24,204			
	Olumsuz Değişiklik	22	50,273	17,586			
Genel Sağlık	Değişiklik Olmadı	39	52,590	22,870	2,009	0,366	
	Olumlu Değişiklik	14	59,500	18,139			
	Olumsuz Değişiklik	22	59,909	14,632			
Vitalite (enerji)	Değişiklik Olmadı	39	47,564	21,578	7,444	0,024	2 > 1 3 > 1
	Olumlu Değişiklik	14	60,000	18,605			
	Olumsuz Değişiklik	22	57,500	15,943			
Sosyal Fonksiyon	Değişiklik Olmadı	39	60,577	22,313	3,904	0,142	
	Olumlu Değişiklik	14	48,214	16,883			
	Olumsuz Değişiklik	22	53,977	23,269			
Emosyonel Rol Güçlüğü	Değişiklik Olmadı	39	48,718	45,142	3,659	0,160	
	Olumlu Değişiklik	14	35,714	46,159			
	Olumsuz Değişiklik	22	66,667	39,841			
Mental Sağlık	Değişiklik Olmadı	39	53,539	20,634	6,671	0,036	3 > 1
	Olumlu Değişiklik	14	58,571	17,372			
	Olumsuz Değişiklik	22	66,364	15,352			

Kruskal Wallis H-Testi

Mann Whitney U Testi

Hastaların ameliyattan sonra eşine karşı olan cinsel ilgideki değişik durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (KW=7,444; p=0,024<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testine göre; ameliyattan sonra eşine karşı olan cinsel ilgide olumlu değişiklik olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları (60,000 ± 18,605), değişiklik olmayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamalarından (47,564 ± 21,578) yüksek

bulundu. Ameliyattan sonra eşine karşı olan cinsel ilgide olumsuz değişiklik olan hastalarının yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları ($57,500 \pm 15,943$), değişiklik olmayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamalarından ($47,564 \pm 21,578$) yüksek bulundu.

Hastaların eşine karşı olan cinsel ilgideki değişik durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($KW=6,671$; $p=0,036<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere uygulanan Mann Whitney U testine göre; ameliyattan sonra eşine karşı olan cinsel ilgide olumsuz değişiklik olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyut puan ortalamaları ($66,364 \pm 15,352$), değişiklik olmayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyut puan ortalamalarından ($53,539 \pm 20,634$) yüksek bulundu.

Hastaların eşine karşı olan cinsel ilgideki değişik durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

6.4.10. Hastaların Ameliyattan Sonra Kendisinde Hissettiği Duygu Durumu ve Stresle Başetme ile İlgili Özelliklere Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 6.4.10.1 Hastaların Ameliyattan Sonra Kendisinde Hissettiği Duygu Durumuna Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Kendisinde Hissettiği Duygu Durumu	n	Ort	Ss	KW	p	MWU
Fiziksel Fonksiyon	Gergin	11	42,727	39,457	4,323	0,229	
	Kaygılı	16	55,000	33,516			
	Rahat	32	63,750	20,320			
	Depresif	16	48,750	36,032			
Fiziksel Rol Güçlüğü	Gergin	11	22,727	30,526	1,241	0,743	
	Kaygılı	16	15,625	17,970			
	Rahat	32	10,938	12,600			
	Depresif	16	10,938	15,729			
Ağrı	Gergin	11	33,909	18,146	6,002	0,112	
	Kaygılı	16	46,063	20,809			
	Rahat	32	50,844	21,575			
	Depresif	16	40,625	21,701			
Genel Sağlık	Gergin	11	43,273	22,659	16,249	0,001	3 > 1 3 > 2 3 > 4
	Kaygılı	16	54,875	16,054			
	Rahat	32	65,531	15,377			
	Depresif	16	46,938	21,995			
Vitalite (enerji)	Gergin	11	41,818	20,527	10,939	0,012	3 > 1 3 > 4
	Kaygılı	16	53,438	17,580			
	Rahat	32	60,781	16,220			
	Depresif	16	43,750	23,274			
Sosyal Fonksiyon	Gergin	11	60,227	18,387	2,568	0,463	
	Kaygılı	16	53,125	21,164			
	Rahat	32	58,984	23,382			
	Depresif	16	51,563	22,765			
Emosyonel Rol Güçlüğü	Gergin	11	54,546	47,779	1,458	0,692	
	Kaygılı	16	41,667	46,348			
	Rahat	32	57,292	42,531			
	Depresif	16	47,917	47,091			
Mental Sağlık	Gergin	11	48,364	20,665	7,996	0,046	3 > 1 3 > 4
	Kaygılı	16	59,750	19,237			
	Rahat	32	64,500	16,375			
	Depresif	16	51,000	20,053			

Kruskal Wallis H-Testi
Mann Whitney U Testi

Hastaların ameliyattan sonra kendisinde hissettiği duygu durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (KW=16,249; p=0,001<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere uygulanan Mann Whitney U testine göre; ameliyattan sonra kendisini rahat hisseden hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamaları (65,531 ± 15,377), kendisini gergin hisseden hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamalarından (43,273 ± 22,659) yüksek bulundu. Kendisini rahat hisseden hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamaları (65,531 ± 15,377), kaygılı hisseden hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamalarından (54,875 ± 16,054) yüksek bulundu. Kendisini rahat hisseden hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamaları (65,531 ± 15,377), depresif hisseden hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamalarından (46,938 ± 21,995) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra kendisinde hissettiği duygu durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (KW=10,939; p=0,012<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere uygulanan Mann Whitney U testine göre; ameliyattan sonra kendisini rahat hisseden hastaların yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları (60,781 ± 16,220), kendisini gergin hisseden hastaların yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamalarından (41,818 ± 20,527) yüksek bulundu. Kendisini rahat hisseden hastaların yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları (60,781 ± 16,220), kendisini depresif hisseden hastaların yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamalarından (43,750 ± 23,274) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra kendisinde hissettiği duygu durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (KW=7,996; p=0,046<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere uygulanan Mann Whitney U testine göre; ameliyattan sonra kendisini rahat hisseden hastalarının yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyut puan ortalamaları (64,500 ± 16,375), kendisini gergin hisseden hastaların yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyut puan ortalamalarından (48,364 ± 20,665) yüksek bulundu. Kendisini rahat hisseden hastalarının yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyut puan ortalamaları

(64,500 ± 16,375), kendisini depresif hisseden hastalarının yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyut puan ortalamalarından (51,000 ± 20,053) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra kendisinde hissettiği duygu durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü alt boyut ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0.05).

Tablo 6.4.10.2 Hastaların Stres Yaratan Durumları Azaltmak İçin Yaptıklarına Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)

Yaşam Kalitesi Alt Boyutları	Stres Yaratan Durumları Azaltmak İçin Yapılanlar	n	Ort	Ss	KW	p	MWU
Fiziksel Fonksiyon	Hiçbir Şey Yapmıyor	28	45,893	34,022	5,995	0,200	
	Önem Vermiyor/ Üzerinde Durmuyor	10	70,500	29,576			
	Durumu Kabulleniyor	24	57,083	25,704			
	Birisi İle Konuşuyor	9	61,111	24,210			
	Sigara-alkol Kullanıyor	4	65,000	40,208			
Fiziksel Rol Güçlüğü	Hiçbir Şey Yapmıyor	28	9,821	15,722	4,306	0,366	
	Önem Vermiyor /Üzerinde Durmuyor	10	12,500	13,176			
	Durumu Kabulleniyor	24	12,500	14,744			
	Birisi İle Konuşuyor	9	25,000	25,000			
	Sigara-alkol Kullanıyor	4	25,000	35,355			
Ağrı	Hiçbir Şey Yapmıyor	28	42,250	20,836	4,170	0,384	
	Önem Vermiyor/ Üzerinde Durmuyor	10	38,900	19,695			
	Durumu Kabulleniyor	24	51,833	19,877			
	Birisi İle Konuşuyor	9	44,111	28,405			
	Sigara-alkol Kullanıyor	4	43,500	22,927			
Genel Sağlık	Hiçbir Şey Yapmıyor	28	50,000	19,245	7,023	0,135	
	Önem Vermiyor/ Üzerinde Durmuyor	10	63,000	19,607			
	Durumu Kabulleniyor	24	61,792	18,326			
	Birisi İle Konuşuyor	9	56,333	22,989			
	Sigara-alkol Kullanıyor	4	45,500	22,008			

Tablo 6.4.10.2'nin devamı

SF 36 Alt Boyutları	Stres Yaratan Durumları Azaltmak İçin Yapılanlar	n	Ort	Ss	KW	p	MWU
Vitalite (enerji)	Hiçbir Şey Yapmıyor	28	47,857	19,121	6,620	0,157	
	Önem Vermiyor/ Üzerinde Durmuyor	10	58,000	20,440			
	Durumu Kabulleniyor	24	58,125	20,152			
	Birisi İle Konuşuyor	9	50,556	23,244			
	Sigara-alkol Kullanıyor	4	47,500	15,546			
Sosyal Fonksiyon	Hiçbir Şey Yapmıyor	28	47,321	17,794	10,324	0,035	3 > 1 5 > 1
	Önem Vermiyor/ Üzerinde Durmuyor	10	62,500	30,046			
	Durumu Kabulleniyor	24	61,979	22,865			
	Birisi İle Konuşuyor	9	55,556	12,672			
	Sigara-alkol Kullanıyor	4	71,875	21,348			
Emosyonel Rol Güçlüğü	Hiçbir Şey Yapmıyor	28	46,429	43,828	1,836	0,766	
	Önem Vermiyor/ Üzerinde Durmuyor	10	46,667	50,185			
	Durumu Kabulleniyor	24	61,111	42,468			
	Birisi İle Konuşuyor	9	51,852	50,308			
	Sigara-alkol Kullanıyor	4	41,667	50,000			
Mental Sağlık	Hiçbir Şey Yapmıyor	28	54,714	18,477	6,588	0,159	
	Önem Vermiyor/ Üzerinde Durmuyor	10	52,800	20,115			
	Durumu Kabulleniyor	24	65,500	18,152			
	Birisi İle Konuşuyor	9	54,667	22,804			
	Sigara-alkol Kullanıyor	4	61,000	15,449			

Mann Whitney U testi

Hastaların stres yaratan durumları azaltmak için yaptıklarına göre yaşam kalitesi ölçeği sosyal fonksiyon alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (KW=10,324; p=0,035<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere uygulanan Mann Whitney U testine göre; ameliyattan sonra stres yaratan durumları azaltmak için durumu kabullenen hastaların yaşam kalitesi ölçeği sosyal fonksiyon alt boyut puan ortalamaları (61,979 ± 22,865), hiçbir şey yapmayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği sosyal fonksiyon alt boyut puan ortalamalarından (47,321 ± 17,794) yüksek bulundu. Sigara-alkol kullanan hastaların yaşam kalitesi ölçeği sosyal fonksiyon alt boyut puan ortalamaları (71,875 ± 21,348), hiçbir şey yapmayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği sosyal fonksiyon alt boyut puan ortalamalarından (47,321 ± 17,794) yüksek bulundu.

Hastaların stres yaratan durumları azaltmak için yaptıklarına göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık alt boyut puanları ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

6.4.11. Hastaların Ameliyattan Sonra Değerler Ve İnançlar İle İlgili Özelliklere Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 6.4.11.1 Hastaların Dini İnançlarına Göre Yaptığı Uygulamalarda Olan Değişikliklere Göre YKÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=75)

Yaşam Kalitesi Alt Boyutları	Dini İnançlara Göre Yapılan Uygulamalarda Değişiklik Olma Durumu	n	Ort	Ss	KW	p	MWU
Fiziksel Fonksiyon	Değişiklik Olmadı	39	53,590	33,304	1,126	0,569	
	Ameliyat Öncesinde Yaptığı Uygulamaları Yapamıyor/ Yapmıyor	14	51,429	31,588			
	Ameliyat Öncesinde Yapmadığı Uygulamaları Yapamaya Başladı	22	61,818	24,907			
Fiziksel Rol Güçlüğü	Değişiklik Olmadı	39	16,026	21,063	2,057	0,358	
	Ameliyat Öncesinde Yaptığım Uygulamaları Yapamıyor/ Yapmıyor	14	7,143	11,720			
	Ameliyat Öncesinde Yapmadığı Uygulamaları Yapamaya Başladı	22	13,636	14,895			
Ağrı	Değişiklik Olmadı	39	43,692	22,742	1,748	0,417	
	Ameliyat Öncesinde Yaptığım Uygulamaları Yapamıyor/ Yapmıyor	14	42,643	22,612			
	Ameliyat Öncesinde Yapmadığı Uygulamaları Yapamaya Başladı	22	49,364	18,500			

Tablo 6.4.11.1'in devamı

SF 36 Alt Boyutları	Dini İnançlara Göre Yapılan Uygulamalarda Değişiklik Durumu	n	Ort	Ss	KW	p	MWU
Genel Sağlık	Değişiklik Olmadı	39	53,564	20,633	10,258	0,006	3 > 1 3 > 2
	Ameliyat Öncesinde Yaptığı Uygulamaları Yapamıyor/ Yapmıyor	14	45,357	19,242			
	Ameliyat Öncesinde Yatmadığı Uygulamaları Yapamaya Başladı	22	67,182	13,889			
Vitalite (enerji)	Değişiklik Olmadı	39	50,385	20,371	16,248	0,000	3 > 1 3 > 2
	Ameliyat Öncesinde Yaptığı Uygulamaları Yapamıyor/ Yapmıyor	14	41,786	16,711			
	Ameliyat Öncesinde Yaptmadığı Uygulamaları Yapamaya Başladı	22	64,091	16,449			
Sosyal Fonksiyon	Değişiklik Olmadı	39	59,936	18,844	5,631	0,060	
	Ameliyat Öncesinde Yaptığı Uygulamaları Yapamıyor/ Yapmıyor	14	44,643	20,045			
	Ameliyat Öncesinde Yapmadığı Uygulamaları Yapamaya Başladı	22	57,386	26,350			
Emosyonel Rol Güçlüğü	Değişiklik Olmadı	39	51,282	44,489	2,838	0,242	
	Ameliyat Öncesinde Yaptığı Uygulamaları Yapamıyor/ Yapmıyor	14	35,714	42,294			
	Ameliyat Öncesinde Yapmadığı Uygulamaları Yapamaya Başladı	22	62,121	45,187			
Mental Sağlık	Değişiklik Olmadı	39	56,821	19,898	7,354	0,025	3 > 1 3 > 2
	Ameliyat Öncesinde Yaptığım Uygulamaları Yapamıyor/ Yapmıyor	14	50,286	16,207			
	Ameliyat Öncesinde Yapmadığım Uygulamaları Yapamaya Başladı	22	65,818	17,834			

Kruskal Wallis H-Testi
Mann Whitney U testi

Hastaların ameliyattan sonra dini inançlarına göre yaptığı uygulamalarda değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (KW=10,258; p=0,006<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere uygulanan Mann Whitney U

testine göre; ameliyat öncesinde yapmadığı uygulamaları yapmaya başlayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamaları ($67,182 \pm 13,889$), ameliyattan sonra dini inançlara göre yapılan uygulamalarda değişiklik olmayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamalarından ($53,564 \pm 20,633$) yüksek bulundu. Ameliyat öncesinde yapmadığı uygulamaları yapmaya başlayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamaları ($67,182 \pm 13,889$), ameliyat öncesinde yaptığı uygulamaları yapamayan hastalarının yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamalarından ($45,357 \pm 19,242$) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra dini inançlarına göre yaptığı uygulamalarda değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($KW=16,248$; $p=0,000<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere uygulanan Mann Whitney U testine göre; ameliyat öncesinde yapmadığı uygulamaları yapmaya başlayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları ($64,091 \pm 16,449$), ameliyattan sonra dini inançlara göre yapılan uygulamalarda değişiklik olmayan hastalarının yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamalarından ($50,385 \pm 20,371$) yüksek bulundu. Ameliyat öncesinde yapmadığı uygulamaları yapmaya başlayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları ($64,091 \pm 16,449$), ameliyat öncesinde yapılan uygulamaları yapamayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamalarından ($41,786 \pm 16,711$) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra dini inançlarına göre yaptığı uygulamalarda değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($KW=7,354$; $p=0,025<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere uygulanan Mann Whitney U testine göre; ameliyat öncesinde yapmadığı uygulamaları yapmaya başlayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyut puan ortalamaları ($65,818 \pm 17,834$), ameliyattan sonra dini inançlara göre yapılan uygulamalarda değişiklik olmayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyut puan ortalamalarından ($56,821 \pm 19,898$) yüksek bulundu. Ameliyat öncesinde yapmadığı uygulamaları yapmaya başlayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyut puan ortalamaları ($65,818 \pm 17,834$), ameliyat öncesinde yapılan uygulamaları yapamayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyut puanlarından ($50,286 \pm 16,207$) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra dini inançlarına göre yaptığı uygulamalarda değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).



