T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KORONER ARTER BAYPAS GREFTLİ HASTALARDA HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN ÖĞRENİM GEREKSİNİMİNİN KARŞILANMASI, İYİLEŞME ALGISI, BAŞETME-UYUM VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

EMİNE ÇATAL

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

İZMİR–2015

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2007970175

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KORONER ARTER BAYPAS GREFTLİ HASTALARDA HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN ÖĞRENİM GEREKSİNİMİNİN KARŞILANMASI, İYİLEŞME ALGISI, BAŞETME-UYUM VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

EMİNE ÇATAL

Danışman Öğretim Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Aklime Dicle

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2007970175

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı öğrencisi Emine ÇATAL **"Koroner Arter Baypas Greftli Hastalarda Hemşirelik Girişimlerinin Öğrenim Gereksiniminin Karşılanması, İyileşme Algısı, Başetme-Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi"** konulu Doktora Tezi'ni 27.02.2015 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.

Yard. Doç. Dr. Aklime DİCLE
İstanbul Sebahattin Zaim Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
BAŞKAN

Prof. Dr. Zuhal BAHAR
Koç Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu
ÜYE

Doç Dr. Özgül KARAYURT
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
ÜYE

Doç. Dr. Levent YILIK
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
ÜYE

Yard. Doç. Dr. Özlem BİLİK
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
ÜYE

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER i
TABLO DİZİNİ x
ŞEKİL DİZİNİ xiv
KISALTMALAR xv
ÖZET 1
ABSTRACT 2

BÖLÜM I
GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 3
1.2. Araştırmanın Amacı 7
1.3. Araştırma Soruları 7
1.4. Araştırmanın Hipotezleri 7

BÖLÜM II
GENEL BİLGİLER

2.1. Koroner Arter Hastalığı 12
2.1.1. Koroner Arter Hastalığının Epidemiyolojisi 12
2.1.3. Koroner Arter Hastalıklarının Nedenleri 15
2.1.4. Koroner Aterosklerozun Fizyopatolojisi 17
2.1.5. Koroner Arter Hastalıklarında Risk Faktörleri ve Korunma 20
2.1.7. Koroner Arter Hastalıklarında Risk Hesaplama 22
2.1.8. Koroner Arter Hastalıklarında Prognoz ve Tedavi 25
2.2. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi 26
2.2.1. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisinin Tarihçesi 26
2.2.2. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisinin Endikasyonları 28
2.2.3. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisinin Kontrendikasyonları 29
2.2.4. Preoperatif Değerlendirme 29
2.2.4.1. Anestezi Risk Değerlendirmesi 29

2.2.4.2. Cerrahi Risk Değerlendirmesi 31
2.2.5. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi Uygulamasında Kullanılan Yöntemler 32
2.2.4.1. Standart Cerrahi Teknik (On-pump) 32
2.2.4.1.2. Kardiyopulmoner Baypas/Ekstrakorperal Dolaşım.....33
2.2.4.2. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisinde Diğer Teknikler 38
2.2.6.Greft/Konduit Seçimi 38
2.2.7. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisinin Komplikasyonları.....40
2.3. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı 42
2.3.1. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi Öncesi Hemşirelik Bakımı 42
2.3.1.1. Fizyolojik Hazırlık.....42
2.3.1.2. Psikolojik Hazırlık.....44
2.3.1.3. Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi 44
2.3.1.4. Yasal Hazırlık 45
2.3.2. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi Sonrası Hemşirelik Bakımı 45
2.3.2.1. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi Sonrası Erken Dönem Bakım Yönetimi ...46
2.3.2.2. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi Sonrası Uzun Dönem Bakım Yönetimi 47
2.3.2.3. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Öğrenim Gereksinimleri 50
2.3.2.4. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi Uygulanan Hastalarda İyileşme Algısı 52
2.3.2.5. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Başetme Uyum Düzeyi.....53
2.3.2.6. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesi 56

TEORİK ÇERÇEVE

2.4. Roy Uyum Modeli 60
2.4.1. Modelin Gelişimi.....60
2.4.2. Modelin Ana Kavramları.....61
2.4.2.1. Uyum Süreci 63
2.4.2.2. Başetme Süreci 64
2.4.2.3. Çevresel Uyaranlar 65
2.4.2.4. Uyum Alanları 66
2.4.3. Roy Uyum Modeli'ne Göre Hemşireliğin Dört Metaparadigma Kavramı 68

2.4.3.1. İnsan 68
2.4.3.2. Çevre.....68
2.4.3.3. Sağlık.....69
2.4.3.4. Hemşirelik 69
2.4.3.5. Roy Uyum Modeli'nde Hemşireliğin Dört Metaparadigma Kavramı Arasındaki İlişki.....70
2.5. Roy Uyum Modeli'ne Göre Hemşirelik Süreci.....70
2.5.1. Roy Uyum Modeli'ne Göre Koroner Arter Baypas Greft Uygulanan Hastalarda Erken Dönem Bakım Yönetiminde Hemşirelik Süreci 71
2.6. Roy Uyum Modeli'nin Araştırmada Kullanımı 82
2.6.1. Hemşirelik Araştırmalarında Modelin Yararlılığı.....83
2.6.2. Roy Uyum Modeli'nin Koroner Arter Baypas Greft Uygulanan Hastalarda Uygulanması.....84

BÖLÜM III

1.AŞAMA

BAŞETME VE UYUM SÜRECİ ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKİYE'DE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN İNCELENMESİ

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....86
3.1. Araştırmanın Tipi 86
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....86
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....86
3.3.1.Araştırmaya/Örnekleme Alınma Ölçütleri 86
3.4. Veri Toplama Araçları.....86
3.4.1. Form I. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Bölümü 86
3.4.2. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği.....87
3.4.3. 3.4.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği 88
3.5. Verilerin Toplanması.....89

3.6. Araştırmanın Planı ve Takvimi....89
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi....91
3.7.1. Psikolinguistik Özelliklerinin İncelenmesi/Dil Uyarlaması....91
3.7.1.1. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'nin Dil Geçerliğinin İncelenmesi....91
3.7.2. Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi....92
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları....92
3.9. Araştırma Etiği....92
3.10. Araştırmacının Yeterliliği....93
3.11. Araştırmada Yaşanan Güçlükler....93
4. BULGULAR....94
4.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler....94
4.2. Psikolinguistik Özelliklerinin İncelenmesi/Dil Uyarlaması....94
4.2.1. Dil Geçerliği....94
4.3. Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi....95
4.3.1. Geçerlik....95
4.3.1.1. İçerik Geçerliği....95
4.3.1.2. İç Ölçüt Geçerliği....97
4.3.1.3. Yapı Geçerliği....98
4.3.1.4. Eş Zaman Geçerliği/Paralel Form Güvenirliği....103
4.3.2. Güvenirlik....104
4.3.2.1. Tanımlayıcı İstatistikler/Ölçmenin Standart Hatası....105
4.3.2.2. İç Tutarlık Güvenirlik Katsayısı....105
4.3.2.3. Madde Analizi....106
5. TARTIŞMA....109
5.1. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği Geçerliğinin İncelenmesi....109
5.2. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği Güvenirliğinin İncelenmesi....114
6. SONUÇ ve ÖNERİLER....117
6.1. Sonuçlar....117
6.2. Öneriler....118

BÖLÜM IV

2.AŞAMA

KORONER ARTER BAYPAS GREFT GEÇİREN HASTALARDA TABURCULUK ÖNCESİ STRESÖRLERİN ROY UYUM MODELİ'NE GÖRE BELİRLENMESİ

7. GEREÇ ve YÖNTEM 119
7.1. Araştırmanın Tipi 119
7.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer 119
7.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 119
7.3.1.Araştırmaya/Örnekleme Alınma Ölçütleri 119
7.4. Veri Toplama Araçları 120
7.4.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu 120
7.4.2. Yarı-yapılandırılmış Soru Formu 121
7.5.Verilerin Toplanması 121
7.6. Araştırmanın Niteliksel Aşamasının Planı ve Takvimi 122
7.7. Verilerin Değerlendirilmesi 123
7.8. Araştırmanın Sınırlılıkları 124
7.9. Araştırma Etiği 124
7.10. Araştırmacının Yeterliliği 125
7.11. Araştırmada Yaşanan Güçlükler 125
8. BULGULAR 125
8.1. Koroner Arter Baypas Greft Geçiren Hastalarda Taburculuk Öncesi Stresörlerin Roy Uyum Modeli'ne Göre Belirlenmesi 125
8.1.1. Bilgi Gereksinimi 126
8.1.2. Ölüm Algısı 129
8.1.3. Değişim 131
8.1.4. Endişe/Kaygı 133
8.1.5. Korku 134
8.1.6. Öfke 135
8.1.7. Belirsizlik 136
8.1.8. İyileşme Algısı 137

8.1.9. Sosyal Destek 137
9. TARTIŞMA.....138
9.1. Koroner Arter Baypas Greft Geçiren Hastalarda Taburculuk Öncesi Stresörlerin Roy Uyum Modeli'ne Göre İncelenmesi.....138
10. SONUÇ ve ÖNERİLER.....143
10.1. Sonuçlar.....143
10.2. Öneriler.....143

BÖLÜM V

3.AŞAMA

KORONER ARTER BAYPASS GREFT UYGULANAN HASTALARDA ROY UYUM MODELİ'NE GÖRE VERİLEN HEMŞİRELİK BAKIMININ; ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİNİN KARŞILANMA DURUMU, İYİLEŞME ALGISI, BAŞETME-UYUM DÜZEYİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

11. GEREÇ VE YÖNTEM.....144
11.1. Araştırmanın Tipi 144
11.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....144
11.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....145
11.3.1.Örneklem Büyüklüğü 147
11.4.Araştırmanın Değişkenleri.....147
11.5. Veri Toplama Araçları.....148
11.5.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu 148
11.5.2. İyileşme Algısı ve Ameliyat Sonrası İzleme İlişkin Bilgiler Formu 149
11.5.3. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği.....149
11.5.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu 150
11.5.5. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği 152
11.6. Verilerin Toplanması.....154
11.6.1. Girişim Grubu Hastalarında Veri Toplama Süreci 157
11.6.2. Girişim Grubuna Uygulanan Roy Uyum Modeli'ne Göre Verilen Hemşirelik Bakımı 158

11.6.3. Araştırmanın Roy Uyum Modeli Kavramları, Araştırmanın Değişkenleri ve Deneysel Göstergeler Arasındaki İlişki 162
11.6.4. Kontrol Grubu Hastalarında Veri Toplama Süreci 165
11.6.5. Kontrol Grubu Hastalarına Klinikte Uygulanan Rutin Bakım 165
11.7. Araştırmanın Planı ve Takvimi 166
11.8. Verilerin Değerlendirilmesi 168
11.9. Araştırmanın Sınırlılıkları 170
11.10. Araştırma Etiği 170
11.11. Araştırmacının Yeterliliği 170
11.12. Araştırmada Yaşanan Güçlükler 171
11.13. Araştırmanın Bütçesi 171
12. BULGULAR 172
12.1. Girişim ve Kontrol Grubuna Alınan Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerinin İncelenmesi 172
12.2. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Başetme-Uyum, Yaşam Kalitesi Başlangıç Verilerinin İncelenmesi 176
12.3. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Öğrenim Gereksinim Öncelikleri ve Gereksinim Karşılanma Durumlarının İncelenmesi 178
12.4. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların İyileşme Algılarının İncelenmesi 191
12.5. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Başetme-Uyum Düzeylerinin İncelenmesi 193
12.6. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi 199
13. TARTIŞMA 208
13.1. Girişim ve Kontrol Grubuna Alınan Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Öğrenim Gereksinim Önceliklerinin ve Gereksinim Karşılanma Durumlarının İncelenmesi 209
13.2. Girişim ve Kontrol Grubuna Alınan Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların İyileşme Algılarının İncelenmesi 215
13.3. Girişim ve Kontrol Grubuna Alınan Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Başetme-Uyum Düzeylerinin İncelenmesi 216

13.4. Girişim ve Kontrol Grubuna Alınan Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi 218
14. SONUÇ ve ÖNERİLER 222
14.1. Sonuçlar 222
14.2. Öneriler 222
14.2.1. Uygulama Alanına Yönelik Öneriler 223
14.2.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler 223
15. DOKTORA TEZİ PROJESİNİN GENEL SONUÇLARI 223
KAYNAKLAR 225
EKLER
Ek 1. Etik Kurul İzin Belgeleri 245
Ek 1.1. DEÜ Tıp Fakültesi Klinik ve Laboratuar Araştırmaları Etik Kurul İzni 245
Ek 1.2. DEÜ Tıp Fakültesi Klinik ve Laboratuar Araştırmaları Etik Kurulu Proje İsim Değişikliği Kararı 246
Ek 2. Tez Uygulama Kurum İzin Belgeleri 247
Ek 2.1. Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştirma Hastanesi Kurum İzin Belgesi 247
Ek 2.2. Ege Üniversitesi Tip Fakültesi Hastanesi Kurum İzin Belgesi 248
Ek 2.3. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kurum İzin Belgesi 249
Ek 2.4. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzinleri Belgesi 250
Ek 2.5. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kurum İzin Belgesi 251
Ek 3. Veri Toplamada Kullanılacak Ölçekler İçin İzin Yazıları 252
Ek 3.1. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği İçin Ölçek Sahibinden Alınan İzin Yazısı 252
Ek 3.2. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Ölçek Sahibinden Alınan İzin Yazısı 253
Ek 3.3. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği İçin Ölçek Sahibinden Alınan İzin Yazısı 254
Ek 4. Araştırmaya Katılan Hastalardan Alınan Bilgilendirilmiş Olur Formları 255
Ek 4.1. Araştırmanın I. Aşamasına Katılan Hastalardan Alınan Bilgilendirilmiş Olur Formu (Bilgilendirilmiş Olur Formu I) 255
Ek 4.2. Araştırmanın II. Aşamasına Katılan Hastalardan Alınan Bilgilendirilmiş Olur Formu (Bilgilendirilmiş Olur Formu II) 256
Ek 4.3. Araştırmanın III. Aşamasına Katılan Kontrol Grubu Hastalarından Alınan Bilgilendirilmiş Olur Formu (Bilgilendirilmiş Olur Formu III) 257

Ek 4.4. Araştırmanın III. Aşamasına Katılan Deney Grubu Hastalarından Alınan Bilgilendirilmiş Olur Formu (Bilgilendirilmiş Olur Formu IV) 258
Ek 5. Veri Toplama Formları 259
Ek 5.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu.....259
Ek 5.2. İyileşme Algısı ve Ameliyat Sonrası İzleme İlişkin Bilgiler Formu.....260
Ek 5.3. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği-Türkçe Formu 262
Ek 5.4. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği-İngilizce Formu 264

Ek 5.5. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği Kullanım Kılavuzu-Türkçe.....266
Ek 5.6. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği Kullanım Kılavuzu-İngilizce 271
Ek 5.7. Stresle Başa Çıkma Tazları Ölçeği 276
Ek 5.8. Kalitatif Yarı-yapılandırılmış Soru Formu.....277
Ek 5.9. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....278
Ek 5.10. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Özet Değerlerin Hesaplanması.....280
Ek 5.11. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği 284
Ek 6. Niteliksel Araştırma Aşamasında Görüşme Yapılan Korner Arter Baypas Greft Uygulanan Hastaların Özellikleri.....286
Ek 7. Koroner Arter Baypas Greft Uygulanan Hastalar İçin Taburculuk Eğitim Kitapçığı Uzman Görüş Formu 287
Ek 8. Koroner Arter Baypas Greft Uygulanan Hastalar İçin Taburculuk Eğitim Kitapçığı İçin Görüş Alınan Uzmanlar.....291
Ek 9. Araştırmacının Özgeçmişi.....293
Ek 10. Tezden Yapılan Çalışmalar.....399
Ek 11. Koroner Arter Baypas Greft Uygulanan Hastalar İçin Taburculuk Eğitim Kitapçığı-"YENİLENEN KALP DAMARLARINIZLA UYUMLU BİR YAŞAM İÇİN"…300

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Koroner Arter Hastalığı için Risk Faktörlerinin Sınıflaması 21
Tablo 2. Amerikan Kardiyoloji Birliği/ Amerikan Kalp Derneği 2011 Kılavuzu Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisinin Endikasyonları 28
Tablo 3. Amerikan Anesteziyoloji Derneği Anestezi Risk Sınıflaması 30
Tablo 4. New York Kalp Birliği Fonksiyonel Durum Sınıflaması.....31
Tablo 5. Kardiyopulmoner Baypastan Ayrılmada Gerekli Parametreler 37
Tablo 6. Minimal İnvaziv Kalp Cerrahi İle İlgili Kullanılan Terimler 38
Tablo 7. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisinde Kullanılan Greftlerin Avantaj ve Dezavantajları 39
Tablo 8. Kardiyopulmoner Baypasın Organ ve Sistemler Üzerine Etkisi.....41
Tablo 9. Miyokardiyal Revaskülarizasyondan Sonra Uzun Vadeli Yaşam Biçimi ve Risk Faktörü Yönetimi.....49
Tablo 10. Roy Uyum Modelini'nin Araştırmada Kullanımı 82
Tablo 11. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'nin Alt Ölçek Madde ve Puanları 87
Tablo 12. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin Alt Ölçek Madde ve Puanları.....88
Tablo 13. Araştırmanın Metadolojik Aşamasının Planı ve Takvimi.....90
Tablo 14. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'nin Psikometrik Özelliklerin İncelenmesinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler.....92
Tablo 15. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'nin İçerik Geçerliğinde Uzman Görüşlerinin İncelenmesi.....96
Tablo 16. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'nin İç Ölçüt Geçerliğinin İncelenmesi.....98
Tablo 17. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'nin Kaiser-Meyer-Olkin ve Bartlett's Test Sonuçları 98
Tablo 18 . Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonrası Faktör Yapısı 99
Tablo 19. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İyiliği İstatistiği Sonuçları 101
Tablo 20. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği Toplam Puanı ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Kendine Güvenli Yaklaşım ve İyimser Yaklaşım Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....103
Tablo 21. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği Toplam Puanı ile Stresle Başa Çıkma

Tarzları Ölçeği Kendine Güvensiz Yaklaşım ve Boyun Eğici Yaklaşım Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması....104
Tablo 22. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Tanımlayıcı İstatistiklerinin İncelenmesi....105
Tablo 23. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği ve Alt Ölçeklerin Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı Değerlerinin İncelenmesi....105
Tablo 24. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'nin Madde-Toplam Puan Korelasyonunun İncelenmesi....106
Tablo 25. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'nin Alt Ölçek Madde Puanları ile Alt Ölçek Toplam Puanları Arasındaki Korelasyonun İncelenmesi....107
Tablo26. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'nin Ölçek Toplam Puanı ile Alt Ölçek Toplam Puanları Arasındaki Korelasyonun İncelenmesi....109
Tablo 27. Özgün Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'nin Diğer Dillere Uyarlanan Araştırma Sonuçlarından Elde Edilen Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı Değerleri....115
Tablo 28. Araştırmanın Örneklemine Alınan Koroner Arter Baypas Greft Uygulanan Hasta Özellikleri....120
Tablo 29. Niteliksel Araştırma Aşamasının Planı ve Takvimi....122
Tablo 30. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Ölçekler Madde ve Puanları....153
Tablo 31. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Özgün Ölçekte ve Türkçe'ye Uyarlamada Toplam Ölçek ve Alt Ölçeklerin Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı Değerlerinin İncelenmesi....154
Tablo 32. Araştırmanın Niceliksel Aşamasının Planı ve Takvimi....167
Tablo 33. Girişim ve Kontrol Grubuna Alınan Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri....173
Tablo 34. Girişim ve Kontrol Grubuna Alınan Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Dağılımı....174
Tablo 35. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Başetme-Uyum ve Yaşam Kalitesi Başlangıç Verilerinin Karşılaştırılması....177

Tablo 36. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastalarda Taburculuk Öncesi Öğrenim Gereksinim Önceliklerinin Tanımlayıcı Özelliklerinin İncelenmesi.....178
Tablo 37. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Taburculuk Öncesi, Birinci Ay ve Üçüncü Ay Öğrenim Gereksinim Önceliklerinin Karşılaştırılması.....180
Tablo 38. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Taburculuk Öncesi, Birinci Ay ve Üçüncü Ay Öğrenim Gereksinim Önceliklerinin Karşılaştırılmasında İleri Analiz Bulguları 182
Tablo 39. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Taburculukta, Birinci Ay ve Üçüncü Ayda Öğrenim Gereksinimi Karşılanma Durumunun Karşılaştırılması 186
Tablo 40. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Taburculukta, Birinci Ay ve Üçüncü Ay Öğrenim Gereksinimi Karşılanma Durumunun Karşılaştırılmasında İleri Analiz Bulguları.....188
Tablo 41. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Taburculuk Öncesi, Ameliyat Sonrası Birinci Ay ve Üçüncü Ay İyileşme Algısı Puanlarının Karşılaştırılması.....192
Tablo 42. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Taburculuk Öncesi, Ameliyat Sonrası Birinci Ay ve Üçüncü Ay İyileşme Algısı Puanlarının Karşılaştırılmasında İleri Analiz Bulguları 192
Tablo 43. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası Birinci Ay ve Üçüncü Ay Başetme-Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması.....194
Tablo 44. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası Birinci Ay ve Üçüncü Ay Başetme-Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılmasında İleri Analiz Bulguları.....196
Tablo 45. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası Birinci Ay ve Üçüncü Ay Fiziksel Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması 199

Tablo 46. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası Birinci Ay ve Üçüncü Ay Fiziksel Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılmasında İleri Analiz Bulguları.....201
Tablo 47. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası Birinci Ay ve Üçüncü Ay Mental Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması (n:80) 204
Tablo 48. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası Birinci Ay ve Üçüncü Ay Mental Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılmasında İleri Analiz Bulguları (n:80) 206

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Ateroskleroz Gelişim Evreleri.....19
Şekil 2. Ülkemizde Mutlak Koroner Riske Işık Tutacak, Erişkinlerde Yaygın Görülen İlgili Risk Faktörleri Şeması.....22
Şekil 3. Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Koroner Kalp Hastalığı Risk Şeması.....24
Şekil 4. Akut Koroner Sendrom Tedavi Algoritması.....25
Şekil 5. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisinde İşlem Adımları.....32
Şekil 6. Kalp-Akciğer Makinesi.....33
Şekil 7. Stresle Başetme Teorisine Göre Stres Yönetimi.....55
Şekil 8. Roy Uyum Modeli'ne Göre Uyum Süreci.....62
Şekil 9. Başetme ve Uyum Süreci Kavramlarının Sentezi.....64
Şekil 10. Koroner Arter Baypas Greft Uygulanan Hastanın Ameliyat Sonrası Erken Dönem Bakımının Roy Uyum Modeli Kavramları ile Şematize Edilmesi.....73
Şekil 11. Roy Uyum Modeli'ne Göre Koroner Arter Baypas Greft Uygulanan Hastada Ameliyat Sonrası Erken Dönem Hemşirelik Süreci Örneği.....81
Şekil 12. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucuna Göre Model 2 Path Diyagramı.....102
Şekil 13. Araştırma Örneklemine Alınan Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Örneklem Ölçütleri ve Dağılımları.....146
Şekil 14. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....148
Şekil 15. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Maddeleri, Alt Bileşenleri ve Özet Skorları.....152
Şekil 16. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarında Veri Toplama Süreci.....156
Şekil 17. Araştırmanın Roy'un Uyum Modeli'nden Üretilen Kavramsal-Teorik-Deneysel Yapısının Şeması.....164

KISALTMALAR

KABG …… Koroner Arter Baypas Greft
KBP …… Kardiyopulmoner Baypas
KAH …… Koroner Arter Hastalığı
KKH …… Koroner Kalp Hastalığı
ASKH …… Aterosklerotik Kalp Hastalığı
İKH …… İskemik Kalp Hastalığı
MI …… Miyokard İnfarktüsü
DM …… Diabetes Mellitus
HT …… Hipertansiyon
DSÖ …… Dünya Sağlık Örgütü (Worl Health Organization-WHO)
NIH …… Amerikan Ulusal Sağlık Entitüsü (National Institutes of Health)
ACC …… Amerikan Kardiyoloji Birliği (American College of Cardiology)
AHA …… Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association)
ESC …… Avrupa Kardiyoloji Birliği (European Society of Cardiology)
CCS …… Kanada Kalp Cemiyeti (Canadian Cardiovascular Society)
ASA …… Amerikan Anesteziyoloji Derneği (American Society of Anesthesiologists)
NYHA …… New York Kalp Birliği (NewYork Heart Association)
TEKHARF …… Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
UHY-ME …… Ulusal Hastalık Yükü-Maliyet Etkilik Çalışması
LMCA …… Sol Ana Koroner Arter tery (Left Mean Coronary Ar)
LAD …… Sol Ön İnen Koroner Arter (Left Anterior Desendan Artery)
Cx …… Sirkumfleks Arter (Circumflex artery)
RCA …… Sağ Koroner Arter (Right Coronary Artery)
IMA …… İnternal Mamarian Arter
BUSÖ …… Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği
CAPS …… Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği (Coping and Adaptation Process Scale)
SBÇTÖ …… Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
SF-36 …… Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu
HÖGÖ …… Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği

TEŞEKKÜR

Tez projemin oluşmasını sağlayan, geliştiren ve teklif eden, tez çalışmam süresince en büyük desteği veren, bilimsel ve etik değerleri ile her alanda örnek aldığım ve bireysel olarak da sürekli gelişmemi sağlayan danışmanım, değerli hocam Sayın Yard. Doç. Dr. Aklime DİCLE'ye, tez jürimde yer alan, doktora tezim yanı sıra lisans, yükseklisans ve doktora eğitimimdeki katkılarından dolayı değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Zuhal BAHAR'a, Sayın Doç. Dr. Özgül KARAYURT'a,

Tez sürecimde her tür desteği ve ilgiyi gördüğüm Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü akademik ve idari personeline,

Tezimin kuramsal temelini oluşturan Roy Uyum Modeli'ni geliştiren ve tez sürecimdeki katkısı için S. Callista ROY'a ve çalışma grubuna; uzman görüşlerinde önerileri ve değerlendirmeleri ile katkı veren değerli hemşirelik öğretim üyesi hocalarıma ve diğer uzmanlara,

Tezimin yürütülmesi aşamasında yer alan tüm kurumların yöneticilerine, kalp-damar cerrahisi anabilim dalı başkanları ve klinik şeflerine, destek sağlayan, isimlerini tek tek yazamadığım çok değerli meslektaşlarım klinik sorumlu hemşireleri ve hemşirelerine, tezimin yürütülmesindeki katkıları yanı sıra üçüncü aşamasında kullandığım kitapçığın klinikte kullanıma girmesini destekleyen Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç.Dr. Ozan ERBASAN'a, kitapçığın kullanımı yanı sıra basılmasındaki finansal katkısı için Klinik Şefi Sayın Doç. Dr. Mustafa EMMİLER'e,

Tez sürecimde uzman görüşünü de aldığım, Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekan Yardımcısı ve Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı başkanım, Sayın Doç.Dr. Fatma CEBECİ'ye ve kurumdaki tüm çalışma arkadaşlarıma, tez kitapçığıma da katkı sağlayan, değerli dostlarım fizyoterapist Nazmiye HACIOĞLU AKDOĞAN, diyetisyen Ülker ERMAN ve fizyoterapist Hülya AYVACI ATALAY'a ve diğer tüm dostlarıma,

Öncelikle hayatımı anlamlı kıldıkları için, tezimin her aşamasında destekleyici ve motive edici tutumları için anneme, babama, abime, yeğenime ve özellikle tez sürecimde nazımı çeken kız kardeşlerim biyolog Elvan ÇATAL'a, antropolog Emel ÇATAL OKAT'a,
Tez çalışmama katılımlarıyla destek sağlayan tüm hastalara en içten saygı ve sevgilerimle, yürekten teşekkür ederim.

