1.GİRİŞ VE AMAÇ

1. 1. Giriş

Günümüzde tıp ve teknoloji alanındaki gelişmeler, tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, temel sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemin artması, hastalıklara bağlı ölümlerin azalması ve doğuştan beklenen yaşam süresinin artması gibi nedenlerle kronik hastalığı olan birey sayısı artmıştır. Genellikle orta ve ileri yaş hastalığı olan koroner arter hastalığı (KAH) kronik bir hastalık olarak bireyin yaşam kalitesini etkilemektedir (Cebeci, 2004; Dilek, 2008). KAH Amerika, Avrupa ve Türkiye'de ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde de (KKTC) KAH en önemli sağlık sorunlarından biridir.

2006 yılı verilerine göre Amerika'da bir yılda 81.000.000 bireyde kardiyovasküler hastalık görüldüğü, bunların 73.000.000'nin hipertansiyon, 17.600.000'ünün koroner arter hastalığı, 8.500.000'nün miyokard infaktüsü, 10.200.000'nün anjino pektoris ve 5.800.000'ün kalp yetmezliği olduğu belirtilmiştir. Ayrıca tüm KAH'larından 831.272 hastanın öldüğü tespit edilmiştir (AHA, 2006).

Avrupa'daki tüm ölümlerin yarısına yakınından, KAH'ın sorumlu tutulduğu bildirilmiştir (Avrupa bölgesine üye 52 ülkede 4,35 milyonun üzerindeki ölümlerden) (AHA, 2006). KAH, Avrupa Birliğine üye ülkelerin ekonomisine yılda 169 milyar €'nun ve Avrupa Birliği'ne 35 milyar €'nun üzerinde maliyete yol açtığı bildirilmiştir (EU, 2004).

Türk Kardiyoloji Derneğinin yaptığı Türk Erişkinler Kalp Hastalıkları Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasındaki verilere göre, KAH prevalansı 39-49 yaş gurubunda %3, 50-59 yaş gurubunda %11, 60 yaş ve üzerinde %27 olarak bulunmuştur. Bu prevalansın ülkede 2.75 milyon erkek ve kadını kapsadığı tahmin edilmektedir. Koroner kalp hastalıklarından, yıllık tüm ölüm oranının binde 14.1 olduğu tespit edilmiştir (TEKHARF, 2007).

KAH ani ölüm, ekonomik ve iş gücü kayıplarına neden olan önemli toplumsal bir sorundur. Bu nedenle bir yandan koroner arter hastalığının önlenmesine yönelik çalışmalar sürerken diğer yandan da tedavisine yönelik çalışmalar devam etmektedir. KAH tıbbi tedavi, perkütan translüminal koroner anjioplasti (PTCA), intra koroner stent ve koroner arter bypass greft ameliyatı (KABG) ile tedavi edilebilmektedir (Erdil ve Elbaş, 2001; Cebeci, 2004; Özcan, 2008). KABG ameliyatı, KAH'nın tedavisinde oldukça sık kullanılan bir tedavi yöntemidir. Amerika'da, 2006 yılında 1.314.000 hastaya anjiyoplasti ve 448.000 hastaya KABG ameliyatı yapıldığı tespit edilmiştir (AHA, 2006). Türkiye'de yaklaşık her yıl 10.000 kişiye KABG ameliyatı yapıldığı belirtilmiştir (Cebeci 2004). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde 1996 yılında Kardiyoloji Katater ve Anjiyografi laboratuvarı kurulması ile KKTC de ilk kez diagnostik koroner angiografi işlemi başlamıştır. 2004 yılında Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ile KKTC Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan anlaşma sonucunda KKTC'de 2007 yılında ilk KABG ameliyatı gerçekleştirilmiştir. 2007 yılında ilk kez yapılmaya başlanan KABG ameliyatları ocak 2010 yılına kadar 103 hastaya uygulanmıştır (KKTC Sağlık Bakanlığı, 2010). Bu çerçevede yılda 150 ile 175 KABG yapılması planlanmaktadır (Lefkoşa Devlet Hastanesi Arşivi 2009).

Günümüzdeki gelişmeler KABG oranını arttırmakla birlikte, bireyler fiziksel, pisikolojik ve sosyal sorunlarla karşı karşıya kalabilmekte ve beklenmedik ölümler ortaya çıkabilmektedir (Cebeci 2004). KABG ameliyatı sonrası gelişebilecek sorunların görülme sıklığı ve önem derecesine göre çeşitli faktörlerden etkilendiği saptanmıştır. Bu faktörler arasında hastanın ileri yaşlarda olması, yanlış beslenme, diabetes mellitus varlığı, sigara tüketimi, stres, çevre koşulları, hipertansiyon, aşırı alkol tüketimi, hiperkolestrolemi, obezite, oral kontraseptif kullanımı, yaşam biçimi, cinsiyet ve kalıtım yer almaktadır (Erdil ve Elbaş, 2001; Sunar ve ark., 2003; Kiriş ve ark., 2006; Emiroğlu, 2006; Dilek, 2008).

KABG ameliyatı sonrası meydana gelen sorunlara yönelik yapılan çalışmalarda; hastalarda göğüste ya da bacakta ağrı, cerrahi yarada enfeksiyon, bacak insizyon bölgesinde ödem, kol uyuşması, dispne, aritmi, konstipasyon, bulantı, kusma, iştahsızlık, kilo kaybı, uyku bozuklukları, yorgunluk, güçsüzlük, baş

dönmesi, bilişsel sorunlar, psikososyal uyum düzeyinde yetersizlik, cinsel ilişki sayısında azalma, psikolojik ve torasik problemler geliştiği saptanmıştır (Diegeler et al. 2000; Aydın, 2000; Sarıtaş ve ark., 2001; Cebeci, 2004; Hanözü, 2006; Careaga, 2006).

KABG ameliyatı geçirmiş hastaların % 0.41-2'sinde gastrointestinal sisteme (GİS) ilişkin komplikasyonların geliştiği ve mortalite oranının %12,67 olduğu bulunmuştur (Sarıtaş ve ark., 2001). Arrawsimit'in (2000) makalesinde, KABG ameliyat mortalitesindeki belirgin azalmaya karşın nörolojik komplikasyonlara bağlı ölüm oranının %7.2'den %19.6'ya yükseldiği belirtilmektedir. KABG cerrahisi sonrası görülen nörolojik fonksiyon bozuklukları, hipoperfüzyon sonucu yaygın serebral iskemi ve serebral embolilere bağlı fokal nekroz nedeniyle gelişmektedir (Diegeler et al.2000; Hanözü, 2006). Nörokongitif fonksiyon bozuklukları KABG cerrahi sonrası %19.8 arasında görülmekte ve hastalarda önemli sosyal ve ekonomik sorunlara neden olmaktadır (Hanözü, 2006; Orhan ve ark., 2007). Hanözü'nün (2006) çalışmasında atelektazinin kardiyak cerrahiden sonra en sık görülen akciğer komplikasyonu olduğu belirtilmiştir.

Kardiyak cerrahide yara yeri enfeksiyonuna çok sık rastlanmasa da, özellikle safen venin alındığı bölgedeki enfeksiyonlar da göz önüne alındığında %1.9-15 oranlarında görüldüğü bildirilmiştir. Sternumda ortaya çıkan bir yara yeri enfeksiyonunun ilerleyip yaşamı tehdit etmesi son derece önemlidir. Enfeksiyonun sadece sternumda sınırlı kalmayıp ilerleyerek mediastene ulaşması ve mediastinite neden olması, hem hastanın mortalite riskini artırmakta hem de tedavi masraflarının artmasına neden olmaktadır (Bardak ve ark., 2003; Careaga et al.2006; Schimmer et al.2008).

Aydın'ın (2000) KABG ameliyatı geçirmiş olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında hastaların taburculuk sonrası birinci haftada sırt üstü yatmada (%98), banyo yapmada (%92) ve uyumada güçlük (%88) yaşadıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada hastaların solunum, boşaltım, üriner sistem ve beslenmeye ilişkin güçlükler yaşadıkları, ancak bu güçlüklerin taburculuk sonrası 4.ve 8. haftalarda azaldığı belirtilmiştir (Aydın, 2000). Cebeci'nin (2004) yaptığı çalışmada ise hastaların taburcu olduktan sonra yaşadıkları sorunlardan ağrının birinci sırada yer

aldığı görülmüştür. Bunu halsizlik, güçsüzlük, yorgunluk, uykusuzluk ve iştahsızlığın takip ettiği ortaya çıkmıştır. Ayrıca KABG ameliyatı olmuş hastaların taburcu olduktan sonra anjina pektoris yaşayacakları korkusuyla fiziksel aktivitelerden kaçındıkları, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorluklar yaşadıkları belirtilmektedir. Hastalar taburculuk sonrası yaşadıkları sorunlar ve yetersizlikler nedeniyle kendi öz bakımlarını yerine getirmede güçlük yaşayabilmektedirler. Öz-bakım gücü yeterli olan birey, öz-bakım gereksinimlerini yeterli ve uygun karşılayabilecek, kendi sağlığının sorumluluğunu alabilecek ve başkalarına bağımlı almadan yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilecektir. Yeterli öz-bakım gücüne sahip olmak, bireyin yaşamdan doyum alma derecesini arttırmaktadır (Bakoğlu ve Yetkin, 2000; Bağ, 2007). KABG ameliyatı olan hastalarda hemşirelik bakımının amacı da; bireye temel günlük yaşam aktivitelerini (GYA) yerine getirinceye kadar yardımcı olmak ve en kısa sürede bireyin kendi bakımını üstlenmesini, gereksinimlerini karşılayabilmesini, sağlığını koruyabilmesini ve yükseltilebilmesini sağlamaktır (Cebeci 2004).

KABG ameliyatı olmuş hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra evde bakımlarının sağlanması, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi sorunların azaltılmasında önemli rol oynamaktadır. Bu hizmetler hemşirenin sorumlulukları arasındadır. Yapılan çalışmalarda taburculuk planlamasının hastanın iyileşme düzeyini artırdığı; bireyin kendisini daha sağlıklı hissetmesini sağladığı; hastanın hastanede kalış süresini ve hastalığa bağlı gelişebilecek komplikasyonları azalttığı; hastaların kendi bakımını üstlenmede daha etkin rol almasını sağladığı; hastanın yeniden hastaneye yatışını önlediği ve tekrarlı yatışlarda hastanın hastanede yatış süresini kısalttığı; acil servislerin kullanımını azalttığı; aile üyeleri üzerine bakımın fiziksel ve duygusal yükünü azalttığı; maliyeti düşürdüğü; morbiditeyi ve mortaliteyi azalttığı saptanmıştır (Aydın, 2000; Sarıtaş, 2001; Cebeci, 2004; Hanözü, 2006; Özcan, 2008).

KKTC'de bu konu ile ilgili bir çalışma bulunmamaktadır. Ayrıca klinik gözlemlerimiz KABG ameliyatı olan hastalar, taburculuk sonrası evde birçok sorunlar yaşadıkları ve öz bakımlarını yeterince yapamadıkları doğrultusundadır. Bu çalışma ile KABG ameliyatı olan hastaların taburculuk sonrası ilk dört haftada

yaşadıkları sorunlar ve öz-bakım güçleri değerlendirilecek, elde edilen sonuçlar doğrultusunda hastalara verilecek taburculuk eğitiminde ve danışmanlık hizmetlerinde yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

1. 2. Araştırmanın Amacı

Araştırma, koroner arter bypass greft ameliyatı olan hastaların taburculuk sonrası ilk dört haftada yaşadıkları sorunlarının ve öz-bakım güçlerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırma Soruları

1) Koroner arter bypass greft ameliyatı olmuş hastalarda taburculuk sonrası görülen sorunlar nelerdir?
2) Koroner arter bypass greft ameliyatı olmuş hastaların taburculuk sonrası öz bakım gücü puanları nedir?
3) Koroner arter bypass greft ameliyatı olmuş hastaların kişisel özellikleri ile taburculuk sonrası görülen sorunlar arasında anlamlı bir fark var mıdır?
4) Koroner arter bypass greft ameliyatı olmuş hastaların kişisel özellikleri ile taburculuk sonrası öz-bakım gücü puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. Koroner Arter Hastalığı

KAH, kalbi besleyen koroner damarların daralması ya da tıkanması sonucu miyokarda iskemi ve nekroz oluşmasıdır. Koroner kalp hastalıkları iskemik kalp hastalıkları olarak da bilinmektedir. Burada sözü edilen iskemi, koroner arterlerin daralmasına veya tıkanmasına bağlı olarak gelişen miyokard iskemisidir (Özcan, 2008).

KAH'lığında risk faktörleri arasında hastanın ileri yaşlarda olması, yanlış beslenme, obezite, stres, çevre koşulları, hipertansiyon, aşırı alkol tüketimi, hiperkolestrolemi, oral kontraseptif kullanımı, yaşam biçimi, böbrek yetmezliği, cinsiyet ve kalıtım yer almaktadır (Erdil ve Elbaş, 2001; Sunar ve ark., 2003; Abanonu, 2005; Emiroğlu, 2006; Kiriş ve ark., 2006; Dilek, 2008; Özcan ve ark., 2008; TAF 2009; Ömeroğlu ve ark., 2010). KAH artışının %90'ında sigara kullanımı, obezite, fiziki aktivite azlığı, hipertansiyon, diabetes mellitus ve kolestrolün yüksekliğinin sorumlu olduğu bildirilmiştir (Cebeci 2004). Zorlu ve ark.'larının (2010) yaptıkları çalışmada, KAH riski diyabetik hastalarda normal popülasyona göre daha fazla görüldüğünü, ayrıca KAH 'ın prognozunun daha kötü olduğunu belirtmişlerdir. Özcan ve ark.'larının (2008) yaptıkları çalışmada, kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda KAH görülme sıklığı normal popülasyona göre yaklaşık 15 kat daha fazla olduğunu belirtmişlerdir.

Türk Kardiyoloji Derneği, Türk Kalp Vakfı ve Avrupa Kardiyoloji Derneği, KAH'ın önlenmesine yönelik öneriler sunmuştur. Bu öneriler (ESC,2007; TKD,2008)

-Sigara içilmemeli

-Sağlıklı yiyecekler seçilmeli

-Günde 30 dakika orta derecede fiziksel aktivite yapılmalı

-Beden kitle indeksi (BKİ) 25/m^2'den az olmalı ve abdominal obeziteden kaçınılmalı

-Kan basıncı 140/90mmHg'dan az olmalı

-Total kolesterol düzeyi 5mmol/L'den (yaklaşık 190mg/dl) az olmalı

-Düşük dansiteli lipoprotein (LDL) düzeyi 3mmol/L'den az olmalı (yaklaşık 115mg/dl)

-Kan glikozu düzeyi 110mg/dl'den az olmalı

-Yüksek riskli kişiler saptanmalıdır.

Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi hedefine ulaşmak için temel basamak; bireyin risk faktörleri yönünden eğitilmesi ve önlenebilir risk faktörleri yönünden bireyin çabasının desteklenmesidir

2. 2. Koroner Arter Hastalığının Tedavisi

KAH'lılığının tedavi yöntemleri arasında: tıbbi tedavi, perkütan translüminal koroner anjioplasti (PTCA), intra koroner stent ve koroner arter bypass greft (KABG) ameliyatı yer almaktadır. KABG ameliyatı, tıkalı olan koroner artere, safen ven, internal mamarian arter (İMA), internal torasik arter (İTA), pediküllü sağ gastroepiploik arter (GEA) ya da radiyal arterin bypass (köprü) yapılması işlemidir. KABG'nın amacı hastalığın semptomlarını ortadan kaldırmak, iskemiyi azaltmak, hastanın yaşam kalitesini ve süresini uzatmaktır (Cebeci, 2004; Özcan, 2008; Dilek, 2008; Erdil ve Elbaş,2001).

Günümüzdeki gelişmeler KABG oranını arttırmakla birlikte, bireyler fiziksel, pisikolojik ve sosyal sorunlarla karşı karşıya kalabilmekte ve beklenmedik ölümler ortaya çıkabilmektedir (Cebeci 2004).

2. 3. KABG Ameliyatı Sonrası Görülen Sorunlar

2. 3. 1. Solunum Sistemine Yönelik Sorunlar

KABG ameliyatı sonrası solunum sisteminde görülen sorunlar arasında; solunum yetmezliği, pnömotoraks, hemotoraks, plevral effüzyon, bronkospazm, pulmoner emboli, pnömöni, atelektazi ve diyafragma işlev bozukluğu yer almaktadır

(Erdil, 2001; Hanözü, 2006; Sarıgül ve Gökaslan, 2007; Akalın, 2010). Hanözü (2006), atelektazinin kardiyak cerrahiden sonra en sık görülen akciğer komplikasyonu olduğunu, ayrıca pnömotoraks ve hemotoraksın da görüldüğünü belirtmiştir. Solunum sistemine ilişkin sorunların nedenlerini ise; sternotomi ve torakotomi sonrası hissedilen ağrı ve frenik sinir zedelenmesi sonucu diyafragma işlev bozukluğunun gelişmesi olduğunu vurgulamıştır. Aynı çalışmada; hastaların %39.6'sında plevral effüzyon, %37.7'sinde atelektazi, %20.8'sinde pnömotoraks, %1.9'unda diyafragma paralizisi geliştiğini bildirmiştir. Akalın (2010) yaptığı çalışmada yoğun bakım ünitesinde yatan ve ventilatöre bağlı hastalarda dördüncü günde gram –negatif aerobik basillerle kolonizasyonun önemli ölçüde arttığını ve buna paralel olarak ventilatör ilişkili pnömoninin arttığını belirtmiştir. Sarıgül ve Gökarslan (2007), frenik sinir yaralanmasına bağlı diyafragma işlev bozukluğunun görülme oranını %10-20 olduğunu belirtmişlerdir.

2. 3. 2. Kardiyovasküler Sisteme Yönelik Sorunlar

KABG ameliyatı sonrası kardiyovasküler sisteme ilişkin görülen sorunlar arasında; arteriyal kan basıncında değişiklik (hipertansiyon ya da hipotansiyon), kalp atım hızı ve ritmi bozuklukları, kalp tamponadı, hipovolemi vb. yer almaktadır (Erdil ve Sarıtaş, 2001; Hanözü, 2006; Aydın, 2006; Sarıgül ve Gökaslan, 2007; Gülmen ve ark.2009). KABG ameliyatı sonrasında yaşam bulgularının stabil olması, kardiyovasküler fonksiyonların yeterliliğini göstermektedir. Ameliyattan sonra hastalarda hipotansiyon gelişme nedenleri; ağrı, hareketsizlik, kalp tamponadı, hipovolemi, aşırı narkotik aneljezik kullanımı, anastomoz ya da greft bölgesinde trombüs nedeniyle tıkanıklık olmasıdır. Kalp atım hızı ve ritmi bozuklukları arasında taşikardi, atriyal fibrilasyon, ventriküler taşikardi ve kalp blokları yer almaktadır (Erdil, 2001; Sarıgül ve Gökaslan, 2007). Gülmen ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada; aritminin KABG ameliyatından sonra sıklıkla karşılaşılan bir sorun olduğunu ve pek çok faktörün aritmi gelişiminde rol oynadığını, en sık görülen aritminin ise atrial fibrilasyon (%5-40) olduğunu belirtmişlerdir. Aynı çalışmada ventiküler aritminin (VA) daha az görüldüğü fakat ciddi komplikasyonlara neden olduğu vurgulanmıştır. Ceylan ve ark.'nın (2010) belirttiğine göre; atrial fibrilasyonun kalp cerrahisi sonrası görülen aritmiler arasında birinci sırada yer

aldığı, gelişen cerrahi tekniklere rağmen %20 ile %40 oranında görüldüğü vurgulamıştır. Hanözü (2006), kalp cerrahisi sonrası görülen aritmilerin nedenlerini, düşük kardiyak debi, anemi, ağrı, heyecan, ateş ve beta blokerlerin kesilmesi olduğunu belirtmiştir. Kardiyak tamponad perikard yaprakları arasına kanama olması ve perikard tüpünün tıkanması gibi nedenlerle meydana gelmektedir (Hanözü, 2006). Kardiyak tamponad tedavisindeki gecikme yüksek mortaliteye neden olmaktadır. Özatik ve ark.'larının (2004) yaptığı çalışmada KABG ameliyatı geçiren hastaların yaklaşık %5'inde erken postoparatif dönemde kanama, kardiyak tamponad veya koroner bypass greftin tıkanması nedeniyle hastaların tekrar ameliyata alındıkları belirtilmiş ve kendi yaptıkları çalışmada ise bu oranı %3 olarak bulmuşlardır.