7. TARTIŞMA

Açık kalp ameliyatı geçiren hastaların, ameliyat sonrası ortaya çıkan yaşam biçimi değişikliklerini ve bunların hastaların yaşam kalitesine olan etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen veriler diğer araştırma bulguları ile tartışıldı.

Araştırmanın bulguları:

- Açık kalp ameliyatı olan hastaların demografik özellikleri ve kronik hastalığa sahip olma durumları ile ilgili bulguların tartışılması
- Hastaların açık kalp ameliyatı sonrası Fonksiyonel Sağlık Ölümleri'ne göre yaşam biçimi davranış değişiklikleri ile ilgili bulguların tartışılması
- Hastaların SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile ilgili bulguların tartışılması olarak üç başlık altında tartışıldı.

7.1. AÇIK KALP AMELİYATI OLAN HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE KRONİK HASTALIĞA SAHİP OLMA DURUMLARININ TARTIŞILMASI

Hastaların demografik özelliklerinin dağılımları incelendiğinde (Tablo 6.1.1.);

Çalışmada açık kalp ameliyatı olan hastaların yaş ortalamalarının 62,6 olduğu belirlendi. Çifçi'nin yaptığı araştırmada yaş ortalaması 58,07, Özbay'ın çalışmasında 64,1 olarak bulunmuştur (6,77). Ülkemizde yapılan TEKHARF çalışması 2004 verilerine göre kalp hastalığı prevalansı 40'lı yaşlardan itibaren hızla yükselmekte ve daha çok 60-69 yaş grubunda görülmektedir (96). Literatür ve diğer çalışma bulguları bu çalışma bulguları ile örtüşmektedir.

Çalışmada, hastaların %68'inin erkek hasta olduğu görüldü. Aydın'ın yapmış olduğu çalışmada koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların %80'inin erkek olduğu bildirilmiştir (76). Literatürde kalp hastalıklarının, erkeklerde kadınlardan daha sık geliştiği belirtilmektedir. Çalışma bulguları literatür ve diğer çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmada açık kalp ameliyatı olan bireylerin %42,7'sinin fazla kilolu, %29,3'ünün aşırı kilolu olduğu belirlendi. Beden kitle indeksindeki aşırı artış, kalp üzerinde

yaratabileceği yapısal değişiklikler nedeni ile tek başına kardiyovasküler riski artırmaktadır (97). Literatür bilgileri çalışma bulgularını desteklemektedir.

Çalışmada hastaların %70,6'sı evli, %45,3'ü emekli, %66,7'si çalışmamakta, %68'i gelir düzeyini orta derecede yeterli olarak ifade etmektedir. Çifçi'nin çalışmasında hastaların %73'ü evli, %60'ı emekli, Nart'ın çalışmasında hastaların, %73,7'si çalışmamakta, %63,8'i gelir durumunu orta düzey olarak ifade etmiştir (98). Birçok çalışmada, açık kalp ameliyatı olan hastaların çoğunluğunun emekli ve çalışmayan bireylerden oluştuğu görülmektedir. Bu durumun kalp hastalıklarının en sık görüldüğü yaşların emeklilik yaşlarına denk gelmesi ile ilgili olabileceği düşünülebilir. Çalışma bulguları diğer çalışma bulguları ve literatür ile uyumludur.

Hastaların sağlık güvencesinin olup olmamasına göre dağılımları incelendiğinde, çoğunluğunun (%89,3) sağlık güvencesine sahip olduğu belirlendi. Çalışma kapsamındaki hastaların büyük çoğunluğunun sağlık güvencesine sahip olmaları, ameliyatın hastalara oldukça yüksek maddi yük getirmesi ve çalışmanın özel bir hastanede yapılmış olması ile açıklanabilir.

Literatürde kalp hastalıklarının belli bir genetik alt yapıya sahip olduğu bildirilmektedir. Çalışmada hastaların %58,7'sinin ailesinde kalp hastası olan birinci dereceden akrabasının bulunduğu görülmüştür. Çalışma bulguları literatür ile örtüşmektedir.

Hastaların kronik hastalığa sahip olma durumuna göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 6.1.2.);

Çalışmada hastalarının %25,3'ünün kronik hastalığının bulunmadığı ancak %61,3'ünün hipertansiyonu, %56'sının diyabeti, %13,3'ünün KOAH'ı, %2,7'sinin astımı, %2,7'sinin ise hipertiroidisi olduğu belirlendi. Kocabeyoğlu'nun çalışmasında da hipertansiyon (%59) kalp hastalıklarına en sık eşlik eden hastalık olarak belirlenmiştir (99). Hipertansiyon, kalp damar hastalıkları risk faktörleri arasında en önde gelen ve en yaygın olanıdır (96). Çalışma bulguları diğer çalışma bulguları ve literatür ile benzerlik göstermektedir.

7.2. HASTALARIN AÇIK KALP AMELİYATI SONRASI FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ'NE GÖRE YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI

Hastaların sağlığı algılama ve sağlık yönetimi ile ilgili özelliklerinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 6.2.1);

Çalışmada açık kalp ameliyatı geçiren hastaların %60'ının sağlıkları ile ilgili algılarında olumlu değişiklik olduğu belirlendi. Çifçi (6)'nin çalışmasında da ameliyat sonrası altıncı haftada hastaların %84,4'ünün sağlığı ile ilgili düşüncelerinde olumlu değişiklik olduğu görülmektedir. Literatürde belirtildiği üzere, cerrahi açıdan müdahale, hastalar üzerinde fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik açılardan etkileri olan, hastanın hayatında edinebileceği en önemli deneyimlerindedir. Ameliyat geçiren hastanın, müdahale sonrası yeni bir yaşam tarzına sahip olması gerekliliği ve buna uyum sağlaması sonucunda ilerleyen yıllarda yaşamını eskisine yakın bir oranda bağımsız olarak devam ettirebilmesi ancak yeni ve gerekli bilgileri edinmesi ve buna bağlı olarak geliştireceği becerileri aracılığıyla olabilmektedir. Çalışmada elde edilen bulgular, diğer çalışmalar ve literatür bilgileriyle uyumludur.

Çalışmada elde edilen bulgular sonucunda ameliyat öncesi %88 olan sigara içme oranının, ameliyat sonrası % 18,9'a düştüğü belirlendi. Özhan ve Değar'da çalışmasında hastaların %46'sının ameliyattan sonra sigarayı bıraktığını belirlemiştir (100). Zaybak ise çalışmasında ameliyat öncesinde %25 olan sigara içme oranının ameliyat sonrasında %5,6'ya düştüğünü tespit etmiştir (101). TEKHARF çalışması, sigara içiminin ülkemizde en yaygın risk faktörü olduğunu ortaya koymaktadır. Günde 10 sigaradan fazla miktarda sigara tüketme, koroner olay riskini 1.7 kat yükseltmektedir (102). Çalışma diğer çalışma bulguları ile örtüşmektedir

Çalışmada hastaların %88'inin alkol kullanmadığı, kullanıyorlarsa, kullanmaya yönelik tutumlarını değiştirdikleri (%12) görüldü. Özcan çalışmasında hastaların %64'ünün alkol kullanmadığını saptamıştır (78). Literatürde alkol alımının kalbi koruyucu olarak tavsiye edilmesini haklı çıkaracak çok az veri vardır. Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin yayınladığı koroner hastalıkların önlenmesi kılavuzunda toplumsal olarak bakıldığında sosyal ve sağlık üzerine zararlı etkileri nedeniyle halka alkol tüketiminin

önerilmesinin yanlış olduğu belirtilmektedir. Alkol kullanımı ile ilgili olan sonuçların kültür ile bağlantılı olduğu söylenebilir. Alkol kullanımının günah sayılmadığı bir başka ülkede yapılan çalışmada alkol kullanımının bırakılacak olması kişilerin yaşam standardını düşüren bir faktör olarak ortaya çıkabilir. Ancak bu çalışmada ortaya çıkan sonuçlar birçok çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmada hastaların %94,7'sinin ilaç kullanımına, %78,7'sinin egzersiz kısıtlamalarına, %65,3'ünün diyet programına uyumlu olduğu belirlendi. Açık kalp ameliyatı geçiren hastalar için beslenme alışkanlıklarına ters düşen değişikliklerin yapılması yaşam tarzındaki en zor değişikliklerden biridir ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (61,81). Bu anlamda sağlıklı beslenme teşvik edilirken ve öneriler sunulurken hastaların süregelen beslenme alışkanlıkları dikkatle incelenmeli ve yaşam kalitelerini yükseltecek değişik tedbirler alınmalı, gerekirse psikolojik destek verilmelidir.

Sağlığı sürdürmek için yapılması planlananların dağılımı incelendiğinde (Tablo 6.6.2);

Çalışmada hastaların sağlığı sürdürmek için %58,7'sinin egzersiz yapmayı, %72'sinin düzenli uyumayı, %80'inin doğru beslenmeyi, %65'inin sigara/alkol kullanmamayı, %21,3'ünün stresten uzak durmayı planladıkları belirlendi. Açık kalp ameliyatı sonrası kişisel sağlık yönetiminde mevcut risklerin ve oluşabilecek komplikasyonların farkında olarak, sağlığı sürdürmek ve geliştirmek adına sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kullanılması son derece önemlidir. Bu nedenle ameliyat sonrası kişinin yaşam amacı ve anlamlılığı olan manevi gelişimini sürdürmesi, kendi sağlık sorumluluğunu üstlenmesi ve bu kapsamda egzersiz kısıtlaması / programına uyması, ilaçlarını düzenli kullanması, tavsiye edilen diyet programını uygulaması, alkol/sigara gibi zararlı alışkanlıklardan kaçınması, düzenli uyku alışkanlığı oluşturabilmesi ve doğru stres yönetimini sağlayabilmesi gerekmektedir. Böylece, tedavi sürecinin seyri olumlu anlamda ivme kazanacak ve hastaların bu sürece uyumu kolaylaşacaktır.

Hastaların beslenme ve metabolizma ile ilgili özelliklerinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 6.2.3);

Çalışmada hastaların %52'sinin iştah azalması yaşadığı, %48'inin sağlığını sürdürmek için önerilen diyeti uygulayamadığı belirlendi. Çifçi çalışmasında ameliyat sonrası 4. haftada hastaların %40'ının iştah azalması yaşadığını, %28,8'inin önerilen diyeti

uygulayamadığını, Yılmaz hastaların %42.2'sinin , Aydın da yaptığı çalışmada taburculuk sonrası hastaların dördüncü haftada %60'ının beslenme ile ilgili sorun yaşadığını ifade etmiştir (6,76,103). Literatüre göre sağlıklı beslenme ile KDH'na yol açan risk faktörlerinden obezite, diabetes mellitus, metabolik sendrom, dislipidemi ve hipertansiyon gelişimi geciktirilebilir veya azaltılabilir (1). Buna göre sağlıklı beslenme ile geciktirilen veya azaltılan riskler kalp hastalığı sorununu da önemli ölçüde geciktirecek veya azaltacaktır. Ancak açık kalp ameliyatı geçiren hastalar için beslenme alışkanlıklarına ters düşen değişikliklerin yapılması yaşam tarzındaki en zor değişikliklerden biridir ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (61, 81). Çalışmada elde edilen bulgular, diğer çalışmalar ve literatür bilgileriyle uyumludur.

Beslenmeyi etkileyen durumların dağılımı incelendiğinde (Tablo 6.2.4);

Çalışmada beslenmeyi etkileyen sorunlar incelendiğinde ağrı (%53,3) beslenmeyi etkileyen en önemli faktördür. Bunu takiben hareketsizlik (%49,3), iştahsızlık (%46,7) ve tat duyusunda değişme (%40) beslenmeyi etkileyen önemli faktörler olarak belirlenmiştir. Aydın çalışmasında hastaların midede şişkinlik ya da ağrı olması nedeniyle yemek yiyemediklerini ve yiyeceklerin tadını alamadıklarını tespit etmiştir (76). Bu sonuçlar da Aydın'ın çalışması ile örtüşmektedir. Çalışma bulguları literatür bilgisi ile uyumludur.

Boşaltım ile ilgili özelliklerin dağılımı incelendiğinde (Tablo 6.2.5);

Çalışmada hastaların, % 38,7'sinde boşaltım alışkanlığında değişiklik olmadığı, %16'sının diyare, % 45,3'ünün konstipasyon yaşadığı belirlendi Aydın çalışmasında hastaların taburculuk sonrası birinci haftada %60 oranında boşaltım sorunu yaşadıkları bulunmuştur (76). Literatürde hastalar ilk haftalarda yeterli beslenememe, hareketsizliğe bağlı kabızlık ve kabızlık için ilaç almaya bağlı ishal sorunu yaşadıkları belirtilmektedir. Çalışma bulguları diğer çalışama bulguları ve literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmada hastaların, %68'inde idrar yapma alışkanlığında değişiklik olmadığı, %10,7'sinde sık idrar yapma, %2,7'sinde idrar yaparken yanma, %16'sında idrar yapma güçlüğü yaşandığı, %2,7'sinde ise idrarda kan görüldüğü belirlendi. Özcan da çalışmasında benzer sıkıntılara dikkati çekerek sık idrara çıkma sorununu belirlemiştir (78). Ameliyat sırasında takılan idrar sondasının postoperatif 2-3. gün ya da daha geç çıkarılmasının enfeksiyon ve tahrişe yol açması veya hastanın daha önceden var olan ürolojik bir problemi olması bu sonuca yol açmış olabilir (76).