Emine ÇATAL

KORONER ARTER BAYPAS GREFTLİ HASTALARDA HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN ÖĞRENİM GEREKSİNİMİNİN KARŞILANMASI, İYİLEŞME ALGISI, BAŞETME-UYUM VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

EMİNE ÇATAL

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı, İnciraltı-İzmir, Türkiye.

emine.catal@gmail.com

ÖZET

Amaç: Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği (BUSÖ)"nin Türkiye'de geçerlik ve güvenirliğinin test edilmesi, koroner arter baypas greft (KABG) cerrahisi geçiren hastaların taburculuk öncesi stresörlerinin belirlenmesi, Roy Uyum Modeli'ne göre verilen hemşirelik bakımının; öğrenim gereksinimlerinin öncelikleri, gereksinim karşılanma durumu, iyileşme algısı, başetme-uyum düzeyi ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesidir.

Yöntem: Araştırma üç aşamada yürütülmüştür. Araştırmada, etik kuruldan onay, ölçek sahiplerinden, kurumlardan ve hastalardan yazılı izin alınmıştır. Araştırmanın metadolojik aşamasında BUSÖ'nin Türkçe'ye uyarlanmasında 235 hasta örneklemi oluşturmuştur. Niteliksel aşamada; veriler KABG sonrası 5.-7. günde 16 (9 erkek, 7 kadın) hastadan "derinlemesine görüşme" yöntemiyle toplanmış, "içerik analizi" ile değerlendirilmiştir. Yarı-deneysel aşamada; araştırma örneklemini 40 girişim ve 40 kontrol olmak üzere 80 hasta oluşturmuştur. Veriler ameliyat öncesi ve sonrası ilk ölçümler, birinci ay ve üçüncü ay tekrarlı ölçümlerde toplanmıştır.

Bulgular: BUSÖ'nin Türkçe'ye uyarlanmasında psikolinguistik ve psikometrik özellikleri açısından geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur. KABG sonrası hastaların taburculuktaki stresörlerin belirlenmesinde KABG odak uyaranı oluşturmuştur. Durumsal uyaranları içeren temalar; bilgi gereksinimi, ölüm algısı, değişim, endişe/kaygı, korku, öfke, belirsizlik, iyileşme algısı ve sosyal destek olarak ortaya çıkmıştır. Araştırmanın yarı-deneysel üçüncü aşamasında; girişim ve kontrol grubu hastalarda öğrenim gereksinim önceliği en yüksek "yaşam aktiviteleri" alt boyutunda bulunmuştur. Roy Uyum Modeli'ne göre bakım alan girişim grubu hastalarda öğrenim gereksinim öncelikleri, gereksinim karşılanma durumu, iyileşme algısı, başetme-uyum düzeyi ve yaşam kalitesi düzeylerinin kontrol grubundan anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<.00$).

Sonuç: BUSÖ'nin Türkiye'de geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanılabileceği, KABG cerrahisi geçiren hastalarda Roy Uyum Modeli'ne göre verilen hemşirelik bakımının öğrenim gereksinim öncelikleri ve gereksinim karşılanma durumunu, iyileşme algısı, başetme-uyum düzeyi ve yaşam kalitesini arttırdığı görülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Koroner arter baypas greft cerrahisi, uyum, yaşam kalitesi, Roy Uyum Modeli, hemşirelik bakımı.

THE EFFECT OF THE NURSING INTERVENTIONS ON MEETING LEARNING NEEDS, PERCEPTION OF RECOVERY, COPING-ADAPTATION AND QUALITY OF LIFE IN THE PATIENTS WITH CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT

EMİNE ÇATAL

Dokuz Eylül University, Institute of Health Sciences, Doctorate Program of Surgical Nursing, Inciraltı-Izmir, Turkey.

emine.catal@gmail.com

ABSTRACT

Aim: The aims of this study are to test the validity and reliability of Coping and Adaptation Process Scale (CAPS) in Turkey, to determine the stressors of patients who had coronary artery bypass graft (CABG) before discharge, to examine the effect of nursing care based on Roy's Adaptation Model on learning needs, meeting of learning needs, perception of recovery, coping-adaptation and quality of life.

Methods: The research was conducted in three stages. Ethical commitee approval was recieved and written permission was obtained from the patients, the hospitals and the owner of the scales. In the methodological stage of the study; CAPS was adapted to Turkish with 235 patient samples. In qualitative stage, data were collected with "in-depth interview" technique from 16 patients (9 male, 7 female) in the 5th-7th days after CABG and were evaluated with "content analysis". In quasi-experimental stage, the study was conducted with 80 patients including 40 experimental, 40 control patients. In the collection of data, the first measurements were done before and after surgery, then repeated measurements were done at first and third month after surgery.

Resuls: It was found that Turkish version of CAPS is a valid and reliable measuring tool in terms of psycholinguistic and psychometric properties. CABG was the focal stimuli to determine the stressors of patients undergoing CABG in discharge. The subthemes including contextual stimuli were learning needs, perception of death, alteration, anxiety, fear, anger, uncertainty perception of recovery and social support. In quasi-experimental third stage of the study, the highest learning needs in intervention and control groups was found in the "activities of living" subscale. It was determined that learning needs and meeting of learning needs, perception of recovery, coping-adaptation, quality of life levels were significantly higher in the intervention group who received the nursing care according to Roy's Adaptation Model than the control group ($p<.00$).

Conclusion: It was observed that CAPS is a valid and reliable measure tool in Turkey, and the nursing interventions based on Roy's Adaptation Model increased the levels of learnig needs, meeting of learning needs, perception of recovery, coping-adaptation and quality of life in patients with coronary artery bypass graft.

Key words: Coronary artery bypass graft surgery, adaptation, quality of life, Roy Adaptation Model, nursing care.

BÖLÜM I

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında erkek ve kadın ölümlerine yol açan en büyük etken kalp-damar hastalıklarıdır ve uzun bir süre daha bir numaralı ölüm sebebi olacağı tahmin edilmektedir (ESC, 2012; NIH, 2012; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010; WHO, 2014). Kalp ve damar hastalıkları sebebiyle 2011 yılında tahminen 13,5 milyon insan ölmüştür ve bu küresel ölümlerin %25'ini oluşturmaktadır. Ölümlerin yaklaşık %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmiştir. Eğer uygun önlemler alınmazsa 2015 yılına kadar tahminen her yıl 20 milyon insan daha kalp ve damar hastalıklarından özellikle de kalp krizleri ve inmelerden hayatını kaybedecektir (WHO, 2014). Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2020 yılında dünya üzerindeki ölümlerin %36'sı kalp-damar hastalıklarına bağlı gelişecektir (Güleç, 2009, WHO, 2014). Avrupa'daki tüm ölümlerin neredeyse yarısından, Avrupa Bölgesi'ne üye 52 ülkede 4,35 milyonun üzerinde ölümden ve Avrupa Birliği'nde 1,9 milyondan fazla ölümden kalp ve damar hastalıkları sorumludur. Avrupa Birliği'nde kalp ve damar hastalıklarının yol açtığı toplam ekonomik yükün %57'sini sağlık hizmetleri harcamaları, %21'ini üretkenlik kayıpları ve %22'sini hastalanan bireylerin gayri resmi harcamaları oluşturmaktadır (Gögen, 2011; ESC, 2012). Ülkemizde ise 2000 yılı verilerine göre ulusal düzeyde ölüm nedenleri arasında ilk sırayı 205.457 ölümle kardiyovasküler hastalıklar almaktadır ve bu oran tüm ölüm nedenlerinin %47,73'ünü oluşturmaktadır. Türkiye'de 2020 yılına kadar kalp-damar hastalıklarına bağlı ölümlerin kadında 1.8 kat, erkeklerde 2.3 kat artış göstereceği tahmin edilmektedir (Gögen, 2011; Onat ve ark., 2013; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010).

Dünyada ve ülkemizde, ölüm nedenlerinde tanımlanan kalp ve damar hastalıkları içinde en büyük pay koroner kalp hastalığı ve hipertansiyona aittir (Anenue, 2004; Eagle ve ark., 2004; ESC, 2012; Hillis ve ark., 2011; Huxley, Barzi, Woodward, 2006; İliçin ve ark., 2012; WHO, 2014). Ülkemizde koroner arter hastalığı ve buna bağlı gelişen durumları içeren % 21,7 oranla (tüm yaş gruplarında kadınlarda % 22,9 ve erkeklerde % 20,7) iskemik kalp hastalığıdır (Onat ve ark., 2013; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010). İskemik kalp hastalığı; miyokardın ihtiyacı olan oksijenin yeterince karşılanamamasına bağlı ortaya çıkan hastalığı tanımlar. Koroner Arter Hastalığı (KAH), kalbi besleyen koroner arterlerde daralma veya

tıkanıklık sonucu oluşur ve en önemli nedeni aterosklerozdur (İliçin ve ark., 2012, Ramanth ve Eagle, 2008).

Aterosklerotik damar hastalıklarında miyokardiyal revaskülarizasyonda standart tedavi yöntemlerinden birisi koroner arter baypas greft (KABG) cerrahisidir (Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010). KABG, koroner damarlardaki darlık (stenoz) veya tıkanıklık (oklüzyon) sonucu ortaya çıkan miyokardiyal iskeminin ortadan kaldırılması için, vücudun diğer bölümlerinden alınan arter ve ven greftleri ya da protez greftler kullanılarak gerçekleştirilen ameliyatlardır. KABG cerrahi girişiminin amacı semptomları iyileştirmek ve sağkalım süresini uzatmaktır (Anenue, 2004; Diodato, Chedrawy, 2013; Eagle ve ark., 2004; Hillis ve ark., 2011; Taggart, 2013). Amerikan Kalp Cemiyeti (AHA) ve Akademik Kardiyologlar Birliği (ACC) tarafından yayınlanan ve 2004 yılında güncellenen rehberde KABG cerrahisi için Klas I düzeyinde tanımlanan endikasyonlar genel olarak; KAH olan ve stabil angina, asemptomatik veya hafif anginalı hastalarda önemli sol ana koroner arter (Left Mean Coronary Artery-LMCA) darlığı, proksimal sol ön inen koroner arter (Left Anterior Desendan Artery-LAD) ve proksimal sirkumfleks koroner arter (Circumflex artery-Cx) arterde önemli (≥%70) darlık, üç damar hastalığının (sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu-left ventricule ejection fraction_LVEF <%50 olan hastalarda surviye olan faydası daha büyüktür) olmasıdır (Anenue, 2004; Eagle ve ark., 2004; Hillis ve ark., 2011).

KABG cerrahisi için altın standart olarak kabul edilen teknik kardiyopulmoner baypas eşliğinde gerçekleştirilen standart tekniktir (Gurevich ve ark., 2010; Hillis ve ark., 2011). Kardiyopulmoner baypasa bağlı komplikasyonlar nedeniyle minimal invaziv girişimlerle, çalışan kalpte ya da endoskopik ve robotik cerrahi ile KABG'in olası zararlı etkilerinin kontrol altına alınması amaçlanmış ve cerrahi teknikte önemli gelişmeler olmuştur (Abu-Omar, Taggart, 2009; Elmokashfee, Elhassan, 2014; Poe ve ark., 2007; Stavridis, 2006). Ancak bu yeni yöntemlerin; cerrahi görüş sahası, hemodinamik bozulmalar, teknik güçlükler, koroner oklüzyon nedeniyle oluşabilecek sorunlar, çalışan kalpte iatrojenik iskemi, hastaya zarar verme olasılığı, ek teknoloji ve alet gereksinimi, verimlilik (yeterli hasta potansiyeli, öğrenme süresi, artan maliyet) ve en önemlisi deneyim açısından bazı sorunları ortaya çıkarmaktadır. Mortalite riski açısından, cerrahi sırasında ve sonrası morbiditenin azaltılması yönünden, orta dönem kognitif disfonksiyonları önlemek için ve yüksek riskli hastalarda alternatif olsa da kardiyopulmoner baypas eşliğinde gerçekleştirilen standart teknik

daha fazla kabul görmekte ve % 80 oranla yaygın olarak uygulanmaktadır (Abu-Omar, Taggart, 2009; Dhiren, 2010; Stavridis, 2006).

Kardiyopulmoner baypas eşliğinde gerçekleştirilen KABG, temel yaşamsal fonksiyonları doğrudan etkileyen büyük bir cerrahi girişimdir. KABG'de cerrahi ve anestezi ile ilgili riskleri ve maliyeti azaltmak, hastayı istenen fonksiyon düzeyine en kısa sürede döndürmek ve perioperatif bakımın kalitesini arttırmak için ameliyat öncesi değerlendirmenin ve hazırlığın en iyi şekilde gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Aranki ve ark., 2008a; Aranki ve ark., 2008b; Aroesty, 2008; Eagle ve ark., 2004) Ameliyat sonrası bakımın temel amacı; homeostatik dengeyi yeniden düzenlemek, kardiyovasküler fonksiyonu sürdürmek ve yaşam kalitesini arttırmaktır (Hillis ve ark., 2011; TKD, 2010). Bütün bu nedenlerle tedavi ve bakımı yürüten tüm sağlık profesyonelleri ve özellikle hemşireler, KABG uygulanan hastaların yaşamlarında yeniden uyum sağlamalarına yardımcı olmayı hedeflemektedir (Erdil, Elbaş, 2001; Erdoğan, 2012; Fredericks, İbrahim, Puri, 2009; Kan, 2009; Martin ve Turkelson 2006; Özcan, 2008).

KABG cerrahisi, bireylerin uyum düzeyini etkileyen önemli bir faktördür ve fizyolojik, psikososyal bir stresör olarak kişinin biyo-psiko-sosyal dengesini ve uyumunu bozar (Chen, Ku, 1997; Hardin, Kaplow; 2010; Hwang ve ark., 1997; Flanagan, 1998; Gallagher ve McKinley, 2007; Kan, 2009; Martin ve Turkelson 2006; Redeker, 1992; Reston ve ark. 2003, Tung, Hunter, Wei, 2008). Roy Uyum Modeli'ne göre uyum düzeyi, bireyin herhangi bir durumda olumlu yanıt verme yeteneğini gösteren değişme noktası olarak tanımlanmıştır ve kişilerin uyum düzeyi sürekli değişmektedir (Roy, 2009). KABG geçiren hastalar iç ve dış çevreleriyle uyum sağlamak için etkili ya da etkisiz uyum davranışları gösterebilir (Kan, 2009; Paul ve Robichaud-Ekstrand, 2002; Tung, Hunter, Wei, 2008). Kişilerin uyum sürecindeki yanıtlarını "odak ve durumsal uyaranlar" etkilemektedir. Odak uyaran, kişinin hemen karşı koyduğu iç ve dış uyaranlardır (Roy, 2009). KABG geçiren hastalarda cerrahi girişimin kendisi bir odak uyarandır (Kan, 2009). Durumsal uyaran ise odak uyaranın etkisine katkıda bulunan diğer tüm uyaranlardır (Dobratz, 2008; Roy, 2009). Yaş, cinsiyet, klinik durum gibi faktörler ise KABG için durumsal uyaranlardır. KABG geçiren hastalarda uyaranların belirlenmesi ve yönetilmesi; kişilerin iyileşme sürecine ilişkin algılarını ve uyum düzeylerini etkileyecektir (Dimotti ve Tulman, 2003; Kan, 2009). Çünkü Roy Uyum Modeli'ne göre adaptif bir sistem olarak tanımlanan KABG cerrahi hastası; fizyolojik, benlik, rol fonksiyon ve karşılıklı etkileşim alanı olarak dört alanda uyum davranışları göstermektedir

(Dimotti ve Tulman, 2003; Flanagan, 1998; Kan, 2009). Fiziksel duruma ilişkin davranışlar fizyolojik alana, kişisel anlam düzeyi benlik alanına, sosyal aktivite rol fonksiyon alanına, sosyal destek karşılıklı etkileşim alanına örnek verilebilir (Moreno, Durán, Hernandez, 2009; Roy, 2009). Her bir uyum alanına etki eden durumsal uyaranların tanımlanması ve etkili girişimlerin planlanması ve uygulanması ile cerrahi sonrası iyileşme döneminde uyumun en üst düzeyde sağlanması mümkün olacaktır (Anderson, Higgins ve Rozmus, 1999; Chiou, 2000; Fawcett, 2005a; Meyer, 2006; Moreno, Durán, Hernandez, 2009; Roy, 2009; 2011; Toit, 2003; Varvaro, 1991).

Hemşirelik çalışmalarında; araştırmalarla teorilerin test edilmesi ve elde edilen sonuçlar doğrultusunda hemşirelik hizmetleri ve hasta bakım sonuçlarının iyileştirilmesi hedeflenmektedir (Fawcett, 2005a; McEven ve Willis, 2006). Dünyada 1960'lı yıllarda başlanan bu yaklaşım ülkemizde son 10 yılda ivme kazanmıştır (Alligood ve Tomey, 2006; Fawcett, 2005a; McEven ve Willis, 2006). Ancak yine de hemşirelik teorilerine yönelik girişimsel çalışmalar sınırlıdır. KABG uygulanan hastalarda anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi tek tek incelenmesine rağmen uyaran ve uyum davranışları bir arada tanımlanmamıştır. Bu gereksinimden yola çıkarak bu çalışmada; Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği"nin Türkiye'de geçerlik ve güvenirliğinin test edilmesi, KABG geçiren hastaların taburculuk öncesi stresörlerinin belirlenmesi, Roy Uyum Modeli'ne göre verilen hemşirelik bakımının; öğrenim gereksinimlerinin karşılanma durumu, iyileşme algısı, başetme-uyum düzeyi ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesini amaçlanmıştır.

Bu araştırmanın özgünlüğü; KABG gibi büyük bir cerrahi girişimde Roy Uyum Modeli'nin odak, durumsal uyaranlarının ve teori temelli hemşirelik bakımının uyum davranışlarına etkisinin incelenmesi açısından teorinin birçok basamağının bir arada test edilmesine imkan sağlamasıdır.

Bu araştırmanın yaygın etkisi ise; 1962'den bu yana giderek artan oranlarda uygulanan KABG tekniklerindeki değişimler, iyileşme sürelerindeki değişimler ve beraberinde iyileşme algılarındaki değişimlerin tanımlanması, hemşirelerin bu bilgiye olan gereksinimini karşılayacak olmasıdır. Ortalama yaşam süresinin uzaması, kalp damar hastalık risklerinin artması ve bu konuda yapılan bilimsel tahmini hesaplamalar ile KABG girişim gereksiniminin daha da yükseleceğini göstermektedir. Toplumsal olarak artan bu sağlık probleminde bireylerin stresörlerinin, algısının ve uyum düzeylerinin belirlenmesi ve bunun ötesinde uyum davranışlarının geliştirilmesi ile bireylerin yaşam kalitesinin artması, sağkalım süresinin

uzaması boyutlarında bu araştırmadan elde edilecek sonuçlar kullanılacaktır. Ayrıca kültürel anlamda da Türk toplumunda iyileşme algılarının, beşetme-uyum düzelerinin ve yaşam kalitelerinin ortaya konmasına katkı sağlayacağı öngörülmüştür.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği"nin Türkiye'de geçerlik ve güvenirliğinin test edilmesi, KABG geçiren hastaların taburculuk öncesi stresörlerinin belirlenmesi, Roy Uyum Modeli'ne göre verilen hemşirelik bakımının; öğrenim gereksinim öncelikleri ve önemlilik durumu, gereksinimlerinin karşılanma durumu, iyileşme algısı, başetme-uyum düzeyi ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesidir.

Bu araştırma üç aşamadan oluşmaktadır.

Araştırmanın birinci aşamasında; Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği"nin Türkiye'de geçerlik ve güvenirliği metadolojik araştırma yöntemine göre test edilmiştir.

Araştırmanın ikinci aşamasında; KABG geçiren hastalarda taburculuk öncesi stresörleri niteliksel araştırma yöntemine göre belirlenmiştir.

Araştırmanın üçüncü aşamasında; KABG geçiren hastalarda Roy Uyum Modeli'ne göre verilen hemşirelik bakımının; öğrenim gereksinim öncelikleri, gereksinimlerinin karşılanma durumu, iyileşme algısı, başetme-uyum düzeyi ve yaşam kalitesine etkisi niceliksel araştırma yöntemine göre incelenmiştir.

1.3. Araştırma Soruları

1. KABG geçiren hastalarda taburculuk öncesi, birinci ve üçüncü ayda öğrenim gereksinim öncelikleri nelerdir?
2. KABG geçiren hastalarda taburculukta, birinci ve üçüncü ayda öğrenim gereksinimlerinin karşılanma durumu ne düzeydedir?

1.4. Araştırmanın Hipotezleri

Koroner arter baypas greftli hastalarda Roy Uyum Modeli'ne göre verilen hemşirelik bakımının; öğrenim gereksinimlerinin karşılanma durumu, iyileşme algısı, başetme-uyum düzeyi ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesinde araştırma hipotezleri aşağıda sıralanmıştır:

H_1. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası öğrenim gereksinimlerinin önemlilik durumu arasında fark vardır.

a. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*ilaçlar*"a ilişkin öğrenim gereksinimlerinin önemlilik durumu arasında fark vardır.
b. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*yaşam aktiviteleri*"ne ilişkin öğrenim gereksinimlerinin önemlilik durumu arasında fark vardır.
c. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*toplum ve izlem*"e ilişkin öğrenim gereksinimlerinin önemlilik durumu arasında fark vardır.
d. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*duruma ilişkin duygular*"a ilişkin öğrenim gereksinimlerinin önemlilik durumu arasında fark vardır.
e. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*tedavi ve komplikasyonlar*"a ilişkin öğrenim gereksinimlerinin önemlilik durumu arasında fark vardır.
f. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*yaşam kalitesi*"ne ilişkin öğrenim gereksinimlerinin önemlilik durumu arasında fark vardır.
g. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*cilt bakımı*"na ilişkin öğrenim gereksinimlerinin önemlilik durumu arasında fark vardır.

H_2. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası öğrenim gereksinimlerinin karşılanma düzeyleri arasında fark vardır.

a. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*ilaçlar*"a ilişkin öğrenim gereksinimlerinin karşılanma düzeyleri arasında fark vardır.

b. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*yaşam aktiviteleri*"ne ilişkin öğrenim gereksinimlerinin karşılanma düzeyleri arasında fark vardır.
c. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*toplum ve izlem*"e ilişkin öğrenim gereksinimlerinin karşılanma düzeyleri arasında fark vardır.
d. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*duruma ilişkin duygular*"a ilişkin öğrenim gereksinimlerinin karşılanma düzeyleri arasında fark vardır.
e. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*tedavi ve komplikasyonlar*"a ilişkin öğrenim gereksinimlerinin karşılanma düzeyleri arasında fark vardır.
f. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*yaşam kalitesi*"ne ilişkin öğrenim gereksinimlerinin karşılanma düzeyleri arasında fark vardır.
g. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*cilt bakımı*"na ilişkin öğrenim gereksinimlerinin karşılanma düzeyleri arasında fark vardır.

H_3. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan hastalarda girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası iyileşme algısı puanları arasında fark vardır.

H_4. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası başetme-uyum düzeyi puanları arasında fark vardır.

a. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*çözüm bulma ve odaklanma*"ya ilişkin başetme-uyum düzeyi puanları arasında fark vardır.
b. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*fiziksel ve karara bağlama*"ya ilişkin başetme-uyum düzeyi puanları arasında fark vardır.

c. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*dikkat süreci*"ne ilişkin başetme-uyum düzeyi puanları arasında fark vardır.
d. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*sistematize etme süreci*"ne ilişkin başetme-uyum düzeyi puanları arasında fark vardır.
e. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*öğrenme ve ilişki kurma*"ya ilişkin başetme-uyum düzeyi puanları arasında fark vardır.

H_5. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası yaşam kalitesi puanları arasında fark vardır.

A. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*fiziksel sağlık*"a ilişkin yaşam kalitesi puanları arasında fark vardır.
    a. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*fiziksel işlev*"e ilişkin yaşam kalitesi puanları arasında fark vardır.
    b. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*fiziksel rol*"e ilişkin yaşam kalitesi puanları arasında fark vardır.
    c. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*ağrı*"ya ilişkin yaşam kalitesi puanları arasında fark vardır.
    d. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*genel sağlık algısı*"na ilişkin yaşam kalitesi puanları arasında fark vardır.
B. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*mental sağlık*"a ilişkin yaşam kalitesi puanları arasında fark vardır.

a. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*yaşamsallık*"a ilişkin yaşam kalitesi puanları arasında fark vardır.
b. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*sosyal işlev*"e ilişkin yaşam kalitesi puanları arasında fark vardır.
c. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*mental işlev*"e ilişkin yaşam kalitesi puanları arasında fark vardır.
d. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*mental rol*"e ilişkin yaşam kalitesi puanları arasında fark vardır.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. KORONER ARTER HASTALIĞI

Kalbi besleyen koroner arterlerde daralma veya tıkanıklık sonucu oluşan hastalığa **"Koroner Arter Hastalığı (KAH)"** denir (Solak ve ark., 2010). Koroner arter hastalığını tanımlamada; Koroner Kalp Hastalığı (KKH), Aterosklerotik Kalp Hastalığı (ASKH) ve İskemik Kalp Hastalığı (İKH) tanımları kullanılmaktadır. Ancak bu tanımlamaları kullanırken bazı farklılıklara dikkat çekmek gerekir. Örneğin iskemik kalp hastalığı; miyokardın ihtiyacı olan oksijenin yeterince karşılanamamasına bağlı ortaya çıkan hastalığı tanımlar. Koroner arterlerde daralma olmaksızın miyokard iskemisi gelişmekte ve buna İKH görülebilmektedir ya da İKH nedeni anemi, akciğer hastalıkları, karbondioksit (CO) intoksikasyonu, kan viskozite artışı, ateş, tirotoksikoz gibi kalp dışı nedenler olabilmektedir. Benzer şekilde; KAH'nda koroner arterlerdeki daralma ve tıkanıklığın ek sık nedeni ateroskleroz olduğu için hastalık ASKH olarak adlandırılsa da KAH'a neden olan ateroskleroz dışında başka faktörler de bulunmaktadır. KKH ise, koroner damarlardaki daralma ve tıkanıklıklar sonucu gelişen anjina pektoris, miyokard infarktüsü (MI) gibi kalp hastalıklarını ifade eden daha genel bir tanımdır (İliçin ve ark., 2012; Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

2.1.1. Koroner Arter Hastalığının Epidemiyolojisi

Yaşadığımız yüzyılda beklenen yaşam süresinin uzaması sonucu tüm dünyada ve ülkemizde kronik hastalıklar en önemli mortalite ve morbidite sebebidir (Anenue, 2004; Eagle ve ark., 2004; ESC, 2012; Hillis ve ark., 2011; Huxley, Barzi, Woodward, 2006; İliçin ve ark., 2012; Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010). Kronik hastalıklar içerisinde, kalp ve damar hastalıkları tüm ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almakta, özellikle iskemik kalp hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklar ilk iki ölüm nedenini oluşturmaktadır. Kalp ve damar hastalıkları sebebiyle 2011 yılında tahminen 13,5 milyon insan ölmüştür ve bu küresel ölümlerin %25'ini oluşturmaktadır. İskemik kalp hastalıkları ve stroke nedeniyle gerçekleşen küresel ölüm oranları 2000 ile 2011 yılları arasında karşılaştırıldığında, bu gruplardaki artış dikkat çekicidir. Ölümlerin yaklaşık %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmiştir. Eğer uygun önlemler alınmazsa 2015 yılına kadar tahminen her yıl 20 milyon insan daha kalp ve damar hastalıklarından özellikle de kalp krizleri ve inmelerden hayatını kaybedecektir

(WHO, 2014). Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2020 yılında dünya üzerindeki ölümlerin %36'sı kalp damar hastalıklarına bağlı gelişecektir (Güleç, 2009; WHO, 2014). Küresel ölüm nedenlerinde tanımlanan kalp ve damar hastalıkları; koroner kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, hipertansiyon, periferal arter hastalığı, romatizmal kalp hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları, kalp yetmezliği ve kardiyomiyopatileri kapsar (WHO, 2014).