2. 3. 3. Gastrointestinal Sisteme (GİS) Yönelik Sorunlar

KABG ameliyatından sonra gelişen GİS'e yönelik sorunlar arasında; GİS kanaması, intestinal obstrüksiyon ve perforasyon, biliyer kanal hastalıkları, mezenterik iskemi, pankreatit, bulantı, kusma, iştahsızlık, kilo kaybı, abdominal ağrı, kolesistit, gastroözefajit, peptik ülser, karaciğer yetmezliği, divertikülit, konstipasyon ve diyare yer almaktadır (Diegeler, 2000; Aydın, 2000; Cebeci, 2004; Camkıran ve Dönmez, 2009). GİS'e ilişkin komplikasyonlar, açık kalp cerrahisi geçiren hastaların %1-2'sinde gelişmektedir (Sarıtaş ve Gökaslan, 2007). Türkoğlu (2004) yaptığı çalışmada; KABG ameliyatı sonrası görülen GİS komplikasyonlarının görülme oranını %13.9 – 26 arasında olduğunu belirtmiştir. Yapılan başka bir çalışmada ise hastaların % 1.4'ünde GİS'e ilişkin komplikasyon geliştiği ve en sık görülen GİS komplikasyonlarının üst gastrointestinal sistem kanaması, barsak iskemisi, pankreatit ve paralitik ileus olduğu belirtilmiştir. (Sarıtaş ve ark, 2001).

Camkıran ve Dönmez (2009) kalp cerrahisi sonrası GİS komplikasyonu görülme oranının %0.3-2 olduğunu, GİS komplikasyonlarının nadir olmakla birlikte, yüksek mortalite ile seyrettiğini ve ameliyat sonrası tüm ölümlerin yaklaşık %15'inden sorumlu tutulduğunu bildirmişlerdir. Abeel ve ark. (2005) yaptıkları 7 yıllık çalışmada; açık kalp ameliyatı olmuş 8709 hastanın 46'sında (%0.53) GİS'e ilişkin komplikasyon geliştiğini ve bu hastaların 31'inde (%67) mezenterik iskemi, 5'inde divertikülit, 4'ünde pankreatit, 4'ünde peptik ülser ve 2'sinde kolesistit olduğu belirtilmiştir. GİS'e ilişkin gelişen komplikasyonların nedenleri arasında

emboli, heparin infüzyonu ve hipoperfüzyon yer almaktadır (Diegeler, 2000; Aydın, 2000; Sarıtaş ve ark.2001; Türkoğlu, 2004; Abeel et al., 2005; ;Sarıgül ve Gökaslan, 2007; Camkıran ve Dönmez, 2009).

2. 3. 4. Üriner Sisteme Yönelik Sorunlar

KABG ameliyatından sonra gelişen üriner sisteme ilişkin sorunlar; üriner sistem enfeksiyonları ve akut böbrek yetmezliğidir. Bu sorunların nedenleri arasında açık kalp ameliyatında kullanılan kalp akciğer makinesi, anestezik maddeler, üriner kateterizasyon ve aseptik tekniğin kullanılmaması yer almaktadır (Bakır, 2003; Aydın, 2006; Hanzü, 2006; Sarıgül ve Gökaslan, 2007; Maz ve ark. 2009; Güven, 2010).

Aydın (2006); akut böbrek yetmezliğinin kalp cerrahisinin en ciddi komplikasyonlarından biri olduğunu vurgulamıştır. Kalp ameliyatının, hastalarda böbrek kan akımında bozulmaya, renal vasküler dirençte artmaya, böbrek kan akımında (%25-75) ve glomerüler filtrasyon hızında azalmaya yol açtığı belirtilmektedir (Aydın, 2006).

Hanözü (2006) çalışmasında; kalp cerrahisi öncesinde intravenöz (İV) kontrast madde kullanılmasının kan üre azot ve kreatin düzeyinde yükselmeye yol açtığını, bunun sonucu olarak da kalp cerrahisi sonrası % 30 oranında renal disfonksiyon görüldüğünü belirtmiştir.

2. 3. 5. Nörolojik, Psikolojik ve Sosyal Sorunlar

KABG ameliyatından sonra gelişen nörolojik, psikolojik ve sosyal sorunlar arasında; inme, deliryum, nörobilişsel bozukluklar (oryantasyon bozukluğu, dikkat kaybı, laterji, paranoya, hallüsinasyonlar, ajitasyon gibi), uyku –uyanıklık döngü bozuklukları, aile içinde rol karmaşıklığı, rol ve statü kaybı yer almaktadır (; Diegeler, 2000; Okutan ve Kutsal, 2001; Erdil, 2001; Özcan, 2004; Orhan ve ark., 2007; Özcan, 2008; Demir ve ark. 2010). Bunların nedenleri; iskemik hipoperfüzyon, serebral iskemi, serebral emboli, metabolik bozukluklar, uzayan kardiyopulmoner bypass, ilaç toksisitesi, düşük kalp debisi, ileri yaş, genetik

yatkınlık ve hastanın eğitimi (eğitim düzeyi düşük olan hastalar) olarak bildirilmiştir (Arrawsimith et. al,2000; Erdil, 2001; Hanözü, 2006; Sarıgül ve Gökaslan, 2007; Orhan ve ark. 2007; Özcan 2008; Demir ve ark. 2010). Kardiyak cerrahi sonrası major nörolojik komplikasyonlar, ciddi postoperatif morbiditenin önemli bir yüzdesini oluşturmaktadır. Postoperatif ilk 8 haftada görülen bilişsel fonksiyonda değişiklikler, %25-30 oranda olup bir yıl içinde kısmen düzelebilir (Özsoy, 2007). Kalp cerrahisini takiben ortaya çıkan nörolojik bozukluklar hastanın yaşına, ameliyatın tipine ve tanıda kullanılan testlerin duyarlılığına bağlı olarak %1 ile %6 arasında değiştiği ve KABG sonrasında nörolojik komplikasyon gelişen hastalarda ölüm oranının % 35,7 iken nörolojik sorun olmayan hastalarda bu oranın % 4 olduğu bildirilmiştir (Demir, 2007).

KABG ameliyatı olmuş hastaların taburcu olduktan sonra angina pektoris yaşayacakları korkusuyla fiziksel aktivitelerden kaçındıkları, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorluklar yaşadıkları belirtilmektedir. Hastalar taburculuk sonrası yaşadıkları sorunlar ve yetersizlikler nedeniyle kendi öz bakımlarını yerine getirmede güçlük yaşayabilmektedirler (Cebeci 2004). Elitoğ ve Erkuş'un yaptığı çalışmada (2008); KABG ameliyatı olan hastaların % 61.3'ünde uykusuzluk sorunu yaşandığı vurgulanmıştır.

2. 3. 6. Cerrahi Yaraya Yönelik Sorunlar

KABG ameliyatından sonra gelişen yaraya ilişkin sorunlar arasında; yara enfeksiyonu ve açılması; sternal enfeksiyon ve ayrılma; yara bölgesinde hassasiyet, lokal şişlik, kızarıklık, ağrı, ısı artışı ve hematom yer almaktadır (Softah ve ark., 2002; Bingöl ve ark., 2003; Cebeci, 2004; Sarıgül ve Gökaslan, 2007; Yılmaz ve ark., 2010). Kardiyak cerrahide yara yeri enfeksiyonuna çok sık rastlanmasa da, özellikle safen venin alındığı bölgedeki enfeksiyonlar da göz önüne alındığında %1.9-15 oranlarında olduğu belirtilmektedir (Bardaki ve ark., 2005). Bingöl ve ark. (2003) yaptığı çalışmada; greft alınan insizyon bölgesinde yara yeri enfeksiyon insidansı %1 ile %24 arasında değiştiği bildirilmiştir. Ciddi bir komplikasyon olan sternotomi sonrası derin sternal enfeksiyon %0.5-4 arasında görülmektedir (Hanözü, 2006). Yapılan başka bir çalışmada, ameliyat sonrası dönemde gelişen sternal yara

enfeksiyonunun ve sternal ayrılmanın önemli morbidite ve mortalite nedenleri olduğu belirtilmiştir (Schimmer et al. 2008).

Yapılan çalışmalarda enfeksiyon nedenlerini hastanın ileri yaş olması, diyabet varlığı, kötü beslenme, sigara kullanma, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, erkek cinsiyet, steroid tedavisi, şişmanlık, mediastinal irrigasyon, düşük kalp debisi, sternumda osteoporoz, sternotomi esnasında yapılan hatalar, sternumun tekrar tellenmesi, aşırı koter kullanımı ve diğer vücut bölgelerinde enfeksiyon olması olarak belirtilmiştir (Abboud ve ark., 2004; Ekim ve ark. 2004; Ekim ve ark. 2005; Hanözü, 2006; Sarıgül ve Gökaslan, 2007; Ghotaslou ve ark., 2008; Schimmer et al. 2008; Özcan, 2008; Yılmaz ve ark., 2010).

2. 3. 7. Cinsel Sorunlar

KABG ameliyatı sonrası gelişen cinsel sorunlar arasında; cinsel işlev bozuklukları, cinsel ilişki sıklığında azalma, jinekomasti, libidoda ve cinsel doyumda azalma yer almaktadır (Jaarsma, 2002; Yılmaz ve Pınar, 2005; Careaga, 2006; Akın ve Duran, 2006; Boztosun ve ark. 2007; Özcan, 2008; Yılmaz ve Çifçi, 2010). Yılmaz ve Pınar (2005) çalışmalarında; cinsel işlev bozukluğunun bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemekte olduğunu, geçirilen kalp hastalıkların ve tedavi amaçlı girişimlerden sonra hastaların büyük bir çoğunluğunun uygun fiziksel durumlarına rağmen hastalık öncesi normal cinsel aktivitelerine geri dönemediklerini belirtmişlerdir. Bunun nedenini ise hastaların çoğunluğunda cinsel ilişki sırasında yeniden kalp krizi geçirme korkusu olduğunu vurgulamışlardır. Bu hastalarda görülen cinsel disfonksiyonun nedenleri arasında depresyon ve hastanın kullandığı ilaçların, özellikle betabloker ve diüretiklerin rolü olduğunu belirtmişlerdir. Akın ve Durna (2006) tarafından yapılan çalışmada; kalp krizi sonrası cinsel aktivite sıklığında %32, cinsel aktivite tatmininde %23'lük bir azalma olduğu ve kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada ise; kadınların %51'inin ve kocalarının %44'ünün "kadının cinsel ilişki sırasında ölebileceği" korkusu olduğunu ortaya koymuşlardır.

2. 4. KABG Ameliyatı Ve Öz-Bakım

Yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürebilmek için bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinlikler olarak açıklanan öz- bakım, bireyin kendi sağlığına sürekli katılımıdır. (Velioğlu 1999). Bireylerin sağlıkları için yapılması gerekenlerin başkaları tarafından yapılmasını bekleme ya da isteme yerine kendilerinin de bir şeyler yapmaları, bu konuda çaba sarf etmeler gerekmektedir. Öz bakım gücü ise sağlığın sürdürülmesi ve yükseltilmesi ile ilgili bireyin öz bakım performansını belirleyen eylem ve güç öğelerin bileşimidir. Öz-bakımın sağlanması için bireylerin eylem yapma yeteneği ile çeşitli gereksinimleri arasındaki dengeyi devam ettirmesi gerekmektedir (Altınparmak, 2006; Öztürk ve Karataş, 2008).

Orem öz bakımı; bireyin sürekli, kontrollü, etkili ve amaçlı davranışlarının olgunlaşmasıyla kendi kendisine yaptığı bakım olarak tanımlamıştır. Kısaca öz bakım bireylerin kişisel olarak yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini korumak için kendilerine düşenleri yapmalarıdır (Akduman ve ark., 2004). Öz bakım gücü her insanda farklı seviyelerde bulunur (Erci ve ark. 2004). Öz bakım, birçok faktörün etkisiyle değişmekle birlikte, bireyler hayatlarının bazı dönemlerinde öz bakımlarını yerine getirememekte, yenidoğanlar, çocuklar, adölesanlar, yaşlılar, hasta ve sakat insanlar öz bakımlarında tamamen ya da kısmen yardıma ihtiyaç duymaktadırlar (Kara, 2001). Temel insan gereksinimleri etkili şekilde karşılandığı zaman öz bakım, sağlığı ve iyiliği destekler. Kısaca sağlıklı bir bireyin temel gereksinimlerini karşılayabilmesi için yeterli öz bakım gücüne sahip olması gerekir (Bakoğlu ve ark. 2000, Bağ, 2007). Öz bakım uygulanmasında kişinin öncelikle, “bana yararı ne olacak, ben yapabilir miyim?” sorularını yanıtlaması gerekir (ATAUZEM,2009). Öz bakım bireyin sadece aile içindeki konumundan etkilenmekle kalmaz, bireyin oynadığı rol, yaş ve sağlık durumundan da etkilenir. Kişinin değerler sistemi, onun öz bakımındaki önceliklerini belirler. Bakoğlu (2000) yaptığı çalışmada, bireyin öz-bakım gücünü kullanabilmesi için aşağıda belirtilen bazı özelliklere sahip olması gerektiğini belirtmiştir.

- Kendine dikkat etme,
- Fiziksel enerjisini kullanma ve kontrol etme,
- Karar verirken öz-bakım anlayışı içinde yargılama,

- Güdüleme,
- Öz-bakım kararını verme ve uygulama,
- Eylemlerini sıraya koyma,
- Eylemlerini gerçekleştirmede sürekliliği sağlamadır. (Simsons,1990; Bakoğlu, 2000)

Bakoğlu (2000), birey, sayılan bu özelliklere sahip olduğu taktirde öz-bakım gücünün yeterli olacağını ve öz bakım gereksinimlerini yeterli ve uygun bir şekilde karşılayabileceğini, kendi sağlığının sorumluluğunu alabileceğini ve başkalarına bağımlı olmayacağını belirtmiştir.

Orem, öz bakım gereksinimlerinin karşılanmasında bireyden kaynaklanan yetersizliklerin hemşireliğe gereksinim duyulmasına neden olduğunu belirtmektedir. Orem'in "Öz Bakım Yetersizlik Kuramı" birbiriyle ilişkili üç kuramdan oluşur. **Öz bakım kuramı**, yaşamın sürekliliği için öz bakımın neden gerekli olduğunu açıklar. Bireylerin kişisel olarak yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini korumak için kendilerine düşeni yapmalarıdır. **Öz bakım yetersizlik kuramı,** hemşireliğin niçin ve ne zaman gerekli olduğunu belirtir. Hemşirelik, erişkinin yeteneğinin sınırlanması ya da olmaması durumunda ya da çocuklarda öz bakım gereksinimini karşılamak, özel teknik ve bilimsel bilgilerin kullanılmasını gerektiren durumlarda bakımın sağlanması ve planlanması için gereklidir. **Hemşirelik sistemleri kuramı,** insanlara hemşirelik ile nasıl yardım edileceğini açıklar. Bireyin sağlık gereksinimlerinin nasıl karşılanacağı ya da bireye nasıl yardım edileceğinin yanıtı hemşirelik sistemlerinde aranmalıdır (Nahcivan, 1993; Velioğlu, 1999; Öztürk ve Karataş, 2008). Orem, hastanın gereksinimlerini karşılamadaki yardımda üç temel hemşirelik sistemini tanımlar. Bunlar:

- Tümüyle eksikliği giderici
- Kısmen eksikliği giderici
- Destekleyici- eğitsel (Velioğlu 1999)

Orem, hemşireliği bir toplum hizmeti, bir sanat ve teknoloji olarak görmektedir. Bir sanat olarak hemşireliğin, ne yapılacağına karar verme ve planlama gibi entelektüel bir yönü olduğunu, pratik yönü ise, bakım verme ve bakıma ilişkin engellerle baş etme olduğuna inanır. Orem'e göre hemşirelik sanatı, (ATAUZEM,2009)

1. Yardım etme sanatını,
2. Yardım yöntemlerini,
3. Duruma uygun yardım teknikleri ile,
4. Hemşirelik sistemlerini kapsamalıdır.

Bireyin öz-bakım rolleri ve sorumlulukları konusunda bilgisi olmayan bireylerden kendi olumsuz sağlık alışkanlıklarını anlamaları ve öz-bakım yeteneklerini tahmin etmeleri beklenmez. Bu konuda profesyonel hemşirelik yardımına gereksinimi vardır (Pınar, 1993).

Koroner kalp hastalığı kronik ve ilerleyici bir hastalık olup, cerrahi girişimden sonra bile ömür boyu tedavi gerektirmekte, bireye belli kurallara uyma ve belli bir yaşam tarzı geliştirme zorunluluğu getirmektedir (Orth-Gomer et al., 2005). KABG ameliyatı hasta ve hasta ailelerinin işbirliğini ve bakıma katılmalarını gerektiren bir durumdur. Hasta bireyin yaşamını sürdürmesi için gerekli bilgi, istek ve gücü kazanmasında bireye yardım etmek ve bireyin öz bakımını gerçekleştirmesini sağlamak, hemşirenin temel sorumluluklarından biridir. KABG ameliyatı geçiren hastalarda hemşirenin amacı bireye öz-bakımını yapar hale gelinceye kadar yardımcı olmak ve en kısa zamanda bireyin kendi bakımını üstlenmesini, gereksinimlerini karşılayabilmesini ve kardiyovasküler sağlığını koruyabilmesini sağlamaktır. Bu amaca ulaşmak için KABG ameliyatı olmuş bireylerin öz-bakımlarının eğitim yolu ile arttırılması, bireylerin yaşadıkları güçlüklerin azaltılması, eksik olan davranışların kazandırılması ve var olan olumlu davranışların geliştirilmesi ve pekiştirilmesi oldukça önemlidir (Pınar, 1993; Cebeci 2004; Erci ve Okanlı, 2004; Özkan ve Durna, 2006; Öztürk ve Karataş, 2008, Özcan, 2008).