Aktivite ve egzersiz ile ilgili özelliklerin dağılımı incelendiğinde (Tablo 6.2.7);

Çalışmada hastaların %52'sinde boş zamanda yapılmaktan hoşlanılan alışkanlıklarda değişiklik olmadığı, %48'inde değişiklik olduğu belirlendi. Hastaların %46,7'sinin ameliyattan sonra hastalığa yönelik verilen egzersiz programına uyumlu, %24'ünün uyumsuz olduğu, %29,3'ünün egzersiz programı verilmediğini ifade ettiği görüldü. Zaybak'a göre hastaların %77,8'i hiç egzersiz yapmamakta ve egzersiz konusunda eğitime ihtiyaçları vardır (101).

Çalışmada hastaların az bir kısmı beslenme için yardım almaktayken, (%10,7) boşaltım, (%42,7) ve banyo yapımı (%37,3) için daha fazla sayıda hasta yardım almaktadır. Aydın (76)'ın çalışmasında 1. haftada %92, 4. haftada ise %68 oranında hasta banyo yapmaya yönelik günlük yaşamakta ve yardım almaktayken, giyinme (%68,0), egzersiz (%92,0), çalışma (%93,3) ve eğlence (%90,5) konularında ise hastaların büyük kısmının yardım almadığı bulunmuştur. Literatürde açık kalp ameliyatı sonrası fizyolojik komplikasyonların yoğun olarak ilk 4 hafta görüldüğü belirtilmektedir. Bu sonuçlar, çalışmanın ameliyat sonrası 5. haftada gerçekleştirilmesi nedeniyle hastaların günlük aktivitelerde yardım alma düzeylerinin azaldığı şeklinde yorumlanabilir.

Uyku / dinlenme ile ilgili özelliklerin dağılımı incelendiğinde (Tablo 6.2.8);

Çalışmada hastaların %26,7'sinin uyku düzeninde değişiklik olmadığı, %40'ının dinlendirici olmayan uyku, % 8'inin gün boyunca yoğun uyuklama durumu, % 25,3'ünün uykuya başlama/ sürdürme güçlüğü yaşadıkları, toplamda %73,3'ünün uyku düzeninin değiştiği belirlendi. Çifçi(6)'nin çalışmasında hastaların %38,7'sinde uyku düzeninde değişiklik olmadığı, %75'inde dinlendirici olmayan uyku, %50'sinde uyuklama durumu, %100'ünde uykuya dalma ve sürdürme güçlüğü yaşadığı belirlenmiştir. Aydın çalışmasında hastaların %72'sinin, Redeker ve ark yaptığı çalışmada hastaların ameliyat sonrası ilk 4 haftada hastaların %64'ünün uykuya yönelik sıkıntı yaşadıklarını bulunmuştur (76,104). Elitoğ ve ark çalışmasında hastaların %58,6'sı ameliyat sonrası uyku düzeyinin değiştiğini ifade etmişlerdir (105). Literatürde açık kalp ameliyatı geçiren bireylerin hastalıkla, gelecekle ilgili endişeleri, ağrı ve pozisyon kısıtlılığı, sık idrara çıkma gibi nedenlerle uyku kalitelerinin düşük olduğu belirtilmektedir. Çalışma bulguları diğer araştırma bulguları ve literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bilişsel ve algısal değerlendirme ile ilgili sorun yaşama durumlarının dağılımı incelendiğinde (Tablo 6.2.9);

Çalışmada hastaların %60'ının bilişsel ve algısal değerlendirme ile ilgili sorun yaşamadığı, %24'ünün oryantasyonla ilgili, %16'sının hafızayla ilgili sorun yaşadıkları belirlendi. Çifçi'nin çalışmasında hastaların %100'ünün bilişsel ve algısal değerlendirmede sorun yaşadıkları saptanmıştır (6). Akyolcu çalışmasında kalp ameliyatı sonrası hastalarda farklı psikolojik sorunlar yaşandığını, anksiyete ve depresyon gibi duygu durum bozukluklarının yüksek oranda görüldüğüne dikkat çekmiştir (106). Açık kalp ameliyatlarından sonra beynin bilişsel fonksiyonlarında gelişen bozukluklar bakımından kardiyopulmoner bypass tek başına bir risk olarak tanımlanmaktadır (81). Son yıllarda kardiyopulmoner bypass sonrası nöropsikolojik fonksiyonlardaki bozulma insidansında göreceli bir artış vardır. Çalışma bulguları diğer araştırma bulguları ve literatür ile paralellik göstermektedir.

Kendini algılama ile ilgili değişikliklerin dağılımı incelendiğinde (Tablo 6.2.10);

Çalışmada hastaların %42,7'sinin görünüş ile, %16'sının kişilik ile, %48'inin fiziksel performans ile ilgili olumlu, %24'ünün kendisiyle ilgili güveniyle ilgili olumlu değişiklik yaşandığı belirlendi. Kalp hastaları fiziksel aktivite ve egzersize karşı azalmış tolerans yaşamaktadır. Ameliyat sonrasında kalp hastalığına ilişkin semptomların ortadan kalkması, hastaların fiziksel performans ve kendine olan güven ile ilgili olumlu değişiklik yaşanmasının nedeni olarak görülebilir.

Rol ve ilişki ile ilgili değişikliklerin dağılımı incelendiğinde (Tablo 6.2.11);

Çalışmada hastaların %49,3'ünün iş yaşamında rol ve ilişki ile ilgili değişiklik yaşamadığı belirlendi. Bu bulgular emekli ve çalışmayan hastaların araştırmada çoğunluğu oluşturması ile ilgili olabilir. Hastaların %34,7'sinin ise olumsuz değişiklik yaşadığı belirlendi. Bu bulgular açık kalp ameliyatı sonrasında hastaların yeniden çalışıp çalışamayacakları, maddi gelirin belirsizliği veya azalması konusunda endişe duyulabilmesi, iş değiştirme veya işten ayrılma mecburiyetinde kalmalarıyla ilgili olabilir.

Çalışmada hastaların %45,3'ünün aile bireyleri/yakın akrabalar ile olan rol ve ilişki durumunda değişiklik yaşamadığı, %42,7'sinin olumlu değişiklik yaşadığı, hastaların %52'sinin arkadaşları ile olan rol ve ilişki durumunda değişiklik yaşamadığı, %33,3'ünün olumlu değişiklik yaşadığı belirlendi. Güneş ve Altıok'un kronik hastalığı olan hastalarda

algılanan sosyal desteği incelendikleri çalışmada hastaların aileden algılanan sosyal destek puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır (107). Hupcey yaptığı çalışmada, aile üyelerinin özellikle eşlerin kriz durumlarında daha çok destek sağladıklarını belirtmiştir (108). Chiaranai ve ark yaptıkları çalışmada, hastaların çoğunun akraba ve yakın arkadaşlarından destek aldığını belirtmiştir. Çalışma bulguları diğer çalışma bulguları ile uyumludur (109).

Cinsellik ve üretkenlik ile ilgili değişkenlerin dağılımı incelendiğinde (Tablo 6.2.12);

Çalışmada ameliyattan sonra eşine karşı olan cinsel ilgi durumlarında hastaların %52'sinin değişiklik yaşamadığı, %29,3'ünün olumsuz değişiklik yaşadığı belirlendi. Kadınların cinsel aktivitesi ile ilgili az şey bilinmekle birlikte, erkeklerin cinsel aktiviteleri değerlendirildiğinde kalp ameliyatından sonra, cinsel istekte azalma ve ereksiyon olamama gibi sorunlar yaşadığı ve bunun postoperatif depresyonla ilişkisi olduğu ortaya konmuştur. Bass'ın yaptığı bir çalışmaya göre kalp ameliyatı geçiren hastalarda cinsel sorun olarak, impotans ve bir yıldan uzun süre cinsel arzu hissetmeme saptanmıştır (75,76). Çalışma bulguları diğer çalışma bulguları ile uyumludur.

Ameliyattan sonra hissedilen duygu durumu ve stresle başatme ile ilgili özelliklerin dağılımı incelendiğinde (Tablo 6.2.13);

Çalışmada hastaların ameliyat sonrasında %14,7'sinin gergin, %21,3'ünün kaygılı, %42,7'sinin rahat, %21,3'ünün depresif olduklarını ifade ettikleri belirlendi. Çifçi (6)'nin çalışmasında hastaların ameliyat sonra 6.haftada %100'ü stresle başatme ve stres toleransına ilişkin sorun yaşadığı belirtilmiştir. Çalışmada hastaların sonra stres yaratan durumları azaltmak için %37,3'ünün hiçbir şey yapmadığını, %13,3'ünün önem vermediğini / üzerinde durmadığını, %32'sinin durumu kabullendiğini, %12'sinin birisi ile konuştuğunu, %5,3'ünün sigara / alkol kullandığını ifade ettikleri görüldü. Çifçi'nin çalışmasında ise hastalar stres yaratan durumları azaltmak için çoğunlukla hiçbir şey yapmama (%95,6), sorunu çözmeye çalışma (%84,4), birisi ile konuşma (%62,2) yöntemlerini kullandığı belirtilmiştir (6). Özcan çalışmasında açık kalp ameliyatı olan hastaların stresle baş etmede güçlük çektiklerini ortaya koymuştur (78). Bireyin stres algısı, açık kalp ameliyatı geçiren hastalarda kalbin yaşamsal anlamı ve önemi, ameliyat sırasında bireyin kalbine dolayısıyla yaşamasına müdahale edilmiş olması hastalarda ciddi bir ölüm korkusuna neden olurken, yeterlilik ve değerliliğini kaybetme korkusu, beden

imajının bozulması, ağrı, yetersiz beslenme, ilaç kullanma zorunluluğu, işin, arkadaşların, önemli rollerin, yaşamın anlam ve amacının kaybı korkusu, aile ilişkilerinde bozulma, seksüel yetenek kaybı, sosyal izolasyon, korku, endişe ve anksiyete gibi nedenlerle stres oluşabilir (16,86). Çalışma bulguları diğer çalışma bulguları ve literatür ile uyumludur.

Değerler ve inançlar ile ilgili özelliklerin dağılımı incelendiğinde (Tablo 6.2.14);

Çalışmada hastaların %52'sinin ameliyattan sonra dini inançlarına göre yaptığı uygulamalarda değişiklik olmadığını, %29,3'ünün ameliyat öncesinde yapmadığı uygulamaları yapmaya başladıklarını ifade ettikleri görüldü. Çifçi'nin çalışmasında hastaların %66,7'sinin dini inançlarına göre yaptığı uygulamalarda değişiklik yaşamadığı bulunmuştur (6). Bireysel değer ve inançlar, büyük oranda bir kültür tarafından oluşmaktadır. Değer ve inançlar kardiyovasküler hastalık tanısı ile baş etmesinde hastanın karşı karşıya geldiği mücadelede önemli rol oynayabilir. Hastaların ameliyat öncesi dönemde yapmadığı dini uygulamaları yapmaya başlaması hastaların ölüm korkusu yaşamaları, Allah'ı onlara yardım eden büyük güç olarak görmeleri veya hastalığın Allah tarafından ceza olarak verildiğine inanmaları ile ilgili olabilir (6).

7.3. HASTALARIN AÇIK KALP AMELİYATI SONRASI FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİKLERİNE GÖRE SF 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARI İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI

Hastaların sağlığı ile ilgili düşüncesinde değişiklik olma durumuna göre SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 6.4.1.1);

Hastaların sağlığı ile ilgili düşüncelerinde değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), mental sağlık alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Sağlığı ile ilgili düşüncesinde olumlu değişiklik olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), mental sağlık alt boyutu puan ortalamaları, olumsuz değişiklik olan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu. Sağlığı ile ilgili düşüncesinde herhangi bir değişiklik olmayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık, vitalite (enerji), mental sağlık alt

boyutu puan ortalamaları, olumsuz değişiklik olan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu.

Olumsuz düşünme Seligman tarafından depresyon etkilerini yükselten, bir durumu başlatmak adına eylemde bulunmaktan çok hareketsiz kalmaya neden olan, bireyin sürekli kaygılı, depresif duygular yaşamasına neden olan ve tüm bunlar sonucunda fiziksel ve psikolojik sağlığını olumsuz etkileyen bir durum olarak görülmektedir (110). İyileşmenin fiziksel ve fiziksel olduğu kadar duygusal ve düşünsel bir süreç olması göz önünde bulundurulduğunda, hastaların sağlığı ile ilgili düşüncelerinde olumlu değişiklik olmasının, yaşam kalitesi düzeyini yükseltmesi beklenen bir durumdur (16,72).

Hastaların Egzersiz Kısıtlamalarına Uyumlu Olma Durumlarına Göre SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları incelendiğinde (Tablo 6.4.1.5);

Hastalarının egzersiz kısıtlamalarına uyumlu olma durumlarına göre yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık, vitalite (enerji), mental sağlık alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0,05$). Egzersiz kısıtlamalarına uyumlu olan hastalarının yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık, vitalite (enerji), mental sağlık alt boyutu puan ortalamaları, uyumsuz olan hastalarının puan ortalamalarından yüksek bulundu.

Literatürde hastaların özellikle yürüme, koşma, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma gibi fiziksel güç gerektiren aktivitelerde zorlanmaları, fonksiyonel bağımlılıklarının olması, çeşitli kısıtlamalar ve bireyin her gün yerine getirmesi gereken kendine bakım davranışlarını içeren günlük yaşam aktivitelerinde yardıma gereksinim duymaları yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (12, 80). Çalışmada egzersiz kısıtlamalarına uyumlu olan hastaların yaşam kalitesinin, uymayan hastaların yaşam kalitesinden yüksek olduğu belirlendi. Literatür ile uyumlu olmayan çalışma bulguları, açık kalp ameliyatı sonrası gerekli egzersiz kısıtlamalarını uygulayan hastaların iyileşme sürecinin hızlandığı, bunun sonucunda genel sağlık, ruh sağlığı ve enerji bakımından yaşam kalitelerinin yükseldiği şeklinde yorumlanabilir.

Hastaların beslenme alışkanlığında değişiklik olma durumuna göre SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 6.4.2.1);

Hastaların ameliyattan sonra beslenme alışkanlıklarında değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık, vitalite (enerji), mental sağlık, alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0.05$). Çalışmada beslenme

alışkanlığında değişiklik olmayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık, vitalite (enerji), mental sağlık, alt boyut puan ortalamaları, iştah azalması değişikliği olan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu. İştah artması değişikliği olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık, vitalite (enerji), mental sağlık alt boyut puan ortalamaları, iştah azalması değişikliği olan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu.

