



T.C

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KORONER ARTER BYPASS GREFT GEÇİREN HASTALARIN
AMELİYAT SONRASI BİLGİ GEREKSİNİMLERİNİN VE AİLE
DESTEK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

AYŞE KALE

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. ZEHRA DURNA

İSTANBUL – 2011

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Ayşe KALE tarafından hazırlanan **“Koroner Arter Bypass Greft Geçiren Hastaların Ameliyat Sonrası Bilgi Gereksinimlerinin ve Aile Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi”** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :25.01.2011

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi :Prof.Dr.Zehra DURNA
:Bilim Üni. / Florance Nigh. HYO.
(Danışmanı)

.....

Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Kürşat ÖZDİLLİ
: Haliç Üniversitesi / HYO.

.....

Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Semiha AKIN
: Bilim Üni. / Florance Nigh. HYO.

.....

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

I. TEŞEKKÜR

Bu araştırmam için konu seçiminde beni yönlendiren, araştırmamın gerçekleştirilmesinde desteğini esirgemeyen danışmanım, değerli hocam Prof. Dr. Zehra DURNA'ya,

Tez alışma sürecim boyunca desteğini esirgemeyen sevgili hocam Yard. Doç. Dr. Semiha AKIN'a,

Lisansüstü eğitimim süresince ders aldığım tüm hocalarıma,

Lisansüstü eğitimim sürecinde bana destek sağlayan şişli Memorial Hastanesi, Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri ve Abbott Laboratuvarı A.ř'ne,

Araştırmamıza katılan tüm şişli Memorial Hastanesi Kardiyovasküler Cerrahi Servisi'nde yatan hastalarımıza ve yakınlarına,

Her zaman bana güvenen ve destek veren gurur duyduğum canım aileme en içten dileklerle teşekkür ederim.

Ayşe KALE

II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR	i
II. İÇİNDEKİLER	ii
III. KISALTMALAR VE SİMGELER	iv
IV. TABLOLARIN LİSTESİ	vi
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. Koroner Arter Hastalığı.....	7
4.1.1. Koroner Arter Hastalıklarının Görülme Nedenleri ve Sıklığı.....	7
4.1.2. Koroner Arter Hastalıklarında Risk Faktörleri.....	9
4.1.3. Koroner Arter Fiziopatolojisi.....	12
4.1.4. Koroner Arter Hastalıklarında Tanı ve Tedavi.....	13
4.2. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi.....	14
4.2.1. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisinin Endikasyonları.....	16
4.2.2. Preoperatif Değerlendirme.....	17
4.2.3. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisinin Komplikasyonları.....	20
4.2.4. Postoperatif Bakımın Planlanması.....	22
4.3. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Sonrası Bilgi Gereksinimi ve Eğitimin Önemi.....	30
4.4. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi ve Sosyal Destek.....	40
4.4.1. Sosyal Desteğin Tanımı ve Önemi.....	40
4.4.2. Sosyal Destek Modelleri.....	41
4.4.3. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olan Hastalarda Sosyal Destek.....	43
4.4.4. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olan Hastalarda Aile Desteği.....	44
5. GEREÇ VE YÖNTEM	46
5.1. Araştırmanın Türü ve Amacı.....	46
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	46
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	46

5.4. Verilerin Toplanması	46
5.5. Veri Toplama Araçları	47
5.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	50
6. BULGULAR	51
7. TARTIŞMA	72
7.1. Koroner Arter Bypass Greft (KABG) Cerrahisi Uygulanan Hastaların Kişisel Özelliklerini, Hastalık Tanısı ve Hastane Yatışına İlişkin Bulguların Tartışılması	72
7.2. Koroner Arter Bypass Greft (KABG) Cerrahisi Uygulanan Hastaların Bilgi Gereksinimleri ile İlgili Bulguların Tartışılması	73
7.3. Koroner Arter Bypass Greft (KABG) Cerrahisi Uygulanan Hastaların Algılanan Aile Desteği Ölçeği, Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu ve Klinik Riskler Puanlaması Modeli Toplam Puanları ile İlişkili Değişkenlerin Tartışılması	79
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	83
9. KAYNAKLAR	86
10. EKLER	99
Ek-1. Hasta Bilgilendirme ve Onay Formu.....	99
Ek-2. Hasta Tanılama Formu	101
Ek-3. Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu	106
Ek-4. Algılanan Aile Desteği Ölçeği	108
Ek-5. Etik Kurul Onayı	110
Ek-6. Ölçek İzin Onayı	111
11. ÖZGEÇMİŞ	112

III. KISALTMALAR VE SİMGELER

ABD	Amerika Birleşik Devleti
ACT	Aktivite Pıhtılaşma Zamanı
APTT	Activated Partial Thromboplastin Time
ARDS	Yetişkin Solunum Distresi Sendromu
BUN	Blood Urea Nitrogen
CABG	Coronary Artery Bypass Graft
CVP	Central Venous Pressure
DSÖ	World Health Organization (Dünya sağlık örgütü)
EKG	Elektrokardiyografi
HGB	Hemoglobin
HCT	Hematokrit
HDL	High-Density Lipoprotein
IKH	İskemik Kalp Hastalığı
IMR	Internal Mamarian Arter
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization
LDL	Düşük Dansiteli Protein
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KABG	Koroner Arter Bypass Greft
KKH	Koroner Kalp Hastalığı
KMR	Kardiak Manyetik Rezonans Görüntüleme
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KRS	Klinik Risk Skorlaması
KVC	Kardiovasküler Cerrahi
MI	Myokard Enfarktüsü
MPS	Miyokard Perfüzyon Sintigrafisi
MR	Manyetik Rezonans
PET	Pozitron Emisyon Tomografi
PT	Protrombin Zamanı
PTCA	Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty
PTT	Parsiyel Tromboplastin Zamanı

TEKHARF Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
SPSS Statistical Package For The Social Sciences
CVO Serebrovasküler Olay

IV. TABLOLARIN LİSTESİ

Tablo 4.1. Kalp Damar Hastalığı Risk Faktörleri	9
Tablo 4.2. Klinik ve Anatomik/Fizyolojik Endikasyonlar	16
Tablo 4.3. KABG Cerrahisinin Komplikasyonları	21
Tablo 5.1. Algılanan Aile Desteği Ölçeği Madde-Toplam Puan Korelasyonu Katsayıları	49
Tablo 5.2. Çalışmada Kullanılan İstatistiksel Analizler	50
Tablo 6.1. Hastaların Kişisel Özellikleri	52
Tablo 6.2. Hastanın Tanısı ve Hastane Yatışına İlişkin Bulgular	54
Tablo 6.3. Hastanın Bireysel Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler	56
Tablo 6.4. Hasta Ailesine İlişkin Özellikler	58
Tablo 6.5. Hastane Yatışı Ve Ameliyat Durumuna İlişkin Özellikler	59
Tablo 6.6. Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu, Algılanan Aile Desteği Ölçeği ve Klinik Riskler Puanlaması Modeli Toplam Puan Ortalamaları	60
Tablo 6.7. Örneklemin Klinik Riskler Puanlaması Modeli’den Aldığı Puanlara Göre Dağılımı	60
Tablo 6.8. Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu’na Verilen Yanıtların Dağılımı ...	62
Tablo 6.9. Algılanan Aile Desteği Ölçeği’ne Verilen Yanıtların Dağılımı	64
Tablo 6.10. Algılanan Aile Desteği Ölçeği ve Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu Toplam Puanları İle Kişisel ve Hastalığa İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması..	67
Tablo 6.11. Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu ve Algılanan Aile Desteği Ölçeği Puanları İle Yaş, Evde Yaşayan Aile Üye Sayısı Ve Graft Sayısının Karşılaştırılması	70
Tablo 6.12. Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu, Algılanan Aile Desteği Ölçeği Ve Klinik Riskler Puanlaması Modeli Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	71
Tablo 6.13. Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu Toplam Puanları İle Algılanan Aile Desteği Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	71

1. ÖZET

Koroner Arter Hastalığı tedavisinde Koroner Arter Bypass Greft (KABG) ameliyatı uygulanan yöntemlerden biridir. KABG ameliyatı geçirmiş hastaların ameliyat sonrası gereksinimlerine göre bilgilendirilmesi hastanın ameliyat sonrası yaşamına uyum sağlamasında önemlidir. Hastaların ameliyat sonrası sosyal çevrelerinden algıladıkları destek önem kazanmaktadır. Bu çalışma KABG ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası bilgi gereksinimlerinin ve aile destek düzeylerinin belirlenmesi amacı ile yapılan tanımlayıcı ve analitik bir araştırmadır. Araştırmanın örneklemini KABG ameliyatı olan 75 hasta oluşturmaktadır. Veriler gerekli kurum izinleri ve hastalardan bilgilendirilmiş yazılı onam alınarak toplanmıştır. Araştırmanın verileri Hasta Tanılama Formu, Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu, Algılanan Aile Destek Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edilmiştir. Veriler SPSS (16.0 versiyon) istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir. Yaş ortalaması $x \pm ss$ 61,05±10,94 (dağılım: 40-84) olan hastaların hastalıkları ile ilgili olarak %18,7'si (n=14) bilgiye sahip olmadığını, hastaların %12'sinin (n=9) hastalıkları ile ilgili olarak bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir. Hastaların inhaler ilaç kullanımı (%78,7), ameliyat sonrası dönemde araba kullanımı (%21,3) ve uçakla seyahat (%28) konularında bilgi düzeylerinin en düşük olduğunu belirlenmiştir. Hastaların doğru nefes alma (%49,3), solunum egzersizleri (%49,3), uygun pozisyon (%45,3), fiziksel aktivite planlaması ve egzersiz, uykusuzluk ile baş etme yöntemleri (%53,3) konusunda bilgi düzeyinin iyi olduğu belirlenmiştir. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, bireysel ameliyat öyküsü ve kronik hastalık öyküsüne göre Algılanan Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($p > 0,05$). KABG ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşamındaki değişikliklerle başa çıkabilmesi için bilgi gereksinimlerinin ve aile desteğinin belirlenmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Koroner Arter Bypass Greft, Sosyal Destek, Bilgi Gereksinimi

2. SUMMARY

The Evaluation of Knowledge and Social Support Level of Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery

Coronary artery bypass graft surgery (CABG) is one of the treatment modalities used in coronary artery diseases. Providing the necessary of knowledge for patients after CABG surgery is important for improving the adjustment with life after the surgery. Perceived social support plays a significant role in this adjustment process. The purposes of this study are to assess the patients' need for knowledge and their family support level after CABG surgery. This research is a descriptive and analytic study. Study sample consisted of 75 CABG surgery patients. The study was approved by the hospital administration. The verbal informed consent was obtained from the patients. The data was gathered using Patient Information Form, The Knowledge Assessment Form and Family Support Scale. The data was analysed using SPSS software (16.0 version). The mean age of the study sample was $x \pm sd$ 61.05±10.94 (range: 40-84). Nearly twenty percent of patients (18.7%, n=14) stated not to have any knowledge, only 12% (n=9) had knowledge about their illness. The level of knowledge was lowest for using their inhalers (78.7%), for driving during the postoperative period (21.3%) and for travelling by plane (28%). The patients' level of knowledge was highest for proper breathing (49.3%), for breathing exercises (49.3%), for proper positioning (45.3%), for physical activity planning and exercises (53.3%). There were not statistically significant differences between Family Support Scale scores in relation to age, gender, education level, working status, history of operation and history of chronic illness ($p > 0.05$). Assessment of knowledge about the illness and family support has significant effects on adjustment after the coronary artery bypass graft surgery.

Key words: Coronary Artery Bypass Graft, Social Support, Need for Knowledge

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Koroner Arter Hastalıkları (KAH) aterosklerozun kan akımını doğrudan bozarak myokardın oksijen talebi ile arzı arasındaki dengeyi bozması sonucu ortaya çıkmaktadır. Ülkemiz genelinde TEKHARF 'in 14 yıla yakın takibi sonucu yıllık ölüm oranı 30 yaşını aşkın 100000 kişi olarak saptanmıştır. Türk erişkinlerde yılda 250 bin erkek ile 170 bin kadının ölümüne karşılık gelmektedir. Buda yılda 165000 kişinin koroner nedenle kaybedildiğine işaret etmektedir (Onat, 2004).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2005 yılı verilerine göre, 17.5 milyon insan kardiyovasküler hastalıktan yaşamını yitirmiştir. Uygun önlemler alınmazsa 2015 yılında 20 milyon kişinin her yıl bu hastalıktan yaşamını yitireceği tahmin edilmektedir. KAH mortalite ve morbidite'nin en yaygın nedenlerinden biridir. KAH gelişmiş ülkelerde erişkin ölümlerinin en önemli nedeni olarak gösterilmektedir. Bu hastalığın gelişmekte olan ülkelerde de yaygınlaşarak artacağı ve yaşadığımız yüzyılın ilk çeyreğinde tüm dünyada ölümlerin ilk nedeni olacağı tahmin edilmektedir (<http://www.tkd.org.tr/pages.asp?.pg=276>.,Erişim tarihi : 09.09.2010).

Kalp ve damar hastalıkları ile ilgili risk faktörleri arasında yaş, cinsiyet, genetik ve etnik etkenler 'değiştirilmez etkenler' grubuna girerken, sigara ve diğer tütün ürünleri, sağlıksız beslenme, sedanter yaşam, şişmanlık, kan kolesterol yüksekliği ve kan şekeri yüksekliği düzeltilen risk faktörleri grubundadır (Tezcan ve ark., 2005).

Koroner arter hastalarında tedavinin başlıca amaçları; koroner arter hastalığına bağlı mortalite ve morbitideyi önlemek, yaşam kalitesini arttırmak üzere semptomların ortadan kalkmasını sağlamaktır (Paç, 2004). Tıbbi tedaviye yanıt vermeyen koroner arter hastalığı, myokard iskemisi, PTCA, uygulamasının başarılı olmadığı durumlarda geçirdiği uzun evrim sürecinin sonucunda güvenilir bir cerrahi prosedür olarak kendini kanıtlamış ve yaklaşık her 1000 kişiden birinde uygulanan yaygın bir operasyon olan KABG kullanılmaktadır. KABG operasyonu ciddi koroner arter hastalığı olanlarda mortaliteyi azaltmaktadır (Hatipoğlu, 1994).

Türkiye'de ilk başarılı açık kalp ameliyatı 1960 yılında Hacettepe Üniversitesi'nde gerçekleştirilmiştir. Yapılan ilk ameliyatlarda da KABG ameliyatlarında başarının yalnız teknik başarı ile ölçülemeyeceği, kötü bir sonuçla

bitmemesi için planlı bir ameliyat sonu bakıma ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (Paç, 2004; Köksal ve ark., 2002).

Koroner arter bypass greftleme güvenilir bir yöntem olarak kullanılmakla beraber yaşamsal komplikasyonların gelişebildiği majör bir ameliyattır ve komplikasyonları genellikle ilk 6 hafta içinde görülmektedir (<http://www.acibademhemşirelik.com/e-dergihaberler.as.>, Erişim tarihi:12.07.10). Ameliyat sonrası erken dönemde görülen komplikasyonlar; kanama, kalp tamponadı, aritmi, miyokard enfarktüsü, koroner spazm, düşük kardiyak debi sendromu, kardiyak arrest ve inmedir. Geç komplikasyonlar ise; geç dönemde ortaya çıkan kanama, perikardiyal efüzyon ile seyreden post perikardiyotomi sendromu, renal fonksiyon bozukluğu, ileus, gastrointestinal kanama, pnömotoraks, solunum yetmezliği, pnömoni, yara enfeksiyonu ve yara ayrılmasıdır. Ciddi komplikasyonların insidansı düşük olmasına karşın (%3-6), her bir komplikasyon yaşamı tehdit edebilir veya problemlere neden olabilir (Paç, 2004; Özcan, 1997; Solak ve ark, 2010). Ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesi amacıyla hemşirelerin; hemodinamik monitörizasyon, solunum, nörolojik, sindirim ve böbrek sistemleri ve hemostazın sağlanmasına yönelik bakım yöntemleri konularına önem vermesi gerekmektedir. Ayrıca ağrı kontrolü, yara bakımı, enfeksiyon kontrol önlemleri, hastanın aktivitelerini düzenleme önemli hemşirelik girişimleri arasındadır (Smeltzer, 2008).

Yapılan araştırmalarda da ortaya çıkan sonuçlara göre hastaların ameliyat sonrası genellikle kardiyak ritim bozukluğu, atrial fibrilasyon, kuvvetsizlik, insizyon yerinde duyu kaybı, iştahsızlık, diyetle uyumsuzluk, konstipasyon, safen veni kullanılmışsa lenf ödemi, bacakta ağrı, yürüme merdiven çıkmada zorluk, depresyon, cinsel yaşamda değişiklik, ölüm korkusu, işe başlamada isteksizlik gibi nedenlerden dolayı geri dönüşler yapmaktadırlar (Gallagher et al., 2004; Lie et al., 2010).

Cerrahi girişim hastayı fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden etkileyebilen bireyin hayatındaki en önemli deneyimlerden biridir. Ameliyat olan hastaların yeni yaşam biçimine uyum sağlaması vücut imajındaki değişikliği kabullenmesi ve sonraki yaşamını olabildiğince bağımsız sürdürebilmesi gerekli bilgi ve beceriyi öğrenmesiyle mümkündür (Bergvik et al., 2008).

Bu nedenle KABG sonrasında hastaların karşılaşılabilecekleri fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerle ilgili bilgilendirilmeleri, taburculuk sonrası olası

komplasyonların önlenmesi, hasta ve yakınlarının endişelerinin giderilmesi, hastaların günlük yaşama uyumunun sağlanması ve yaşam kalitesinin artırılması için, ameliyat olmuş olan hasta ve yakınlarının, bireysel gereksinimler doğrultusunda planlanan eğitimlere ihtiyaçları vardır. Bu nedenle KABG ameliyatından sonra hastanın yaşamında ortaya çıkan değişimlerin ve sorunların belirlenmesi önemlidir (Yıldırım ve Atalay, 2002). Koroner arter bypass greftleme sonrası hastaların yaşadığı sorunların erken saptanması ve bakımın sürekliliği için ev ortamında etkili bakım verilmesi gerektiği bildirilmektedir (Durmuş, 1993).

KABG hastalarında planlanan eğitimler bireysel bakımını, sternum korunmasını, cihaz kullanımını, egzersiz, beslenme, ilaç kullanımını, evde hastada oluşabilecek olası sorunları, gelişebilecek komplasyonları ve belirtilerini, acil durumları ve bu sorunlara yönelik girişimleri ve genel bilgileri içermektedir (Çiftçi, 2006).

İnsanların yaşamında önemli bir yeri olan, gerektiğinde bireye duygusal, maddi ve zihinsel yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkiler, sağlığı korumaya yarayan ‘Sosyal Destek Sistemleri’ olarak tanımlanmaktadır. Son yapılan sosyal destek çalışmalarında sosyal ilişkilerinin yeterince destekleyici olup olmadığı konusunda kişinin genel izlenimlerinin algılanan desteğe yöneldiği görülmektedir. Yeterli sosyal desteğin sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonunu olumlu yönde etkileyerek hastalık sürecine uyumu desteklediği hastaların yaşam kalitesini arttırdığı, yetersiz sosyal desteğin ise hastalık semptomlarının ortaya çıkma sıklık ve şiddetinin artmasına, hastalık süresinin uzamasına neden olduğu söylenmektedir (Yıldırım ve Atalay, 2002; Kartal ve Çetinkaya, 2009).

KABG sonrasında hastanın etkileşime girdiği ilk sosyal destek sistemleri ailesidir. Hasta, aile yaşamına uyum sağlamaya çalışırken, aile üyeleri de aynı şeyi yapar. Ameliyat sonrası bakım verme sürecinde aile üyeleri zaman yetersizliği, gerekli bakımı vermede zorlanma, hastanın kötüleşmesi ya da ölmesinden korkma, uzun süreli plan yapamama, hasta ile ilişkilerin kalitesinde değişim, kendilerine uygun olmayan role geçmek zorunda kalmaları bazı sorunlar yaratmaktadır. Bu nedenle hasta için en önemli destek kaynağı olan aile üyelerinin de destek gereksinimi ortaya çıkar ve hastanın sosyal destek kaynaklarına daha fazla gereksinimleri olduğu bu sürede, bu desteği almada zorlanabilmektedir (Dejohng and Beatty, 2000).

Yeterli sosyal desteğin sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonunu olumlu yönde etkileyerek hastalık sürecine uyumu desteklediği hastaların yaşam kalitesini arttırdığı, yetersiz sosyal desteğin ise hastalık semptomlarının ortaya çıkma sıklık ve şiddetinin artmasına, hastalık süresinin uzamasına neden olduğu söylenmektedir (Dayapoğlu ve Tan, 2009; Özer ve Fadiloğlu, 2006).

Bu araştırma özel bir hastanedeki KABG operasyonu geçirmiş olan hastaların bilgi gereksinimlerini ve aile destek düzeylerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Koroner Arter Hastalıkları

Kalp damar hastalıkları; koroner kalp hastalıkları, inme, konjestif kalp yetersizliği, konjenital kalp hastalıkları, romatizmal kalp hastalıkları, hipertansif hastalıklar ve aritmiler gibi; kalbin ve kan damarlarının tüm hastalıklarını içeren hastalık grubudur (http://tkd.org.tr/pages.asp?pg_276.,Erişim tarihi: 09.09.2010; Hatipoğlu ,1994; Açık, 1994).

Kalbin kendini besleyen koroner arterlerin beslediği bölgelere herhangi bir nedenle yeterli kan taşıyamaması sonucu miyokart'da oluşan iskemi ve nekrozun derecesine göre gelişen hastalıklar ve bu hastalıklara bağlı komplikasyonların tümü Koroner Kalp Hastalığı olarak tanımlanmaktadır (Özcan, 1997; Solak ve ark, 2010; Paç, 2004; Erdil ve Elbaş, 2001).

Koroner Kalp Hastalığı farklı şekillerde adlandırılmaktadır. Ateriosklerotik Kalp Hastalığı (Arteriosklerotic Heart Disease) terimi, hastalığın arterioskleroz ile ilgili olduğuna, Koroner Kalp Hastalığı (Coronary Heart Disease) terimi ise, koroner damarlardaki patolojinin hastalığın nedeni olduğuna işaret etmektedir. Hastalık Miyokard'da bir iskemi ile karakterize olduğu içinde İskemik Kalp Hastalığı (İschaemic Heart Disease) terimi de kullanılabilir (http://tkd.org.tr/pages.asp?pg_276.,Erişim tarihi: 09.09.2010).

4.1.1.Koroner Arter Hastalıklarının Görülme Nedenleri ve Sıklığı

20. yüzyıl başlarında kalp ve damar hastalıkları dünya genelinde ölümlerin %10 undan daha azından sorumluyken 21.yüzyıl başında gelişmiş ülkelerde ölümlerin nerdeyse yarısından, gelişmekte olan ülkelerde ise %25 inden sorumludur. Amerika Birleşik Devletlerinde halen yılda 14 milyon erişkinde koroner kalp hastalığı tanısına varılmaktadır (Paç, 2004; Duran, 2005).

Ölümlerin sayıca eksik bildirilmesi ve nedenlerinin belirlenmesindeki problemlere rağmen kalp damar hastalıkları yetişkin ve yaşlıların en önemli ölüm nedeni olarak bilinmektedir. Türkiye il ve ilçe merkezlerinden bildirilen toplam ölüm nedenlerine bakıldığında kalp hastalıkları ilk sırada yer almaktadır. Örneğin, 1994 yılında il ve ilçe merkezlerinden bildirilen 163.232 ölümün %42.0'sinin nedeni kalp

hastalığı olarak belirlenmiştir (http://tkd.org.tr/pages.asp?pg_276.,Erişim tarihi: 09.09.2010).

TEKHARF adı altında yapılan araştırmalarda farklı yıllarda çıkan sonuçlar;

- 1990 verilerine göre; Türkiye’de KAH prevalansı kadınlarda %3.5, erkeklerde %4.1 olarak saptanmaktadır. Kırk yaşından önce KAH prevalansı %2.0 , 40-49 yaş grubundaki erkeklerde %3.0, 50-59 yaş grubundaki kadın ve erkeklerde %8.0 sıklığında görülmektedir. Altmış yaşını geçen grupta bu prevalans %12.0 dolayında bulunmaktadır. Ülkemizde yaklaşık 1.200.000 kalp hastası olduğu bildirilmektedir. Yılda 130.000 kişinin bu nedenle öldüğü tahmin edilmektedir (Tezcan ve ark., 2005).

- 2004 verilerine göre; her yıl 330 bin kişide yeni olarak KKH olmaktadır. KKH sonucu her yıl 170 bin kişi hayatını kaybetmektedir. Koroner mortalite bakımından Avrupada yer alan 50 ülke arasında en önde gelen 5 popülasyondan birisi ülkemiz olarak gösterilmektedir (http://tkd.org.tr/pages.asp?pg_276., Erişim tarihi:09.09.2010; Onat, 2004).

- 2009 verilerine göre; KKH ölüm 45-74 kesiminde son 8,5 yılda erkekte 1000 kişide 7.1, kadında 3,5 olarak belirlenmekte olup Avrupa ülkelerine kıyasla yüksek bulunmaktadır (http://tkd.org.tr/pages.asp?pg_276., Erişim tarihi:09.09.2010; Onat ve ark., 2010).

Dünya Sağlık Örgütü (2005) verilerine göre ise; kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle yılda 17.5 milyon insanın öldüğü, 2015 yılında da yılda 17.5 milyon olan ölüm sayısının 20 milyon kişiye ulaşacağı hesaplanmaktadır. Ülkemizde geçen 14 yıllık sürede kalp hastalıklarından yılda 420 bin kişinin öldüğü, ölümlerin 165 bin kadarını koroner kalp hastalıklarının oluşturduğu ve 2015 yılında yalnızca koroner kalp hastalıkları nedeniyle 330 bin kişinin yaşamını kaybedeceği varsayılmaktadır (http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/.,Erişim tarihi: 08.07.2010; Onat, 2001).

Amerika Birleşik Devletler’inde KAH’na bağlı ölümler son 20 yılda eskiye göre bir azalma göstermesine rağmen halen koroner kalp hastalıklarına bağlı ölümler birinci sırada yer almaktadır. Yılda yaklaşık 500 binden fazla kişi bu nedenle ölmektedir. Amerikalıların %3.1’inde (7 milyon) aktif koroner arter hastalığı vardır. Kuzey Amerika, Avustralya, Belçika, Finlandiya, Japonya gibi endüstri ülkelerinde 1960’lı yılların sonlarında KAH mortalitesinde önemli yükselme olduğu sonradan tekrar azalma

olduğu belirtilmektedir. Rusya, İsveç ve Doğu Avrupa ülkelerindeki KAH'na bağlı ölüm oranı ise halen artmaktadır (<http://tkd.org.tr/pages.asp?pg=276>, Erişim tarihi:09.09.2010).

KAH hastalığı nedenleri; Koroner ateroskleroz (koroner damarlarda kireçlenme), Koroner embolisi (koroner damarların pıhtıyla tıkanması), Koroner arterlerin ani sinirsel uyarılarla kasılarak kapanması, doğumsal koroner damar anormallikler olarak belirtilmektedir (Özcan, 1997; Paç, 2004).

4.1.2.Koroner Arter Hastalıklarında Risk Faktörleri

Aterosklerotik hastalıklar (koroner arter hastalığı, inme, periferik arter hastalığı ve anevrizmalar) birden fazla risk faktörünün birbiriyle etkileşerek ortaya çıkardığı patolojiler olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle bu hastalıklarla mücadelede tek bir risk faktörü değil, tüm risk faktörleri bir arada ele alınmalıdır (Tezcan ve ark., 2005; Güleç, 2009).

Kalp ve damar hastalığı risk faktörleri Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Kalp Damar Hastalığı Risk Faktörleri (Güleç, 2009; Tezcan ve ark., 2005).

A) Değiştirilemez risk faktörleri	B) Değiştirilebilir Risk Faktörleri
1.Yaş ve cinsiyet 2.Aile Öyküsü 3.Sosyoekonomik faktörler	1.Lipidler 2.Diyabet 3.Hipertansiyon 4.Sigara 5.Fiziksel Aktivite 6.Obezite 7.Kişilik 8.Postmenopozal dönem 9.Serum Homosistein Düzeyi 10.Stres

Yaş ve cinsiyet ile ilgili risk faktörleri hakkında bilinen en geniş çalışmalardan birisi olan Fallowfield (1996) 5209 erkek ve kadını 20 yıl boyunca izlendiği çalışmasında KAH görülme oranının erkeklerde kadınlara göre iki kat fazla görüldüğü ve erkek cinsiyetinin bağımsız bir risk faktörü olduğu kanıtlanmıştır. Lewis ve ark(1996) yaptığı başka bir çalışmada ise 45 yaş üstü erkek ve 55 yaş üstü bayanlarda hastalığa yakalanma riskinin arttığı belirlenmiştir (Gök ve ark., 1996).

Aile öyküsünde baba veya birinci derece erkek akrabalarından birinin 55 yaşından önce ya da birinci derece kadın akrabalarından birinin 65 yaşından önce AMI aile öyküsü olarak tanımlanmaktadır. Düşük eğitim ve ekonomik düzey gibi sosyal faktörler artmış kardiyak risk ile ilişkilendirilmektedir. Bunun nedeni risk faktörü değişimine katılımcılığın bu gruplarda düşük olması olabilir. Pozitif aile öyküsü bulunan ve yaşam tarzları yetersiz olan kişilerde özellikle üzerinde durulmaktadır (Özcan, 1997; Onat ve ark ., 2001; Crawford, 2006).

Düşük dansiteli lipoprotein (LDL) kolesterol seviyesi yaş ve kilo ile artmakta, doymuş yağlardan ve kolesterolden zengin beslenme de serum LDL konsantrasyonunu yükseltmektedir. Serum LDL düzeyini yükselten diğer nedenler arasında hipotroidizm, nefrotik sendrom, karaciğer hastalıkları ve östrojen eksikliği bulunmaktadır. LDL kolesterol seviyesi kalp-damar hastalıkları ile doğrudan ilişkili olarak kabul edilmektedir (Hatipoğlu, 1994; Yalçın ve ark., 2001).

Tip I ve Tip II diyabette kalp-damar hastalığı gelişimi için risk faktörüdür. Bununla ilgili olarak koroner arter hastalığı diabetik hastaların ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Diyabetin ikincil komplikasyonları da ateroskleroz için ek risk olabilir. Nefropati gelişimi yüksek kan basıncına ve dislipidemiye yol açarak hastanın kardiyak riskini yükseltir. Bu yüzden diabetik hastalarda koroner arter hastalığının tedavisi hastaların yaşam sürelerini doğrudan etkiler (Onat ve ark., 2000; Erdil ve Elbaş, 2001; Kiriş ve ark., 2006).

Amerikan Kardiyoloji Birliği ile beraber 1998 yılında yayınlanan kılavuzda diabetik hastalarda koroner arter hastalığının araştırılmasına yer verilmektedir. Diabetik hastalarda koroner arter hastalıkları açısından ileri testlerin yapılmasının önerildiği durumlar;

- Tipik veya atipik kardiyak bulgular

- İstirahat EKG sinde iskemi veya infarktüs şüphesi;
- Periferik arterlerde veya karotiste tıkaçıcı damar hastalığı;
- Sedanter yaşam, yaş >35 ve yoğun egzersiz programına başlanacaksa;
- Diyabete ek olarak aşağıdaki risk faktörlerinden en az ikisinin varlığında;

- 1) Total kolesterol>240mg/dl, LDL kolesterol>160mg/dl veya HDL kolesterol>35 mg/dl olması
- 2) Kan basıncının>140/90 mm/Hg olması
- 3) Sigara içimi
- 4) Ailede erken yaşta koroner arter hastalığı varlığıdır (Crawford, 2006).