Dünyada Koroner Arter Hastalıkları Profili: Tüm dünyada kalp ve damar hastalıklarına bağlı mortalite ve morbidite oranlarında önemli artış görülmektedir. Bununla birlikte kalp ve damar hastalıkları bölgelere göre değişkenlik göstermektedir. Günümüzde tüm kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölümlerin >%80'inin gelişmekte olan ülkelerde meydana geldiği tahmin edilmektedir. Gelişmiş ülkelerde en önemli mortalite ve morbidite nedeni olan kalp ve damar hastalıkları gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkeler için de daha tehlikeli boyutlara ulaşmaktadır. Ayrıca kalp ve damar hastalıkları için bilinen mortalite ve morbidite oranları ile kalp ve damar hastalıklarının büyük bölümünü oluşturan KAH oranlarının paralellik gösterdiği bilinmektedir (Anenue, 2004; Eagle ve ark., 2004; ESC, 2012; Hillis ve ark., 2011; Huxley, Barzi, Woodward, 2006; İliçin ve ark., 2012; WHO, 2014).

Amerika Birleşik Devletleri (A.B.D)'nde tüm ölüm nedenleri arasında kalp ve damar hastalıkları birinci sırada yer alırken 2008 yılında KKH nedeniyle 405.309 kişi (133.3/100.000) yaşamını kaybetmiştir. Kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölümler 65 yaş üzerinde birinci, 45- 64 yaş arası ikinci sırada yer almaktadır. Yaklaşık 16 milyon kişide KAH olduğu tahmin edilmektedir ve bunların büyük bir oranında miyokard infarktüsü (MI) ve anjina pektoris mevcut olduğu bildirilmektedir. Yaşlanma ile birlikte erkeklerde KAH görülme oranı kadınlara göre oldukça yüksektir. Ayrıca A.B.D'de KAH'nın 2008 yılı içinde 785.000 yeni kalp atağına ve 470.000 tekrarlayan ataklara neden olduğu rapor edilmiştir (NIH, 2012).

Birçok Avrupa ülkesinde son yıllarda kardiyovasküler hastalık mortalitesi önemli ölçüde azalmışsa da, halen erken ölümlerin en önemli nedeni olarak devam etmektedir. Kalp ve damar hastalıkları her yıl Avrupa'da 4.3 milyon, Avrupa Birliği'nde ise iki milyondan fazla kişinin ölümüne yol açmaktadır. İKH ve inme, hemen hemen tüm AB üyesi ülkelerde ilk iki ölüm nedenidir. Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölüm oranları Batı ve Kuzey Avrupa'ya göre daha yüksektir ve bunda bu ülkelerdeki tütün ve sigara kullanım oranlarının yüksekliğinin etkili olduğu düşünülmektedir. Avrupa toplumunun

giderek yaşlanıyor olması da inme yükünü giderek artırmaktadır. Avrupa Birliği'nde kalp ve damar hastalıklarının yol açtığı toplam ekonomik yükün %57'sini sağlık hizmetleri harcamaları, %21'ini üretkenlik kayıpları ve %22'sini hastalanan bireylerin gayri resmi harcamaları oluşturmaktadır (Gögen, 2011).

Dünya nüfusunun 1/5'inin yaşadığı Çin'de 1950'den bu yana ortalama yaşam beklentisi iki katına çıkarken, kalp ve damar hastalıklara bağlı ölümler %12'den %36'ya çıkarak üç kat artmıştır. Çin'de inme ön planda olup, hemorajik inmeler daha sık görülmektedir. İnme oranları özellikle kadınlarda daha yüksektir. Dünya nüfusunun 1/6'sına sahip Hindistan'da kalp ve damar hastalıkları ölümlerin %24'ünden sorumludur ve KAH, kalp ve damar hastalıkları içinde ilk sırada yer almaktadır. Hintlilerde ileri derecede insulin duyarsızlığı olması ve yağlı yiyecekleri çok tüketmelerinin bunda önemli payı olduğu düşünülmektedir. Çin ve Hindistan'da romatizmal kalp hastalıkları da önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olmaya devam etmektedir. Afrika'da %40 oran ile enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar en sık ölüm nedeni iken kalp ve damar hastalıkları ölümlerin yaklaşık %10'undan sorumludur. Dünyadaki HIV pozitif bireylerin %75'inin yaşadığı Afrika'da AIDS'e sekonder kalp ve damar tutulumu (kalp yetersizliği, perikardiyal effüzyon, infektif endokardit, miyokardiyal Kaposi sarkomu, miyokardiyal B hücreli immunoblastik lenfoma ve aritmiler) sık olarak gözlenmektedir. Latin Amerika, kalp ve damar hastalıkları mortalitesinin yaklaşık %31 oranında olması ve KAH'nın inmeden fazla olması ile dikkat çekmektedir. Orta Doğu bölgesinde, ekonomik gelirin ve sanayileşmenin artması, batı tipi beslenmenin benimsenmesi sonucunda kalp ve damar hastalıkları mortalitenin en önemli nedeni olmuştur. Kalp ve damar hastalıkları tüm ölümlerin %25-45'inden sorumludur. En sık görülen kalp ve damar hastalığı olan KAH oranı inmeye göre (3:1 oranında) fazladır (T.C.Sağlık Bakanlığı, 2010).

Türkiye'de Koroner Arter Hastalıklarının Profili: Ülkemizde 2000 yılı verilerine göre ulusal düzeyde ölüm nedenleri arasında ilk sırayı 205.457 ölümle kardiyovasküler hastalıklar almaktadır ve bu oran tüm ölüm nedenlerinin %47,73'ünü oluşturmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010). Kardiyovasküler hastalıklar grubunda iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, romatizmal kalp hastalıkları, inflamatuar ve hipertansif kalp hastalıkları yer almaktadır. Erkeklerde 2000 yılında kalp-damar hastalıklarına bağlı nedenlerle gerçekleşen ölüm sayısı toplam 102.386'dır. Bu sayının 2020 yılında 175.663'e, 2030 yılında ise 235.567'ye ulaşacağı beklenmektedir. 30 yıllık sürede erkeklerde kalp-damar hastalıklarına bağlı nedenlerle oluşacak ölüm sayılarının 2,3 kat artış göstereceği

hesaplanmaktadır (Abacı, 2011). 2000 yılında Türkiye'de kadınlarda kalp-damar hastalıklarına bağlı olarak gerçekleşen ölüm sayısının 103.071 olduğu görülmekte, bu sayının 2020 yılında 144.297 ve 2030 yılında 180.530'a çıkacağı hesaplanmaktadır. 30 yıllık sürede kadınlarda kalp-damar hastalıklarına bağlı ölümlerin 1,8 kat artış göstereceği tahmin edilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008). Türkiye'de Ulusal Hastalık Yükü-Maliyet Etkilik Çalışması (UHY-ME) kapsamında 2004 yılında elde edilen kalp ve damar hastalıklarına ilişkin insidans ve prevelans hızları hesaplanmıştır. Ülkemizde de dünyada olduğu gibi İKH %21,7 (tüm yaş gruplarında kadınlarda % 22,9 ve erkeklerde % 20,7) ve inme %15,0 oranları ile ilk iki ölüm nedenidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008). İKH kentsel, kırsal ve bölgesel dağılımda yaş gruplarının toplam ve cinsiyet dağılımında da ilk sırada bulunmakta, sadece doğu bölgesinde 15-59 yaş grubu kadınlarda ikinci sırada yer almaktadır. Ayrıca Karadeniz Bölgesi ile Marmara Bölgesi erkeklerinin ve Güneydoğu Bölgesi kadınlarının İKH açısından yüksek riske sahip olduğu bilinmektedir (Abacı, 2011; Onat ve ark., 2013; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008).

İnsidans ve prevelans hızları yanı sıra hastalıkların, sağlık sorunları ile ilişkili risk faktörlerine dair tahminlerde bulunabilmek ve bunların toplum sağlığı üzerindeki etkisi ve maliyet- etkiliğini değerlendirilebilmek amacıyla hastalık yükü yaklaşımı kullanılmaktadır. Hastalık yükü yaklaşımında en yaygın biçimde kullanılan ölçüt, Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı (Disability Adjusted Life Years; DALY) hesaplamalarıdır. Türkiye ulusal düzeyde toplam hastalık yükünün (10.802.494 DALY) birincil nedenini %19.32 ile (2.086.527 DALY) kardiyovasküler hastalıklar oluşturmaktadır. Ülkemizde ulusal düzeyde kardiyovasküler hastalıkların hastalık yükü (DALY) dağılımında; toplam hastalık yükünün erkeklerde %20,5'ini, kadınlarda ise %18'ini kardiyovasküler hastalıklar oluşturmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010).

2.1.3. Koroner Arter Hastalıklarının Nedenleri

KAH'ın en sık nedeni aterosklerozdur ve damar duvarına uzun süre etki eden birçok hasara karşı damar duvarında meydana gelen olaylar zinciridir. Ateroskleroz dışında arteritis, travma, metabolik veya intimal proliferatif hastalıklar (Hurler hastalığı, Fabry hastalığı, amiloidoz, juvenil intimal skleroz, psödoksantoma elastikum gibi) koroner arterlerin yapısını bozmakta ve KAH'na neden olabilmektedir (İliçin ve ark., 2012; Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

A. **Ateroskleroz:** Arteriyoskleroz arter duvarının kalınlaşarak esneklik yeteneğini kaybetmesi ve sertleşmesidir (Solak ve ark., 2010). Ateroskleroz ise tipik lezyonu aterom (plak) olan orta ve büyük çaplı arterlerin tabakalarını etkileyen bir hastalıktır. Ateroskleroz endotel disfonksiyonu, dislipitemi ve enflamatuvar hücrelerin merkezi rol oynadığı, birçok risk faktörünün tetiklediği kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Aterosklerozun başlamasında ve ateroskleroz için risk faktörlerinin ortak noktasında endotel disfonksiyonu vardır (Zengin, 2012).

   Bir başka tanımla ateroskleroz; ilk olarak arter duvanının intima ve media tabakasınındaki değişimlerin eşlik ettiği, lipitlerin ve kanın diğer yapı taşlarının ve fibröz dokunun yerel birikiminden doğan değişiklikler sürecidir (Baykal, Tüzün, Kocabalkan, 1998). Ateroskleroz başlangıçta fokal bir hastalıktır; zamanla intima tabakasında kalınlaşma, media tabakasında dejenerasyon ve zayıflama, intimal fibrozis ve adventisyada lenfosit infiltrasyonu ile seyreden inflamasyon gibi arter duvarının üç tabasını da etkileyebilmektedir (Solak ve ark., 2010). Aterosklerozun patogenezi ilerleyen bölümlerde ayrıntılı açıklanmıştır (Bknz. Koroner Arter Hastalıklarının Fizyopatolojisi).

B. **Arteritis:** Ateroskleroz haricinde pek çok hastalık koroner arterleri tutarak damar yapısını bozabilmektedir. Tersiyer sifiliz, koroner ostiumları ve koronerlerin proksimal segmentlerini tutabilir. Takayasu hastalığı gibi diğer granülomatöz artritler assendan aorta yanı sıra koroner arterlerin ostiumlarını ve proksimal segmentlerinin yapısını bozabilmektedir. Salmenollozis, tüberküloz, sifiliz gibi nedenlere bağlı koroner arter tutulumları infeksiyöz arterit olarak tanımlanmaktadır. Çoğunlukla da koroner arterlerin intramural dalları tutulur ve nadiren MI ile sonuçlanır. Nonspesifik koroner arteritlerin çoğu ise viral kökenlidir ve koronerlerde daralma ve miyokardiyal iskemiye yol açabilirler. Ayrıca koroner ateroskleroz ile daha önce geçirilmiş infeksiyöz kökenli arterit arasında bağlantı olduğunu savunan görüşler vardır (Solak ve ark., 2010).

C. **Travma:** Penetran ve daha az oranda penetran olmayan travmalar koroner arterlerde laserasyona ya da tromboza neden olabilmektedir. Klinik bulguyu intaperikardiyal kanamaya bağlı gelişen perikar tamponadı verir ve elektrokardiyografide (EKG) miyokard iskemisi bulgularına rastlanabilir (Solak ve ark., 2010).

D. **Metabolik veya İntimal Proliferatif Hastalıklar:** Birçok hastalık koroner arter duvarında biriken maddeler nedeniyle damar lümenini daraltabilmektedir. Hurler hastalığında mukopolisakkaritler arter duvarında birikmektedir. Homosistinürili hastalarda sadece intramural damarların etkilendiği bilinse de MI ile sonuçlanan tablolar bildirilmektedir. Fabry hastalığında (angiokeratoma corparis diffusum universale) koroner arterlerde glikolipit depozitleri birikebilir. Amiloidozda genellikle intramural dallar etkilenmekle birlikte geniş epikardiyal arterler de tutulabilir. Genetik geçişli sistemik bir konnektif doku hastalığı olan psödoksantoma elastikum arteryel lezyonlara neden olabilmekte öncül aterosklerotik plak gelişimine neden olmaktadır (Solak ve ark., 2010).

2.1.4. Koroner Arter Hastalıklarının Fizyopatolojisi

Bu bölümde koroner arter hastalıklarının en önemli ve en sık nedeni olan ateroskleroz ayrıntılı olarak tartışılacaktır. Ateroskleroz gelişmesi ile ilgili klasik üç hipotez bulunmaktadır (İliçin ve ark., 2012; Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

I. **Lipojenik (lipit) hipotez:** Kan plazmasında bulunan düşük dansiteli lipoprotein (LDL kolesterol) endotelin içine sızıp yükseltgendiği (oksitlendiği) ve aterosklerotik plağın temel yapısını kolesterolün oluşturduğu kabul edilir. Dokulardaki kolesterolü karaciğere geri taşıyan yüksek dansiteli lipoprotein (HDL kolesterol) miktarı az ise LDL birikiminin başlattığı süreç daha da hızlanır ve prolifere düz kas hücreleri kolesterol esterleri ile yüklenir (İliçin ve ark., 2012; Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

II. **Monoklonal hipotez:** Her bir aterosklerotik lezyonun tek bir düz kas hücresinden gelişen neoplazm olduğu kabul edilir. Lezyonun, virüsler ve kimyasal maddeler gibi mutajenlerin neden olduğu hücre transformasyonu ile oluştuğu düşünülmektedir (İliçin ve ark., 2012; Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

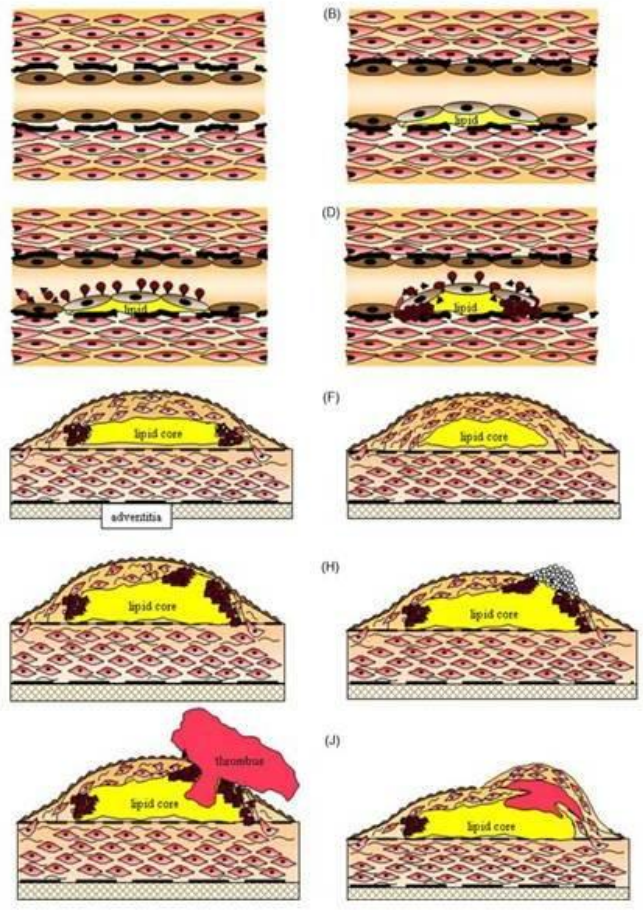
III. **Endotel hasar hipotezi (response-to-injury):** Endotelyum arterlerin non-trombejenik özelliğini sağlar ve arter duvarının koruyucu bariyeridir. Trombositler intimal proliferasyonlara yol açar. Düz kas hücreleri de aterosklerotik lezyonun temel temel elemanı kabul edilir. Hipertansif arteryel basınç, hiperlipitemi, tromboz, kimyasal, hümoral ya da immünolojik irritasyonlar sonucu aterosklerotik lezyonun geliştiği savunulmaktadır (İliçin ve ark., 2012; Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

Lipit hipotezine göre; LDL oksidasyonuna etki eden karmaşık biyokimyasal reaksiyonlar zinciri vardır, bunlar en çok, endotelde bulunan serbest radikallerden kaynaklanır. Damar duvarının hasar görmesi, bir inflamasyon tepkisi doğurur ve kandaki monositlerin arter duvarının içine girmesine, trombositlerin de arter duvarına yapışmasına neden olur. Monositler, makrofaj halini alır ve oksitlenmiş LDL'yi içlerine alarak zamanla "köpük hücre"lere dönüşür. Köpük hücre olarak adlandırılmalarının nedeni sitoplazmaların içinde çok sayıda vezikül (kesecik) ve yüksek miktarda lipit birikmesidir. Mikroskop altında lezyon artık bir yağ çizgisi olarak görünür. Köpük hücreler sonunda ölür ve bu inflamasyon sürecini daha da yaygınlaştırır. Köpük hücreleri ölünce içlerindeki kolesterol ve diğer lipitler ateromda birikmeye başlar. Köpük hücreleri ve trombositler düz kas hücrelerinin hareketini ve çoğalmasını aktive eder; düz kas hücrelerinin yerine kollajen gelir ve bu hücreler de köpük hücrelerine dönüşür. Lipit birikintileri ile damarın intima tabakası arasında koruyucu bir fibröz örtü oluşur. Endotel hasar hipotezine göre ise endotel tabakaya hasar veren herhangi bir etmen, trombositlerin endotel altına girip yapışmasına neden olur, ardından monosit ve T lenfositler gelir, bu hücrelerin salgıladığı büyüme faktörleri düz kas hücrelerinin mediadan intimaya geçip orada çoğalmasına, bağ dokusu ve proteoglikan üreterek fibröz plak oluşturmasına neden olur (İliçin ve ark., 2012; Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

Bu iki hipotez birbirini dışlamaz. Oksitlenmiş LDL endotel hücrelerine toksik olduğu için bir hasar unsuru sayılabilir. Ayrıca yenilenen endotel hücreleri tamamen eski halinde olmayacağı için plazmadaki LDL'nin endotel tabakada alıkonmasına neden olabilir ve bu durum lipojenik hipotez ve endotel hasar hipotezi ile açıklanabilir. Ancak endotel hasar hipotezi, enfeksiyon gibi nedenlerle oluşan ve lipit kökenli olmayan aterom oluşumlarına da açıklama getirir. Bu hipotezlere hücre biyolojisindeki yeni gelişmeler eklenerek ateroskleroz patogenezine açıklık getirilmiştir (İliçin ve ark., 2012; Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

Aterogenez: Aterosklerozda aterom plaklarının gelişme sürecine aterogenez denilmektedir. Anne karnında başlayan bir süreç olan ateroskleroz yıllar içinde gelişir. Histolojik olarak en erken lezyon yağlı çizgi (fatty streak) olarak bilinen lipit yüklü makrofaj köpük hücrelerinin T lenfositlerin subendotelial birikimidir. Lezyonun makrofajlarda daha fazla lipit birikmesi ve intimadaki düz kas hücrelerinde lipit damlacıklarının belirmesi ile sarı-grimsi renk alması nedeniyle yağlı çizgi diye adlandırılmaktadır. Asemptomatik ve nonstenotik lezyonlar olan yağlı çizgiler yaşamın ilk 10 yılın sonunda aortada, ikinci 10 yılda koroner arterlerde ve üçüncü 10 yılda serebral dolaşımda görülmeye başlanır. Yağ çizgilerinde düz kas hücreleri

yer almakla birlikte baskın hücre tipi makrofajlardır. Bu ergenlik çağı sonlarında hücreler arası alanda lipit partikül birikintileri oluşmaya başlar ve bu oluşum "preaterom" adını alır. Arter duvarının kalıcı hasarına yol açan ilk lezyonlar da preateromlardır. Hücre dışı lipit birikintilerinin bir araya gelmesiyle lipit çekirdeği "ateroma" oluşur. Ateroma arter duvarını kalınlaştırır ancak damar lümeni içine çıkıntı yapmaz. Yaşamın üçüncü ve dördüncü 10 yılında lipit çekirdeği üzerindeki yüzeyel intimanın yerini yavaş yavaş düz kas hücrelerinin de bulunduğu granülasyon dokusu alır ve buna fibröz örtü, lezyona da fibröz plak (fibroateroma) denir. Lezyonun bu evresinde makrofajlar bulunmakla birlikte baskın hücre tipi düz kas hücreleridir (İliçin ve ark., 2012; Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010) (Şekil 1).



Şekil 1. Ateroskleroz Gelişim Evreleri

Aterosklerozun karakteristik lezyonu, bir endotel tabakası ile kaplı, düz kas hücreleri ve fibröz doku ile örtülü, sarımsı lipit içeren bir çekirdekten oluşmuş fibröz plaktır. Aterosklerotik fibröz plağın geleceğini fibröz kapsül ve plak içindeki inflamasyonun yoğunluğu belirler. Bu süreçte damardaki düz kas tabakasında, özellikle ateromun hemen yanındaki düz kas hücrelerinde, mikroskopik kireçlenmeler (kalsifikasyonlar) başlar. Zaman içinde bu hücreler ölünce kas tabakası ile ateromun dış kısımları arasında kalsiyum birikimleri meydana gelir. Aterom oluşumları arterin zaman içinde genişlemesine neden olan enzimler salgılar ve arterin genişlemesi ateromun fazladan kalınlığını telafi ettiği sürece damar boşluğunda bir daralma (stenoz) meydana gelmez. Arterin kesiti yumurta şekilli olarak genişlemeye devam eder. Ancak eğer bu genişleme aterom kalınlığıyla orantısız olursa damarın kas tabakası ateromu tutmaya yetecek büyüklükte küçük anevrizmalar oluşturur. Aterom plağının varlığını telafi edecek şekilde yapısını değiştirmesine rağmen kas tabakası

genelde dayanıklılığını sürdürür. Ancak, damar duvarının içindeki ateromlar yumuşak ve yırtılmaya müsaittir, fazla esneklikleri yoktur. Ateromun dış kısmıyla kas duvarı arasındaki kireçlenme de, aterom ilerledikçe arterlerin esnekliğinin kaybına ve damarın sertleşmesine yol açar. Ayrıca inflamasyonun yoğunlaşması fibröz kapsülün omuz adı verilen plak kenarındaki bölgelerde kendini göstererek plak rüptürüne yol açabilir, inflamasyon artışına bağlı plak içeriğinin basıncının artması ile rüptürü daha kolay hale gelebilir (İliçin ve ark., 2012; Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010) (Şekil 1).

Ateroskleroz onlarca yıl yavaşça ilerler ve aterom tarafından arter tamamen tıkanıncaya kadar fark edilmeyebilir. Ateromun yırtılması, yırtığın üzerinde pıhtılaşma ve fibröz yapılanma ve stenoz ile süreç ilerler. Bu süreç bir kere veya tekrar tekrar olabilir. Stenozlu bölgelerde kan akış hızı yüksek olmasına rağmen genelde plak parçalanmazlar. Kan akışını durduran yırtılma olayları genellikle az daralma yapmış büyük plaklarda daha çok meydana gelir. Stenoz yavaş ilerleyebilir, ancak plak yırtılması ani bir olaydır. Yırtılma, ince ve zayıf fibröz örtülü "hassas" ateromlarda olur. Eğer yumuşak ateromu kandan ayıran fibröz örtü yırtılırsa, alttaki doku parçaları kanın içine yayılır, kan ateromun içine girer ve bunun sonucunda ateromun hacminde ani bir büyüme meydana gelebilir. Doku parçalarında bulunan kollajen ve doku faktörleri trombositleri uyarıp pıhtılaşma mekanizmasını harekete geçirirler. Sonuç, ateromu kaplayan ve kan akışını ileri derecede engelleyen bir trombüs oluşumudur. Ateroskleroz sürecinin en kötü sonucu da; trombüs ile tıkanan koronerlerde kan akımının engellenmesine bağlı gelişen miyokard iskemisi ve bundan kaynaklanan klinik tablolardır (İliçin ve ark., 2012; Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

2.1.5. Koroner Arter Hastalıklarında Risk Faktörleri ve Korunma

KAH gelişimindeki risk faktörlerinin literatürde; major/minör, değitirilebilir/değiştirilemez faktörler gibi farklı sınıflandırmalarla açıklandığı görülmektedir (ESC, 2012; Gögen, 2011; Hillis ve ark., 2011; Onat ve ark., 2013; Stone ve ark., 2013; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010). KAH gelişiminde etkisi kesin olan bu faktörler yanı sıra bu alandaki yeni araştırmalar ve gelişmeler sonucunda yeni risk faktörleri tanımlanmıştır. KAH'nın günümüzde kabul edilen önemli risk faktörleri şunlardır:

1. Yaş (erkeklerde ≥45, kadınlarda ≥55 veya erken menopoz)
2. Aile öyküsü (birinci derece akrabalardan erkekte 55, kadında 65 yaşından önce KAH bulunması)

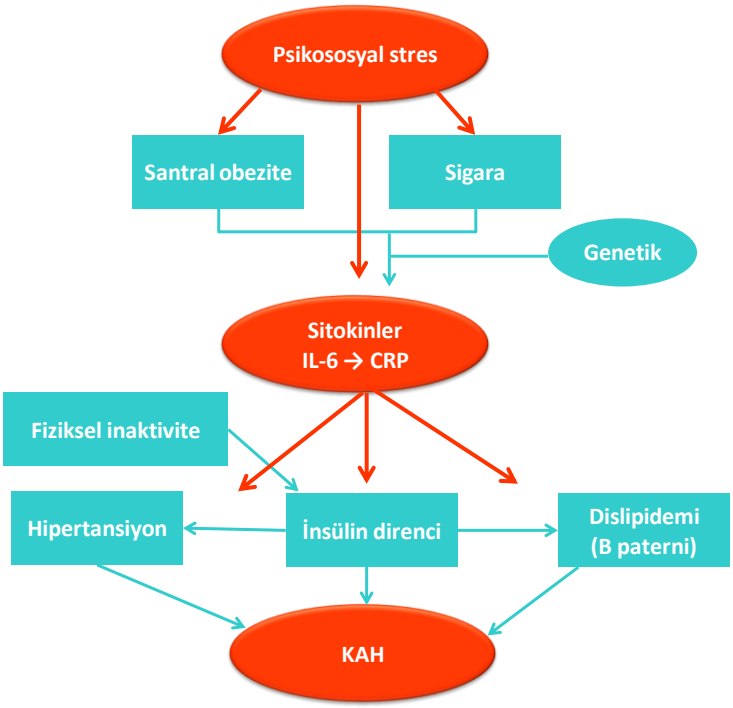
3. Sigara içiyor olmak
4. Hipertansiyon (kan basıncı ≥140/90 mmHg veya antihipertansif tedavi görüyor olmak)
5. Hiperkolesterolemi (total kolesterol ≥200 mg/dl, LDL-kolesterol ≥130 mg/dl)
6. Düşük HDL-kolesterol değeri (<40 mg/dl)
7. Diabetes mellitus (diyabet bir risk faktörü olmanın yanı sıra, koroner kalp hastalığı varlığına eşdeğer bir risk taşıdığından risk değerlendirmesinde ayrı bir yeri vardır).