Literatürde zayıf, yeterince beslenememiş ve vücut direnci düşük kalp hastalarının sağlık sorunları ile daha sık ve uzun süreli karşı karşıya geldikleri belirtilmektedir. Raymond ve ark çalışmasında beslenme değişikliğinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörlerden biri olduğu belirtilmiştir (111). Kaymak'ın çalışmasında daha iyi beslenen hastaların fiziksel fonksiyon durumlarının iyi beslenememiş hastalara göre daha iyi olduğu saptanmıştır (112). Çalışmada, ameliyat sonrası beslenme alışkanlığında olumlu değişiklik olan hastaların yaşam kalitesinin, beslenme alışkanlığında değişiklik olmayan veya olumsuz değişiklik olan hastaların yaşam kalitesinden yüksek olduğu belirlendi. Bu bulgular diğer çalışma bulguları ve literatür ile örtüşmektedir. Açık kalp ameliyatı geçiren hastaların beslenme durumunun yakın takip edilmesi, hasta ve ailelerine beslenme konusunda danışmanlık yapılması sağlanarak yaşam kaliteleri artırılabilir.

Hastaların diyetle uyum durumuna göre SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 6.4.2.2);

Hastaların ameliyattan sonra diyetle uyum durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği ağrı, vitalite (enerji), mental sağlık alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p < 0,05$). Çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda, önerilen diyeti uygulayabilen hastaların yaşam kalitesi ölçeği ağrı, vitalite (enerji), mental sağlık alt boyut puan ortalamaları, uygulayamayan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu. Önerilen diyeti uygulayabilen hastaların yaşam kalitelerinin, önerilen diyeti uygulayamayan hastaların yaşam kalitelerinden yüksek olduğu görülmüştür.

Hastaların verilen egzersiz programına uyma durumuna göre SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 6.4.4.2);

Hastalarının ameliyattan sonra verilen egzersiz programına uyma durumlarına göre yaşam kalitesi ölçeği ağrı alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p < 0,05$). Egzersiz programına uyan hastaların yaşam kalitesi ölçeği ağrı alt boyutu puan

ortalamları, egzersiz programı verilmeyen hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu.

Özbyay'ın çalışmasında hastalara verilen eğitim sonrasında egzersiz sürelerinin uzadığı ve yaşam kalitelerinin arttığı bulunmuştur (77). Çalışmada elde edilen bulgular düzenli egzersiz yapan hastaların, ağrı şikayeti ile daha az karşı karşıya kaldıkları ve yaşam kalitelerinin yükseldiği ve düzenli egzersiz yapan bireylerin yaşam kalitesinin sedanter yaşayanlardan daha yüksek olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Hastaların uyku düzeninde değişiklik olma durumuna göre SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 6.4.5.1);

Hastaların ameliyattan sonra uyku düzeninde değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Uyku düzeninde değişiklik olmayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları, dinlendirici olmayan uyku ve gün boyunca yoğun uyuklama sorunu yaşayan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu.

Hastalarda ameliyat sonrası uyku bozukluklarına neden olan faktörlerin belirlenip ortadan kaldırılması ve normal uyku sürecinin sağlanması yaşam kalitesi sağlanmasında oldukça önemlidir. Demir çalışmasında düzenli uyuyan hastaların yaşam kalitesinin, düzenli uyumayan hastalara göre daha yüksek olduğunu, uyku süresinin arttıkça yaşam kalitesinin de arttığını belirtmiştir (113). Çalışma bulguları açık kalp ameliyatı sonrası uyku düzeninde oluşan değişikliklerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği şeklinde yorumlanabilir ve diğer çalışma bulguları ile uyumludur.

Hastaların bilişsel ve algısal sorun yaşama durumuna göre SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 6.4.6.1);

Hastaların ameliyattan sonra bilişsel ve algısal sorun yaşama durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Bilişsel ve algısal değerlendirmede sorun yaşamayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamaları, oryantasyonla ve hafızayla ilgili sorunlar yaşayan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu.

Bilişsel ve algısal değerlendirmede sorun yaşamayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji), mental sağlık alt boyut puan ortalamaları, hafızayla ilgili sorun yaşayan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu.

Bilişsel ve algısal değerlendirmede sorun yaşamayan hastalarının yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyut puan ortalamaları, oryantasyonla ilgili sorunlar yaşayan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu.

Son yıllarda kardiyopulmoner bypass sonrası nöropsikolojik fonksiyonlardaki bozulma insidansında göreceli bir artış vardır. Bu nöropsikolojik bozulmaların büyük bir kısmını kognitif bozulmalar oluşturmaktadır. Literatürde açık kalp ameliyatı sonrası, hastaların %50-80'inde taburcu olurken, %20-50'sinde postoperatif altıncı haftada, %10-30'da ise postoperatif altıncı ayda nöropsikolojik disfonksiyon görüldüğü ve bunların yaklaşık %35'i bir yıldan fazla sürdüğü belirtilmektedir (82,83,84). Geç dönemde yapılan araştırmaların büyük çoğunluğunda bilişsel fonksiyonların bir yıl içinde tam olarak elde edildiğini göstermektedir (85).

Açık kalp ameliyatlarından sonra entellektüel bozukluk, konfüzyon, ajitasyon, oryantasyon bozukluğu, bellek kusuru ve nöbetler (fokal hasar olmaksızın), kişilik değişikliği, bazı karakter özelliklerde abartılar, paranoid ve saldırgan davranışlar gelişebildiği görülebilmektedir (82, 86). Hastalarda kısa süreli bellek kaybı, konsantrasyon güçlüğü, basit matematik işlemleri yapmakta güçlük, el yazısında problemler ve görsel bozukluklar oluşabilir. Bazı hastalarda kalp cerrahisi sonrası öğrenme zorluğu görülmüş, kognitif fonksiyonlarda problemler yaşandığı ancak bu problemlerin diğer tip ameliyat geçiren hastalarda görülmediği saptanmıştır (16). Açık kalp ameliyatı sonrası biliş ve algısal boyutta gelişen komplikasyonlar tamamen iyileşmeyi ümit eden hasta ve ailesi için sosyal ve ekonomik yıkım oluşturmakta, yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Hastaların görünüşünde değişiklik olma durumuna göre SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 6.4.7.1);

Hastaların ameliyattan sonra görünüşünde değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p < 0,05$). Görünüşüyle ilgili değişiklikler olan hastalarının yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık, vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları, değişiklikler olmayan hastalarının puan ortalamalarından yüksek bulundu.

Çalışma bulguları sonucunda hastanın benliğini (özünü) içeren kişilik, beden imajı, dünya bakışı, açık kalp ameliyatı sonrası özsaygının yüksek olması depresyon ve gerilimi azaltarak sosyal, fiziksel ve psikolojik iyileşmeyi hızlandırdığı ve yaşam kalitesini yükselttiği söylenebilir.

Hastaların ameliyattan sonra aile bireyleri / yakın akrabalarla ilişkisinde olan değişiklik durumuna göre Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 6.4.8.1);

Hastaların ameliyattan sonra aile bireyleri/yakın akrabalar ile ilişkisinde değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği ağrı, mental sağlık alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0.05$). Aile bireyleri / yakın akrabalar ile ilişkilerde olumlu değişiklik yaşayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği ağrı, mental sağlık alt boyut puan ortalamaları, değişiklik yaşamayanların puan ortalamalarından yüksek bulundu.

Aile bireyleri / yakın akrabalar ile ilişkilerde olumlu değişiklik olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği ağrı, sosyal fonsiyon, emosyonel rol güçlüğü, alt boyut puan ortalamaları, olumsuz değişiklik olan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu.

Açık kalp ameliyatı sonrası uzun bir tedavi sürecinde olan hastalar çoğu zaman sosyal yaşamlarını devam ettirmek için gereken enerjiyi bulmakta zorlanmakta ve en çok gereksinim duydukları zamanda sosyal destekten yoksun kalabilmektedirler. Bennett ve ark kalp yetersizliğinde yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmada hastaların algıladığı sosyal destek ile yaşam kalitesinin fiziksel sağlık alt boyutu arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu, hastaların fiziksel sağlığı bozulduğunda daha fazla destek gereksinimi olduğu belirtilmiştir (114). Barutcu'nun çalışmasında ise hastaların sosyal desteğin arttıkça yaşam kalitesinin arttığını belirtmektedir (115). Çalışma bulguları bize aile ve yakın akrabalar ile ilişkilerde olumlu değişiklikler olmasının hastaya gösterilen sosyal desteği artmasına, psikolojik uyumun sağlanmasına ve böylelikle yaşam kalitesinin olumlu etkilenmesine neden olduğunu düşündürebilir.

Hastaların arkadaşlar ile ilişkilerde değişiklik durumuna göre SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 6.4.8.2);

Hastaların ameliyattan sonra arkadaşlar ile ilişkisinde değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji), emosyonel rol güçlüğü alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0.05$). Arkadaşları ile ilişkilerde olumlu değişiklik olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları, değişiklik olmayan ve olumsuz değişiklik olan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu.

Literatürde arkadaştan yeterli sosyal desteğin, tekrarlı yatışları azalttığı, etkin ilaç uyumunu ve yaşam doyumunu arttırdığı belirtilmektedir. Çalışma bulguları literatür ile uyumludur.

Hastaların eşine karşı olan cinsel ilgideki değişikliğe göre SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 6.4.9.1);

Hastaların ameliyattan sonra eşine karşı olan cinsel ilgideki değişik durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Eşine karşı olan cinsel ilgide olumlu değişiklik olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları, değişiklik olmayan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu. Eşine karşı olan cinsel ilgide olumsuz değişiklik olan hastalarının yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji), mental sağlık alt boyut puan ortalamaları, değişiklik olmayan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu.

Gundle ve ark yaptıkları bir araştırmada kalp ameliyatı geçiren bireylerin seksüel fonksiyonlarında önemli ölçüde yetersizlik ve yaşam kalitelerinde azalma olduğunu belirlemişlerdir (75). Bu sonuç, hastaların ameliyat sonrasında hareket etmeleri ve efor sarfetmeleri sonucunda genel sağlığıyla ilgili sorunların ortaya çıkabileceğini düşünceleriyle açıklanabilir.

Hastaların ameliyattan sonra kendisinde hissettiği duygu durumuna göre SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 6.4.10.1);

Hastaların ameliyattan sonra kendisinde hissettiği duygu durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Ameliyattan sonra kendisini rahat hisseden hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık, vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları, kendisini gergin hisseden hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu. Kendisini rahat hisseden hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamaları, kaygılı veya depresif hisseden hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu.

Hastaların ameliyattan sonra kendisinde hissettiği duygu durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Ameliyattan sonra kendisini rahat hisseden hastalarının yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık alt boyut puan ortalamaları, kendisini gergin veya depresif hisseden hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu.

Hastaların stres yaratan durumları azaltmak için yaptıklarına göre SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 6.4.10.2);

Hastaların stres yaratan durumları azaltmak için yaptıklarına göre yaşam kalitesi ölçeği sosyal fonksiyon alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Ameliyattan sonra stres yaratan durumları azaltmak için sigara /alkol kullanan veya durumu kabullenen hastaların yaşam kalitesi ölçeği sosyal fonksiyon alt boyut puan ortalamaları, hiçbir şey yapmayan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu.

Hastaların dini inançlarına göre yaptığı uygulamalarda olan değişikliklere göre SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 6.4.11.1);

Hastaların ameliyattan sonra dini inançlarına göre yaptığı uygulamalarda değişiklik olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Ameliyat öncesinde yapmadığı uygulamaları yapmaya başlayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık, vitalite (enerji), mental sağlık alt boyut puan ortalamaları, ameliyattan sonra dini inançlara göre yapılan uygulamalarda değişiklik olmayan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu. Ameliyat öncesinde yapmadığı uygulamaları yapmaya başlayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık, vitalite (enerji), mental sağlık alt boyut puan ortalamaları ameliyat öncesinde yaptığı uygulamaları yapamayan hastalarının yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamalarından yüksek bulundu.

Tıbbi çalışmalarda bireylerin hem fiziksel hem psikolojik sağlıklarının iyileşmesinde dini düşüncelerin etkisini yadsımamak gerekmektedir. Din ile zihinsel sağlık ve iyilik hali arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma bulguları dini inancı olan ve dini inancı kapsamında eylemde bulunan bireylerin dini inancı olmayanlara göre yaşam memnuniyetlerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (116). Çalışma bulguları diğer çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir.

8. SONUÇ

8.1. SONUÇLAR

Açık kalp ameliyatı sonrası ortaya çıkan yaşam biçimi değişikliklerini ve bu değişikliklerin hastaların yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanan araştırma bir özel hastaneler grubunun İstanbul ilinde bulunan bir hastanesinde açık kalp ameliyatı olan 75 hastanın katılımıyla gerçekleşti.

Araştırmadan elde edilen bulgular sonucunda;

8.1.1. Hastaların Demografik Özelliklerine ve Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumları İle İlgili Sonuçlar

- Hastaların demografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; hastaların yaş ortalamasının 62,6, büyük oranının erkek , evli , emekli, fazla ve aşırı kilolu oldukları, sağlık güvencelerinin olduğu, gelir düzeylerin orta düzeyde yeterli buldukları ve çoğunluğunun ailesinde kalp hastası olan birinci dereceden akrabasının bulunduğu belirlendi.
- Hastaların büyük çoğunluğunun kronik hastalığa (hipertansiyon, diyabet, KOAH, astım, hipertiroidi) sahip oldukları belirlendi.

8.1.2. Hastaların Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne Göre Yaşam Biçimi Davranış Değişiklikleri İle İlgili Sonuçlar

- Hastaların ameliyat sonrası çoğunluğunun sağlığıyla ilgili düşüncelerinde olumlu değişiklik olduğu, ilaç kullanımına, egzersiz kısıtlamalarına, diyet programına uyumlu oldukları, ameliyat öncesi sigara içme oranının büyük ölçüde azaldığı, alkol kullanan hastaların kullanmaya yönelik tutumlarını değiştirdikleri görüldü.
- Hastaların sağlığı sürdürmek için doğru beslenmeyi, düzenli uyumayı, egzersiz yapmayı, sigara / alkol kullanmamayı ve stresten uzak durmayı planladıkları belirlendi.

- Hastaların büyük oranının iştah azalması yaşadığı ve sağlığını sürdürmek için önerilen diyeti uygulayamadığı belirlendi.
- Hastaların beslenmelerinin çoğunlukla ağrı, hareketsizlik, iştahsızlık ve tat duyusunda değişme faktörlerinden etkilendiği belirlendi.
- Hastaların büyük çoğunluğunun konstipasyon yaşadığı belirlendi.
- Hastaların büyük çoğunluğunda idrar yapma alışkanlığında değişiklik olmadığı belirlendi.
- Hastaların büyük çoğunluğunda boş zamanda yapılmaktan hoşlanılan alışkanlıklarda değişiklik olmadığı belirlendi.
- Hastaların büyük çoğunluğunun uyku düzeninin olumsuz anlamda değiştiği belirlendi.
- Hastaların büyük çoğunluğunun bilişsel ve algısal değerlendirme ile ilgili sorun yaşamadığı belirlendi.
- Hastaların büyük çoğunluğunun kendini algılama ile ilgili değişiklik yaşamadığı belirlendi.
- Çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun iş, aile ve arkadaşları ile ilişkilerinde değişiklik yaşamadığı belirlendi.
- Ameliyattan sonra eşine karşı olan cinsel ilgi durumlarında hastaların büyük çoğunluğunun değişiklik yaşamadığı belirlendi.
- Çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun ameliyat sonrasında rahat hissettiklerini ifade ettikleri belirlendi.
- Çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun ameliyattan sonra dini inançlarına göre yaptığı uygulamalarda değişiklik olmadığını ifade ettikleri belirlendi.