Hipertansiyon değiştirilebilir ana risk faktörlerindedir. Hipertansiyon sıklıkla fiziksel inaktivite, obezite, alkol kullanımı, hiperlipidemi, diyabet ve sigara kullanımı gibi diğer risk faktörleri ile birlikte bulunmaktadır. Hipertansiyon ile ilişkili hedef organ hasarı, sol ventrikül hipertrofisi, proteinüri plazma kreatin düzeyinde hafif artış, aterosklerotik plağın radyolojik veya ultrasonografik olarak görülmesi ve hafif-orta derecede hipertansif retinopati olarak belirtilmektedir (Komşuoğlu, 2004; Franklin et al., 1999).

2004 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde yapılan ‘Sağlıklı beslenelim, kalbimizi koruyalım’ araştırma raporunda belirtilen verilere göre; hipertansif olan erkeklerin %15.8’inin, kadınların %16.6 ‘sı aynı zamanda kalp hastalığı olduğu saptanmıştır. Erkek ve kadınlarda hipertansif olan ve olmayanlarda kalp hastalığı görülme oranları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak önemli olduğu ortaya çıkmıştır (Erel ve ark., 2004).

Sigara içilmesi kalp-damar hastalıkları içinde değiştirilebilir bir risk faktörüdür. Sigaranın bırakılması kalp-damar hastalığı riskini anlamlı olarak düşürmektedir. Sigara lipid profilini olumsuz etkilemekte; HDL kolesterol düzeyini düşürerek, LDL kolesterol düzeyini yükseltmektedir (Hatipoğlu, 1994; Grundy, 1990).

Kalp-damar hastalıklarında fiziksel aktivitenin yeri halen tartışılmaktadır. İdeal vücut ağırlığının, kas kitlesinin, normal kan basıncının ve lipid seviyelerinin sağlanması için egzersiz önemlidir. Düzenli aerobik egzersiz hem sistolik hem de diyastolik kan basıncını düşürmekte, miyokardın oksijenlenmesini arttırmaktadır. Ayrıca trigliseritleri düşürür, HDL seviyesini yükseltir (Solak ve ark., 2010).

Egzersiz lipid ve karbonhidrat metabolizmasını olumlu yönde etkiler, vücut ağırlığında, yağ depolanmasında, total kolesterol ve LDL kolesterol düzeyinde düşmeye neden olmaktadır (Özcan, 1997; Yalın ve ark., 2001).

Erişkin çağda aşırı kilo alımının, kardiyovasküler risk faktörlerinin en önemlilerinden biri olduğu öngörülmektedir. Framingham yaptığı çalışmasından elde edilen veriler obezitenin koroner arter hastalığı için bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur (Kültürsay ve Yavuzgil, 2003; Sunar ve ark., 2003).

Bel çevresi ölçülerek belirlenen santral obezitenin kalp-damar hastalığı riskini arttırmakta olduğu bilinmektedir. Santral obezite hipertansiyon, hiperkolesterolemi, yüksek fibrinojen seviyesi ve hipertrigliseridemi ile de ilişkilidir. Erkeklerde kalp-damar hastalığı gelişimi abdominal yağ dağılımı ile doğru ilişkili olup obeziteden bağımsız olarak düşünülür. Kadınlarda abdominal yağlanma obeziteden daha yüksek risk taşır (Kültürsay ve Yavuzgil, 2003).

Kalp-damar hastalığı olan insanlar çoğu zaman hırslı bir kişiliğe sahip olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu kişilik anjina pektoris insidansını arttırmada etkili olmasına rağmen ölümcül kardiyak olayların artışı söz konusu değildir (Yazıcı ve ark., 2005). Postmenopozal dönemde; Östrojen replasmanı yapılan menopozdaki kadınlarda yapılmayanlara göre ateroskleroz hızı daha düşüktür (Özcan, 1997). Serum homosistein düzeyi değerlendirildiğinde; yüksek homosistein düzeyleri arter duvarlarında patolojik değişimlere neden olarak kalp-damar, periferik damar hastalığı, beyin-damar hastalıkları ile venöz tromboz riskini arttırmaktadır (Sutton et al., 1997).

Koroner Arter Hastalarında risk faktörlerini incelemek için yapılan araştırmalarda elde edilen sonuçlar, araştırmaya katılan hastalarda risk faktörü oranının yüksek olduğunu; hastaların yüksek morbidite ve mortalite riski taşıdığı, bu nedenle risk faktörü değişikliklerinin çok önemli bir sağlık sorunu olduğunu ortaya koymaktadır (Pudaric et al., 2000; Sevinç ve Akyol, 2009).

4.1.3.Koroner Arter Fizyopatolojisi

Koroner arter hastalığının en sık nedeni olan ateroskleroz ;damar duvarına uzun süre etki eden pek çok hasara karşı damar duvarında aterosklerotik plak gelişimi ile cevap verilen olaylardır..Bu plaklar fibröz doku,köpük hücreler ve lipid içeren kalınlaşmış intima bölümleridir (Solak ve ark., 2010; Özcan, 1997).

Koroner ateroskleroz koroner arterlerin lümenini daraltıp tıkayarak kan akımının azalmasına, ilgili arterlerin beslediği doku disfonksiyonunu etkilemek suretiyle klinik semptomlara neden olabilir (Çobanoğlu ve İşbir, 2004).

Yaşı ilerlemiş kişilerde koroner arterin normal yapısını tespit etmek zordur. Gross, Ebstein ve Kungel doğuştan ileri yaşlara kadar kişilerin koroner yapılarını incelemiş, yaş ilerledikçe koroner arter hastalığı meydana geldiğini belirlemiştir. Koroner ateroskleroz miyokard kan akımının bozulmasıyla ventrikül iskemisi ve infarktüse neden olabilmektedir. Myokard iskemisi ventriküllerin kontraktilitenin bozulmasına, efor ve eforsuz göğüs ağrılarında unstable anginaya ve irreversible miyokard hasarına yol açmaktadır (Özcan, 1997).

Aterosklerozun gelişiminde birçok etken aynı anda farklı mekanizmalarla rol oynamaktadır. Arter duvarında belirli fonksiyonlar için özelleşmiş olan endotel hücrelerinin hasarlanması ateroskleroz sürecini başlatmaktadır. Aterosklerozda temel basamaklar; endotel disfonksiyonu, LDL'nin oksidasyonu, köpük hücre oluşumu, lipit çekirdeği oluşumu, fibröz başlık oluşumu, immün mekanizmalar ve plak vaskülarizasyonudur (Paç, 2004; Crawford, 2006).

4.1.4.Koroner Arter Hastalıklarında Tanı ve Tedavi

Morbidite ve mortalite nedenlerinden biri olan Koroner Arter Hastalığı (KAH)'da yüksek risk taşıyan hastaların erken belirlenmesi çok önemlidir (Binak,1998). Kalp hastalıklarında tanı, hikaye, klinik muayene, elektrokardiyogram ve röntgen metodlarının yardımıyla konulmaktadır (Özcan, 1997). Koroner Arter Hastalıklarında kullanılan tanı yöntemleri; egzersiz EKG, miyokard perfüzyon sintigrafisi (MPS), radyonükleid ventrikülografi, stres ekokardiyografi, koroner anjiyografi ve electron beam computed tomography, pozitron emisyon tomografi (PET), kardiak manyetik rezonans görüntüleme (KMR), MR anjiyografi, koroner ultrasonografi, kalp kateterizasyonu ve anjiyografi, apeksokardiyografi, elektrokardiyografi, göğüs radyografisi, fonokardiyografi, nükleer kardiyoloji elektrokardiyografi, bilgisayarlı tomografi, elektrofizyolojik çalışmadır (Solak ve ark., 2010; Özcan, 1997; Paç, 2004).

Gelişmelerle birlikte koroner kalp hastalığının tanısı hastalık kendini göstermeden konulabilmektedir. Özellikle koroner damar hastalığı açısından yüksek

risk taşıyan hastalar doktor kontrolüne girmektedirler. Myokard enfarktüsü riski yüksek olan hastalar daha yakından izlenip değerlendirilmektedirler

(<http://tkd.org.tr/pages.asp?pg 276.>, Erişim tarihi: 09.09.2010).

Koroner Arter Hastalığı olan bir kişide tercih edilecek tedavi metodu, medikal, PTCA, cerrahi veya bunların kombinasyonundan oluşan bir planın hastanın uzun dönem sağ kalım süresini uzatmaya yönelik bir seçimi olmalıdır (Paç, 2004). Herhangi bir tedaviye karar vermeden önce semptomların şiddeti, eşlik eden medikal problemlerin varlığı, koroner hastalığın fizyolojik öneminin irdelenmesi, anjiyografik olarak koroner arterlerin durumu, sol ventrikül fonksiyonunun belirlenmesi hastada bilinmesi ve irdelenmesi gereken faktörler olarak ele alınmaktadır (Yıldız, 2002). Koroner arter hastalarında tedavide elde edilmek istenen amaç; koroner arter hastalığına bağlı morbidite ve mortaliteyi önlemek, yaşam kalitesini arttırmak üzere semptomların ortadan kaldırılmasını sağlamak olarak belirlenmiştir (Çobanoğlu ve İşbir, 2004).

4.2.Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi

Koroner arter bypass greft cerrahisi, koroner ateroskleroz nedeniyle kanlanamayan miyokardın arter ve ven greftler kullanılarak, kanlanması dolayısıyla beslenmesi ve oksijenlenmesinin sağlanması olarak tanımlanmaktadır (Çobanoğlu ve İşbir, 2004). Yaşam kalitesini etkileyen önemli hastalıklardan birisi de koroner arter hastalığıdır. Bu hastalığın tedavisinde kullanılan Koroner arter bypass greft cerrahisi süreçler sonunda güvenilir bir cerrahi prosedür olarak 1000 kişiden birinde uygulanan yaygın bir operasyon olarak kabul edilmektedir (Dilek, 2008; Erentuğ ve ark., 2004).

KABG için genellikle hastanın safen veni kullanılır. Bu işlemde; safen ven kapaklarının kan akımını engellememesi için ters çevrilir, daha sonra venin bir ucu koroner arterin dallandığı üst noktada aortaya, diğer ucu koroner arterin tıkalı olan alt kısmına birleştirilir. Bu yöntemde safen veni çıkarabilmek için bacağı da cerrahi girişim uygulanmaktadır. KABG için diğer yöntem sağ/sol internal mamarian arter (IMA) kullanılarak yapılır. Bu işlemde IMA'nın bir ucu kesilerek koroner arterin tıkalı olduğu noktaya birleştirilir. Bu iki yöntem tek tek kullanılabilirdiği gibi ikisi bir arada da kullanılabilir. Daha nadir olarak da radial arter kullanılmaktadır (Duran, 2005; Paç,2004;http://www.kalpcerrahisigrubu.com/pdf/Kalp_Cerrahisi_Klinik_Protokolü, Erişim tarihi:10.07.10).

ABD’nde ve Kanada’da KABG yıllık uygulanma sayısının ortalama 600 000 civarında olduğu bildirilmektedir. Türkiye’de ise bu rakamın yıllık yaklaşık 20 000 düzeyinde olduğu tahmin edilmektedir. Bu uygulamalarda tedavi ve bakım maliyetinin oldukça yüksek olduğu ve ABD’de bir hastanın maliyetinin yaklasık 21.000 Amerikan Doları (USD) bulduğu belirtilmektedir. Bu nedenle KABG önelik sağlık bakım kaynaklarının etkili kullanımına ve maliyeti azaltmaya yönelik yeni bakım yöntemlerini geliştirme çalışmalarını sürdürölmektedir (Tokmakoğlu ve ark., 2002; Doering et al., 2000).

Alexis Carrel ilk defa 1900 ‘lü yılların başında köpeklerde deneysel amaçlı aort koroner bypass ameliyatını gerçekleştirmiştir. 1968 yılında Favaloro vena safena manga kullanılarak aorta koroner bypass ameliyatlarını yayınlamıştır. 1961’ Kolesov Rusyada ilk defa IMA kullanarak koroner bypass ameliyatını gerçekleştirmiştir (Paç, 2004; Çobanoğlu ve İşbir, 2004). Ülkemizde ilk açık kalp ameliyatı 1960 yılında Dr. Mehmet Tekdoğan tarafından Hacettepe Üniversitesi Hastanesi’nde gerçekleştirilmiştir. 1974 yılı Şubat ayında ölkemizdeki ilk KABG ameliyatı Dr. Aytaç tarafından safen ven kullanılmak suretiyle bir bayan hastada başarıyla uygulanmıştır. Türkiye’de seri halinde ve bol sayıda KABG ameliyatları ise Yüksek İhtisas Hastanesi’nde Dr. Beyazıt ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. (<http://kvc.hacettepe.edu.tr/pdf/ekc001.pdf>., Erişim tarihi:20.08.2010; Duran, 2005).

Koroner arter bypass greft cerrahisinde amaç; semptomları hafifletmek, iskemiye azaltmak, daha sonraki dönemde ortaya çıkabilecek kardiyak problemleri azaltmak, yaşam kalitesini ve süresini arttırmaktır (Çobanoğlu ve İşbir, 2004). Günümüzde koroner arter cerrahisinde mortalite %2-5 arasındadır. Ancak yaş, cins, diabet, hastalıklı damarların cinsi ve sayısı, hastanın daha önceden myokard infarktüsü geçirmiş olması, sol ventriköl ejeksiyon fraksiyonu gibi birçok etken mortalite ve morbidite oranlarını etkilemektedir. Koroner arter bypass greftinin geçmiş yıllara göre mortalite oranı azalma göstermektedir. Bunun nedenleri; hasta seçim kriterlerinin ve risk faktörlerinin standardize edilmesi, anestezi tekniklerinin ilerlemesi, postoperatif dönemde yoğun bakım ünitelerinin gelişmesi, kalbin korunmasının sağlanabilmesi ve gelişen fizyoterapi teknikleridir (Wells and Creswell, 2003; Siafokas et al., 1999).

Koroner arter bypass greft ameliyatının en büyük avantajı, hastanın ameliyattan sonraki yaşam süresinin ilaç tedavisine oranla daha uzun olmasıdır (Paç, 2004; Kutsal ve ark., 1998).

4.2.1.Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisinin Endikasyonları

Koroner arter bypass cerrahisinin endikasyonları belli başlı iki kategoriye ayrılabilir. Bunlar klinik ve anatomik/fizyolojik endikasyonlardır. Tablo 4.2’de bu endikasyonlar gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Klinik ve Anatomik/Fizyolojik Endikasyonlar (Paç, 2004; Solak ve ark., 2010).

Klinik Endikasyonlar	Anatomik Endikasyonlar
1.Medikal tedaviye dirençli unstabil anjina.	1.%50 nin üzerinde çap daralmasına yol açan sol ana koroner arter lezyonu
2.Medikal tedaviye dirençli class 3-4 anjina.	2.Üç damar hastalığı ve bozulmuş sol ventrikül fonksiyonu
3.Postinfarktüs anjinası	3.Üç damar hastalığı ve normal sol ventrikül fonksiyonu
4.Başarısız PTCA’yı takiben akut iskemi veya hemodinamik instabilite	4.Önemli proksimal LAD lezyonu ile beraber iki damar hastalığı
5.Akut myokard infarktüsü sonrası ağrının başladığı ilk 6 saat içinde.	5.Reversibl iskemi delili olan şiddetli ölçüde baskılanmış sol ventrikül fonksiyonu
6.Akut myokard infarktüsünden kaynaklanan kardiyojenik şok	6.Majör vasküler cerrahiden önce, önemli anjiografik delillerle görüntülenmiş miyokardial perfüzyon defekti
7.İskemik pulmoner ödem.	7.Ani ölüm riski olan koroner arter
8.Myokard infarktüsünün mekanik komplikasyonları	

	anomalileri 8.Diğer kardiak operasyonlar esnasında önemli koroner stenozu bulunması.
--	--

4.2.2. Preoperatif Değerlendirme

Preoperatif değerlendirme, cerrahi tedaviyi olumsuz yönde etkileyebilecek risk faktörlerinin erken saptanması, mümkünse durumun ameliyat öncesi düzeltilmesi amacıyla yapılır. Hastanın sorunsuz bir KABG geçirmesi ve cerrahi girişim sonrası komplikasyonların en aza indirilerek iyileşmenin hızlandırılabilmesi için cerrahi girişim öncesi hazırlığının optimum düzeyde yapılması gerekmektedir. Cerrahi girişim öncesi hazırlık, fizyolojik hazırlık, psikolojik hazırlık, cerrahi girişim öncesi eğitim, olmak üzere 3 aşamada gerçekleştirilmektedir (Hürdal ve Çelik, 2007; Gürsoy, 2001). Planlanan KABG'ne verilen yanıt bireylere göre farklılıklar gösterebilmektedir. Bu nedenle bakımın planlanmasında ve uygulanmasında KABG'ne olan gereksinim kadar fizyolojik ve psikolojik farklılıkların da göz önünde tutulması gerekmektedir. Bu nedenle bakımın amacı diğer tüm cerrahi girişimlerde olduğu gibi KABG'nde de hastayı cerrahi girişim stresiyle baş edebileceği en iyi duruma getirmektir (Ivarson et al., 2007; Abrahamov et al., 2006).

Cerrahi girişim öncesi dönemde; hastanın genel sağlık durumu değerlendirilmesi gerekmektedir. Fizyolojik değerlendirme; yaş, ağrı, beslenme durumu, sıvı elektrolit dengesi, enfeksiyon, alışkanlıkları, kardiyovasküler, pulmoner, renal, gastrointestinal, karaciğer, endokrin, nörolojik, hematolojik fonksiyon ve kullanılan ilaçları içermektedir. Aynı zamanda hastanın öyküsü; sistemik ve fizik muayenesi; kan, idrar tetkiklerini içeren laboratuvar incelemeleri; göğüs radyografisi ve elektrokardiyografinin değerlendirilmesi fiziksel hazırlığın eksiksiz yapılmasını sağlayacaktır. Diffüz koroner arter hastalığı bulunan ve KABG uygulanacak olan hastaların preoperatif dönemde rutin olarak karotis Doppler USG ile değerlendirilmesi uygundur (Gökşin ve ark., 2005). Sigara kullanımı, akciğer hastalığı hikayesi, 60 yaş üstü hastalara solunum fonksiyon testi yapılır. Kalp ameliyatları sırasında kan transfüzyonuna ihtiyaç duyulabilir. Yapılan ameliyata bağlı olarak ihtiyaç duyulan kan miktarı değişmektedir. Genellikle açık kalp ameliyatlarında 4-6 ünite, kapalı kalp ameliyatlarında 2 ünite kan hazır bulundurulur (Erdil ve Elbaş, 2001; Özcan, 1997; Sönmez ve ark., 2010;).

Hasta ameliyat gününü beklerken sigarayı bırakmalı, kilo kontrolü sağlanmalı, aspirin gibi kan sulandırıcı ilaçlar 3 gün önceden kesilerek gereken hastalara cilt altı enjeksiyon başlanmalıdır. Hastanın hastaneye ameliyattan ne kadar zaman önce yatması gerektiğine kalp damar cerrahı tarafından karar verilir (Sönmez ve ark., 2010).

Hemşire hastayı cerrahi girişim öncesi kliniğe kabul ederken hastanın endişe ve korkularını anlayarak yaklaşımda bulunmalı ve hastanın bireysel özelliklerini ön planda tutarak kabul sürecini gerçekleştirmelidir. Bu süreç hasta ve ailesine hastane ve yatacağı klinik ortamın tanıtılması, yaşam bulgularının alınması, gerekli biyokimyasal analizleri için örnek alınmasını içermektedir (Gürsoy, 2001; Akyolcu ve Yardakçı, 2004; Çoşkun ve Akbayrak, 2001).

Hastanın cerrahi girişim öncesi gece hazırlığında ameliyat saati hakkında hasta ve ailesine bilgi verilmelidir. Enfeksiyon riskini azaltmak için genel vücut banyosu ile cilt florası en aza indirilmeye çalışılmalıdır. Hastanın açlık düzeyinin istendik düzeyde olmasını sağlayarak cerrahi girişim sırası ve sonrasında hastanın rahatını sağlamak için gastrointestinal hazırlığı yapılmalıdır. Hastanın fiziksel olarak rahat ve güvenli bir çevre içinde rahat uyumasını sağlayarak anksiyete düzeyi azaltılmaya çalışılmalıdır (Smeltzer, 2008).

Cerrahi girişim sabahı endişe ve korkunun en yoğun yaşandığı dönemdir. Hastaya anksiyetesinin azaltılması için önemli bir dönem olduğu belirtilmektedir. Hasta genellikle premedikasyon yapılma saatinden bir saat önce uyandırılmalıdır. Cerrahi girişim öncesi hazırlığı son kez kontrol edilir. Bu amaçla hazırlanmış hastane prosedürüne uygun kontrol listesi kullanılmalıdır. Vital bulguları alınmalı, değerlendirilmeli ve kaydedilmeli, hastanın soruları yanıtlanmalıdır. Hastanın cerrahi girişim için ameliyathaneye alınması gecikirse hasta ve ailesine durum açıklanmalı, tahmini cerrahi girişim saatine ilişkin bilgi verilmelidir (Hürdal ve Çelik, 2007; Gürsoy, 2001).

Hasta ameliyathaneye gitmeden önce; Hastanın yaşam bulguları alınıp kaydedilmelidir. Normalden sapmalar cerrahi ekibe bildirilmelidir. Tüm laboratuvar sonuçlarının hazır olduğu kontrol edilmelidir. Cerrahi girişime yönelik olarak kullanılacak özel malzemeler varsa hazırlanarak hastayla birlikte gönderilmelidir. Diş, gözlük, lens ve diğer tüm protezler, cerrahi girişimi riske sokmamak, kayıp ve hasarı önlemek için çıkarılmalı, kaydedilmeli ve uygun şekilde korunmalıdır. Yüzük, küpe,

saat gibi takıları varsa çıkarılmalı, ayrıca parası varsa takılarıyla birlikte bunlar da teslim alınıp hasta ya da yakınlarına verilmelidir. Makyaj ya da oje varsa silinmeli, metal toka v.b. çıkarılmalıdır. Ameliyathane gömleği ve bone giydirilip uygun nakil sağlanmalıdır (Erdil ve Elbaş, 2001).

Hastalar cerrahi girişimin kendileri açısından gerekli olduğunu kabul etseler bile yinede anksiyete yaşayabilirler. Bu nedenle cerrahi girişim öncesi dönemde psikolojik hazırlıkta hastanın kendini ifade etmesine fırsat verilmeli, cerrahi girişimle ilgili gerekli açıklamalar yapılarak hasta rahatlaması sağlanmalıdır (Gürsoy, 2001).

Yeterli düzeyde yapılacak psikolojik hazırlık; Anksiyeteyi gidermeye, cerrahi girişim sırasında daha az anestetik uygulanabilmesine ve cerrahi girişim sonrasında ise algılanan ağrı şiddetinin azalmasına böylece kullanılan analjezik miktarının azalmasına, cerrahi girişim sonrasında yaşam bulgularının kısa sürede normale dönmesine, cerrahi girişim sonrasında iyileşme süresinin hızlandırılmasına ve erken taburcu olmaya ve böylece maliyetin azaltılmasına yardımcı olabilmektedir (Vural, 2006).

Ameliyat öncesi eğitimin amacı, hastanın ameliyat öncesi, sırası ve sonrası için gereksinimi olan bilgi ve becerileri hastaya öğretmek, hasta ve yakınlarını ameliyat stresiyle baş edebilecek en iyi duruma getirmek olmalıdır (Akyolcu ve Yardakçı, 2004; Karadağ, 1998).

Ameliyat öncesi hasta ve yakınlarının eğitimi, ameliyathane ve yoğun bakım ünitesinde yapılacak işlemler, kullanılacak cihazlara ile ilgili bilgileri ve ekibin diğer üyelerinin hasta ve yakınlarının tanıştırılmasını içermektedir ((<http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergihaberler.as.>, Erişim tarihi: 12.07.10).

Ameliyat öncesi bilgi vermenin ameliyat sonrası komplikasyonların oluşma olasılığını azalttığı bilinmektedir. Bu nedenle hastalara eğitim yapılması ve onların bu sürece katılmaları sağlanmalıdır. Örneğin cerrahi girişim öncesi dönemde hastalara derin solunum, öksürme, dönme ve egzersizleri uygun zamanlarda ve hastanın anlayacağı şekilde öğretilerek olası solunum ve dolasım sistemi komplikasyonlarının önlenmesi sağlanabilir. Aynı zamanda KABG sonrasında bu egzersizlerin uygulanmasının iyileşme sürecini hızlandıracağına önemli olduğu hastaya açıklanmalıdır (Karadağ, 1998).

Derin Solunum Egzersizleri; cerrahi girişim sonrasında hastalar için en uygun solunum şekli olan diyafragmatik-abdominal solunumun cerrahi girişim öncesi

dönemde hastaya gösterilerek öğretilmeli, cerrahi girişim sonrasında uygulaması sağlanmalıdır(Erdil ve Elbaş, 2001). Derin solunum egzersizleri öksürüğü uyuracağından öksürük egzersizlerinden önce yapılmalıdır. Öksürme egzersizlerini hasta oturarak ya da yatarak yapabilir, önce derin bir soluk alması, havayı ağızından çıkarırken patlama sesi yapması hastaya öğretilir (Sarıkaya, 2006; Sağlam ve ark., 2008).

Ekstremitte egzersizleride venöz dönüşü kolaylaştırmak, tromboflebit gibi dolaşım problemlerini önlemeye yardımcı olmak için yapılmalıdır. Hastalara, tüm eklemleri özellikle kalça, diz ve ayak bileği eklemlerini hareket ettirmelerinin gerekliliği anlatılmalı ve bu işlemleri nasıl yapacağı öğretilmelidir (Erdil ve Elbaş, 2001). Bu egzersizler hastanın diyaframının kuvvetini arttırmasını, akciğerlerine daha fazla hava girmesini, derine yerleşmiş olan balgamı çıkarmasını, nefes alıp verme sıklığını azaltmasını sağlamaktadır (Erdil ve Elbaş, 2001; Sağlam ve ark., 2008).

Cerrahi girişim yapılacak her hastadan cerrahi girişim öncesi dönemde aydınlatılmış onam alınmalıdır. Aydınlatılmış onam hasta ve sağlık bakım ekibi açısından yasal güvence anlamını taşımaktadır. Hasta ameliyathaneye alınmadan önce aydınlatılmış onam alınıp alınmadığı kontrol edilmelidir. Aydınlatılmış onam, hastaya KABG'nin tüm yönlerinin açıklanması ve komplikasyonların neler olabileceğinin anlatılmasından sonra alınması gereklidir. Bu açıklamalar hastanın anlayacağı düzeyde bir eğitimle yapılmalıdır (Baird and Sands, 2004; Erdil ve Elbaş, 2001) .

4.2.3. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisinin Komplikasyonları

Koroner arter bypass ameliyatı hastaların yaşam sürelerini uzatmasına karşın ameliyatın yaşamsal bir organla ilgili olması nedeniyle, kalp akciğer makinasına bağlı kalma süresinin uzaması değişen damar sayısının fazla olması mikroembolizm gibi durumlar işlemle ilgili komplikasyon riskini arttırmakta, hastada yaşamını kaybetme korkusuna neden olmakta böylece iyileşme süresini uzatmaktadır. KABG yaşamsal komplikasyonların gelişebildiği majör bir ameliyattır. Genellikle komplikasyonları ilk 6 hafta içerisinde görülmektedir (Dilek, 2008; Yılmaz ve Çiftçi, 2010).

KABG komplikasyonlarını kategori olarak Tablo 4.3 de yer almaktadır.

Tablo 4.3. KABG Cerrahisinin Komplikasyonları (Solak ve ark., 2010; Bakalım, 2005).

Cerrahi komplikasyonlar	<ul style="list-style-type: none">• Kanama ve kanamaya bağlı reoperasyonlar %2.23• Perioperatif MI %1.25• Diğer kardiyak nedenlere bağlı reoperasyon %0.81
Enfeksiyon	<ul style="list-style-type: none">• Pnömoni %2.33• Üriner sistem enfeksiyonu %1.42• Sternomedianistler %1.33• Safen insizyon bölgesinde enfeksiyon %1.35• Septisemi %0.94
Nörolojik Komplikasyonlar	<ul style="list-style-type: none">• Geçici inme %2.9• Kognitif değişiklikler %2.28
Solunum sistemi komplikasyonları	<ul style="list-style-type: none">• Uzamış ventilasyon %5.7• Yetişkin Solunum Distres Sendromu (ARDS) %1.03• Pulmoner emboli %0.37
Renal komplikasyonlar	<ul style="list-style-type: none">• Böbrek yetmezliği %3.09• Diyaliz gerektiren böbrek yetmezliği %0.9
Diğer komplikasyonlar	<ul style="list-style-type: none">• Atriyal fibrilasyon %6• Gastrointestinal sistem komplikasyonları %2.35• Kardiyak arrest %1.60• Kalp bloğu %0.74• Multiorgan yetmezliği %0.63• Kalp tamponatı %0.38

Ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesi amacıyla hemşirelerin; hemodinamik monitörizasyon, solunum, nörolojik, sindirim ve böbrek sistemleri ve

hemostazın sağlanmasına yönelik bakımına, ağrının, yara bakımının, enfeksiyon kontrolünün ve hastanın istirahatinin sağlanmasına önem vermelidirler (Smeltzer, 2008). Cerrahi prosedürlerin karmaşık olması, hastanın yaşı, hastalığın şiddeti, sigara kullanımı, genel anestezi boyunca kullanılan farmakolojik ajanlar postoperatif komplikasyonlar üzerine etki ederek hastanede kalış süresini, morbiditeyi ve mortaliteyi etkileyebildiği belirtilmektedir (Solak ve ark., 2010; Hulzebos et al., 2003).

4.2.4. Postoperatif Bakımın Planlanması

Cerrahi girişim geçiren hastaların anestezi bitimi ile hastanın tamamen iyileşip hastaneden çıkabilecek hale gelene kadar olan süre postoperatif dönem olarak tanımlanmaktadır (Erdil ve Elbaş, 2001) Cerrahi işlem fizyolojik ve psikolojik stresör olması nedeni ile bedenin hemostatik dengesini bozar (Paç, 2004).

KABG uygulamalarında ortak bakım amaçları; olası cerrahi riskleri önlemek/azaltmak, hemodinamik stabiliteyi olabildiğince kısa sürede sağlamak ve sürdürmek, stabiliteyi bozan uygulamalardan kaçınmak, entübasyon süresinin kısaltılmasına katkıda bulunmak, hastanın rahatını sağlamak, iyileşme sürecini azaltmak olmalıdır (Solak ve ark., 2010).