2. 5. KABG Ameliyatı Sonrası Taburculuk Ve Evde Bakımın Önemi

Cerrahi girişim hastayı fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden etkileyen ve kişinin hayatındaki en önemli deneyimlerinden biridir. Ameliyat olan hastaların yeni yaşam biçimine uyum sağlaması, vücut imajındaki değişikliği kabullenmesi ve sonraki yaşamını olabildiğince bağımsız sürdürebilmesi için, gerekli olan bilgi ve beceriyi öğrenmesiyle mümkündür (Özcan, 2008). Açık kalp ameliyatının tedavi edici ve olumlu etkilerinin yanı sıra, ameliyat sonrası dönemde

hastalarda fiziksel, emosyonel ve sosyal bazı değişikliklerin görüldüğünü, bunun için hastanın taburcu olduktan sonra ameliyatın getirdiği yeni düzenlemeler ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki dengeyi kurabilmesi gerekmektedir. (Cebeci,2004; Çifçi,2006; Özcan, 2008). KABG ameliyatı olmuş hastalar ameliyat sonrası iyileşme sürecinin büyük bir kısmını evde gerçekleştirdikleri için taburculuk eğitimi ve ameliyat sonrası evde bakım önemlidir (Yılmaz ve Çifçi, 2010). KABG ameliyatı olmuş hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra evde bakımlarının sağlanması, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi sorunların azaltılmasında önemli rol oynamaktadır. Bu hizmetler hemşirenin sorumlulukları arasındadır. Çalışmalarda hastaların taburculukla ilgili bilgiyi daha çok hemşirelerden aldıkları, ancak verilen bilgilerin yetersiz ve genellikle fiziksel sorunlara yönelik olduğu, bireylerin psikososyal gereksinimlerin dikkate alınmadığı, yetersiz bilgilerin hastaların stres yapmasına neden olduğu bildirilmiştir (Yılmaz, 2002; Çifçi, 2006; Özcan 2008; Elit ve Erkuş, 2008). Ayrıca araştırmacılar, hastaların çoğunluğunun aile üyelerinin yanında olma, evin sakin, rahat, huzurlu ve bilinen ortam olması, hastane ortamını sevmeme, hastanenin zaman kaybettirmesi, evde bakım verecek bir bireyin bulunması gibi nedenlerle evde bakımı tercih ettiklerini bildirmişlerdir (Yaman ve Bulut, 2010; Özcan 2008). Başka bir çalışmada ameliyat sonrası birinci haftada, hastaların %82,2'si tedavisinin evde sürdürülmesinin tedavisini olumlu etkileyeceğini; %77,8'i ev ortamının hastaneden daha rahat olması, %46,7'si evde yemeklerin daha iyi olması, %28,8'i ev ortamının daha temiz olması nedeniyle tedavinin evde sürmesini tercih ettiklerini; %17.8'i hastane ortamının, sağlık personeline kolay ulaşılabilmesi, daha güvenli olması nedeniyle hastanede sürdürülmesini tercih ettiklerini bildirmişlerdir (Çifçi,2006). Aynı çalışmada taburculuktan sonra altıncı haftada ise, hastaların %91,1'i tedavisinin evde sürdürülmesinin tedavisini olumlu etkilediğini; %95,5'i ev ortamının hastaneden daha rahat olması, %80,0'ı evde yemeklerin daha iyi olması, %71,1'i ev ortamının daha temiz olması nedeniyle tedavinin evde sürmesini tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Aydın'ın (2000) KABG ameliyatı geçirmiş olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında hastaların taburculuk sonrası birinci haftada sırt üstü yatmada (%98), banyo yapmada (%92) ve uyumada güçlük (%88) yaşadıkları saptanmıştır. Aynı

çalışmada hastaların solunum, boşaltım, üriner sistem ve beslenmeye ilişkin güçlükler yaşadığı, ancak bu güçlüklerin taburculuk sonrası 4.ve 8. haftalarda azaldığı belirtilmiştir.

Taburculuk eğitiminde hemşirenin rolünün; hastanın hastaneye tekrar yatırılmasının önlenmesine, öz bakım gücünün arttırılmasına, bağımsızlığını kazanmasına ve komplikasyonların önlenmesine yardımcı olabilecek bilgiyi aktarmak olduğu vurgulanmaktadır (Özcan, 2008; Yılmaz ve Çifçi, 2010). Hemşire; hastanın gereksinimi olan taburculuk eğitimini vererek, hastanın ve ailesinin ihtiyaç duyduğu danışmanlığı yaparak, fiziksel ve sosyal faaliyetlerde bulunabilme yeteneklerini artırarak, bireylerin yaşam biçimindeki değişikliklere ve hastalığa uyumlarında uygun baş etme yöntemi geliştirmelerini sağlayarak, kaliteli bir yaşam düzeyine ulaşmalarına yardımcı olmalıdır (Aydın, 2000; Cebeci, 2004; Çifçi, 2006). Yapılan çalışmalarda taburculuk planlamasının hastanın iyileşme düzeyini artırdığı; bireyin kendisini daha sağlıklı hissetmesini sağladığı; hastaların bakımını üstlenmede daha etkin rol almasını sağladığı; hastanın yeniden hastaneye yatışını önlediği ve kendi maliyeti düşürdüğü; hastanın hastanede kalış süresini, hastalığa bağlı gelişebilecek komplikasyonları, tekrarlı yatışlarda hastanın hastanede yatış süresini, acil servislerin kullanımını, aile üyeleri üzerine bakımın fiziksel ve duygusal yükünü, morbiditeyi ve mortaliteyi azalttığı saptanmıştır (Aydın, 2000; Sarıtaş, 2001; Cebeci, 2004; Hanözü, 2006; Özcan 2008).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3. 1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, KABG ameliyatı olmuş hastaların taburculuk sonrası yaşadıkları sorunları ve öz bakım gücünü belirlemek amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığına bağlı Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastane'si Kalp Damar Cerrahisi (KDC) kliniğinde yapılmıştır.

Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi'nde toplam 25 klinik mevcut olup, hastanenin yatak sayısı 514'tür. KDC kliniği toplam 18 yatak, KDC yoğun bakım ünitesi 5 yatak, KDC ameliyathanesi 1 salondan oluşmaktadır. Hastalar kliniğe koroner arter bypass greft ameliyatı, kalp kapağı replasmanı, konjenital kalp, arter, ven, lenf hastalıklarının cerrahi tedavisi için kabul edilmektedir. Hasta odaları 2 ya da 4 kişilik olup, her odada banyo, tuvalet ve buzdolabı bulunmaktadır. Ameliyat öncesi ve sonrası dönemdeki hastalara toplam 17 hemşire bakım vermektedir. Hemşireler 07-14.00, 14.00-21.00, 21.00- 07 saatleri arasında 3 vardiya şeklinde ve sorumlu hemşire 07:45– 15.30 saatleri arasında çalışmaktadırlar. Ameliyat olacak hastalar, ameliyattan bir hafta önce kliniğe başvurmakta ve tüm tetkikleri yapıldıktan sonra izinli olarak, evlerine gönderilmektedir (kritik durumda olmayan hastalar). Bu hastalar ameliyattan bir gün önce kliniğe kabul edilmektedir. Ameliyat olmuş hastalar, ameliyattan ortalama 8 gün sonra taburcu edilmektedir. Hastalara taburcu olurken, hemşire, doktor ve beslenme uzmanı tarafından eğitim verilmektedir. Bu eğitim, yara bakımı, ilaç kullanımı, banyo yapma, varis çorabı kullanma, diyet, ziyaretçiler, araba, sigara ve alkol kullanma, günlük yaşam aktiviteleri, kontroller, kontrol tarihini beklemeden hastaneye gelmesini gerektiren durumlar ve cinsel yaşam gibi konuları içermektedir. Eğitimler planlı olmayıp, sözel olarak verilmektedir.

3. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

1.01.2010.-31.12.2010 tarihleri arasında KKTC Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi'nde 123 hasta KABG ameliyatı olmuştur. Araştırmanın örneklemini 15 Eylül 2010- 20 Şubat 2011 tarihleri arasında KABG ameliyatı olmuş, okur-yazar, iletişim problemi olmayan, ilk kez KABG ameliyatı olan ve çalışmaya gönüllü olarak katılan toplam 53 hasta oluşturmuştur. Hastalar taburcu olduktan sonra, araştırmacı tarafından her hafta sonu telefon ile aranarak, yaşadıkları sorunlar hakkında bilgi alınmıştır.

3. 4. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması

Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen "Kişisel Bilgi Formu", "Hastaların Taburculuk Sonrası Yaşadıkları Sorunlar" başlıklı veri toplama formları (Aydın, 2000; Sarıtaş, 2001; Cebeci, 2004; Hanözü, 2006; Çiftçi, 2006; Özcan, 2008) ve ''öz bakım gücü ölçeği'' kullanılmıştır (Ek 3)

3. 4. 1. Kişisel Bilgi Formu

"Kişisel Bilgi Formu" başlıklı veri toplama formunda 21 soru bulunmakta olup formda, hastanın hastaneye yatış, taburculuk, ameliyat tarihi, yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, mesleği, ekonomik durumu, değiştirilen damar sayısı, kalp akciğer makinesinin kullanılma durumu, beslenme alışkanlıkları, sigara ve alkol kullanma durumu gibi sorular yer almaktadır.

3. 4. 2. Hastaların Taburculuk Sonrası Yaşadıkları Sorunlar

"Hastaların Taburculuk Sonrası Yaşadıkları Sorunlar" başlıklı veri toplama formu taburculuk sonrası görülebilecek fiziksel ve psikososyal sorunları, sorunlara ilişkin yapılan girişimleri ve sorunların çözümlenip çözümlenmediğini ortaya çıkaracak soruları içermektedir. Bu veri toplama formunda 40 soru bulunmaktadır.

3. 4. 3. Öz-Bakım Gücü Ölçeği

Öz-Bakım Gücü Ölçeği, Kearney ve Fleischer tarafından 1979 yılında geliştirilen öz-bakım gücü ölçeği (exercise of self –care agency scale (ESCA)) 43 maddeden oluşmaktadır. Ölçek Nahcivan tarafından 1993 yıllında Türk toplumuna uyarlanarak 35 madde olarak düzenlenmiştir. Nahcivan'ın yaptığı geçerlilik güvenirlilik çalışmasında Cronbah alfa değeri 0.92 olarak bulunmuştur (Nahcivan 1993). Ölçek Likert tipi 5 basamaklıdır. Bireylerin ölçekteki ifadeleri kendileri tarafından yanıtlanması istenmektedir. Ölçek dört özellik üzerine temellendirilmiştir. Bunlar, durumlar karşısında aktif ve pasif yanıt, motivasyon, sağlık uygulamaları bilgisi, bireyin kendine duyduğu değer olarak sıralanmıştır (Nahcivan 1993).

3. 5. Ön Uygulama

Veri toplama formlarının eksik ve anlaşılmayan bölümlerinin yeniden

düzenlenmesi amacıyla 16.8.2010- 23.8.2010 tarihleri arasında, Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi'nde KABG ameliyatı olmuş 5 hastaya ön uygulama yapılmıştır Ön uygulama sonucunda veri toplama formlarında eksik ve anlaşılmayan bölümler olmaması nedeniyle ön uygulama kapsamına alınan hastalar örneklem kapsamına alınmıştır.

3. 6. Araştırmanın Uygulaması

Araştırma 15.9.2010- 20.2.2011 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmacı tarafından KABG ameliyatı olmuş hastalar taburculuk günü kendi odalarında ve refakatçileri yanında iken görüşme yapılmıştır. Bu görüşmede çalışmanın amacı ile ilgili bilgi içeren yazılı onam formu araştırmacı tarafından hastalara okunarak soru kağıtlarının nasıl doldurulacağı anlatılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan yazılı veya sözlü onamları alınmıştır. 23 hastadan yazılı, 30 hastadan sözlü izin alınmıştır. Araştırmacı yüz yüze görüşme yöntemini kullanarak kişisel bilgi formunu doldurmuştur. Hastanın hastaneye yatış tarihi, KABG ameliyat tarihi, taburculuk tarihi, kalp akciğer makinesine bağlanıp bağlanmadığı, kaç damar değiştirildiği, damarların nerelerden alındığı, hastanın boy ve kilosu dosyadan alınmıştır. Araştırmacı daha sonra hastalara "Taburculuk Sonrası Yaşadıkları Sorunlar" başlıklı veri toplama formunu vererek nasıl dolduracaklarını anlatmış, okumalarını isteyip anlamadıkları ifadeleri tekrar vurgulamış, dört haftalık süre içinde karşılaştıkları sorunları ve bu sorunlara yönelik yaptıkları girişimleri yazmalarını istemiştir. Hastaların dört hafta sonra yaşadıkları sorunları unutabilecekleri düşünülerek taburculuk sonrası 1. hafta, 2. hafta, 3. hafta ve 4. hafta sonlarında "Hastaların Taburculuk Sonrası Yaşadıkları Sorunlar" başlıklı veri toplama formunu ve taburculuk sonrası 4. haftanın sonunda ise öz-bakım ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Araştırmacı tarafından her hafta sonu, hastalar telefonla aranıp soru kağıdının doldurulması hatırlatılmıştır. Araştırmacı veri toplama formları için, hastaları taburcu olduktan sonra yirmi altıncı günde telefonla arayıp, polikliniğe kontrole gelip gelmeyeceklerini sormuş ve geleceklerse ne zaman geleceklerini öğrenip, kontrole geldikleri gün hastalardan veri toplama formlarını kontrol ederek almıştır. On yedi hastaya ise araştırmacı, hastaların uygun gördüğü yerde hastaları ziyaret ederek veri toplama formlarını almıştır. Veri toplama forumları ortalama 20

dakikada doldurulmaktadır.

3. 7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15 (Statistical Programme for Social Sciences) bilgisayar paket programı kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik, ortalama hesaplaması, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Ki kare testleri kullanılmıştır.

3. 7. 1. Öz –Bakım Gücü Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Öz- Bakım Gücü ölçeğinde her bir ifade 0'dan 4'e kadar puanlanmıştır. Hastaların yanıtlarına göre ''Beni hiç tanımlamıyor'' yanıtına 0, ''Beni pek tanımlıyor'' yanıtına 1, ''Fikrim yok'' yanıtına 2, ''Beni biraz tanımlıyor'' yanıtına 3, ''Beni çok tanımlıyor'' yanıtına 4 puan verilmiştir. İfadelerden 8'i (3,6,9,13,19,22,26 ve 31. ifadeler) negatif olarak değerlendirilmekte ve puanlama tersine döndürülmektedir. Değerlendirme toplam 140 puan üzerinden yapılmakta olup, 82 puan altı düşük, 82-120 puan orta, 120 puanın üstü yüksek olarak değerlendirilmektedir (Nahcivan,1993).

3. 7. 2. Araştırmanın Değişkenleri

3. 7. 2. 1. Bağımlı Değişkenler:

- Taburculuk sonrası yaşanabilecek sorunlar
- Öz-bakım gücü

3. 7. 2. 2. Bağımsız Değişkenler

Öz-bakıma ve taburculuk sonrası ortaya çıkabilecek sorunlara etki edebilecek; hastanın yaşı, cinsiyeti, mesleği, çalışma durumu, medeni durumu, eğitim durumu, birlikte yaşadığı kişiler, gelir durumu, ek hastalıklarının durumu, beden kitle indeksi (BKİ), KAH'ın süresi, değiştirilen damar sayısı, damarın nereden alındığı, kalp akciğer makinesine bağlanıp bağlanmadığı, koroner arter hastalığını oluşturan faktörlerin varlığı (sigara kullanma, aşırı alkol tüketme, hipertansiyon,

diyabet, egzersiz yapma), hastaneye yatış tarihi, ameliyat tarihi ve taburculuk süresi bağımsız değişkenler olarak belirlenmiştir.

BKİ'si vücut ağırlığının boy uzunluğunun karesine bölünerek hesaplanmıştır. Buna göre; BKİ, 18.5'in altında 'zayıf',18.5-24.9, 'normal', 25-29.9 '1.derece şişman', 30-34.9 '2. derece şişman', 35 ve üzeri, '3.derece şişman' olarak bildirilmiştir (Baysal ve ark. 1999).

3. 8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahi kliniğinde uygulanabilmesi için KKTC Sağlık Bakanlığından yazılı izin alınmıştır (Ek 5). Araştırmaya katılan hastalara araştırmanın amacı açıklanarak, 23 hastadan yazılı, 30 hastadan sözlü izin alınmıştır (Ek 4)

4. BULGULAR

Bu bölümde, KABG ameliyatı uygulanan hastaların tanıtıcı özellikleri, taburculuk sonrası ilk dört haftada yaşadıkları sorunlar ve bu sorunlara yönelik yaptıkları girişimler, öz bakım güçlerinin değerlendirilmesine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4. 1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (N=53)

Özellikler	Sayı	%
Yaş		
43-60	25	47,2
61-78	28	52,8
Cinsiyet		
Erkek	38	71,7
Bayan	15	28,3
Medeni Durumu		
Evli	44	83,0
Bekar	9	17,0
Eğitim Durumu		
İlkokul mezunu	23	43,4
Ortaokul mezunu	14	26,4
Lise ve üzeri	16	30,2
Çalışma Durumu		
Çalışan	32	60,4
Çalışmayan	21	39,6
Ekonomik Durumu		
Gelir giderden daha az	21	39,6
Gelir giderle dengeli	30	56,6
Gelir giderden daha fazla	2	3,8
Kıbrıs'ta Yaşama Süresi		
13-20 yıl	10	18,9
Doğduğundan beri	43	81,1
Birlikte Yaşadığı Bireyler		
Yalnız yaşayan	5	9,4
Eşi	19	35,8
Eşi, çocuğu	11	20,8
Eşi, çocukları	15	28,3
Çocukları	3	5,7

Tablo 4. 1 (Devam). Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (N=53)

Beden Kitle İndeksi		
Zayıf	1	1,9
Normal	12	22,6
Şişman	40	75,5
Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu		
Hastalık yok	25	47,1
Diyabetes mellitus	7	13,2
Hipertansiyon	10	18,9
Diyabets mellitus-hipertansiyon	11	20,8
Sürekli Kullanılan İlaçlar (N: 28)		
Antihipertansif	11	39.3
Antidiyabetik	7	25.0
Antihipertansif-antidiyabetik	10	35.7
Sigara Kullanma Durumu		
Kullanmıyor	24	45,3
Günde 20 adet	13	24,5
Günde 30 adet	7	13,2
Günde 40 adet	6	11,3
Günde 50 ve üzeri	3	5,7
Alkol Kullanma Durumu		
Kullanmıyor	46	86,8
Günde 1 kadeh	4	7,5
Günde 1 kadehten fazla	3	5,7
Egzersiz Yapma Durumu		
Yapmıyor	37	69,8
Yürüyüş	16	30,2
Kişilik Özelliği*		
Sakin	30	56,6
Heyecanlı	11	20,8
Sinirli	8	15,1
Panik (telaşlı)	4	7,5
Koroner Arter Hastalığına Sahip Olma Süresi		
1-3 ay	34	64,1
4-6 ay	6	11,3
7 ay ve üzeri	13	24,6

Tablo 4. 1 (Devam). Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (N=53)

KAH'na Yönelik Yapılan Tedaviler		
Anjioplasti	38	71,7
Anjioplasti-tıbbi tedavi	11	20,8
Anjioplasti-intra koroner stent	4	7,5
Bypass Yapılan Damar Sayısı		
Bir	8	15,1
İki	21	39,6
Üç	24	45,3
Alınan Damar		
İnternal mamaryan arter	1	1,9
İnternal mamaryan arter ve safen ven	41	77,3
İnternal mamaryan arter, safen ven ve radyal arter	10	18,9
İnternal mamaryan arter ve radyal arter	1	1,9
Kalp-Akciğer Makinesine Bağlanma Durumu		
Bağlandı	45	84,9
Bağlanmadı	8	15,1
Hastanede Yatış Süresi		
4-7 gün	30	56,6
8-11gün	10	18,8
12 gün ve üzeri	13	24,6

*Hastaların ifadesidir.