8.1.3. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Yaşam Biçimi Davranış Değişikliklerine Göre SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları İle İlgili Sonuçlar

- Sağlığı ile ilgili düşüncesinde olumlu değişiklik olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), mental sağlık alt boyutu puan ortalamaları, olumsuz değişiklik olan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu. Sağlığı ile ilgili düşüncesinde herhangi bir değişiklik olmayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık, vitalite (enerji), mental sağlık alt

boyutu puan ortalamaları, olumsuz değişiklik olan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu.

- Egzersiz kısıtlamalarına uyumlu olan hastalarının yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık, vitalite (enerji), mental sağlık alt boyutu puan ortalamaları, uyumsuz olan hastalarının puan ortalamalarından yüksek bulundu.
- Beslenme alışkanlığında değişiklik olmayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık, vitalite (enerji), mental sağlık, alt boyut puan ortalamaları, iştah azalması değişikliği olan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu. İştah artması değişikliği olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık, vitalite (enerji), mental sağlık alt boyut puan ortalamaları, iştah azalması değişikliği olan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu.
- Önerilen diyeti uygulayabilen hastaların yaşam kalitesi ölçeği ağrı, vitalite (enerji), mental sağlık alt boyut puan ortalamaları, uygulayamayan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu.
- Egzersiz programına uyan hastaların yaşam kalitesi ölçeği ağrı alt boyutu puan ortalamaları, egzersiz programı verilmeyen hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu.
- Uyku düzeninde değişiklik olmayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları, dinlendirici olmayan uyku ve gün boyunca yoğun uyuklama sorunu yaşayan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu.
- Bilişsel ve algısal değerlendirmede sorun yaşamayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamaları, oryantasyonla ve hafızayla ilgili sorunlar yaşayan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu. vitalite (enerji), mental sağlık alt boyut puan ortalamaları, hafızayla ilgili sorun yaşayan hastaların puan ortalamalarından, mental sağlık alt boyut puan ortalamaları, oryantasyonla ilgili sorunlar yaşayan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu.
- Görünüşüyle ilgili değişiklikler olan hastalarının yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık, vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları, değişiklikler olmayan hastalarının puan ortalamalarından yüksek bulundu.

- Aile bireyleri / yakın akrabalar ile ilişkilerde olumlu değişiklik yaşıyan hastaların yaşam kalitesi ölçeği ağrı, mental sağlık alt boyut puan ortalamaları, değişiklik yaşamayanların puan ortalamalarından, ağrı, sosyal foksiyon, emosyonel rol güçlüğü, alt boyut puan ortalamaları, olumsuz değişiklik olan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu.
- Arkadaşları ile ilişkilerde olumlu değişiklik olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları, değişiklik olmayan ve olumsuz değişiklik olan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu.
- Eşine karşı olan cinsel ilgide olumlu değişiklik olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları, değişiklik olmayan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu. Olumsuz değişiklik olan hastaların vitalite (enerji), mental sağlık alt boyut puan ortalamaları, değişiklik olmayan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu.
- Kendisini rahat hissedenden hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık, vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları, kendisini gergin hissedenden hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu. Kendisini rahat hissedenden hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamaları, kaygılı veya depresif hissedenden hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu.
- Stres yaratan durumları azaltmak için sigara /alkol kullanan veya durumu kabullenen hastaların yaşam kalitesi ölçeği sosyal fonksiyon alt boyut puan ortalamaları, hiçbir şey yapmayan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu.
- Ameliyat öncesinde yapmadığı uygulamaları yapmaya başlayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık, vitalite (enerji), mental sağlık alt boyut puan ortalamaları, ameliyattan sonra dini inançlara göre yapılan uygulamalarda değişiklik olmayan hastaların puan ortalamalarından yüksek bulundu. Ameliyat öncesinde yapmadığı uygulamaları yapmaya başlayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık, vitalite (enerji), mental sağlık alt boyut puan ortalamaları ameliyat öncesinde yaptığı uygulamaları yapamayan hastalarının yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık alt boyut puan ortalamalarından yüksek bulundu.

Özetle açık kalp ameliyatı sonrası hastaların;

Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri kapsamında, sağlığı algılama ve sağlık yönetimi, beslenme ve metabolizma, aktivite ve egzersiz, uyku ve dinlenme, bilişsel ve algısal değerlendirme, kendini algılama, rol ve ilişkiler, cinsellik ve üretkenlik, stresle başatme ve stres toleransı, değerler ve inançlar örüntülerinde yaşam biçimi davranış değişiklikleri yaşadıkları, yaşanan bu değişikliklerin SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık alt boyutlarına etkide bulunduğu, fiziksel rol güçlüğü alt boyutuna etkide bulunmadığı belirlendi.

8.2. ÖNERİLER

Bu sonuçlar doğrultusunda,

- Açık kalp ameliyatı geçiren hastaların aktif yaşamlarına tekrar dönebilmeleri, yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmeleri ve mümkün olan en iyi fiziksel, mental ve sosyal koşulların sağlanması adına kardiyak rehabilitasyon programlarının ve hemşirelerinin etkinliğinin artırılması,
- Kardiyak rehabilitasyon alanında çalışan hemşireler tarafından bireysel bakımın geliştirilmesi adına, hastaların bütüncül olarak değerlendirilmesi, hasta özellikleri ve gereksinimleri dikkate alınarak, kardiyovasküler riski azaltma, yaşam biçimi değişiklikleri, tıbbi ve psikososyal tedavilerin bütünlüğünü içeren eğitim ve danışmanlık programı hazırlanması, eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi, verilen tedavi ve bakımın hastaların yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik olarak düzenlenmesi,
- Yaşam kalitesini değerlendiren çalışmalara daha çok önem verilmesi ve desteklenmesi önerilebilir.

9. TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam sűresince beni bilgi ve deneyimleriyle yűnlendiren, destekleyen, birlikte çalıőmaktan onur duyduėum tez danıőmanım Yard.Doç.Dr.Ŗzlem IŐIL'a

Lisans ve yűksek lisans eėitimimde deėerli emek ve katkıları bulunan Yard.Doç.Dr.Feride YIėIT'e

Yaőamımın her dűneminde yanımda olan, emeklerini asla űdeyemeyeceėim aileme

Teőekkűrlerimle...

10. KAYNAKLAR

1. Karadakovan A. Kardiyovasküler Hastalıkların Toplumsal Önemi. *Ege Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1998, 4 (3):53-56.
2. Korkmaz FD. Kalp Damar Cerrahisinde Yaşam Kalitesi. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu Kitapçığı. www.syo.cbu.edu.tr Erişim tarihi: 20.03.2014.
3. Ergene T. Koroner Arter Bypass Cerrahisi Geçiren ve Post-operatif Kardiyopulmoner Fizyoterapi Uygulanan Hastalarda Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Karşılaştırılması. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012.
4. Nayir NU. Açık Kalp Ameliyatında Preoperatif Anksiyete ile Postoperatif Komplikasyonlar Arasındaki İlişki. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2012.
5. Kantaş HE. Ekstrakorporeal Dolaşım Perfüzyon Prensipleri. *Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Surg-Special Topics*, 2012,4 (2):6-13.
6. Çifci ES. Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Bireylerin Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne Göre Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2006.
7. Araz C. Statinlerin Kardiyopulmoner Bypass'taki Antiinflamatuvar Etkilerinin Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara, 2005.
8. Uslu A, Yiğit R. Açık Kalp Cerrahisinde Heparin Dozu Ve Serbest Plazma Hemoglobini Arasındaki İlişki. *Cerrahpasa Tıp Dergisi*. 2001, 32(1):37-42.
9. Dignan RJ, Kadletz M, Dyke CM, Lutz HA, Yeh T, Wechsler AS. Microvascular Dysfunction After Myocardial Ischemia. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1995,109:892898.
10. Oğuş T, İpek G, Işık Ö, Berki T, Gürbüz A, Balkanay M, Koçak T, Dağlar B, Yakut C. Yüksek Risk Taşıyan Hastalarda Kalp-Akciğer Makinası Kullanılmaksızın Çalışan Kalpte Koroner Bypass Yöntemi. *GKD Cer Derg*. 1996,1:9-14.
11. Kervan Ü, Koç O, Özatik M, Bayraktar G, Şener E, Çağlı K, Yekeler İ, Paç M. Türkiye'deki Kalp Damar Cerrahisi Kliniklerinin Dağılımı ve Hizmetlerinin Niteliği. *GKD Cer Derg*. 2011,19:483-489.

12. Erdem N, Ergüney S. Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005,3 (8):1-9.
13. Özer S, Argon G. Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları, Sağlığa Verilen Önem Ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi. *Ege Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005,21(5):63-77.
14. Onat A. Ulusal Kalp Sağlığı Politikası. *Türk Kardiyol Dern Ars*. 2004,32 (9): 596-602.
15. Enç N. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Sağlığı Geliştiren Davranışlarının Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Doçentlik Çalışması, İstanbul, 1998.
16. Karadakovan A, Aslan FE. Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana, Nobel Kitabevi, 2011.
17. Yılmaz E. Cerrahi Hemşireliği ve Yaşam Kalitesi İle İlgili Yapılan Çalışmalar-Ulusal Boyut. Cerrahi Bakım Ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu Kitapçığı. www.syo.cbu.edu.tr. Erişim tarihi: 20.03.2014.
18. Topçu S, Bölüktaş RP. İnmeli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Sosyal Desteğin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*. 2012, 29 (3): 159-164.
19. Örer A, Oto Ö. Dünden Bugüne Kalp Cerrahisi. *GKD Cer Derg*. 1999,3:153-160.
20. Beşirli K. Kalp ve Damar Cerrahisinde Tarihçe ve Temel Prensipler. www.ctf.edu.tr Erişim tarihi: 01.03.2014.
21. Hairson P, Manas JP, Graber CD. Depression of The İmmunologic Surveillance By Pump Oxygenator Perfusion. *J Surg Res*. 1969, 9:587-589.
22. Aytaç A. Dünyada ve Türkiye'de Kalp Cerrahisi. *GKD Cer Derg*. 1991, 1(1):8-12.
23. Onat A, Kele G, Aksu H ve ark. Türk Erişkinlerde Toplam ve Kardiyak Ölümlerin Prevelansı: TEKHARF Çalışmasının 8 Yıllık Takip Verileri. *Türk Kardiyol Dern Arş*. 1999, 27:8-14.
24. Gibbon JH Jr. Application of a Mechanical Heart and Lung Apparatus to Cardiac Surgery. *Minn Med*. 1954, 37:171-185.

25. Türkoğlu T. Kardiyopulmoner Bypassa Girilmeden (OFF-PUMP) Atan Kalpte Ve Kardiyopulmoner Bypass Kullanılarak Kardiyak Arrest ile Uygulanan Koroner Bypass Cerrahisi Sonrası Atrial Fibrilasyon Gelişiminin Karşılaştırılması. Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2004.
26. Soltoski PR, Karamanoukion HL, Salerno T. Kalp Cerrahisinin Sırları. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2006.
27. Koç Ş. Koroner Yavaş Akımda Dolaşım Bozukluğunun Fundus Floresin Anjiyografi İle Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, Ankara,2010.
28. Komsuglu B, Ural D, Ural E. Koroner Kalp Hastalıkları. Klinik Kardiyoloji. Kocaeli, Nobel Tıp Kitabevleri, 1994.
29. Fuster V. Epidemic of Cardiovascular Disease And Stroke: The Three Main Challenges. *Circulation*. 1999, 99:1132-1137.
30. Moise A, Lesperance J, Theroux P. Clinical And Angiographic Predistors of New Total Coronary Occlusion in Coronary Artery Disease. Analysis of 313 On-operated Patients. *Am J Cardiol*. 1984, 54:1176-1181.
31. Türkiye İstatistik Kurumu 2010 verileri. TÜİK 2013. <http://www.tuik.gov.tr>. Erişim tarihi: 12.12.2013.
32. Özkan AA, Akut koroner sendromlar: Epidemiyoloji. *Türk Kardiyol Dern Arş*. 2013, 41(1):1-3.
33. Güleç S. Kalp damar hastalıklarında global risk ve hedefler. *Türkiye Kardiyol Dern Arş*. 2009, 37(2):1-10.
34. Alkan HÖ, Enç N. Kadınlarda Kardiyovasküler Hastalıkların Önlenmesinde Hemşirenin Rolü. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2013,4(5): 14-29.
35. Mackay J, Mensah G. The future of CVD. The Atlas of Heart Disease and Stoke. World Health Organization.2004.
36. Munger MA, Hawkins DM. Atherothrombosis: epidemiology, pathophysiology and prevention. *JAM Pharm Assoc*, 2004,44:5-12.
37. Valentin F, Alexander RW, O'Rourke RA. Hurt' The Heart. 10. Baskısının Türkçe Çevirisi. İstanbul, And Danışmanlık Eğitim Yayıncılık ve Organizasyon, 2002.

38. Adalet K. Klinik Kardiyoloji Tanı ve Tedavi. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2005.
39. Heper C. Heper Kardiyoloji. İstanbul, Nobel ve Güneş Tıp Yayınevi, 2002.
40. Runge MS, Ohman M. Natter'in Kardiyolojisi. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2008.
41. Memiç K. Koroner Arter Bypass Cerrahisi Yapılan Hastalarda Kardiyovasküler Risk Faktörleri ve Koroner Ateroskleroz Ciddiyetinin Uzun Dönem Greft Açıklık Oranına Etkisi. İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, 2011.
42. Khot UN, Khot MB, Bajzer CT, Sapp SK, Ohman EM, Brener SJ. Prevalence of conventional risk factors in patients with coronary heart disease. *JAMA*. 2003;290: 898-904.
43. Ashley EA, Niebauer J. Cardiology Explained. London, Remedica, 2004.
44. Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Kalp Hastalığı Korunma Ve Tedavi Kılavuzu. 2002. www.tkd.org.tr Erişim tarihi: 09.10.2013.
45. Gök H. Klinik Kardiyoloji. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2002.
46. Doğan MS, Doğan S, Yılmaz E. Koroner Arter Hastalığının Değerlendirilmesinde Adenozin- Stres Kardiyak MR Perfüzyon İncelemesinin Rolü. *Abant Medical Journal*. 2013,3 (2):265-273.
47. Paç M, Akçevin A, Aka SA, Büket S, Sarıoğlu T. Kalp ve Damar Cerrahisi. Ankara, MN Medical ve Nobel Tıp Kitabevi, 2013.
48. Soltoski PR, Karamanoukion HL, Solerno T. Kalp Cerrahisinin Sırları. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2006.
49. Sabah M. Koroner Arter Bypass Cerrahisinde Perioperatif Glutamin Kullanımının Hemodinami, Miyokard Enzimleri Ve Koroner Sinüs Laktat Seviyesi Üzerine Etkileri. Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.
50. White FN. A Comparative Physiological Approach to Hypothermia. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1981,82:821-825.
51. Taylor CA. Surgical Hypothermia. *Pharmacol Ther*. 1988, 38:169-172.
52. Careaga G, Salazar D, Tellez S, Sanchez O, Barrayo G, Argüero R. Clinical Impact Of Histidine-Ketoglutarate- Tryptophon (HTK) Cardioplegic solution On The Perioperative Period İn Open Heart Surgery Patients. *Arch Med Res*. 2001, 32 (4); 296-299.