Postoperatif bakım amaçlarını gerçekleştirmek için iyi geçen bir operasyonun yanısıra standardize ve protokolleri belirlenmiş bir yoğun bakım süreci ve koordinasyon bilinci ile çalışan bir sağlık ekibi postop bakım için önemlidir (Köksal ve ark., 2002; Hürdal ve Çelik, 2007). Bu sağlık ekibinde bakımın sürekliliğinde rol alan hemşirenin KABG geçiren hastayı bir bütün olarak görmesini sağlayan hemşirelik tanıları belirler. Hemşirelik tanılarını sıralayacak olursak;

- Azalan kan hacmine bağlı kardiak outputta azalma,
- Yaygın göğüs cerrahisi travmasına bağlı gaz değişiminde bozulma,
- Aşırı çevresel uyarı, uyku yoksunluğu, elektrolit dengesizliğine bağlı duygusal algılamada bozulma,
- Değişen kan volümüne bağlı sıvı volüm yetersizliği ve elektrolit dengesizliği riski,
- İnsizyon, invaziv monitorizasyon girişimleri, göğüs tüpü ve foley katetere bağlı olası enfeksiyon riski,
- Öz bakım aktiviteleri hakkında yetersiz bilgi,

- İnternal mammarian arter diseksiyonuna ve göğüs tüpünün neden olduğu plevral irritasyon ve cerrahi travmaya bağlı şiddetli ağrı,
- Azalan kardiyak output, kan akımı veya vazopresör ilaç tedavisine bağlı etkisiz renal doku perfüzyonu,
- İnfeksiyon ya da postperikardiotomi sendromu sonrası etkisiz ısı düzenlenmesidir (Smeltzer, 2008).

Bu tanılara yönelik hasta bakım hedeflerini sıralayacak olursak;

1) Kardiovasküler fonksiyonları geliştirmek; Doku perfüzyonunu ve Yaşam Bulgularının Stabilesini Sağlamak: Organ sistemlerinin yeterli perfüzyonu ve oksijenizasyonu ile postoperatif dönemde optimal kardiyak fonksiyonlarının saptanması gerekmektedir. Cerrahi girişim sonrası kardiovasküler sistemin stabilizasyonunda uygun perfüzyon basıncının sağlanması, dokulara yeterli oksijen sunumu ile gereksinimin dengelenmesi, stabil bir kardiyak ritm sağlanması amaçlanmaktadır (Erdil ve Elbaş, 2001; Paç, 2004)

Hastanın kan basıncı, nabızı, venöz basıncı, ateşi, EKG değerlerinin izlenmesi önemlidir. Arteriyel kan basıncının yükselmesi, yeni grefti bozarak ayrılmalara ve sızıntılara neden olabilir. Nabız takibi hız, ritm, volüm, emboliyi değerlendirmek açısından önemlidir. KABG sonrasında hastalarda atrial fibrilasyon görülme sıklığı %15-%40 arasında değişmektedir. Düşük sol ventrikül ejeksiyonu, hipertansiyon, periferik arter hastalığı olan postoperatif hemoglobin değerinin düşük olduğu hastalarda atrial fibrilasyon görülür (Crawford, 2006; Biçer ve ark., 2008). Aritmi tipinin parametreler üzerindeki etkisi değerlendirilir. Hekimine haber verilir, doktor istemine göre tedavi uygulanır (<http://www.medicine.ankara.edu.tr.>, Erişim tarihi:07.07.2010).

2) Göğüs drenajını ve ventilasyonu sağlayarak solunum fonksiyonlarını sürdürmek; Cerrahi girişim sonrası solunum yönetimi KABG hastalarının bakımında yaşamsal önem taşımaktadır. Çünkü bu operasyonların çoğu sternotomi insizyonu kullanılarak yapılmaktadır. Bu iki faktör ventilasyonun ve oksijenizasyonun etkinliğini olumsuz yönde etkileyebilen göğüs duvarı mekaniklerinde ve pulmoner fonksiyonda değişiklikler oluşturabilmektedir. Bu nedenle cerrahi girişim sonrası solunum izleminde, oksijen gereksiniminin belirgin olarak artabileceği ve önceden varolan

herhangi bir pulmoner patolojinin cerrahi girişim sonrası kardiyak rezervleri ciddi bir şekilde azaltılabileceği bilinmelidir. Ancak tüm bunlara karşın narkotik bazlı anestezi uygulanan hastaların çoğu önemli pulmoner sekel olmaksızın kısa sürede başarılı bir şekilde ventilatörden ayrılabilir (Paç, 2004; Tokmakoğlu ve ark., 2002).

KABG ameliyatı geçiren hastalarda solunum yetmezliği ve hipoksemi insidansı %30-60'tır. Solunum yetmezliğini etkileyen risk faktörleri; ameliyat öncesi sigara kullanma öyküsü, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, steroid kullanımı, kalp yetersizliği ve yetersiz beslenmedir. Ameliyatın uzaması, anestezi ilaçlarının yoğun verilmesi, hastanın uzun süre sırt üstü pozisyonunda kalması da solunum yetmezliğinin risk faktörleri arasındadır. KABG sonrası hastaların erken ekstübe edilerek yeterli oksijenasyonun ve iyi bir bakımın sağlanması olumlu sonuçlara neden olmaktadır. Böylece akciğerlerde oksijenasyon ve gaz değişimi sağlanarak atelettazi ve akciğer enfeksiyonları önlenir. Bu nedenle ameliyat sonrası ilk 12 saat içinde ya da ameliyathanede hastaların ekstübasyonu önerilmektedir. Bu hastalarda sternotomi nedeniyle hastaların iyi monitörize edilmesi oldukça önemlidir (Paç, 2004).

Ameliyat sonrası dönemde uygun solunum egzersizleri, hemodinami stabilitesinin sağlanması, radyografi ile akciğerlerin kontrolü ve uygun bir diürez sağlanması gerekir. Bu hastalarda ameliyat öncesi solunum fizyoterapisinin başlanması ve hasta taburcu olana kadar devam edilmesi önerilmektedir. Solunum fizyoterapisinin amacı en kısa sürede hastayı ekstübe edip spontan solunumu sağlayarak hastanın normal yaşama dönmesini sağlamaktır (Sarıkaya, 2006). Hastalarda solunum komplikasyonlarını önlemek için erken mobilizasyon ve spirometre kullanımı önerilmektedir. Solunum bakımında solunumun izlenmesi, pulmoner sekresyon birikiminin önlenmesi, göğüs drenajının değerlendirilmesi, arteriyel kan gazlarının takip edilmesi, oksijen saturasyonunun sürekli değerlendirilmesi, hastanın derin soluk alıp verme egzersizi yapması ve ameliyat yerinin desteklenerek hastanın öksürmesinin sağlanması ve erken mobilizasyonun sağlanması esas alınır. Gaz değişiminde yetersizlik ve etkisiz hava yolu temizliğine bağlı hipoksemi gelişebilir (Erdil ve Elbaş, 2001).

- Hastada böyle bir durum geliştiğinde solunum sayısı, derinliği, tipi; akciğer sesleri, göğüs filmi (endotrakeal tüpün yeri, CVP kateterinin yeri, göğüs tüplerinin yeri) atelettazi varlığı, kan gazları değerlendirilir. Ventilatörde iken 2 saatte bir aspire edilir. Ventilatöre nemlendirici takılır. Extübe olduğunda derin nefes alma ve öksürük

egzersizleri yaptırılır, buhar inhalasyonu yaptırılır, göğüs fizyoterapisi (vibrasyon) ve postüral drenaj uygulanır. Öksürük, balgam karakteri incelenir. Göğüs oskülte edilir (2-4 saatte bir). Kardiyak, renal problem yoksa sıvı alımı artırılır. Doktor istemine göre mukolitik, ekspektoron, bronkodilatatör ilaçlar verilir. Hemodinamisi stabil ise hareket etmeye teşvik edilir (Paç, 2004).

3) Sıvı elektrolit dengesini ve yeterli beslenmeyi sağlamak; Sıvı ve elektrolit bozukluğu kardiyak cerrahi sonrası sık görülen bir durumdur. Kardiyak cerrahi uygulanan hastalar operasyon sonunda YBÜ'ne cerrahi girişim öncesi dönemdekine göre %5-10 oranında kilo artışıyla gelmektedirler. Bunun nedeni fazla su ve Na yüklenmesidir. Pozitif basınçlı ventilasyonun venöz dönüş ve ventrikül fonksiyonu üzerine olumsuz etkisinden dolayı mümkün olduğunca erken ekstübasyon yapılmalıdır (Smeltzer, 2008).

Sıvı elektrolit dengesizliği; Hipovolemi, hipervolemi, hipopotasemi, hiperpotasemi, hiponotremi, hipokalsemi, hiperkalsemi nedeni ile olabilir.

- CVP, kan basıncı, nabız, O₂ sürekli takip edilir.
- Periferik nabızlar, boyun venlerindeki dolgunluk, ödem, karaciğer büyüklüğü, solunum sesleri, bilinç seviyesi, hematokrit değerlendirilir.
- Aldığı-çıkardığı sıvı takibi, saatlik idrar miktarı, drenaj miktarı takip edilir.
- Doktor istemine göre tedavi uygulanır (kan ve kan ürünleri transfüzyonu, kolloid veya kristaloidlerin verilmesi, protamin sülfat verilmesi, aşırı sıvı varsa diüretiklerin yapılması)
- Hipopotasemi (disaritmiler, metabolik alkaloz, kardiyak arrest) ve hiperpotasemi (mental konfüzyon, bulantı, ekstremelerde parastezi) belirti ve bulguları araştırılır.
- Serum K⁺ seviyesi izlenir. Dr. istemine göre tedavi uygulanır. (hipopotasemide hastanın idrarı normalse, K⁺ infüzyon verilir, hiperpotasemide %30 Dekstroz + insülin yapılır.)
- Hiponatremi belirti ve bulguları takip edilir (zayıflık, yorgunluk, konfüzyon, konvülziyonlar) Serum Na seviyesi kontrol edilir. Doktor istemine göre tedavi uygulanır. (%3 NaCl solüsyonu).

▪ Serum kalsiyum seviyesi kontrol edilir. Hipokalsemi (parmak uçlarında hissizlik, kas krampları) ve hiperkalsemi (disaritmler) belirti ve bulguları takip edilir. Doktor istemine göre kalsiyum preparatları verilir.

Hasta ekstübe edildikten 4-6 saat sonra bulantı ve kusması yoksa az miktarda oral sıvı verilir, tolere ediyorsa sıvı gıdalara başlanır (<http://www.medicine.ankara.edu.tr.>, Erişim tarihi:07.07.2010 ; Erdil ve Elbaş, 2001).

4) Böbrek fonksiyonlarını sürdürmek; Kalp cerrahisi değişik derecelerde cerrahi girişim sonrası renal bozukluklarla seyreden renal disfonksiyona neden olmaktadır. Operasyondan önce cerrahi girişim sonrası renal disfonksiyona etki eden faktörleri belirleyip düzeltmek ve cerrahi sırasında ve sonrasında renal yetmezlik gelişimi ile ilgili komplikasyonları azaltmaktadır. Cerrahi girişim sonrası renal disfonksiyon gelişimi için öne sürülen en önemli belirleyici özellikler önceden varolan renal disfonksiyon (kreatinin >1.5 mg/dl), ileri yaş, sol ventrikül disfonksiyonu (özellikle konjesitif kalp yetmezliği sonucunda), acil operasyonlar, hipertansiyon, diyabet, periferik vasküler hastalıkların bulunması ve kontrast madde kullanımınıdır (Aşkar ve Çetin, 2004; Soltoski, 2006).

Takibinde saatlik idrar miktarı (0,5 cc/kg/saat), idrar rengi, idrar dansitesi, BUN ve kreatinin yükselmesi, inatçı proteinüri ve hematüri, serum potasyum yüksekliği, idrar osmolaritesinde azalma, metabolik asidoz varlığı değerlendirilir. Renal yetmezlik varsa sodyum ve su kısıtlaması yapılır. Eğer gerek duyulursa dializ uygulanabilir (Erdil ve Elbaş, 2001).

5) Ağrıyı azaltmak; Ağrı algısı, bireyin çevresi, cinsiyeti, kültürü, eğitimi ve deneyimleri gibi pek çok emosyonel ve davranışsal faktörden etkilenen, bireyden bireye değişen, subjektif ve tanılması zor olan karmaşık bir durumdur (Ay ve Alpar, 2010; Erdine, 2002).

Cerrahi girişimler önemli bir ağrı nedenidir. Bu nedenle ağrı, postoperatif dönemde hastaların en sık yaşadığı problemlerden biridir. Etkin postoperatif ağrı kontrolü; bireye özgü bütüncül bir yaklaşım ve multidisipliner ekip anlayışıyla gerçekleştirilebilir. Bu ekipte hemşire; postoperatif ağrının tanılmasında, kontrol altına alınmasında, başa çıkma yollarının uygulanmasında ve hastaya öğretilmesinde etkin rol oynar (Büyükyılmaz ve Aşti, 2009).

Hemşirelerin diğer sağlık ekibi üyelerinden daha uzun süre hasta ile birlikte olması, ağrı ile baş etmede hastaya rehberlik yapması, uygulamaların sonuçlarını izlemesi ve empati becerisini kullanması gibi nedenler, ağrı kontrolünde etkin rol üstlenmelerini gerektirmektedir (Erdine, 2002).

Ağrı artacak korkusu ile hasta derin solunum yapamaz, solunum sayısı artar, tidal volüm, vital kapasite, zorlu ekspiratuar volüm ve fonksiyonel rezidüel kapasite azalır. Anestetik ajanlar, narkotik analjezikler, kas gevşeticiler, hipotermi ve insizyon ağrısı postoperatif dönemde solunumla ilgili sorunlar yaratabilir (Ay ve Alpar, 2010; Aldemir, 2000).

Postoperatif dönemde, geçirilen ameliyatın tipi ve ağrı varlığı fiziksel hareketi olumsuz etkiler. Postoperatif dönemde ortaya çıkan şiddetli ağrı, hastanın hareketini engelleyerek venöz dönüşte azalmaya neden olur. Postoperatif derin ven trombozu komplikasyonunun önlenmesi ve konstipasyon probleminin görülmemesi için mobilizasyon önemlidir. Yıldız ve arkadaşları araştırmalarında, hastaların %71.1'inin mobilizasyonun ağrıyı arttırdığını ifade ettiğini belirtmişlerdir. Mobilizasyona yardım, postoperatif dönemde hemşireler tarafından uygulanan bir girişimdir (Pour ve Korkmaz, 2010; Erdil ve Elbaş, 2001).

Yapılan araştırmada hemşirelerin postoperatif ağrı tedavisinde en sık analjezik uyguladıkları belirlenmiştir. Ancak, ağrının tedavisinde nonfarmakolojik uygulamaların etkili olduğu. gevşeme, ağrı nedenleri konusunda eğitim gibi ağrıyı ve ağrı algısını azaltan bağımsız hemşirelik uygulamalarının analjeziklerin etkisini arttırdığı belirtilmektedir (Büyükyılmaz ve ark., 2009).

6) Nörolojik fonksiyonları sürdürmek; Hastanın bilinç düzeyi, pupillerinin büyüklük ve ışığa reaksiyonu, extremitelerin hareketliliği izlenmelidir. Hastaların 1-2 saat içerisinde uyanmaları gerektiği bu sürede uyanmayan hastalarda emboli olabileceği düşünülmektedir (Erdil ve Elbaş, 2001).

7) Hastaya psikolojik destek sağlamak; Koroner arter bypass greft cerrahi girişim sonrası sıklıkla anksiyete, uyku bozuklukları, depresyon, cinsel işlev bozukluğu, ev ve iş yaşamında rol ve statü kaybı gibi sorunların görüldüğü literatürde ifade edilmektedir (Pour ve Korkmaz, 2010). Gallo, Malek, Gilbertson ve Moore (2005) KABG cerrahisi geçiren hastaların sıklıkla postoperatif dönemde anksiyete yaşadıklarını belirtmişler ve yaptıkları çalışmalarda hastaların orta düzeyde

anksiyetelerinin olduğunu bildirmişlerdir (Dunckley et al., 2008). Lin Ku, Hung Ku ve Chi Ma yaptıkları çalışmada KABG cerrahisi uygulanan hastaların anksiyetelerinin orta düzeyde olduğunu belirtmişlerdir (Lin ku et al., 2005).

Hastanın anksiyesini azaltmada, öncelikle anksiyetenin düzeyi tanımlamalıdır. Hemşireler hastaların anksiyeteyi tanımada ve yönetiminde bilişsel ve davranışçı yöntemleri, iş merkezli yerine hasta merkezli bütüncül bakımı, kısa ve net cümlelerle bilgi vermeyi kullanarak yardım edebilirler. Hastanın anksiyetesinin farkında olmasına, ifade etmesine cesaretlendirilmesi ve ortam sağlanması gerekir. Hastaya anksiyetesini azaltmada ilaç tedavisi başlanmışsa, ilaçların etkileri gözlemlenmelidir (Dunckley et al., 2008).

Bu süreç içinde uygulanan yaklaşımlar hastanın fiziksel, psikospirüel, çevresel, sosyokültürel konforunda artma sağladığında, sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar güçlenmektedir.

8) Hastanın aktivite düzenini sağlamak; Ameliyat sonrası dönemde yatak istirahatinin fazla olması; solunum sekresyonlarının birikmesine, atelektaziye, tromboflebite, osteoporoza, üriner retansiyona, böbrek taşına neden olmaktadır. Hasta ameliyat günü akşamı yada sabahı yatak içinde oturtulmakta, servise geldiğinin ertesi günü ek bir problemi yok ise günde 3-4 kez 15-20 dakika koltukta oturmasına, tuvalete gitmesine izin verilmektedir. Ameliyat sonrası 3. günden sonra servis içinde sık sık 15 dakika yürüyüşler yapması hastaya önerilmektedir (Karapolat ve Durmaz, 2008).

9) Komplikasyonları önlemek; Kanama, ağır kanamaya bağlı şok, hipovolemi, hipervolemi, elektrolit dengesizlikleri, aritmiler, solunum yetmezliği, pnömotoraks, yara enfeksiyonu, sternum rüptürü, endokardit görülebilecek komplikasyonlar arasındadır (Erdil ve Elbaş, 2001).

Postoperatif kanama nedenlerinde yetersiz heparin nötralizasyonu, fibrinoliz, fibrinojen ve plazminojen düzeylerinde azalmadır. Cerrahi girişim sonrası koagülasyon profilinde aktivite pıhtılaşma zamanı (ACT), protrombin zamanı (PT), parsiyel tromboplastin zamanı (PTT), trombosit sayısı ve fibrinojen düzeyi takip edilmesi gereken parametrelerdir (Paç, 2004).

Kanama kontrolünde; göğüs tüplerinden gelen drenaj miktarı, rengi takip edilmelidir (Ameliyattan sonra 1 saat içinde > 400 mlt veya 4 saat içinde > 1000 mlt.). Trombosit sayısı, Hct, Hgb, PT, APTT kontrol edilir. Kanamaya bağlı belirti ve

bulgular takip edilir (kan basıncı, taşikardi, CVP, deri soğuk ve soluk). Hekim istemine göre kan ve kan ürünleri transfüzyonu yapılır, ilaçlar verilir (Protamin, K vitamini). Kanama devam ediyorsa hasta ameliyathaneye götürölmek üzere hazırlanır (<http://www.medicine.ankara.edu.tr>.,Erişim Tarihi: 07.07.2010).

Kanamanın devam etmesi veya göğüs tüplerinin tıkanmasına bağılı olarak kardiak tamponat gelişebilir. Böyle bir durumda göğüs tüplerinden gelen drenaj miktarı takip edilir. Tüpler dikkatlice sıvazlanır. Göğüs tüpleri için negatif basınç uygulanır. (15-20 cm H₂O) Kardiyak tamponad belirtileri ve bulguları takip edilir (Hipotansiyon, taşikardi, CVP, pulsus paradoksus, boyun venlerinde dolgunluk, periferik nabızların dolgunluğunda, terli ve soğuk cilt, kalp seslerinde azalma).Bu bulgular varsa hekime haber verilir. Göğüs filmi çektilir. Hasta ameliyathaneye götürölmek üzere hazırlanır (Paç, 2004).

Enfeksiyonların kontrolünde; Kardiyak cerrahi geçiren hastaların %10-20'sinde enfeksiyon gelişir. En sık cerrahi alanda, solunum sisteminde ve üriner sistemde görülür. Jenney ve ark.'nın (2001) yaptığı çalışmada koroner arter bypass cerrahisinden sonra cerrahi alan enfeksiyonu %9.9 oranındadır (Jenny et al., 2001).

Sternal yara enfeksiyonu, mediyan sternotomi ile yapılan işlemlerde yaklaşık %2 oranında görölen ciddi bir enfeksiyondur (Aşkar ve Çetin, 2004). Jonkers ve ark. (2003) tarafından yapılan prospektif bir çalışmada sternal yara enfeksiyonu ve greft alınan alanın enfeksiyon oranlarını sırasıyla otuzuncu günde %6.8 ve %4.6, doksanınıcı günde %9 ve %7.3 olarak bulduklarını ifade etmektedirler. İngiltere'de yapılan bir çalışmada da sternal yara enfeksiyonlarında risk faktörlerinin sırasıyla obezite, diyabet ve bilateral internal torasik arterin greft olarak kullanılması olduğı belirtilmiştir. Yara bakımında genel enfeksiyon korunma yöntemleri kullanılmalı, aseptik tekniklere uygun pansuman yapılmalı, pansuman yapılma sıklığına, akıntı olup olmadığının kontrol edilmesine dikkat edilmelidir. Gerekirse uygun pansuman debridman, irigasyon, drenaj ve tekrar kapatma uygulanır. Elektif kardiyak cerrahi geçiren hastalarda sternal yara enfeksiyonu sıklığı %1.1-%8.6 arasındadır (Dhadwal et al., 2006).

4.3.Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Sonrası Bilgi Gereksinimi ve Eğitimin Önemi

Hasta eğitimi, sağlığı koruyan ve bireylerde davranış değişikliği geliştirmeye yardım eden öğrenim deneyimlerinin birleşimi olarak tanımlanmaktadır. Sağlık Bakım Organizasyonu Birleşik Güven Komisyonu'na [The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)] göre hasta eğitiminin amacı; hastanın kendi bakım kararlarına uygun şekilde katılmasına, sağlık davranışlarını yükseltmesine yardımcı olmak ve hemen işine geri dönmesi için sağlık sonuçlarını düzeltmektir. (Kelly and Falvo, 2002).

Rankin (2001), hasta eğitimini “bilgi, öz-bakım davranışları performansı ve fiziksel işlevsellikdeki değişikliği sergilemek üzere bilginin iletişimi” şeklinde tanımlamaktadır. Hasta eğitimi; hastaya öz-bakım bilgisini geliştirmek, öz-bakım davranışları performansını ve semptom deneyimlerini arttırmak üzere kullanılabilir bilgiyi sağlamaktadır. Rankin; hasta eğitiminin, hem hastane ortamı içerisinde hem de hastane ortamı dışında tüm hastalara sağlanan bakımın olağan bir bileşeni olduğunu ve genellikle bir grup ya da teke tek durumda yürütülen hemşire-hasta etkileşiminden oluştuğunu ifade etmektedir (Fredericks, 2006; Mclain, 2004).

Hasta eğitimi, aynı zamanda standartlaştırılmış ya da bireyselleştirilmiş yöntemle verilmektedir. Bireyselleştirilmiş hasta eğitimi, hastaların kendi belirli sağlık durumlarıyla ilişkili olduğunu düşündüğü konuları seçmelerini kapsarken; standardize hasta eğitimi hemşirenin, hastanın bilgi sahibi olmasının önemli olduğunu düşündüğü alanların seçiminden ve tanımlanmasından sorumlu oluşunu kapsamaktadır (Fredericks 2006; Mclain, 2004).

Hasta eğitimi; yakın zamana kadar hastalığın patofizyolojisi ve tedavisinin doğru şekilde uygulanmasına odaklanmıştır. Günümüzde ise hasta ve ailesinin gereksinimlerini karşılayacak, sorunlarına çözüm üretecek bilgi, beceri, tutum ve davranışların kazanılması süreci olarak tanımlanabilir. Hastanın kendi sağlığı ile ilgili konularda bilgilenmesi; hastanın potansiyeli doğrultusunda mümkün olan en kısa zamanda fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamında kendi kendine yeterli duruma gelmesi, tedavi ve uygulamalara yardımcı olabilmesi, gelişebilecek komplikasyonların en aza indirilmesi, bakım maliyetinin azaltılması, hastanede kalış süresinin kısaltılması, hastalığına eklenebilecek diğer sağlık sorunlarından korunması, güvenliğini sürdürmesi,

taburcu olduktan sonra etkin bakımını sağlaması gibi pek çok konuda yarar sağlamaktadır. Hasta eğitiminin gerçekleştirilmesinde temel öge, hasta ve ailesinin her aşamaya katılımının sağlanmasıdır (Taşocak, 2003; Mcnamee and Wallis, 1999; Kaya, 2009).

JCAHO'nun (Sağlık Bakım Organizasyonu Birleşik Güven Komisyonu) standartları ile hasta eğitiminin standartları şu şekilde belirlenmiştir.

1. Hasta ve ailesine iyileşmenin sağlanması ve fonksiyonlarının düzenlenmesi için gerekli bilgi ve beceriyi sağlayacak bir eğitim planının oluşturulması,
2. Hastanın bakım verme sürecine katılımının sağlanması ve eğitim sürecine ailenin de dahil edilmesi,
3. Tanılama ile başlayan ve belirlenmiş bilgi gereksinimlerine yönelik tercihlerine uygun bir eğitim programının vurgulanması,
4. Hastanın güvenli ve etkili ilaç kullanımı ile ilgili eğitilmesi,
5. Hastanın kullandıkları araç gereç ve desteklerin güvenli ve etkili kullanımı ile ilgili eğitilmesi,
6. Hastaya besin-ilaç etkileşimleri, hastalığa uygun diyet önerilerinin açıklanması,
7. Hastaya sağlık kontrolleri ve ulaşabilecekleri toplumsal kaynaklar hakkında bilgi verilmesi esas alınmıştır (Kelly and Falvo, 2002).

Hemşirelerin temel görevleri, insan yaşamının kalitesini ya da niteliğini artırmak, birey aile ve topluma katkı vermek ve insanların yaşamdan daha çok doyum almalarına destek olmaktır. Hemşirelerin koroner arter bypass ameliyatı olan hastaların yaşamlarındaki bu önemli değişimler nedeniyle onları bütüncül bir yaklaşımla ele almaları ve profesyonel anlamda iyileştirmek için katkıda bulunmaları gerekmektedir. Bu nedenle koroner arter bypass ameliyatından sonra hastanın yaşamında ortaya çıkan değişimlerin ve sorunların belirlenmesi, hemşirelere hastalara hangi konuda rehberlik etmeleri gerektiğine temel oluşturacaktır. Hemşirelerin koroner arter bypass ameliyatı olan hastalara danışmanlık yapabilmeleri ve onlar için eğitim programları düzenlemeleri, hastadan elde edilecek kapsamlı veriler doğrultusunda gerçekleşmektedir (Yıldırım ve Atalay, 2002).

KABG hastalarının hemşirelik eğitimi daha önceleri hastanede ameliyat sonrası aşamaya odaklanmıştır. Ancak, hastanede kalış süresinin kısalması gibi faktörler evde iyileşmeyi desteklemek üzere yeterli bilgiye gereksinim olduğunu ortaya çıkarmıştır. Doering ve arkadaşları tarafından üstlenilen kalp cerrahisi hastalarının, taburculuk sonrası bakıma ilişkin algıları değerlendirilmiş; hastalar, iyileşmeye ilişkin beklentilerinin yaşadıklarıyla (%24) örtüşmediğini ve iyileşme süreçleriyle ilgili olarak hastanede daha fazla ve farklı bilgiye gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir (%22). Hastaların, iyileşme süreçleri ve bakım gereklilikleriyle ilgili olarak açık ve özelleşmiş bilgi talebinde buldukları ve bu gereksinimlerinin taburculuk sonrasındaki 6 hafta boyunca devam ettiği belirtilmektedir (Gallagher et al., 2004).

Hastanede kalış süresi, hasta ve hastalığa göre değişmekle birlikte genellikle hastalar kendi bakımlarını evlerinde sürdürebilecekleri duruma geldiklerinde taburcu edilmektedirler. Açık kalp cerrahisi sonrası da hastalar 4-7 gün içinde taburcu olmaktadır. Hastalar taburcu olduklarında karşılaşılabilecekleri sorunları bilmeden ya da çözümleyemedikleri çeşitli sorunlarla ve endişelerle kendi ortamlarına dönmektedirler. Bakımın evde devamı için gerekli bilgi ve beceriden yoksun taburculuk hasta ve ailesini fiziksel ve psikolojik yönden strese sokarak, iyileşme sürecini yavaşlatabilmektedir (Ay ve ark., 2007). Taburculuk eğitimi, taburculuk sonrası olası komplikasyonların önlenmesi, hasta ve yakınlarının endişelerinin giderilmesi, hastaların günlük yaşama uyumunun sağlanması ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla, ameliyat olan hasta ve yakınlarının, hastaların bireysel gereksinimleri doğrultusunda hazırlanan eğitimlerini içermelidir (Akyolcu ve Yardakçı, 2004; Taşdemir ve Özşeker, 2007; Yıldırım ve Atalay, 2002).

Bu eğitimler; bireysel bakımı, sternum korunmasını, cihaz kullanımını, egzersiz, beslenme, ilaç kullanımını, evde hastada oluşabilecek olası sorunları, gelişebilecek komplikasyon ve belirtilerini, acil durumları ve bu sorunlara çözüm yöntemlerini içermelidir (<http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergihaberler.as.>, Erişim tarihi: 12.07.10; Yılmaz ve Çiftçi, 2010)

Taburculuk eğitimi verilen hastaların; iyileşme süreçlerinin hızlandığı, öz-bakım yeteneklerine paralel olarak öz güvenlerinin arttığı, hastaneye/polikliniğe tekrarlı başvuruların azaldığı buna bağlı olarak da hasta bakım maliyetinin azaldığı ve bakım kalitesinin yükseldiği belirtilmektedir. Ayrıca taburculuk planlaması hemşire ile hasta

arasında devam eden bir ilişki oluşmasını desteklemektir. Böylece hastanın bütün öyküsünün hemşire tarafından bilinmesini sağlar. Böylece hemşire bireyi tüm yönleriyle görebilmekte ve bütüncül yaklaşım sağlamaktadır (Taşocak, 2003; Çoşkun ve Akbayrak, 2001).

Taburculuk eğitimi; hastaların anksiyetesi yüksek olduğu için ameliyat öncesi verilen bilgiyi alamayacaklarından bilgi verme işlemi, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemlerde yavaş ve tekrarlanarak yapılmalı, böylece hastanın, hastaneden çıkarken öğrenmesi gereken konularda tam bilgi ve beceri sahibi olması sağlanmalıdır (Taşocak, 2003)

Hasta eğitimi yapılırken; her bireyin öğrenme ve bireysel gereksinimlerinin farklı olduğu unutulmamalıdır. Bu dönemde yapılacak eğitim istenilen düzeyde etkili olmayabilir. Bu nedenle eğitim, hasta ve ailelerinin anlayabilecekleri düzeyde hazırlanmalı ve uygun zamanda yapılmalıdır. Hasta yargılayıcı ve eleştirici davranışlarla korkutulmamalı, bakış açısını anladığımızı belli eden sözlerle desteklenmelidir. Hastalara verilecek eğitim sözel olabileceği gibi taburculuğa bağlı anksiyetenin verilen bilgileri anlama ya da unutma olasılığını önlemek için kitapçık, broşür gibi yazılı eğitim materyali verilmesinin önemi bilinmektedir. Bu kitapçık, genel bilgiler yanı sıra her hastaya özel bilgileri de sunmalıdır. Kitapçığın kolay anlaşılması ve okunabilir olmasının sağlanmasında, karmaşık dil kullanımı veya tıbbi terimlerden ve şaşırtıcı, ürkütücü ya da gereksiz klinik bilgi vermekten kaçınmanın önemi büyüktür (Karadağ, 1998).