Tablo 4. 1'de araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri verilmiştir. Hastaların %52,8'nin 61-78 yaş grubunda, %71,7'sinin erkek, %83'nün evli, %43,4'nün ilk okul mezunu, %56,6'sının gelir ile giderin dengeli olduğu, %60,4'nün çalışmadığı ve %81,1'nin doğduğundan beri Kıbrıs'ta ve %35,8'nin eşi ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların %75,5'nin şişman, %20,8'inin hipertansiyon ve diyabetes mellitusu olduğu, %35,7'sinin antihipertansif ve antidiyabetik ilaç kullandığı saptanmıştır. Hastaların alışkanlıkları incelendiğinde; %45,6'sı sigara, %86,8'si alkol kullanmadığı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %69,8'nin egzersiz yapmadığını ve %56,6'sının kişilik özelliğinin "sakin" olduğunu ifade etmiştir. Hastaların %64,1'i 1-3 aydır koroner arter hastalığı olduğu ve %71,7'si daha önce anjioplasti yapıldığı belirlenmiştir.

Tablo 4.1 incelendiğinde; hastaların %45,3'üne üç damar bypass yapıldığı, %77,3'ünde internal mamaryan arter ve safen ven damarlarının alındığı,

%84,9'unun kalp akciğer makinesine bağlandığı ve %56.6'sının 4-7 günde taburcu olduğu görülmektedir.

Tablo 4. 2. Hastaların Taburculuk Sonrası Yaşadıkları Sorunlar (N:53)

Sorunlar	**Sayı****	**%**
Aktivitelere katılmama	41	77,4
Sırt üstü pozisyonda yatamama	38	71,7
Ziyaretçi kabul etmeme	37	69,8
Dispne	23	43,4
Göğüs ağrısı	23	43,4
Yorgunluk	23	43,4
Halsizlik	19	35,8
Uykusuzluk	19	35,8
İştahsızlık	18	34,0
Korku	18	34,0
Karamsarlık	16	30,2
Yara yerinde ağrı	15	28,3
Uykuya dalmada güçlük	15	28,3
Bacakta ödem	14	26,4
Uyku bölünmesi	13	24,5
Sırt ağrısı	11	20,8
İçe kapanma	10	18,9
Çarpıntı	9	17,0

Tablo 4. 2 (Devam). Hastaların Taburculuk Sonrası Yaşadıkları Sorunlar (N:53)

Varis çorabı kullanamama	8	15,1
Gündüz sürekli uyuma	6	11,3
Dikkatte azalma	6	11,3
Sigarayı bırakamama	6	11,3
Konstipasyon	5	9,4
Yara yerinde kızarıklık	5	9,4
Yara açılması	5	9,4
Üriner sistem enfeksiyonu	5	9,4
Diğer*	20	37,7

*: Yara yerinde şişliği (n:4), yara yerinde akıntıyı (n:4), bulantıyı (n:3), kilo artışını (n:3), kolay incinmeyi (n:3), GİS kanamayı (n: 2) ve kilo kaybını (n:1) içermektedir.
**Hastalar 4 hafta boyunca 1 kez sorun yaşadıysa "sorun var" olarak değerlendirilmiş ve satır yüzdesi alınmıştır.

Hastaların taburcu olduktan sonra yaşadıkları sorunların dağılımı tablo 4. 2'de görülmektedir. Hastaların hepsi en az bir sorun yaşamıştır. Hastaların %77,4'ü aktivitelere katılamama, %71,7'si sırt üstü pozisyonda yatamama, %43,4'ü dispne, göğüs ağrısı, yorgunluk, %35,8'si halsizlik ve uykusuzluk yaşadıkları saptanmıştır. Hastaların bir kısmı ise konstipasyon, yara yerinde kızarıklık, yara açılması ve üriner sistem enfeksiyonu sorunları yaşadıkları belirlenmiştir.

Tablo 4. 3. Hastalarda Taburculuk Sonrası Dört Hafta Süresince Görülen Sorunlar (N:53)

Sorunlar	1.Hafta		2.Hafta		3.Hafta		4.Hafta	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Dispne	20	37,7	21	39,6	10	18,9	6	11,3
Göğüs ağrısı	22	41,5	22	41,5	7	13,2	4	7,5
Çarpıntı	8	15,1	6	11,3	3	5,7	2	3,8
Bacakta ödem	14	26,4	14	26,4	10	18,9	4	7,5
Varis çorabı kullanamama	7	13,2	8	15,1	3	5,76	2	3,8
İştahsızlık	16	30,2	16	30,2	11	20,8	4	7,5
Bulantı	2	3,8	2	3,8	2	3,8	1	1,8
Kabızlık	5	9,4	4	9,4	3	5,7	2	3,8
Yara yerinde akıntı	2	3,8	4	7,5	3	5,7	2	3,8
Yara yerinde kızarıklık	5	9,4	5	9,4	1	1,8	-	-
Yara yerinde şişlik	4	7,5	4	7,5	3	5,7	1	1,8
Yara yerinde ağrı	15	28,3	15	28,3	7	13,2	5	9,4
Yara açılması	4	7,5	4	7,5	4	7,5	3	5,7
Uykuya dalmada güçlük	14	26,4	14	26,4	5	9,4	4	7,5
Uykusuzluk	17	32,1	17	32,1	12	22,6	7	13,2
Uyku bölünmesi	13	24,5	13	24,5	7	13,2	5	9,4
Gündüz sürekli uyuma	6	11,3	6	11,3	2	3,8	-	-
Sırt ağrısı	11	20,8	11	20,8	2	3,8	2	3,8
Sırt üstü yatamama	38	71,7	37	69,8	25	47,2	13	24,5
Halsizlik	17	32,1	17	32,1	11	20,8	9	17,0

Tablo 4. 3 (Devam). Hastalarda Taburculuk Sonrası Dört Hafta Süresince Görülen Sorunlar (N:53)

Yorgun	21	39,6	21	39,6	11	20,8	6	11,3
Kilo artışı	1	1,8	1	1,8	3	5,7	3	5,7
Dikkatte azalma	6	11,3	6	11,3	5	9,4	3	5,7
Korku	18	34,0	17	32,1	9	17,0	-	-
Kolay incinme	3	5,7	3	5,7	-	-	-	-
Karamsarlık	13	24,5	13	24,5	7	13,2	5	9,4
İçe kapanma	7	13,2	9	17,0	7	13,2	5	9,4
Sigara bırakamama	1	1,8	2	3,8	5	9,4	5	9,4
Ziyaret etmeme	32	60,4	34	64,2	17	32,1	8	15,1
Aktivitelere katılmama	38	71,7	39	73,6	20	37,7	12	22,6
Kilo kaybı	1	,8	1	1,8	1	1,8	1	1,8
Üriner sistem enfeksiyon	-	-	1	1,8	5	9,4	4	7,5
Gastrointestinal komplikasyonları	-	-	-	-	2	3,8	2	3,8

Tablo 4. 3'de araştırma kapsamına alınan hastaların taburculuk sonrası dört hafta süresince yaşadıkları sorunlar verilmiştir. Tablo incelendiğinde; hastaların yaşadıkları sorunların haftalara göre azaldığı saptanmıştır.

Tablo 4. 4. Hastaların Sorunlarına Yönelik Uyguladıkları Girişimler (N:53)

Girişimler	Sayı	%*
Sorunun geçmesini bekledi	43	81,1
Herhangi bir şey önerilmedi	38	71,7
Oturarak uyudu	38	71,7
Kontrole gitti	37	69,8
İlaç aldı	35	66,0
Dinlendi	30	56,6
Doktoru aradı	23	43,4
Yalnız kalmadı	18	33,9
Solunum egzersizi yaptı	8	15,1
Yardım aldı	5	9,4

*: Satır yüzdesi alınmıştır.

Tablo 4. 4'de hastaların sorunlarına yönelik yaptıkları girişimler yer almaktadır. Hastaların %81,1'i sorunun geçmesini beklediği, %71,7'si ziyaretçi kabul etme ve aktivitelere katılmama nedenini önerilmediği için yapmadığı, %71,7'si sırt üstü pozisyonda yatamadığı için oturarak uyuduğu, %69, 8'i kontrole gittiği, %66,0'sı ilaç aldığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %56,6'sının dinlendiği, %43,4'ünün doktoru aradığı, % 33,9'unun yalnız kalmadığı, %15,1'nin solunum egzersizi yaptığı ve %9,4'nün yardım aldığı görülmektedir. Hastaların yaşadıkları sorunların haftalara göre çözümlendiği saptanmıştır (Ek Tablo 11).

Tablo 4. 5. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Yaşadıkları Sorunların Dağılımı (N:53)

Sorunlar	Yaş				İstatistiksel Değerlendirme
	43-60		61 ve üzeri		
	Sayı	%	Sayı	%	
Sırt üstü pozisyonda yatamama	18	33,96	20	37,73	P:0,963
Ziyaretçi kabul etmeme	17	32,07	20	37,73	P:0,789
Dispne	12	22,64	11	20,75	P:0,523
Göğüs ağrısı	12	22,64	7	13,20	P:0,523
Uykusuzluk	10	18,86	9	16,98	P:0,552
Korku	9	16,98	9	16,98	P:0,767
İştahsızlık	8	15,09	10	18,86	P:0,776
Yara yerinde ağrı	8	15,09	7	13,20	P:0,572
Uykuya dalmada güçlük	7	13,20	8	15,09	P:0,963
Yorgunluk	6	11,32	16	30,18	P:0,015
Halsizlik	6	11,32	13	24,52	P:0,089
Karamsarlık	5	9,43	11	11,32	P:0,127

Tablo 4. 5.'de araştırma kapsamına alınan hastaların yaş gruplarına göre yaşadıkları sorunların dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde; 43-60 yaş grubundaki hastaların en fazla sırt üstü pozisyonda yatamama (%33,96) ve ziyaretçi kabul etmeme sorunu (%32,07) yaşadıkları görülmektedir. 61 ve üzeri yaş grubundaki hastalara bakıldığında; benzer olarak en fazla sırt üstü pozisyonda yatamama (%37,73) ve ziyaretçi kabul etmeme (%37,73) sorunları yaşadıkları görülmektedir. 43-63 yaş grubundaki hastaların %11,32'si ve 61 ve üzeri yaş grubundaki hastaların %30,18'inin yorgunluk sorunu yaşadığı ve gruplar arasındaki

farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.05).

Hastaların yaş gruplarına göre sırt üstü pozisyonda yatamama, ziyaretçi kabul etmeme, dispne, göğüs ağrısı, uykusuzluk, korku, iştahsızlık, yara yerinde ağrı, uykuya dalmada güçlük, halsizlik ve karamsarlık sorunları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (p>0.05).

Tablo 4. 6. Hastaların Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Yaşadıkları Sorunların Dağılımı (N:53)

Sorunlar	**Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu**								**İstatistiksel Değerlendirme**
	Hastalık yok		**Diyabet**		**Hipertansiyon**		**Diyabet-hipertansiyon**		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Dispne	11	20,75	4	7,54	3	5,66	5	9,4	P:0,731
Göğüs ağrısı	11	20,75	3	5,66	3	5,66	6	11,32	P:0,731
İştahsızlık	9	16,98	2	3,77	3	5,66	4	7,54	P:0,972
Yara yerinde ağrı	5	9,43	2	3,77	3	5,66	5	9,43	P:0,482
Uykuya dalmada güçlük	6	11,32	2	3,77	4	7,54	3	5,66	P:0,823
Uykusuzluk	11	20,75	3	5,66	3	5,66	2	3,77	P:0,473
Sırt üstü pozisyonda yatamama	20	37,73	5	9,43	7	13,20	6	11,32	P:0,483
Halsizlik	5	9,43	3	5,66	3	5,66	8	15,09	P:0,023
Yorgunluk	6	11,32	3	5,66	4	7,54	9	16,98	P:0,015
Korku	9	16,98	2	3,77	3	5,66	4	7,54	P:0,972
Karamsarlık	7	13,20	3	5,66	3	5,66	3	5,66	P:0,889
Ziyaretçi kabul etmeme	18	33,96	5	9,43	6	11,32	8	15,09	P:0,904

Tablo 4. 6.'da araştırmaya katılan hastaların kronik hastalığa sahip olma durumuna göre yaşadıkları sorunların dağılımı verilmiştir. Kronik hastalığı olmayan hastaların %37.73'ünün sırtüstü pozisyonda yatamadığı görülmektedir. Diyabeti olan

hastaların en fazla sırtüstü pozisyonda yatamama (%9.43) ve ziyaretçi kabul etmeme (%9.43) sorunları yaşadığı saptanmıştır. Hipertansiyonu olan hastaların ise %13.20'sinin sırt üstü pozisyonda yatamama sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Diyabeti ve hipertansiyonu olan hastaların en fazla yorgunluk (%16.98) ve halsizlik (%15.09) sorunu yaşadığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların kronik hastalığa sahip olma durumuna göre diğer yaşadıkları sorunlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4. 7. Hastaların Sürekli Kullandığı İlaçlara Göre Yaşadıkları Sorunların Dağılımı (N:53)

Sorunlar	Sürekli Kullandığı İlaçlar										İstatistiksel Değerlendirme
	İlaç kullanmıyor		Antihipertansif		Antidiyabetik		Antidiyabetik-antihipertansif		Antihipertansif-levatronix		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Dispne	11	20,75	3	5,66	4	7,54	5	9,43	-	-	P:0,696
Göğüs ağrısı	11	20,75	3	5,66	3	5,66	5	9,54	1	1,88	P:0,696
İştahsızlık	9	16,98	3	5,66	2	3,77	4	7,54	-	-	P:0,927
Yara yerinde ağrı	5	9,43	3	5,66	2	3,77	5	9,43	-	-	P:0,466
Uykuya dalmada güçlük	6	11,32	4	7,54	2	3,77	3	5,66	-	-	P:0,859
Uykusuzluk	11	20,75	3	5,66	3	5,66	2	3,77	-	-	P:0,614
Sırt üstü pozisyonda yatamama	20	37,73	7	13,20	5	9,43	6	11,32	-	-	P:0,96
Halsizlik	5	9,43	3	5,66	3	5,66	7	13,20	1	1,88	P:0,042
Yorgunluk	6	11,32	4	7,54	3	5,66	8	15,09	1	1,88	P:0,030

Tablo 4. 7 (Devam). Hastaların Sürekli Kullandığı İlaçlara Göre Yaşadıkları Sorunların Dağılımı (N:53)

Korku	9	16,98	3	5,66	2	3,77	4	7,54	-	-	P:0,927
Karamsarlık	7	13,20	3	5,66	3	5,66	3	5,66	-	-	P:0,906
Ziyaretçi kabul etmeme	18	33,96	6	11,32	5	9,43	7	13,20	1	1,88	P:0,917

Tablo 4. 7'de araştırmaya katılan hastaların sürekli kullandığı ilaçlara göre yaşadığı sorunların dağılımı verilmiştir. Antihipertansif ve antidiyabetik ilaçları kullanan hastaların en fazla yorgunluk (%15.09) ve halsizlik (%13,20) sorunu yaşadığı ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların sürekli kullandıkları ilaçlara göre sırtüstü pozisyonda yatamama, dispne, göğüs ağrısı, iştahsızlık, yara yerinde ağrı, korku, uykuya dalmada güçlük, uykusuzluk, karamsarlık ve ziyaretçi kabul etmeme sorunları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 4. 8. Hastaların Kişilik Özelliklerine Göre Yaşadıkları Sorunların Dağılımı (N:53)

Sorunlar	**Kişilik Özellikleri**								**İstatistiksel Değerlendirme**
	Sakin		**Heyecanlı**		**Sinirli**		**Panik**		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Dispne	16	30,19	7	13,21	-	-	1	1,89	P:0,027
Göğüs ağrısı	16	30,19	3	5,66	2	3,78	2	3,78	P:0,315
İştahsızlık	8	15,1	6	11,32	3	5,66	1	1,89	P:0,395
Yara yerinde ağrı	11	20,76	3	5,66	-	-	1	1,89	P:0,239
Uykuya dalmada güçlük	12	22,65	3	5,66	-	-	-	-	P:0,080
Uykusuzluk	13	24,53	2	3,78	4	7,55	-		P0,161
Sırt üstü pozisyonda yatamama	22	41,51	8	15,10	6	11,32	2	3,78	P:0,797

Tablo 4. 8 (Devam). Hastaların Kişilik Özelliklerine Göre Yaşadıkları Sorunların Dağılımı (N:53)

Sorunlar	Kişilik Özellikleri								İstatistiksel Değerlendirme
	Sakin		Heyecanlı		Sinirli		Panik		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Halsizlik	12	22,65	4	7,55	3	5,66	-	-	P:0,401
Yorgunluk	13	24,53	5	9,44	4	7.55	-	-	P:0,364
Korku	11	20,76	3	5,66	3	5,66	1	1,89	P:0,918
Karamsarlık	7	13,21	5	9,44	3	5,66	1	1,89	P:0,544
Ziyaretçi kabul etmeme	20	37.74	8	15,0	7	13,21	2	3,78	P:0,548

Tablo 4. 8'de hastaların kişilik özelliğine göre yaşadıkları sorunların dağılımı verilmiştir. Sakin kişilik özelliği olan hastaların diğer gruplara göre daha fazla dispne (%30.19) yaşadığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırma kapsamına alınan hastaların kişilik özelliklerine göre diğer yaşadıkları sorunlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4. 9. Hastaların Beden Kitle İndeksine Göre Yaşadıkları Sorunların Dağılımı (N:53)

Sorunlar	Beden Kitle İndeksi						İstatistiksel Değerlendirme
	Zayıf		Normal		Şişman		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Sırt üstü pozisyonda yatamama	-	-	7	13,20	31	58,49	P:0,253
Ziyaretçi kabul etmeme	-	-	10	18,86	27	50,94	P:479
Yorgunluk	-	-	4	7,5	18	33,96	P:0,259
Dispne	1	1,88	5	9,43	17	32,07	P:0,716
Göğüs ağrısı	1	1,88	6	11,32	16	30,18	P:0,570
Uykusuzluk	-	-	4	7,5	15	28,30	P:0,952
Korku	-	-	3	5,66	15	28,30	P:0,637
İştahsızlık	-	-	4	7,5	14	26,41	P:0,570
Yara yerinde ağrı	-	-	1	1,88	14	26,41	P:0,035
Karamsarlık	-	-	3	5,66	13	24,52	P:0,647
Uykuya dalmada güçlük	1	1,88	2	3,77	12	22,66	P:0,154