Yukarıda sıralanan majör ve bağımsız risk faktörlerinin yanı sıra bazı diğer etkenler ve yeni tanımlanan risk faktörleri de kişinin riskini etkiler. Bu etkenler arasında obezite, fizik aktivite azlığı, uzun süreli ve aşırı alkol tüketimi, aterojenik diyet, subklinik aterosklerotik hastalık, lipoprotein(a) yüksekliği, hiperhomosisteinemi, protrombotik ve proinflamatuar risk faktörleri sayılabilir. KAH'ın en sık nedeni olan aterosklerozun kısmen kronik bir düşük-düzeyli inflamasyonun sonucu olduğu düşünülmektedir ve C-reaktif protein yüksekliğinin kararsız plakların varlığını yansıttığı bildirilmektedir. Özellikle metabolik sendromun C-reaktif protein yüksekliği ile ilişkili olduğunu belirtilmektedir. Bu yeni faktörleri açıklayan oral kontraseptif kullanımı, ürik asit yüksekliği ve gut hastalığı, nefrotik sendrom, A kan grubu, Ca, Mg, Cr, Mn, Li, Cu/Zn dengesizliği, sedimantasyon yüksekliği, B12 vitamini, folat eksikliği, serum proteinlerinde kardiyometabolik riskten koruyuculuk eksikliği gibi fizyolojik faktörler yanı sıra gürültü, kalabalık şehirlerde yaşama, A tipi kişilik, stres yönetiminde yetersizlik gibi psikolojik faktörlerin KAH ile ilişkili olduğunu savunan görüşler bulunmaktadır. Henüz bu faktörler risk kategorisini belirlemekte kullanılmamaktadır (Smulders, Thijs, Twisk, 2008). Ancak bireysel tedavi yaklaşımında bu faktörlerin de bulunması etkili bir tedavi ve bakım yönetimi için yol gösterici olabilir (ESC, 2012; Gögen, 2011; Onat ve ark., 2013; Smulders, Thijs, Twisk, 2008; Stone ve ark., 2013; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010).

Tablo 1. Koroner Arter Hastalığı İçin Risk Faktörlerinin Sınıflaması

Değiştirilemez veya Kontrol Edilemeyen Risk Faktörleri	Değiştirilebilir veya Kontrol Edilebilen Risk Faktörleri
▪ Yaş (Erkeklerde ≥45, Kadınlarda ≥55) ▪ Cinsiyet (erkeklerde 45 yaş üzeri, kadınlarda 55 yaş üzeri, kadınlarda erken menapoz) ▪ Kalıtım (birinci derece akrabalardan erkekte 55, kadında 65 yaşından önce koroner arter hastalığı bulunması; aile öyküsüne bağlı genetik yatkınlık)	▪ Düşük HDL kolesterol (45 mg\dl altı) ▪ Yüksek LDL kolesterol (130 mg\dl üzeri) ▪ Total kolesterol (200mg\dl üzeri) ▪ Diyabetes mellitüs (DM) ▪ Kan basıncı yüksekliği (140\90 mmHg üzeri) ▪ Sigara ▪ Obezite ▪ Düzenli egzersiz yapılmaması ve hareketsiz yaşam ▪ Uzun süreli ve aşırı alkol kullanımı ▪ Dengesiz diyet/Beslenme alışkanlıkları ▪ Stres

Türk Kardiyoloji Derneği'nin (TKD) TEKHARF çalışma sonuçları ile ülkemiz için mutlak koroner risk şeması belirlenmiştir. Türkiye için oluşturulan risk faktörleri Şekil14'te gösterilmiştir.



Şekil 2. Ülkemizde Mutlak Koroner Riske Işık Tutacak, Erişkinlerde Yaygın Görülen İlgili Risk Faktörleri Şeması.

Kaynak: Onat A. Erişkinlerimizde kalp hastalıkları prevalansı, yeni koroner olaylar ve kalpten ölüm sıklığı. 2009 from http://www.tekharf.org.12.01.2010.

2.1.6. Koroner Arter Hastalıklarında Risk Hesaplama

Risk hesaplama sistemleri risk faktörlerinin değerlendirilmesine dayanan sistemlerdir. Bir risk faktörü, belirli bir hastalığın gelişiminde kendisi ile nedensel ilişki kurulabilen ve değiştirilebildiği takdirde yarar sağlanabilen bir faktördür. Risk hesaplama sistemleri ilk zamanlar yalnızca KKH riskini öngörmekteyken, yeni sistemlerde aterosklerozun vasküler yataktaki yaygınlığı göz önüne alınarak toplam inme ve periferik damar hastalığını da içeren kardiyovasküler risk hesaplanabilmektedir (ESC, 2012; Hillis ve ark., 2011; Onat ve ark., 2013; Stone ve ark., 2013).

Dünyada koroner arter hastalıkları için riskin belirlenmesinde kullanılan birçok risk hesaplama sistemi vardır. Framingham risk hesaplama en eski ve en çok kullanılan risk

hesaplama yöntemidir. SCORE (**S**ystematic **CO**ronary **R**isk **E**valuation), PROCAM (**PRO**spective **CA**rdiovascular **M**ünster), QRISK, WHO (World Health Organization)/ISH (International Society of Hypertension), Reynolds Risk Skoru ve çeşitli ulusal risk hesaplama sistemleri yaygın kullanılan diğer sistemler arasında sayılabilir (ESC, 2012; Hillis ve ark., 2011; Onat ve ark., 2013).

Framingham risk hesaplama sistemi; ABD'de Massachusetts eyaletinde yaşayan 5209 erişkin 1948 yılından başlayarak ileriye dönük Framingham çalışması verilerine dayanarak Amerikan Kalp Birliği'nin (AHA) geliştirdiği bir sistemdir. Bu sistemde; cinsiyet, yaş, sigara, aile öyküsü, kardiyovasküler hastalık varlığı, diyabet varlığı, açlık kan şekeri yüksekliği (>100 mgr), boy, ağırlık, bel çevresi, sistolik ve diyastolik kan basıncı, antihipertansif tedavi altında olmak, total kolesterol, HDL-kolesterol, LDL-kolesterol, trigliserid parametreleri kullanılarak 10 yıl içinde miyokart infarktüsü veya koroner ölüm riski hesaplanır. **SCORE sistemi** ise 11 Avrupa ülkesinde yapılan 12 prospektif çalışmaya ve genel nüfustan alınan 205 binden fazla bireyin izlemine dayanmaktadır. Bu sistemde, diğer tüm sistemlerden farklı olarak, ölümcül (fatal) kardiyovasküler olay riski hesaplanmaktadır. **PROCAM sistemi** sanayi çalışanlarından oluşan bir gruba ilişkin verilere dayanır ve çalışmadaki kadın oranı, olay sıklığı az olduğu için kadınlara ilişkin riski göstermedeki gücü sınırlıdır. **Reynolds Risk Skoru,** iki yıl izlem süreli iki ayrı prospektif çalışmanın verilerine dayanarak farklı bir yaklaşım göstermektedir (ESC, 2012; Onat ve ark., 2013; Stone ve ark., 2013).

Bir risk hesaplama sistemi hem ayırabilme hem de kalibrasyon yönünden mükemmel olmayabilir. Sistemlerin farklı zamanlar ve toplumlara göre ayarlanmaları gerekir. Çünkü risk faktörlerinin ve hastalığın varlık derecesi o toplumda zaman içinde değişebileceği gibi, toplumlara göre de farklılık gösterebilir (Hemingway, 2007). Örneğin Framingham sistemi Amerika'da iyi öngördürücü iken Avrupa toplumlarına uygulandığında riski olduğundan yüksek gösterebilmektedir. Bu farklılığın anlaşılması ile birlikte Framingham ve SCORE sistemleri, mortalite istatistikleri göz önüne alınarak çeşitli ülkelere göre yeniden ayarlanmıştır. Türkiye için önemli veriler sağlayan TEKHARF çalışmasında Framingham, SCORE, PROCAM sistemlerinin değerlendirme sonuçlarının karşılaştırılması ile ülkemiz için risk değerlendirme şeması oluşturulmuştur (Onat ve ark., 2013) (Şekil 3).

Koroner Kalp Hastalığı Konusunda 9 noktada kendinizi sınayınız

1. Cinsiyet ve yaşınız için						**Puan**
	Erkek	Kadın		Erkek	Kadın	
30-34 yaş	0 puan	eksi 7 puan	35-39 yaş	0 puan	eksi 5 puan	
40-44 yaş	2 puan	eksi 1 puan	45-49 yaş	5 puan	7 puan	
50-54 yaş	7 puan	10 puan	55-59 yaş	9 puan	12 puan	
60-64 yaş	11 puan	14 puan	>65 yaş	15 puan	16 puan	
2. Sistolik kan basıncınız için						
120'den az	0 puan		120-129	1 puan		
130-139	2 puan		140-159	3 puan		
>160 mmHg	5 puan					
3. Halen düzenli olarak günde 1 veya daha fazla sigara						
içmiyorsanız	0 puan					
içiyorsanız	erkek olarak 3 puan, kadın olarak 1 puan					
4. Şeker hastalığınız						
Yoksa	0 puan					
Varsa	erkek olarak 3 puan, kadın olarak 4 puan					
5. Kanda LDL-kolesterol düzeyiniz						
100'den az	0 puan		100-129	2 puan		
130-159	4 puan		160-189	6 puan		
>190 mmHg	8 puan					
6. Kanda HDL-kolesterol düzeyiniz						
35'den az	4 puan		35-44	kadın 3 puan		
45-54	1 puan		>55	erkek 1 kadın 3 puan		
7. Kanda trigliserid düzeyiniz						
100'den az	0 puan		100-199	1 puan		
>200	2 puan					
8. Bel çevreniz						
Erkek			Kadın			
94 cm ya da daha azsa		0 puan	88 cm ya da daha azsa		0 puan	
≥95 cm ise		1 puan	≥ 89 cm ise		1 puan	
9. Çalışma zamanı dışında haftada 4 gün 30'ar dakika yürüyüş veya eşdeğer fiziksel etkinlik						
Yapıyorsanız		0 puan				
Yapmıyorsanız		1 puan				
					Toplam	

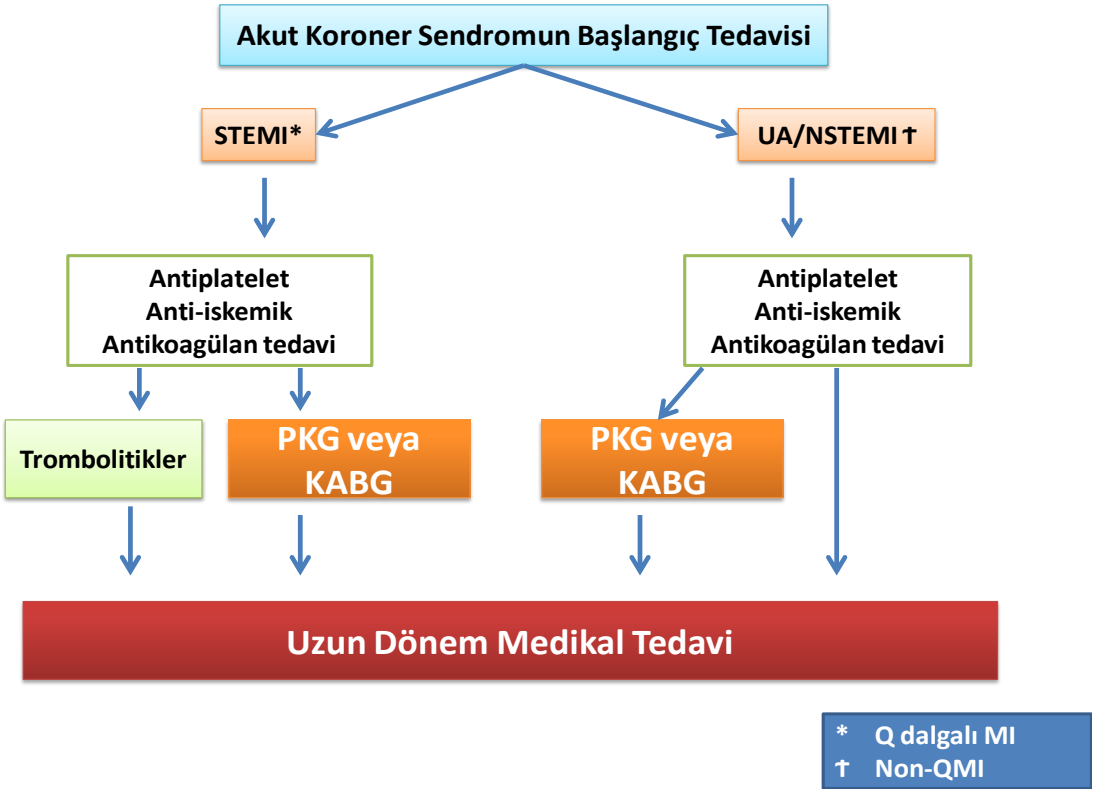
Aldığınız puanları toplayınız: puanınız erkek olarak 23 kadın olarak 27 veya daha yüksekse damar sertliğine bağlı kalp hastalığı riskiniz yüksektir. Diğer bir deyişle, önümüzdeki 10 yıl içinde kalp krizi geçirme ya da kalpten ölme olasılığınız % 20 ya da daha yüksektir.
Puanınız erkek için 18-22, kadın için 21-26 ise, anılan olasılığınız %10-20 arasındadır. Daha düşük puanlarda bu olasılık %10'dan az olup iyidir.

Şekil 3. Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Koroner Kalp Hastalığı Risk Şeması

Kaynak: Onat A, Can G, Yüksel H, Ademoğlu E, Erginel-Ünaltuna N, Sansoy V. TEKHARF 2013 Halkımız Sağlığına Işık, Tıbba Çığır Açabilecek Katkı. Logos Yayıncılık Tic. Aş., İstanbul, 2013.

2.1.8. Koroner Arter Hastalıklarında Prognoz ve Tedavi

KAH ve buna bağlı ortaya çıkan klinik tabloların (akut koroner sendromların) tedavileri çok yönlüdür. Yaşam tarzı değişiklikleri, ilaç tedavileri ve gerektiğinde cerrahi işlemleri içerir. Risk faktörlerinin azalmasına, altta yatan KAH ilerleyişini yavaşlatmaya, göğüs ağrısı ataklarını öngörmeye, kontrol etmeye ve bazen atakları önlemeye yardımcı olmak için yaşam tarzı değişiklikleri önerilmektedir. Bu değişiklikler yüksek kan basıncının kontrolünü, yüksek kolesterol düzeylerini düşürmeyi, zorlu egzersizleri hafifletmeyi, aşırı kiloların kaybını ve sigarayı bırakmayı içerir (İliçin ve ark., 2012; Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010). Akut koroner sendromun tedavi algoritması Şekil 4'te gösterilmiştir.



Şekil 4. Akut Koroner Sendrom Tedavi Algoritması

Kaynak: Braunwald, E. Bowen E, Mckay RG, New England Journal of Medicine, 2001; 344-1939(www.acc.org).

Akut koroner sendrom hastalarının tedavisinde amaç; iskeminin düzeltilmesi ile ölüm, miyokard reinfarktüsü ve hayatı tehdit eden aritmileri içeren komplikasyonların önlenmesidir. Genel olarak, tedavi seçenekleri, antiplatelet tedavi, anti-iskemik ve antikoagülan tedavi, trombolitikler yanı sıra perkütan koroner girişim (PKG), koroner arterlere stent uygulamaları

ve kalp cerrahisi ile gerçekleştirilen miyokardiyal revaskülarizasyondur (İliçin ve ark., 2012; Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

2.2. KORONER ARTER BAYPAS GREFT CERRAHİSİ

Bölgesel myokardiyal kanlanma ile myokardiyal oksijen talebi arası uyumsuzluklar revaskülarizasyon için değerlendirilen semptomatik KAH'lı hastalardaki patofizyolojik anomalidir. Medikal tedavi ile afterload ve preload düşürülerek, kalp hızı yavaşlatılarak veya kontraktilitesi azaltılarak bu arz talep arası dengesizlik düzeltilmeye çalışılır. Ancak arz-talep dengesini kurmada ve korumada en iyi uzun dönem sonuçları elde etmek için birçok hastada cerrahi girişime gereksinim duyulmaktadır. Koroner damarlardaki darlık (stenoz) veya tıkanıklık (oklüzyon) sonucu ortaya çıkan miyokardiyal iskeminin ortadan kaldırılması için, vücudun diğer bölümlerinden alınan arter ve ven greftleri ya da protez greftler kullanılarak gerçekleştirilen ameliyatlara **Koroner Arter Baypas Greft (KABG)** ameliyatları denir (İliçin ve ark., 2012; Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

2.2.1. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisinin Tarihçesi

KAH ile ilgili en eski belgeler MÖ 1550'li yıllarda yaşamış olan Antik Mısır dönemine dayanmaktadır. KAH tedavisine yönelik ilk defa 1899 yılında Francois Franck tarafından angina pektorisli hastalarda ağrıyı ortadan kaldırmak amacıyla sempatektomi önerilmiştir. Bu düşünceden yola çıkarak Jonnescu1916 yılında Bükreş'te, servikotorasik kordonu bilateral olarak çıkartmıştır. Ancak KAH'na yönelik ilk cerrahi girişimler 1930'lu yıllara dayanmaktadır. Claude Beck 1932 yılında, KAH cerrahisinde yeni bir aşama olan perikard ve epikardın mekanik olarak tahriş edilmesine ve böylece epikarddan miyokardın içerisine doğru yeni kılcal kan damarlarının gelişmesini amaçlayan hayvan deneyleri yapmıştır. Daha sonra Gross ve ardından Beck, koroner sinüsün bağlanması ile miyokard kan akımının arttırılabileceğini öne sürmüşlerdir. Beck ayrıca1943-1948 yıllarında koroner sinüsün arasına ven grefti koyarak, 'koroner venlerin arteriolizasyonu' ile ilgili çalışmalar yapmıştır (Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

Miyokard revaskülarizasyon için en önemli aşamalardan birini gerçekleştiren Kanada'lı cerrah Gordon Murray, 1937 yılında internal mammaryan arteri (İMA) miyokard içine gömerek, İMA'in miyokard sinüzoidleri ile anastomozlar geliştireceğini ileri sürmüştür. Ancak yapılan deneylerde arterin tıkandığının görülmesi üzerine Murray bu fikrinden vazgeçmiştir. Kanada'lı bir başka bilim insanı Vineberg ise köpeklerde yaptığı deneylerde

İMA'in yüksek oranda açık kaldığını gözleyerek aynı görüşü savunmuş ve 1950 yılında İMA insan sol ventrikül duvarına ilk kez implante etmiştir (Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010). Kardiyovasküler cerrahinin en önemli gelişmelerinden birisi kalp-akciğer makinesinin kullanılmasıdır. Kalp-akciğer makinesi kullanılarak ilk başarılı intrakardiyak operasyonu 6 Mayıs 1953'te Dr. John Gibbon gerçekleştirmiş ancak sonraki dört hastasını kaybetmesi üzerine geliştirdiği teknik ve sistemler tartışılmaya başlanmıştır. Bunun üzerine Walton Lillihei ve arkadaşları 1954 yılında kardiyak operasyonlar için hastaların anne ve babasını biyolojik akciğer olarak kullanmış ve kontrollü kros-sirkülasyon tekniğini geliştirmiştir. Bu ameliyatlar sonrası görülen yüksek mortalite oranları ise ümit kırıcı olmuştur. Nihayet 1955'te Mayo Klinik'te Dr. John Kirklin ve arkadaşları ilk başarılı seriyi bildirmişler ve aynı yılın sonlarına doğru başka başarılı sonuçlar bunu izlemiştir (Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

Mason Sones tarafından 1958 yılında selektif koroner arteriografinin ilk defa uygulanmasından sonra da arteryel implantasyonlar objektif bir şekilde değerlendirilmeye başlanmış ve ileri metodlar geliştirilmeye çalışılmıştır. Birçok merkezde 1960-1967 yılları arasında arter implantasyonları yapılmış, ancak aorto-koroner baypas ameliyatlarının ortaya konması ile bu yöntem önemini kaybetmiştir (Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

Koroner arter tıkanıklığına yönelik ilk direkt cerrahi girişim yine Murray tarafından gerçekleştirilmiş, 1950 yılında deneysel olarak koroner arterlerin arasına ven greftleri yerleştirilmiştir. Bailey, 1956 yılında gerçekleştirdiği başarılı koroner endarterektomi ile koroner arterlerin kendisine yönelik direkt cerrahi girişimlerin gündeme gelmesine yol açmıştır. Longmire ve Canon, Bailey ile birlikte 1956-1959 yılları arasında koroner endarterektomiyi yaygın bir şekilde uygulamışlardır. Sauvage1963 yılında, köpeklerde juguler ven ile aorto-koroner baypas çalışmaları yapmıştır. Edward Garret ve Michael DeBakey tarafından ilk defa safen venin bir baypas grefti olarak kullanılabileceği belirtilmiş, 1960'lı yılların başında Sabiston ve Garett ilk defa safen ven kullanarak aortokoroner baypas ameliyatlarını vaka sunumu olarak yayınlamışlardır. Ayrıca 1968 yılında aynı şekilde safen ven grefti ile gerçekleştirdiği ameliyatlarını yayınlamıştır. Tüm bu gelişmelerin ışığında 1967-1968 yılları arasında KAH'nda, miyokardiyal revaskülarizasyona yönelik baypas ameliyatları, ABD'de Cleveland Klinik (Ohio), Wisconsin Üniversitesi (Milwaukee) ve New York Üniversitesi (New York) üç büyük merkezde gelişmiştir. Cleveland Klinik'te Rene Favaloro ve Donald Effler, ilk defa bir safen veni RCA'ya uygulayarak aorto-koroner baypası

gerçekleştirmiştir. Hemen sonrasında Winconsin Üniversitesi'nde Dudley Johnson ve arkadaşları aynı işlemi LAD'ye uygulamışlardır. New York Üniversitesi'nde ise LAD anastomozunu Gren ve Tice 1968'de gerçekleştirmiştir (Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010). İMA'nın greft olarak kullanımı ise safen venden daha önce gündeme gelmiştir. Kolesov 1961 yılında Rusya'da ilk defa İMA kullanarak koroner baypas ameliyatını gerçekleştirmiştir. Green'de 1968 yılında İMA kullanarak gerçekleştirdiği koroner baypas serisini yayınlamıştır. Green'in başarılı sonuçlarının ardından İMA tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaya başlamıştır (Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

2.2.2. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisinin Endikasyonları

KABG cerrahisinin endikasyonları periyodik olarak Amerikan Kardiyoloji Birliği (**A**merican **C**ollage of **C**ardiology-**ACC**) ve Amerikan Kalp Derneği (**A**merican **H**eart **A**ssociation-**AHA**), Avrupa Kardiyoloji Derneği (**E**uropean **S**ociety of **C**ardiology-**ESC**) ve Kanada Kardiyovasküler Derneği (**C**anadian **C**ardiovascular **S**ociety-**CCS**) gibi tarafsız otoriteler tarafından kılavuzlarında tanımlanmaktadır. Bunlardan en yakın tarihli olan ve son güncellemeleri içeren ACC/AHA 2011 kılavuzuna göre yararı ve gerekliliği tartışmasız kabul edilen endikasyonlarına aşağıda Tablo 2'de yer verilmiştir.

Tablo 2. Amerikan Kardiyoloji Birliği/ Amerikan Kalp Derneği 2011 Kılavuzu Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisinin Endikasyonları

ACC/AHA 2011 KILAVUZU*   **"Klas I: Yararı ve gerekliliği tartışmasız kabul edilen KABG endikasyonları"**
• Sol ana koroner hastalığı (≥ %50 stenoz)
• Sol ana koroner ekivalanı (proksimal LAD'de ve Cx'de ≥ %70 stenoz)
• 3 damar hastalığı, özellikle EF < %50 ise
• 2 damar hastalığı, proksimal LAD'de stenozla beraber ve EF < %50 ise
• Proksimal LAD ve 1 veya 2 damar hastalığı
• Medikal tedaviye cevap vermeyen şiddetli anjina,
• Başarısız PTKA

***ACC/AHA Kılavuzu Öneri Sınıflaması**
Klas I: Yararı ve gerekliliği tartışmasız kabul edilenler
Klas IIa: Uygulanmasının yararlı olabileceği çoğunlukla kabul edilen/destekleyici kanıtları olanlar
Klas IIb: Gerekliliği konusunda yeterli sayıda kanıt veya fikir birliği olmayanlar
Klas III: Yararı olmayan ve/veya zararlı olabilecek durumlar
Kaynak: Hillis LD. and et.al.. (2011) 2011 ACCF/AHA Guideline for Coronary Artery Bypass Graft Surgery. A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. JACC;58(24): 123-210.

Klas I'de yer alan endikasyonlar dışında, total oklüzyon, sirkumferensiyal kalsifikasyon, bifurkasyonda tutulum ve diffüz veya distal lezyonlar gibi PTKA'ya uygun olmayan patolojilerde ve operasyon gerektiren diğer kardiyak patolojilerle birlikte obstrüktif koroner arter lezyonunun olması da endikasyonlar arasında sayılabilir (Klas IIa, Klas IIb iken Klas I olur). STEMI hastalarında cerrahi dışındaki her türlü tedaviye cevapsız ve/veya devam eden iskemi/infarktüste ve kardiyojenik şok görülen vakalarda cerrahi için endikasyon tanımlanabilir (Klas IIa); bunun dışında genellikle cerrahi olmayan yöntemler uygulanır. Ayrıca genellikle diffüz, distal ve progresif tutulum görüldüğü ve ani ölüm riski olduğu için diyabetik hastalarda da CABG önerilmektedir (Hillis ve ark., 2011).

2.2.3. KABG Kontrendikasyonları

Günümüzde KABG için sadece birkaç kesin kontrendikasyon bildirilmekte ve bunlardan en önemlisi ise ciddi konjestif kalp yetmezliği olarak görülmektedir. KABG cerrahisi için kontrendike olan diğer durumlar anatomik ve klinik olarak aşağıda sıralanmıştır.

- ☒ Anatomik kontrendikasyonlar
  - 1 mm'den küçük koroner arterler
  - Tam tıkalı ve içi aterom ile dolu koroner arterler
  - LAD dışı koroner arter hastalığı (nisbi kontrendikasyon)
- ☒ Klinik kontrendikasyonlar
  - EF < %25
  - Pulmoner hipertansiyon (PAB>50 mmHg veya sistemik basıncın 2/3'ünden fazla olması)
  - Canlı dokunun bulunmaması – iskemik kardiyomyopati (ESC, 2012; Hillis ve ark., 2011; Onat ve ark., 2013).

2.2.4. Preoperatif Değerlendirme

KABG ameliyatı planlanan hastalar için değerlendirme adımları hasta öyküsü, fizik muayene, EKG, EKO ve altın standart olarak geçerliliğini koruyan koroner anjiografi ve laboratuar sonuçlarının incelenmesi sonucu anestezi ve cerrahi riskinin hesaplanmasını içerecek şekilde kapsamlı yapılmalıdır (Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

2.2.4.1. Anestezi Risk Değerlendirmesi

KABG uygulanacak hastaların anestezi planının şekillenmesi, perioperatif dönemde gelişebilecek olayların tahmini ve erken postoperatif dönemin planlanması için anestezi

hekimi tarafından değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Bu değerlendirmede ilk olarak klasik anestezi alacak hastalara yönelik yaklaşıma uygun değerlendirme yapılmalı, ek olarak hastanın kardiyovasküler durumu, koronerlerin durumu ile ilgili bilgilerle birlikte pulmoner, renal, hepatik, nörolojik, endokrin ve hematolojik fonksiyonlarının da ayrıntılı incelenmesi gerekir. Elde edilen bu veriler ışığında hastaların anestezi riski hesaplanmalı; cerrahi riskte dikkate alınarak, hasta ve yakınları ile birlikte KABG cerrahisinin hasta için uygunluğu değerlendirilmelidir (Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

KABG öncesi hasta değerlendirmesinde ortak bir dil oluşturulabilmesi için çeşitli sınıflama veya skorlar oluşturulmuştur. Anestezi için genel sınıflamada Amerikan Anesteziyoloji Derneği'nin (American Society of Anesthesiologists-ASA) sınıflamasının (Daabis, 2011) (Tablo 3), fonksiyonel sınıflama için New York Kalp Birliği'nin (NewYork Heart Association-NYHA) sınıflamasının (Zoghi, 2011) (Tablo 4), kardiak risk indeksi için Goldman, Detsky indekslerinin kullanımı yaygın olarak kabul görmektedir.