53. Saçar M, Güler A. Kalp Cerrahisinde Miyokardiyal Koruma Yöntemleri. *Anatol J Clin Investig.* 2008, 2 (1); 47-57.
54. Güler A, Saçar M. Koroner Arter Bypass Cerrahisinde Greft Seçimi. *Anatol J Clin Investig.* 2008, 2 (2): 88-95.
55. Pınar R. Türkiye'de Hemşirelik Alanında Yaşam Kalitesi. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu Kitapçığı. www.syo.cbu.edu.tr. Erişim tarihi: 20.03.2014.
56. Bektaş S. Bornova Bölgesi Sağlık Ocaklarında Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Yaşam Kalitesine İlişkin Görüşlerinin ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Lisans Tezi, İzmir, 2007.
57. Oyan G. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Yaşam Kalitesi Ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2006.
58. Özgür G, Yıldırım S, Ökmen E. Hemşirelerin Yaşam Kalitesi Konusundaki Görüşleri ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi. *Ege Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2008, 24 (3):33-43.
59. Koltarla S. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.
60. Top MŞ, Özden SY, Sevim ME. Psikiyatride Yaşam Kalitesi. *Düşünen Adam.* 2003,16 (1):18-23.
61. Eser E. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu Kitapçığı. www.syo.cbu.edu.tr. Erişim tarihi: 20.03.2014.
62. Aksu T, Fadıloğlu Ç. Solunum Sistemi Hastalığı Olan Bireylerin Evde Bakım Gereksinimi Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Ege Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2013,29 (2):1-12.
63. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C. Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL BREF. *3P Dergisi.* 1999, 3 (2):66-80.
64. The WHOQOL Group. What Is Quality Of Life? *World Healty Forum.* 1996, 17 (48):354-356.
65. Özarslan B. Diyabetik Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.

66. Kaya N. Romatoid Artritli Bireylerde Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul, 2002.
67. Carpenito-Moyet JK. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. İstanbul, İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri, 2005. (Çeviri Editörü Erdemir F.)
68. Gümüş AB, Şıpkın S, Keskin G. FSÖ Modeli İle Bir Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2012, 3 (1):13-21.
69. Gürler H, Yılmaz M. Rektum Kanseri Bir Olgunun Standart Hemşirelik Bakımının Planlanmasında Bir Model: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri. *Fırat Tıp Dergisi*. 2011,16 (3):141-146.
70. Sabancıoğulları S, Ata EE, Kelleci M, Doğan S. Bir Psikiyatri Kliniğinde Hemşireler Tarafından Yapılan Hasta Bakım Planlarının FSÖ Modeli Ve Nanda Tanılarına Göre Değerlendirilmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2011, 2 (3):117-122.
71. Akkoyunlu C. Tip 2 Diyabet Mellit ve Romatoid Artrit Hastalarında Hastalık Algısının Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara, 2012.
72. Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık Algısının Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007, 8 (4):271-280.
73. Nisanoğlu V. Koroner Bypass Kesin Çözüm Değil. *Clinical Sağlık ve Estetik Dergisi*. 2012,4:65-69.
74. Acıbadem Hastanesi Kolesterol Düşürücü Kalp Koruma Diyeti.
75. Yıldırım N. Koroner Arter Bypass Ameliyatı Olan Hastaların Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2001.
76. Aydın FÇ. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası İki Aylık Dönemde Yaşadığı Güçlükler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Bilimleri Hemşireliği Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 2000.
77. Özbay A. Koroner Arter Hastalarında Yaşam Tarzı Değişikliği Müdahalesinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2010.

78. Özcan H. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastalar Tarafından Kullanılma Oranları. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2008.
79. Kalp Ameliyatı Sonrası Yaşamınız. İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Kitapçığı. www.imaeh.gov.tr Erişim Tarihi: 14.02.2014.
80. Tel H, Güler N, Tel H. Yaşlıların Evde Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme Durumu Ve Yaşam Kaliteleri. *HEMAR-G*. 2001,2:59-67.
81. Kayalar N. Yüksek Epidural Aneztezi Altında Uyanık Hastalarda Koroner Arter Bypass Cerrahisi. Koşuyolu Kalp Eğitim Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2005.
82. Yılmaz M. Magnezyum'un Kardiyopulmoner Bypass Sonrasında Ortaya Çıkan Nörolojik ve Nöropsikolojik Değişiklikler Üzerine Nöroprotektan Etkisi. Dr. Siyami Ersek Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Kliniği Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.
83. Newman MF, Kirchner JL, Philips- Bute B, Gaver V, Grocott H, Jones RH. Et Al Longitudinal Assesment Of Nevrocognitive Function After Coronary Artery Bypass Surgery. *N Eng J Med*. 2001,344: 395-402.
84. Schell RM, Stanley T, Crougwell N. Temperatur During Cardiopulmonary Bypass and Neuropsychologic Outcome. *Anesthesiology*. 1992,77:119.
85. Hastaoğlu İO. Asendan ve Arkus Aortanın Aterosklerotik Hastalığının Koroner Bypass Operasyonu Sonrası İnme ile İlişkisi ve Çoklu Dedektör Bilgisayarlı Tomografinin Rolü. Siyami Ersek Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2005.
86. Okutan H, Kutsal A. Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Yaşlı Hastalarda Ameliyat Sonrası Yoğun Bakım. *Turkish Journal Of Geriatrics*. 2001, 4 (3):120-126.
87. Pour HA, Korkmaz FD. Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Hemşirelik Bakımı. *Ege Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2010,26 (1):77-86.
88. Özkaya BÖ, Yüce Z, Gönenç M, Gül A, Alış H. Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Hastanede Yatan Hastaların Uyku Düzenini Etkileyen Etmenler. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 2013,9:121-125.

89. Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik Hastalarda Psikososyal Sorunlar Ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2013,1(1):57-72.
90. Akyol A. Hemodialize Giren Hastaların Yaşam Kalitesinin Saptanması Ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir,1992.
91. Taştan S. Meme Cerrahisi Geçiren Hastaların "Vaka Yönetim Modeli" İle İncelenmesi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Tezi, Ankara, 2005.
92. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992,30(6):473-483.
93. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa form-36'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi*. 1999,12: 102-106.
94. Aydemir Ö. Ertuğrul K. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara, HYB Yayıncılık, 2012
95. Kalaycı Ş. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. İstanbul, Pagem A Yayıncılık, 2006.
96. Ülkemizde kalp damar hastalıklarının epidemiyolojisi ile ilgili gerçekler. Ulusal Kalp Sağlığı Politikası www.tkd-online.org/UKSP/UKSP_Bolum02.pdf Erişim tarihi: 05,03,2014
97. Samur G, Yıldız E. Obezite ve Kardiyovasküler Hastalıklar/Hipertansiyon. Ankara, Klasmat Matbaacılık,2008.
98. Nart A. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Mobilize Olan Hastalarda Özbakım Gücünün Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,2013.
99. Kocabeyoğlu, S, Çetin E, Özyüksel A, Kutas B, Çalışkan A, Özdemir F, Paç M. Yeni Bir Kalp Cerrahisi Kliniği: Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde İlk 195 Vakanın Sonuçları. *Koşuyolu Heart Journal*. 2014,17(1): 20-25.
100. Özhan N, Değar N. Koroner By-pass ameliyatı geçiren hastaların sigara içme konusundaki düşünceleri. III Ulusal Hemşirelik Kongresi. www.dergi.cumhuriyet@edu.tr Erişim tarihi:19.01.2014.

101. Onat A, Şansoy V, Soydan İ, Tokgözoğlu L, Adalet K. TEKHARF; Oniki Yıllık İzleme Deneyimine Göre Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı. İstanbul, Argos İletişim Hizmetleri Reklamcılık ve Ticaret Anonim Şirketi, 2003.
102. Zaybak A. Kalp Kapağı Replasmanı Yapılan Hastaların Öz-bakımlarının Değerlendirilmesi. 2000'li Yıllarda Sağlık Yüksekokullarında Eğitimin Geleceği Sempozyumu (poster bildiri). Malatya, 2000.
103. Yılmaz MC. Miyokard Enfarktüsü Tanısı Konan Hastaların Taburculuk Planlaması Ve Evde Bakım Gereksinimleri Yönünden İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2001.
104. Redeker NS, Ruggiero JS, Hedges C. Sleep is related to physical function and emotional well-being after cardiac surgery. *Nursing Research*. 2004, 53(3):154-162.
105. Elitoğ N, Öztürk N, Menteş D, Zeytun B, Kahraman H, Kırdag G, Cengiz O, Erkuş B. Kalp cerrahisi operasyonu geçirmiş olan hastaların post-op hastanede yatış dönemlerinde uykularını etkileyen faktörler ve günlük uyku düzenindeki değişimlerin değerlendirilmesi. *Acıbadem Hemşirelik Dergisi*. www.acıbademhemsirelik.com/e-dergi/yeni_tasarim/files/kalp%20bil_2.pdf Erişim Tarihi: 15.02.2014.
106. Akyolcu N, Akyolcu M C, Koroner Bypass Ameliyatlarından sonra Görülen Psikososyal Sorunlar, *Hemşirelik Bülteni*. 1990,16:63-68
107. Güneş Z, Altıok HÖ, Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Aileden Algıladıkları Sosyal Destek ve Ümitsizlik Durumları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2009, 17(1): 16-23.
108. Hupcey J.E. Clarifying The Social Support Theory-Research Linkage. *Journal Of Advanced Nursing*. 1998, 27: 1231-1241.
109. Chiaranai C, Best A, Salyer J. Self-Care And Quality of Life in Patients With Heart Failure. *Thai J Nurs Res*. 2009, 13(4): 302-317.
110. Seligman MEP. Learned Optimism: How to Change Your Mind and Your Life, New York, Pocket Books, 1990.
111. Raymond MH, Nathon L. Malnutrition in heemodialysis patients. *Am J Kidney Disease*. 1993,21:125-137.

112. Kaymak DA. Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, Edirne,2012.
113. Demir M. Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi Ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2008.
114. Bennett SJ, Perkins SM, Lane KA, Deer M. Social Support And Health Related Quality of Life in Chronic Heart Failure Patients. *Quality of Life Research*. 2001,10:671-682.
115. Barutcu CD. Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Sosyal Destek Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir,2011.
116. Myers DG, Diener E. Who is Happy. *Psychological Science*. 1995,6(1):10-19.

EKLER

EK 1



T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : 50400462/54
KONU: Anket hk.

TARİH :17/02/2014

ACIBADEM KADIKÖY HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ceyda Gözde BEKTAŞ, Yard. Doç. Dr. Özlem İŞİL'in tez danışmanlığını yürüttüğü "Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Ortaya Çıkan Yaşam Biçimi Değişikliklerinin Hastaların Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı tez çalışmasını ilâşikte belirtilen anket formunu uygulayarak gerçekleştirebilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla rica ederim.


Prof. Dr. Vildan KARPUZ
Müdür

Ek : 1) Anket Formu.

EK 2

ACIBADEM

SAYI : 311
KONU : Anket hk.

TARİH : 26/03/2014

T.C
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 50400462/54 sayılı 17.02.2014 tarihli yazınız.

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrenciniz Ceyda Gözde BEKTAŞ'ın, Yard.Doç.Dr. Özlem IŞIL'ın tez danışmanlığını yürüttüğü "Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Ortaya Çıkan Yaşam Biçimi Değişikliklerinin Hastaların Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı tez çalışmasını gerçekleştirebilmesi için ekte göndermiş olduğunuz anket formunu uygulaması tarafımızca uygundur.

Bilgilerinize sunulur.

Dr. Mustafa CANDAN

Başhekim

HASTA BİLGİ FORMU

1. Adınız Soyadınız: _____
2. Cinsiyet
1 () Kadın 2 () Erkek
3. Yaşınız: _____
4. BKİ: _____
1 () Zayıf
2 () Normal Kilolu
3 () Fazla Kilolu
4 () Aşırı Kilolu
5 () Obez
5. Öğrenim Durumunuz
1 () Okuryazar 2 () İlköğretim 3 () Ortaöğretim 4 () Yükseköğretim
6. Medeni Durumunuz
1 () Evli 2 () Bekar 3 () Eşi Ölmüş
7. Kaç Çocuğunuz Var?
1 () Yok 2 () Var Sayısı: _____
8. İş Mesleki Durumunuz Nedir?
1 () Ücretli Çalışan
2 () Emekli
3 () Serbest Meslek
4 () İşsiz
5 () Diğer _____
9. Çalışma Durumunuz Nedir?
1 () Çalışmıyorum
2 () Tam Gün Çalışıyorum (8-12 saat)
3 () Yarım Gün / Kısmen Çalışıyorum
10. Sağlık Güvenceniz Var Mı?:
1 () Evet 2 () Hayır 3 () Diğer (belirtiniz) _____
11. Gelir Durumunuzu Nasıl Değerlendiriyorsunuz?
1 () Yeterli 2 () Orta Derecede Yeterli 3 () Yetersiz
12. Kiminle Birlikte Yaşamaktasınız?
1 () Evde Yalnız 2 () Eşimle
3 () Eşim ve Çocuklar 4 () Diğer Aile Üyeleri (Gelin, Torun v.b.)
13. Daha Önce Kalp Hastalığı Nedeniyle Hastaneye Yattınız Mı?
1 () Hayır
2 () Evet Kaç Defa : _____ Nedeni: _____
14. Ailede Kalp Hastası Olan Birinci Derece Akrabanız Var Mı?
1 () Evet 2 () Hayır
15. Kronik hastalığınız var mı?
1 () Hayır,yok
2 () Diyabet
3 () Hipertansiyon
4 () Astım
5 () KOAH
6 () Diğer _____

**ACIK KALP AMELİYATI OLAN BİREYLERİN FONKSİYONEL SAĞLIK
ÖRÜNTÜLERİNE GÖRE YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİKLERİNİ
DEĞERLENDİRME FORMU**

1. SAĞLIĞI ALGILAMA VE SAĞLIK YÖNETİMİ

1. Ameliyattan sonra sağlığınıza ilgili düşüncelerinizde ne yönde bir değişiklik oldu?
 - 1 () Herhangi bir değişiklik olmadı.
 - 2 () Olumlu
 - 3 () Olumsuz
2. Sağlığınızı sürdürmek için neler yapmayı planlıyorsunuz?
 - 1 () Egzersiz
 - 2 () Düzenli Uyku
 - 3 () Doğru Beslenme
 - 4 () Sigara/Alkol Kullanmama
 - 5 () Diğer.....
3. Ameliyattan sonra sigara kullanma alışkanlığınızda bir değişiklik oldu mu ?
 - 1 () Hiç kullanmadım
 - 2 () Ameliyat öncesi bıraktım
 - 3 () Kullanmaya devam ediyorum
 - 4 () Diğer.....
4. Ameliyattan sonra alkol kullanma alışkanlığınızda bir değişiklik oldu mu ?
 - 1 () Hiç kullanmadım
 - 2 () Ameliyat öncesi bıraktım
 - 3 () Kullanmaya devam ediyorum
 - 4 () Diğer.....
5. Tedaviye uyum düzeyi

1 () İlaç Kullanımı	() Uyumlu	() Uyumsuz	() Diğer
2 () Egzersiz Kısıtlamaları	() Uyumlu	() Uyumsuz	() Diğer
3 () Diyete Uyuma	() Uyumlu	() Uyumsuz	() Diğer

2. BESLENME VE METABOLİZMA

6. Ameliyattan sonra beslenme alışkanlığınızda bir değişiklik oldu mu?
 - 1 () Hayır
 - 2 () İştahım arttı
 - 3 () İştahım azaldı.
 - 4 () Hastalığıma özel diyet uyguluyorum.
 - 5 () Diğer
7. Sağlığınızı sürdürmeniz için önerilen diyetinizi uygulayabiliyor musunuz?
 - 1 () Evet
 - 2 () Hayır Nedeni:
8. Beslenmenizi etkileyen aşağıdaki sorunlardan hangisi/hangilerini yaşıyorsunuz?
 - 1 () Ağrı
 - 2 () Hareketsizlik
 - 3 () Güçsüzlük
 - 4 () Tat duyusunda değişme
 - 5 () İştahsızlık
 - 6 () Stres
 - 7 () Diğer.....