Tablo 4. 9.'da araştırmaya katılan hastaların beden kitle indeksine göre yaşadıkları sorunların dağılımı verilmiştir. Şişman hastaların en fazla yara yerinde ağrı (%26,41) sorunu yaşadıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların beden kitle indeksi göre sırtüstü pozisyonda yatamama, ziyaretçi kabul etmeme, yorgunluk, dispne, göğüs ağrısı, uykusuzluk, korku, iştahsızlık, karamsarlık ve uykuya dalmada güçlük sorunları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4. 10. Hastaların Ekonomik Durumuna Göre Yaşadıkları Sorunlar (N:53)

Sorunlar	Ekonomik Durum						İstatistiksel Değerlendirme
	Gelir giderden az		Gelir gider dengeli		Gelir giderden fazla		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Dispne	7	13,20	14	26,41	2	3,77	P:0,165
Göğüs ağrısı	8	15,09	15	28,30	-	-	P:0,316
İştahsızlık	5	9,43	11	20,75	2	3,77	P:0,084
Yara yerinde ağrı	4	7,54	11	20,75	-	-	P:0,258
Uykuya dalmada güçlük	4	7,54	9	16,98	2	3,77	P:0,050
Uykusuzluk	5	9,43	13	24,52	1	1,88	P:0,328
Sırt üstü pozisyonda yatamama	15	28,30	21	39.62	2	3,77	P:0,659
Halsizlik	7	13,20	10	18,86	2	3,77	P:0,156
Yorgunluk	8	15,09	12	22,64	2	3,77	P:0,229
Korku	5	9,43	11	20,75	2	3,77	P:0,084
Karamsarlık	4	7,54	11	20,75	1	1,88	P:0,332
Ziyaretçi kabul etmeme	15	28,30	20	37,7	2	3,77	P:0,597

Tablo 4. 10'da araştırmaya katılan hastaların ekonomik durumuna göre yaşadıkları sorunların dağılımı verilmiştir. Geliri gideri dengeli olan hastaların en fazla uykuya dalmada güçlük (%16,98) yaşadığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların ekonomik durumuna göre sırtüstü pozisyonda yatamama, ziyaretçi kabul etmeme, yorgunluk, halsizlik, dispne, göğüs ağrısı, uykusuzluk, korku, iştahsızlık, karamsarlık ve yara yerinde ağrı sorunları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4. 11. Hastaların Birlikte Yaşadığı Bireylere Göre Yaşadıkları Sorunlar(N:53)

Sorunlar	Birlikte Yaşadığı Bireyler										İstatistiksel Değerlendirme
	Yalnız		Eşi		Eşi ve çocuğu		Eşi ve çocukları		Çocukları		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Dispne	2	3,77	4	7,54	9	16,98	6	11,32	1	1,88	P:0,036
Göğüs ağrısı	1	1,88	6	11,32	6	11,32	10	18,86	-	-	P:0,136
İştahsızlık	-	-	5	9,43	5	9,43	7	13,20	1	1,88	P:0,163
Yara yerinde ağrı	-	-	4	7,54	4	7,54	4	7,54	-	-	P:0,064
Uykuya dalmada güçlük	-	-	4	7,54	5	9,43	4	7,54	1	1,88	P:0,215
Uykusuzluk	1	1,88	7	13,20	2	3,77	7	13,20	2	3,77	P:0,225
Sırt üstü pozisyonda yatamama	3	5,66	12	22,64	9	16,98	11	20,75	2	3,77	P:0,734
Yorgunluk	1	1,88	9	16,98	5	9,43	5	9,43	1	1,88	P:0,673
Korku	1	1,88	2	3,77	8	15,09	5	9,43	1	1,88	P:0,012
Halsizlik	1	1,88	8	15,09	4	7,54	4	7,54	1	1,88	P:0,641
Karamsarlık	1	1,88	7	13,20	5	9,43	1	1,88	1	1,88	P:0,131
Ziyaretçi kabul etmeme	3	5,66	13	24,52	7	13,20	11	20,75	2	3,77	P:0,872

Tablo 4. 11.'de araştırmaya katılan hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre yaşadığı sorunlar verilmiştir. Eşi ve çocuğu ile yaşayan hastaların en fazla dispne (%16.98) sorunu yaşadığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre diğer yaşadığı sorunlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4. 12. Hastaların Öz Bakım Gücü Puanları (N:53)

Öz Bakım Gücü Puanları **(Puan Ortalaması:108.45± 17.035)**	**Sayı**	**%**
82 ve altı	6	11,3
82-120 arası	31	58,4
120-130 arası	16	30,1

Tablo 4. 12'de araştırmaya katılan hastaların öz-bakım gücü puanları verilmiştir. Hastaların öz bakım gücü genel puan ortalaması 108.45± 17.035 olarak belirtilmiş, ölçekten alınan en düşük puanın 64, en yüksek puanın ise 130 olduğu görülmüştür. Hastaların çoğunluğunun (%58.4) öz bakım gücü puanlarının 82-120 arasında olduğu bulunmuştur.

Tablo 4. 13. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Puan Dağılımı (N:53)

Tanıtıcı Özellikleri	Öz Bakım Gücü		İstatistiksel Değerlendirme
	n	$\bar{x}$±SD	
Hastanede Yatış Süresi			
4-7 gün	30	105,70±18,09	X^2:5.224
8-11 gün	10	114,80±15,93	P: 0.524
12 ve üzeri gün	13	109,92± 14,85	
Değiştirilen Damar Sayısı			
İki	8	98,12±19,16	X^2:74.295
Üç	21	109,52±16,31	P:0.345
Dört	24	111.84±14,73	
Alınan Damar			
İnternal mamaryan arter-Safen	42	107,26±16,84	Z:1,139
İnternal mamaryen arter-Safen-Radiyal	11	112,40±18,35	P:0,225
Makinaya Bağlanma Durumu			
Bağlandı	45	109,97±16,30	Z:1,591
Bağlanmadı	8	99,87±19,64	P:0,112
Yaş			
43-60	25	109,16±18,81	Z:0,615
61-78 ve üzeri	28	107,82±15,59	P:0,539
BKİ			
Zayıf-Normal	13	107,84±18,67	X^2:0,057
1.Şişman	27	108,40±16,41	P:0,972
2-3 Şişman	13	109,15±17,99	
Cinsiyet			
Erkek	38	112,94±13,81	Z:2,924
Kadın	15	97,06±19,48	P:0,003
Medeni Durum			
Evli	44	111,56±15,61	Z: 3,081
Bekar	9	93,22±16,15	P: 0,002
Eğitim Durumu			
İlkokul	23	100,91±19,69	Z:2,500
Ortaokul	14	112,57±11,33	P:0,012
Lise ve üzeri	16	115,68±12,90	

Tablo 4. 13 (Devam). Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Puan Dağılımı (N:53)

Mesleki Durum			
Emekli	12	111,91±14,44	
Ev Hanımı	9	92,88±20,23	X^2:6,995
Serbest Meslek	21	110,85±16,52	P:0,072
Diğerleri	11	112,81±11,11	
Ekonomik Durum			
Gelir giderden az	21	106,71±18,34	Z:0,440
Gelir giderle dengeli	32	109,60±16,49	P:0,660
Kıbrıs'ta Yaşadığı Süresi			
13-20 yıl	10	107,00±17,12	Z:0,387
Doğduğumdan beri	43	108,79±17,19	P:0,699
Birlikte Yaşadığı Bireyler			
Yalnız	8	99,00±14,73	
Eş	19	107,74±17,58	X^2: 2.106
Eş ve çocuk	11	113,09±10,35	P:0.034
Eş ve çocuklar	15	111,00±20,47	
Kronik Hastalık			
Hastalık Yok	25	110,80±15,50	X^2:2,756
Diyabet	8	102,14±17,80	P:0,097
Hipertansiyon	10	115,80±12,72	
Diyabet-Tansiyon	10	98,20±20,39	
Sürekli Kullanılan İlaçlar			
Kullanmıyor	25	110,80±15,50	X^2:1.346
Antihipertansif	11	116,45±12,26	P:0.612
Antidiyabetik	7	102,14±17,80	
Antihipertansif-antidiyabetik	10	98,20±20,39	
Sigara kullanımı			
Kullanmıyor	24	106,33±18,59	X^2:0,795
10-20 adet	20	110,50±15,58	P:0,672
30 ve üzeri	9	109,56±17,03	

Tablo 4. 13 (Devam). Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Puan Dağılımı (N:53)

Alkol kullanımı			
Kullanmıyor	46	108,54±17,52	Z:0,394
Kullanıyor	7	107,85±14,51	P:0,693
Egzersiz Yapma			
Yapmıyor	37	108,51±16,85	Z:0,039
Yapıyor	16	108,31±17,99	P:0,969
Kişilik			
Sakin	30	109,00±17,62	X^2:3,007
Heyecanlı	11	110,63±16,42	P:0,391
Sinirli	8	111,00±12,64	
Panik	4	93,25±20,20	
Koroner Hastalık Süresi			
1-3 ay	34	108,94±17,01	X^2:5.453
4-6 ay	6	95,33±20,32	P:0.261
7 ay ve üzeri	13	113,23±13,32	
Tedavi			
Tıbbi tedavi	6	112,50±11,53	X^2:1.764
Anjioplasti	38	105,29±18,31	P:0.457
Anjioplasti-tıbbi tedavi	9	119,11±7,94	

*Kruskal-wallis istatistik analizi kullanılmıştır.

Tablo 4. 13'de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre öz bakım gücü puan ortalamaları yer almaktadır. Lise ve üniversite mezunu olan hastaların öz-bakım puan ortalaması, ilkokul ve ortaokul mezunu olan hastaların öz-bakım puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. Lise ve üniversite mezunu olan hastaların öz-bakım puan ortalaması ile ilkokul mezunu hastaların öz-bakım puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Serbest meslek ve memur olan hastaların öz-bakım gücü, emekli ve ev hanımı olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Sürekli ilaç kullanan hastalarda da antidiyabetik ve

antihipertansif ilaçları birlikte kullanan hastaların öz-bakım gücü puan ortalaması diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların diğer tanıtıcı özelliklerine göre öz bakım puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olamadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Ayrıca hastaların öz-bakım gücü puanlarına göre yaşadıkları sorunlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Ek tablo 10).

Ek tablolarda, hastaların cinsiyetine, medeni, eğitim, alkol kullanma, kalp akciğer makinesine bağlanma durumuna, yaşadığı kişilere, hastanede yatış süresine, greft yapılan damar ve damar sayısına göre yaşadıkları sorunlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Ek Tablo 1,2,3,4,5,6,7,8,9).

5. TARTIŞMA

Kalp ameliyatından sonra ilk 3 ay ile 1 yıl içinde hastalar göğüs ya da bacaktaki insizyon bölgesinde ağrı, kilo kaybı, solunum sıkıntısı, uyku bozuklukları, yorgunluk, bitkinlik, iştahsızlık, konstipasyon, banyo yapmada güçlük, vücut hareketlerinde kısıtlılık, mutsuzluk, stresörlerle baş edememe, aile içinde rol karmaşıklığı, yaşam biçiminde, sosyal aktivitelerde, iş yaşamında, evlilik-aile-arkadaş ilişkilerinde ve cinsel yaşamda sorunlar yaşamaktadır (Goodman, 1997; Aydın, 2000; Cebeci, 2004; Çifçi, 2006; Özcan, 2008). Yaşanan bu sorunlar nedeni ile bireylerin sağlık algıları ve davranışlarında değişiklik olabilmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %47,2'sinin 43-60 yaş grubunda, çoğunluğunun (%71,7) erkek ve evli (%83,0) olduğu bulunmuştur (Tablo 4. 1). Özcan (2008) çalışmasında hastaların %40,0'ını 50-59 yaş grubunda, %84,0'ünü erkek ve %87,0'sini evli olarak belirtmiştir. Bizim çalışmamızın bulgularıyla Özcan'ın sonuçları paralellik göstermektedir.

Hastaların yarısından fazlasının (%69,8) ilk ve ortaokul mezunu olduğu ve %39.6'sının çalışmadığı saptanmıştır (Tablo 4.1.). Dilek'in çalışmasında (2008) araştırmaya katılan hastaların %39.6'sının çalışmadığı görülmektedir. Aydın'ın çalışmasında (2000) hastaların %56,0'sını emekli ve çalışmayan grup oluşturmaktadır. Çalışmamızda hastaların yarısından fazlasının sigara kullandığı (%54,7), kronik hastalığa sahip olduğu (%52,9), egzersiz yapmadığı (%69,8) ve şişman olduğu (%75,5) belirlenmiştir (Tablo 4. 1). Çifçi (2006)'nin yaptığı çalışmada hastaların %91,1'inin ameliyattan önce sağlığı olumsuz etkileyen alışkanlığının olduğu, %46.7'sinin sigara kullandığı, %35.6'sının ağırlıklı olarak yağlı, hamur işi ve tuzlu besinlerle beslendiği ve % 62.2'sinin kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir. Cebeci (2004)'nin çalışmasında kontrol grubundaki hastaların %76.92'sinin, deney gurubunda ise %70,2'sinin sigara içtiği vurgulanmış ve kontrol gurubundaki hastaların %53,8'inin hipertansiyon, %25,0'inin diyabetes mellitus olduğu belirtilmiştir. Şenol ve arkadaşları (2006) çalışmasında KABG ameliyatı olan hastaların %20-30'unun diyabetes mellitusun olduğu ve bu durumun ameliyattan sonra hastanede kalış süresinin, komplikasyonların ve mortalite oranlarının artmasına

yol açabileceği belirtilmiştir. Bu çalışmaların sonuçlarıyla bizim çalışmamızın sonuçları paralellik göstermektedir.

Hastaların yarısından fazlasının (%77.4) aktivitelere katılmama, (%71.7) sırt üstü pozisyonda yatamama, (%60.4) ziyaretçi kabul etmeme sorunları yaşamaktadır (Tablo 4. 2). Yapılan bazı araştırmalarda da hastaların tamamına yakınının (%98.4) sırt üstü pozisyonda yatamama, (%89.4) ziyaretçi kabul etmeme ve yarısından fazlasının da aktivitelere katılamama gibi sorunlar yaşadıkları görülmüştür (Aydın, 2000; Çiftçi, 2006; Çiftçi, 2010). KABG ameliyatı olan hastaların ağır aktivitelerde bulunmaması ve enfeksiyon riskinden dolayı ziyaretçi kısıtlaması (özellikle aktif enfeksiyonu olan hastalardan) önerilmektedir. Ancak hastaların enfeksiyon bulaşmaması için ziyaretçi kabul etmedikleri ve cerrahi yaralarının açılmaması için yürüyüş gibi egzersizleri de yapmadıkları düşünülmektedir. Hastaların sırt üstü pozisyonda yatmama nedenleri olarak sternotomi ve göğüs tüplerinden dolayı ağrı yaşamalarını, cerrahi yaranın açılabileceği korkusunu ve solunum sıkıntısını sıralayabiliriz. Araştırmamızda yaşanan sorunların çözümüne yönelik yapılan uygulamalar incelendiğinde; hastaların çoğunluğu (%81,1) sorunun geçmesini beklediği ve oturarak uyuduğu (%71.7) saptanmıştır (Tablo 4. 4). Bunun nedeni hastalara planlı bir taburculuk eğitiminin ve danışmanlık hizmetinin verilmemesi olabilir.

Hastaların yatış sürelerine göre yaşadıkları sorunlara bakıldığında, hastanede kalış süresi artıkça hastalarda iştahsızlık sorununun olduğu bulunmuştur (Ek tablo 9). Sarıtaş ve arkadaşlarının (2001) yapmış oldukları çalışmada da hastaların hastanede kalış süreleri uzadıkça iştahta azalma olduğu görülmektedir. Yapılan başka çalışmalarda da hastanede kalış süresi uzadıkça, hastaların iştahında azalma olduğu belirlenmiştir (Cebeci, 2004; Özcan, 2008). Hastaların hastanede kalış süresi boyunca hastane yemeklerini beğenmemeleri, yaşadıkları ağrı, halsizlik, yorgunluk, stres ve korkudan dolayı iştahsızlıklarının arttığı düşünülmektedir.

43-60 yaş grubu hastaların, 61-78 yaş grubu hastalara göre daha fazla halsizlik yaşadıkları saptanmıştır. Bu bulgu istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 4. 5). Elitoğlu ve Erkuş'un (2008) yapmış oldukları çalışmada hastaların %57,4'ünün halsizlik sorunu yaşadıkları saptanmıştır. 43-60 yaş

grubunun, 61-78 yaş gruplarına göre rollerinin daha fazla olması, ekonomik kaygıları ve ölüm korkusu gibi yaşadıkları ağır stresten dolayı halsiz hissettikleri düşünülebilir.

Diyabet-hipertansiyonu olan ve bu kronik hastalıklardan dolayı ilaç kullanan hastaların halsizlik ve yorgunluk sorununun daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4. 6, Tablo 4. 7). Hastaların kronik hastalıkları artıkça KABG ameliyatı sonrası vücut dengesinin sağlanmasında (tansiyon ve glukozun normal sınırlar içinde olması) yaşanan problemlere bağlı olarak halsizlik ve yorgunluk da artma olduğu düşünülmektedir. Ayrıca cerrahi stres nedeniyle bozulan homeostazın yeniden düzenlenmesinde, ilaç dozlarının ayarlanamaması halsizlik ve yorgunluğun artmasına neden olabilir.

Sakin kişilik özelliği olan hastaların dispne sorununu daha fazla yaşadığı saptanmıştır. Bu bulgu istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,005$). (Tablo 4. 8). Sakin kişilik özelliği olan hastaların streslerini daha çok kendi içlerinde yaşadığı ve rahatlayamadığı, bu nedenle stresin patofizyolojik etkilerinin ortaya çıkabildiği düşünülebilir.

Hastaların beden kitle indeksine göre şişman sınıfında olanların, normal ve zayıf olanlara göre daha fazla yara yerinde ağrı problemi yaşadıkları saptanmıştır. İstatistiksel olarak da bu farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p:0,05$). (Tablo 4. 9). Şişman olan hastaların insizyon yerine olan basıdan ve yara iyileşmesindeki gecikmeden dolayı ağrı artışı olabileceği düşünülmektedir. Sunar ve diğerlerinin (2003) yaptıkları çalışmada şişman olan hastaların yara bölgesindeki ağrıyı daha fazla ifade ettikleri belirlenmiştir.

Hastaların ekonomik olarak geliri ile gideri dengeli olanların diğer ekonomik durumlara göre uykuya dalmada güçlük yaşadıkları saptanmıştır. İstatistiksel olarak da bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). (Tablo 4.10). Hastaların hastalıkları nedeniyle hastanede kalış sürelerinin uzun olması, taburculuk sonrası uzun bir süre çalışamayacak olması hastaların uykuya dalmada güçlük yaşamasına neden olduğu düşünülmektedir.

Eşi ve çocuğu ile birlikte yaşayan hastaların daha fazla dispne ve korku problemi yaşadıkları saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 4. 11). Eşi ve çocuğu olan hastaların rollerinin fazla olması, ailelerine karşı sorumluluklarının olması nedeniyle stres yaşadıkları, bununda dispne ve korkuya neden olduğu düşünülebilir.