KABG sonrası hastalar ortalama bir hafta içinde taburcu edilmektedirler. Hasta ve ailesi eve dönüş konusunda anksiyete yaşamaktadırlar. Aile üyeleri sıklıkla gelişebilecek komplikasyonlar ve evde bakım konusundaki bilgi yetersizliğinden anksiyete yaşadıklarını ifade etmektedirler (Çiftçi, 2006).

Hastanın özellikle evdeki ilk günlerinde çok yakından gözlenmesi, normal ve tehlikeli durumların birbirinden ayırt edilmesi, olabilecek tehlikelere karşı uyanık olması önemlidir. Ameliyat sonrası ortalama 6 hafta süren bir iyileşme dönemi vardır (Ivarsson et al., 2005). KABG'nin ardından erkekler ve kadınlar benzer bilgi gereksinimlerine ihtiyaç duymaktadır. Her iki cins de, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam aktiviteleri, yaşam kalitelerini artırma ve tedavilere ilişkin bilgi talebinde bulunmaktadır (Jickling et al., 1997). Konuya yönelik yapılan çalışmalarda ameliyattan

sonraki üç ay ile bir yıl içinde hastalar yaygın olarak kas sertliği, göğüste ve bacakta ağrı, kilo kaybı, uyku bozuklukları, iştahsızlık, konstipasyon, banyo yapmada zorluk gibi fiziksel problemlerin yanı sıra mutsuzluk, stresörlerle baş edememe, huzursuzluk, panik atak yaşamaktadırlar. Ayrıca hastaların yaşam biçiminde, sosyal faaliyetlerinde, fiziksel aktivitelerinde, iş yaşamlarında değişimler görülmekte evlilik-aile ilişkilerinde ve cinsel yaşamlarında problemler yaşanabilmektedir (Gallagher et al., 2004; Jickling et al., 1997).

Tüm yapılan çalışmalara literatüre bakarak KABG ameliyatı sonrası bilgi gereksinimlerine karşılık verilecek eğitim içeriği bireysel bakım, sternum korunmasını, cihaz kullanımını, egzersiz, beslenme, ilaç kullanımını, evde hastada oluşabilecek olası sorunları, gelişebilecek komplikasyon ve belirtileri, acil durumları ve bu sorunlara çözüm yöntemlerini ve genel bilgileri kapsar (Jickling et al., 1997; Gallagher et al., 2004).

Sternum korunması; Sternumun iyileşme süresi yaklaşık 3 ay, hastanın dikkat etmesi gereken süre ortalama 6-8 haftadır. Göğüs korsesi kullanımı, göğüs minderi kullanımı, yatış pozisyonu önemlidir. Yataktan doğrulurken, öksürürken ve yürürken göğüs korsesi mutlaka önden tutulmalı ve göğüs kemiği sabitlenmeli, göğüs yastığı aynı amaçla kullanılabilir (<http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergihaberler.as.>, Erişim tarihi: 12.07.10; <http://www.melihus.com.>, Erişim tarihi: 10.07.10).

Triflow kullanımı; Ameliyat sonrası egzersiz kapasitesi azalmış akciğerleri eski kapasiteye ulaştırmak amaçlı kullanılır. Ortalama iki ay kullanılmalı, iki saate bir 10-15 kez çalışılmalı, hastanın cihazı doğru kullandığından emin olunmalı ve önemi anlatılmalıdır (<http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergihaberler.as.>, Erişim tarihi: 12.07.10)

İlaç Kullanımı; İlaçların isimleri, etkileri ve yan etkilerinin bilinmesi son derece önemlidir. Hastaların öğrenmesini kolaylaştıracak sınıflandırma yapılmalıdır. Hastaların ilaçlarını uygun zaman dilimleri içinde ve doğru zamanda ve doğru dozda almaları, olabilecek yan etkilerini bilmeleri, uygun şartlarda saklamaları, ilaçlarını aksatmamaları tedavinin sürekliliği açısından önemi vurgulanmalıdır.

Yaraların Bakımı; İnsizyon bölgesi çevresindeki cilt hafif kırmızı ya da nekroze görülebilir. Bu tür etkiler zamanla düzelecektir. İnsizyon bölgesi herhangi bir kızarıklık, açılma, akıntı, kötü koku, şişlik ve ateş gibi enfeksiyon belirti ve bulguları yönünden

günlük olarak kontrol edilmelidir. Bunlardan herhangi birinin varlığı doktorun haberdar edilmesini gerektirir (<http://www.melihus.com>, Erişim tarihi:10.07.10); Mcnamee and Wallis, 1999).

Yara iyileşmesini hastanın yaşı, sigara içmesi, obezite, diyabet, anemi, stres, uzun süre ameliyatta kalma, cerrahi teknikler etkileyebilmektedir. Ancak ameliyat bölgesinin iyileşmesi ortalama olarak 6-8 haftada olmaktadır. Bu süre içinde zorlayıcı hareketlerden kaçınılması, araba kullanılmaması, ağır eşya kaldırma, itme çekme gibi hareketlerden kaçınılması gerekmektedir.10 gün sonra dikişlerin aldırılması, 1 yıl direkt ışıktan korunması önerilir (<http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergihaberler.as.>, Erişim tarihi: 12.07.10).

Ağrının Kontrolü; KABG sonrası omuz, sırt ve göğüs bölgelerinde sık görülen ağrıların tamamen kaybolması birkaç ay sürebilir. Hastaların taburcu olduktan sonraki dönemde ağrıları azalsa da ameliyat kesisinin bulunması, hastanın insizyon bölgesini zorlayacak pozisyonlarda bulunması ve insizyon bölgesinin travmaya maruz kalması, derin solunum ve öksürme egzersizleri sırasında ameliyat bölgesine olan basınç gibi sebeplerden dolayı hastalar ağrı problemi ile karşılaşabilmektedirler (Aldemir, 2000; Kutsal, 2010).

Hastaların ağrı problemini daha az yaşamaları için insizyon bölgesinin her türlü zorlanma ve travmadan korunması son derece önemlidir. Hastalar derin solunum ve öksürme egzersizleri sırasında ağrı duyuyorlarsa ve bu ağrı kendilerini rahatsız ediyor ve solunum egzersizi yapmalarını engelliyorsa ağrı kesici ilaç aldıktan sonra egzersiz yapmalarının, derin solunum ve öksürme egzersizleri sırasında insizyon bölgesinin küçük bir yastık vb. ile desteklenmesinin ağrı üzerine yararı olacaktır. Hastaların kullanacağı ilaçların doktorun önerdiği ilaç olması önemlidir (Erdine, 2002).

Ödemin önlenmesinde; uzun süreli oturma ve yatma durumunda kol ya da bacak kalp seviyesinden yukarıda olacak şekilde yükseltilmeli ve uzun süre hareketsiz kalmamalıdır. İyileşme döneminde ödemi engellemek için varis çorabı, önerilen süre ve şekilde kullanılmalıdır.

Varis çorabı genellikle ameliyattan sonraki ilk 2 ay boyunca giyilir. Varis çorapları sabahları yataktan kalkmadan önce, ayaklar bir süre elevasyona alındıktan sonra bacağın yukarısına doğru sıvazlayarak giyilmelidir. Varis çorabı gün boyunca, ayakta kalındığı sürece devamlı giyilmelidir. Akşamları yatarken varis çorabı

çıkartılmalı ve yıkanmalıdır. Ameliyattan sonraki ilk 1 aylık dönemde göğüs kemiğinin korunması amacıyla varis çorabını bir başkasının giydirmesi önerilmektedir (<http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergihaberler.as.>, Erişim tarihi: 12.07.10).

Enfeksiyon takibinde; hastaya insizyon yerlerini gözlemlemesi ve enfeksiyon belirtileri olabilecek; yara yerinin kırmızılığında ve ısısında artış, şişme, hassasiyet, akıntı, olması halinde hastaneye başvurması söylenir (Erdil ve Elbaş, 2001).

Beslenme konusunda; İştahsızlık geçici bir durum olup hastanın iştahının tam olarak geri dönmesi birkaç hafta alabilir. KABG ameliyatı sonrası hastalara kolesterol ve sodyumdan düşük diyet önerilir. Kolesterol, doymuş yağlar ve şekerden zengin bir diyetin majör bir koroner risk faktörü olduğu bilinmektedir. Bu tür diyetin kanda kolesterol ve lipid seviyelerini arttırdığı bilinmektedir (Özcan, 1997).

Beslenmede hastalara kalorisi fazla olan; tereyağ, iç yağ, kuyruk yağı, yağlı peynirler, krema, kaymak, sakatat, pastırma, sucuk, salam, sosis, kremalı tatlılar, yağlı unlu gıdalar, kızartmalar, kabuklu deniz ürünlerinden kaçınmaları, yağsız yada yağ oranı düşük besinler, meyve, sebze bol tüketmeleri, fındık, tavuk, balık diyetinde bulundurulmalıdır (<http://www.melihus.com.>, Erişim tarihi:10.07.2010).

Protein gereksinimini bezelye, nohut, kuru fasulye, mercimek gibi kuru baklagillerden, tahıllardan ve et ile karşılanmalıdır. Şeker ve şeker ilave edilmiş gıdalar tüketilmesinde dikkatli olunmalıdır. Yulaf ürünleri, tam pirinç (kepekli), kuru baklagiller, tam ekme, sebzeler, meyveler liflerden zengin gıdalardır(<http://www.melihus.com.>,Erişim tarihi:10.07.2010).

Egzersiz olarak hasta ilk bir hafta evde istirahat edilmesi tavsiye edilir. İlk gün 15 dakika daha sonra her gün ya da iki günde bir 5 dakika artırılmalı, yürüyüş yapmak için düz yol tercih edilmelidir. Egzersiz, bağırsak hareketlerini artırdığı için konstipasyonu önler, akciğer kapasitesini artırır, alveollerde gaz değişimi artar, oksijen düzeyi artar, daha rahat nefes almayı sağlar, sırt ağrısını azaltır, ödem oluşumunu önler, kilo kontrolünü sağlar. Hastanın rahat uyumasına yardımcı olmaktadır (<http://www.melihus.com.>,Erişim tarihi:10.07.2010; Erdil ve Elbaş, 2001). Egzersiz programı belirlenirken, hastanın egzersiz sırasında yorgunluk durumu ve kalp atışları değerlendirilmeli, hasta tolere edebileceği egzersizleri belirli aralıklarla dinlenerek yapmaya özendirilmelidir (Brunner, 1989).

Yürüyüş tüm vücut ve kalp kasında dolaşımı arttıracığından, önerilebilecek en iyi egzersizdir. Egzersiz kişinin kendini iyi hissettiği zamanlarda, açken veya yemekten iki saat sonra, yeterli sıvı alınarak, çok sıcak, nemli ve aşırı güneşli olmayan ortamda, rahat elbise ve ayakkabı ile yapılmalı, yavaş başlamalı ve yavaş sonlandırılmalıdır. Kişi egzersiz öncesi sırası ve sonrası nabzını kontrol etmelidir (Brunner, 1989; <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergihaberler.as.>, Erişim tarihi: 12.07.10). Herhangi bir aktivite sırasında, göğüste ağrı ya da baskı hissi, çarpıntı yaygın terleme gibi belirtiler ortaya çıktığında hasta dinlenmelidir. Eğer dinlenmekle geçmiyorsa hekime başvurulmalıdır (Brunner, 1989).

Boşaltım gereksiniminde; Hastalarda hareketsizliğe ve kullanılan ilaçlara bağlı olarak kabızlık olabilir. Konstipasyon için kullanılan ilaçlara ya da alınan gıdalara bağlı olarak diarede gelişebilmektedir. Hastaya; daha çok sebze, meyve ve posalı yiyecekler ve bol sıvı tüketmesi önerilir. Uygun beslenme ve düzenli egzersizlerle kabızlık önlenmeye çalışılmalıdır (Erdil ve Elbaş, 2001).

Uyku gereksinimi; Temel yaşam gereksinimlerinden biri olan uyku, bireyin fizyolojik ve psikolojik iyilik halini sürdürerek yaşam bütünlüğünü devam ettirebilmesi için gerekli enerjiyi sağlama süreci olarak tanımlanmaktadır (Ay ve ark., 2007).

Uyku sorunlarının en önemli nedeni ağrı olduğundan öncelikle hastaların ağrısı giderilmeye çalışılmalı, daha sonra ihtiyaç duyulursa ilaç tedavisine geçilmelidir. Hastalara taburcu olurken ağrıları için ağrı kesici kullanabilecekleri ve ilaç dozları söylenmelidir. Uyku düzenini etkilediği belirlenen, sıcaklık, aydınlatma, yüksek ses gibi ortam fiziksel özelliklerinin hastaların uykularını olumsuz yönde etkilemeyecek şekilde düzenlenmesi, sırt üstü yatış pozisyonunun, uykuya dalamama probleminin en önemli faktörü olduğu göz önüne alınarak, fonksiyonel yatakların tercih edilmesi, yastıkla desteklenmesi sağlanmalıdır (Özcan, 2008).

Hijyenik Bakım; KABG ameliyatından sonra hastalar genellikle 4.günüde banyo yapabilirler. Hastalar üşüme korkusu, banyoda düşme korkusu, enfeksiyon gelişme korkusuyla banyo yapmak isteyebilmektedir. Hastaya banyonun önemi anlatılmaya çalışılmalıdır.

Dinlenme; Hastalar ameliyat sonrası kendilerini çok fazla yormamalı, yorulduklarını hissettiklerinde dinlenmelidirler. Dinlenmenin iyileşme döneminde uygunluğu önemlidir.

Oturma ve yatma pozisyonu; hasta oturup kalkarken ağırlığını kollarına vermemeli, kollarını yalnızca dengeyi sağlamak için kullanılmalıdır. Bacaklarını uzun süre sarkıtarak oturmamalıdır. Bacaklarını bacak bacak üstüne atmaması konusunda uyarılmalıdır.

Hastanın alkol alışkanlığı var ise bırakılmalıdır. Kilo artışı fazla alkol tüketilmesi ile ortaya çıkan sorunlardan biri olarak görülmektedir. En fazla 1 kadeh alkol 2 aydan sonra alınabilmektedir (Yüksel, 2000).

Sigara; Sigara içen kişilerin içmeyenlere göre kalp krizi geçirme riski 2 kat daha fazladır. Sigara içiciliği ani kalp ölümleri için en önemli risk faktörüdür. Aynı zamanda sigara kalp ameliyatı geçiren bireylerde sağlıklı insanlara göre çok daha zararlıdır. Ameliyattan sonra aktif ve pasif olarak kesinlikle sigara içmemesi gerekmektedir. Bypass sonrası sigara içmeye devam edenlerde yeni damarların kısa sürede tıkanma olasılığı yüksektir (Özcan, 2008).

Cinsel Yaşam; KABG sonrası hastalara, cinsel yaşama ilişkin endişelerin normal olduğu açıklanmalıdır. Hastalara ameliyattan 4-6 hafta sonra cinsel aktivitede bulunması önerilmektedir. Cinsel yaşama başlama kriterlerinden birisi hastanın iki kat merdiveni zorlanmadan çıkabilmesidir. İki kat merdiven çıkma ve cinsel ilişkide miyokardial oksijen gereksiniminin eşit olduğu saptanmıştır. Cinsel ilişki sırasında sternumu germeyecek ve yorucu olmayan pozisyonlar tercih edilmesi gerekmektedir. Hastalar, ilişki sırasında gelişen anjina, aşırı yorgunluk, uzamış dispne, ilişki sonrası 10 dakikadan daha fazla süren çarpıntı hissettikleri takdirde hekime başvurularını yönünde uyarılmalıdır (<http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergihaberler.as.>, Erişim tarihi: 12.07.10).

Psikolojik durumda meydana gelen değişikliklerde; Bypass hastalarından sonra üçte birinde ruhsal depresyon oluşturduğu gözlenmiştir. Depresyon hastanın kişisel aktivite ve egzersiz kapasitesini azaltır, yorgunluk halsizlik duygusu oluşturmaktadır. Bu yakınmalarda psikiyatriden yada psikologdan yardım alınabilir (Yava , 2000).

Kalp hastalıkları ve kardiyak cerrahi girişimlerinde ortaya çıkan psikolojik durumların tanı ve tedavisi ile uğraşan psikokardiyolojide liyezon psikiyatrisi olarak yürütülen bir disiplin mevcuttur (Kocaman, 2005).

Açık kalp cerrahisi sonrası hastalar mutsuzluk, stresörlerle baş edememe, aile içinde rol karmaşıklığı, huzursuzluk, anksiyete, depresyon ve panik atak yaşamaktadırlar (Yava, 2000).

Acil Durumlar; Hasta ve ailesi acil durumların ne olduğunu kavraması açısından bilgilendirilmelidir. Bunlar; Ameliyat öncesi ağrılara benzeyen göğüste, omuzda, boyunda veya çenede dinlenmeye ve dil altı hap almaya rağmen geçmeyen ağrı, nefes darlığı ile birlikte olan çarpıntı, dinlenmekle geçmeyen nefes darlığı, günde 1-1.5 kg dan fazla kilo artışı, kolda ve bacakta ani güç kaybı, bayılma hissi, çok yavaş, hızlı veya düzensiz kalp atışları, insizyon bölgesinde iltihaplı akıntı olması, kızarması, sıcaklığında artış olmasıdır (Erdil ve Elbaş, 2001).

İşe başlama; Bypass ameliyatlarında, hastanın ameliyat sonrasında işine döneceği konusunda ikna edilmesi sonucu hasta rahatlık hisseder. Hasta iş hayatına doktorunda tavsiyesiyle 2.aydan itibaren gidebilir.

Ev işleri yapma; Bayan hastalar yemek hazırlama, temizlik gibi aktivitelere 2 ay sonra yavaş yavaş doktor kontrolünde başlayabilirler. Bu hastanın kendisini psikolojik olarak iyi hissetmesini sağlar.

Otomobil kullanma; Hastalıktan sonraki ilk 8 haftada hastaların araba kullanmaları risklidir. Ayrıca araba kullanma insizyon bölgesinde gerginlik yaratabileceğinden ve herhangi bir travma durumunda ameliyat bölgesinde açılmalar olabileceğinden hastalara araba kullanmamaları önerilmektedir.

Seyahat; Taburcu olduğunuzdan itibaren yolculuk yapabileceği, ameliyattan 8 hafta sonra araba kullanabileceği, 10 gün sonra uçağa binebileceği söylenir.

Sosyal faaliyet; Taburcu olduktan sonraki ilk on günde ziyaretçilerinizi ve telefon görüşmelerinizi kısıtlaması önerilir. Onuncu günden itibaren egzersizlerinin kuvvetleneceği kendisi ve çevresi için gerekli sosyal faaliyetlere katılabileceği söylenmelidir.

Kontrole Gelme; Hastalar taburculuk sonrası, eğer soruları olursa telefon edecekleri kişiyi bilmelidirler. Hastalara önemli durumlar ve randevu tarihleri açık bir dille anlatılmalıdır (Sönmez ve ark., 2010).

4.4. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi ve Sosyal Destek

4.4.1. Sosyal Desteğin Tanımı ve Önemi

Sosyal destekle psikolojik sağlık ilişkisi konusunda 1970'li yıllardan günümüze kadar pek çok araştırma yapılmıştır. Sosyal destek kavramının temelinde, bireyin çevresi tarafından güvenilme, sevilme, saygı duyulma, ilgi görme, değer verilme gibi gereksinimlerin bulunduğu varsayılmaktadır. Bu gereksinimin değişik boyutlarının vurgulanmasından dolayı tanımlarda da farklılıklar ortaya çıkmaktadır (Dayapoğlu ve Tan, 2009; Ebrinç ve ark., 2001; Yıldırım, 1997).

Lin, sosyal desteğin toplumsal, sosyal ağ ve esler tarafından algılanan ya da varolan araçsal ve/veya açık yardımlar olduğunu belirtmiştir. Diğer bir tanımda sosyal destek, bireylere gerçek yardım sağlama veya bireylerin sevildiklerine, korunduklarına inandıkları bir sosyal sisteme onları bağlama veya değerli bir sosyal gruba bağlılık duygusunu geliştirme olarak açıklanmıştır. Buna göre sosyal destek, alınan sosyal destek ve algılanan sosyal destek olarak ortaya çıkan yardım davranışları olarak tanımlanmaktadır. Algılanan destek ise bu tür davranışlarının ihtiyaç olduğunda ortaya çıkacağına ilişkin inanç olarak tanımlanır. Kısaca, alınan destek gerçekleşmiş yardım davranışı, algılanan destek ise, gerçekleştirebilecek yardım davranışı anlamına gelmektedir (Aksüllü ve Doğan, 2004).

Sarason, Levine, Basham ve Sarason (1983) sosyal desteği, bizi sevdiğini önemseydiğini, değer verdiğini bildiğimiz, güvendiğimiz insanların varlığı ve hazır bulunması olarak tanımlamaktadır (Tansı, 2009). Lieberman, sosyal desteği, kişinin çevresinden edindiği, kabul edildiği ve sayıldığı düşüncesi olarak değerlendirmiştir (Sorias, 1988). Johnson ve Sarason (1979) sosyal desteği, kişinin güvenebileceği ilişkiler yoluyla, sosyal kaynaklardan yararlanabilme derecesi şeklinde tanımlamışlardır. Cob (1976) sosyal desteği, kişiyi sevdiğine, değer ve önem verildiğine ve iletişim ağının bir parçası olduğuna inandıran bir bilgi olarak tanımlamıştır. House (1981) ise sosyal desteği, araçsal (instrumental), duygusal (emotional), bilgisel (informational) ve değer ifade eden (appraisal) destek olmak üzere tanımlamıştır (Savcı, 2006).

Tüm bu tanımlardan yola çıkarak sosyal desteği, ihtiyaç duyduğu zaman bireye çevresindeki kişiler tarafından sağlanan maddi ve manevi yardım ve destek şeklinde tanımlamak mümkündür. Birey sorunlarla başa çıkamadığında ilgili ve yeterli başka kişilerden destek alarak engelleri aşabilir. Sosyal destek sistemleri güçlükler ile başa

çıkma da kişinin en önemli yardımcılarıdır. Destekleyici ilişkinin insanların yaşamında sağlığı yükseltme, sağlık problemlerini önleme, stresin etkilerine karşı korunma ve baş etme çabalarının güçlendirilmesinde önemli bir rol oynadığı kabul edilmektedir (Çetin, 2009).

Stresin bireyler üzerindeki olumsuz psikolojik ve somatik etkileri vurgulanırken, sosyal destek kaynaklarının hem hastalık öncesi, hem de hastalık sonrasında ve hastalığın tedavisinde olumlu etkilerine dikkat çekilmektedir. Sağlık ile sosyal destek arasında olumlu bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Sosyal desteği olanlar, daha kolay iyileşmekte, yaşam kaliteleri yükselmekte ve hastalıklarla baş etme güçleri artmaktadır (Başer, 2006).

Sosyal destek kuramlarında genel olarak sosyal desteğin yaşam boyu gerekli olduğu, ait olma duygusunu yaratan kişiler arası ilişkileri de kapsadığı ve olumlu yönde bir etkileşim olduğu kabul edilir. Diğer taraftan sosyal desteklerin sevgi, şefkat, yeterlik, benlik saygısı, bir gruba ait olma gibi sosyal gereksinimleri karşılayarak fizik ve ruh sağlığını olumlu bir biçimde etkilediği düşünülmektedir (Ardahan, 2006).

4.4.2. Sosyal Destek Modelleri

Sosyal destek modellerini iki gruba ayırabiliriz: Birinci grupta sosyal desteğin tanımlanmasıyla ilgili modeller yer alırken, ikinci grupta sosyal desteğin etkisiyle ilgilenen modeller yer almaktadır.

1. Temel Etki Modeli (Main Effect Model): Sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir ilişki olduğunu ileri sürmektedir. Bu modele göre, sosyal destek fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde her koşulda, olumlu etkiye sahiptir. Aynı zamanda temel etki modeli, sosyal desteğin olmamasının birey üzerinde olumsuz etki yaratabilecek bir durum olduğu görüşünü savunur. Dolayısıyla, sosyal destekten yoksun olma, birey üzerinde kendi başına olumsuz etki yaratabilecek bir durumu oluşturmaktadır. Temel etki modeli, sosyal desteğin sağlık üzerine doğrudan etkili olduğunu ileri süren tek modeldir (Ardahan, 2006).

2. Tampon Etkisi Modeli (Buffering Effect Model): Sosyal desteğin en önemli fonksiyonu, stres verici yaşam olaylarının yarattığı zararları azaltarak ya da dengeleyerek ruh sağlığını korumaktır. Stres yaratıcı durumlar söz konusu olmadığı sürece, sosyal desteğin bulunmamasının sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde

olumsuz bir etkisi yoktur. Ancak, yüksek düzeylerde stres yaratıcı durumlarda sosyal destek bireyin uyum sağlamasını ve koşullarla basa çıkmasını kolaylaştırarak stresin zararlı etkilerini azaltan bir tampon görevi yapmaktadır. Örneğin stres verici yaşam olayları ortaya çıktığında, dost ve akrabaların sorunlarla başa çıkabilmek için gereken yardımı sağlamaları, destek vermeleri sosyal desteğin tampon etkisi olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla diğerlerinden yardım almak stres yapıcı olayların daha az tehlikeli görünmesini ve kişinin basa çıkabilme potansiyelini daha güçlü olarak algılamasını sağlar (Ardahan, 2006).

Sosyal Destek Türleri

Sosyal destek birbirinden farklı ancak birbiriyle bağlantılı bazı boyutları içermektedir. Bu boyutlar farklı kuramcılar tarafından farklı şekillerde ifade edilmiştir. Aşağıda sosyal destek türleriyle ilgili belli başlı sınıflamalara yer verilmiştir.

Caplan'a (1974) göre sosyal destek türleri beş grup altında toplanabilir.

1. Duygusal Destek: İlgi, sevgi, güven duygularının iletilmesine dayanır.
2. Takdir Desteği: Kişinin sorunları ve kusurlarıyla birlikte olduğu gibi kabul edildiği ve saygı duyulduğunun belirtilmesine dayanır.
3. Maddi Destek: Maddi yardım, araç-gereç ve hizmet verilmesine dayanır.
4. Bilgisel Destek: Sorunların çözülmesini sağlayabilecek bilgilerin verilmesi ya da becerilerin öğretilmesine dayanır.
5. Beraberlik Desteği: Boş zamanların birlikte geçirilmesine dayanır (Çivilidağ, 2003).

Çivilidağ'ın (2003) tarafından yapılan araştırmada sosyal destek türünün beş ana başlık altında vurgulandığını göstermektedir. Bunlar:

1. Araç Desteği: Gerekli olan materyal, maddi yardım ve hizmetin verilmesi ile sağlanan destektir.
2. Sosyal Arkadaşlık: Birlikte geçirilen boş zaman ile sağlanan destektir.
3. Duygusal Destek: Empatiye bağlı sevgi ve güven hissine dayanır.
4. Saygı Desteği: Kişiyi sorunları ve eksikleriyle kabul ederek saygı göstermeye dayanır.
5. Bilgisel Destek: Problemlerle başa çıkmada gerekli bilgiyi sağlamaya dayanır (Çivilidağ, 2003).

Sonuç olarak yukarıda ifade edilen sosyal destek türleri incelendiğinde sosyal desteğin, maddi, duygusal, bilgisel ve sosyal paylaşım boyutlarının olduğunu söylemek mümkündür.

4.4.3. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olan Hastalarda Sosyal Destek

Hastalanma, hastaneye yatma ve ameliyat olma gibi durumlar insanın yaşamında büyük önem taşıyan olaylardır. Hastalık nedeniyle hastaneye yatan birey hastaneye yattığı andan başlayarak “hasta rolünü” almaktadır. Hastaneye yattığı zaman günlük yaşantısından, evinden ve kendisi için önemli birçok uyarandan uzaklaşan bireyin, fiziksel, emosyonel rahatsızlığı olan, acı çeken birçok insanla birlikte olması, pek çok aktivitelerinde başkalarına bağımlı ve sınırlı hareket etmesi, üzerinde bilmediği işlemlerin yapılması kendini yalnız hissetmesine neden olmaktadır (Özyurt, 2007). Çalışmalarda sosyal desteğin olumlu sağlık davranışların geliştirilmesi ve uyum sağlanmasında önemli olduğu psikososyal uyumun yaşam kalitesinin ve yaşam biçimi değişiklikleri üzerinde olumlu etkisi olduğu bildirilmektedir (Yıldırım, 1997). Bireyin sosyal destek sistemi ve sosyal ilişkilerini pekiştiren sosyal, politik ve ekonomik nitelikli bazı destekleyiciler bulunmaktadır. Bu çerçevede bireyin ailesi ve çevresi, arkadaşları, iş ortamındaki arkadaşları, komşuları, ideolojik, dinsel veya etnik gruplar ile bireyin içinde yaşadığı toplum gibi faktörler o bireyin sosyal destek kaynaklarını oluşturmaktadır. Farklı hasta gruplarında yapılan araştırmalarda hastaların sosyal desteği en fazla eşlerinden aldıkları belirlenmiştir (Çetin, 2009; Ayaz ve ark., 2008; Mell et al., 2001).

Sosyal destek, yaşamda meydana gelen olumsuz olayların bedensel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerindeki zarar verici etkisini azaltmaya ve bu olumsuzluklar karşısında strese karşı tampon işlevi görmeye yardımcı olmaktadır (Aras ve Tel, 2009; Kahriman ve Arıkan, 2002; Altay ve Avcı, 2009). Kalp cerrahisi geçiren hasta grubunu örneklem olarak yapılan araştırmalarda algılanan sosyal desteğin yüksek olmasının yaşam değişikliklerine uyumu arttırdığı, iyileşme sürecini hızlandırdığı ve ameliyat sonrası görülen bedensel semptomları azalttığını belirtmişlerdir.

Yapılan çok sayıda araştırma sosyal destek sisteminin bireyin sosyolojik ve psikolojik sorunlarının çözümü, önlenmesi ve tedavisinde, zorlanmalı durumlarla başa

çıkabilmesinde güçlü bir kaynak olduğunu ortaya koymuş, yetersiz sosyal desteğin ise hastalık semptomlarının ortaya çıkma sıklık ve şiddetinin artmasına, hastalık süresinin uzamasına neden olarak kronik fiziksel hastalığa uyumu zorlaştırdığı belirtilmektedir (Özer ve Fadıloğlu, 2006; Tan ve ark., 2005).