3. BOŞALTIM

9. Ameliyattan sonra barsak boşaltım alışkanlığınızda değişiklik / değişiklikler oldu mu?
 - 1 () Hayır
 - 2 () İshal olma
 - 3 () Kabız olma
 - 4 () Diğer.....

10. Ameliyattan sonra idrar yapma alışkanlığınızda değişiklik oldu mu ?

- 1 () Hayır
2 () Sık idrar yapma
3 () İdrar yaparken yanma
4 () İdrar yaparken ağrı
5 () İdrar yapma güçlüğü
6 () İdrar kaçıрма
7 () İdrarda kan olması
8 () Diğer.....

4. AKTİVİTE VE EGZERSİZ

11. Ameliyattan sonra boş zamanlarınızda yapmaktan hoşlandığınız alışkanlıklarınızda değişiklik oldu mu?

- 1 () Hayır, olmadı
2 () Evet, açıklayınız

12. Ameliyattan sonra hastalığınıza yönelik verilen egzersiz programına uyma durumunuz nedir?

- 1 () Egzersiz programı verilmedi.
2 () Uyuyorum
3 () Uyamıyorum

13. Ameliyat sonrasında günlük aktivitelerde sorun yaşama/ yardım alma durumunuz nedir?

- 1 () Sorun yaşamıyorum/ Yardım almıyorum
2 () Beslenme () Yardım Alıyorum () Yardım Almıyorum
3 () Boşaltım () Yardım Alıyorum () Yardım Almıyorum
4 () Banyo () Yardım Alıyorum () Yardım Almıyorum
5 () Giyim () Yardım Alıyorum () Yardım Almıyorum
6 () Egzersiz () Yardım Alıyorum () Yardım Almıyorum
7 () Çalışma () Yardım Alıyorum () Yardım Almıyorum
8 () Eğlence () Yardım Alıyorum () Yardım Almıyorum
9 () Diğer.....

5. UYKU/ DİNLENME

14. Ameliyattan sonra uyku düzeninizde değişme oldu mu ?

- 1 () Hayır
2 () Aşırı uyuma
3 () Dinlendirici olmayan uyku
4 () Gün boyunca yoğun uyuklama durumu
5 () Uykuya başlama/ uykuyu sürdürme güçlüğü
6 () Diğer

6. BİLİŞSEL VE ALGISAL DEĞERLENDİRME

15. Ameliyattan sonra bilişsel ve algısal değerlendirme gücünüzle ilgili sorun/ sorunlar yaşıyor musunuz?

- 1 () Hayır
2 () Oryantasyonla ilgili sorunlar
3 () Hafızayla ilgili sorunlar
4 () Yargılama yeteneğiyle ilgili sorunlar
5 () Diğer.....

7. KENDİNİ ALGILAMA

16. Ameliyattan sonra kendiniz ile ilgili düşüncenizde ne yönde bir değişiklik oldu?

- 1 () Hayır, olmadı
2 () Görünüşümle ilgili değişiklikler
3 () Kişiliğimle ilgili değişiklikler
4 () Fiziksel performansım ile ilgili olumlu değişiklikler
5 () Fiziksel performansım ile ilgili olumsuz değişiklikler
6 () Kendime olan güvenimle ilgili olumlu değişiklikler
7 () Kendime olan güvenimle ilgili olumsuz değişiklikler
8 () Diğer

8. ROL VE İLİŞKİ

17. Ameliyattan sonra iş yaşamınızda ne yönde bir değişiklik oldu?
1 () Hayır, değişiklik olmadı
2 () Olumlu
3 () Olumsuz
18. Ameliyattan sonra aile bireyleri / yakın akrabalar ile olan ilişkilerinizde ne yönde bir değişiklik oldu?
1 () Hayır, değişiklik olmadı
2 () Olumlu
3 () Olumsuz
19. Ameliyattan sonra arkadaşlarınız ile olan ilişkilerinizde ne yönde bir değişiklik oldu?
1 () Hayır, değişiklik olmadı
2 () Olumlu
3 () Olumsuz

9. CİNSELLİK VE ÜRETKENLİK

20. Ameliyattan sonra eşinize karşı olan cinsel ilginizde ne tür değişiklikler oldu?
1 () Hayır, olmadı
2 () Ayrı yatıyoruz
2 () Cinsel ilişkiye girerken korkuyoruz
3 () Cinsel ilişkiye girmiyoruz
4 () Diğer

10. STRESLE BAŞETME VE STRES TOLERANSI

21. Ameliyattan sonra kendinizi nasıl hissediyorsunuz?
1 () Gergin
2 () Kaygılı
3 () Rahat
4 () Depresif
5 () Diğer.....
22. Ameliyattan sonra sizde stres yaratan durumları azaltmak için ne yapıyorsunuz?
1 () Hiçbir şey yapmıyorum
2 () Önem vermiyorum / Üzerinde durmuyorum
3 () Durumu kabulleniyorum
3 () Birisi ile konuşuyorum
4 () Sigara-alkol kullanıyorum
5 () Öfkeleniyorum
6 () Diğer.....

11. DEĞERLER VE İNANÇLAR

23. Ameliyattan sonra dini inançlarınıza göre yaptığınız uygulamalarda herhangi bir değişiklik oldu mu?
1 () Hayır, olmadı
2 () Ameliyat öncesinde yaptığım uygulamaları yapamıyorum/yapmıyorum
3 () Ameliyat öncesinde yapmadığım uygulamaları yapmaya başladım
4 () Diğer.....

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

- a) Mükemmel
- b) Çok İyi
- c) İyi
- d) Fena Değil
- e) Kötü

2. Bir yıl öncesine karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
- b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
- c) Bir yıl öncesine göre hemen hemen aynı
- d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
- e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Eve, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a) Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler.			
b) Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler.			
c) Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
d) Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
e) Merdivenle bir kat çıkma			
f) Eğilme veya diz çökme			
g) Bir-iki kilometre yürüme			
h) Birkaç sokak öteye yürüme			
ı) Bir sokak öteye yürüme			
i) Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a) İş veya diğer etkinlikler için harcadığımız zamanı azalttınız mı?		
b) Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
c) İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
d) İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a) İş veya diğer etkinlikler için harcadığımız zamanı azalttınız mı?		
b) Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
c) İşiniz veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a) Hiç
- b) Çok hafif
- c) Hafif
- d) Orta
- e) Şiddetli
- f) Çok şiddetli

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını gözönüne alarak, seçiniz.

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
a) Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
b) Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
c) Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
d) Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
e) Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
f) Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
g) Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
h) Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
ı) Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

- a) Her zaman
b) Çoğu zaman
c) Bazen
d) Nadiren
e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

Her bir ifade için en uygun olanımı işaretleyiniz.

	Ke sin likle Do ğru	Do ğru	Bil mi yor um	Ya nlı ş	Ke sin likle Ya nlı ş
a) Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.					
b) Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.					
c) Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.					
d) Sağlığım mükemmel.					

AÇIK KALP AMELİYATI OLMUŞ BİREYLERİN FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİNE GÖRE EVDE BAKIM GEREKSİNİMLERİNİ BELİRLEME FORMU

I.SAĞLIĞIN ALGILANMASI/SAĞLIK YÖNETİMİ

1. Ameliyattan sonra sağlığınızla ilgili düşüncelerinizde değişiklik oldu mu?
Evet() Hayır()
2. Birinci sorunun cevabı evetse nasıl bir değişiklik oldu?
3. Şu anda kendinizi sağlıklı olarak görüyor musunuz?Evet() Hayır() Neden().....
4. Sağlığınızı sürdürmek için neler yapmayı planlıyorsunuz?
Spor()Düzenli uyku() Düzenli beslenme() Sigara\alkol kullanmama()Diğer().....
5. Ameliyattan sonra eve gelmenin iyileşmenizi nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?
İyi etkileyecek() Kötü etkileyecek()
6. Beşinci soruya verdiğiniz cevabın nedenini açıklayınız.
7. Sağlıklı Olmayı Etkileyen Alışkanlıkları
Sigara
Alkol
İlaç
Diyet
8. Ameliyattan sonra bu alışkanlıklarınızda bir değişiklik oldu mu?

<u>Alışkanlık</u>	<u>Özelliği</u>
Sigara
Alkol
İlaç
Diyet
9. Alışkanlıklarınız ile ilgili sorun yaşadıysanız sağlık personeline ihtiyaç duyduunuz mu?
Evet () Hayır()
10. Tedaviye uyum düzeyi (yakınına da sorulacak)

	Uyumlu	Uyumsuz	Diğer
İlaç	()	()	().....
Egzersiz kısıtlamaları	()	()	().....
Tedavi kararları	()	()	().....
Önerilere uyma	()	()	().....
11. Yukarıda belirttiğiniz sorunlardan hangisi\hangileri devam ediyor? (6.haftada sorulacak)

II. BESLENME VE METABOLİZMA

12. Kilo: Boy: BKİ:
13. Ameliyattan sonra nasıl beslenmeniz gerektiği ile ilgili size bilgi verildi mi?
Evet () Hayır ()
14. Bilgi verildi ise kim tarafından verildi? Doktor() Hemşire() Diğer().....

15. Bilgi verildi ise ne söylendi?

16. Ameliyattan sonra beslenme alışkanlığımızda bir değişiklik oldu mu?

Evet () Hayır ()

17. Değişim olduysa nasıl bir değişiklik oldu? Açıklayınız.

Hastalığıma özel diyet diyet uyguluyorum()

İştahım azaldı () İştahım Arttı() Diğer()

18. Hastalığımıza özel bir diyet verildi mi? Evet () Hayır ()

19. Diyet verildi ise bu diyeti uygulayabiliyor musunuz? Evet () Hayır ()

20. Uygulamıyorsanız nedenini açıklayabilirmisiniz?

21. Ameliyattan sonra size ne kadar sıvı almanız söylendi?Litre\Bardak

22. Günde kaç litre\su bardağı sıvı alıyorsunuz?

23. Beslenmenizi etkileyen aşağıdaki sorunlardan hangisi\hangilerini yaşıyorsunuz?

	Var	Yok
Ağrı	()	()
Hareketsizlik	()	()
Güçsüzlük	()	()
Tat duyusunda değişme	()	()
İştahsızlık	()	()
Stres	()	()
Diğer.....		

24. Beslenme sorun\sorunlarınızı gidermeye yönelik ne yapıyorsunuz?

() Hiçbirşey yapmıyorum

() Dr'a gittim

() İlaç alıyorum

() Diğer.....

25. Bu problem için bir sağlık personeline ihtiyaç hissediyormusunuz? Evet () Hayır ()

26. Yukarıda belirttiğiniz sorunlardan hangisi\hangileri devam ediyor?

(6.Haftada sorulacak)

III. BOŞALTIM

27. Taburcu olmadan önce barsak boşaltımınızla ilgili bilgi verildi mi? Evet () Hayır()

28. Bilgi verildi ise kim tarafından verildi? Doktor() Hemşire() Diğer()

29. Verilen bilgide ne söylendi?

30. Taburcu olduktan sonra barsak boşaltım alışkanlığımızda sorun oldu mu?

Evet() Hayır ()

31. Cevabınız evetse yaşadığımız sorun nedir?

() Sık sık ishal olma

() Ara sıra ishal olma

() Sık sık kabız olma

() Ara sıra kabız olma

() Diğer.....

32. Sizce bu sorunu yaşamanızın nedeni nedir?

- Tuvalete gitmeyi erteleme İşe yaramama düşüncesi Tuvaletin tipi
 Stres İlaçlar (antidepresanlar vb) Beslenme alışkanlığı
 Diğer.....