Tablo 3. Amerikan Anesteziyoloji Derneği Anestezi Risk Sınıflaması

ASA SINIFLAMASI	
ASA I	Normal, sistemik bir bozukluğa neden olmayan cerrahi patoloji dışında bir hastalık veya sistemik sorunu olmayan sağlıklı kişi
ASA II	Cerrahi girişim gerektiren nedene veya başka bir hastalığa bağlı hafif bir sistemik bozukluğu olan kişi • *Hafif derecede anemi, kronik bronşit, hipertansiyon, amfizem, obezite gibi aktiviteyi sınırlamayan yandaş hastalık varlığı*
ASA III	Aktivitesini sınırlayan ancak güçsüz bırakmayan hastalığı olan kişi • *Hipovolemi, Latent kalp yetmezliği Geçirilmiş MI, İleri diabetes mellitus, KOAH gibi sınırlı akciğer fonksiyonu varlığı*
ASA IV	Gücünü tamamen yitirmesine neden olan, hayatına sürekli bir tehdit oluşturan hastalığı olan kişi • *Şok, dekompanse kalp hastalığı, karaciğer yetmezlik durumu*
ASA V	Ameliyat edilsede edilmesede 24 saatten fazla yaşaması beklenmeyen son ümit olarak ameliyat düşünülen kişi • *Hepatorenal sendrom*
ASA VI	Beyin ölümü gelişmiş hastalar

Kaynak: American Society of Anesthesiologists-ASA. The ASA classification and peri-operative risk. from. https://www.asahq.org/For-Members/Clinical-Information/ASA-Physical-Status-Classification-System.aspx.

NYHA sınıflaması ile hastaların fonksiyonel durumuna göre klinik tablonun sınıflandırması ilk kez 1928 yılında tanımlanmış, en son 1994 yılında revize edilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. NYHA Fonksiyonel Durum Sınıflaması

NYHA SINIFLAMASI

Sınıf I	**Normal fiziksel aktiviteli, semptomsuz hasta** Günlük olağan fiziksel aktivitelerinde kısıtlanma olmayan kalp hastaları • Yüksek düzeyde egzersizle semptomlar ortaya çıkmaktadır. • Hasta ≥7 MET* gerektiren (örn: basketbol) aktiviteleri yapabilir.
Sınıf II	**Normal fiziksel aktivite ile semptomatik hasta, aktivitelerde hafif sınırlanma** Fiziksel aktivitelerinde hafif kısıtlanma olan kalp hastaları • Orta düzeyde egzersizle semptomlar ortaya çıkmaktadır (örn. yol yürümekle nefes darlığı olması). • Hasta ≤ 5 MET gerektiren aktiviteleri yapabilir.
Sınıf III	**Daha az fiziksel aktivite ile semptomatik hasta, aktivitelerde belirgin sınırlanma** Fiziksel aktivitede belirgin kısıtlanma olması, ev içinde yürümek gibi çok hafif aktivitelerle bile semptomların ortaya çıkması • Hafif düzeyde egzersizle semptomlar ortaya çıkmaktadır. • Hasta ≤ 2 MET gerektiren aktiviteleri yapabilir.
Sınıf IV	**Herhangi bir aktivite ile semptomatik hasta** • İstirahatta semptomatiktir (İstirahatte bile nefes darlığı olması) • Hasta > 2 MET gerektiren aktiviteleri yapamaz.

* MET (metabolik eşdeğer); egzersiz esnasındaki enerji sarfetme oranını yansıtır ve 3.5 ml/kg/dakika da oksijen kullanımına eşittir.

Kaynak: Zoghi M. (2011) Kalp yetersizliğinin tanısı, evreleri ve sınıflandırması. Klinik Gelişim, 24: 1-5. from http://www.klinikgelisim.org.tr/kg_24_2/1.pdf.19.11.2013.

2.2.4.2. Cerrahi Risk Değerlendirmesi

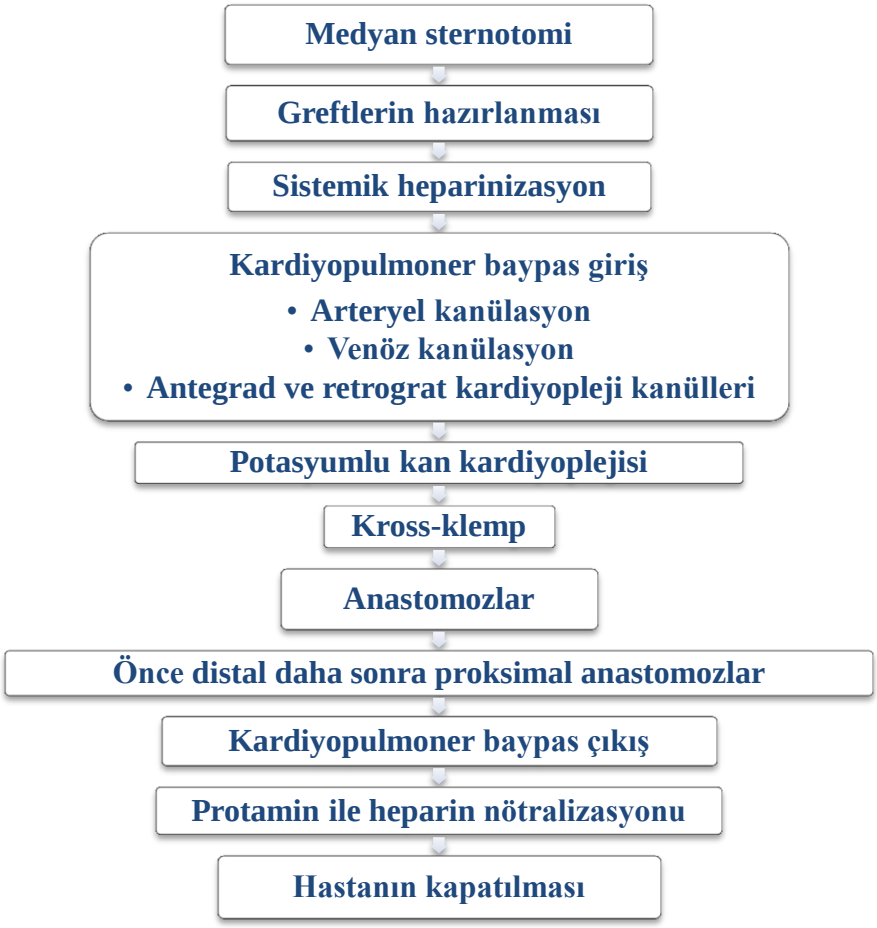
KABG cerrahi teknikler ve anestetik yaklaşımlardaki iyileşmeler nedeniyle daha kompleks hasta grubuna uygulanabilmekte ve hastalarda daha iyi kısa ve uzun dönem sonuçları gözlenmektedir. Ancak KABG için hasta ve yakınları ile birlikte karar alırken, olası hastane mortalitesi, nörolojik hasar, major enfeksiyon, renal disfonksiyon gibi önemli morbiditeler için risk oluşturabilecek faktörler mutlak gözetilmelidir. Günümüzde KABG yapılması planlanan hastalarda kısa dönem mortalite ve morbidite için risk hesaplamaları çoklu, geniş hasta verilerinden elde edilen sonuçların incelenmesi ile daha doğru ve isabetli yapılabilmektedir. Yapılan çalışmalar sonucunda mortalite için *"a. ameliyatın aciliyeti, b. yaş, c. geçirilmiş kalp cerrahisi, d. cinsiyet, e. sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu, f. LMCA darlık yüzdesi, g. %70 üzerinde darlık olan koroner arter sayısı"* olmak üzere prediktif yedi ana değişken tanımlanmıştır. Bunlar içinde acil operasyon, yaş ve reoperasyon yüksek prediktif değere sahipken, koroner anotomiyi tarifleyen (tek damar, 2 damar, damar hastalığı gibi) faktörler en düşük değere sahiptir. Bu yedi ana faktöre ilave minör risk faktörleri tanımlanmıştır. Bunlar ise; PTKA sonrası doğan operasyon gerekliliği, son 1 hafta içinde

geçirilmiş AMİ öyküsü, son 1 hafta içinde geçirilmiş angina öyküsü, ventriküler aritmi, konjestif kalp yetmezliği, mitral kapak yetmezliği, diyabetes mellitus, serebrovasküler hastalık, periferik damar hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), yükselmiş kreatinin düzeyleri (1.4-2 mg/dl) varlığıdır (Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

2.2.5. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi Uygulamasında Kullanılan Yöntemler

2.2.5.1. Standart Cerrahi Teknik (On-pump)

Günümüzde tüm dünyada yaklaşık %80 oranında kardiyopulmoner baypas kullanılarak uygulanan yöntem standart koroner arter baypas cerrahisidir (Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010). Standart teknik (on-pump); medyan sternotomi, greftlerin hazırlanması, sistemik heparinizasyon ve kardiyopulmoner baypas, parsiyel veya kros klemp altında anastomozların yapılması, ekstrakorperal dolaşımın sonlandırılması ve hastanın kapatılmasını içerir (Şekil 5).



Şekil 5. KABG Cerrahisinde İşlem Adımları

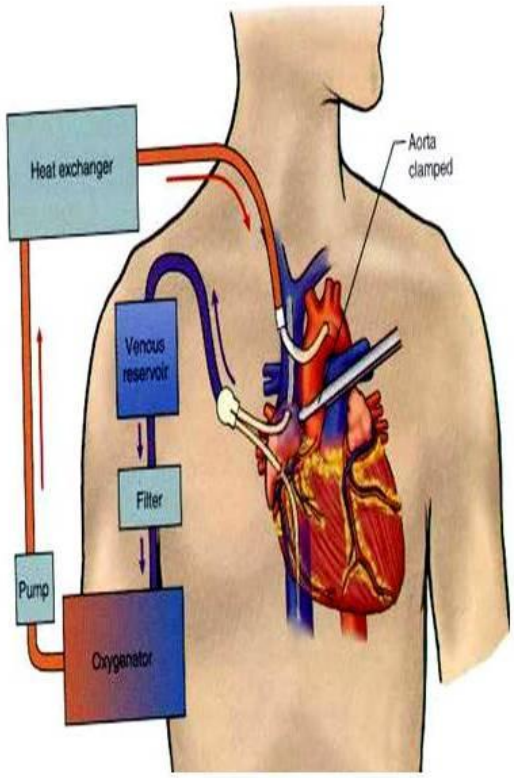
Cilt insizyonu yapılmadan mutlaka antibiyotik profilaksisi yapılmalıdır, sıklıkla da 2. kuşak sefalosporinler tercih edilmektedir. Gerekli monitorizasyonu takiben median sternotomi ile

göğüs açılır. İMA dikkatli bir şekilde çıkarıldıktan sonra sistemik heparinizasyon yapılarak ACT değeri bazal değerin iki katı değere çıkana kadar beklenir (450-500 sn). Bu sırada perikard askıya alınır ve kanülasyon için aort palpe edilerek mümkün olan en distal asendan aortaya purse string dikişler konur. Atrium için tek purse string dikiş sağ atriyal apendikse konur. Heparin alternatif olarak cerrah tarafından doğrudan sağ atriuma da verilebilir. Kanülasyon çok dikkali bir şekilde uygulandıktan sonra kardiyopulmoner baypas'a (KPB) geçilir (Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

2.2.5.1.2. Kardiyopulmoner Baypas/Ekstrakorperal Dolaşım

Günümüzde kalp-akciğer makinası kullanılarak sağlanan ekstrakorporeal dolaşım, KABG ve diğer bütün açık kalp cerrahileri için, güvenilir, kabul görmüş bir teknik halini almıştır. KPB faydalı ancak fizyolojik kısıtlamaları, riskleri ve potansiyel hasar etkileri olan klinik bir araçtır. Genellikle kısa süreli, güvenli, sahanın görünümünü iyileştiren geçici düşük perfüzyon sürelerine veya kısa süreli sirkülatuar arreste olanak sağlayan sistemik hipotermi ile kombine edilir (Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

KPB'nin temel bileşkelerini kanın sifonlanarak, içerisinde depolandığı, venöz kanla gelen hava kabarcıklarının açığa çıktığı venöz rezervuar, kanın oksijenlendiği ve karbon dioksitin elimine olduğu oksijenatör, KPB sırasında perfüzat ısısını ayarlamak, sistemik ısıtma ve soğutma işlemini gerçekleştirmek üzere etkin bir ısı ayarlayıcısı, sirkülasyonu sağlamak üzere roller veya santrifugal olabilen arteriyel bir pompa ve tüm bu ekstrakorporeal dolaşımın güvenli ve steril bir ortamda gerçekleşmesini sağlayan standart tüp setlerinden oluşmaktadır (Şekil 6). Günümüzde klinik kullanım için membranöz, mikroporöz hallow-fiber ve bubble tipte oksijenatörler mevcuttur. KPB'nin amacı yeterli oksijen tüketimini sağlayıp, karbon dioksiti geri almak, optimum total vücut perfüzyonunu sağlayıp metabolik asidoz ve alkalozu önlemek, vücudun kimyasını korumaktır. Güvenli bir KPB hiçbir



Şekil 6. Kalp-Akciğer Makinesi

foksiyonel veya yapısal hasara yol açmamalıdır. Ekstrakorporeal dolaşımda, kan özellikle oksijenatördeki plastik aksamdan, tüplerden geçerken veya aspiratörle alınırken, hemen her zaman kanın şekilli elemanları üzerinde bir miktar travmaya yol açar, özellikle pompanın kendisinden kaynaklanan travma, daha az travmatik satrifugal pompa ve membranöz oksijenatör kullanımı ile azalmıştır. Ayrıca KPB sırasında kompleman ve diğer akut faz reaktanlarının aktivasyonu ile sistemik inflamatuar bir yanıt oluşur. Enflamatuar yanıtın şiddeti ve end-organ disfonksiyonu, uzamış pompa süresi nedeni ile tüm vücutta kapiller permeabilite artışına yol açan beyaz küre adezyon molekülü artışıyla sonuçlanan kompleman ve sitokin aktivasyonu sonucudur. KPB'ye bu yanıtın en ciddi formu, konfüzyon, renal yetmezlik, pulmoner disfonksiyon, düşük dereceli hepatik disfonksiyon, tüm vücutta artmış intersitisyel sıvı ve enfeksiyona yatkınlık gibi çeşitli düzeylerde organ disfonksiyonu ile sonuçlanan ve *postperfüzyon sendromu* olarak adlandırılan durumdur (Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

KPB sonrası görülebilen hafif koagülopati, pompa süresinin uzunluğu ile ilintilidir. Burada trombosit disfonksiyonu özellikle belirgin olup, baypas sırasında suni yüzeylerce olan aktivasyona bağlı meydana gelir. Bu değişimler çoğu rutin operasyonda gözlenmezken, uzamış ve kompleks vakalarda belirebilir. Bu nedenle KPB sırasında daha bikopatibl yüzeylerin kullanımı ile kanın şekilli elemanları üzerindeki travma azalırken, fibrinolizi azaltan ve proteazların inhibisyonunu sağlayan farmakolojik ajanların kullanımı ile de uzamış ekstrakorporeal dolaşımın koagülopatik etkisi azaltılmaya çalışılmıştır. Tüm bu nedenledir ki KPB'ye bağlı yan etkilerin azaltılmasında, intraoperatif dikkatli bir monitorizasyon ve KPB'nin üç saatten az sürdürülmesi önemlidir (Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

Miyokard Koruma Yöntemleri: Kalp cerrahisi, kalp perfüze olurken ve çarparken veya ventriküler fibrilasyondayken veya diastolik arrestin sağlanması ile gerçekleştirilebilir. Miyokardın korunması için kardiyopleji ve kardiyopleji dışı yöntemler kullanılmaktadır. Kardiyopleji dışı yöntemler içerisinde en sık uygulanan hipotermik intermittant iskemi ve hipotermik ventriküler fibrilasyondur. Basitçe kros klempin konması ile sistemik ve topikal hipotermi uygulanması olarak tanımlanabilen bu yöntemler kardiyoplejisolüsyonlarına ilginin arttığı 1980'li yıllara kadar yaygın kullanılmıştır (Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

Kardiyoplejiye göre avantajları; KAH varlığında kardiyoplejinin kalpte uniform dağılamasının yaratacağı yetersiz miyokard korunmasını ortadan kaldırması ve greft uzunluğunun ve uygulama alanının daha iyi ayarlanabilir olması olarak sayılabilir.

Dezavantajları ise tekrarlayan kros klemp uygulamaları ile aortada oluşabilecek hasar, ateroemboli riski ve özellikle hipertrofik kalplerde subebdokardiyal bölgeye olan yetersiz perfüzyon olarak özetlenebilir (Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

Kardiyopleji tekniklerinin gelişmesi ile kalp cerrahisinde miyokard koruma yöntemi olarak kullanımı artmıştır. Kadiyopleji olarak hem kristalloid solüsyonlar hem de kan kardiyoplejisi kullanılabilmektedir. Kan ve kristalloid solüsyon içeriklerindeki elektrolit kompozisyonları, pH dereceleri ve ATP depolarını koruma amacıyla ilave edilen maddeler de son yıllarda önem kazanmıştır. Günümüzde birçok merkezde hiperkalemik soğuk kan kardiyoplejisi kullanılmaktadır. Soğuk kan kardiyoplejisi, oksijenatörden alınan oksijene kana, potasyum konsantrasyonu yaklaşık 22 mmol/L olacak şekilde potasyum eklenmesi ile elde edilir, sıcaklığı da yaklaşık 8ºC olmalıdır. Hiçbir myokardiyal koruma yöntemi tek başına bu kadar etkin değildir ve cerrah her operasyonda antegrad ya da retrograd olarak hangi metodu kullanacağına karar vermelidir (Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

Komplike olmayan myokardiyal revaskülarizasyon prosedüründe, çoğu cerrah antegrad kardiyopleji infüzyonu tercih etmektedir. Burada hafif sistemik hipotermide (32-34°C) KPB'ye geçilir, ardından aortada klemp konacak yerin proksimaline, aorta köküne kardiyopleji kateteri yerleştirilir. Kateterin basınç bağlantısı monitorize edilir ve kardiyopleji infüzyonu sırasında aorta kökü basıncı sürekli ölçülür. Soğuk kardiyopleji infüzyonu 150ml/dk hızda yapılır ve bu arada septal myokard ısı derecesi gözlenir. Toplam 750-1500 ml arasında kardiyopleji verilirken, topikal buz parçaları uygulaması ile de kalp eksternal olarak soğutulur. Topikal soğutma sırasında frenik sinirin fazla soğuk nedeniyle hasar görmemesine dikkat edilmelidir. Soğuk uygulaması sırasında akciğerlerin hafif şişirilmesi, buz yoğunluğu kalbin ön yüzünde tutularak, frenik sinirle direkt teması azaltılabilir. Alternatif bir yöntem de, kalbin posterior yüzü ile posterior perikard arasına su geçirmez bir plaka koyup, direkt teması önlemektir. Kardiyopleji infüzyonu sırasında sol ventrikülün gerilmemesine dikkat edilmelidir, bu genellikle hafif aorta kapak yetmezliğinden kaynaklanır. Eğer sol ventriküler distansiyon meydana gelirse, infüzyon kısa bir süre için kesilip, kardiyopleji kateterinden aspirasyonla ventrikül dekomprese edilir. İlk infüzyon sonrasında, aorta klempli kaldığı sürece, miyokard (septal) ısı derecesini yaklaşık 15°C tutacak şekilde gerektiğinde ek soğuk kan kardiyoplejisi uygulanır. Bazı vakalarda bir/iki ek doz uygulaması yetebilirken, kronik hastalığa sahip, gelişmiş kollateralleri olan hastalarda çabuk temizlenmesi nedeniyle, daha çok ek doz uygulaması gerekebilir (Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

Bir diğer kardiyoplejik solüsyon uygulama yöntemi de solüsyonun koroner sinüse doğrudan verildiği retrograd infüzyon tekniğidir. Retrograd koroner infüzyon özellikle akut gelişen yüksek dereceli koroner arter darlıklarında veya obtrüksiyonunda özellikle avatajlıdır. İşlemi gerçekleştirirken infüzyon basıncı dikkatle monitorize edilmeli, ciddi koroner sinüs ven hasarına yol açmamak üzere kateterin doğru yerleşmiş olmasına dikkat edilmelidir. Aorta ve mitral kapak cerrahilerinde kardiyoplejik solüsyonun retrograd verilmesi daha uygundur (Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

Soğuk kardiyoplejik solüsyon uygulaması gibi miyokard koruma yöntemlerinin mevcudiyetine rağmen, güvenli global iskemi süresinin limitsiz olmadığı hatırda tutulmalıdır. Preoperatif ventriküler hipertrofi derecesi, var olan ventriküler hasarın yaygınlığı veya koroner kollateral dolaşımın durumu gibi birçok faktör, dikkatlice uygulanan myokard koruma yönteminin bile etkinliğini etkiler. Bu nedenle postoperatif sol ventriküler disfonksiyonlarına yol açması nedeniyle 90 dakikadan uzun süren kardiyopleji zamanlarından kaçınılmalıdır (Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

Anastamoz Teknikleri: Aorta kros klemp konulduktan ve kardiyopleji verildikten sonra ilk olarak distal anastomozlar yapılır. Anastomoz ideal olarak kolay erişilebilir, plaksız ve lümen çapı 1.5-2.0 mm'den geniş bir bölgeye yapılmalıdır. Genellikle 1 mm çapın altındaki damarlara baypas yapılmamaktadır. Anastomozlar; uç-yan ya da yan-yan sequential teknikle uygulanmaktadır. Lümen çapı anastomoz uygulama yöntemi açısından da önemlidir; 1.5 mm çapı olan damarlarda yan-yan sequential teknik daha iyi sonuç vermektedir. Çoğunlukla kalbin inferior yüzeyinde yer alan damarlar önce greftlenir, sonrasında lateral ve sol damarlar greftlenir. En son olarak İMA-anterior desendan anastomozu yapılır. Son anastomoz yapılırken de hasta ısıtılmaya başlanır (Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

Kros klemp kaldırıldıktan sonra kalp genellikle spontan olarak çalışmaya başlar ve iyi bir miyokard korunmasının göstergesidir. Fibrilasyonda çalışan kalpte defibrilasyon uygulanarak normal sinüs ritmi sağlanır. Sonrasında da aorta parsiyel klemp konarak proksimal anastomozlara geçilir. Bazı cerrahlar nörülojik olay insidansını azaltmak için kros klemp altında proksimal anastomozların gerçekleştirilmesini önermektedirler. Proksimal anastomozlar asendan aortada plaksız bir bölgeye uç-yan olarak yapılır. Genellikle ilk anastomoz eğer anterior desendan artere safen ven kullanılmış ise bu anastomoz olmalı ve en proksimale yapılmalıdır; sonrasında diagonal ve en distale Cx arter proksimal anastomozları

izlemelidir. RCA proksimal anastomozu ise aortanın sağ lateraline yapılır (Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

Kardiyopulmoner Baypas'dan Ayrılma: Proksimal anastomozlar tamamlandıktan sonra KPB'dan ayrılmak için Tablo 5'te özetlenen gerekli paremetreler kontrol edilir. Erken perfüzyon döneminde kros klemp kalktıktan sonra düşük basınçla perfüzyon sağlanmalı ve kalsiyum infüzyonundan kaçınılmalıdır. Gerekirse inotrop ajan başlanmalı, tercihen Dobutamin ve Adrenalin başlangıçta düşük dozda verilmeli ve doz gereksinime göre arttırılmalıdır. Ritim bradikardik ise pace-maker kullanılmalı ve hasta tam hazır olduktan sonra KPB'dan ayrılmalıdır. Hasta KPB'dan ayrılamıyorsa öncelikle greftler kontrol edilmeli, eşlik eden kapak disfonksiyonu değerlendirilmelidir. Maksimal inotropik desteğe rağmen KPB'dan ayrılamayan hastalarda, tekrar KPB'a girilerek kalp boş şekilde perfüze edilir, ek doz kardiyopleji verilir ve kalp durdurularak perfüzyon altında depoları doldurulmaya çalışılır. Tüm bu uygulamalara rağmen KBP'dan çıkamayan hastalara mekanik destek amaçlı en sık kullanılan yöntem ise intraaortik balon pompası (İABP) desteğidir. Genellikle hastaların çoğu maksimal inotrop desteği ve İABP ile KPB'dan ayrılırlar, bunun da yeterli olmadığı durumlarda sağ, sol ya da bilateral "asist device" desteği uygulanır (Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

Tablo 5. Kardiyopulmoner Baypasdan Ayrılmada Gerekli Parametreler

Kardiyopulmoner Baypasdan Ayrılmada Gerekli Parametreler
Normal sinüs ritmi (ortalama 70-90/dk)
Vücut ısısının 37°C olması
Metabolik dengenin sağlanması
Asidozun düzeltilmesi
Potasyum düzeyinin normal sınırlarda olması
Hematokrit düzeyinin % 20-25 olması
Akciğerlerin %100 oksijen ile ventilasyonunun sağlanması
Atelektazinin düzeltilmesi
Cerrahi kanamanın kontrol altına alınması
Yeterli havanın çıkartılması

Kaynak: Paç M, Akçevin A, Aykut Aka S, Büket S, Sarıoğlu T. Kalp ve Damar Cerrahisi, 2. Baskı, MN Medikal & Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, 2013; ss:779.

2.2.5.2. Koroner Arter Bypas Greft Cerrahisinde Diğer Teknikler

Minimal invaziv kalp cerrahisi ile ilgili girişimleri, klasik median sternotomi dışında, sınırlı cilt insizyonları ile yapılan kalp ameliyatı olarak tanımlamak mümkündür. Sınırlı cilt insizyonları ile birlikte KPB kullanılarak veya kullanılmaksızın ameliyat yapılabilir. Tamamen endoskopik KPB ile uygulanan kalp ameliyatları yanı sıra insizyon boyutuna bakılmaksızın KPB kullanılmadan çalışan kalpte de kalp ameliyatları gerçekleştirilmektedir. Minimal invaziv cerrahi girişimlerin ortak amacı cerrahi travmayı azaltmaktır. Genel olarak cilt insizyonunun büyüklüğü, dokulardaki retraksiyon, gerilme kan transfüzyonu miktarı invazivlik derecesini belirleyen faktörlerdir. Kalp cerrahisinde insizyonu küçülten yaklaşımlar parsiyel sternotomi, mini torakotomi, video destekli torakoskopi, delik ulaşımlı (port access) cerrahi ve robotik cerrahi teknikleridir (Tablo 6) (Metin, Oto, 2003; Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

Tablo 6. Minimal İnvaziv Kalp Cerrahi İle İlgili Kullanılan Terimler

Minimal İnvaziv Kalp Cerrahi İle İlgili Kullanılan Terimler	
Kısaltma	**Açıklama**
MICS (Minimally Invasive Cardiac Surgery)	Minimal invaziv yöntemlerle uygulanan kalp cerrahisidir.
MIDCAB (Minimally Invasive Direct Coronary Artery By-pass)	Minimal insizyonlarla KPB desteği olmaksızın direkt yaklaşımla KABG uygulanmasıdır.
OPCAB (Off-Pump Coronary Artery By-pass)	Klasik median sternotomi ile KPB kullanılmadan çalışan kalpte baypas uygulanmasıdır.
PACS (Port-Access Cardiac Surgery)	Endoaortik klemple arrest olmuş kalpte delik ulaşımlı ve video desteği ile kalp cerrahisi uygulanmasıdır.
TECS (Totally Endoscopic Cardiac Surgery)	Endoaortik klemp ve endo-KPB kullanılarak robotik yöntemlerle kalp cerrahisi uygulanmasıdır.

Kaynak: Metin K, Oto Ö, Minimal İnvaziv Kalp Cerrahisi. Türkiye Klinikleri, 2003;16(4):361-8.