4.4.4. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olan Hastalarda Aile Desteği

Bireyin yaşam kalitesini etkileyen önemli hastalıklardan biri, koroner arter hastalığıdır. Bu hastalığın en sık başvuru tedavisi ise, koroner arter bypass ameliyatıdır. Koroner arter bypass ameliyatı, ölüm olasılığının her an yaşandığı, bireyi olduğu kadar yakınlarını da olumsuz yönde etkileyen bir cerrahi tedavidir. Bu tedavi şekli anksiyete ve korkuya neden olacağı için ailenin etkilenmesini sağlar. Kalp ameliyatı sonrası hasta ve ailesinin yeni bir yaşama başlama dönemi olarak algılanmaktadır (Özcan, 1997; Paç, 2004).

KABG ameliyatı yapılan damarın 10 yıl içinde tıkanma olasılığı nedeniyle hastaların postoperatif dönemde yaşam biçimlerini ameliyat öncesi döneme göre değişiklik yapmaları gerekmektedir. Bu yapılan değişiklikler beslenme alışkanlıklarını değiştirmeyi, aktivitelerin bazılarında sınırlamalar getirmeyi, sigara içiyorsa bırakmayı, çalışma ve boş zamanlarını değerlendirilmede yeni düzenlemeler yapmayı, aşırı stres veren etkinliklerden kaçınmayı, ayrıca hastaların çoğunda uzun süreli ilaç kullanma zorunluluğunu içerir. Bu nedenlerden dolayı aile üyelerinde alışkanlıkları bozulabilir (Gürsoy, 2001; Yıldırım ve Atalay, 2002; Kes, 2009).

KABG ameliyatı olan hastalar bedensel, ruhsal ve sosyal güçlüklerle karşılaşmaktadır. KABG uygulamasının büyük ve riskli girişim olması nedeniyle ilk günlerde hastalar birebir bakım ve yakın izlem gerektiren yoğun bakım ünitesinde kalmaktadır. Bu süreçte aile üyelerinin enfeksiyon için risk oluşturdukları, hastada taşikardi, hipertansiyon, aritmi ve anksiyete gibi fizyolojik değişikliklere neden olabileceği düşüncesi ile yoğun bakım ünitesine ziyaretleri sınırlamakta ya da tamamen yasaklamaktadır. Hasta bireyin aile üyeleri ve arkadaşları ile birlikte olamaması, alışkanlıklarını sürdürememesi yalnızlık ve izolasyon duygularının gelişmesine neden olabilmektedir. Yoğun bakım ünitesindeki hastalar bu nedenlerle sosyal desteğe gereksinim duymaktadır (Özer ve Fadıloğlu, 2006; Taşdemir ve Özşeker, 2007).

Bireyler, ameliyattan sonraki ilk üç ay ile bir yıl içinde bedensel sorunların yanı sıra mutsuzluk, stresörlerle baş edememe, aile içinde rol karmaşıklığı, yaşam biçiminde, sosyal ve fiziksel aktivitelerinde, iş yaşamında değişiklikler, aile-arkadaş evlilik ilişkilerinde ve cinsel yaşamda değişim gibi psikososyal sorunlar yaşamaktadırlar. KABG ameliyatı olan hastaların taburculuk sonrası iki aylık dönemde kişilerden mikrop kapma endişesi, konuşmak istememe, sinirlenme, soru sorulduğunda ağlama, sinirlenme, yorulma gibi nedenlerle arkadaş toplantıları ve ev ziyaretleri gibi sosyal aktivitelere katılmada zorlandıklarını bildirmektedir. Akyolcu (1990) kalp ameliyatı sonrası hastalar gerek içsel, gerek çevresel stresörler nedeniyle sosyal ilişkilerini sınırlayıp kendilerini yalnızlığa terk edebildiklerini belirtmişlerdir. Tüm bu sebeplerden dolayı aile desteği ön plana çıkmaktadır (Akyolcu, 1990).

Ailenin hastalık deneyimi ve bu duruma uyum sağlaması, dinamik ve süre giden bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Hasta, hastalık, aile, sosyal destek tedavi ve bakım süreçleri birbirlerini karşılıklı olarak etkilemektedir (Ünal ve ark., 2004)

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Türü ve Amacı

Kardiyovasküler cerrahi servislerinde (KVC) tedavi görmekte olan yetişkin Koroner Arter Bypass Greft (KABG) operasyonu geçirerek taburcu olan hastaların bilgi gereksinimlerini ve aile destek düzeylerini incelemek üzere tanımlayıcı ve analitik olarak planlanmış bir araştırmadır.

Araştırmada yanıtları aranan sorular:

1. KABG ameliyatı geçirmiş hastaların bilgi gereksinimleri nelerdir?
2. KABG ameliyatı geçirmiş hastaların ailelerinden algıladıkları destek düzeyleri nasıldır?

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu çalışma, 01 Ocak 2010- 25 Temmuz 2010 tarihleri arasında İstanbul'da özel bir hastanede gerçekleştirilmiştir. Hastane 23 yataklı Kardiyovasküler Cerrahi Servisi, 20 yatak kapasiteli KVC yoğun bakım servisine sahip, haftalık ortalama 4 adet KABG operasyonunun yapıldığı bir kurumdur.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Ocak - Temmuz 2010 tarihleri arasında Kardiyovasküler Cerrahi Servisi ünitelerinde yatmış olan KABG operasyonu geçirmiş hastalar oluşturmuştur. Örneklemi ise; KABG operasyonu geçirmiş, postoperatif dönemde ulaşılabilen ve görüşmeye istekli gelişigüzel örnekleme yöntemi ile seçilen 60 erkek ve 15 kadın olmak üzere 75 hasta oluşturmuştur.

5.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın yapılabilmesi için özel hastaneden gerekli etik kurul izni alınmıştır (Ek 5). Araştırmaya katılan hastaların bilgilendirme onay formunu yazılı olarak onaylamaları sonrası hasta isimleri ve bilgileri gizli kalacak şekilde araştırma yapılmıştır (Ek 1).

Araştırmada veri toplama aracı olarak Hasta Tanılama Formu (Ek 2), Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu (Ek 3) ve Algılanan Aile Destek Ölçeği (Ek 4)

kullanılmıştır. Veriler Ocak 2010 - Temmuz 2010 tarihleri arasında araştırmacı tarafından hastalarla karşılıklı görüşülerek ve dosyalarındaki bilgilerinden toplanmıştır.

Okuma yazması olmayan kendisi o anda okuyamayan hastalara araştırmacı tarafından okunarak verilen cevaplar işaretlenmiştir. Verilerin toplanması için yaklaşık 20 dakika görüşmenin yeterli olduğu görülmüştür. Veriler toplanmadan önce hastalara açıklama yapılmıştır. Hasta Tanılama Formu ve Algılanan Aile Destek Ölçeği postoperatif dönemde taburcu olmadan önce uygulanmıştır. Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu taburcu olduktan sonra ilk veya ikinci randevusunda poliklinikte uygulanmıştır.

5.5. Veri Toplama Araçları

1. Hasta Tanılama Formu; Literatür doğrultusunda oluşturulan hasta tanılama formu 23 sorudan oluşmaktadır. Hasta tanılama formunda; hastanın kişisel özellikleri, tıbbi hikayesi, ailesi ile ilgili sorular yer almaktadır (McLain, 2004).

2. Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu; Literatür doğrultusunda hazırlanan bu form beslenme, fiziksel aktivite, yardımcı materyalin kullanımı, ilaç kullanımı, uyku, insizyon yeri kontrolü, ödem, ağrı, seyahat alışkanlıkları, hijyen gibi konulardaki bilgi gereksinimlerini belirleyecek şekilde 33 sorudan oluşturulmuştur. Formdaki her soru 4 seçenek üzerinden cevaplandırılmıştır. Bu seçenekler ‘’ uygun değeril ‘’(1), ‘’ biraz uygun ‘’(2), ‘’ uygun ‘’(3) ve ‘’ çok uygun ‘’(4) olarak belirlenmiştir (McLain, 2004).

3. Algılanan Aile Destek Ölçeği; Araştırmada KABG geçiren hastaların aileden algıladıkları destek düzeyini belirlemek amacıyla Procidano ve Heler (1983)’in geliştirdiği Sorias tarafından Türkçe’ye uyarlanan Algılanan Aile Destek Ölçeği (ADÖ) kullanılmıştır. Kullanım izni ve kullanıma ilişkin öneriler Prof.Dr. Oya Sorias’dan alınmıştır (Ek 6).

Algılanan Aile Destek Ölçeği 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri ‘‘Evet’’, ‘‘Hayır’’, ‘‘Kısmen’’ seklinde cevaplanmaktadır. Tüm maddelerden alınan puanların toplanmasıyla toplam puan elde edilmektedir. Ölçekten alınan puan 0-40 arasında değerismektedir. Ölçeklerden elde edilen puanların yüksekliği algılanan desteğin yüksekliğini, ölçekten alınan puanın düşükliğü ise, algılanan desteğin düşükliğünü yansıtmaktadır. Algılanan Aile Destek Ölçeği’nin puanlanmasında 3., 4., 16., 19., 20. maddeler için ‘‘evet’’ seçeneği ‘‘0’’, ‘‘kısmen’’ seçeneği ‘‘1’’, ‘‘hayır’’ seçeneği ‘‘2’’ puan

olarak yapılmaktadır. Diğer maddeler için “evet” seçeneği “2”, “kısmen” seçeneği “1”, “hayır” seçeneği “0” puan şeklinde kodlanmaktadır. Güvenirlik ve geçerlik çalışmaları ülkemizde Sorias tarafından yapılmış ve bilinci açık, işitme güçlüğü olmayan tüm bireylere uygulanabilecek, güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı olarak kabul edilebileceği belirtilmiştir. Altay ve ark.’nın (2010) bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada bu ölçeğın güvenilirlik katsayısı 0,86’dır (Ebrinç ve ark., 2001; Altay ve ark., 2010; Çetin ,2009; Aras ve Tel, 2009; Özer ve Fadiloğlu, 2006).

Bu araştırmada Algılanan Aile Destek Ölçeğı madde-toplam puan korelasyon katsayıları $r_s = 0,24-0,70$, ($p < 0,05$) arasında değışmektedir. Ölçeğın 1., 3., 4., 16. ve 20. madde katsayıları anlamlılık düzeyi $p > 0,05$ olarak saptanmıştır. Algılanan Aile Destek Ölçeğı Cronbach alfa katsayısı 0,70’dir (Tablo 5.1)

Tablo 5.1. Algılanan Aile Desteği Ölçeği Madde-Toplam Puan Korelasyonu Katsayıları (N=75)

	Algılanan Aile Desteği Ölçeği Toplam Puanları	
	r_s	p
1.Ailem ve akrabalarım gerektiğinde bana manen destek olurlar.	0,20	0,09
2. Nasıl davranacağım ya da ne yapacağım konusunda ailemin fertlerinden yararlı fikirler alırım.	0,32	0,005
3. İnsanların çoğu ailelerine benim aileme yakın olduğumdan daha yakındır.	0,14	0,24
4.En yakın aile fertlerine derdimi açtığımda, bunun onları rahatsız ettiğini düşünürüm.	-0,20	0,08
5.Ailemdeki kişiler düşüncelerimi duymaktan hoşlanırlar.	0,60	0,000
6. Ailem özel işlerimin çoğunu paylaşır.	0,47	0,000
7. Ailemden bazı kişiler sorunları olduğunda ya da daha sonra bundan pişmanlık duyduklarında bana gelirler.	0,70	0,000
8. Ailemin sevgi ve yakınlığına güvenirim.	0,24	0,04
9. Kendimi kötü hissettiğimde, arayabileceğim ve daha sonra bundan pişmanlık duymayacağım bir akrabam var.	0,47	0,000
10. Ailem ve ben düşündüklerimizi birbirimize açıkça söyleriz.	0,62	0,000
11. Ailem kişisel isteklerimi anlayışla karşılar.	0,55	0,000
12. Ailemdeki kişiler sevgi ve yakınlığına ihtiyaç duyduklarında beni aralar.	0,56	0,000
13. Sorunlarımı çözmede ailemin yardımını görürüm.	0,30	0,000
14. Ailemden birkaç kişiyle pek çok sorunumu paylaşırım.	0,60	0,000
15. Ailemdeki kişiler, nasıl davranacakları ya da bazı şeyleri nasıl yapacakları konusunda benim fikirlerimden yararlanırlar.	0,62	0,000
16. Aileme sırlarımı açtığımda kendimi huzursuz hissederim.	0,23	0,05
17. Ailemdeki kişiler, canları sıkıldığında beni ararlar.	0,61	0,000
18. Aile fertlerimin, sorunlarını ölçmede kendilerine yardımcı olduğumu, düşündüklerimi hissediyorum.	0,36	0,001
19. Başka insanların aksine, benim ailemden hiçbir kişiyle aramda fazla yakın ilişki yoktur.	0,36	0,002
20. Daha farklı bir ailem olmasını isterdim.	-0,10	0,37
Cronbach alfa katsayısı: 0,70		

5.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerin istatistik analizleri SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows 16.0) programı kullanılarak yapılmıştır. Çalışma sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel testler Tablo 5.2’ de gösterilmiştir.

Tablo 5.2. Çalışmada Kullanılan İstatistiksel Analizler

Değerlendirilen Parametreler	Kullanılan İstatistiksel Analizler
Kişisel özellikler Hastanın tanısı ve yatışına ilişkin özellikler	- Aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, yüzde - Aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, yüzde
Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu, Algılanan Aile Desteği Ölçeği ve Klinik Riskler Puanlama Modeli toplam puan ortalamaları	- Aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, yüzde, Spearman korelasyon analizi, Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı
Algılanan Aile Desteği Ölçeği, Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu ve Klinik Riskler Puanlama Modeli toplam puanları ile ilişkili değişkenlerin karşılaştırılması	- Spearman korelasyon analizi, Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi

6. BULGULAR

Çalışmada bulgular dört başlıkta ele alınmıştır:

1. Kişisel Özellikler
2. Hastalık tanısı ve hastane yatışına ilişkin bulgular
3. Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu, Algılanan Aile Desteği Ölçeği ve Klinik Riskler Puanlama Modeli toplam puan ortalamaları
4. Algılanan Aile Desteği Ölçeği, Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu ve Klinik Riskler Puanlama Modeli toplam puanları ile ilişkili değişkenler

1. Kişisel Özellikler

Yaş ortalaması $x \pm ss$ 61,05±10,94 (dağılım: 40-84) olan örneklemin %80'i (n=60) erkek hastadan oluşmaktadır. Örneklemin çoğu (%93,3, n=70) evlidir. Eğitim düzeyi ve çalışma durumu sorgulandığında, hastaların %30,7'si (n=23) lise mezunu, %26,7'si (n=20) ortaokul, %26,7'si (n=20) lisans mezunu olduğunu, %60'ı (n=45) emeklilik veya ev hanımı olma gibi nedenlerle çalışmadığını, %26,7'si (n=20) serbest meslek grubunda olduğunu bildirmiştir (Tablo 6.1).

Tablo 6.1. Hastaların Kişisel Özellikleri (N=75)

	n	%
Yaş $x\pm ss$ 61,05±10,94 (dağılım: 40-84)		
Cinsiyet		
Erkek	60	80
Kadın	15	20
Medeni durum		
Bekar	1	1,3
Evli	70	93,3
Dul	4	5,3
Eğitim durumu		
Okur –yazar değil	2	2,7
Okur- yazar	3	4,0
İlkokul	7	9,3
Ortaokul	20	26,7
Lise	23	30,7
Lisans	20	26,7
Çalışma durumu		
Emekli	35	46,7
Serbest meslek	20	26,7
Ev hanımı	10	13,3
İşçi	5	6,6
Memur	5	6,6
Öğrenci	1	1,3

2. Hastalık Tanısı ve Hastane Yatışına İlişkin Bulgular

Hastaların %9,3'ü (n=7) acil ünitesine yapılan başvuruyu takiben, %8'i (n=6) poliklinik hizmeti sırasında yatış endikasyonu saptanarak hastaneye yatırılmıştır. Hastane yatışları sırasında hastaların aldığı ön tanılar incelendiğinde, hastaların %92'si (n=69) İskemik Kalp Hastalığı (IKH), %4'ü (n=3) Akut Koroner Sendrom ön-tanıları

ile tedaviye alındığı belirlenmiştir. Hastaneye yatış nedenleri incelendiğinde, hastaların %74,7'si (n=56) Koroner Arter Bypass Greft (KABG) ameliyatı geçirmek üzere hastaneye yatırıldığı, %10,7'si (n=8) ise Koroner Anjiyografi girişimi endikasyonu ile hastaneye yatırıldığı saptanmıştır (Tablo 2).

Koroner Arter Bypass Greft ameliyatlarının aciliyet durumuna göre dağılımı incelendiğinde, hastaların %50,7'si (n=38) “çok acil olmayan”, %41,3'ü (n=31) “acil”, %8'i (n=6) ise “çok acil” Koroner Arter Bypass Greft ameliyatı olmak durumunda kaldığını bildirmiştir. Örneklemin %46,7'sine (n=35) üçlü Koroner Arter Bypass Greft ameliyatı yapılmıştır (Tablo 6.2).

Tablo 6.2. Hastanın Tanısı ve Hastane Yatışına İlişkin Bulgular (N=75)

	n	%
Hastane yatışını yapan birim		
Hasta kabul birimi	62	82,7
Acil ünitesi	7	9,3
Poliklinik	6	8
Hastaneye başvuru nedeni		
Koroner Arter Bypass Greft (KABG) ameliyatı	56	74,7
Koroner Anjiyografi	8	10,7
Koroner Anjiyografi sonrası Koroner Arter Bypass Greft ameliyatı	2	2,7
Göğüs ağrısı, sırt, ağrısı, nefes darlığı, mide ağrısı, bulantı kusma, terleme gibi belirti-bulgular	8	10,7
Digital Subtraksiyon Anjiyografi (DSA) sonrası Koroner Arter Bypass Greft (KABG) ameliyatı	1	1,3
Tıbbi ön teşhis		
İskemik Kalp Hastalığı (IKH)	69	92
Akut Koroner Sendrom (AKS)	3	4,0
Sol Karotis Lezyonu + İskemik Kalp Hastalığı	1	1,3
İskemik Kalp Hastalığı ve Sub-Akut Akciğer Ödemi	1	1,3
İskemik Kalp Hastalığı, Unstabil Anjina Pektoris	1	1,3
Koroner Arter Bypass Greft (KABG) ameliyatı aciliyet durumu		
Çok acil olmayan	38	50,7
Acil	31	41,3
Çok acil	6	8,0
Koroner Arter Bypass Greft ameliyatı greft sayısı		
KABG ameliyatı: 1 greft	4	5,3
KABG ameliyatı: 2 greft	14	18,7
KABG ameliyatı: 3 greft	35	46,7
KABG ameliyatı: 4 greft	18	24,0
KABG ameliyatı: 5 greft	4	5,3

Bireylerin sağlık durumu sorgulandığında, hastaların %77,3'ü (n=58) kronik hastalığı olduğunu bildirmiştir. Örneklemin %60 oranında (n=45) hipertansiyon, %40 oranında (n=30) diyabet, %13,3 oranında (n=10) hiperlipidemi tablosu ile tedavi gördüğü belirlenmiştir. Hastaların %89,4'ü (n=67) bulaşıcı hastalık öyküsü bildirmemiştir (Tablo 6.3).

Hastaların geçmişte herhangi bir ameliyat geçirip geçirmediği sorgulandığında, hastaların %77,3'ü (n=58) geçmişte bir ameliyat öyküsü bildirmiştir. Hastaların %70,7'si (n=53) gözlük, takma diş veya lens gibi bir protez araç kullanmaktadır. Hastaların çoğu (%88, n=66) herhangi bir madde veya ilaca alerjisi bulunmadığını rapor etmiştir (Tablo 6.3).

Tablo 6.3. Hastanın Bireysel Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler (n=75)

	n	%
Bireysel kronik hastalık öyküsü		
Var	58	73,3
Yok	17	22,7
Hastanın kronik hastalıkları ^a		
Hipertansiyon	45	60
Diyabet	30	40
Hiperlipidemi	10	13,3
Kronik böbrek yetersizliği	3	4,0
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	3	4,0
Bening prostat hiperplazisi	3	4,0
Serebrovasküler hastalıklar	3	4,0
Diğer hastalıklar (örn: glokom, talasemi, osteoporoz)	4	5,3
Bulaşıcı hastalık öyküsü		
Yok	67	89,3
Tüberküloz	1	1,3
Hepatit	7	9,3
Bireysel ameliyat öyküsü		
Var	58	77,3
Yok	17	22,7
Bireysel ameliyat öyküsü türü ^{a,b}		
PTCA ile stent takılması girişimi	12	16,0
Genel cerrahi ameliyatı	12	16,0
Göz ameliyatı (örn: katarakt vb.)	8	10,6
Prostat ameliyatı	6	8,0
Ortopedi ameliyatı	4	5,3
Safra kesesi ameliyatı	4	5,3
Kulak-Burun-Boğaz ameliyatı (örn: deviasyon ameliyatı, troidektomi, tonsillektomi)	4	5,3
Meme ameliyatı (örn: mastektomi, estetik ameliyat)	2	2,7
Over kisti ameliyatı	2	2,7
Böbrek ameliyatı	2	2,7
Akciğer ameliyatı (örn: lobektomi)	2	2,7
Alerji öyküsü		
Var	9	12
Yok	66	88
Alerji türü ^{a,c}		
Polen alerjisi	8	10,7
İlaç alerjisi	5	6,7
Yiyecek alerjisi	2	2,7
Klima alerjisi	1	1,3
Protez varlığı		
Var	53	70,7
Yok	22	29,3

Protez türü ^{a,d}		
Diş	27	36,0
Gözlük	39	52,0
Lens	1	1,3

^a Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

^b Bu soruyu sadece bireysel ameliyat öyküsü olan hastalar yanıtlamıştır.

^c Bu soruyu sadece alerji öyküsü bildiren hastalar yanıtlamıştır

^d Bu soruyu sadece protez taşıdığını bildiren hastalar yanıtlamıştır

Ailede hastalık öyküsü sorgulandığında, hasta ailelerinin %84'ünde (n=63) kronik hastalıklar (örn: diyabet, hipertansiyon, iskemik kalp hastalıkları) bulunduğu belirlenmiştir. Ailenin geçimini sağlayan aile üyesi sorulduğunda, hastaların %68'i (n=51) ailenin geçimini sağlayan kişinin kendileri olduğunu, %14,7'si (n=11) eşi ile birlikte ailenin geçimini sağladıklarını bildirmiştir (Tablo 4).

Evde yaşayan aile üyeleri aralarındaki ilişki sorgulandığında, hastaların %44'ü (n=33) ailesi ile ilişkilerini “güvene temellenen”, %53,3'ü (n=40) “anlayışa temellenen” olarak tanımlarken, %2,7'si (n=2) ise “ataerkil bir ailesi olduğunu bildirmiştir (Tablo 4).

Hasta/ailesinin hastanın sağlık durumunu nasıl algıladıkları sorgulandığında, hastaların %62,7'si (n=47) sağlık durumunu “yetersiz”, %62,7'si (n=47) sağlık durumunu “yeterli” olarak algıladıklarını bildirmiştir (Tablo 6.4).

Hastaların hastalıkları ile ilgili bilgi sahibi olma durumu sorgulandığında, hastaların %18,7'si (n=14) bilgiye sahip olmadığını, %69,3'ü (n=52) kısmen bilgi sahibi olduğunu, sadece %12'si (n=9) bilgi sahibi olduğunu bildirmiştir (Tablo 6.4).

Tablo 6.4. Hasta Ailesine İlişkin Özellikler (N=75)

	n	%
Ailede hastalık öyküsü		
Var	39	52
Yok	36	48
Ailede hastalık türü ^a		
Diyabet	26	34,7
Hipertansiyon	32	42,7
İskemik Kalp Hastalıkları	4	5,3
Akciğer Kanseri	1	1,3
Evde hastanın birlikte yaşadığı aile üye sayısı		
1	3	4,0
2	20	26,7
3	28	37,3
4	19	25,3
5	5	6,7
Ailenin geçimini sağlayan kişi		
Hastanın kendisi	51	68
Eşi ve kendisi ile birlikte	11	14,7
Eşi	6	8,0
Çocukları	6	8,0
Kardeşler	1	1,3
Evde yaşayan aile üyelerinin aralarındaki ilişkiye ilişkin bireysel algılar		
Anlayışa temellenen aile ilişkisi	40	53,3
Güvene temellenen aile ilişkisi	33	44,0
Ataerkil aile yapısına temellenen aile yapısı	2	2,7
Hasta ailesinin hastanın sağlık durumunu algılayışı		
“Yeterli”	28	37,3
“Yetersiz”	47	62,7
Hastanın hastalığı hakkında bilgi sahibi olma durumu		
Evet, bilgi sahibi	9	12,0
Hayır, bilgi sahibi değil	14	18,7
Kısmen, bilgi sahibi	52	69,3

^abirden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Ailedeki üye sayısı $3,04 \pm 0,98$ (dağılım: 1-5)'dir. Ağrı derecelendirme cetveline göre ağrısını 0 ile 10 arasında derecelendirilmesi istendiğinde, hastalar tarafından bildirilen şiddeti ortalama değeri $2,41 \pm 1,73$ (dağılım: 0-6) olarak belirlenmiştir (Tablo 6.5).

Koroner Arter Bypass Greft ameliyatı ile yapılan greft sayısı $3,05 \pm 0,93$ (dağılım: 1,00-5,00)'dir. Ameliyat tarihi ve hasta ile görüşme tarihi arasındaki gün sayısı $16,25 \pm 6,13$ (dağılım: 10,00-37,00)'dir. Yoğun bakımda yatış süresi (gün)

1,53±0,99 (dağılım: 1,00-5,00)'dır. Ameliyat tarihi ile taburculuk tarihi arasındaki gün sayısı 7,72±1,73 (dağılım: 6,00-16,00), ameliyat öncesi hastaneye yatış tarihi ile taburculuk tarihi arasındaki gün sayısı 9,13±2,59 (dağılım: 1,00 -20,00)'dır. Ameliyat sonrası taburcu olana kadar serviste yatış süresi (gün) 6,27±1,77 (dağılım: 2,00 - 14,00)'dır (Tablo 6.5).

Tablo 6.5. Hastane Yatışı ve Ameliyat Durumuna İlişkin Özellikler (N=75)

	<i>x</i>	\pm ss	Minimum	Maksimum
Evde yaşayan aile üye sayısı	3,04	0,98	1,00	5,00
Hastanın ağrı algısı/ağrı derecesi (0 = ağrı yok – 10 = dayanılmaz ağrı)	2,41	1,73	0,00	6,00
Hastane yatış süresi				
Ameliyat tarihi ve hasta ile görüşme tarihi arasındaki gün sayısı	16,25	6,13	10,00	37,00
Yoğun bakımda yatış süresi (gün)	1,53	0,99	1,00	5,00
Ameliyat tarihi ile taburculuk tarihi arasındaki gün sayısı	7,72	1,73	6,00	16,00
Ameliyat öncesi hastaneye yatış tarihi ile taburculuk tarihi arasındaki gün sayısı	9,13	2,59	1,00	20,00
Ameliyat sonrası taburcu olana kadar serviste yatış süresi (gün)	6,27	1,77	2,00	14,00
Koroner Arter Bypass Greft ameliyatı greft sayısı	3,05	0,93	1,00	5,00

3. Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu, Algılanan Aile Desteği Ölçeği ve Klinik Riskler Puanlama Modeli Toplam Puan Ortalamaları

Klinik Riskler Puanlama Modeli toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde, Klinik Riskler Puanlama Modeli ortalama puan değeri $x\pm$ ss 3,05±2,85 (dağılım: 0-9) olup, Klinik Riskler Puanlama Modeline göre örneklemin aldığı puanlar Tablo 6.6 ve Tablo 6.7'de verilmiştir.

Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu ve Algılanan Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde, Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu ortalama puan değeri 108,17±12,97 (dağılım: 82-130), Algılanan Aile Desteği Ölçeği ortalama puan değeri 108,17±12,97 (dağılım: 82-130)'dir (Tablo 6.6).

Tablo 6.6. Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu, Algılanan Aile Desteği Ölçeği ve Klinik Riskler Puanlama Modeli Toplam Puan Ortalamaları (N=75)

	x	±ss	Minimum	Maksimum
Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu	108,17	12,97	82	130
Algılanan Aile Desteği Ölçeği	27,61	3,67	19	38
Klinik Riskler Puanlama Modeli	3,05	2,85	0	9

Tablo 6.7. Örneklemin Klinik Riskler Puanlama Modeli'den Aldığı Puanlara Göre Dağılımı (N=75)

Komplikasyonlar	Skor	n	%
1. Acil vaka olması	4	34	45,3
2. Yaşının 65-74 arası olması	1	18	24,0
3. 75 yaş üzeri olması	2	11	14,7
4. Böbrek yetersizliği	2	2	2,7
5. 3-6 ay önce Myokard Enfarktüs geçirmiş olması	1	75	100
6. 3 aydan daha önce Myokard Enfarktüs geçirmiş olması	2	8	10,7
7. Kadın olması	2	13	17,3
8. İkinci operasyon	2	75	100
9. Pulmoner hipertansiyon görülmesi	2	75	100
10. Serebrovasküler hastalık geçirmiş olması	2	3	4,0
11. Koroner arter bypass greft ile birlikte kapakta olması	2	75	100
12. Mitral ya da aort kapak olması	1	1	1,3
13. Kronik kalp yetmezliği	1	75	100
14. Sol ventrikül disfonksiyonu	1	75	100

Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu'na verilen yanıtların dağılımı incelendiğinde, hastaların inhaler ilaç kullanımı, ameliyat sonrası dönemde araba kullanımı ve uçakla seyahat konusunda bilgi düzeylerinin en düşük olduğunu belirlenmiştir (Tablo 6.8). Bunun yanında, hastaların doğru nefes alma, solunum egzersizleri, uygun pozisyon, fiziksel aktivite planlaması ve egzersiz, uykusuzluk ile baş etme yöntemleri konusunda bilgi düzeyinin iyi olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.8).