Araştırma kapsamına alınan tüm hastaların öz bakım gücü genel puan ortalamasının orta düzeyde 108.45±17.035 olduğu belirtilmiştir (Tablo 12.). Cebeci'nin (2004) yaptığı çalışmada koroner arter bypass greft cerrahisi olan hastaların öz bakım gücü puan ortalamasının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç bizim araştırmamızı desteklemektedir. Araştırma kapsamına alınan erkek hastaların, kadın hastalardan daha yüksek öz-bakım puan ortalamasına sahip oldukları, bu fark istatistiksel olarak da anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 12.). Yapılan çalışmalarda da erkeklerin öz-bakım gücü ortalamasının kadınlardan daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Bakkaloğlu ve Yetkin, 2000; Özcan, 2004; Cebeci, 2004; Akyol ve ark., 2007;). Erkeklerin öz-bakım puan ortalamasının kadınlara oranla yüksek olması, Türk toplumda genellikle hasta erkeğin bakımı eşleri tarafından karşılanması ile açıklanabilir.

Araştırma kapsamına alınan evli hastaların öz-bakım gücü puan ortalaması, bekâr hastaların puan ortalamasından daha yüksek olduğu bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır. Ayrıca eş ve çocuğu ile birlikte yaşayan hastaların da öz-bakım puan ortalamaları, yalnız yaşayan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 12.). Yapılan çalışmalarda da evli olan ve eşi/çocuklarıyla yaşayan hastaların öz bakım güçlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Cebeci, 2004; Akyol ve ark., 2007; Tuncay, 2010). Evli bireylerde öz-bakım gücünün yüksek olmasının nedeni; hastanın eşi ve çocukları tarafından bireye fiziksel, psikolojik ve sosyal destek sağlamalarıyla açıklanabilir.

Lise ve üniversite eğitim düzeyinde olan hastaların, ilkokul eğitim düzeyinde olan hastalara göre öz-bakım gücü puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmamızın bu bulgusu istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 12.). Bakoğlu ve Yetkin (2000)'in hipertansiyonlu olan hastalarda yaptığı araştırmasında hastaların hem kendilerinin, hem de eşlerinin eğitim düzeyi arttıkça öz-bakım gücü puan ortalamalarının da önemli düzeyde arttığı saptanmıştır.

Yine Durademir'in (1998) yaptığı çalışmada yüksekokul mezunlarının öz-bakım puan ortalaması ilkokul mezunlarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tuncay, 2010). Bu bulgu eğitim seviyesi ile sağlık bakımı arasında yakın bir ilişki olduğunu göstermektedir. Eğitim seviyesi artıkça bireylerin öğrenme ve araştırma becerilerinin gelişmesi nedeniyle öz-bakım gereklerini daha iyi kavramasına ve bunları davranışa dönüştürmeleri ile açıklanabilir.

Sonuç olarak; araştırma bulguları KABG ameliyatı olmuş hastaların hepsinin taburculuk sonrası en az bir sorun yaşadığını, bu sorunların haftalara göre azaldığını ve orta düzeyde öz bakım güçlerinin olduğunu göstermiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6. 1. SONUÇLAR

1. Hastaların %52,8'nin 61-78 yaş grubunda, %71,7'sinin erkek, %83'nün evli, %43,4'nün ilk okul mezunu, %56,6'sının gelir ile giderin dengeli olduğu, %60,4'nün çalışmadığı ve %81,1'nin doğduğundan beri Kıbrıs'ta ve %35,8'nin eşi ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların %75,5'nin şişman, %20,8'inin hipertansiyon ve diyabetes mellitusu olduğu, %35,7'sinin antihipertansif ve antidiyabetik ilaç kullandığı saptanmıştır. Hastaların alışkanlıkları incelendiğinde; %45,6'sı sigara, %86,8'si alkol kullanmadığı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %69,8'nin egzersiz yapmadığını ve %56,6'sının kişilik özelliğinin "sakin" olduğunu ifade etmiştir. Hastaların %64,1'i 1-3 aydır koroner arter hastalığı olduğu ve %71,7'si daha önce anjioplasti yapıldığı belirlenmiştir. hastaların %45,3'üne üç damar bypass yapıldığı, %77,3'ünde internal mamaryan arter ve safen ven damarlarının alındığı, %84,9'unun kalp akciğer makinesine bağlandığı ve %56.6'sının 4-7 günde taburcu olduğu görülmektedir (Tablo 4. 1.).
2. Hastaların hepsi en az bir sorun yaşamıştır. Hastaların %77,4'ü aktivitelere katılamama, %71,7'si sırt üstü pozisyonda yatamama, %43,4'ü dispne, göğüs ağrısı, yorgunluk, %35,8'si halsizlik ve uykusuzluk yaşadıkları saptanmıştır. Hastaların bir kısmı ise konstipasyon, yara yerinde kızarıklık, yara açılması ve üriner sistem enfeksiyonu sorunları yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 4. 2.).

Hastaların yaşadıkları sorunların haftalara göre azaldığı saptanmıştır (Ek Tablo 11.).

3. Hastaların %81,1'i sorunun geçmesini beklediği, %71,7'si ziyaretçi kabul etme ve aktivitelere katılmama nedenini önerilmediği için yapmadığı, %71,7'si sırt üstü pozisyonda yatamadığı için oturarak uyuduğu, %69, 8'i kontrole gittiği, %66,0'sı ilaç aldığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %56,6'sının dinlendiği, %43,4'ünün doktoru aradığı, % 33,9'unun yalnız kalmadığı, %15,1'nin solunum egzersizi yaptığı ve %9,4'nün yardım aldığı görülmektedir (Tablo 4. 4.).
4. 43-63 yaş grubundaki hastaların %11,32'si ve 61 ve üzeri yaş grubundaki hastaların %30,18'inin yorgunluk sorunu yaşadığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4. 5.)
5. Hastaların yaş gruplarına göre sırt üstü pozisyonda yatamama, ziyaretçi kabul etmeme, dispne, göğüs ağrısı, uykusuzluk, korku, iştahsızlık, yara yerinde ağrı, uykuya dalmada güçlük, halsizlik ve karamsarlık sorunları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4. 5.)
6. Diyabeti ve hipertansiyonu olan hastaların en fazla yorgunluk (%16.98) ve halsizlik (%15.09) sorunu yaşadığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların kronik hastalığa sahip olma durumuna göre diğer yaşadıkları sorunlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). (Tablo 4. 6.).
7. Antihipertansif ve antidiyabetik ilaçları kullanan hastaların en fazla yorgunluk (%15.09) ve halsizlik (%13,20) sorunu yaşadığı ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların sürekli kullandıkları

ilaçlara göre sırtüstü pozisyonda yatamama, dispne, göğüs ağrısı, iştahsızlık, yara yerinde ağrı, korku, uykuya dalmada güçlük, uykusuzluk, karamsarlık ve ziyaretçi kabul etmeme sorunları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir (p>0.05) (Tablo 4. 7.).

8. Sakin kişilik özelliği olan hastaların diğer gruplara göre daha fazla dispne (%30.19) yaşadığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.05). Araştırma kapsamına alınan hastaların kişilik özelliklerine göre diğer yaşadıkları sorunlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 4. 8.).
9. Şişman hastaların en fazla yara yerinde ağrı (%26,41) sorunu yaşadıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.05). Hastaların beden kitle indeksi göre sırtüstü pozisyonda yatamama, ziyaretçi kabul etmeme, yorgunluk, dispne, göğüs ağrısı, uykusuzluk, korku, iştahsızlık, karamsarlık ve uykuya dalmada güçlük sorunları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (p>0.05) (Tablo 4. 9.).
10. Geliri gideri dengeli olan hastaların en fazla uykuya dalmada güçlük (%16,98) yaşadığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.05). Hastaların ekonomik durumuna göre sırtüstü pozisyonda yatamama, ziyaretçi kabul etmeme, yorgunluk, halsizlik, dispne, göğüs ağrısı, uykusuzluk, korku, iştahsızlık, karamsarlık ve yara yerinde ağrı sorunları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (p>0.05) (Tablo 4. 10.).
11. Eşi ve çocuğu ile yaşayan hastaların en fazla dispne (%16.98) sorunu yaşadığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.05).

Hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre diğer yaşadığı sorunlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4. 11.).

12. Araştırma kapsamına alınan tüm hastaların öz-bakım gücü genel puan ortalaması 108.45± 17.035 olarak belirtilmiş, ölçekten alınan en düşük puanın 64, en yüksek puanın ise 130 olduğu görülmüştür.
13. Lise ve üniversite mezunu olan hastaların öz-bakım puan ortalaması, ilkokul ve ortaokul mezunu olan hastaların öz-bakım puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. Lise ve üniversite mezunu olan hastaların öz-bakım puan ortalaması ile ilkokul mezunu hastaların öz-bakım puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4. 12.).
14. Serbest meslek ve memur olan hastaların öz-bakım gücü, emekli ve ev hanımı olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Sürekli ilaç kullanan hastalarda da antidiyabetik ve antihipertansif ilaçları birlikte kullanan hastaların öz-bakım gücü puan ortalaması diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların diğer tanıtıcı özelliklerine göre öz-bakım puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olamadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4. 13.).
15. Hastaların öz-bakım gücü puanlarına göre yaşadıkları sorunlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Ek tablo 10).
16. Alkol kullanmayan hastaların en fazla sırtüstü pozisyonda yatamama (%67.92) sorununu yaşadıkları ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu

bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların alkol kullanım durumu göre dispne, göğüs ağrısı, iştahsızlık, yara yerinde ağrı, korku, uykuya dalmada güçlük, uykusuzluk, halsizlik, yorgunluk, karamsarlık ve ziyaretçi kabul etmeme sorunları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0.05$) (Ek tablo 4.).

17. Hastaların cinsiyetine, medeni, eğitim, kalp akciğer makinesine bağlanma durumuna, yaşadığı kişilere, hastanede yatış süresine, greft yapılan damar ve damar sayısına göre yaşadıkları sorunlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Ek tablo 1,2,3,4,5,6,7,8,9).

6. 2. ÖNERİLER

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda;

6. 2. 1. Bireylerin taburcu olduktan sonra yaşadığı sorunları azaltmaya veya ortadan kaldırmaya yönelik olarak interdisipliner ekip anlayışıyla taburculuk eğitiminin, danışmanlık hizmetinin ve evde izlemin geliştirilmesi ve uygulanması,

6. 2. 3. Hastaların eğitim ve yaş durumları dikkate alınarak ameliyat öncesi ve taburculuk eğitimde kullanılmak üzere görsel materyallerin hazırlanması (el kitapçığı, broşür vs),

6. 2. 3. Taburcu olduktan sonra yaşanan sorunları azaltmak/ortadan kaldırmak için evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi,

6. 2. 4. Araştırmanın daha büyük örneklem sayısı ile tekrarlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abanonu, G.B. (2005). ***Koroner Arter Hastalığı Majör Risk Faktörleri ve C-Reaktif Proteinin Değerlendirilmesi***, Tıpta Uzmanlık Tezi, Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Abeel, A. Mangi, M.D. Emily, R. David, F. Torchian, Andrew, L. Warsha et al. (2005). Gastrointestinal Complication in Paintes Undergoing Heart Operation. *Ann Surgery,* 241:895-904.

Akalın, U. (2010). Hastane İnfeksiyon Kontrolünde Önlem Paketi Yaklaşımı: Ventilatör İlişkili Pnomoni, *Hastane İnfeksiyonları Dergisi*,14(1):48-51

Akyol, D.A.Çetinkaya, Y. Bakan, G. Akkuş, S. (2007). Self- Care Agency and Factors Related to Agency Among Patients with Hiypertension. *Journal of Clinical Nursing,* 16, 679-687

Akduman, S. Bolışık, B. ve Sönmez S. (2004). Sağlıklı Ergenlerin Özbakım Güçlerinin İncelenmes**.** *Hemşirelik Formu Dergisi,* 7(1):17-21.

Akın, S. ve Durna, Z. (2006). Kalp Yetersizliği Hastaların Psikososyal Uyumu, C.Ü. *Hemşirelik YüksekokuluDergisi* 10(2):1-8

Altıparmak S. (2006). Gebelerde Sosyo-Demografik Özellikler, Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesi İlişkisi, *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Dergisi, TAF Preventive Medicine Bulletin, 5 (6), 416*

American Heart Assocition (AHA) (2006). Cardiovascular Disease Statistics. Erişim: 3 Mart 2010, **http://americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4478**

Arrawsimith, J.E. Grocott, H.P. Reves, J.G. ve Newman, M.F. (2000). Central Nervous System Complications of Cardiac Surgery, 84, 378-93.

Atauzem, Atatürk Üniversitesi Uzaktan Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi 2009. Hemşirelik Dersleri Programı

Aydın, F.Ç. (2000). ***Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası İki Aylık Dönemde Yaşadıkları Güçlükler,*** Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Aydın, Ö.O. (2006). ***Kardiyopulmoner Bypass Sonrası Gelişen Böbrek Hasarının Risk Faktörleri, Hemoliz Ve Serum Ferritin Seviyesi İle İlişkisi,*** Tıpta Uzmanlık Tezi, Siyami Ersek Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul.

Bağ, E. (2007*). **Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Özbakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi.*** Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.

Baysal, A. Bozkurt, N. Pekcan, G. ve arkadaşları (1999). Beslenme Durumunun Saptanması. Diyet El Kitabı*, Hatipoğlu Yayın Evi, sayfa 61-106.*

Bakoğlu, F. ve Yetkin, A. (2000). *Hipertansiyonlu Hastalarda Öz-bakım Gücünün Değerlendirilmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi,* 4(1):41-49.

Bakır, M. Elaldı, N (2003) . Nazokomiyal Üriner Sistem İnfeksyonları, *Hastane İnfeksyonları Dergisi* 7 : 35-44

Bardaki, M. Boğa, M. Özkısacık, A. Gürcün, U. Gülman, Ş. ve Dişçigil, B. (2005). Açık Kalp Damar Cerrahisinde Proflaktik Nazal Mupinosin Uygulaması, *Türk Göğüs Kalp Damar Dergisi*, 13(4), 350-353.

Bingöl, H. Bolcal, C. Yılmaz, A.T. Demirkılıç, U. Tatar, H. (2003). Açık Kalp Cerrahisinde Safen Ven ve Radiyal Arter Greft İnsizyonlarında Yara Yeri Problemleri, *Turkish Journal Thorac Cardiovasculer Surgery*, 11:216-218.

Boztuna, B. Olcay, A. ve Değertekin, M. (2007). Cinsel Aktivite Ve Kardiyovasküler Risk. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, Cilt 7, Sayı: 2, 423-6.

Büyükkaya, D. Fesci, H. ve Akdemir, N. (2006). Karaciğer Sirozu Olan Hastaların Öz Bakım Güçlerinin Belirlenmesi**,** *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt: 9, Sayı: 2

Camkıran, A. ve Dönmez, A. (2009). Koroner Arter Bypass Greftleme Cerrahisi Geçiren Hastalarda Görülen Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri, *Anestezi Dergisi,* 17 (1):1-9

Careaga, G. Georgina, G. Baca, A. Gabred, M.C. Luz, E. Concebida, M. et.al. (2006). Risk Faktör For Mediastinits And Sternal Dehiscence After Cardiac Surgery**,** *Rev.Esp Cardial*. Vol.59.30-135.

Cebeci, F. (2004). ***Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastalara Verilen Taburculuk Eğitimi Ve Danışmanlık Hizmetinin Öz-Bakım Gücüne, Anksiyete ve Depresyon Durumuna Etkisi,*** Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Demir, A. Aykurt, D. Ergün, B. Haytural, C. Yiğit, T. Taşoğlu, İ. ve ark (2010). Kalp Cerrahisi Geçirecek Olgularda Anksiyete Sağıltımı. *Turkish J Torac Cardiovasc Surg* 18(3):177-182

Ceylan, Ö. Bayata, S. Yeşil, M. Arıkan, E. ve Postacı, N. (2010). Koroner Bypass Cerrahi Sonrası Atriyal Fibrilasyonu Öngörmede İnterarteriyal İleti Süresi ve P Dalga Dispersiyonunun Değeri**,** *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 10(6):495-501.

Cihan, B.H, Erdil, N, Nisanoğlu,V. Çolak, C. Erdil, F. Ege, E. (2005). Koroner Bypass Cerrahisinde Tip 2 Diabetes Mellitus Mortalite ve Morbiditeyi Arttırır mı? *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi,* 13:93-98.

Çifçi, S.E. (2006). Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Bireylerin Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi**,** Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.

Demir, A. Aykurt, D. Ergün, B. Haytural, C.Yiğit, T. Taşoglu, İ. Ve ark.(2010). Klap Cerrahisi Geçirecek Olgualrda Anksiyeti Sağıltımı, *Turkish J Torac Cardiovasc Surg* 18(3):177-182

Diegeler, A. Hirsch, R. Schnecidr, F. Schilling, L.O. Folk, V. Rauch, T. et al. (2000). Neuromanitoring And Neurocognitive Outcome In off-Pump Versus Conventional Coroner Bypass Operation, *Annals Torac Surgery*, 69, 1162-6.

Dilek, F. (2008). ***Koroner Arter Hastalıklarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi***. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.

Durmaz, A. A. ve Karadakovan, A. (2002). Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesi ve Öz-bakım Gücü ile Bunlar Üzerine Etkili Değişkenlerin İncelenmesi**,** *Ege Tıp Dergisi*, 41(2):97-102.

Durademir, A.A. ve Karadakovan, A. (2002). Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesi ve Öz-bakım Gücü ile Bunlar Üzerine Etkili Değişkenlerin İncelenmesi, *Ege Tıp Dergisi*,41(2):97-102.

Ekim, H. Kutay,V. Hazar, A. Karadağ, M. Başel, H. Tuncer, M. (2005). Kardiyovasküler Cerrahi Sonrası Yara Enfeksiyonu Gelişiminde Rol Oynayan Faktörler. *Van Tıp Dergisi*, 12(1):12-15.

Ekim, H. Kutay,V. Başel, H. Turan,E. Hazar, A. Karadağ, M. (2004). Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Kanamaya Bağlı Revizyon Operasyonları, *Van Tıp Dergisi*, 11(4):119-123.

Emiroğlu, O. (2006). ***Anadolu ve Kıbrıs Türkleri Populasyonunda Cerrahi Tedavi Yapılan Hastalarda Trombozun Genetik Orjininin Cerrahi Sonuçlara Etkileşiminin Araştırılması,*** Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

Elitoğlu, N. ve Erkuş, B. (2008). CABG Operasyonu Geçirmiş Olan Hastaların Taburculuk Sonrası En Sık Karşılaştıkları Problemlerin Tanımlanması, Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 10. Ulusal Kongresi Özel Bildiri 17-21 Ekim 2008

Erci, B. ve Okanlı, A. (2004). The Relationship Between Suicide Attempt and Self-Care Agency, *International Journal of Human Sciences*,ISSN:1303-5134. Erişim: 10-11-2004, www.insanbilimleri.com.

Erdil, F. Elbaş, Ö.N. (2001). ***Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği***. (4. Bs.), Aydoğdu Ofset, Ankara.

Europea Union (EU) (2004). *European Heart Journal Council. Erişim:2 Nisan 2010,* http:// **www.heartcharter.org/read-charter/default.aspx.**

Ghotaslou, R. Yagoubi, R.A. Khalili, A.A. Mahmodian, R. (2008). Mediastinit After Cardiac Surgery in Madani Heart Center, *Journal Infect. Disiese*, 61, 318-320.