2.2.6. Greft/Konduit Seçimi

KABG cerrahisi için anahtar faktör en uygun baypas için konduitin seçimidir. Koroner arter baypas greftlerin biyolojik özellikleri son derece önemli olsa da, nativ koroner arterlerin durumu da cerrahinin başarısında oldukça önemlidir (Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010). Greft seçiminde istenen özellikler ise;

- ✓ Hedef artere erişebilecek yeterli uzunluk,
- ✓ İç çapın 2-3 mm olması,
- ✓ Nativ koroner arterle uyumlu olan çap (1:l veya 1:2 arasındaki oran),
- ✓ Duvar kalınlığının 1 mm'den küçük olması,

- ✓ Pediküllü (in-situ) greft,
- ✓ 10 yıllık kümülatif patensin %80'den fazla olmasıdır.

KABG cerrahisinde greft seçimi ve anastomoz bölgesinin belirlenmesi karmaşık olabilmektedir ve birçok değişkene bağlıdır (Güler ve Saçar, 2008). KABG cerrahisinde greft olarak İMA özellikle de LİMA kullanımı altın standarttır. Çoklu damar baypası için radial arter ve safen ven (vena safena magna) en sık kullanılan diğer greftlerdir, Tablo 7'de avantaj ve dezavantajları ayrıntılı açıklanmıştır. Ayrıca gastoepiploik arter, inferior epigastrik arter, splenik arter ve subscapular arter de kullanılabilmektedir. Prostetik damarlar arasında ufak çaplı PTFE greftler çok nadir olarak kullanılmış fakat iyi sonuçler alınamamıştır (Laube ve ark., 2000; Weyand ve ark., 1999) .

Tablo 7. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisinde Kullanılan Greftlerin Avantaj ve Dezavantajları

İNTERNAL MAMMARİAN ARTER	
AVANTAJLARI	**DEZAVANTAJLARI**
1. Tek anastomoz gereklidir 2. Anastomoz arterden arteredir. 3. Bacakta yara problemi olmaz. 4. İntimal İMA hiperplazisi bildirilmemiştir. 5. İMA'da ateroskleroz az görülmesi nedeniyle uzun süreli açık kalmasını sağlamaktadır. 6. Ameliyattan 5 yıl sonra anginal ağrı olmadan yaşam sürdürebilme oranı komplet revaskülarizasyon yapılanlarda %50 olarak bildirilmiştir. 7. İMA kulanımının yaşam oranını arttırdığı ve reoperasyon gereksinimini azalttığı gösterilmiştir. 8. Özellikle LAD kanlandırılmasında diğer greftlere göre önemli (sol İMA) üstünlüğü vardır. 9. Çoklu damar tıkanıklıklarında tam arteryel revaskülarizasyon tekniğinde kullanımı artmıştır. 10. Kalbin sol arka yüzüne (Cx ve dallarına), sağ İMA veya radial arter; klbin sağ alt yüzüne (RCA dallarına) sağ İMA, sağ gastroepiploik arter veya radial arter yerleştirilmektedir. Gerektiğinde bazı küçük dallar için sgrefti ek safen ven grefti ek olarak kullanılmaktadır.	1. Yalnızca sağ ve sol olmak üzere iki greft elde edilebilir. 2. Uzunluğu sınırlıdır. 3. Bazen İMA çapı yetersiz olabilir. 4. Akıma rezistans daha büyüktür çünkü lümeni dardır ve aortik valvden uzaktır. 5. Subklavyan arter travmaları ve üst ekstremitelerde farklı kan basınçlarına neden olabilir. 6. Koroner arter ve greft büyüklükleri arasında uyumsuzluklar olabilir. 7. Yaygın kalsifik damarların varlığında ven greftlerine göre kullanımı cerrahın tecrübesine bağlıdır. 8. DM, KOAH ve 60 yaş üstü hastalarda bilateral İMA kullanımı sakıncalıdır. Sternum iyileşmesinin gecikmesi ve mediastinit olasılığı yüksektir.

SAFEN VEN	
1. Uzun olması nedeniyle istenilen bölgeye kolaylıkla uygulanmaktadır. 2. Çok sayıda anastomoz için uygundur. 3. Tek başına açık kalma olasılığı az olan küçük çaplı (1mm) arterlerde sequential greft uygulanması, greft açıklık oranını arttırabilir.	**1.** Ven greft aterosklerozu gelişebilir ve buna bağlı açıklık oranı düşüktür. **2.** Ameliyat sonrası birinci yılda ven greftlerinin %10 oranında daraldığı, bunu izleyen her yılda %2-3 tıkanma riski olduğu bildirilmiştir. **3.** Koroner ateroskleroz yılda %10 oranında ilerler ve ven greft kullanımına bağlı riskle birlikte reoperasyon gereksinimini arttırır. **4.** Genç hastalarda uzun dönem sonuçları dikkate alındığında ven greft kullanımından kaçınılması önerilmektedir.
RADİAL ARTER	
1. Teknik olarak hem çıkartılması hem de kullanımı kolaydır. 2. Koroner arterlerin neredeyse tümüne yetişecek uzunluktadır. 3. Çıkartılması sonrası komplikasyonu azdır. 4. Bacakta uzun insizyonlara bağlı gelişebilecek komplikasyonları önler. 5. Greft açıklığı açısından 5 yıllık oranı safen vene göre daha iyidir.	1. Kullanımını kısıtlayan en önemli sorun spazm eğilimidir. 2. Spazm oranı en fazla %5-10 arasındadır. 3. Spazmı önlemek amacıyla farmakolojik ajan kullanılmaktadır.

Kaynak: Solak H, Solak M.T, Görmüş N, Solak Görmüş I. Koroner Arter Hastalıkları ve Cerrahisi. Efil Yayınevi, II. Baskı 2010.

2.2.7. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisinin Komplikasyonları

KABG sonrası komplikasyonlar anestezi, KPB, cerrahi insizyon ve baypas için kullanılan grefte bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Major bir girişim olan KABG sonrası mortalite ve morbidite görülme oranı sıktır. ACC/AHA'nın 2011'de yayınladığı rehberinde KABG cerrahisiyle ilişkili mortalite ve morbidite;

a. Stroke, deliryum, postoperatif bilişsel bozukluğu içeren olumsuz serebral sonuçlar
b. Mediastinit ve perioperatif enfeksiyon
c. Renal disfonksiyon
d. Perioperatif miyokardiyal disfonksiyon
e. Perioperatif disritim

f. Perioperatif kanama olarak sınıflandırılmış ve açıklanmıştır (Hillis ve ark., 2011). KABG cerrahisi sonrası görülen birçok sorun KPB'ın komplikasyonu olarak gelişmektedir ve Tablo 8'de ayrıntılandırılmıştır.

Tablo 8. Kardiyopulmoner Baypasın Organ ve Sistemler Üzerine Etkisi

Organ/Sistem	Sorun	Etkisi	Postoperatif sonuç
Kardiyovasküler	Miyokardiyal iskemi	Miyokardiyal stunning	Miyokard fonksiyonlarının depresyonu,aritmi gelişimi
	Hipotermi	Kan vizkozitende artma	Değişken kan basıncı
	Hemodilüsyon	Kan vizkozitesinde azalma Diürez	Düşük kan basıncı Hipokalemi
	Baroreseptör aktivitesinde azalma	Vazokonstrüksiyon	Değişken kan basıncı
	Heparinizasyon	Uzamış kanama zamanı	Kanama riski
	Trombosit hasarı	Trombosit sayısında azalma	Kanama riski
Pulmoner	Akciğerlerde kollaps	Sürfaktan üretiminde azalma	Atelektazi
	İnflamatuar yanıt	Kapiller geçirgenlikte artış	Respiratuar distres sendromu
Renal	Renal kan akımında azalma	Böbrek disfonksiyonu	Akut böbrek yetmezliği
Nörolojik	Hava embolisi ve kalsifike plağın rüptürü	Nörolojik/kognitif disfonksiyon	Serebrovasküler olay Davranış değişiklikleri Post-perfüzyon sendromu
Sistemik inflamatuar yanıt	Ketokolamin artışı	Vazokonstrüksiyon Glikoneogeneziste artma	Hipertansiyon Kan glikoz düzeyinde artma
	Sitokin salınımında artma	Kapiller permeabilitede artma	Pompa akciğer sendromu

Kaynak: Solak H, Solak M.T, Görmüş N, Solak Görmüş I. Koroner Arter Hastalıkları ve Cerrahisi. Efil Yayınevi, II. Baskı 2010.

KABG cerrahisinde, baypas uygulanan damarlarda anastomoz kaçağına bağlı kanama görülebilir. Greft uzunluğu hesaplanırken kalbin boş olduğuna dikkat edilmemesi nedeniyle greftin yapacağı kıvrılmalar kısa zamanda tıkanmalara neden olabilir. Sütur hatlarında ve safen ven kapaklarında pıhtı oluşur. Ven greftlerinde ilk altı ay içinde tromboz, bir yıl içinde intimada hiperplazi, üç yıl içerisinde aterom plağı gelişme riski vardır. Safen ven greftlerinde subintimal hiperplazi gelişir. Bacakta yara enfeksiyonu, lenfödem, parestezi görülmektedir. Lenfödem %30 oranda ortaya çıkar ve 2-3 ayda geçer. Rekürren sellülitis, genellikle streptokok enfeksiyonlarıyla birliktedir, erken antibiyotik tedavisi gerektirir. Deri nekrozu minör derecelerde meydana gelir, tedavi gerektirmeyebilir. Parestezi ve ağrı, sütur açılması, sternumun ayrılması, ameliyat sonrası şekil bozukluğu da önemli komplikasyonlar arasındadır

(Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010). KABG cerrahisine bağlı gelişebilecek diğer sorunlar ise; post-operatif hepatik disfonksiyon (Hipoperfüzyon/hipoksik, ilaç/ toksik, enfeksiyöz), gastrointestinal kanamalar, pankreatit (%0.1-0.6), delirium, anksiyete, kişilik bozukluğu, depresyon, cinsel işlev bozukluğu gibi psikiyatrik problemlerdir (Paç ve ark., 2013; Solak ve ark., 2010).

2.3. KORONER ARTER BAYPAS GREFT CERRAHİSİNDE HEMŞİRELİK BAKIMI

KABG cerrahisi uygulanacak hastaların hemşirelik bakımı, ameliyat öncesi, sırası ve sonrasını içeren bir süreçtir. Ameliyat kararı alınan hastaların hastaneye yatıştan taburculuğa kadar geçen süreyi en iyi şekilde geçirmesi yanı sıra evdeki bakıma da en iyi şekilde hazırlanması hemşirelik bakımının temelidir (Erdil ve Elbaş, 2001; Hardin ve Kaplow; 2010; LeMone ve Burke, 2008).

2.3.1. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi Öncesi Hemşirelik Bakımı

Hastanın sorunsuz bir KABG cerrahisi geçirmesi ve girişim sonrası komplikasyonların en aza indirilerek iyileşmenin hızlandırılabilmesi için ameliyat öncesi hazırlığının optimum düzeyde yapılması gerekmektedir. Ameliyat öncesi hazırlık süreci; a. Fizyolojik, b.psikolojik, c.yasal hazırlıktan oluşmaktadır ve bu süreçte hemşirelik bakımının en önemli unsurlarından biri de hasta eğitimidir (Erdil ve Elbaş, 2001; Hardin ve Kaplow; 2010; LeMone ve Burke, 2008; Mullen-Fortino ve O'Brien, 2008).

2.3.1.1. Fizyolojik Hazırlık

KABG ameliyatı öncesi hastaların genellikle bir hafta öncesi hastaneye yatırılmakta, tıbbi değerlendirilmeleri ve fizyolojik olarak hazırlıkları yapılmaktadır. Ameliyat öncesi dönemde hemşireler hastanın kliniğe kabulü ile birlikte hastanın kardiyovasküler hastalık öyküsü, ameliyat sürecini etkileyebilecek durumları belirlemede geçmiş sağlık öyküsü, kalıtımsal yatkınlığı içeren aile öyküsünü ve alışkanlıklarını ayrıntılı sorgulamalıdır. Hastanın genel sağlık durumunun değerlendirilmesinde sistemik ve fizik muayenesinin de eksiksiz yapılması gerekmektedir. Fizyolojik değerlendirme; yaş, beslenme durumu, sıvı elektrolit dengesi, kardiyovasküler, pulmoner, renal, gastrointestinal, karaciğer, endokrin, nörolojik, hematolojik fonksiyonların değerlendirilmesini içermelidir. Ayrıca ameliyat öncesi kan, elektrolit, enzim, pıhtılaşma zamanı, idrar tetkiklerini içeren laboratuar incelemeleri; göğüs radyografisi ve EKG'nin değerlendirilmesi fiziksel hazırlığın eksiksiz yapılmasını sağlayacaktır. Hastaların eforlu EKG, EKO, koroner anjiografi ve karotis anjiografi gibi kardiyak cerrahiye özgü

ayrıntılı değerlendirilmesinde hemşireler işlem öncesi ve sonrasında gerekli izlem ve bakımı sürdürmeli, hasta ve ailelerin yeterli bilgilendirilmelerini sağlamalıdır. Kan grubu tayini ve yeterli miktarda kan temininin kardiyak cerrahi açısından önemini açıklamalıdır. Ameliyat sonrası dönemle karşılaştırmada oldukça önemli olan kilo takibini yapmalı ve düzenli aralarla yaşam bulgularını izlemelidir. Hastaların önceden kullandığı ilaçların ayrıntılı sorgulanması önemlidir. Hastanın doktoru ile birlikte, önceden kullanılan ilaçların ne zaman bırakılacağının belirlenmesi ve dikkatli izlenmesi gerekir. Aspirin ve Clopidogrel ameliyattan 7-10 gün, Coumadine 5 gün, Drisentin ise 2-3 gün önce bıraktırılmalıdır. Sigara içen hastaların ameliyattan en az bir hafta önce sigarayı bırakmaları için gerekli destek ve danışmanlık sağlanmalıdır. Hemşireler ameliyat öncesi dönemde hastaların yeterli ve dengeli beslenmesi, kaliteli uyku uyuması ve dinlenmesini de sağlamalıdır (Erdil ve Elbaş, 2001; Hardin ve Kaplow; 2010; LeMone ve Burke, 2008; Mullen-Fortino ve O'Brien, 2008).

Ameliyat öncesi hemşirelik bakımında, ameliyattan bir gün önceki gün/gece ve ameliyat sabahı hazırlıkları da özel adımları içerir ve kurumun prosedürüne uygun hazırlanan kontrol listeleri kullanılmalı ve hasta güvenliği sağlanmalıdır (Tolmie, Lindsay, Belcher, 2006). *Ameliyattan önceki gün/gece;* genel vücut banyosu ile cilt florasının minimuma indirilmesi ve enfeksiyon riskinin azaltılması, gastrointestinal sistem hazırlığı, hastanın bilgilendirilmesi ve açlık süresinin istendik düzeyde olması, hastanın fiziksel olarak rahat ve güvenli bir çevre içinde rahat uyuması, anksiyete düzeyinin azaltılması önemli hemşirelik girişimleridir. Ayrıca hemşireler, anestezi değerlendirilmesi sonucu ek önerilerin olup olmadığını mutlaka gözden geçirmelidir. Makyaj ya da oje varsa silinmesi sağlanmalı, mümkünse ameliyat sabahına bırakılmamalıdır. Ameliyattan önce aç bırakılma süresi için kanıta dayalı rehber önerilerinde; ameliyattan 6 saat öncesinde katı gıdaların, 4 saat öncesinde de sıvı alımının kesilmesi yeterli görülmekle birlikte, ülkemizde rutin uygulamada hastalar 8-10 saatlik aç bırakma sürelerine uymak durumundadır. Ayrıca kanıta dayalı rehberler cilt hazırlığının ameliyattan hemen önce yapılması, alerjik reaksiyon açısından tüy dökücü kremler ve jilet kullanımına bağlı yaralanmalar açısından bunların yerine özel tıraş makinalarının kullanımını önermekle birlikte ülkemizde birçok merkezde cilt hazırlığının ameliyattan önceki gün/gece yapılmakta olduğu gözlenmektedir (Erdil ve Elbaş, 2001; Hardin ve Kaplow; 2010; LeMone ve Burke, 2008; Mullen-Fortino ve O'Brien, 2008).

Ameliyat sabahı; ameliyat öncesi hazırlıkların kontrolleri yapılmalı, önerilen ilaç varsa çok az su ile alması sağlanmalıdır. Ameliyat bölgesinin (göğüs, kol ve bacak) cilt hazırlığı

dikkatle kontrol edilmelidir. *Hasta ameliyathaneye gitmeden önce;* yaşam bulguları alınıp kaydedilmelidir. Kan basıncı ve kalp atım hızındaki değişimler anksiyete de dikakate alınarak değerlendirilmeli, normalden sapmalar cerrahi ekibe bildirilmelidir. Hastanın dosyasının hazır olduğu kontrol edilir. Ameliyatta kullanılacak özel malzemeler varsa hazırlanarak hastayla birlikte gönderilmelidir. Hastanın idrarını yapması sağlanmalı, gerekliyse idrar miktarı ve dansitesi kaydedilmelidir. Diş, gözlük, lens ve diğer tüm protezler, cerrahi girisimi riske sokmamak, kayıp ve hasarı önlemek için çıkarılmalı, kaydedilmeli ve uygun şekilde korunmalıdır. Yüzük, küpe, saat gibi takıları varsa çıkarılmalı, ayrıca parası varsa takılarıyla birlikte bunlar da teslim alınıp hasta ya da yakınlarına verilmek üzere uygun bir yerde saklanmalıdır. Makyaj ve ojelerin çıkarılıp çıkarılmadığı kontrol edilmelidir. Ameliyathane gömleği ve bone giydirilip ameliyathaneye uygun nakli gerçekleştirilmelidir (Erdil ve Elbaş, 2001; Hardin ve Kaplow; 2010; LeMone ve Burke, 2008; Mullen-Fortino ve O'Brien, 2008; Tolmie, Lindsay, Belcher, 2006).

2.3.1.2. Psikolojik Hazırlık

KABG cerrahisi büyük bir cerrahi girişimdir ve hastalar ameliyatın kendileri için gereklilik olduğunu bilseler, ameliyatı kabul etseler dahi, hastaların ameliyat öncesi farklı düzeylerde anksiyete ve stres yaşadıkları bilinmektedir. Bu dönemde yeterli psikolojik hazırlık yapılmaması hastanın cerrahi stresine uyum gösterememesine, anksiyete düzeyinin yükselmesine, ameliyat sonrası dönemde iyileşmenin gecikmesine ve komplikasyonların oluşmasına neden olabilmektedir. Ameliyat öncesi hemşirelik bakımında hemşireler, planlı hazırlanmış ve yeterli bir psikolojik hazırlıkla; anksiyeteyi gidermeye, ameliyatta daha az anestetik kullanımına, ameliyat sonrasında ise algılanan ağrı şiddetinin azalmasına, böylece kullanılan analjezik miktarının azalmasına, yaşam bulgularının kısa sürede normale dönmesine, nöro-endokrin yanıtın kısaltılmasına, iyileşme süresinin hızlandırılmasına ve erken taburcu olmaya ve böylece maliyetin azaltılmasına yardımcı olacaktır. Hemşireler, hastanın kendini ifade etmesine fırsat vermeli, ameliyat sürecine ilişkin iyi bir hasta eğitimi yaparak hastanın rahatlamasını sağlamalıdır (Erdil ve Elbaş, 2001; Hardin ve Kaplow; 2010; LeMone ve Burke, 2008; Mullen-Fortino ve O'Brien, 2008).

2.3.1.3. Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi

Ameliyat öncesi hemşirelik bakımında en önemli konulardan biri ise hasta eğitimidir. Hastaların ameliyat öncesi eğitimi ve hazırlığı, ameliyat sonrası bakımı ve taburculuk

planında, hasta ve ailesinin eğitimi sağlık ekibinin tüm üyelerinin olmakla birlikte öncelikli hemşirenin sorumluluğundadır. Ameliyat öncesi hasta eğitiminde; derin solunum ve öksürük egzersizleri, insentif spirometre kullanımı, yatak içi dönme ve ekstremite egzersizlerinin hasta ve ailelerine mutlaka öğretilmesi, doğru şekilde ve uygun aralıklarla yapılmasının sağlanması gerekir. Ameliyat sonrası dönemde komplikasyonların önlenmesi ve iyileşme açısından bu egzersizlerin önemi açıklanmalıdır. Hastalığa ve ameliyata özgü bilgilendirme de ise KABG uygulanacak hastaların bir kısmı her şeyi bilmek isterken, bir kısmı daha sınırlı bilgileri isteyebilir, bu nedenle hemşireler hasta eğitiminde bilgilendirmenin sınırlarını her hastaya özgü olacak şekilde belirlemelidirler. Ayrıca hemşireler, cerrahi ekibin açıklamaları hakkında önceden bilgi sahibi olmalıdır. Hastanın hastalığı ve ameliyatı hakkında ne bildiği öğrenilmeli, yanlış bilgiler varsa düzeltilmelidir. Ameliyat öncesi gün/gece, ameliyat sabahı, ameliyathane, yoğun bakım ve sonrasında kliniğe nakil ile ilgili bilgiler belli bir düzen içinde ve uygun bir dille açıklanmalıdır. Hasta ve yakınlarının soru sormasına olanak tanınmalı ve soruları uygun şekilde yanıtlanmalıdır (Erdil ve Elbaş, 2001; Hardin ve Kaplow; 2010; LeMone ve Burke, 2008; McKenzie, Simpson, Stewart, 2010; Mullen-Fortino ve O'Brien, 2008).

2.3.1.4. Yasal Hazırlık

Cerrahi girişim uygulanacak her hastadan ameliyat öncesi dönemde sözlü ve yazılı onam alınması yasal bir zorunluluktur ve hem hasta hem de sağlık bakım ekibi açısından yasal güvence anlamı taşımaktadır. Onamın, hastanın anksiyetesinin ve stresinin en az olduğu bir zamanda, KABG'e ilişkin tüm ameliyat öncesi, sırası ve sonrasını içerecek şekilde, özellikle olası riskler ve komplikasyonların açık, net anlatılmasından sonra alınması gereklidir ve ancak bu şekilde geçerli bir aydınlatılmış onamdan söz edilebilmektedir. Hastanın ameliyat hazırlığında ameliyattan önceki gün aydınlatılmış onam alınmalı ve hasta dosyasına konulmalı, ameliyat sabahı ve ameliyathaneye alınmadan önce yazılı onam kontrol edilmelidir (Erdil ve Elbaş, 2001; LeMone ve Burke, 2008; Mullen-Fortino ve O'Brien, 2008).

2.3.2. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi Sonrası Hemşirelik Bakımı

KABG ameliyatından sonra hastanın bakımı, özelleştirilmiş yoğun bakım ünitesinde başlamakta ve klinikten taburcu olana kadar devam etmektedir. Hastalar KABG sonrası ilk 24 saati yoğun bakım ünitesinde geçirmekte, ameliyattan yaklaşık 4-5 saat sonra ekstübe edilmektedir. Yoğun bakım izlem sürecini sorunsuz geçiren hastalar kliniğe nakledilmekte ve

genellikle ameliyat sonrası 5. veya 7. günde taburcu edilmektedir. Hastaların taburculuk öncesinde kendi bakımlarını evde sürdürebilecekleri duruma getirilmeleri ve ameliyattan 6-8 hafta sonra optimal iyileşmenin sağlanması gerekir. Bireyin biyolojik ve psikososyal uyumunu bozan KABG cerrahisinde iyileşme döneminde gözlenen, erken ve geç dönem davranışlar ve bunları etkileyen çevresel uyaranlar arasında önemli farklar vardır (Aranki ve ark., 2008a; Aranki ve ark., 2008b; Eagle ve ark., 2004; Hardin ve Kaplow; 2010; Hawkes ve ark., 2006; Toit, 2003). Bu nedenle KABG sonrası hemşirelik bakım yönetimi, erken dönem ve uzun dönem olarak iki aşamada ele alınacak ve açıklanacaktır.

2.3.2.1. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi Sonrası Erken Dönem Bakım Yönetimi

KABG ameliyatı sonrası erken dönem yoğun bakım sürecini içermektedir (Aranki ve ark., 2008a, Aranki ve ark., 2008b, Aroesty, 2008; Hawkes ve ark., 2006). KABG ameliyatı sonrası erken dönemde hemşirelik bakımının temel amacı, hastaların yaşamının korunması ve sürdürülmesidir (Hardin ve Kaplow; 2010; Tolmie, Lindsay, Belcher, 2006). Bu dönemde biyolojik ve psikososyal uyumun temel bileşeni olan hayatta kalma çabası, hem içsel hem de dışsal pek çok uyaranla sürekli tehdit altındadır (Aranki ve ark., 2008a, Aranki ve ark., 2008b, Aroesty, 2008; Hawkes ve ark., 2006).

KABG cerrahisinden sonra tüm hastalarda farklı derecelerde hemodinamik stabilitede ve hipoksemiye bağlı pulmoner fonksiyonlarda bozulma görülür. Preloddaki akut değişimler, pulmoner dinamikler, otonom sinir tonüsü ve kanın özellikleri bozulan fizyolojik süreçleri daha da zorlayacaktır (Erdil ve Elbaş, 2001; Hawkes ve ark., 2006; LeMone ve Burke, 2008; Mullen-Fortino ve O'Brien, 2008; Sawatzky ve Naimark 2009). KABG sonrası erken dönemde hemşirelik bakım hedefleri;

- Kardiyovasküler fonksiyonları geliştirmek, doku perfüzyonunu ve yaşam bulgularının stabilliğini sağlamak,
- Göğüs drenajı ve ventilasyonu sağlayarak solunum fonksiyonlarını sürdürmek,
- Sıvı-elektrolit dengesini ve yeterli beslenmeyi sağlamak,
- Böbrek fonksiyonlarını sürdürmek,
- Etkili bir ağrı yönetimi ile ağrıyı azaltmak,
- Nörolojik fonksiyonları sürdürmek,
- Hastalara psikolojik destek sağlamak,
- Hareketi sağlamak,

- Hipotermi ve KPB ile ilgili ortaya çıkabilecek fizyopatolojik değişiklikleri doğru yönetmek ve ameliyat sonrası komplikasyonları önlemektir (Erdil ve Elbaş, 2001; Hardin ve Kaplow; 2010).

2.3.2.2. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi Sonrası Uzun Dönem Bakım Yönetimi

KABG sonrası verilen hemşirelik bakımı, cerrahinin başarı oranını ve hastanın yaşam kalitesinin arttırılmasını etkilemektedir. Hemşirenin sorumluluğunda olan ameliyat sonrası bakım için hastanedeki kadar, iyileşme sürecinde evde bakım için eğitim ve danışmanlık hizmetlerini içeren hemşirelik bakımının sürdürülmesi çok önemlidir (Fredericks ve ark., 2010).

Amerika Birleşik Devletleri'nde Sağlık Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization-JCAHO), sağlık kuruluşlarının taburcu olacak bireye/aileye bakımın devamlılığını sağlamak için gerekli olan eğitimi vermesi gerektiğini belirtmektedir (JCHAO, 2006). KABG sonrası evde iyileşmeyi kolaylaştırmak ve hastaların bakımlarını kendi kendine sürdürebilmelerini sağlamak için priimer, sekonder ve tersiyer korumaya yönelik, etkili bir taburculuk eğitiminin verilmesi gerekir (Fredericks, Ibrahim, Puri, 2009; Shepperd ve ark., 2010). Bu aşamada hemşirenin rolü; hastanın hastaneye tekrar yatırılmasının önlenmesine, öz bakım gücünün arttırılmasına, bağımsızlığını kazanmasına ve komplikasyonların önlenmesine yardımcı olabilecek yeterli bilgiyi aktarmaktır (Fredericks ve ark., 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. Yapılan çalışmalarda taburculuk eğitimi verilen hastaların; iyileşme süreçlerinin hızlandığı, özbakım yeteneklerine paralel olarak özgüvenlerinin arttığı, hastaneye/polikliniğe tekrarlı başvuruların azaldığı, buna bağlı olarak da hasta bakım maliyetlerinin azaldığı ve bakım kalitesinin yükseldiği belirtilmektedir (Bergh, Bergh, Friberg, 2007; Erdil ve Elbaş, 2001; Fredericks ve ark., 2010; LeMone ve Burke, 2008; Mullen-Fortino ve O'Brien, 2008).