Tablo 6.8. Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu'na Verilen Yanıtların Dağılımı (N=75)

	Uygun Değil (1)		Biraz Uygun (2)		Uygun (3)		Çok Uygun (4)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. İnhaleri ilacımı (puff cihazımı) tarif edildiği şekilde kullanırım.	59	78,7	1	1,3	4	5,3	11	14,7
2. Doğru nefes alma, solunum egzersiz topu (triflow) ve vücut egzersizlerimi 1.5 ay uyguladım.	3	4,0	12	16,0	37	49,3	23	30,7
3. Göğüs korsemi randevuya gelene kadar takarım.	2	2,7	3	4,0	44	58,7	26	34,7
4. İnsizyon yeri pansumanlarımda herhangi bir değişiklik varlığını kontrol ederim.	0	0	4	5,3	41	54,7	30	40,0
5. 6-8 hafta süresince göğüs kemiğimi korumak için kollarımı yukarı doğru kaldırmam, arkaya doğru esnemem, başımın altına koymam.	0	0	8	10,7	39	52,0	28	37,3
6. Eğer tolere edebiliyorsam yürüyüş zamanlarımı bir önceki güne göre artırırım.	0	0	10	13,3	40	53,3	25	33,3
7. Sadece gerekli zamanlarda merdiven kullanırım.	2	2,7	6	8,0	46	61,3	21	28,0
8. İlk 1 ay ağırlık kaldırmam, sonrasında da kendimi çok zorlamadan kaçınmayı denerim.	1	1,3	7	9,3	41	54,7	26	34,7
9. Haftada 3-4 kez fiziksel aktivite yaparım.	3	4,0	20	26,7	36	48,0	16	21,3
10. Yorgunluk hissetmemi sağlayan, solunum sıkıntısı yaratan, beni zorlayan aktivitelere sınır koyarım.	1	1,3	6	8,0	45	60,0	23	30,7
11. Günlük aktiviterimi tüm güne yayarım, böylece yorulmam.	1	1,3	6	8,0	42	56,0	26	34,7
12. 6-8 hafta tam zamanlı olarak çalışamayacağım.	1	1,3	6	8,0	22	29,3	46	61,3
13. Eğer bacaklarımda şişlik varsa bacaklarımı kaldırıyorum.	1	1,3	7	9,3	37	49,3	30	40,0
14. Günlük olarak yaptığım rutin aktivitelere yavaş yavaş geri dönmeyi denerim.	0	0	3	4,0	42	56,0	30	40,0
15. Doktorumun reçete ettiği ilaçlarımı ilaç kullanma kartuma göre kullanırım.	0	0	2	2,7	30	40,0	43	57,3
16. Zamanında ilaçlarımı temin ederim.	1	1,3	1	1,3	25	33,3	48	64,0

17. İlaçlarımı alırken bana yardım eden bir sisteme sahibim.	0	0	1	1,3	23	30,7	51	68,0
18. İhtiyacım olduğunda reçete edilmiş olan ağrı kesicimi alırım.	0	0	1	1,3	31	41,3	43	57,3
19. Ağrılarım ilaca rağmen devam ederse doktoruma sorarım.	0	0	1	1,3	30	40,0	44	58,7
20. Varis çoraplarımı kesinlikle çamaşır makinesinde yıkamam.	0	0	2	2,7	23	30,7	50	66,7
21. Varis çoraplarımı 2 ay daha düzenli kullanırım.	0	0	6	8,0	24	32,0	45	60,0
22. 6-8 hafta sonrasında arabamı kullanabilirim.	16	21,3	19	25,3	12	16,0	28	37,3
23. 10 gün sonra uçakla seyahat ederim.	21	28,0	25	33,3	12	16,0	17	22,7
24. Beslenmemde kızartmalar, yağlı besinler, katı yağlar yemiyorum.	0	0	5	6,7	45	60,0	25	33,3
25. Fazla miktarda alkol almam.	1	1,3	0	0	5	6,7	69	92,0
26. Sigara kesinlikle içmiyorum.	1	1,3	0	0	3	4,0	71	94,7
27. Yatarken pozisyon değiştirebilirim.(sağa ve sola)	0	0	8	10,7	34	45,3	33	44,0
28. Taburcu olduktan 15 gün sonraya kadar göğsümü desteklemek için kalp yastığımı kullanırım.	1	1,3	2	2,7	37	49,3	35	46,7
29. Ziyaretçilerimle 5 dakikadan fazla görüşmem.	0	0	7	9,3	37	49,3	31	41,3
30. Banyomu ılık su ile 10-15 dakikayı geçmeyecek şekilde, insizyon yerlerimi ovmadan yaparım.	0	0	3	4,0	38	50,7	34	45,3
31. Uykusuzluk sorunum varsa, uyumak için farklı teknikler denerim.	1	1,3	10	13,3	40	53,3	24	32,0
32. Kendimi sürekli yorgun hissedersen doktoruma danışırım.	0	0	2	2,7	42	56,0	31	41,3
33. Mide bulantım ve kusmam olursa doktora başvururum.	0	0	2	2,7	40	53,3	33	44,0

Algılanan Aile Desteği Ölçeği'ne verilen yanıtlar incelendiğinde, hastaların çoğu ailesinden duygusal ve fiziksel olarak yeterli düzeyde destek aldığını, aile üyeleri arasında paylaşımın iyi olduğunu, sorun çözümünde aile üyelerinin kendisine yardımcı olduğunu ve ailesinden memnun olduklarını belirttiği görülmektedir (Tablo 6.9).

Tablo 6.9. Algılanan Aile Desteği Ölçeği'ne Verilen Yanıtların Dağılımı (N=75)

	YANITLAR					
	Hayır		Kısmen		Evet	
	n	%	n	%	n	%
1.Ailem ve akrabalarım gerektiğinde bana manen destek olurlar.	0	0	1	1,3	74	98,7
2.Nasıl davranacağım ya da ne yapacağım konusunda ailemin fertlerinden yararlı fikirler alırım.	1	1,3	8	10,7	66	88,0
3. İnsanların çoğu ailelerine benim aileme yakın olduğumdan daha yakındır.	69	92,0	2	2,7	4	5,3
4. En yakın aile fertlerine derdimi açtığımda, bunun onları rahatsız ettiğini düşünürüm.	41	54,7	22	29,3	12	16,0
5. Ailemdeki kişiler düşüncelerimi duymaktan hoşlanırlar.	0	0	20	26,7	55	73,3
6. Ailem özel işlerimin çoğunu paylaşır.	4	5,3	12	16,0	59	78,7
7. Ailemden bazı kişiler sorunları olduğunda ya da daha sonra bundan pişmanlık duyduklarında bana gelirler.	2	2,7	27	36,0	46	61,3
8. Ailemin sevgi ve yakınlığına güvenirim.	0	0	2	2,7	73	97,3
9. Kendimi kötü hissettiğimde, arayabileceğim ve daha sonra bundan pişmanlık duymayacağım bir akrabam var.	6	8,0	19	25,3	50	66,7
10. Ailem ve ben düşündüklerimizi birbirimize açıkça söyleriz.	1	1,3	21	28,0	53	70,7
11. Ailem kişisel isteklerimi anlayışla karşılar.	0	0	19	25,3	56	74,7
12. Ailemdeki kişiler sevgi ve yakınlığına ihtiyaç duyduklarımda beni aralar.	0	0	18	24,0	57	76,0
13. Sorunlarımı çözmeye ailemin yardımını görürüm.	0	0	7	9,3	68	90,7
14. Ailemden birkaç kişiyle pek çok sorunumu paylaşırım.	1	1,3	28	37,3	46	61,3
15. Ailemdeki kişiler, nasıl davranacakları ya da bazı şeyleri nasıl yapacakları konusunda benim fikirlerimden yararlanırlar.	3	4,0	24	32,0	48	64,0
16. Aileme sırlarımı açtığımda kendimi huzursuz hissedirim.	49	65,3	15	20,0	11	14,7
17. Ailemdeki kişiler, canları sıkıldığında beni ararlar.	1	1,3	33	44,0	41	54,7
18.Aile fertlerimin, sorunlarımı ölçmede kendilerine yardımcı olduğumu, düşündüklerimi hissediyorum.	0	0	13	17,3	62	82,7
19. Başka insanların aksine, benim ailemden hiçbir kişiyle aramda fazla yakın ilişki yoktur.	68	90,7	2	2,7	5	6,7
20. Daha farklı bir ailem olmasını isterdim.	71	94,7	2	2,7	2	2,7

4. Algılanan Aile Desteği Ölçeği ve Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu Toplam Puanları ile İlişkili Değişkenler

Cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma durumuna göre Algılanan Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma durumuna göre Algılanan Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 6.10).

Bireysel ameliyat öyküsü ve kronik hastalık öyküsüne göre Algılanan Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bireysel ameliyat öyküsü ve kronik hastalık öyküsüne göre Algılanan Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 6.10).

Hastaneye başvuru nedeni, hastanın hastaneye yatışını yapan birim ve KABG operasyonu aciliyet durumuna göre Algılanan Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, hastaneye başvuru nedeni, hastanın hastaneye yatışını yapan birim ve KABG operasyonunun aciliyet durumuna göre Algılanan Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 6.10).

Ailede hastalık öyküsüne göre Algılanan Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ailede hastalık öyküsüne göre Algılanan Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 6.10).

Cinsiyet ve çalışma durumuna göre Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, cinsiyet ve çalışma durumuna göre Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 6.10). Eğitim düzeyine göre Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, hastaların eğitim düzeyine göre Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ($p<0,05$). Eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olan hastalara kıyasla, eğitim düzeyi lisans veya lise mezunu olan bireyler daha yüksek puan almıştır ($Z_{mvu}= 6,651$; $p=0,04$) (Tablo 6.10).

Hastaneye başvuru nedeni/şikayetleri, hastanın hastaneye yatışını yapan birim, kronik hastalık öyküsü, bireysel ameliyat öyküsü, KABG operasyonu aciliyet durumu,

bireysel alerji öyküsü ve ailede hastalık öyküsüne göre Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, hastaneye başvuru nedeni, hastanın hastaneye yatışını yapan birim, kronik hastalık öyküsü, ameliyat geçirme öyküsü, KABG operasyonu aciliyet durumu, bireysel alerji öyküsü ve ailede hastalık öyküsüne göre Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 6.10).

Tablo 6.10. Algılanan Aile Desteği Ölçeği ve Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu Toplam Puanları ile Kişisel ve Hastalığa İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması (N=75)

	Algılanan Aile Desteği Ölçeği		Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu	
	ortalama	±ss	ortalama	±ss
Cinsiyet				
Erkek	27,85	3,64	108,50	13,34
Kadın	26,67	3,77	106,87	11,73
Z_{mwu}	-1,061	p=0,29	-0,364	p=0,72
Eğitim düzeyi				
İlköğretim ve altı (1)	27,50	4,30	103,72	11,99
Lise (2)	27,83	2,42	110,09 ₍₁₎	11,56
Lisans (3)	27,55	3,94	113,10 ₍₁₎	14,24
χ^2_{kw}	0,022	p=0,99	6,651	p=0,04
Çalışma durumu				
Çalışmaya devam eden	28,03	3,92	109,07	13,56
Çalışmayan	27,33	3,52	107,58	12,68
Z_{mwu}	-0,948	p=0,34	-0,362	p=0,72
Hastaneye başvuru nedeni				
Koroner girişimler/ameliyat	27,82	3,59	108,31	12,78
Ağrı şikayeti	25,88	4,12	107,00	15,37
Z_{mwu}	-1,089	p=0,28	-0,215	p=0,83
Hastanın hastaneye yatışını yapan birim				
Hasta kabul aracılığı	27,69	3,41	108,23	12,96
Acil ünitesi	25,14	3,85	109,00	15,44
Poliklinik	29,67	5,09	106,67	12,31
Z_{mwu}	3,976	p=0,14	0,256	p=0,88
KABG operasyonu aciliyet durumu				
Çok acil olmayan (1)	28,11	3,77	109,68	12,67
Acil (2)	27,23	3,59	107,13	13,69
Çok acil (3)	26,50	3,56	104,00	11,58
χ^2_{kw}	1,262	p=0,53	1,363	p=0,51
Kronik hastalık öyküsü				
Yok	27,22	3,12	110,06	10,03
Var	27,74	3,85	107,58	13,80
Z_{mwu}	-0,850	p=0,40	-0,683	p=0,50
Bireysel ameliyat öyküsü				
Yok	27,50	3,61	108,50	11,87
Var	27,72	3,77	107,87	14,6
Z_{mwu}	-0,192	p=0,85	-0,133	p=0,89
Ailede hastalık öyküsü				
Yok	27,58	4,11	107,53	13,07

Var	27,64	3,27	108,77	13,02
Z _{mwu}	-0,198	p=0,84	-0,382	p=0,70

Yaş ile Algılanan Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yaş ile Algılanan Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 6.11).

Yaş ile Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yaş ile Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir ($r_s = -0,25$, $p=0,03$) (Tablo 6.11).

Evde yaşayan aile üye sayısı ile Algılanan Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, evde yaşayan aile üye sayısı ile Algılanan Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 6.11).

Evde yaşayan aile üye sayısı ile Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, evde yaşayan aile üye sayısı ile Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 6.11).

Ağrı derecesi ile Algılanan Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, hastaların ağrı derecesi ile Algılanan Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 6.11).

Ağrı derecesi ile Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, hastaların ağrı derecesi ile Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 6.11).

Ameliyat tarihi ve hasta ile görüşme tarihi arasındaki gün sayısı, yoğun bakımda yatış süresi, ameliyat tarihi ile taburculuk tarihi arasındaki gün sayısı, ameliyat öncesi hastaneye yatış tarihi ile taburculuk tarihi arasındaki gün sayısı, ameliyat sonrası taburcu olana kadar serviste yatış süresi ile Algılanan Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ameliyat tarihi ve görüşme tarihi arasındaki gün sayısı, yoğun bakımda yatış süresi, ameliyat tarihi ile taburculuk tarihi arasındaki gün sayısı, ameliyat öncesi hastaneye yatış tarihi ile taburculuk tarihi arasındaki gün sayısı,

ameliyat sonrası taburcu olana kadar serviste yatış süresi ile Algılanan Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 6.11).

Ameliyat tarihi ve görüşme tarihi arasındaki gün sayısı, yoğun bakımda yatış süresi, ameliyat tarihi ile taburculuk tarihi arasındaki gün sayısı, ameliyat öncesi hastaneye yatış tarihi ile taburculuk tarihi arasındaki gün sayısı, ameliyat sonrası taburcu olana kadar serviste yatış süresi ile Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ameliyat tarihi ve görüşme tarihi arasındaki gün sayısı, yoğun bakımda yatış süresi, ameliyat tarihi ile taburculuk tarihi arasındaki gün sayısı, ameliyat öncesi hastaneye yatış tarihi ile taburculuk tarihi arasındaki gün sayısı, ameliyat sonrası taburcu olana kadar serviste yatış süresi ile Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 6.11).

Tablo 6.11. Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu ve Algılanan Aile Desteği Ölçeği Puanları ile Yaş, Evde Yaşayan Aile Üye Sayısı ve Hastanede Yatış Süresinin Karşılaştırılması (N=75)

	Algılanan Aile Desteği Ölçeği		Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu	
	r _s	p	r _s	p
Hastanın yaşı	-0,16	0,18	-0,25	0,03
Evde yaşayan aile üye sayısı	0,17	0,14	-0,07	0,54
Hastanın ağrı algısı/ağrı derecesi (0=ağrı yok – 10=dayanılmaz ağrı)	-0,13	0,27	0,03	0,82
Prosedür ve hastane kayıtları				
Ameliyat tarihi ve hasta ile görüşme tarihi arasındaki gün sayısı	0,04	0,72	-0,18	0,12
Yoğun bakımda yatış süresi (gün)	-0,01	0,93	-0,13	0,28
Ameliyat tarihi ile taburculuk tarihi arasındaki gün sayısı	-0,09	0,45	0,04	0,71
Ameliyat öncesi hastaneye yatış tarihi ile taburcu tarihi arasındaki gün sayısı	-0,01	0,91	-0,05	0,69
Ameliyat sonrası taburculuğa kadar serviste yatış süresi (gün)	-0,04	0,72	0,13	0,25

Klinik Riskler Puanlama Modeli toplam puan ortalamaları ile Algılanan Aile Desteği Ölçeği ve Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, Klinik Riskler Puanlama Modeli toplam puan ortalamaları ile Algılanan Aile Desteği Ölçeği ve Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 6.12).

Algılanan Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalamaları ile Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, Algılanan Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalamaları ile Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 6.13).

Tablo 6.12. Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu, Algılanan Aile Desteği Ölçeği ve Klinik Riskler Puanlama Modeli Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (N=75)

	Klinik Riskler Puanlaması Modeli toplam puanları	
	r_s	p
Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu toplam puanları	-0,18	0,13
Algılanan Aile Desteği Ölçeği toplam puanları	-0,18	0,12

Tablo 6.13. Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu toplam puanları ile Algılanan Aile Desteği Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=75)

	Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu toplam puanları	
	r_s	p
Algılanan Aile Desteği Ölçeği toplam puanları	0,20	0,09

7. TARTIŞMA

Günümüzde en önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biri olan Koroner Arter Hastalığı (KAH)'nın tedavisinde tüm dünyada sıklıkla uygulanan Koroner Arter Bypass Greft (KABG) cerrahisi güvenilir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır (Paç, 2004). Etkin olarak yapılan bu cerrahi yöntemin kullanıldığı hastaların bilgi gereksinimlerinin ve bu süreçte aileleri tarafından sağlanan desteğin nasıl algılandığını belirlemek çok önemlidir.

KABG geçiren hastaların bilgi gereksinimlerini ve aile destek düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular üç başlıkta tartışılmıştır:

- 1) Koroner Arter Bypass Greft (KABG) cerrahisi uygulanan hastaların kişisel özelliklerinin, hastalık tanısı ve hastane yatışına ilişkin bulguların tartışılması
- 2) Koroner Arter Bypass Greft (KABG) cerrahisi uygulanan hastaların bilgi gereksinimleri ile ilgili bulguların tartışılması
- 3) Koroner Arter Bypass Greft (KABG) cerrahisi uygulanan hastaların Algılanan Aile Desteği Ölçeği, Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu ve Klinik Riskler Puanlama Modeli toplam puanları ile ilişkili değişkenlerin tartışılması

7.1. Koroner Arter Bypass Greft (KABG) Cerrahisi Uygulanan Hastaların Kişisel Özelliklerini, Hastalık Tanısı ve Hastane Yatışına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada KABG ameliyatı uygulanan hastaların kişisel özellikleri, hastalık tanısı ve hastane yatışına ilişkin özellikleri incelendiğinde; hastaların yaş ortalaması $x \pm ss$: 40-84 (dağılım: $61,05 \pm 10,94$) olduğu, %80'inin erkek, %93,3'ünün evli, %2,7'sinin okuryazar değil, %30,7'sinin lise mezunu, %26,7'sinin lisans mezunu olduğu, %60'ının emeklilik veya ev hanımı olma nedenlerinden dolayı çalışmadığı belirlenmiştir. Hastaların sağlık durumları ve hastalıkları ile ilgili bilgi sahibi olma durumu sorgulandığında, hastaların %77,3'ü kronik hastalık (hipertansiyon %60, hiperlipidemi %13,3), %10,6'sında bulaşıcı hastalık öyküsü (örn: hepatit) olduğu saptanmıştır.

Hastaların %9,3'ünün acil ünitesine yapılan başvurusunu takiben, %8'i ise poliklinik hizmeti sırasında yatış endikasyonu saptanarak hastaneye yatışının yapıldığı %74,7'sinin KABG ameliyatı olduğu, %92'sinin ise İskemik Kalp Hastalığı ön tanısı ile tedaviye alındığı belirlenmiştir. Hastaların aciliyet dağılımlarına göre dağılımı incelendiğinde, hastaların %50,7'si çok acil olmayan, %8'i ise çok acil KABG ameliyatı olmak durumunda kaldığını bildirmiştir. Örneklemin %46,7'sine üçlü KABG ameliyatı yapıldığı belirlenmiştir. Günümüzde KABG için 2 ve 3 damar hastalığı için yaygın olarak kullanılmaktadır (Özcan, 1997).

7. 2. Koroner Arter Bypass Greft (KABG) Cerrahisi Uygulanan Hastaların Bilgi Gereksinimleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

Ameliyat, fizyolojik olduğu kadar psikolojik olarak da hastayı tehdit eden bir deneyim olarak görülmektedir. Hasta ameliyat olacağını bildiği ve sonrasını bilmediği için korkmakta, anksiyete duymaktadır (Bergvik et al., 2008). Ameliyat öncesinde hastayı bilgilendirmenin amacı hastanın hastalığı ve geçireceği süreç hakkında bilgilendirilmesini sağlamak, yanlış anlamaları düzeltmek, hastanın bireysel bakımındaki rol ve sorumluluklarını kavramasına yardımcı olmak, psikolojik destek sağlamak olmalıdır (Karadağ, 1998). Bölükbaş ve Türköz'ün (2002) ameliyat olacak hastalara yaptığı çalışmasında hastaların %77'sine ameliyat öncesi ve sonrası uygulanacak işlemler hakkında bilgi verilmemiş olduğunu ve hastaların %95'inin bilgi almak istediklerini saptamıştır. Özcan'nın (2008) açık kalp ameliyatı geçiren hastaların ameliyatları hakkında, %32'sinin bilgi aldığı belirtilmiştir. Bu araştırmada Koroner Arter Bypass Greft (KABG) cerrahisi uygulanan hastaların %18,7'sinin hastalıkları ile ilgili bilgiye sahip olmadığını, %12'sinin ise hastalıkları ile ilgili bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir. Hastaların hastalıkları hakkında bilgi düzeylerinin yeterli olmaması ameliyat öncesi bilgilendirmenin sağlık personeli tarafından yeterli sağlanmadığını göstermektedir. Ameliyata hazırlık sürecinin bir parçası olan ameliyat öncesi eğitimde hemşirenin hastaların gereksinimlerini bireysel olarak belirleyerek bilgilendirmesinin ön plana çıktığını söylemek mümkün olabilmektedir.

KABG cerrahisinin olumlu sonuçlanması başarı ile uygulanan cerrahi teknikle beraber ameliyat sonrası verilen hemşirelik bakımına bağlıdır. KABG ameliyat sonrası hasta bakımının amacı; kalp damar fonksiyonlarını stabilize etmek, göğüs drenajını ve ventilasyonunu sağlamak, sıvı elektrolit dengesini ve yeterli beslenmeyi sağlamak,

böbrek fonksiyonlarını sürdürmek, ağrıyı azaltmak, nörolojik fonksiyonları sürdürmek, psikolojik destek sağlamak, hareketi sağlamak, ameliyat sonrası komplikasyonları önlemek, hastanın iyileşmesini hızlandırmak, mümkün olan en kısa sürede taburcu olmasını sağlayarak evde bakımını planlamak, yaşam kalitesini ve süresini arttırmaktır. Bu nedenle ameliyat sonrası planlanmış bakım ve bilgi gereksinimlerine uygun olarak eğitimi ön plana çıkmaktadır (Erdil ve Elbaş, 2001; Yılmaz ve Çiftçi, 2009).

KABG ameliyatı geçirmiş hastalar ile yapılan araştırmalarda ortaya çıkan sonuçlara göre hastaların KABG ameliyatı sonrası genellikle kardiyak ritim bozukluğu, atrial fibrilasyon, kuvvetsizlik, insizyon yerinde duyu kaybı, iştahsızlık, diyetle uyumsuzluk, konstipasyon, safen veni kullanılmış ise lenf ödemi, ağrı, yürüme merdiven çıkmada zorluk, depresyon, cinsel yaşamda değişiklik, ölüm korkusu, işe başlamada isteksizlik, uykusuzluk, yara bakımı, ilaç kullanımı, yardımcı araç kullanımı gibi nedenlerden dolayı bilgi eksikliğine ve komplikasyon gelişimine bağlı olarak geri dönüş yaptığı bildirilmektedir (Jickling et al.,1997, Gallagher et al., 2004; Lie et al.,2010). KABG ameliyatı sonrası hastaların gelişebilecek komplikasyonlarla başa çıkabilmeleri için bireysel olarak eğitim gereksinimleri belirlenmelidir (Karadağ, 1998). Bu eğitim içerik olarak hasta ve aileyi evde bakıma hazırlamayı ve evde bakımın sürekliliğini sağlamayı ele almalıdır (Yılmaz ve Çiftçi, 2009).

Bu araştırmada KABG ameliyatı geçirmiş hastaların bilgi gereksinimi değerlendirme formuna verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde, hastaların inhaler ilaç kullanımı, ameliyat sonrası dönemde araba kullanımı ve uçakla seyahat konusunda bilgi düzeylerinin en düşük olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında, hastaların doğru nefes alma, solunum egzersizleri, uygun pozisyon, fiziksel aktivite planlaması ve egzersiz, uykusuzluk ile baş etme yöntemleri konusunda bilgi düzeylerini iyi olarak bulunmuştur.

KABG ameliyatı geçirmiş hastalarda ameliyat sonrası sırtında ve göğüs kafesinde ağrı hissi olduğu söylenmektedir. Ağrı hastaların fiziksel aktivitelerinin yerine getirilmesini, solunum egzersizlerinin yapılmasını engellemektedir. Elitoğ ve Erkuş'un (2007) KABG ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı çalışmada taburcu olan hastaların %12,6'sının ağrı kontrolü ile ilgili sağlık kuruluşuna yardım almak üzere başvurduklarını bildirmişlerdir. Yılmaz ve Çiftçi'nin (2005) açık kalp ameliyatı geçiren hastaların evde bakım konusundaki bilgi gereksinimlerini belirlemek amacıyla

yaptıkları çalışmada 1.ve 3. haftada göğüs kesi yerinde ağrı yaşadıklarını belirtilmiştir. Miller ve Grindel'in (2004) yaptığı çalışmada KABG ameliyat sonrası ilk 8 hafta kesiden kaynaklanan ağrının devam ettiğini belirtmişlerdir. Özcan'nın (2008) açık kalp ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı çalışması incelendiğinde, hastaların ağrıyı arttıran faktörleri eğitim öncesi %89' bilmiyor iken, eğitim sonrasında %82 oranında bilme derecesine ulaştıkları belirtilmiştir. Hastaların ağrı arttıran faktörler konusundaki bilgi düzeyleri eğitim öncesi ve eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olarak bulunmuştur ($p<0,001$). Bu araştırmada ise KABG ameliyatı geçiren hastaların yaşadıkları ağrı ile ilgili olarak ne yapması konusundaki bilgi düzeylerinin %58,7 oranında "çok uygun" olduğu belirlenmiştir. Ağrı KABG ameliyatı geçirmiş hastalarda çok rastlanan bir bulgu olduğu için hasta ve ailenin ağrı nedenleri ve ağrı ile baş etme konusunda bilgilendirilmesi hasta eğitiminde önemle yer verilmesi gereken konular arasında olduğu için önemlidir. KABG ameliyatı sonrası dönemde insizyon yerinde gerginlik, ağrı yada hissizlik olabilmektedir. KABG ameliyatı sonrası insizyon bölgesinde herhangi bir kızarıklık, akıntı, şişlik, ateş gibi enfeksiyon belirtileri yönünden takip edilmesine önem verilmektedir (<http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergihaberler.as>,Erişim tarihi: 12.07.10). Jaarsma ve ark. (1995) tarafından yapılan çalışmada hastalarda kesi yerinde enfeksiyonu geliştiği belirlenmiştir. Miller ve Grindel'in (2004) yaptığı çalışmada KABG ameliyatı sonrası birinci haftada yara yerinde akıntı olduğu belirlenmiştir. Özcan'nın (2008) açık kalp ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı çalışması incelendiğinde, hastaların yara bakımına ilişkin bilgileri eğitim öncesi dönemde yüksek düzeyde olan bilmeme oranları, eğitim sonrasında ise bu konuda bilgi sahibi olma oranlarının %100'e ulaştığı bildirilmiştir. Bu araştırmada ise hastaların yara kontrolü ile ilgili olarak yapılması gerekenler konusundaki bilgi düzeylerinin %54.7 oranında "uygun" olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular KABG ameliyatı sonrası yara yerinde sıklıkla gelişebilen bir komplikasyon olan enfeksiyonun önlenmesi konusunda hastaların eğitilmesi gerektiğine işaret etmesi adına önemlidir.

KABG ameliyatı sonrası venöz dolaşımındaki etkilenme sonucu ödem gelişebilmektedir. Jaarsma ve ark. (1995) yaptığı çalışmada hastaların bacaklardaki ödem sorgulandığında %40'ara sıra ödem oluştuğunu, %36,7'si oluşmadığını, %20'si sürekli varis çorabı giydiğini ve %3,3'ü ödemin hiç geçmediğini belirtmişlerdir. Özcan (2008) açık kalp ameliyatı geçiren hastalarla yaptığı çalışması incelendiğinde, hastaların

ödem hakkındaki bilgileri eğitim öncesi %86-%98 oranında bilmiyor iken eğitim sonrasında %66-%94 oranında bilme durumuna dönüştüğü bildirilmektedir. Hastaların ödem ve ödemi önleme konusunda eğitim sonrası eğitim öncesine göre istatistiksel olarak daha anlamlı derecede fazla bilgi sahibi oldukları görülmüştür (Özcan 2008). Bu çalışmada hastaların ameliyat sonrası oluşan ödem ile ilgili olarak bilgi düzeylerinin %49,3 oranında “uygun” olduğu belirlenmiştir. Hastaların %66,7’si varis çoraplarını ne kadar süre giymeleri gerektiği konusundaki bilgi düzeylerini “çok uygun” olduğunu bildirmişlerdir. KABG ameliyatı geçiren hastalarda ödem gelişimi söz konusu olduğunda ödemin kontrolüne ilişkin hasta ve ailesinin eğitimi olası komplikasyonların önlenmesi adına önemlidir.

KABG ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası beslenme ve diyet uyum konusunda sorunlar yaşadıkları bildirilmektedir (Gallagher et al., 2004). Hastalar geçici olarak kokuya duyarlılık, iştahsızlık gibi problemler yaşayabilmektedir. Elitoğ ve Erkuş’un (2007) KABG ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı çalışmada diyet ve beslenme %4, iştahsızlık %42 sorun olarak bildirilmektedir. Miller ve Grindel (2004)’in KABG ameliyatı sonrası hastaların iştahsızlık yaşadıkları belirlenmiştir. Savage ve Grap’ın (1999) kalp cerrahisi geçiren hastaların taburcu olmayı takip eden iki hafta içerisinde yaşadıkları sorunları incelediği çalışmasında, hastaların taburcu olmayı takiben ilk 2 hafta içerisinde iştah, tat alma veya mide bulantısıyla ilgili sorunlar %35 olarak belirlenmiştir. Özcan’ın (2008) açık kalp ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı çalışma incelendiğinde, hastaların diyet önerilerini ve diyetteki kısıtlamaları bilme durumları %92, eğitim sonrasında diyet önerilerini ve diyetteki kısıtlamaları bilme oranı %100’e yükselmiştir. Bu çalışmada hastaların beslenme ile ilgili olarak bilgi düzeyleri %60 uygun olarak bulunmuştur. Hastalar mide bulantısı ve kusması olduğunda doktora başvurma konusundaki bilgi düzeyi durumunu %53,3 oranında “uygun” olarak bildirmişlerdir. Çalışma bulguları KABG ameliyatı geçiren hastaların beslenme konusunda deneyimledikleri sorunlar ve beslenme konusunda bilgi gereksinimleri olduğunu göstermektedir.

KABG ameliyatı sonrası hastalar tarafından yapılan egzersizlerin hastaların psikolojik ve sosyal fonksiyonlarını arttırdığı söylenmektedir. Miller ve Grindel’in (2004) KABG geçiren hastalarda yaptığı çalışmada ilk 8 hafta aktivite intoleransı sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Elitoğ ve Erkuş’un (2007) yaptığı çalışmada

hastaların %2 egzersiz, %6 günlük aktiviteleriyle ilgili sıkıntı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Özcan'ın (2008) açık kalp ameliyatı geçiren hastalar yapabilecekleri egzersizleri eğitim öncesi %76 oranında olan bilmeme durumunun eğitim sonrasında %100 oranında bilme durumu olarak değiştiği bildirilmiştir. Bu araştırmada hastaların fiziksel aktiviteleri ile ilgili olarak bilgi düzeyleri %48 oranında "uygun" olarak bulunmuştur. Ayrıca bu araştırmada hastaların göğüs kemiğini korumak için 6-8 hafta yapmaması gereken hareketleri bilme düzeyi %52 oranında "uygun", yürüyüş zaman aralıklarını belirlemedeki bilgi düzeyi %53,3 oranında "uygun", gerekli zamanlarda merdiven kullanması gerektiğini bilme düzeyi %61,3 oranında "uygun", ilk 1 ay ağırlık kaldırma konusundaki sınırlılıkları ile ilgili bilgi düzeyi %54,7 oranında "uygun", kendisini zorlayan aktivitelere sınır koyması konusundaki bilgi düzeyi %60 oranında "uygun", kendisini yormaması için aktivitelerini tüm güne yayması gerektiğini bilme düzeyi %56,6 oranında "uygun", günlük işlerine yavaş yavaş geri dönmesi ile ilgili bilgi düzeyi %56 oranında "uygun", haftada 3-4 kez fiziksel aktivite yapması ile ilgili bilgi düzeyi %48 oranında "uygun", yatarken sağa sola dönebileceği konusundaki bilgi düzeyi %45 oranında "uygun" olarak belirlenmiştir. KABG ameliyatı geçiren hastaların günlük yaşam aktivitelerine dönmesini sağlamak, kendini psikolojik olarak iyi hissetmesi için fiziksel aktivite önemlidir. Bu konuda hastaların yapılan araştırmalarda belirtilen komplikasyonları yaşamaması ya da fiziksel aktivite ile ilgili bir sorun yaşadığı zaman ne yapması gerektiği konusunda bilgilendirilmesinin önemli bir gereksinim olduğu söylenebilir.