Goodman, H. (1997). Patients Perception Of Their Education Needs in the First Six Weeks Folowing Discharge After Cardiac Surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 25: 1241-1251.

Güven, M. (2010). Hastane İnfeksiyon Kontrolünde Önlem Paketi Yaklaşımı: Katater ilişkili Üriner İnfeksiyon*, Hastane İnfeksiyonları Dergisi*, 14(1):52-55

Gülmen, M.K. ve Meral, D. Ani Kardiyak Ölümler, Klinik Gelişim (2009).Erişim 5Nisan 2010, *www.klinikgelisim.org.tr/eskiyasi/klinik_2009_22/08.pdf*

Hanözü, M. (2006). ***Açık Kalp Damar Cerrahisi Sonrası Gelişen Torasik Komplikasyonlar***, Uzmanlık Tezi, Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Jaarsma, T. (2002). Sexual Problems in Heart Failure Patients, *Euopean Journal of Cardiovascular Nursing*, 1:61-67.

Kara, B. (2001). Öz-bakım Tanımı ve Kavramsal Yönü**,** *Aylık Aktüel Tıp Dergisi, Sendrom Logos Yayıncılık,* 13(7):105-108.

Kiriş, İ. Gülmen, Ş. Tekin, İ. Okutan, H. (2006). Diabetes Mellitusun Koroner Arter bypass Cerrahisinde Erken Dönem Mortaliteye ve Morbiteye Etkisi, Süleyman Demirel Üniversitesi *Tıp Fakültesi Dergisi*, 13(1), 16-21.

KKTC Sağlık Bakanlığı Arşivi. (2010). Erişim: 14 Haziran 2010, http://*www.saglikbakanligi.com/html_files/arshive/.../nisan2010.htm*

Nahcivan, Ö.N. (1993). ***Sağlıklı Gençlerde Öz Bakım Gücü ve Aile Ortamının Etkisi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Ensititüsü***. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul.

Okutan, H. Yavuz, T. Ulaşan, V. Tenekeci, C. Öcal A. İbrişim E. ve diğerleri (2001). Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Yaşlı Hastalarda Yeni Bir Sternum Kapama Tekniği ile İlgili Deneyimler**,** *Turkish Journal of Geriatrics,* 4 (2), 55-58.

Onat, A. Albayrak, S. Karabulut, A. Ayhan, E. Kaya, Z. Küçükdurmaz, Z. ve diğerleri.(2007). Kadınlarda Mortalitede Azalma, Koroner Kalp Hastalığı Prevalansında Artma**,** *Türk Kardiyoloji Dergisi*, 35, 149-153.

Orhan G, Biçer Y. Taşdemir, M, Sokullu,O. Şenay, Ş. Özay, B. ve ark. (2007). Kardiyopulmoner Bypass ve Atan Kalpte Koroner Arter Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Nörokongnitif Fonksiyonların Değerlendirilmesi. *Turkish J Cardiovascular surgery,* 15(1):24-28

Orth- Gomer, K. Albus, C. Bages, N. Debacker, G. Deter,H.C. Sans, S. et al (2005). Psychososial Considerations in The European Guidelines forPrevention of Cardiovascular Diseases in Clinical Practice, Third Joint Task Force*, İnt J Behav Med*, 12(3), 132-141.

Ömeroğlu, N.S. Göksedef, D. Balkanay, O.O. Talas, Z. Sayılgan, C. Karadağ, B. ve ark.(2010). Obezite ve Vücut Kütle İndeksinin Koroner Arter Bypass Greftleme Ameliyatına Etkisi, *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 18(1):5-10.

Özatik, M.A. Göl, K. Budak, B. Küçüker, Ş. Sarıtaş, A. Mavitaş, B. (2004). Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Kanama ve Tamponad Nedeniyle Yoğun Bakımda Yapılan Reeksplorasyonlar, *Anadolu Kardiyoloji Dergisi,* 4:19-22.

Özcan, H. (2008). ***Açık Kalp Damar Ameliyatı Sonrası Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastalar Tarafından Kullanılma Oranları***, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.

Özsoy, D.S. (2007). ***Acil Yapılan Koroner Arter Bypass Cerrahisinde On-Pump ve of-pump Olgularının Postoperatif Kısa Dönem Karşılaştırılması***, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Öztürk, C. ve Karataş, H. (2008). Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı ve Postravmatik Epilepside Hemşirelik Bakımı, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11:2

Pınar, R. (1993). ***Diabetes Mellituslu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi***, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Robert M. Bojar Çeviri editor, Sarıgül, A. Gökaslan, G.(2007). Erişkin Kalp Cerrahisinde Perioperatif Yaklaşım el kitabı 4. Baskı atlas kitapçılık, Ankara

Sarıtaş, A. Uzun, A. Çağlı, K. Sarıtaş, Ü. Ve Taşdemir, O. (2001). Koroner Arter Bypass Cerrahisi Sonrası Gastrointestinal Sistem Komplikasyonları**,** *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Derg*isi, 9, 205-209.

Schimmmer, C. Sammer, S. Bensch, M. Baher, T. Aleksic, I. ve Leyh, R. (2008). Sternal Closure Technigues and Postoperative Sterna Wound Complications In Elderly Paitents, *European Journal Cardiothorac Surgery*, 34(5), 117-8.

Simsons, S.J. (1990). The Health-Promoting Self-Care System Model, Direction For Nursing Research and Practice, *Journal Advanced Nursing*, 15(1):62-66.

Softah, A. Bedard, A. Hendry, P. Masters, R.G. Goldstein, M. Brais,M. Keon,W. (2002). Wound Infection in Cardiac Surgery. *Annals of Saudi Medicine*, Vol22, Nos1-

Stamous, S.C. Jablonski, K.A. Pfister, A.S. Hill, P.C. Dulum, M.K. Bafi, A.S. (2002). Stroke Arter Conventional Versus Minimally İnvasive Coroner Artery Bypass**,** *Annals Torac Surgery*,74, 394-9.

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.

Tuncay, P. (2010). ***Koroner Kalp Hastalığı Olan Bireylerin Öz-bakım Gücü.*** Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa.

Türk Kardiyoloji Derneği (TDK) (2008). Ulusal Sağlık Politikası, Erişim:15.Nisan 2011 ***http://www.tdk-online.org/UKPS/ TDK***

Türkoğlu, T. (2004). Kardiyopulmoner bypass girilmeden (Off-Pump) atan katle ve kardiyopulmoner bypass kullanarak kardiyak arest ile uygulanan koroner bypass cerrahi sonrası atrial fibrilasyon gelişiminin karşılaştırılması uzmanlık Tezi. İstanbul

Velioğlu, P. (1999). Hemşirelikte Kavram ve Kuram. Alaş offset matbaası. İstanbul.

Yaman, B. (2010). Kalp Kapağı Değişimi Yapılan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Değerlendirilmesi, *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi,* Cilt 18, Sayı 4, 277-283.

Yılmaz, H. ve Pınar, R. (2005). Miyokard İnfaktüsü Geçiren Hastalarda Cinsel Disfonksiyon. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi,* 4:309-17.

Yılmaz, M. (2002). Ameliyat Öncesi Öğretimin Ameliyat Sonrası Komplikasyonlara ve Hasta Memnuniyetine Etkisi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi,* 4(1).

Yılmaz, M. Selda Çifçi, E. (2010). Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Bireylerin Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesinde Bir Model: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, Cilt 18, Sayı 3, S 183-189

Zorlu, M. Helvacı, A. Kıskaç, M. Yolbaş, S. Ardınç, C. Oran, M. ve ark. (2010). Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Sesiz Miyokart İskemisi ve İlişkili Risk Faktörleri, *Dicle Tıp Dergisi, Cilt/Volüm* 37 No:2 140-144

EKLER

EK 1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Hastaneye yatış tarihi:

Ameliyat tarihi:

Taburculuk tarihi:

Değiştirilen damar sayısı:

Bypass için alınan damar/damarlar:

Kalp-akciğer makinesine bağlanma durumu: Bağlandı ( ) Bağlanmadı ( )

1. Yaşınız: ……

2. Boyunuz: …….

3. Kilonuz: ……

4. Cinsiyetiniz nedir?

a) Kadın b) Erkek

5. Medeni durumunuz nedir?

a) Evli b) Bekar c) Dul

6. Eğitim durumunuz nedir?

a) Okur-yazar d) Lise

b) İlkokul e) Üniversite

c) Ortaokul f) Diğer (Açıklayınız)…….....

7. Mesleğiniz nedir?

a) Emekli (……..….)

b) Ev hanımı

c) Serbest meslek sahibi

d) Diğer (Açıklayınız)…….....

8. Ekonomik durumunuz nedir?

a) Gelir giderden az b) Gelir ve gider dengeli c) Gelir giderden fazla

9. Kaç yıldır Kıbrıs'ta yaşıyorsunuz?

a) 1-6 yıl b) 7-12 yıl c) 13-20 d) Doğduğumdan beri

10.Birlikte yaşadığınız kişi / kişiler kimlerdir?

a)Yalnız b) Eşim c) Eşim ve çocuğum/çocuklarım

d) Çocuğum/çocuklarım e) Diğer (Açıklayınız)……..…

11. Diğer kronik hastalıklarınız var mı?

a) Hayır b) Evet(Belirtiniz)…….

12. Sürekli kullandığınız ilaç/ilaçlar var mı?

a) Hayır b) Evet (Belirtiniz)

13. Alkol tüketiyor musunuz?

a) Hayır b) Evet

Sıklığı/miktarı:

14. Sigara kullanıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

15. Cevabınız evet ise günde ne kadar kullanıyorsunuz?

Belirtiniz…….

16. Beslenmenizde hangi gıdaları daha sık tüketiyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

a) Margarin b) Kızartmalar c) Tatlı ve şekerli gıdalar d) Unlu gıdalar

e) Sebze ve meyveler f) Tahıllar g) Tavuk ğ) Kırmızı et

h) Diğerleri (Açıklayınız) ……

17. Egzersiz yapıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

18. Hangi egzersizi yapıyorsunuz ? (Açıklayınız) ……

Ne sıklıkta yapıyorsunuz……..

19. Nasıl bir kişiliğe sahipsiniz?

a) Sakin b) Heyecanlı c) Sinirli

d) Panik e) Diğer (Açıklayınız)……

20. Kaç yıldır koroner arter hastasısınız?

Belirtiniz…….

21. KAH'a ilişkin aldığınız tedavi/tedaviler nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

a) Tıbbi tedavi b) Anjioplasti

c) İntra Koroner Stend d)Diğer (Açıklayınız)……..

EK 2- HASTALARIN TABURCULUK SONRASI YAŞADIKLARI SORUNLARA İLİŞKİN BİLGİLER

Taburculuk sonrası birlikte yaşadığınız kişi/kişiler kimlerdir?

a) Yalnız b) Eşim c)Eşim ve çocuğum/ çocuklarım d) Çocuğum/ çocuklarım

e) Diğerleri (açıklayınız) .....

Sorunlar	Sorunların Görülme Durumu			Hasta ve Yakınlarının Sorunun Çözülme Yönelik Girişimler (Açıklayınız)	Soruna İlişkin Değerlendirme	
	Hafta	Var	Yok		Sorun Çözüldü	Sorun Çözülmedi
Fiziksel Sorunlar						
1.Nefes Darlığı	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
2.Göğüs Ağrısı	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
3. Çarpıntı	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
4. Damar Alınan Bacakta Şişlik	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					

5.Varis çorabı kullanamama	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
6.İştahsızlık	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
7.Bulantı	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
8.Kusma	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
9.Kabızlık	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
10.İshal	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
11.Yara Yerinde Akıntı(Yara Bölgesi)	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					

12.Yara yerinde kızarıklık(Yara bölgesi)	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
13.Yara yerinde şişlik(Yara bölgesi)	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
14.Yara yerinde ısı artışı(Yara bölgesi)	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
15.Yara yerinde ağrı(Yara bölgesi)	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
16.Yara Açılması (yara bölgesi.....)	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
17.Uykuya Dalmada Güçlük	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
	1.hafta					
	2.hafta					

18.Uykusuzluk	3.hafta					
	4.hafta					
19. Uyku Bölünmesi Yaşama	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
20.Gündüz Sürekli Uyuma	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
21.Sırt Ağrısı	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
22.Omuz Ağrısı	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hata					
23. Sırt Üstü Pozisyonda Yatamama	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
24.Halsizlik	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
	1.hafta					
	2.hafta					

25.Yorgunluk	3.hafta					
	4.hafta					
26.Kilo Artışı	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
27.Kolda Uyuşma	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
28.Kolda Kuvvet Kaybı	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
29.Baş Dönmesi	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
30.Ateş	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
31.Bayılma	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
Psikolojik Sorunlar						

32.Dikkatte Azalma	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
33.Korku	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
34.Kolay incinme ve ağlama	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
35.Karamsarlık	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
36.İçe kapanma	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
37.Alkolü bırakamama	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
38.Sigarayı bırakmama	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					

Sosyal Sorunlar						
39.Arkadaşlarını/akrabalarını ziyaret etmeme	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
40.Sosyal aktivitelere katılmama	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
Diğer (Açıklayınız.....)	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
Diğer (Açıklayınız.....)	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
Diğer (Açıklayınız.....)	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					
Diğer (Açıklayınız.....)	1.hafta					
	2.hafta					
	3.hafta					
	4.hafta					

EK 3- ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	( )	( )	( )	( )	( )
2. Kendimi beğeniyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
3. Sağlığımla ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	( )	( )	( )	( )	( )
4. Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman ne yapmam gerektiğini biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
5. Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyuyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
6. Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	( )	( )	( )	( )	( )
7. Kendime bakamadığım zaman yardım ararım.	( )	( )	( )	( )	( )
8. Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	( )	( )	( )	( )	( )
9. Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla	( )	( )	( )	( )	( )

ertelerim.					
10. Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	( )	( )	( )	( )	( )
11. Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	( )	( )	( )	( )	( )
12. Dengeli beslenirim.	( )	( )	( )	( )	( )
13. Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınırım.	( )	( )	( )	( )	( )
14. Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yollarını araştırırım.	( )	( )	( )	( )	( )
15. Sağlığımım çok daha iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
16. Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
17.Kararlarımı sonuna kadar uygularım.	( )	( )	( )	( )	( )
18. Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
19. Sağlığım ile ilgili kişisel kararları nadiren uygularım.	( )	( )	( )	( )	( )
20. Kendime dostum.	( )	( )	( )	( )	( )
21. Kendime iyi bakarım.	( )	( )	( )	( )	( )

22. Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	( )	( )	( )	( )	( )
23. Düzenli olarak istirahat ederim.	( )	( )	( )	( )	( )
24. Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	( )	( )	( )	( )	( )
25. Yaşam bir zevktir.	( )	( )	( )	( )	( )
26. Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
27. Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	( )	( )	( )	( )	( )
28. Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	( )	( )	( )	( )	( )
29. Sağlıklı kalmak için ne tür yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
30. Vücudumun çalışması ile ilgili her şeye ilgi duyuyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
31. Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemez ve geçmesini beklerim.	( )	( )	( )	( )	( )
32. Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım.	( )	( )	( )	( )	( )

33. Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
34. Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
35. Kendimi ve ihtiyaçlarımı iyi anlarım.	( )	( )	( )	( )	( )

EK 4- ONAM FORMU

AYDINLATILMIŞ (BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU :

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastahanesi'nde koroner arter bypass greft ameliyatı olan hastaların taburculuk sonrası yaşadıkları sorunların ve sorunlara yönelik yaptıkları uygulamaların ve öz-bakım güçlerinin belirlenmesi amacıyla hasta bilgilendirme ve onay alma formu.

Araştırmanın açıklanması :

Bu araştırma, Lefkoşa Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastahanesi'nde koroner arter bypass greft ameliyatı olan hastaların taburculuk sonrası yaşadıkları sorunların, sorunlara yönelik yaptıkları uygulamaların ve öz bakım güçlerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Anketteki soruları içtenlikle yanıtlamanız çalışmanın sonuçlarının doğruluğu ve geçerliliği için oldukça önemlidir.

Bu araştırma, sağlık personeli tarafından verilecek sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesi bakımından son derece önemlidir.

Sizinde bu çalışmaya katılmanızı öneriyoruz. Karar vermeden önce, araştırmanın neden yapıldığı ve neyi içereceğini anlamanız sizin için önemlidir. Ancak araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Katılıp katılmama sizin vereceğiniz bir karardır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Katılmaya karar verdiğinizde bir neden göstermeksizin istediğiniz zaman araştırmadan ayrılmakta serbestsiniz. Araştırmada elde edilen veriler kimliğinizi belirlemeden sağlık alanındaki öğrencilerin eğitiminde veya bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir.

Bu amaçların dışında bu veriler, kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katılmanız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma kesinlikle size zarar vermeyecektir. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası size verilecektir. Araştırmaya katılmaya karar verdiğinizde sizin hakkınızda kısa tanıtıcı bilgiler ve konu ile ilgili sorular araştırmacı tarafından sorulacaktır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma

sonuçlarını doğrudan etkilenmeyeceği için objektif olmanızı ve soruların tümünü cevaplamanızı rica ederiz.

Araştırma öğretim üyesi Doç.Dr. Sevilay Şenol ÇELİK tarafından koordine edilmektedir.

Okuduğunuz için teşekkür ederim.

Adres: Yakın Doğu Üniversitesi Hem. Fatma Direk
Sağlık Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Lefkoşa/KKTC

Katılımcının Beyanı :

Sayın Hem. Fatma DİREK tarafından, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tez çalışması yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında büyük bir özen ve saygı ile yaklaşacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin itimatla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorunla karşılaştığımda herhangi bir saate araştırmacı Fatma DİREK ile hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma bir düşünce süresi sonunda adı geçen bu araştırmada katılımcı olarak yer alama kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı :

Adı, Soyadı :

Adresi :

Tel :

İmza :

Görüşme Tanığı:

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı İle Görüşen Araştırmacı

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

EK 5

3/10

05.08.10

KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI
YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI DAİRESİ

Sayı.YTK.0.00 19/77-10/1994 Lefkoşa : 27.07.2010

Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastahanesi Başhemşireliği,
(Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastahanesi Başhekimi eliyle)
Lefkoşa.

Yakındoğu Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm Başkanlığı'ndan alınan" Koroner Arter Bypass Gref Ameliyatı Olan Hastaların Taburculuk Sonrası Yaşadıkları Sorunlara Yönelik Yaptıkları Uygulamaların ve Öz- Bakım Güçlerinin Belirlenmesi" konulu anket çalışması ile ilgili yazı sureti ekte gönderilmektedeir.

Bilgi ve gereğini saygı ile rica edrim.

Dr. İlkay ŞENTÜRKLER
Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi
Müdürü

Başhemşire

ÜŞ.