KABG sonrası hastaya verilecek taburculuk eğitimi; ilaçlar, ağrı yönetimi, ameliyat bölgesinin korunması ve bakımı, fiziksel aktiviteler ve düzenli bir egzersiz programını sürdürme, beslenme, boşaltım, solunum, cinsel işlev, uyku ve dinlenme, işe başlama, seyahat etme, sosyal faaliyetler gibi ayrıntılı bilgileri içermelidir. Ayrıca evde gelişebilecek

komplikasyonlar ve bunları erken tanıyabilme, yapılması ve yapılmaması gerekenler, acil olarak doktora bildirilmesi gereken durumlar, kontrol tarihleri de bu eğitimin içerisinde yer alması gereken önemli başlıklardır (Erdil ve Elbaş, 2001; Fredericks, 2009; LeMone, Burke, 2008; Mullen-Fortino ve O'Brien, 2008).

KABG ameliyatı olan hastaların evde bakımlarını en iyi şekilde yönetebilmeleri ve bu sürece uyum sağlayabilmeleri için taburculuk eğitimi kadar etkin ve sürekli verilen danışmanlık hizmetinin de önemi oldukça fazladır. Danışmanlık, bireyin belli bir konuda karar vermesini kolaylaştırmak için bireye özgü çözüm seçenekleri sunarak yardımcı olmaktır (Bergh, Bergh, Friberg, 2007; Bergvik, Wynn, Sørlie, 2008). KABG sonrası evde bakım için hasta ve yakınlarına yardım etmede hemşirelerin danışmanlık hizmeti vermesi, eğitim faaliyetlerinin ve bakımın sürdürülmesinde en temel yaklaşımlardan biri olmalıdır (Hartford, Wong, Zakaria, 2007). Yapılan çalışmalar, taburculuk eğitimi ve danışmanlığın KABG sonrası hastalarda, daha kısa iyileşme süreleri ve daha fazla iyileşme sonuçları gibi çok önemli etkileri olduğunu göstermektedir (Cebeci, 2011; Hartford, Wong, Zakaria, 2007; Jaarsma ve ark. 1995).

KABG uygulanan hastalarda taburculuk eğitimi ve danışmanlık hizmetinin içeriği sadece ameliyat sonrası bakıma yönelik girişimlerle de sınırlı kalamaz, KAH devam eden bu hasta grubunda kardiyak rehabilitasyon ve sekonder koruma adımlarını da içermesi gerekmektedir (rehber ekle). Bu nedenle de KABG sonrası miyokardiyal revaskülarizasyon için gerçekleştirilen KABG cerrahisine yeterli sekonder korunma stratejileri eşlik etmelidir, bu stratejiler optimal tedavinin sürdürülmesi yanı sıra risk modifikasyonu ve kalıcı yaşam tarzı değişikliklerini içermektedir. Kardiyak rehabilitasyon ve sekonder korunma revaskülarizasyon sonrasında uzun dönem bakım için mortalite ve morbiditeyi azaltmanın en etkili yolu budur (Erdil ve Elbaş, 2001; LeMone ve Burke, 2008; Mullen-Fortino ve O'Brien, 2008). Avrupa Kardiyoloji Derneği (European Society of Cardiology-ESC) ve Avrupa Kardiyotorasik Cerrahisi Derneği (European Association for Cardio-Thoracic Surgery-EACTS) tarafından miyokardiyal revaskülarizasyon kılavuzunda uzun vadeli yaşam yönetimi ve risk faktörü yönetimi için rehber önerileri Tablo 9'da açıklanmıştır (TKD, 2010).

Tablo 9. Miyokardiyal Revaskülarizasyondan Sonra Uzun Vadeli Yaşam Biçimi ve Risk Faktörü Yönetimi

	Sınıf	Düzey
Uzun vadeli yönetim aşağıdakileri de içeren risk sınıflamasına dayanmaktadır:		
Tam klinik ve fizik değerlendirme	**I**	**C**
EKG*	**I**	**B**
Laboratuar testi	**I**	**B**
HbA1c	**I**	**A**
Öykü ve egzersiz testiyle birlikte fiziksel aktivite	**I**	**B**
KABG öncesi ve sonrasında EKO*	**I**	**C**
Fiziksel aktivite ve egzersiz ile ilgili tavsiye en az 30-60 dak/gün orta yoğunlukta aerobik aktiviteyi içermelidir.	**I**	**A**
Yüksek riskli hastalarda (örneğin yakın zamanlı revaskülarizasyon, kalp yetersizliği) tıbbi açıdan gözlem altında olan programlar tavsiye edilir.	**I**	**B**
Haftada 2 gün direnç eğitimi önerilebilir.	**IIb**	**C**
Diyet ve ağırlık kontrolü yönetimi BKİ* <25 kg/m2 düzeyini, erkeklerde <94 cm kadınlarda <80 bel çevresini hedeflemelidir.	**I**	**B**
Her kontrolde BKİ* ve/veya bel çevresi değerlendirmesi tavsiye edilir ve sürekli olarak kilonun korunması ve azaltılması hedeflenmelidir.	**I**	**B**
Kilo kaybı tedavisinin ilk hedefi vücut ağırlığının başlangıca göre yaklaşık %10 azaltılmasıdır.	**I**	**B**
Sağlıklı gıda seçimleri tavsiye edilir.	**I**	**B**
Diyet tedavisi ve yaşam değişiklikleri tavsiye edilir.	**I**	**B**
LDL-kolesterolün <100 mg/dl (2.5 mmol/L) düzeyine ulaşması tavsiye edilir.	**I**	**A**
Yüksek riskli hastalarda LDL-kolesterolün <70 mg/dl (2.0 mmol/L) düzeyine ulaşması tavsiye edilir	**I**	**B**
Balık yağı şeklinde omega-3 yağ asitlerinin tüketiminin arttırılması tavsiye edilir.	**IIb**	**B**
Kan basıncında <130/80 mmHg düzeyine ulaşmak için yaşam biçimi değişiklikleri ve farmakoterapi tavsiye edilir.	**I**	**A**
İlk basamak tedavi olarak ß-blokerler ve/veya ACE* inhibitörleri endikedir.	**I**	**A**
Her kontrolde sigara kullanım durumunun değerlendirilmesi, sigaranın bırakılması konusunda ısrarcı olunması ve pasif içicilikten kaçınılması önerilmelidir.	**I**	**B**
Diyabeti olan hastalarda;		
HbA1c* <%6.5 düzeyine ulaşmak için yaşam biçimi değişiklikleri ve ilaç tedavisi önerilir.	**I**	**B**
Diğer risk faktörlerinin değiştirilmesi	**I**	**B**
Diyabet bakımının özel bir doktor tarafından düzenlenmesi önerilir.	**I**	**C**

Psikolojik sıkıntı açısından değerlendirilmesi endikedir.	**I**	**C**
Yılılk grip aşısı endikedir.	**I**	**B**

[a]Öneri düzeyi, [b]Kanıt düzeyi
*ACE: anjiotensin dönüştrücü enzim, BKİ: Beden Kitle İndeksi, KABG: Koroner Arter Baypas Grefttleme, EKG: Elektrokardiyogram, EKO: ekokardiyografi, HbA1c: glikolize hemoglobin, LDL-kolesterol: Düşük dansiteli lipoprotein.
Kaynak: Türk Kardiyoloji Derneği (2010) Miyokardiyal Revaskilarizasyon Kılavuzu. Çev: Wijns W., and et al. (ESC and EACTS Task Groups), ESC Guidelines of Myokardial Revascularisation, 2010. from http://www.tkd-online.org/dergi/TKDA_38_70_19_ 78.pdf.

KABG cerrahisi sonrası hasta bakım yönetiminde verilen taburculuk eğitimi ve danışmanlık hizmetinin içeriği kadar nasıl verildiği de büyük bir önem taşımaktadır. KABG ameliyatı olacak hastanın taburculuk eğitimi bireylerin hastaneye yatışı ile başlamakta ve hastanede yattığı süreç boyunca devam etmektedir. Kanıta dayalı rehberlerde, hasta ve yakınlarının taburculuktan önce evde bakıma en iyi şekilde hazırlanması için yüz yüze eğitim yanı sıra, broşür, kitapçık gibi yazılı materyallerin, video eğitimi gibi sesli eğitim araçlarının birlikte kullanımı önerilmektedir. Ayrıca danışmanlık hizmetinin telefonla danışmanlık, ev ziyaretleri ile sürdürülmesi ve bu sürenin KABG sonrası en az 9-12 hafta olması gerektiği belirtilmektedir (Fredericks, İbrahim, Puri, 2009).

2.3.2.3. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Öğrenim Gereksinimleri

KABG sonrası hastalara verilecek taburculuk eğitimi ve danışmanlık hizmetinde en önemli noktalardan birisi hastaların öğrenim gereksinimleridir. Hasta gereksinimlerinin karşılanamadığı ve planlı yapılamayan eğitim, ameliyat sonrası dönemde hastaların başetme ve uyumlarını olumsuz etkileyecek, evdeki bakımın yönetimiyle ilgili daha fazla anksiyete ve korku yaşamalarına neden olacak, böylelikle hastaların yaşam kalitesini ve hemşirelik bakımının kalitesini düşürecektir. KABG cerrahisine yönelik hasta eğitimi üzerine yapılan bir sistematik derlemenin sonuçları hemşirelerin bireye özgü algılanan bilgi gereksinimlerini belirlemesinin gerektiğini ortaya koymuştur (Fredericks, İbrahim, Puri, 2009; Gao ve ark., 2009). Bu bağlamda hasta ve yakınlarının bilgi gereksinimlerinin öncelikleri ve gereksinim karşılanma durumlarının belirlenmesi, bireye özgü taburculuk eğitim içeriğinin oluşturulması ve eğitimin sunulmasında önemli bir yere sahiptir. Chesnick'in (1992) KABG geçiren hastalarda yaşın taburculuktaki bilgi gereksinimlerine ve önceliklerine etkisini incelediği çalışmasında, genç (40-64 yaş) ve yaşlı (65 yaş ve üzeri) hastaların taburculuktan önceki bilgi gereksinimlerinin benzer olduğunu ve her iki yaş grubunun da fiziksel semptomlara ilişkin

yüksek skorlarla bilgi gereksinimi ifade ettikleri rapor edilmiştir. Jickling and Graydon'ın (1997) KABG geçiren hastaların bilgi gereksinimine cinsiyetin etkisini inceledikleri çalışmada, bilgi gereksinimi ve önceliklerinin benzer olduğunu saptamıştır. En fazla bilgi gereksinimi olan alanların sırasıyla; tedavi ve komplikasyonlar, yaşam aktiviteleri, ilaçlar ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi alanlarında olduğunu belirtmişlerdir. Carew'ın (1999) kalp kateterizasyonu uygulanan hastalarla yürüttüğü çalışmada ise, taburculuktaki bilgi gereksinim önceliklerinin komplikasyon ve semptomlar, tedavi ve yaşam aktiviteleri ve hastalığa ilişkin duygulara ilişkin olduğunu bulmuştur. Hastalara verilen bilgilerin gereksinimlerini karşılama durumu sorulduğunda ise hastalar literatürdeki bir çok çalışmadan farklı olarak "çok iyi" olarak değerlendirmiştir (Carew, 1999).

Ülkemizde ise açık kalp cerrahisi uygulanan (%45,8'ine KABG, % 5,5'ine KABG+ kapak ameliyatı yapılmış) hastalarla yürütülen bir çalışmada hastaların taburculuktaki öğrenim gereksinimleri ve öncelikleri Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) ile belirlenmiştir (Erdoğan, 2012). Çalışma sonucunda hastalara %86.1'inin taburculuk eğitimi verildiği ve büyük çoğunluğunun bu eğitimi hemşirelerden aldığı; taburculuk eğitimi alan hastaların % 84'ünün eğitimi yeterli buldukları belirlenmiştir. Ayrıca hastalar tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi ve ilaçlara ilişkin bilgileri "son derece önemli" olarak değerlendirirken, hastalığa ve ameliyata ilişkin duyguları, izleme ilişkin konuları "çok önemli" olarak belirtmişlerdir. Çalışma sonuçlarına göre yaş ilerledikçe ve eğitim düzeyi azaldıkça (ilkokul ve okur-yazar/değil grupta) öğrenim gereksinim puanları azalırken, cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yere göre değişmemiştir. İşçilerin diğer meslek gruplarına göre öğrenim gereksinimlerinin daha fazla olduğu, gelir düzeyi düşük olan hastalarda yaşam aktiviteleri, hastalığa ilişkin duygular ve cilt bakımına ilişkin gereksinimlerin geliri eşit ve gelir düzeyi yüksek olan gruptan istatistiksel olarak anlamlı farkla yüksek/düşük olduğu bulunmuştur. Çalışmada en dikkat çekici sonuçlardan birisi de taburculuk eğitimi alan hastaların, eğitim almayanlara göre öğrenim gereksinimleri için belirttikleri önemlilik derecesi açısından istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunmasıdır (Erdoğan, 2012).

Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada açık kalp ameliyatı sonrası hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitiminin hastalar tarafından kullanılma oranları incelenmiştir (Özcan, 2008). Bu çalışmada hastaların sadece %32'sinin (n=16) öncesinde ameliyatı hakkında bilgi aldığı ve 87,5'inin (n= 14) de bu bilgiyi doktorundan aldığı bulunmuştur. Araştırma sonuçlarına göre hastaların ilaç kullanımı, ağrı, ödem, boşaltım, dinlenme, hijyenik bakım,

cinsel yaşam, uğraşıları bilme durumlarının eğitim öncesine göre eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı gösterilmiştir. Hastaların eğitim öncesi ve sonrası bilgi puanlarının değişiminde; 60 yaşın altında olma, şehirde yaşama ve evli olmanın artması yönünde etkide bulunduğu belirtilmiştir (Özcan, 2008).

Sonuç olarak KABG sonrası hasta ve ailelerinin gereksinimlerine ve önceliklerine uygun verilen taburculuk eğitimi ve danışmanlığı içeren hemşirelik bakımı; yaşanacak sorunların azaltılmasına, hasta memnuniyetinin ve yaşam kalitesinin arttırılmasına, hastaneye tekrarlı yatışların ve iş gücü kaybının önlenmesine, sağlık bakım giderlerinin azaltılmasına katkı sağlayan ve büyük ölçekte ülke ekonomisine katkıda bulunan önemli sağlık bakım hizmetlerindendir.

2.3.2.4. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi Uygulanan Hastalarda İyileşme Algısı

KABG cerrahisi hastası için iyileşme, kalp cerrahisi sonrası bir uyum süreci olarak tanımlanır (Doering, McGuire, Rourke, 2002; Fredericks, Dasilva,2010; King, Gortner, 1996; Leegaard, Fagermoen, 2008; Theobald, McMurray, 2004). Kardiyak cerrahiden iyileşme biyolojik ve psikososyal bileşeniyle dinamik ve çok yönlü bir süreçtir (Fredericks, Dasilva,2010). Literatürde, iyileşmenin biyofiziksel boyutu; genel sağlık sorunları, fiziksel fonksiyon, özel kardiyak ve gastrointestinal semptomlardan oluşmaktadır (Ivarsson, Larsson, Lührs, Sjöberg, 2007; Leegaard, Fagermoen, 2008). İyileşmenin psikososyal boyutu ise ilk olarak yaşam kalitesi yönünü içerir (Englom, Korpilahti, Hmalaienen, Ronemaa, Puukka, 1997). Hastalar, KABG cerrahisi sonrası iki ayda iyilik hali duyguları, aktivite düzeyinde değişimler ve duygudurum değişikliklerini bildirmişlerdir (Leegaard, Fagermoen, 2008). Kardiyovasküler alanda iyileşme ilgilenilen ana konulardan biri olarak görülürken, iyileşme özellikleri üzerine fikirbirliği kurulamamıştır (Artinian, Duggan, 1995; Davies, 2000; Gortner, Jenkins, 1990; Hawthorne, 1994) ve evde uzun dönem iyileşmeye ilişkin güncel bilginin eksik olduğu belirtilmektedir (Jaarsma ve ark. 1995).

KABG uygulanan hastalar hastaneye yeniden yatış gibi iyileşmenin olumsuz sonuçlandığı durumlarla ilgili riskli bir dönemdedir (Oxlad ve ark., 2006). Hastaneye tekrar yatış iyileşmede tek olumsuz sonuç değildir ancak maliyetlidir (Davies, 2000). Taburculuk sonrası erken dönem boyunca iyileşmenin daha ayrıntılı incelenmesi, sekel gelişim açısından KABG sonrasına sağlık bakımında daha fazla önem verilmesi gerektiği belirtilmektedir (Gortner, Jenkins, 1990).

KABG cerrahisi sonrası iyileşme algısı ile ilgili çalışma sayısı sınırlıdır (Kan, 2007; King, Gortner, 1996). King ve Gortner'in çalışmasında (1996), KABG cerrahisi sonrası erken dönemde iyileşme algısı üzerine cinsiyetin etkili olduğu gösterilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre kadınların (n=31) erken dönemde iyileşme algıları ile yaşam kaliteleri arasında ilişki olduğu, kadınlarda iyileşme algısının sağlık durumunda gelişme ve aktiviteye ilişkin artış gibi diğer objektif ölçümlerde daha iyi olduğu bulunmuştur. İyileşmenin subjektif ölçümleri için ise KABG sonrası hastaların iyileşme deneyimlerinin daha yakından incelenmesi ve değerlendirilmesi önerilmiştir (King, Gortner, 1996). Gelecek çalışmalarda iyileşmenin biyofiziksel ve psikososyal yönlerinin her ikisini de içeren güvenilir ölçümlerle incelenmesi önemlidir.

Literatürde KABG uygulanan hastalarda iyileşme algısı ve uyum davranışlarının ilişkisinin incelendiği çalışma sonuçlarına gereksinim vardır. Roy Uyum Modeli'ne göre KABG cerrahisi sonrası hastalarda iyileşme algısının incelendiği bir çalışmaya ulaşılmıştır (Kan, 2007). Kan'ın (2007) çalışmasında KABG'li hastalarda iyileşme algısının fiziksel sağlık, rol fonksiyonu ve kişisel anlam olarak uyum davranışları ile ilişkisi incelenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre rol fonksiyonu ve iyileşme algısı arasında anlamlı ilişki olduğu, rol fonksiyon ve sosyal desteğin ikisinin iyileşme algısına daha fazla etkisi olduğu ancak sosyal desteğin negatif etki gösterdiği ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Kan'ın (2007) çalışmasında ayrıca yaş, cinsiyet, iyileşme algısı ve uyum davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı gösterilmiştir. Bu çalışma sonuçları, KABG cerrahisi sonrası hastaların erken dönem iyileşmesini ve uyumunu değerlendiren çalışmalar için teorik bir çerçeve olarak Roy Uyum Modeli'nin kullanımına örnek olması açısından önemlidir.

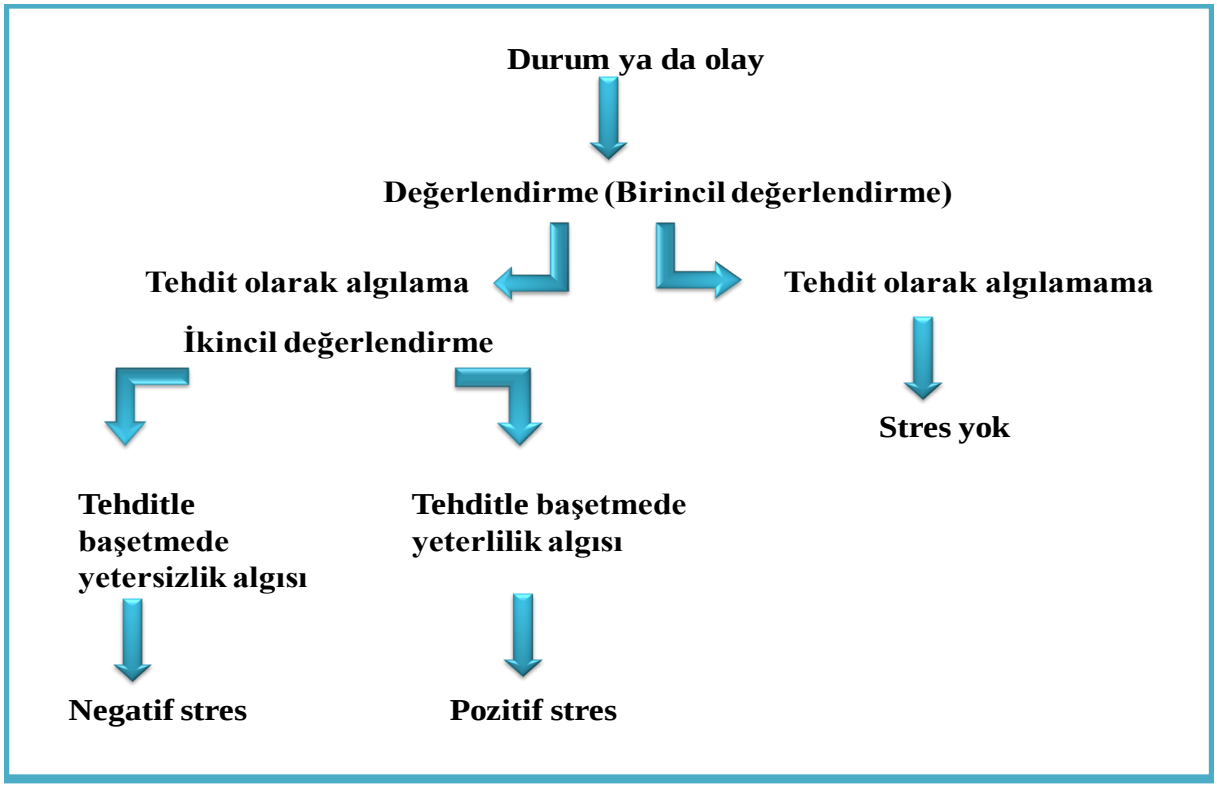
2.3.2.5. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Başetme-Uyum Düzeyi

KABG cerrahisi sonrası iyileşme stresli bir deneyimdir (Flanagan, 1998; Yarcheski ve Knapp-Spooner, 1994) ve fiziksel ve psikososyal uyum gerektirir. Biyopsikososyal uyum için anksiyete düzeyinin azaltılması ve stres yaratan durumun uygun başetme stratejileri ile yönetilmesi ile mümkündür (Cohen, Janicki-Deverts, Miller, 2007; Redeker, 1992). Başetme ve uyum kavramlarının doğru bir düzlemde tartışılabilmesi için stres, stresör, stres yönetimi kavramlarının doğru anlaşılması gerekir. Stresin birçok tanımı yapılabilmektedir ancak genel olarak stres, organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile

ortaya çıkan bir durumdur (Baltaş ve Baltaş, 2011). Literatürde stresi tanımlamak için oluşturulmuş biyolojik, psikolojik ve sosyal temelli kuramlar, sistem kuramı gibi birçok stres kuramı bulunmaktadır. Walter B. Cannon'nun "Savaş ya da Kaç" tepkisi ve Hans Selye'nin "Genel Uyum Sendromu" yaygın olarak kabul gören stres teorilerindendir (Aldwin, 2007; Dinçel, 2004).

Stres; stresör ve stres yanıtı olarak değerlendirilir. Stresör ise stresi meydana getiren iç veya dış olay ya da durumlar olarak tanımlanır ve insanı değiştiren veya uyuma sokan, kişi için zorlayıcı olabilen güçtür (Aldwin, 2007; Baltaş ve Baltaş, 2011; Uğur, 2005). İnsanların stresörlere karşı geliştirdikleri tepkilere stres yanıtı denir. Değişik stresörlerle karşı karşıya kalan insan bu stresörlerin etkisiyle değişime uğrar ya da değişen durumlara uyum sağlar. Stres yanıtı fizyolojik, psikolojik, bilişsel ve davranışsal belirtiler olarak ortaya çıkabilir. Stres bir uyarılma hali olarak değerlendirildiğinde, insan strese başetme mekanizmaları ile karşılık verir ve stresörlerin yol açacağı zorlayıcı etkilerden kendini korumaya çalışır (Aldwin, 2007; Uğur, 2005). Başetme, bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da uyaranlara karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanabilir (Ağargün ve ark., 2005; Aldwin, 2007).

Lazarus ve Folkman stresin, insan ve çevre etkileşimi sonucunda oluştuğu, bu etkileşimde önemli noktanın ise insanların kişi ya da olayları stres kaynağı olarak algılamaları ve değerlendirmeleri olduğunu belirtmektedirler (Akman, 2004; Lazarus ve Folkman, 1984). Bu bağlamda stres yanıtının da insanın olaya nasıl tepki verdiğine bağlı olarak ortaya çıktığı vurgulanmaktadır. Lazarus ve Folkman'a göre aynı olay/durum karşısında farklı kişiler farklı tepki verebilir, hatta aynı kişiler aynı olaya farklı zamanlarda farklı tepkiler verebilirler. İnsanın kişi ya da olayları stres kaynağı olarak değerlendirmemesi sonucu ise stres yaşanmayacaktır. Stres yanıtı; kişinin stresörden haberdar olduğu, algıladığı birincil değerlendirme aşaması, bu değerlendirme sonrası da durumu stres verici (tehdit edici) olarak kabul etmesi sonucunda, olayı/durumu yönlendirdiği ve başetme yollarını aradığı ikincil değerlendirme aşaması olarak incelenmektedir (Baltaş ve Baltaş, 2011; Kopp ve ark., 2010; Lazarus, Folkman, 1984) (Şekil 7). Ayrıca Lazarus ve Folkman (1984), üçüncü olarak stresöre ilişkin edinilen yeni bilgilerin değerlendirilmesi ve algıların değişimini içeren bir yeniden değerlendirme aşaması tanımlamıştır.



Şekil 7. Stresle Başetme Teorisine Göre Stres Yönetimi

Kaynak: Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company, 1984.

Lazarus ve Folkman (1984)'ın tanımına göre başetme, bireyin kapasitesini azaltıcı veya zorlayıcı olarak değerlendirilen belli içsel veya dışsal taleplerle başa çıkmak için bilişsel ve davranışsal çabalardaki sürekli değişimdir ve başetme bir eğilim değil, bir süreç olarak değerlendirilir. Ayrıca Lazarus ve Folkman (1984) başetme stratejilerini problem odaklı ve duygusal odaklı başetme olarak iki kategoride tanımlamıştır. Problem odaklı başetme stresörün yönetilmesi ya da değiştirilmesini içerirken, duygusal odaklı başetme stresöre duygusal yanıtın düzenlenmesini içerir (Lazarus, Folkman, 1984). Stresle başetmede uyum çıktısı ise fiziksel ve psikososyal sağlıktır ve her ikisi de değerlendirme sürecinden ve başetme stratejilerinden etkilenir (Backer ve ark., 2000; Lazarus, Folkman, 1984).

Reedeker (1992) Lazarus ve Folkman'ın teorisini temel alarak kardiyak hastalarda yürüttüğü çalışmasında tekrarlı ölçümlerle baş etmenin dinamiklerini ve yapısını incelemiştir. Çalışma sonucunda kardiyak cerrahi sonrası hastalarda baş etmenin geliştirilmesine

gereksinim olduğu bulunmuş, ayrıca gelecek çalışmalarda cinsiyete göre başetme stratejilerinin farkının incelenmesi önerilmiştir (Reedeker, 1992). Sonraki yıllarda özellikle Çin halkında kardiyak hastalarla yapılan çalışmalarda, erkeklerin kadınlara göre daha fazla problem odaklı ve daha az duygusal odaklı başetme stratejilerini kullandıklarını gösteren sonuçlar ortaya konmuştur (Chen, Ku, 1997; Hwang ve ark., 1997). Tayvan'da KABG cerrahisi uygulanan hastalarda başetme, anksiyete ve yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmanın teorik temelini Lazarus ve Folkman'ın baş etme teorisi oluşturmuştur (Tung, Hunter, Wei, 2008). Tung, Hunter, Wei'nin (2008) çalışmasında, düşük anksiyete düzeyinin yaşam kalitesinde daha iyi sonuçlara neden olduğu, problem odaklı başetme stratejilerinin daha fazla kullanıldığı ve bu sonuçlara cinsiyetin etkisinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Kadınların erkeklerle karşılaştırıldığında yaşam kalitesinin fiziksel boyutunda daha düşük puanları işaret ettiği, daha fazla kendilerini suçladıkları ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tung, Hunter, Wei, 2008).