Uyku, bireyin yaşam bütünlüğünü devam ettirebilmesi için gerekli enerjiyi sağlaması açısından önemli bir kavram olarak ele alınmaktadır. Uykusuzluk yorgunluğa ve depresyona neden olmaktadır (Yılmaz ve ark., 2008). KABG ameliyatı geçiren hastalarda da uyku düzeni etkilenmektedir. McNamee ve Wallis'in (1999) yaptığı çalışmada 1. haftada uykusuzluk probleminin %78,1 olduğu bulunmuştur. Özcan (2008)'nin açık kalp ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı çalışma incelendiğinde, hastaların uyku değişiklikleri konusunda eğitim öncesi %98 olarak bulunan bilmeme durumu eğitim sonrasında %90 bilme şeklinde bulunduğu bildirilmektedir. Bu araştırmada hastaların uyku sorunu ile karşılaştıklarında yapması gerekeni bilme konusundaki bilgi düzeyi %53,3 oranında "uygun" olarak bildirmiştir. KABG ameliyatı geçiren hastaların uyku örüntülerinde olan değişiklikler karşısında ne yapması

gerektiğini bilmemesi, uykusunu alamaması gibi durumlarda hastada stres oluşabilmektedir. Bu nedenle günlük yaşam aktivitelerinden biri olan uyku konusunda ameliyat sonrası gelişebilecek düzensizliklere karşın bilgilendirilmesinin önemli olduğu belirtilmektedir.

KABG ameliyatı geçiren hastalarda hijyenini nasıl sağlaması gerektiği, işe dönme zamanı, ilaç kullanımı kullanımına uyumu, alışkanlıkları konusunda sorunlar yaşamaktadır. Özcan'ın (2008) yaptığı KABG ameliyatı geçiren hastalarının banyo yaparken dikkat edilecek durumları bilme oranları %98 bilmeme olarak belirlenmiştir. Bu araştırmada KABG ameliyatı geçiren hastaların banyosunu nasıl yapacakları konusunda bilgi düzeyi %50,7 oranında “uygun” olarak bulunmuştur. Özcan'ın (2008) açık kalp ameliyatı geçiren hastalarla yaptığı çalışma incelendiğinde, hastaların işe dönme zamanını bilme durumları eğitim sonrasında artmış ancak anlamlılık belirlenemediği bildirilmiştir. Bu araştırmada hastaların işe dönme zamanını bilme konusundaki bilgi düzeyi %61,3 olarak belirlenmiştir. Elitoğ ve Erkuş'un (2007) yaptığı bir çalışmada hastaların %20'sinin ilaçlarının kullanımı ile ilgili sıkıntı yaşadığı belirtilmektedir. Özcan'ın (2008) yaptığı çalışmada hastaların ilaç isimlerini eğitim öncesi %98'i “bilmiyor” iken, eğitim sonrası %66 oranında “biliyor” şekline değişmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Araştırmamızda hastaların ilaç kullanımı ile ilgili bilgi düzeylerinin %64 oranında “çok uygun” olarak bulunmuştur. Özcan'ın (2008) açık kalp ameliyatı olan hastalarda yaptığı çalışmada hastaların %64'ünün alkol kullanmadığı, %58'inin ise sigara kullanmadığı bildirilmiştir. Araştırmamızda ameliyat sonrası alkol kullanma konusundaki bilgi düzeyini hastalar %92 oranında “çok uygun”, sigara kullanma konusundaki bilgi düzeyini %94,7 oranında “çok uygun” olarak bildirmişlerdir. Özcan'ın (2008) yaptığı çalışmada hastaların seyahate çıkma ve otomobil kullanma hakkındaki bilgileri bilme durumları eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla bildiklerini saptadıkları bildirilmektedir. Bu araştırmada hastaların KABG ameliyatı sonrasında otomobil kullanma zamanı ile ilgili bilgi düzeylerini %21,3 oranında “uygun değil” olarak ifade ettikleri belirlenmiştir. KABG ameliyatı sonrası uçakla seyahat konusundaki bilgi düzeylerini hastalar %28 oranında “uygun değil” olarak ifade etmişlerdir. Bu bulgu hastaların ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyon

yaşamaması için ameliyat sonrası bilgilendirilmesi gereken konulardan biri olarak ele alınabilmektedir.

Jickling ve ark. (1997) KABG geçirmiş kadın ve erkeklerin hastaneden taburcu olmadan önce 24-48 saat önceki gereksinimlerini değerlendirmek üzere yaptıkları çalışmada, bilgi gereksinimleri açısından kadın ve erkekler arasında farklılık bildirmemektedir. Bilgi gereksinimin en fazla olduğu alanlar ile ilgili tedavi ve komplikasyonlar, etkinlikler, ilaç tedavileri ve yaşam kalitesini artırma olarak belirlenmiştir.

Dodge (1969) yaptığı çalışmada tıbbi ve cerrahi iki farklı grupla beraber bilgi gereksinimlerini cinsiyet farklılıklarıyla gözlemlemiştir. Tüm tıbbi ve cerrahi hastalarının, durumlarının doğasına, nedenine ve sonuçlarına ilişkin bilgi alma istediklerini ifade ettiğini ortaya çıkarmıştır. Dodge (1969) erkeklerin iyileşme süresinin uzunluğu ve yaşam biçimi değişiklikleri gibi iyileşme ile ilgili hususlarda daha fazla bilgi talebinde bulunduğunu öne sürmüştür. Kadınlar, semptomların anlamları ve ilaç tedavilerinin yan etkileri konusunda bilgi sahibi olmayı daha çok önemsemişlerdir (Jickling et al., 1997). Kadınların erkeklerden daha fazla bilgi gereksinimi olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada cinsiyet ile Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, cinsiyete göre Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir.

7.3. Koroner Arter Bypass Greft (KABG) Cerrahisi Uygulanan Hastaların Algılanan Aile Desteği Ölçeği, Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu ve Klinik Riskler Puanlaması Modeli Toplam Puanları ile İlişkili Değişkenlerin Tartışılması

Sosyal desteğin kişilerin fiziksel ve ruh sağlığını korumada önemli rol oynadığı literatürde vurgulanmaktadır (Tansı, 2009). Herlitz ve ark. (1998) tarafından Koroner Arter Bypass Ameliyatı geçiren hastalar ile yapılan bir çalışmada, aileden alınan sosyal desteğin hastaya olumlu sağlık davranışları kazandırdığı ve sağlığını olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (Yılmaz ve Özkan, 2009). Bu çalışmada hastaların çoğunun ailesinden duygusal ve fiziksel olarak yeterli düzeyde destek aldığını, aile üyeleri arasında paylaşımın iyi olduğunu, sorun çözümünde aile üyelerinin kendisine yardımcı olduğunu ve ailesinden memnun olduklarını belirttiği görülmektedir. Özer ve Fadiloğlu'nun (2006) 65 yaş ve üzeri hastalarda yaptığı çalışma incelendiğinde aile

sağlığının iyi olmasının; yaşlıların sosyalleşmelerine, kaliteli daha aktif bir yaşam sürmelerine ve aile bütünlüklerinin korunmasına katkı sağlayabileceği belirtilmektedir. Başer (2006) üniversite öğrencileri üzerine yaptığı çalışmada aileden algılanan sosyal desteğin bireylerin kendini kabul düzeylerini olumlu etkilediğini bildirmektedirler. Savcı (2006) kanserli hastalarda yaptığı çalışma incelendiğinde algıladıkları sosyal destek toplamı, kanserli hastaların sağlıklarını algılama düzeylerini yükselttiği bulunmuştur. Aras ve Tel'in (2009) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bireyler üzerinde yaptığı çalışmada KOAH'lı hastalara sosyal desteğin en çok aile tarafından sağlandığı belirtilmektedir.

KABG ameliyatı geçirmiş hastaların tanıtıcı özelliklerden cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumuna göre Algılanan Aile Destek Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma durumuna göre Algılanan Aile Destek Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir.

Altay ve ark. (2010) yaptığı bir araştırmada yaş ile aileden algılanan sosyal destek puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Algılanan Aile Destek Ölçeği puan ortalaması 33,17+6,07 olarak saptanmıştır. Özer ve Fadiloğlu'nun (2006) 65 yaş ve üzeri bir grup yaşının aile sağlıklarını, sosyal ağlarını ve algıladıkları aile desteği belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada yaş ile algılanan aile desteği arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Dayapoğlu ve Tan'ın (2005) inmeli hasta grubunda yapmış olduğu çalışmada hastaların yaşları ile aileden algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çetin'in (2009) Bulgaristan göçmeni yaşlıların algılanan aile ve arkadaş desteğinin, sosyal ağın büyüklüğünü belirlemek, sosyodemografik, göç, sağlık durumu özellikleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptığı çalışmada yaş algılanan aile desteği puanını etkileyen bağımsız bir değişken olarak ortaya çıkmıştır. Aras ve Tel'in (2009) kanser grubu hastalarda yaptığı çalışmada; yaş ile algılanan aile desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, algılanan aile desteğinin 65 ve üzeri yaştaki hastalarda düşük olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmada hastaların yaş ile algılanan aile destek ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yaş ile Algılanan Aile Destek ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki

belirlenmemiştir. Aileden algılanan aile desteğinin belirlenmesinde yaş faktörünün belirleyici bir anlamının olmadığını söylemek mümkün olabilmektedir.

Özer ve Fadıoğlu'nun (2006) yaptığı çalışmada erkeklerin algılanan aile destek puan ortalamalarının kadınlara göre yüksek olduğu ve cinsiyet ile algılanan aile desteği arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. McIlvane ve Reinhardt (2001) tarafından yapılan çalışmada ise hem kadınların hem de erkeklerin aile ve arkadaş desteklerinin çok iyi olduğu ve bu desteğinin psikososyal iyilik üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Dayapoğlu ve Tan'ın (2005) inmeli hasta grubunda yaptığı çalışmada hastaların cinsiyetlerine göre aileden algılanan sosyal destek puan ortalamaları erkeklerde yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Şencan'ın (2009) yaptığı çalışmada öğrencilerin cinsiyetlerine göre ailelerinden algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çakır ve Palabıyıkoglu (1997) tarafından yapılan araştırma ile benzerlik göstermekte, cinsiyete göre araştırmada anlamlı fark belirlenmemektedir. Araştırmada cinsiyete ile aileden algılanan sosyal destek düzeyi arasında anlamlı fark olmadığı sonucu belirlenmiştir.

Dayapoğlu ve Tan'ın (2005) inmeli hastaların aileden algıladıkları sosyal desteği incelemek amacıyla yapmış olduğu çalışma incelendiğinde, hastaların eğitim durumlarına göre aileden algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları incelendiğinde eğitim durumu yükseldikçe sosyal destek puan ortalamalarının yükseldiği ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Ayaz ve ark. (2008) kanserli hastalarla yapmış oldukları çalışma sonucunda da kanserli hastaların öğrenim düzeyleri yükseldikçe algılanan sosyal desteğinin yükseldiği tespit edilmiştir. Aras ve Tel'in (2009) KOAH'lı hastalarca algılanan sosyal desteği ve bununla ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada hastaların eğitim durumu ile algılanan aile desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, bununla birlikte ortaokul-lise eğitimi hastalarda algılanan aile desteğinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu araştırmada hastaların eğitim durumu ile aileden algılanan sosyal destek düzeyi arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir.

KABG ameliyatı geçiren hastalarda ameliyat öncesi risk değişkenlerinin belirlenmesi morbidite ve mortalite oranını etkilemektedir. Klinik Risk Skoru (KRS) KABG geçiren hastaları arasındaki morbidite ve mortaliteyi belirlemek için geliştirilen

bir yöntem olarak belirtilmektedir. Klinik Risk Skoru (KRS) hastalıkların ciddiyetine ilişkin olarak ameliyat öncesinde belli olan bilgilerini kullanmaktadır. Klinik Risk Skoru (KRS) tarafından kullanılan ameliyat öncesi göstergelerin birçoğu KABG ameliyatını takiben ameliyat sonrası iyileşmeyi etkileyen bir kavram olarak tanımlanmaktadır. Bu göstergeler yaş, cinsiyet, diğer kronik durumlar ve kalp fonksiyonları olarak belirtilmektedir. Klinik Risk Skoru (KRS)'deki değişkenler bir ya da daha fazla ameliyatla ilgili komplikasyonun ortaya çıkışı ile önemli bir bağının olduğunu göstermiştir. Bağımsız faktörler olarak tanımlanan değişkenler; acil ameliyat, cerrahi işlemin türü, ileri yaş, yakın zamanda geçirilen miyokard enfarktüsü, ameliyat öncesi renal fonksiyon bozukluğu, ameliyat öncesi serebrospinal hastalık, önceki kalp ameliyatı, pulmoner hipertansiyon, kronik kalp yetmezliği, kadın cinsiyeti, ciddi sol ventriküler fonksiyonları kapsamakta olduğu söylenmektedir. Geçerlilik grubunda test edilip, her bir klinik skorunda tahmin edilen ve gözlenen sonuçlar arasında doğrusal bir ilişki ortaya çıkarıldığı bildirilmiştir (McLain, 2004). Bu araştırmada KRS toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde, KRS ortalama puan değeri $3,05 \pm 2,85$ (dağılım:0-9) olduğu belirlenmiştir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak araştırmada elde edilen bulgular;

Örneklemin %80'i erkek olup, yaş ortalaması $\bar{x} \pm ss$ 61,05±10,94 olarak bulunmuştur.

Hastaların %77,3'ünün kronik hastalığı olduğu bunların arasında hipertansiyon, diyabet ve hiperlipidemi ile ilgili tedavi gördükleri belirlenmiştir.

Hastaların hastalıkları ile ilgili bilgi sahibi olma durumları incelendiğinde; hastaların %18,7'sinin bilgiye sahip olmadığı, %69,3'ü kısmen bilgi sahibi olduğu, sadece %12'si (n=9) bilgi sahibi olduğu bulunmuştur.

Hastaların inhaler ilaç kullanımı, ameliyat sonrası dönemde araba kullanımı ve uçakla seyahat konusunda bilgi düzeylerinin Bilgi Gereksinimi Değerlendirme formuna göre en düşük olduğunu belirlenmiştir. Bunun yanında, hastaların doğru nefes alma, solunum egzersizleri, uygun pozisyon, fiziksel aktivite planlaması ve egzersiz, uykusuzluk ile baş etme yöntemleri konusunda bilgi düzeyinin iyi olduğu bulunmuştur.

Hastaların çoğunun ailesinden duygusal ve fiziksel olarak yeterli düzeyde destek aldığı, aile üyeleri arasında paylaşımın iyi olduğu, sorun çözümünde aile üyelerinin kendisine yardımcı olduğu ve ailelerinden memnun olduklarını bulunmuştur.

Cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma durumuna göre Algılanan Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma durumuna göre Algılanan Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($p > 0,05$).

Cinsiyet ve çalışma durumuna göre Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, cinsiyet ve çalışma durumuna göre Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($p > 0,05$).

Eğitim düzeyine göre Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, hastaların eğitim düzeyine göre Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ($p < 0,05$). Eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olan hastalara kıyasla, eğitim düzeyi lisans veya lise mezunu olan bireyler daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur ($Z_{mwu} = 6,651$; $p = 0,04$).

Cinsiyet değişkenine göre Klinik Riskler Puanlama Modeli toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ($p < 0,05$). Erkek hastalara kıyasla, kadın hastalar Klinik Riskler Puanlama Modeli'nden daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur ($Z_{mwu} = -4,431$; $p = 0,000$).

Herhangi bir ameliyat geçirmedini bildiren bireylere kıyasla, ameliyat geçiren bireyler Klinik Riskler Puanlama Modeli'nden daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur ($Z_{mwu} = -2,025$; $p = 0,04$).

Çok acil ameliyat olmak zorunda olmayan bireylere kıyasla, acil veya çok acil KABG operasyonu geçirmek zorunda kalmış olan bireyler Klinik Riskler Puanlama Modeli'nden daha yüksek puan bulunmuştur ($\chi^2_{kw} = 49,915$; $p = 0,000$).

Evde yaşayan aile üye sayısı ile Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu toplam puan ortalamaları kıyaslandığında, evde yaşayan aile üye sayısı ile Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p > 0,05$).

Ağrı derecesi ile Algılanan Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, hastaların ağrı derecesi ile Algılanan Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p > 0,05$).

Öneriler

KABG ameliyatı planlanan hastalarda tanılama aşamasından başlayarak düzenli ve sistemli değerlendirmelerin yapılması gerekmektedir.

- Bireysel gereksinimler doğrultusunda hasta ve aile eğitiminin bakım sürecinde sürdürülmesi,
- Hasta semptomlarının, klinik göstergelerinin ve bakım gereksinimlerinin özelleşmiş değerlendirme araç ve yöntemleri ile izlenmesi,
- Erkek hastalarda, eğitim düzeyi düşük hastalarda destek kaynak ve kişilerinin dikkate alınması,
- Acil olarak ameliyat planlanan hastalarda kritik değerlendirme sürecine özen gösterilmesi,
- Aile desteği ameliyat sonrası ve kritik bakım süreçlerinde önemli olduğu için aile eğitimine ayrı bir önem verilmesi; birey ve ailenin ilaç kullanımı konusunda özel

olarak eğitilmesi,

- Yoğun bakım ünitelerinde çalışan ekibin eğitim konusunda desteklenmesi,
- Hemşirelerin özel hasta gruplarının bakımı ve eğitimi konusunda bilgilenmelerini sağlayan eğitim programları ile desteklenmesi önerilebilir.

9. KAYNAKLAR

Abrahamov D., Bhatnagar G., Goldman B. (2006) Cerrahi Ne Zaman Endikedir? İçinde: Kalp Cerrahisi Sırları Eds: Soltoski P.R, Karamaoçkion H.L, Solerno T.A. Çev: Erentuğ V, Polat A, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s, 82-87.

Açık Y. (1994) Baskil İlçe Merkezinde 35 ve Üstü Yaş Grubunda Koroner Kalp Hastalığı Risk Faktörleri Taraması. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Elazığ, (Danışman: Prof.Dr. R.Erol Sezer)

Aksüllü N., Doğan S. (2004) Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 5: 76-84.

Akyolcu N. (1990) Koroner Bypass ameliyatlarından sonra görülen psikososyal sorunlar. Hemşirelik Bülteni, 4(16): 63-68.

Akyolcu N., Yardakçı R. (2004) Ameliyat öncesi dönemde yapılan hasta ziyaretlerinin hastanın anksiyete düzeyine etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 6, 1(2): 7-14.

Aldemir T. (2000) Akut Ağrı Fizyopatolojisi. İçinde: Ağrı: Baş-Boyun ve Orofasial Ağrılar. Eds: Özcan İ, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

Altay B., Avcı İ.(2009) Samsun alanlı köyünde yaşayan yaşlılarda aileden algılanan sosyal destek ile depresif belirti yaşama sıklığı arasındaki ilişki. TAF Prev Med Bull, 8(2): 139-146.

Altay B., Gönener D., Demirkıran C. (2010) Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi. Fırat Tıp Dergisi, 15(1): 10-16.

Aras A.,Tel H. (2009) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. Tur Toraks Der, 10: 63-8.

Ardahan M. (2006) Sosyal destek ve hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(2).

Aşkar F.Z., Çetin H.Y. (2004) Kalp Cerrahisi Hastalarının Yoğun Bakım İzlemi. İçinde: Kalp ve Damar Cerrahisi. Eds: Paç M, Akçevin M, Aykut Aka S, MN Medikal & Nobel, Ankara, s: 293-318.

Ay F., Alpar Ş. (2010) Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları. Klinik Çalışma, 22(1): 21-29.

Ay AF., Ertem TÜ., Özcan KN. (2007) Temel Hemşirelik. Medikal Yayıncılık, İstanbul, s:133-135.

Ayaz S., Efe Ş.Y., Korukoğlu S. (2008) Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri, 28(6): 880-885.

Baird C. L., Sands L. (2004) A pilot study of the effectiveness of guided imagery with progressive muscle relaxation to reduce chronic pain and mobility difficulties of osteoarthritis. Pain Management Nursing, 5:3: 97-104.

Bakalım T. (2005) Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Sık Karşılaşılan Komplikasyonlar. İçinde: Kalp Damar Cerrahisi. Eds: Duran E, 2. Baskı, Çapa Tıp Kitabevi, İstanbul.

Başer Z. (2006) Aileden Algılanan Sosyal Destek ile Kendini Kabul Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Yard. Doç. Dr. M. Zeki Ilgar)

Bergvik S., Wynn R., Sorlie T. (2008) Nurse training of a patient-centered information procedure for KABG patients. Patient Education and Counseling, 70: 228-233.

Biçer M., İşçimen R., Özdemir B., Yazar M., Tok M., Tüdeş O., Cengiz M., Sarıkaya I., Saba D.(2008) Koroner Bypass uygulanan 70 yaş üstü olgularda postoperatif atrial fibrilasyon gelişme sıklığı ve risk faktörleri. Türkritmi, Pacemaker ve Elektrofizyoloji Dergisi, 6(2).

Bölükbaş N.,Türköz Z. (2002) Hastanede yatan hastaların hemşirelerden beklentileri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(2).

Brunner LS., Suddart DS. (1989) Medical Surgical Nursing. 2 ed, London: Harper& Row Ltd,1989: 293-297.

Büyükyılmaz F., Aşti T. (2009) Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakımı.Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 12(2).

C.Smeltzer S. (2008) Textbook of MedicalL-Surgical Nursing Elevent Edition. Lippincott Williams Wilkins Philadelphia.

Crawford M. (2006) Current. Kardiyoloji Tanı ve Tedavi, 2.Baskı, Çevirenler: Erol Ç., Biberöglü K., Atalar E. Öncü Basımevi, Ankara.

Çakır Y., Palabıyıköglü R. (1997) Gençlerde sosyal destek-çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Kriz Dergisi, 5(1):15-24.

Çetin H. (2009) Bulgaristan Göçmeni Yaşlılarda Sosyal Destek ve Sosyal Ağ, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yard. Doç.Dr. Aynur Uysal)

Çiftçi S. (2006) Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Bireylerin Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Yard. Doç.Dr. Meryem Yılmaz)

Çivilidağ, A. (2003) Anadolu Lisesi ve Özel Lise Öğretmenlerinin İş Tatmini, İş

Stresi ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bir Analiz..İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,İstanbul, (Danışman: Prof.Dr.Nursel Telman)

Çobanoğlu A., İşbir S. (2004).Koroner Arter Bypass Cerrahisi.İçinde:Kalp ve Damar Cerrahisi. Eds:Paç M, Akçevin A, Aka SA, Büket S, Sarıoğlu T. Medikal &Nobel,Ankara.

Çoşkun H., Akbayrak N. (2001) Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(2).

Dayapoğlu N., Tan M. (2009) İnmeli hastaların aileden algıladıkları sosyal destek. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(4): 41-48.

Dejohng MJ, Beatty DS (2000) Family perceptions of support interventions in the intensive care unit. Dimensions Critical Care Nursing, 19: 40-50.

Dhadwal K., Al-Ruzzeh S., Athanasiou T., Choudhury M., Tekkis P., Vuddamalay P., Lyster H., Amrani M., George S. (2007) Comparison of clinical and economic outcomes of two antibiotic prophylaxis regimens for sternal wound infection in highrisk patients following coronary artery bypass grafting surgery: a prospective randomised double-blind controlled trial. Heart, 93(9): 1126-1133.

Dilek F. (2008) Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, (Danışman: Yrd. Doc. Dr. Serap Unsar)

Doering L., Esmailion F., Laks H. (2000) Preoperative predictors of ICU and hospital costs in coronary arter bypass greft surgery. Chest, 118(3):737-743

Dunckley M., Ellard D., Quinn T., Barlow J. (2008) Coronary artery bypass grafting: patients' and health professionals' view of recovery after hospital discharge. Eur J Cardiovasc Nurs, 7(1): 36-42.

Duran, E.(2005) Dünyada Kalp Damar Cerrahisinin Tarihçesi. Kalp Damar Cerrahisi. Ed: Duran E, 2.Baskı, Çapa Tıp Kitabevi, İstanbul.

Durmuş, BA. (1993) Miyokard enfarktüsü geçiren hastalar için rehabilitasyon programı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(3): 77-82.

Ebrinç S., Çetin M., Başoğlu C., Ağargün M.Y., Seçil M., Can S., Çobanoğlu N. (2001) Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışavurumunun incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2(1):5-14.

Elitoğ N., Erkuş B. (2007) KABG operasyonu geçirmiş olan hastaların taburculuk sonrası en sık yaşadıkları problemlerin tanımlanması, Acıbadem Hastaneler Grubu E-Dergi, Erişim: <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergihaberler.as>, 12.07.10.

Erdil F, Özhan-Elbaş N. (2001). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, 4. Baskı, Aydoğdu Ofset, Ankara, s. 322-328.

Erdine S. (2002) Ameliyat Sonrası Ağrı Tedavisi. Ed: Kalaycı G, Tayf Ofset, İstanbul, 173-176.

Erel C., Uğurlu M., Aydınlı F., Kesici C., akır B., Özoğlu F., Kaplan Y.(2004) "Sağlıklı beslenelim kalbimizi koruyalım"projesi araştırma raporu, 1.Baskı, Güler Matbaası, Ankara.

Erentuğ V., Bozbuğa U., Polat A., Göksedef D., Kırallı K., Güler M., Ay M., İpek G., Akıncı E., Alp M., Yakut C. (2004) Acil miyokardiyal cerrahi revaskülarizasyon. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 12(4): 246-249.

Erol ., Kozan Ö. (2007) Ulusal Kalp Sağlığı Politikası, Erişim: <http://www.tkd.org.tr/pages.asp?pg=276>, 09.09.2010.

Franklin S., Khan S., Wong N.(1999) Is pulse pressure useful in predising risk of coronary heart disease? The framingham heart study . Circulation,100: 354-360.

Fredericks S.M. (2006) Self-care İnthe KABG Population : An Evulation of Most Appropriate Time For Delivering İndividualized Patient Education.(Doktoral Dissertation,University of Toronto,Depertman of faculty of Nursing).Toronto.

Gallagher R., McKinley S., Dracup K. (2004) Post discharge problems in women recoverig from coronary artery bypass graft surgery, Australian Critical Care, 17(4): 160-165.

Gök H., Korkut B., Ulucan ř., Telli H., Korkmaz G.(1996) Koroner kalp hastalığında yaşın önemi. Turkiye Klinikleri J Cardiology, 9(4): 181-5.

Gökşin İ., Yağcı B., Baltalarlı A., Özcan V., Saçar M., Gürses E., Adanalı F., Sungurtekin H. (2005) Koroner Arter Bypass Cerrahisi uygulanacak preoperatif rutin karotis doppler ultrasonografi. *Tıp Bilimleri Dergisi*, 25(2): 221-6.

Güleç S.(2009) Kalp damar hastalıklarında global risk ve hedefler. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 37(Suppl 2): 1-10.

Gürsoy A.(2001) Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 1.

Grundy S., Wilhelmsen L., Rose G. (1990) Coronary heart disease in high risk populations; Lessons from Finland. *Eur Heart J*, 11:462-471.

Hatipoğlu S. (1994) *Kalbiniz ve Siz*, Damla Yayınevi, Ankara.

Hulzebos E., Meeteren N., Bie R., Dagrelie P., Helders P. (2003) Prediction of postoperative pulmonary complications on the basis of preoperative risk faktörs in patients who had undergone Coronary Arter Bypass Graft surgery. *Phys Ther*, 83:8-16.

Hürdal D., Çelik N. (2007) Kalp cerrahisi yoğun bakım ünitesinin standardizasyonu. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci*, 3(27):63-8.

Ivarsson B., Larsson S., Lührs C., Sjöberg T. (2007) Patient perceptions of information about risks at cardiac surgery. *Patient Education and Counselling*, 32-38.

Ivarsson B., Larsson S., Lührs C., Sjöberg T.(2005) Extended written pre-operative information about possible complications at cardiac surgery-do the patients want to know?. *European Journal of Cardio-thracic Surgery*, 28:407-414.

Jaarsma, T., Kastermans M., Dassen T., Philipsen H. (1995) Problems of cardiacs patients in early recovery. *Journal of Advanced Nursing*, 21:21-27.

Jickling J., Graydon J. (1997) The information needs at time of hospital discharge of male and female patients who have undergone coronary artery bypass grafting: A pilot study. *Heart&Lung*, 26(5): 350-357.

Jenney AWJ., Harrington GA., Russo PL., Spelman DW. (2001) Cost of surgical site infections following coronary artery bypass surgery. ANZ J. Surg, 71(1):662-664.

Kahriman İ., Arıkan D. (2002) Yenidoğan bebeği olan primipar annelerin ailelerinden algıladıkları sosyal desteğin sorun çözme becerilerine etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(2).

Karadağ M. (1998) Ayaktan cerrahi uygulamalarında hasta eğitimi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(2): 27-34.

Karapolat H., Durmaz B. (2008) Kardiyak rehabilitasyonda egzersiz. Anadolu Kardiyolog Dergisi, 8:51-7.

Kartal A., Çetinkaya B. (2009) Yüksekokulu öğrencilerinin algılanan sosyal destek durumları ve sosyal desteği etkileyen faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4(12).

Kaya H. (2009) Sağlık hizmetlerinde hasta eğitimi ve hemşirenin sorumlulukları. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri, 1(1).

Kelly RB, Falvo DR. (2002) Patient Education. In: Rakel RE, Textbook of Family Practice, Sixth ed, Saunders Com, Philadelphia.

Kes D. (2009) Koroner Arter Bypass Greftleme Ameliyatı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve Aile İşlevlerinin Kansere Ameliyatı Geçiren Hasta Grubu ile Karşılaştırılması. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi , Bolu ,(Danışman : Prof. Dr. Feray Gökdoğan)

Kiriş İ., Gülmen Ş., Tekin İ., Okutan H. (2006) Diabetes mellitusun koroner arter bypass cerrahisinde erken dönem morbidite ve mortaliteye etkisi. Süleyman Demirel Tıp Fakültesi Dergisi, 13(1): 16-21.

Kocaman N. (2005) Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği rolleri. Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi, 8(3): 109-116.

Komşuoğlu B., Ural, E. ve Ural, D. (2004) Klinik kardiyoloji Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

Köksal C., Sarıkaya S., Özcan V., Zengin M. Meydan B., Helvacı A. (2002) SSK Süreyyapaşa Hastanesi'nde açık kalp cerrahisi: İlk 100 vaka. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 10: 264-266.