Adres: Hedreddin Demirel Caddesi No: 142 Lefkoşa.
Tel: (+90 392) 228 3173, 228 4011, 228 4068 / Faks: (+90 392) 228 4247

EK TABLOLAR

Ek Tablo1. Hastaların Cinsiyetine Göre Yaşadıkları Sorunların Dağılımı (N:53)

Sorunlar	Cinsiyet				İstatistiksel Değerlendirme
	Kadın		Erkek		
	Sayı	%	Sayı	%	
Sırt üstü pozisyonda yatamama	13	24,52	25	47,16	P:0,129
Ziyaretçi kabul etmeme	12	22,62	25	47,16	P:0,310
Dispne	6	11,32	17	32,07	P:0,754
Göğüs ağrısı	7	13,20	16	30,18	P:0,763
Yorgunluk	7	13,20	15	28,30	P:0,632
Korku	4	7,5	14	26,41	P:0,481
İştahsızlık	5	9,43	13	24,52	P:0,952
Uykusuzluk	6	11,32	13	24,52	P:0,692
Halsizlik	7	13,20	12	22,64	P:0,302
Uykuya dalmada güçlük	4	7,5	11	20,75	P:0,868
Karamsarlık	5	9,43	14	26,41	P:0,754
Yara yerinde ağrı	5	9,43	10	18,86	P:0,609

Ek Tablo 2. Hastaların Medeni Durumuna Göre Yaşadıkları Sorunların Dağılımı (N:53)

Sorunlar	Medeni Durumu				İstatistiksel Değerlendirme
	Evli		Bekar		
	Sayı	%	Sayı	%	
Sırt üstü pozisyonda yatamama	31	58,49	7	13,20	P:0,524
Ziyaretçi kabul etmeme	30	56,60	7	13,20	P:0,745
Göğüs ağrısı	21	39,62	2	3,77	P:0,332
Yorgunluk	18	33,96	4	7,54	P:0,621
Dispne	17	32,07	6	11,32	P:0,303
İştahsızlık	15	28,30	3	5,66	P:0,328
Halsizlik	15	28,30	4	7,54	P:0,518
Uykusuzluk	14	26,41	5	9,43	P:0,247
Korku	14	26,41	4	7,54	P:0,467
Karamsarlık	13	24,52	3	5,66	P:0,298
Yara yerinde ağrı	13	24,52	3	5,66	P:0,790

Ek Tablo 3. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Yaşadıkları Sorunların Dağılımı (N:53)

Sorunlar	**Eğitim Durumu**						**İstatistiksel Değerlendirme**
	İlkokul		**Ortaokul**		**Lise ve üzeri**		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Dispne	9	16,98	13	24,52	1	1,88	P:0,473
Göğüs ağrısı	11	20,75	12	22,64	-	-	P0,607
İştahsızlık	16	30,18	19	35,84	1	1,88	P:0,354
Yara yerinde ağrı	6	11,32	9	16,98	-	-	P:0,757
Uykuya dalmada güçlük	4	7,24	10	18,86	1	1,88	P:0,109
Uykusuzluk	7	13,20	11	20,75	1	1,88	P:0,343
Sırt üstü pozisyonda yatamama	18	33,96	19	35,84	1	1,88	P:0489
Halsizlik	8	15,09	10	18,86	1	1,88	P:0,402
Yorgunluk	10	18,86	11	20,75	1	1,88	P:0,450
Korku	9	16,98	9	16,98	-	-	P:0,638
Karamsarlık	7	13,20	8	15,09	1	1,88	P:0,300
Ziyaretçi kabul etmeme	17	32,07	19	35,84	1	1,88	P:0,647

Ek Tablo 4. Hastaların Alkol Kullanım Durumuna Göre Yaşadıkları Sorunların Dağılımı (N:53)

Sorunlar	Alkol Kullanma Durumu						İstatistiksel Değerlendirme
	Kullanmıyor		Günde bir kadeh		Günde bir kadehten fazla		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Dispne	19	35,84	2	3,77	2	3,77	P:0,666
Göğüs ağrısı	20	37,73	2	3,77	1	1,88	P:0,907
İştahsızlık	15	28,30	3	5,66	-	-	P:0,101
Yara yerinde ağrı	3	5,66	2	3,77	-	-	P:0,348
Uykuya dalmada güçlük	13	24,52	2	3,77	-	-	P:0,348
Uykusuzluk	16	30,18	2	3,77	1	1,88	P:0,827
Sırt üstü pozisyonda yatamama	36	67,92	2	3,77	-	-	P:0,009
Halsizlik	17	32,07	2	3,77	-	-	P:0,359
Yorgunluk	20	37,73	2	3,77	-	-	P:0,313
Korku	17	32,07	1	1,88	-	-	P:0,393
Karamsarlık	15	28,30	1	1,88	-	-	P:0,478
Ziyaretçi kabul etmeme	32	60,87	3	5,66	2	3,77	P:0,967

Ek Tablo 5. Hastaların Ameliyattan Sonra Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Yaşadıkları Sorunların Dağılımı (N:53)

Sorunlar	Birlikte Yaşadığı Kişiler												İstatiksel Değerlendirme
	Yalnız		Eşi		Eşi - çocuğu		Eşi - çocukları		Çocuğu		Çocukları		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Dispne	-	-	6	11,32	7	13.21	5	9,54	3	5,66	2	3,78	P:0,129
Göğüs ağrısı	-	-	8	15,1	4	7,55	9	11,99	-	-	2	3,78	P:0,157
İştahsızlık	-	-	5	9.54	4	7,55	7	13,31	2	3,78	-	-	P:0,398
Yara yerinde ağrı	-	-	6	11,32	5	9,54	3	5,66	-	-	1	1,89	P:0,304
Uykuya dalmada güçlük	-	-	5	9,54	4	7,55	3	5,66	2	3,78	1	1,89	P:0,713
Uykusuzluk	1	1,89	7	13,31	2	3,78	6	11,32	2	3,78	1	1,89	P:0,715
Sırt üstü pozisyonda yatamama	1	1,89	13	24,53	8	15,1	10	18,87	4	7,55	2	3,78	P:0,612
Halsizlik	-	-	9	16,69	3	5,66	3	5,66	3	5,66	1	1,89	P:0,612
Yorgunluk	-	-	10	18,87	4	7,55	4	7,55	3	5,66	1	1,89	P:0,728
Korku	-	-	3	5,66	7	13,31	4	7,55	3	5,66	1	1,89	P:0,191
Karamsarlık	-	-	7	13,31	5	9,54	1	1,89	3	5,66	-	-	P:0,069
Ziyaretçi kabul etmeme	1	1,89	14	26,42	6	11,32	10	18,87	4	7,55	2	3,78	P:0,974

Ek Tablo 6. Hastaların Kalp Akciğer Makinesine Bağlanma Durumuna Göre Yaşadıkları Sorunların Dağılımı (N:53)

Sorunlar	Kalp Akciğer Makinesine Bağlanma Durumun				İstatistiksel Değerlendirme
	Bağlandı		Bağlanmadı		
	Sayı	%	Sayı	%	
Dispne	21	39,62	2	3,77	P:0,225
Göğüs ağrısı	21	39,62	2	3,77	P: 0,225
İştahsızlık	16	30,18	1	1,88	P:0,561
Yara yerinde ağrı	14	26,41	1	1,88	P:0,282
Uykuya dalmada güçlük	13	24,52	2	3,77	P:0,822
Uykusuzluk	15	28,30	4	7,54	P:0,365
Sırt üstü pozisyonda yatamama	32	60,37	6	11,32	P:0,822
Halsizlik	18	33,96	1	1,88	P:0,135
Yorgunluk	20	37,73	2	3,77	P:0,304
Korku	14	26,41	4	7,54	P:0,299
Karamsarlık	13	24,52	3	5,66	P:0,237
Ziyaretçi kabul etmeme	30	56,60	7	13,20	P:0,237

Ek Tablo 7. Hastaların Alınan Damara Göre Yaşadıkları Sorunların Dağılımı (N:53)

Sorunlar	Alınan Damar								İstatistiksel Değerlendirme
	İMA		İMA+ safen ven		İMA+ safen ven+radyal arter		İMA+ radyal arter		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Dispne	1	1,88	18	33,96	4	7,54	-	-	P:0,547
Göğüs ağrısı	-	-	20	37,73	3	5,66	-	-	P:0,432
İştahsızlık	1	1,88	15	28,30	2	3,77	-	-	P:0,327
Yara yerinde ağrı	-	-	12	22,64	3	5,66	-	-	P:0,844
Uykuya dalmada güçlük	1	1,88	12	22,64	1	1,88	1	1,88	P:0,081
Uykusuzluk	1	1,88	13	24,52	4	7,54	1	1,88	P:0,266
Sırt üstü pozisyonda yatamama	1	1,88	29	54,71	7	13,20	1	1,88	P:0,844
Halsizlik	-	-	19	35,84	-	-	-	-	P:0,034
Yorgunluk	-	-	22	41,50	-	-	-	-	P:0,012
Korku	1	1,88	14	26,41	2	3,77	1	1,88	P:0,190
Karamsarlık	1	1,88	14	26,41	-	-	1	1,88	P:0,026
Ziyaretçi kabul etmeme	1	1,88	26	49,05	6	11,32	1	1,88	P:0,720

Ek Tablo 8. Hastaların Alınan Damar Sayısına Göre Yaşadıkları Sorunların Dağılımı (N:53)

Sorunlar	Damar sayısı				İstatistiksel Değerlendirme
	1-3 damar		4 ve üzeri		
	Sayı	%	Sayı	%	
Dispne	15	28,30	8	15,09	P:0,179
Göğüs ağrısı	10	18,86	13	24,52	P:0,150
İştahsızlık	8	15,09	10	18,86	P:0,281
Yara yerinde ağrı	6	11,32	9	16,98	P:0,627
Uykuya dalmada güçlük	9	16,98	6	11,32	P:0,627
Uykusuzluk	13	24,52	6	11,32	P:0,134
Sırt üstü pozisyonda yatamama	20	37,73	18	33,96	P:0,627
Halsizlik	10	18,86	9	16,89	P:0,820
Yorgunluk	12	22,64	10	18,86	P:0,983
Korku	12	22,64	6	11,32	P:0,210
Karamsarlık	11	20,57	5	9,43	P:0,177
Ziyaretçi kabul etmeme	20	37,73	17	32,07	P:0,883

Ek Tablo 9. Hastaların Hastanede Yatış Sürelerine Göre Yaşadıkları Sorunların Dağılımı (N:53)

Sorunlar	Hastanede Yatış Süresi				İstatistiksel Değerlendirme
	4-7 gün		8 ve üzeri gün		
	Sayı	%	Sayı	%	
Dispne	11	20,75	12	22,64	P:0,259
Göğüs ağrısı	11	20,75	12	22,64	P:0,259
İştahsızlık	7	13,20	11	20,75	P:0,062
Yara yerinde ağrı	8	15,09	7	13,20	P:0,763
Uykuya dalmada güçlük	8	15,09	7	13,20	P:0,763
Uykusuzluk	10	18,86	9	16,89	P:0,663
Sırt üstü pozisyonda yatamama	23	43,39	15	28,30	P:0,359
Halsizlik	10	18,86	9	16,89	P:0,663
Yorgunluk	11	20,75	10	20,75	P:0,414
Korku	10	18,86	8	15,09	P:0,912
Karamsarlık	7	13,20	9	16,89	P:0,214
Ziyaretçi kabul etmeme	21	39,62	16	30,18	P:0,973

Ek Tablo10. Hastaların Öz Bakım Gücü Puan Ortalamasına Göre Yaşadıkları Sorunların Dağılımı (N:53)

Sorunlar	**Öz-Bakım Gücü Puanı**						**İstatistiksel Değerlendirme**
	82 ve alt puan		**83-120 puan**		**121 ve üzeri puan**		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Dispne	2	3,78	15	28,31	6	11,32	P:0,674
Göğüs ağrısı	3	5,66	12	22,65	8	15,10	P:0,716
İştahsızlık	2	3,78	7	13,21	9	16,99	P:0,069
Yara yerinde ağrı	2	3,78	10	18,87	3	5,66	P:0,596
Uykuya dalmada güçlük	1	1,89	11	20,76	3	5,66	P:0,385
Uykusuzluk	1	1,89	12	22,65	6	11,32	P:0,580
Sırt üstü pozisyonda yatamama	4	7,55	22	41,51	12	22,65	P:0,919
Halsizlik	3	3,66	12	22,65	5	9,44	0,484
Yorgunluk	3	3,78	14	26,42	5	9,44	P:0,594
Korku	2	3,78	11	20,76	5	9,44	P:0,958
Karamsarlık	1	1,89	13	24,53	2	3,78	P:0,085
Ziyaretçi kabul etmeme	4	7,55	22	41,51	11	20,76	P:0,972

Ek Tablo11. Hastaların Sorunlarını Çözümleme Durumu (n:53)

Çözümleme durumu	1.Hafta		2. Hafta		3. Hafta		4. Hafta	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Dispne								
Sorun Çözüldü	-	-	11	20,8	4	7,5	-	-
Sorun Çözülmedi	20	37,7	10	18,9	6	11,3	6	11,3
Göğüs Ağrısı								
Sorun Çözüldü	1	1,9	14	26,4	3	5,7	1	1,9
Sorun Çözülmedi	21	39,6	8	15,1	4	7,5	4	7,5
Çarpıntı								
Sorun Çözüldü	2	3,8	4	7,5	1	1,9	-	-
Sorun Çözülmedi	6	11,3	2	3,8	2	3,8	2	3,8
Bacakta Şişlik								
Sorun Çözüldü	-	-	3	5,7	6	11,3	2	3,8
Sorun Çözülmedi	14	26,4	9	17,0	5	9,4	2	3,8
Varis çorabı kullanamama								
Sorun Çözüldü	-	-	4	7,7	1	1,9	-	-
Sorun Çözülmedi	7	13,2	4	7,5	2	3,8	2	3,8
İştahsızlık								
Sorun Çözüldü	-	-	7	13,2	7	13,2	-	-
Sorun Çözülmedi	16	30,2	8	15,1	4	7,5	4	7,5
Bulantı								
Sorun Çözüldü	-	-	1	1,9	1	1,9	-	-
Sorun Çözülmedi	2	3,8	1	1,9	1	1,9	1	1,9
Kabızlık								
Sorun Çözüldü	-	-	1	1,9	1	1,9	-	-
Sorun Çözülmedi	5	9,4	4	7,5	2	3,8	2	3,8
Yarada Akıntı								
Sorun Çözüldü	-	-	1	1,9	1	1,9	-	-
Sorun Çözülmedi	2	3,8	3	5,7	2	3,8	2	3,8
Yara Yerinde Kızarıklık								
Sorun Çözüldü	-	-	4	7,5	1	1,9	-	-
Sorun Çözülmedi	5	9,4	1	1,9	-	-	-	-
Y arada Şişlik								
Sorun Çözüldü	-	-	1	1,9	2	3,8	-	-
Sorun Çözülmedi	4	7,5	3	5,7	1	1,9	1	1,9

Ek Tablo11 (Devam). Hastaların Sorunlarını Çözümleme Durumu (n:53)

Yarda Ağrı Sorun Çözüldü Sorun Çözülmedi	- 15	- 28,3	7 8	13,2 15,1	2 5	3,8 9,4	- 5	- 9,4
Yara Açılması Sorun Çözüldü Sorun Çözülmedi	- 4	- 7,5	1 3	1,9 5,7	1 3	1,9 5,7	- 3	- 5,7
Uykuya Dalamama Sorun Çözüldü Sorun Çözülmedi	- 14	- 26,4	10 5	18,9 9,4	2 3	3,8 5,7	2 3	3,8 5,7
Uykusuzluk Sorun Çözüldü Sorun Çözülmedi	- 17	- 32,1	7 10	13,2 18,9	5 7	9,4 13,2	- 7	- 13,2
Uyku bölünmesi Sorun Çözüldü Sorun Çözülmedi	- 13	- 24,5	6 7	11,3 13,2	2 5	3,8 9,4	- 5	- 9,4
Sürekli gündüz uyuma Sorun Çözüldü Sorun Çözülmedi	- 6	- 11,3	3 3	5,7 5,7	2 1	3,8 1,9	1 -	1,9 -
Sırt Ağrısı Sorun Çözüldü Sorun Çözülmedi	1 10	1,9 18,9	8 3	15,1 5,7	1 1	1,9 1,9	- 2	- 3,8
Sırt Üstü Pozisyonda Yatamama Sorun Çözüldü Sorun Çözülmedi	- 38	- 71,7	14 24	26,4 45,3	11 14	20,8 26,4	1 13	1,9 24,5
Halsizlik Sorun Çözüldü Sorun Çözülmedi	- 17	- 32,1	9 8	17,0 15,1	2 9	3,8 17,0	1 8	1,9 15,1
Yorgunluk Sorun Çözüldü Sorun Çözülmedi	- 21	- 39,6	11 10	20,8 18,9	5 6	9,4 11,3	- 6	- 11,3
Kilo Artışı Sorun Çözüldü Sorun Çözülmedi	- 1	- 1,9	- 1	- 1,9	- 3	- 5,7	- 3	- 5,7
Dikkatte Azalma Sorun Çözüldü Sorun Çözülmedi	- 6	- 11,3	1 5	1,9 9,4	2 3	3,8 5,7	- 3	- 5,7

Ek Tablo11 (Devam). Hastaların Sorunlarını Çözümleme Durumu (n:53)

Korku								
Sorun Çözüldü	1	1,9	6	11,3	8	15,1	1	3,8
Sorun Çözülmedi	17	32,1	11	20,8	1	3,8	-	-
Kolay İncinme								
Sorun Çözüldü	-	-	3	5,7	-	-	-	-
Sorun Çözülmedi	3	5,7	-	-	-	-	-	-
Karamsarlık								
Sorun Çözüldü	-	-	9	17,0	3	5,7	1	1,9
Sorun Çözülmedi	13	24,5	4	7,5	5	9,4	4	7,5
İçe Kapanma								
Sorun Çözüldü	-	-	3	5,7	2	3,8	1	3,8
Sorun Çözülmedi	7	13,2	6	11,3	5	9,4	4	7,5
Sigaraya Başlama								
Sorun Çözüldü	-	-	-	-	-	-	-	-
Sorun Çözülmedi	1	1,9	2	3,8	5	9,4	5	9,4
Ziyaretçi Kabul Etmeme								
Sorun Çözüldü	-	-	16	30,2	9	17,0	1	1,9
Sorun Çözülmedi	33	62,3	18	34,0	8	15,1	7	13,2
Aktivitelere Katılmama								
Sorun Çözüldü	1	1,9	17	32,1	7	13,2	2	3,8
Sorun Çözülmedi	37	69,8	22	41,5	13	24,5	10	18,9
Kilo Kaybı								
Sorun Çözüldü	-	-	-	-	-	-	-	-
Sorun Çözülmedi	1	1,9	1	1,9	1	1,9	1	1,9
Üriner Enfeksiyon								
Sorun Çözüldü	-	-	-	-	1	1,9	-	-
Sorun Çözülmedi	-	-	1	1,9	4	7,5	4	7,5
Gastrointestinal Kanama								
Sorun Çözüldü	-	-	-	-	-	-	-	-
Sorun Çözülmedi	-	-	-	-	2	3,8	2	3,8

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1973 yılında Osmaniye'de doğmuştur. İlk, orta ve lise eğitimini KKTC'de tamamlamıştır. 1996 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun olmuş ve 1997 yılında KKTC'de Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi'nde göreve başlamıştır. 1997 yılında genel ameliyathanede çalışmaya başlayan araştırmacı, 2005 yılında enfeksiyon hemşiresi olarak görev yapmıştır. 2008 yılında Kalp ve Damar Cerrahi Servisi ve Kalp ve Damar Cerrahisi ameliyathanesi sorumlu hemşiresi olarak görev yapmaya başlamış ve halen o bölümde çalışmaktadır.