33. Bu sorunu gidermeye yönelik ne yaptınız ?

- Reçetesiz ilaç alma Sıvı alımı Besin alımı Dr.a gitme Hiçbir şey Diğer

34. Yaptığınız uygulama sorununuzun çözümüne yardımcı oldu mu?

- Evet Hayır

35. Bu sorunuz için bir sağlık personeline ihtiyaç duyduunuz\duyuyormusunuz?

- Evet Hayır

36. Taburcu olmadan önce idrar boşaltımı ile ilgili bilgi aldınız mı? Evet Hayır

37. Cevabınız evet ise kimden bilgi aldınız ? Dr Hemşire Diğer

38. Bilgi adıysanız ne söylendi?

39. Taburcu olduktan sonra idrar yapma alışkanlığınızda sorun oldu mu?

- Evet Hayır

40. Cevabınız evet ise yaşadığınız sorun nedir?

- Ağrı Sık idrar yapma Yanma idrar yapma güclüğü
 İdrar kaçırma İdrarda kan olması Diğer

41. Bu soruna yönelik neler yaptınız? Dr.a gittim Hiçbirşey yapmadım Diğer.....

42. Bu soruna yönelik bir sağlık personeline ihtiyaç duyuyormusunuz? Evet Hayır

43. Yukarıda belirttiğiniz sorunlardan hangisi\hangileri devam ediyor?

(6.haftada Sorulacak)

IV.AKTİVİTE VE EGZERSİZ

44. Ameliyattan sonra aktiviteleriniz ile ilgili bilgi verildi mi? Evet Hayır

45. Bilgi aldıysanız kimden aldınız? Doktor Hemşire Diğer

46. Bilgi verildi ise ne söylendi?

47. Boş zamanlarımızda yapmaktan hoşlandığımız alışkanlıklarımız var mı?

- Evet Hayır

48. Cevabınız evet ise nelerdir? Yürümek Uyumak Eğlence Diğer

49. Ameliyattan sonra bu alışkanlıklarımızda değişiklik oldu mu? Evet Hayır

50. Cevabınız evet ise nasıl bir değişiklik oldu? Açıklayınız.

51. Ameliyattan sonra hastalığımıza yönelik egzersiz programı verildi mi?

- Evet Hayır

52. Cevabınız evet ise bu egzersiz programına uyabiliyor musunuz? Evet Hayır

53. Cevabınız hayır ise düzenli egzersiz yapamamanızın nedeni nedir? Açıklayınız.

54. Ameliyattan sonra evde günlük ihtiyaçlarınızı karşılamada sorun yaşıyor musunuz?

- Evet Hayır

55. Evet ise aşağıdaki aktivitelerden hangisi\hangilerinde sorun yaşıyorsunuz?

- Beslenme Banyo Giyim Egzersiz
 Boşaltım Çalışma Eğlence Diğer

56. Bu sorunları gidermeye yönelik ne yapıyorsunuz?

- | | Yardım aldım | Yardım Almadım |
|----------|--------------------------|--------------------------|
| Beslenme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Boşaltım | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Banyo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Giyim	()	()
Egzersiz	()	()
Çalışma	()	()
Eğlence	()	()

57. Yaşadığımız bu soruna\sorunlara yönelik olarak sağlık personeline ihtiyaç duyuyormusunuz? Evet() Hayır()

58. Yukarıda belirttiğiniz sorunlardan hangisi\hangileri devam ediyor?(6.haftada sorulacak)

V. UYKU / DİNLENME

59. Taburcu olmadan önce uyku ve dinlenme ile ilgili bilgi aldınız mı? Evet()Hayır()

60. Bilgi verildiyse kim tarafından verildi? Doktor() Hemşire() Diğer ()

61. Bilgi verildi ise ne söylendi?

62. Taburcu olduktan sonra gün içinde dinlenmek için ne yapıyorsunuz?

İşlerimi dinlenerek yapıyorum() İş yapmıyorum() İş Yapamıyorum()
Gün içinde uyuyorum() Kendimi yorgun hissediyorum() Dinlenemiyorum () Diğer()...

63. Taburcu olduktan sonra uyku düzeninizde değişiklik yaşadınız mı?

Evet() Hayır()

64. Cevabınız evet ise yaşadığımız değişiklik nedir?

- () Aşırı uyuma
- () Gün boyunca yoğun uyuklama durumu
- () Dinlendirici olmayan uyku
- () Uykuya başlama güçlüğü/uykuyu sürdürme güçlüğü
- () Bunalma, boğulma hissiyle birden bire uykudan uyanma
- ()Yalnız uyumaktan korkma\ölüm korkusu
- ()Kabuslar
- () Diğer.....

65. Yaşadığımız sorunu gidermeye yönelik neler yapıyorsunuz?

66. Sizce uyku sorunu yaşamamızın nedeni nedir?(uyku sorunu olanlar için)

- () Cerrahi girişim
- () Bir yastıktan daha fazla yastık kullanma
- () Ağrı
- () Kafein, çay, sigara
- () Gece idrara çıkma
- () Stres
- () Diğer

67. Yaşadığımız bu sorunlarda sağlık personeline ihtiyaç duyuyormusunuz?

Evet() Hayır()

68. Yukarıda belirttiğiniz sorunlardan hangisi\hangileri devam ediyor?

(6.haftada sorulacak)

VI. BİLİŞSEL VE ALGISAL DEĞERLENDİRME

69. Ameliyattan sonra size hafızanızda, konuşmanızda, olayları kavrama, düşünme yeteneğinizde olabilecek değişiklikler ile ilgili bilgi verildi mi? Evet() Hayır()

70. Cevabınız evet ise kimden bilgi aldınız? Doktor () Hemşire() Diğer().....

71. Bilgi aldıysanız ne söylendi?

72. Aşağıdaki sorunlardan hangisini\hangilerini yaşıyorsunuz?

	Var	Yok	Ne yapıyor
Ağrı	()	()
Yorgunluk	()	()
Halsizlik	()	()
Baş dönmesi	()	()

73. Oryantasyon değerlendirilmesi;

	Normal	Disoryante
Yer	()	()
Kişi	()	()
Zaman	()	()

74. Ameliyattan sonra unutkanlık yaşıyor mu? (yakınına sorulacak)

Evet() Hayır() Ara sıra ()

75. Eğer olduysa bu soruna yönelik ne yaptınız ?

76. Oryantasyon durumunun değerlendirilmesi:

Zaman : Bugün (ay, yıl, gün) günlerden ne? Doğru() Yanlış ()
Şu anda günün hangi zamanı? Doğru() Yanlış ()
Yer: Bu binanın adı nedir? Bu şehrin adı nedir Doğru() Yanlış ()
Kişi: İsminiz nedir? Doğru() Yanlış ()

77. Çevresinde olanların farkında mı? Evet() Hayır()

78. Soyut düşünme yeteneği: Aşağıdaki nesnelere gösterebiliyor mu, isimlerini söyleyebiliyor mu?

Saat () Anahtarlık ()

Atasözünün anlamını açıklamasını isteyin Doğru () Yanlış ()

79. Objeler arasında benzerlikleri ve farklılıkları bulabiliyor mu? (ağaç-çiçek)

Evet () Hayır ()

80. Problem çözme ve konsantrasyon yeteneği : (eğitim durumuna göre)

Aritmetik bir işlemi çözebiliyor mu?

Evet () Hayır ()

100' den geriye doğru 65'e kadar 7'şer 7'şer sayabiliyor mu? 93,86,79,72,

Evet () Hayır ()

81. Hafıza yeteneğinin değerlendirilmesi:

Şu andaki hafıza :(3-4 nesne adı söylendiğinde tekrarlayabiliyor mu)?

() Mavi ()Şahin ()Lale

1 dakika sonra tekrar söyleyebildi mi? () Mavi () Şahin () Lale

Yakın hafıza :sabah kahvaltıda ne yediniz?

Dün ne yaptınız?

Uzak hafıza doğum gününüzü söylersiniz?

Doğum yeriniz neresi?

Kaç yılda evlendiniz?

82. Konuşma yeteneğinin değerlendirilmesi:

Hızı normal() yavaş() hızlı ()

Kelimelerin kullanımı uygun() uygun değil ()
Cevap verme durumu : () içten () açık sözlü () kaçamak
Konuşma bozukluğu : () disartri () güçlükle konuşma

83. Yargılama yeteneğinin değerlendirilmesi:

Olaylar arasında neden sonuç ilişkisini kurabiliyor mu?

Olası bir durumu analiz ederek karar verebiliyor mu? (Örneğin: yolda giderken cüzdan bulursanız ne yaparsınız)

İç görüşü: Hastalığımı/durumumu nasıl görüyor?

84. Yardım için gereksinimlerini fark ediyor mu? () Evet () Hayır

85. Kendi sorumluluklarını kabul ediyor mu? () Evet () Hayır

86. Yardım gereksinimini ifade ediyor mu?(gözlemlenecek) () Evet () Hayır

87. Ameliyattan sonra hastanın konuşmasında bir değişiklik oldu mu?(yakınına sorulacak)

Evet() Hayır()

88. Cevabınız evet ise nasıl bir değişiklik oldu?

89. Değişiklik oldu ise bunun için ne yaptınız?

90. Yaşadığımız sorunlar için sağlık personeline ihtiyaç duyuyormusunuz? Evet() Hayır()

91. Yukarıda ifade ettiğiniz sorunlardan devam eden\edenler hangileridir?(6.haftada sorulacak)

VII. KENDİNİ ALGILAMA

92. Ameliyattan sonra kendiniz ile ilgili olan düşüncelerinizde olabilecek değişikliklere yönelik bilgi verildi mi? () Evet () Hayır

93. Cevabınız evet ise kim tarafından verildi? Dr() Hemşire() Diğer()

94. Bilgi verildiyse ne söylendi?

95. Kendinizi görünüş olarak beğenirmisiniz? Evet() Hayır()

96. Kendisini görünüş olarak nasıl tanımlar ?

Güçlü() Güçsüz() Güzel() Çirkin()

Yakışıklı() Çekici() Diğer()

97. Ameliyattan sonra kendiniz ile ilgili düşüncenizde değişiklik oldu mu?

Evet() Hayır()

98. Değişiklik olduysa nasıl bir değişiklik oldu?Açıklayınız.

99. Nasıl bir kişiliğe sahibsiniz?

Sinirli() Sabırsız() Sabırlı() Anlayışlı() Sessiz() Diğer().....

100. Kendinizi kişilik olarak beğenirmisiniz? Evet() Hayır()

101. Size göre ameliyattan sonra kişilik özelliklerinizde bir değişiklik oldu mu?

Evet() Hayır()

102. Değişiklik oldu ise nasıl bir değişim oldu?Açıklayınız.

103. Değişiklik oldu ise ne yaptınız?

104. Bu değişiklik için bir sağlık personeline ihtiyaç duyuyormusunuz? Evet() Hayır()

105. Yukarıda belirttiğiniz sorunlardan hangisi\hangileri devam ediyor?(6.haftada sorulacak)

VIII. ROL VE İLİŞKİ

106. Ameliyat sonrasında insanlarla ilişkileriniz ve günlük yaptığımız görevleriniz sorumluluklarımızın değişebileceği ile ilgili bilgi verildi mi?

Evet () Hayır ()

107. Bilgi verildi ise kim tarafından verildi? Dr () Hemşire () Diğer ()

108. Cevabınız evet ise ne söylendi?

109. Yaşamınızda önemli olan kişiler kimler?

110. Bu kişilerle olan ilişkilerinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

Sıcak\Yakın () Soğuk\Uzak () Diğer ().....

111. Ameliyattan sonra bu kişiler ile olan ilişkilerinizde bir değişiklik oldu mu?

Evet () Hayır ()

112. Değişiklik oldu ise nasıl bir değişiklik oldu ?

113. Ameliyattan sonra iş yaşamınızda değişiklik oldu mu? Evet () Hayır ()

114. Değişiklik oldu ise nasıl bir değişiklik oldu?

115. Ameliyattan sonra aileniz ile olan ilişkilerinizde değişiklik oldu mu?

Evet () Hayır ()

116. Değişiklik olduysa nedir?

() Rolünü yerine getirememe

() İletişim kurma ve sürdürmede güçlük

() Kendisinden beklentilerin yüksek olması

() Ekonomik güçlük

() Birden fazla rol içinde olmak

() Rol çatışması

117. Ameliyattan sonra akrabalarınızla olan ilişkilerinizde değişiklik oldu mu?

Evet () Hayır ()

118. Değişiklik olduysa nedir?

119. Ameliyattan sonra arkadaşlarınız ile olan ilişkilerinizde değişiklik oldu mu?

Evet () Hayır ()

120. Değişiklik olduysa nedir?

121. Bu değişikliklere yönelik sağlık personeline ihtiyaç duyuyormusunuz?

Evet () Hayır ()

122. Yukarıdaki belirttiğiniz sorunlardan hangisi\hangileri devam ediyor?(6.haftada sorulacak)

VIII. CİNSELLİK – ÜRETKENLİK

123. Ameliyattan sonra cinsel yaşamınızın nasıl olması gerektiği ile ilgili bilgi aldınız mı? Evet () Hayır ()

124. Cevabınız evet ise kimden aldınız? Dr () Hemşire () Diğer ()

125. Eğer bilgi aldıysanız ne söylendi?

126. Ameliyattan sonra eşinize karşı olan duygularınızda bir değişiklik yaşıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

127. Değişiklik olduysa nedir?

Ayrı yatıyoruz () İlişkiye girmekten korkuyoruz () İlişkiye girmiyoruz () Diğer ().....

128. Bu değişiklik sizin yaşantınızı nasıl etkiledi?

Sinirliyim ()

Kendimi işe yaramaz hissediyorum ()

Diğer ().....

129. Bu sorunlara yönelik sağlık personeline ihtiyaç duyuyormusunuz?
Evet () Hayır()
130. Cinsellik ile ilgili belirttiğiniz sorunlardan hangisi\hangileri devam ediyor?(6.haftada sorulacak)

X. STRESLE BAŞETME VE STRES TOLERANSI

131. Taburcu olmadan önce stresinizi azaltmaya yönelik olarak bilgi aldınız mı?
Evet () Hayır()
132. Cevabınız evet ise kimden aldınız? Dr() Hemşire() Diğer()
133. Bilgi aldıysanız ne söylendi?

134. Ameliyattan sonra sizde strese neden olan durumlar nelerdir?

Aile yaşantısı ile ilgili:

İŞ yaşantısı ile ilgili:

Sosyal yaŐantı ile ilgili:

135. Ameliyattan sonra kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Gergin() Kaygılı() Rahat () Depresif() Diğer().....

136. Ameliyattan sonra sizde stres yaratan durumları azaltmak için ne yapıyorsunuz?

Birisi ile konuŐmak () Unutmaya alıŐma () Problemi ozmeye çalıŐmak()

Hiçbir Şey yapmamak () Sigara içmek () İlaç almak()

AŞırı yemek yemek () Problemler için birini suçlamak () Uyumak()

Durumu kabul etmek () nem vermemek () İnsanlardan uzaklaŐmak()

fkelenip bağırmak () fkelenip içine atmak()

fkelenip vurmak bir Şeyler fırlatmak() Diğer().....

137. Stresinize yönelik olarak sağlık personeline ihtiyaç duyuyormusunuz?

Evet ()Hayır()

138. Yukarıda belirttiğiniz sorunlardan hangisi\hangileri devam ediyor?

(6.haftada sorulacak)

XI. DEĞERLER VE İNANÇLAR

139. Ameliyatlar çok önemli olaylardır. Kişilerin değer ve inançlarında deđerliŐliklere neden olabilir. Size taburcu olmadan önce bu konuda bilgi verildi mi?

Evet () Hayır()

140. Cevabınız evet ise kim tarafından verildi? Dr() Hemşire() Diğer().....

141. Bilgi aldıysanız ne söylendi?

142. Dini inançlarımıza göre yaptığınız uygulamalar var mı? Evet () Hayır()

143. Ameliyat olma nedeniyle dini uygulamalarımızda herhangi bir deđerliŐlik oldu mu?

Evet () Hayır()

144. Bu durum sizi nasıl etkiledi?

145. Bu deđerliŐlikler için sağlık personeline ihtiyaç duyuyormusunuz?

Evet () Hayır()

146. Yukarıda belirttiğiniz sorunlardan hangisi\hangileri devam ediyor?

(6.haftada sorulacak)

EK 7

10.06.2014

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ceyda Gözde BEKTAŞ'ın geliştirmiş olduğum "Açık Kalp Ameliyatı Olmuş Bireylerin Evde Bakım Gereksinimlerini Belirleme Formu"nu, "Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Ortaya Çıkan Yaşam Biçimi Değişikliklerinin Hastaların Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı tez çalışmasında kullanması tarafımdan uygundur. Bilgilerinize sunulur.



Emine Selda GÜNDÜZ