Kutsal A.(2010) Yaşlıda kalp cerrahisi. Türk Geriatri Dergisi, özel sayı 2: 115-123.

Kutsal A., Çekiç E., Tansal S., Metin M., Aksoy A. (1998) Yaşlılarda gerçekleştirilen açık kalp ameliyatları: Risk faktörleri ve sonuçları. Geriatri, 1;1:33-35.

Kültürsay H., ve Yavuzgil O. (2003) Obezite ve kardiyovasküler risk. Türk Kardiyoloji Seminerleri, 3 (2), 129-135.

Lie I., Bunch E.H., Smerby N.A., Arnesen H., Hamilto G. (2010) Patients' experiences with symptoms and needs in the early rehabilitation phase after coronary artery bypass grafting, European Journal of Cardiovascular Nursing.

Lin Ku S, Hung Ku C, Chi Ma F. (2002) Effects of phase I cardiac rehabilitation on anxiety of patients hospitalized for coronary artery bypass graft in Taiwan. Heart&Lung, 31(2):133-140.

Mclain R. (2004) Relationships Among Family Stres, Family Adaption and Psychological Well-being of Elderly Coronary Artery Bypass Greft Patients.(Doctoral dissertation, University of Alabama at Birmingham).

Mcll J.M., Reinhardt J.P. (2001) Interactive effect of support from family and friends in visiually impaired elders. Journal of Psicological Social Science, 56(6):374-382.

McNamee S., Wallis M. (1999) Patient problems and evaluation of patient discharge education after coronary artery bypass graft surgery. Contemporary Nurse , 8: 107–115.

Miller K.H., Grindel C.G. (2004) Comparison of semptoms of younger and older patients undergoing coronary artery bypass surgery. Cincinal Nursing Research, 13: 179-193.

Onat A. (2001) Türk halkında koroner kalp hastalığı sıklığının nedenleri ve bu bilginin risk değerlendirmesi ile korunma açılarından büyük önemi. Türk Kardiyol Dern Arş, 29: 602-609 .

Onat A. (2004) Ulusal kalp sağlığı politikası kalp damar hastalıklarından korunma stratejileri. Türk Kardiyol Dern Arş, 32: 596-602.

Onat A., Çetinkaya A., Sansoy V., Yıldırım B., Keleş İ. (2000) Koroner kalp hastalığı riskini yükselten diyabet sıklığı erişkinlerimizde hızla artıyor. Türk Kardiyol Dern Arş, 28:0.

Onat A., Uğur M., Çiçek G., Ayhan E. (2010) TEKHARF 2009 taraması: Kırsal kesim ve kentlerde. Türk Kardiyol Dern Arş, 38:159-163.

Özcan H. (2008) Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastalar Tarafından Kullanılma Oranları. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ümmü Yıldız Fındık)

Özcan N. (1997) Koroner Kalp Hastalıkları. GATA Yayınları, Ankara.

Özer S., Fadiloğlu Ç. (2006) 65 yaş ve üzeri bir grup yaşlının aile sağlıklarının, sosyal ağlarının ve algıladıkları aile destek sistemlerinin değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics, 9(3):158-164.

Özyurt B.E. (2007) Kanser hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyine ilişkin betimsel çalışma. Kriz Dergisi, 15(1):1-15.

Paç M. (2004) Kalp-Damar Cerrahisi. MN Medikal ve Nobel, Ankara,s:116-225.

Pour H., Korkmaz F. (2010) Açık kalp cerrahisi sonrası hemşirelik bakımı.Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 26(1):76-86.

Pudarc S., Sundquist J., Johansson S. (2000) İsveçteki yaşlı göçmenlerde kardiyovasküler hastalıkların majör risk faktörleri. Ethnicity Healt, 5(2): 137-150.

Sağlam M., Güçlü M., İnce D., Savcı S., Arıkan H. (2008) Solunum Sistemi Hastalıkları ve Egzersiz. Klasmat Matbaacılık, Ankara.

Sarıkaya S.(2006) Preoperatif ve postoperatif pulmoner fizyoterapi uygulamaları. Türk Fiz Tıp Rehab Derg; 52:123-8.

Sarıoğlu T. (1995) Kalp cerrahisi klinik protokolü. Erişim: http://www.kalpcerrahisigrubu.com/pdf/Kalp_Cerrahisi_Klinik_Protokolü,10.07.10.

Savage L., Grap MJ. (1999) Telephone monitoring after early discharge for cardiac surgery patients. American Journal of Critical Care, 8(3):154-159.

Savcı A. (2006) Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler . Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Prof.Dr. Asuman Güraksın)

Sevinç S., Akyol A. (2009) Koroner arter hastalarında risk faktörü dağılımı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 18(3): 46-52.

Siafokas N., Mitrouska I., Bouras D., Georgopoulos D.(1999) Surgery and respiratory muscles.Thorax, 54:458-465.

Solak H., Solak T., Görmüş N.,Görmüş I.(2010) Koroner Arter Hastalıkları ve Cerrahisi. 2.Baskı, Efil Yayıncılık, Ankara.

Soltoski P.R., Youssef N. (2006) Postoperatif Rutin. Eds: Soltoski P.R., Karamaoukian.H.L., Salerno T.A.Çevirenler: Erentuğ V., Polat A. Kalp Cerrahisi Sırları. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.

Sorias O. (1988) Sosyal destek kavramı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 27:353.

Sönmez B., Yılmaz O., Öneyman A. (2010) Memorial Hastanesi Kardiyovasküler Cerrahi Bölümü, Kalp Damar Cerrahisi Bilgilendirme Kitapçığı.

Sunar H., Halıcı Ü., Canbaz S., Yavuz E. Gür Ö., Duran E. (2003) Obezitenin koroner bypass cerrahisi üzerine etkisi.Gülhane Tıp Dergisi, 45(4): 338-342.

Sutton-Tyrrell K., Bostom A., Selhub J., Zeigler-Johnson C. (1997) High homocysteine levels are independently related to isolated systolic hypertension in older adults. *Circulation*, 96(6): 1745-9.

Şencan B.(2009) Lise Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi ile Sosyal Yetkinlik Beklentisi Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana, (Danışman : Prof .Dr. Banu İnanç)

Tan M., Okanlı A.,Karabulut E., Erdem N. (2005) Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2).

Tansı T.(2009) Koroner Arter Bypass Yapılan Hastalarda Sosyal Destek ile Umutsuzluk Düzeyi İlişkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ükke Karabacak)

Taşdemir N, Özşeker E. (2007) Yoğun bakım ünitesinde ziyaret uygulaması: ziyaretin hasta, hasta ailesi ve hemşire üzerine etkileri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,11 (1):27-31.

Taşocak G.(2003) Hasta Eğitimi. İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi Müdürlüğü, İstanbul.

Tezcan S., Altıntaş H., Kaya M., Koçoğlu G., Kahveci F., Alpua M., Karagöz E., Kevlekçi C.,Kart C.(2005) On ulusal günlük gazetede yayınlanan Koroner Arter Hastalığı ve risk faktörleri ile ilgili yazılar. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4(5).

Tokmakoğlu H., Kandemir Ö., Farsak B., Günaydın S., Yorgancıoğlu C., Zorlutuna Y. (2002) Genç yaş grubu hastalarda Koroner Arter Bypass Cerrahisi.*Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahi Dergisi*, 10:1-4.

Us M. (2007) Koroner kalp hastalığı: By-pass: Taburcu olduktan sonra dikkat edilmesi gerekenler, Erişim: <http://www.melihus.com>, 10.07.10.

Ünal S, Kaya B, Çekem B, Özışık H, Çakıl G, Kaya M. (2004) Şizofreni, iki uçlu duygu durum bozukluğu ve epilepsi hastalarda aile işlevlerinin karşılaştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi, 15(4):291–299.

Vural F. (2006) Koroner Arter Bypass Greft Uygulamasında Düşleme ve Müziğin İyileşme Sürecine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktor Tezi, (Danışman: Prof. Dr.Fatma Eti Aslan)

Wells S A ., Creswell L L. (2003) Off-Pump Coronary Artery Bypass Surgery. Curr Probl Surg Nov, 40:683-802.

Yalçın S., Gök H., Toksöz R.(2001) Egzersiz diet programının lipid profiline etkileri. Ana Kar Der, 1:179-188.

Yalın S., Gök H., Toksöz R. (2001) Sedanter bireylerde kısa dönem düzenli egzersiz diet programının lipid profili üzerindeki etkileri. Ana Kar Der, 1:179-188.

Yava A. (2000) Açık Kalp Cerrahisi Geçiren Bireylerde Postoperatif Nöropsikolojik Değişikliklerin İncelenmesi. Gülhan Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof.Dr.Sevgi Hatipoğlu)

Yazıcı E., Yazıcı K. (2005) Koroner kalp hastalığı için bir risk etkeni olarak depresyon. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6:99-106.

Yıldırım İ. (1997) Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi güvenilirliği ve geçerliliği. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 13:81-87.

Yıldırım N., Atalay M. (2002) Koroner Arter Bypass ameliyatı olan hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Hemşirelikte Araştırma Dergisi, 4(1).

Yıldız C. (2002) Koroner Bypass Operasyonlarında Sirkumfleks Artere Tekli ve İn-situ Olarak Bypass Yapılan İnternal Torasik Arterlerin Erken ve Uzun Dönem Sonuçları. İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof.Dr. Erhan Kansız)

Yılmaz E., Kutlu A., Çeçen D. (2008) Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların uyku durumlarını etkileyen faktörler. Yeni Tıp Dergisi, 25: 149-156.

Yılmaz E., Özkan S.(2009) Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların algıladıkları sosyal destek ve yalnızlık düzeyleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 25(2): 73-88.

Yılmaz M., Çifçi E.S. (2010) Açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde bir model: Fonksiyonel sağlık örüntüleri. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 18(3):183-189.

Yüksel M., İslamoğlu F., Atay Y., Yağdı T., Buket S., Bilkay Ö.(2000) Koroner bypass reoperasyonları sonuçlarımız ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg, 8: 668-73.

<http://www.kvc.hacettepe.edu.tr/pdf/ekc001.pdf> Erişim: 20.08.10.

http://www.who.int/cardiovascular_disease/en/.Erişim tarihi: 08.07.2010.

<http://www.medicine.ankara.edu.tr>, Erişim Tarihi: 07.07.2010.

10. EKLER

Ek-1. Hasta Bilgilendirme ve Onay Formu

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi bünyesinde KABG(Koroner Arter Bypass Greft) konulu yüksek lisans tezi için araştırma yapmaktayız. Araştırmanın konusu “Koroner Arter Bypass Greft geçiren hastaların bilgi gereksinimi ve aile destek düzeylerinin belirlenmesi” dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı diliyoruz. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, KABG geçiren hastaların bilgi gereksinimlerini ve aile destek düzeylerini belirlemektir. Bu sayede siz ve sizin gibi bu süreci yaşayan bireylere daha iyi destek verilmesini sağlamaktır. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz size anket ve ölçek şeklinde hazırlanmış araştırma konusunun içeriğine yönelik sorular yönelteceğiz. Sizden alınan bilgiler toplanacak ve güvenli bir şekilde gizli tutulacak. Özel bilgileriniz paylaşılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Araştırmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Yine araştırmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılma hakkına da sahiptir.

Saygılarımızla;

Prof. Dr. Zehra Durna

Ayşe Kale

Haliç üniversitesi yüksek lisans tezi için yürütülecek olan bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam, bana ait bilgilerin gizliliğine, bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bunun için herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmadım.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada katılımcı olmayı, çalışmanın sonuçlarının yayımlanmasında sakınca olmadığı kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Hastanın Adı, soyadı:

İmza

TARİH

EK-2. Hasta Tanılama Formu

1) Kod no :

2) Hastanın yaşı :

3) Cinsiyet :

1.Erkek 2.Kadın

4) Medeni Hali :

1.Bekar 2. Evli 3.Dul

5) Eğitim durumu :

1. Okur- yazar 2. Okur –yazar değil 3. İlkokul

4. Ortaokul 5. Lise 6. Lisans

6) Mesleği :

1. İşçi 6. Serbest 11.Mobilyacı 15. Şoför

2. Memur 7. Öğrenci 12. Dış ticaret 16.Fırıncı

3. Çiftçi 8. Turizm 13.Ticaret 17. Tekstil

4. Ev hanımı 9.Avukat 14.Gazeteci

5.Emekli 10.Pazarlama

7) Adres :

8) Telefon :

9) Hastaneye Başvuru Nedeni :

1.KABG(Koroner Arter Bypass Greft) ameliyatı olmak.

2.DSA(Digital Subtraksiyon Anjiografi) sonrası KABG(Koroner Arter Bypass Greft) ameliyatı olmak.

3 .Koroner Anjiografi

4. Sırt ağrısı, göğüs ağrısı

5. Koroner Anjiografi sonrası KABG (Koroner Arter Bypass Greft) ameliyatı olmak

6.Nefes darlığı,göğüs ağrısı

7.Göğüs ağrısı

8.Mide ağrısı,göğüs ağrısı

9.Göğüs ağrısı,bulantı kusma, terleme

10) Hastane Yatışını Yapan Departman:

1.Hasta Kabul

2. Acil Ünitesi

3.Poliklinik

11) Tıbbi Ön Teşhis :

1. IKH (Iskemik Kalp Hastalığı)
2. Sol Karotis Lezyonu+IKH (Iskemik Kalp Hastalığı)
3. IKH(Iskemik Kalp Hastalığı),Subakut akciğer ödemi
4. IKH(Iskemik Kalp Hastalığı,USAP(Unstabil Anjina pektoris)
5. AKS(Akut Koroner Sendrom)

12) TIBBİ HİKAYESİ :

13) Hastanın Kendisine Ait Hastalık Öyküsü:

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|----------------------|
| 1. Diabetik | 2. Hipertansiyon | 3. HL(Hiperlipidemi) |
| 4.Osteoporoz | 5. KBY(Kronik Böbrek Hastalığı) | 6. KOAH |
| 7. Reflü | 8. Akdeniz anemisi | 9. Glukom |
| 10.BPH (Bening Prostat Hiperplazisi | | 11.CVO |

14)Hastanın Ailesine Ait Hastalık Öyküsü:

- | | |
|------------|------------------|
| 1.Diabetik | 2. Hipertansiyon |
| 3.IKH | 4. Akciğer CA ex |

15) Geçirilmiş Bulaşıcı Hastalıklar :

- | | |
|--------|------------|
| 1. Tbc | 2. Hepatit |
|--------|------------|

16) Geçirilmiş Operasyonlar :

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. Kist dermoid sakral op | 2. Over kist op |
| 3. Safra kesesi op | 4. Kolesistektomi op |
| 5. Prostat op | 6. Prostatektomi op |
| 7. Sol alt lobektomi op | 8. Göğüs ve karın estetik op. |
| 9. Katarakt op | 10.Tonsillektomi op |
| 11.PTCA stent | 12.Apendektomi op |
| 13.Menisküs op | 14.Geç sol mastektomi op |
| 15.Bilateral inguinal herni op | 16.Lomber distektomi op |
| 17.Inguinal herni op. | 18.Geç sağ nefrektomi op |
| 19.Hemoroid op | 20.Bilek op |
| 21.Herni op | 22.Canlı renal böbrek trans op |
| 23.Polipektomisi op | 24.Troidektomi op |
| 25.Tükrük bezi op | 26. Deviasyon op |
| 27.KABG op | 28.Göz op |

17) ALERJİLER : 1.Var 2.Yok
1.İlaç 2.Yiyecek 3.Klima 4.Polen

18) PROTEZLER : 1.Var 2. Yok
1.Diş 2. Gözlük 3. Lens
4. Extremitte Protezi 5. Pace-maker 6. İşitme Cihazı

19) AİLE İLGİLİ BİLGİLER :

20) Evde Yaşayan Aile Üye Sayısı:

21) Ailenizin Geçimini Kim Sağlıyor?

1.Eş 2. Çocuk 3. Kardeş
4. Kendi 5.Toplam

22) Evde Yaşayan Aile Üyelerinin Aralarındaki İlişki Nasıldır :

1.Anlayışlı 2.Saygılı
3.Güvenilir 4.Seçme özgürlüğü
5. Esnek davranıyolar 6.Anlayışlı saygılı
7. İlgili 8.Ataerkil

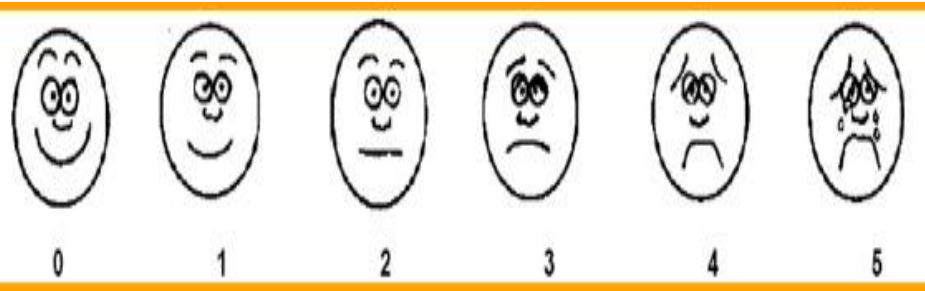
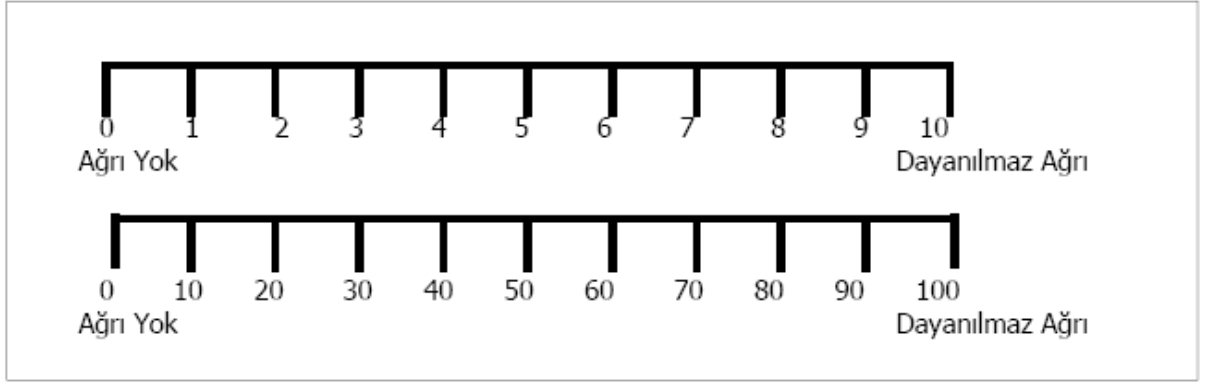
23) Hasta/Ailesinin Hastanın Sağlık Durumunu Algılayışı :

1.Yeterli 2.Yetersiz

24) Hastalık Hakkında Bilgi Sahibi :

1.Evet 2.Hayır 3. Kısmen

25) AĞRI DURUMU DEĞERLENDİRMESİ



26) İLETİŞİM :

1. Anlaşılır, açık.
2. Konuşkan, açık
3. Anlatılanları anlıyor, geri bildirim veriyor.
4. Açıklayıcı
5. Anlatılanları anlıyor.
6. Soru cevap şeklinde, konuşkan
7. Açık soru cevap şeklinde
8. Konuşkan
9. Hoşgörülü

27) PROSEDÜR VE HASTANE KAYITLARI

1) Ameliyat tarihi ve randevu tarihi arasındaki gün sayısı

2) Yoğun bakımda kalma süresi

3) Ameliyat tarihi ile taburcu tarihi arasındaki gün sayısı

4) Ameliyat öncesi hastaneye yatış tarihi ile taburcu tarihi arasındaki gün sayısı

5) Ameliyat sonrası taburcu olana kadar serviste kalma süresi

CERRAHİ

STANDART YÖNTEMİ

DİĞER

1) İsteğe bağlı

1) Açık kalp ameliyatı

Greftlerin sayısı

2) Acil

2) Kapalı kalp ameliyatı

3) Çok acil

28) KLİNİK RİSKLER PUANLAMASI

KOMPLİKASYONLAR	SKOR	HASTA
1)Acil vaka olması	4	
2)Yaşının 65-74 arası olması	1	
3)75 yaş üzeri olması	2	
4)Böbrek yetersizliği	2	
5)3-6 ay önce MI geçirmiş olması	1	
6)3 ay dan daha önce MI geçirmiş olması	2	
7)Kadın olması	2	
8)İkinci operasyon	2	
9)Pulmoner hipertansiyon görülmesi	2	
10)Serebrovasküler hastalık geçirmiş olması	2	
11)Koroner arter bypass greft ile birlikte kapakta olması	2	
12)Mitral yada aort kapak olması	1	
13)CHF	1	
14)sol ventrikül disfonksiyonu	1	

Total skor:

EK-3. Bilgi Gereksinimi Değerlendirme Formu

	UYGUN DEĞİL	BİRAZ UYGUN	UYGUN	ÇOK UYGUN
1)İnhaleleri mi (Puff Cihazımı) tarif edildiği şekilde kullanırım.				
2)Doğru nefes alma, solunum egzersiz topu(triflow) ve vücut egzersizlerimi 1.5 ay uygulamam.				
3)Göğüs korsemini randevuya gelene kadar takmam.				
4)İnsizyon yeri pansumanlarımda herhangi bir değişiklik varlığını kontrol ederim.				
5)6-8 hafta süresince göğüs kemiğimi korumak için kollarımı yukarı doğru kaldırmam, arkaya doğru esnemem,başımın altına koymam.				
6)Eğer tolere edebiliyorsam yürüyüş zamanlarımı bir önceki güne göre artırırım.				
7)Sadece gerekli zamanlarda merdiven kullanırım.				
8)İlk 1 ay ağırlık kaldırmam, sonrasında da kendimi çok zorlamadan kaçınmayı denerim.				
9)Haftada 3-4 kez fiziksel aktivite yaparım.				
10)Yorgunluk hissetmemi sağlayan, solunum sıkıntısı yaratan, beni zorlayan aktivitelere sınır koyarım.				
11)Günlük aktivitelerimi tüm güne yayarım, böylece yorulmam.				
12) 6-8 hafta tam zamanlı olarak çalışmayacağım.				
13)Eğer bacaklarımda şişlik varsa bacaklarımı kaldırıyorum.				
14)Günlük olarak yaptığım rutin aktivitelerime yavaş yavaş geri dönmeyi denerim.				
15)Doktorumun reçete ettiği ilaçlarımı ilaç kullanma kartıma göre kullanırım.				
16)Zamanında ilaçlarımı temin ederim.				
17)İlaçlarımı alırken bana yardım eden bir sisteme sahibim.				
18)İhtiyacım olduğunda reçete edilmiş olan ağrı kesicimi alırım.				
19)Ağrılarım ilaca rağmen devam ederse doktoruma sorarım.				

20)Varis çoraplarımı kesinlikle çamaşır makinasında yıkamam.				
21)Varis çoraplarımı 2 ay daha düzenli kullanırım.				
22) 6-8 hafta sonrasında arabamı kullanabilirim.				
23)10 gün sonra uçakla seyahat ederim.				
24)Beslenmemde kızartmalar,yağlı besinler,katı yağlar yemiyorum.				
25)Fazla miktarda alkol almam.				
26)Sigara kesinlikle içmiyorum.				
27)Yatarken pozisyon değiştirebilirim.(sağa ve sola)				
28)Taburcu olduktan 15 gün sonraya kadar göğsümü desteklemek için kalp yastığımı kullanırım.				
29)Ziyaretçilerimle 5dk fazla görüşmem.				
30)Banyomu ılık su ile 10-15 dakikayı geçmeyecek şekilde, insizyon yerlerimi ovmadan yaparım.				
31)Uykusuzluk sorunum varsa, uyumak için farklı teknikler denerim.				
32)Kendimi sürekli yorgun hissedersen doktoruma danışırım.				
33)Mide bulantım ve kusmam olursa doktora başvururum.				

EK-4. Algılanan Aile Desteği Ölçeği

Aşağıda insanların aileleri ile ilişkileri sırasında yaşadıkları ve hissettikleri duygulara ilişkin ifadeler vardır. Amacımız, her ifadenin size ne kadar uyduğunu öğrenmektir. Her cümle ile ilgili üç seçenek vardır: Evet, Hayır ve Kısmen. Lütfen her soruyu dikkatle okuyup cevap kâğıdında size en çok uyan seçeneğin altındaki parantezin içini (X)şeklinde işaretleysin.

	EVET	HAYIR	KISMEN
1)Ailem ve akrabalarım gerektiğinde bana manen destek olurlar.			
2)Nasıl davranacağım ya da ne yapacağım konusunda ailemin fertlerinden yararlı fikirler alırım.			
3)İnsanların çoğu ailelerine benim aileme yakın olduğumdan daha yakındır.			
4)En yakın aile fertlerine derdimi açtığında, bunun onları rahatsız ettiğini düşünürüm.			
5)Ailemdeki kişiler düşüncelerimi duymaktan hoşlanırlar.			
6)Ailem özel işlerimin çoğunu paylaşır.			
7)Ailemden bazı kişiler sorunları olduğunda ya da daha sonra bundan pişmanlık duyduklarında bana gelirler.			
8)Ailemin sevgi ve yakınlığına güvenirim.			
9)Kendimi kötü hissettiğimde, arayabileceğim ve daha sonra bundan pişmanlık duymayacağım bir akrabam var.			
10)Ailem ve ben düşündüklerimizi birbirimize açıkça söyleriz.			
11)Ailem kişisel isteklerimi anlayışla karşılar.			
12)Ailemdeki kişiler sevgi ve yakınlığına ihtiyaç duyduklarında beni aralar.			
13)Sorunlarımı çözmede ailemin yardımını görürüm.			
14)Ailemden birkaç kişiyle pek çok sorunumu paylaşırım.			
15)Ailemdeki kişiler, nasıl davranacakları ya da bazı şeyleri nasıl yapacakları konusunda benim fikirlerimden yararlanırlar.			
16)Aileme sırlarımı açtığında kendimi huzursuz hissederim.			
17)Ailemdeki kişiler, canları sıkıldığında beni aralar.			
18)Aile fertlerimin, sorunlarını ölçmede kendilerine yardımcı			

olduğumu, düşündüklerimi hissediyorum.			
19)Başka insanların aksine, benim ailemden hiçbir kişiyle aramda fazla yakın ilişki yoktur.			
20)Daha farklı bir ailem olmasını isterdim.			

EK-5. Etik Kurul Onayı

05.10.2009

Konu : Sayın Ayşe Kale'nin "Koroner Arter Bypass Graft Ameliyatı Geçiren Hastaların, Ameliyat Sonrası Bilgi Gereksinimlerinin ve Aile Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışması hakkındaki Etik Kurul'un 05.10.2009 tarih ve 8 nolu Kararı.

Sayın Ayşe Kale,

Etik Kurulumuza incelenmesi ve onaylanması için göndermiş olduğunuz "**Koroner Arter Bypass Graft Ameliyatı Geçiren Hastaların, Ameliyat Sonrası Bilgi Gereksinimlerinin ve Aile Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi**" konulu araştırma ile ilgili anketi hastanemiz KVC Servisi hastalarında uygulama isteğiniz Etik Kurul tarafından incelenmiştir. Kurulumuzun değerlendirme sonucu aşağıda yer almaktadır.

1. Söz konusu çalışma, bir anket uygulanması ve sonuçların değerlendirilmesinden ibaret olup, çalışmada hastaların sağlığını ve güvenliğini tehdit edebilecek, geçerliliği kanıtlanmamış herhangi bir uygulama yapılması söz konusu değildir. Bu çalışmada hastalara zaten rutin olarak yapılan ve kabul edilmiş protokollere göre yürütülen işlemler yapılmaya devam edilecektir. Ayrıca bir girişim yapılması, hastalara veya hastaneye bir risk, ek iş yükü ya da maliyet yüklenmesi söz konusu olmayacaktır.
2. Hizmet alınan kurumla ilgili ve kuruma zarar verebilecek herhangi bir bilginin de deşifre edilmediği görülmektedir.

Yüksek Lisans Tezi olarak yapmayı planladığınız çalışmanın yapılması ve yayımlanması konusunda etik açıdan hiç bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim,

Memorial Hastanesi Etik Kurulu adına

Doç. Dr. Kenan Keskin
Etik Kurul Başkanı

EK-6. Ölçek İzin Onayı

20.07.2010

Oya SORİAS
Kime: ayşe kale
Kimden: **Oya SORİAS** (oya.sorias@ege.edu.tr)
Gönderme tarihi: 20 Temmuz 2010 Salı 10:01:15
Kime: ayşe kale (ay_kale_84@hotmail.com)

Merhaba,
Algılanan Aile Desteği ölçeğini tezinizde kullanabilirsiniz.
İyi çalışmalar dilerim.

Prof. Dr. Oya Sorias

Yeni Windows 7: Size en uygun bilgisayarını bulun. [Daha fazla bilgi edinin.](#)

Windows Live: [Arkadaşlarımız size e-posta gönderdiklerinde Flickr, Twitter ve Digg güncellemelerinizi öğrenirler.](#)

EGE ÜNİVERSİTESİ

Bu elektronik posta ve onunla iletilen bütün dosyalar sadece göndericisi tarafından alması amaçlanan yetkili gerçek ya da tüzel kişinin kullanımı içindir. Eger söz konusu yetkili alıcı değilseniz bu elektronik postanın içeriğini açıklamaz, kopyalamaz, yönlendirmeniz ve kullanmanızla birlikte yasaktır ve bu elektronik postayı derhal silmeniz gerekmektedir.

EGE ÜNİVERSİTESİ bu mesajın içerdiği bilgilerin doğruluğu veya eksiksiz olduğu konusunda herhangi bir garanti vermemektedir. Bu nedenle bu bilgilerin ne şekilde olursa olsun içeriğinden, iletilmesinden, alınmasından ve saklanmasından sorumlu değildir. Bu mesajdaki görüşler yalnızca gönderen kişiye aittir ve EGE ÜNİVERSİTESİ'nin görüşlerini yansıtmayabilir

This e-mail and any attachments may contain confidential and privileged information. If you are not the intended recipient, please notify the sender immediately by return e-mail, delete this e-mail and destroy any copies. Any dissemination or use of this information by a person other than the intended recipient is unauthorized and may be illegal.

EGE UNIVERSITY makes no warranty as to the accuracy or completeness of any information contained in this message and hereby excludes any liability of any kind for the information contained therein or for the information transmission, reception, storage or use of such in any way whatsoever. The opinions expressed in this message belong to sender alone and may not necessarily reflect the opinions of EGE UNIVERSITY.

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Ayşe Kale

Doğum Yeri ve Tarihi : Amasya/14.12.1984

Medeni Hali : Bekar

Yabancı Dil : İngilizce

E-posta Adresi : ay_kale_84@hotmail.com

Tel : 0544 519 05 78

Eğitim ve Akademik Durumu

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise	Amasya Yabancı Dil Ağırlıklı Lise	2002
Lisans	Ondokuz Mayıs Üniversitesi	2007

İş Tecrübesi

	Görev	Süre (Yıl-yıl)
	Memorial Hastanesi Hemşire	2007-2010
	Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri Hemşire	2010- Halen

Mesleki Dernek/Kurum Üyeliği

Türk Hemşireler Derneği