Lazarus ve Folkman'ın teorisini temel alan Roy Uyum Modeli, ana kavramı olan uyumu açıklamada çevresel stresörleri uyaran olarak tanımlamış, uyaranlara karşı fizyolojik tepkileri içeren düzenleyici, bilişsel ve duygusal süreçleri içeren bilişsel-duygusal başetme mekanizmalarını tanımlamıştır (Roy, 2009). Roy modelinde, insanın çevreden gelen uyaranlara başetme mekanizmaları sonucu oluşturduğu yanıtın ise etkili ve etkisiz uyum davranışları olarak gözlenebileceğini belirtmiştir (Yeh, 2003; Roy, 2009). KABG uygulanan hastalarla yürütülen Kan'ın (2007) çalışmasında Roy Uyum Modeli'ne göre iyileşme algısı ve uyum davranışları incelenmiştir. Bu çalışmanın sonucunda yaş, cinsiyet, kişisel anlam ve fiziksel sağlığın uyum davranışları arasında ilişki tanımlanmamış, cinsiyete göre uyum davranışları farklılık göstermekle birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Kan, 2007). Ayrıca rol fonksiyon ve sosyal destek alanındaki etkili uyum davranışlarının iyileşmede belirleyici olduğu ve katkı sağladığı belirlenmiş, hemşirelerin taburculuk eğitimi ve evde bakımın izleminde bu iki alana ilişkin ayrıntılı inceleme ve değerlendirme yapmaları önerilmiştir.

2.3.2.6. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, literatürde ilk kez 1973'lerde yer almaya başlayan ve 1980 sonrası büyük bir artış gösteren, son yıllarda ise en fazla ilgilenilen kavramlardan birisidir. Yaşam kalitesinin; "bireyin yaşamdan sağladığı doyumun bir bütün olarak ifadesi", "bireyin yaşamdaki gereksinimlerinin ve beklentilerinin karşılanma düzeyi" ya da "bireyin beklentileri ile

yaşadıkları arasındaki fark" olmak üzere pek çok tanımı yapılmıştır. Lawton (1991) ise bu tanımlamalardan daha ayrıntılı olarak yaşam kalitesini; kişinin içsel ve sosyal kriterleri ile çok boyutlu değerlendirilmesi olarak tanımlamış ve hem objektif (objektif çevre, davranış ile ilgili beceri) hem de subjektif (algılanan yaşam kalitesi, psikolojik iyilik hali) boyutu olduğunu belirtmiş ve bu boyutların birbiri ile ilişkisine dikkat çekmiştir. Yaşam kalitesi kavramı üzerine yeni tartışmalar ise yaşam kalitesinin nasıl değerlendirilmesi gerektiğine yönelik olmuş ve bu değerlendirmenin çok boyutlu olması, subjektif özellikleri içermesi ile ilgili görüş yaygın olarak kabul görmeye başlamıştır. Ayrıca, yaşam kalitesi ve sağlıkta yaşam kalitesi kavramlarının birbirinden ayrı incelenmesi önerilmektedir. Calman (1984) sağlıkta yaşam kalitesini; hastanın beklentileri ile erişebildiklerinin arasındaki uçurumun olabildiğince az olması olarak tanımlamıştır (Tanrıöver ve Akan, 2014). Schipper, Clinch ve Olweny (1990), bir hastalığın ve ona bağlı tedavinin hastada yarattığı işlevsel etkilerin hasta tarafından öznel biçimde algılanışı olarak ifade edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (1993) göre ise sağlıkta yaşam kalitesi "bireyin içinde yaşadığı kültürel değerler sistemi ve kendi beklentileri açısından yaşamdaki durumu ile ilgili algısı" olarak açıklanmaktadır. Bu tanımlamalara paralel şekilde pek çok araştırmacı fiziksel semptomlar, fiziksel rol ve sosyal fonksiyon, psikolojik faktörler, bilişsel fonksiyon, beden imajı ve seksüel fonksiyon gibi yaşam kalitesinin alanlarını içeren kapsamlı bir değerlendirme önermektedir (Anderson, Feleke, Perski, 1999; Cebeci, 2007; 2011; Karakuş, 2009; Tung, Hunter, Wei, 2008).

KABG ameliyatı, hastaların yaşam süresini uzatma ve yaşam kalitelerini arttırmada ve KAH'nın potansiyel komplikasyonlarını önlemede en etkili ve geçerli tedavi yöntemi olarak kabul görmektedir (Hlatky ve ark. 2004; Paç ve ark., 2004). Prevost ve Deshotels (1993), kalp cerrahisinin en önemli etkisinin yaşam kalitesindeki değişim olduğunu belirtmektedir. KABG ameliyatlarının yaşam kalitesini arttırmaya yönelik olumlu etkisi olsa da ameliyat sonrası dönemde fiziksel, emosyonel ve sosyal bazı sorunlar yaşanmaktadır (Karakuş, 2009). Ameliyat sonrası dönemde hastalar yaşam kalitesi düzeylerini etkileyen; hareket etme, beslenme, boşaltım, cinsel işlev, uyku ve dinlenme gibi fiziksel aktiviteleri yerine getirmede birçok güçlükle karşılaşmaktadır. Özellikle taburculuk sonrası ilk altı ayda iştahda azalma, bulantı, kusma, barsak alışkanlıklarında değişim gibi gastrointestinal sorunların yanı sıra hastaların uyku düzeninde bozulma, halsizlik, yorgunluk, aktivite intoleransı, ağrı deneyimi, üzüntü, depresyon gibi psikolojik sorunlarla karşılaştıklarını gösteren araştırma sonuçları bulunmaktadır (Anderson, Feleke, Perski, 1999; Cebeci, 2011; Karakuş, 2009; Yıldırım,

Atalay, 2002). KABG sonrası algılanan yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada; hastaların yaşadığı en önemli sorunların yara iyileşmesi, ağrı deneyimi ve torasik alana ilişkin rahatı/konforu bozan durumlar olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada hastaların sorunlarına ve gereksinimlerine uygun hazırlanan hemşirelik bakım programlarının yaşam kalitesinin tüm alanlarında ameliyat öncesine göre bir yıl sonra daha yüksek düzeylerde olduğu gösterilmiştir (Anderson, Feleke, Perski, 1999). Jickling ve Graydon (1997) ise, KABG sonrası hastaların tedavi ve komplikasyonlar, yaşam aktiviteleri, ilaçlar ve yaşam kalitesine ilişkin sorunlarla baş etmede bilgi gereksinimlerinin olduğunu ve bu gereksinimlerin önceliklerinin oldukça önemli olduğunu belirlemişlerdir. Tung, Hunter, Wei'nin (2007) KABG sonrası hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde SF-36 kullanılmış, fiziksel sağlık boyutunda erkeklerin (45.3) kadınlardan (41.8) daha yüksek ortalama belirttikleri, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.03$). Koch ve arkadaşlarının (2009) yaptığı bir başka çalışmada, ameliyat öncesinde kadınların erkeklere göre daha düşük fonksiyonel kapasiteye sahip oldukları ve yaşam kalitesinin ameliyat sonrası ölçümlerde altıncı ayda da benzer şekilde erkeklerden daha düşük olduğu gösterilmiştir. Elliott, Lazarus ve Leeder'ın (2006) çalışmasında, KABG uygulanan hastalarda ameliyat öncesi ve altı ay sonrasındaki yaşam kalitesi ölçümleri karşılaştırılmış, mental sağlık ve sosyal işlev alanlarında altı ay sonrasında hastaların yaşam kalitelerinde artış belirlenmiştir. Hunt, Hendrata ve Myles'in (2000) çalışmasında uzun dönemde, KABG ameliyatından 12 ay sonra yaşam kalitesi düzeylerini hastaların %19'u mükemmel, % 34'ü çok iyi, % 25'i iyi olarak değerlendirmiştir. Ayrıca hastaların % 92'si KABG ameliyatının kendileri için yararlı olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada KABG ameliyatından 12 ay sonra ameliyat öncesine göre yaşam kalitesi düzeylerindeki değişimleri hastaların %78'inin iyi ve çok daha iyi olarak değerlendirdikleri bulunmuştur. Yaşam kalitesinin değerlendirmesinde SF-36 kullanılmış, özellikle hastaların fiziksel fonksiyon durumlarında (76.5 ± 22) öncesine göre (50.8 ± 26) artış olduğu ve bu artışın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Hunt, Hendrata, Myles, 2000).

Ülkemizde 65 yaş üstü hastalarda KABG ameliyatlarının yaşam kaliteleri üzerine erken dönem etkisinin incelendiği bir çalışmada, ameliyat öncesi ve bir ay sonrası SF-36 ölçümleri karşılaştırılmıştır. Ameliyat sonrasında tüm alanlarda ameliyat öncesine göre hastaların yaşam kalitesinin arttığı gösterilmiş, özellikle bu artış belirgin şekilde genel sağlık algısı, sosyal işlev ve mental rol alanlarında gözlenmiştir ($p<0.01$) (Aydın ve ark. 2002). İşkesen, Yıldırım ve Şirin'in (2007) çalışmasında, ameliyat öncesi ve bir ay sonrası karşılaştırma sonuçlarına göre

cerrahi girişimin hastalarda fiziksel ve mental sağlık alanlarında yaşam kalitesini arttırdığı ($p<0.01$), anksiyete düzeylerinde azalma görüldüğüne ($p<0.01$) ilişkin sonuçlar bulunmuştur. Şahin, Wan ve Şahin'in (1999) çalışmasında da, KABG uygulanan hastalarda yaşam kalitesinin (SF-36) bütün alanlarında ameliyat öncesi döneme göre ameliyat sonrasında artış olduğu saptanmıştır.

KABG uygulanan hastaların ameliyat sonrası dönemde bakım sonuçlarının değerlendirilmesi için KABG cerrahisinin başarısını gösteren mortalite ve morbidite gibi objektif ölçümlerden daha iyi belirleyici olarak yaşam kalitesi önerilmektedir (Corcoran ve Durham, 2000; Healthy People 2010, 2003; Hunt, Hendrata, Myles, 2000; Lei ve Chiou, 2000). Ayrıca yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerin anksiyete ve başetme-uyum düzeyleri olduğu belirtilmektedir (Tung, Hunter, Wei, 2008). Tung, Hunter, Wei'nin (2007) KABG sonrası hastalarda anksiyete, başetme ve yaşam kalitesini inceledikleri çalışma sonucunda, yaşam kalitesini değerlendirmede anksiyetenin iyi bir belirleyici olduğu, problem odaklı başetme stratejilerinin yaşam kalitesi düzeyini geliştirdiği gösterilmiştir. KABG sonrası hastaların rol fonksiyonuna ilişkin beklentilerinin uyum düzeylerini arttırmada etkili olduğu, rol sorumluluğu fazla olanların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.01$) (Tung, Hunter, Wei, 2008). KABG uygulanan hastalarda yaşam kalitesinin bütün boyutları ile ele alınması, iyileşme algısı, öğrenim gereksinimleri ve gereksinim karşılanma durumları, başetme-uyum düzeyleri arasındaki ilişkinin tanımlanması KABG sonrası dönemde hemşirelik bakımının değerlendirilmesi için ele alınması gerekmektedir.

TEORİK ÇERÇEVE

2.4. ROY UYUM MODELİ

Roy'un Uyum Modeli, hemşirelikte araştırma, uygulama, yönetim, eğitim gibi birçok alanda en yaygın kullanılan, en çok geliştirilen ve sürekli test edilen modellerden biridir (Fawcett 2005a; Dobratz, 2008; Moreno ve ark., 2009; Roy 2009).

Roy'un Uyum Modeli, Callista Roy tarafından 1964–1966 yıllarında "karşılıklı etkileşim" dünya görüşüne dayalı geliştirilmiştir. Modelin kökeni; adaptasyon, genel sistem ve baş etme teorisi gibi yirmi birinci yüzyılda halen geçerli ve güvenilir kabul edilen teorilere dayanır (Roy, 2009). Roy'un Uyum Modeli, birey ve grupların uyumuna odaklanarak hemşirelik bilimine katkı sağlayabilen bir modeldir. Roy'a göre birey ve gruplar bütünüyle uyum yapabilen sistemlerdir. Model hemşireliğin; insan, çevre, sağlık ve hemşirelik metaparadigma kavramlarının tümünü açıkça tanımlar ve araştırmalarla da modelin kavramlarına ilişkin önermeler test edilebilir (Fawcett 2005b; Roy, 2009). Roy, modelini oluştururken tümdengelimi, modelindeki dört uyum alanını açıklarken ise tümevarımı kullanmıştır (Fawcett 2005a).

2.4.1. Modelin Gelişimi

Roy, modelinin temel kavramlarını 1964 yılında geliştirmeye başlamıştır. Özellikle psikofizik alanındaki Harry Helson'nın adaptasyon teorisinden, uyaranların sınıflandırılması ve fonksiyonlarından etkilenmiştir. Ancak hemşirelik uygulamalarının odak noktası olan insan ve çevre arasındaki etkileşimin yüzeysel kaldığını düşündüğü bölümler için Rapoport'un görüşlerini modeline entegre etmiştir. Rapoport, insanı uyum yapabilen bir sistem olarak görür. Uyumu, bireyin çevresinden gelen uyaranlara cevap verebilme değişiklikler yapabilme durumu olarak açıklar. Ayrıca Roy, modelinin temel kavramlarından benlik kavramı için, Coombs ve Snygg'nin kendine güvenme ve benlik kavramını etkileyen faktörlere ilişkin çalışmalarından yararlanmıştır. Sosyal etkileşim teorilerine modelinin içeriğinin oluşturulmasında yer vermiştir. Cooley'in benlik algısının diğerlerinin algılarından etkilendiği, Sullian'ın "benlik" kavramının sosyal etkileşimden ortaya çıktığı görüşlerini benimsemiştir. Uyum alanlarını tanımladığı bölümlerde, davranış bilimciler Gardner ve Erikson'un sınıflamalarını dikkate almıştır. Selye'nin Genel Adaptasyon Teorisi'nden etkilenmiş ve bu etkileşim Roy'un modelindeki başetme mekanizmaları ile ilgili görüşlerini oluşturmuştur (Fawcett, 2002; Roy, 2009).

Başetme kavramını oluştururken Coelho, Hamburg ve Adam; Lazarus, Averill ve Opton'dan yararlanmıştır. Tümevarım ve tümdengelim yaklaşımıyla tüm bilgilerin kullanılarak modelin genel çerçevesinin hazırlanması, dizaynı, veri toplanması ve analizinde Burton Meyer yardımcı olmuştur. Modelde bireyin değer ve inanışlarını açıklamak için Abraham Maslow'u kullanmıştır. Ayrıca Roy, modelin temelinin hümanistik felsefik görüşe ve teorik yaklaşıma dayandığını belirtmektedir (Roy, 2009).

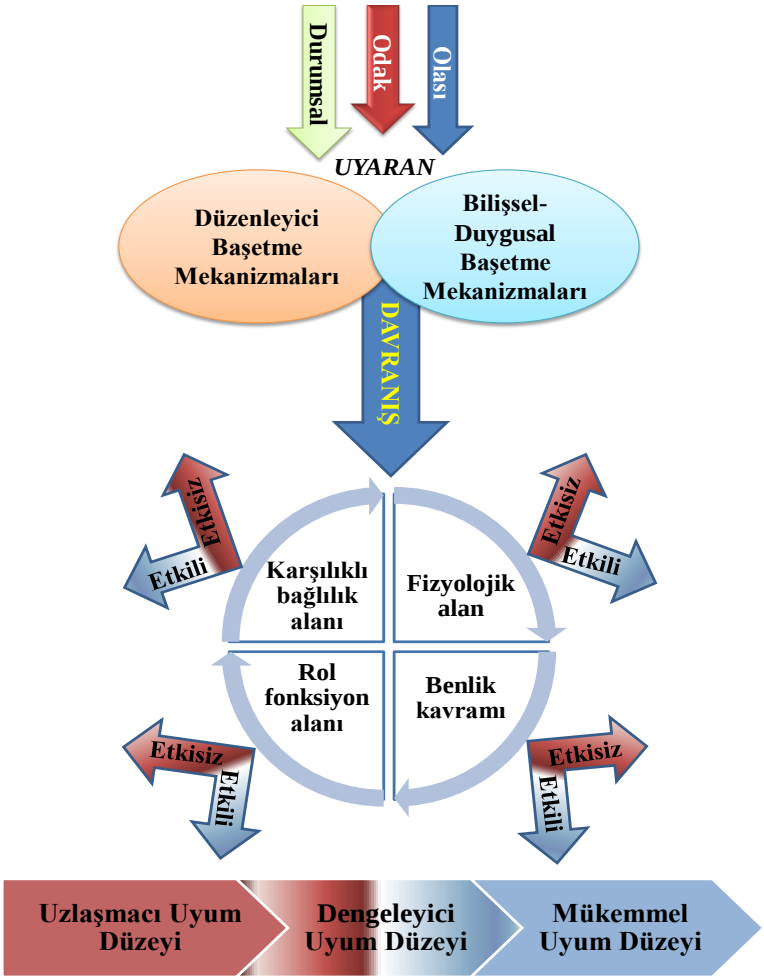
Roy, hemşireliğin insan, çevre, sağlık ve hemşirelik kavramlarını oluştururken Levine, Henderson, Nightingale, Peplau'nun görüşlerinden faydalanmıştır. Ayrıca hemşire kuramcılardan Dorothy Johnson'ın davranışlara odaklanmasından Martha Roger's"ın holistik yaklaşımından, Dorothea Orem'in öz bakım kavramından etkilenmiştir (Roy, 2009).

Carondelet Saint Joseph rahibelerinden biri olan Sister Callista Roy, 1963 yılında hemşirelikte lisans eğitimini tamamladıktan sonra 1964 yılında Kalifornia Üniversitesi'nde iken modelinin temelini oluşturan seminerlere başlamış, 1966 yılında pediatri hemşireliği yüksek lisans, 1977 yılında doktora eğitimini yanı sıra 1973 yılında sosyolojide yüksek lisansını tamamlamıştır. Roy Uyum Modeli ilk olarak 1968'de Kaliforniya'da bir hemşirelik lisans programında hemşirelik müfredatının uygulanmasında kullanılmaya başlanmıştır (Roy, 2009). Model literatürde ilk olarak 1970 yılında "Adaptation: A Conceptual Framework for Nursing" isimli makale ile yayınlanarak hemşirelik bilim dünyasına tanıtılmıştır (Fawcett, 2005a) ve o dönemden bugüne modelin kavramları açıklanmaya, kesinleşmeye ve genişlemeye devam etmektedir (Roy, 2009). Roy'un doktora sonrası sinir bilimler hemşireliği ile ilgili yaptığı araştırmalar modelin gelişimine çok katkı sağlamıştır (Roy, 2009). Roy, 1990 yılları ve 2000'li yılların başlarında ilahi inançlar ve bilimle ilgili tavsiyeler veren bir kuruluşun üyesi olarak hemşirelik güncel bilgileri ve manevi değerler çerçevesinde felsefi ve bilimsel varsayımlarını yeniden gözden geçirerek daha saf ya da özgün hale getirmiştir. Roy modelini oluştururken "tümdengelimi"; modelindeki dört uyum modunu açıklarken ise "tümevarımı" kullanmıştır (Fawcett, 2005a; Roy, 2007). Ayrıca Roy modelinin; hemşirelik uygulama, eğitim ve araştırmasına bir çerçeve olarak geliştirildiğini belirtmektedir (Roy, 2008).

2.4.2. Modelin Ana Kavramları

Roy'un Uyum Modeli, bir etkileşim modelidir ve insan-çevre arasındaki etkileşime odaklanır ve Roy bu doğrultuda kavramlarını oluşturmuştur (Roy, 2007). Roy'a göre insan çevresiyle sürekli etkileşim halinde olan biyopsikososyal bir varlıktır ve insan-çevre etkileşimi davranışı

belirler. Modelde davranışı etkileyen uyaranlar odak, durumsal ve olası uyaran olmak üzere üç kategoride sınıflandırılmıştır. Roy'un Uyum Modeli'nin ana kavramı uyumdur. Modelde tanımlanan uyum alanları; fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık alanlarıdır. Bireyin uyaranlara pozitif yanıt verme yeteneği olan uyum düzeyi; uzlaşmacı, dengeleyici ve mükemmel uyum olarak üç düzeyde ele alınmaktadır (Şekil 8). Ayrıca uyum düzeyi bireyin baş etme mekanizmaları ve kontrol süreci tarafından düzenlenir. Roy, başetme mekanizmalarını düzenleyici ve bilişsel-duygusal mekanizmalar olarak ikiye ayırmıştır. Modele göre başetme mekanizmalarının sonucu etkili ya da etkisiz uyum davranışlarıdır (Roy, 2009). Etkili uyum davranışları uyaranlara pozitif yanıt verme yeteneğini yansıtmaktadır.



Şekil 8. Roy Uyum Modeli'ne Göre Uyum Süreci (Şekil araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur.)

2.4.2.1. Uyum Süreci

Uyum: Roy insanın çevresel değişimlerle biyopsikososyal uyum mekanizmaları aracılığıyla baş ettiğini açıklamaktadır. Bazı uyum mekanizmaları lökositlerin savunmadaki rolü gibi kalıtımsal iken, yara bakımı gibi bazıları ise sonradan öğrenilmektedir. Modelde uyum kavramı beş boyutta ele alınır: a. Hayatta kalabilme, b. Büyüme, c. Üreme: (Sadece çocuk doğurmayı değil aynı zamanda diğer alanlarda da üretken olmayı kapsar) d. Kontrol, e. İnsan ve çevre dönüşümünden oluşur. İnsanın uyum sağlama yeteneği oldukça geniştir ve bunun sınırlarını çizmek mümkün değildir. Uyum süreci; kişiler iç ve dış çevredeki değişimlere olumlu bir şekilde yanıt verdiklerinde oluşmaktadır. Roy'a göre (2009) insanın yaşam potansiyeli sağlıkla ilişkilidir, sağlık ise insanın değişimlere düzenli olarak uyum sağlama yeteneğidir ve ölümden, normal sağlığa doğru sürekli değişim göstermektedir.

Uyum düzeyi: Uyum düzeyi bireyin uyaranlara pozitif yanıt verme yeteneğidir (Roy, 2009). Modelde bireyin uyum düzeyini odak, durumsal ve olası uyaranların belirlediği vurgulanmaktadır. Ayrıca uyum düzeyi için iç çevre anahtar faktördür ve bu nedenle iç uyaranlar büyük önem taşır. Uyum düzeyi üç boyutta ele alınır:

a. Mükemmel Uyum Düzeyi: Yaşam sürecinde tüm yapı ve fonksiyonların insanın ihtiyaçlarını karşılamak için bir bütün olarak çalıştığı düzeyi gösterir.

b. Dengeleyici Uyum Düzeyi: Mükemmel uyumu bozan güçlüklerle mücadele etmek için düzenleyici ve bilişsel-duygusal mekanizmaların devreye girdiği ve yeniden mükemmel uyuma ulaşmaya çalıştığı düzeyi işaret eder.

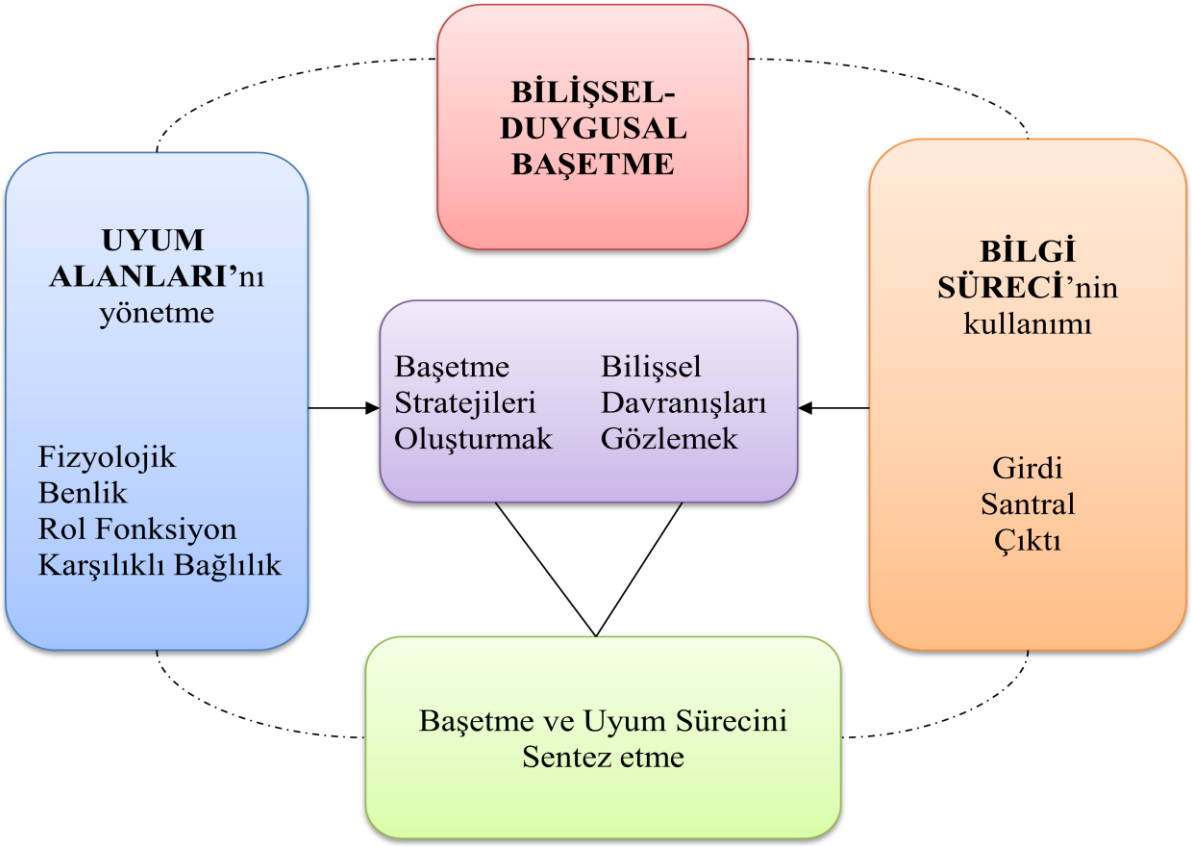
c. Uzlaşmacı Uyum Düzeyi: Mükemmel uyumun bozulduğu, dengeleyici mekanizmaların yetersizliği sonucunda ortaya çıkan sorunların varlığıdır ve birey uyum sorunu yaşamaktadır. Roy ve Andrew'e göre mükemmel uyum düzeyinde iken karşılaşılan olumsuzluklar dengeleyici mekanizmalarla kontrol altına alınabilir ancak dengeleyici düzeyde iken yaşanan sorunlar uzlaşmacı uyum düzeyi ile sonuçlanır (Roy, 2009).

Kişilerin uyum düzeyleri bir doğru ile ifade edildiğinde uyum alanı doğrunun alt ve üst sınırları arasında ki alandır ve bu kişinin uyum kapasitesinin sınırlarını tanımlamaktadır. Bütün uyaranlar kişinin uyum bölgesi sınırları içinde kaldığında bu değişime karşı bir pozitif yanıttır ve bu yanıt uyum olarak tanımlanır. Ancak bütün uyaranlar kişinin uyum alanının sınırlarını aştığında bu durum negatif yanıtlarla sonuçlanır ve bu noktada etkisiz uyumdan söz edilir (Roy, 2009).

Bireyin iç ve dış çevredeki değişimlere uyum sağlamasında çevresel değişimin derecesi ve bireyin baş etmesinin önemine dikkat çekilmektedir. Hemşire bireyin davranışlarını, uyaranlarını, baş etme mekanizmalarını ve uyum düzeyini değerlendirerek bireyin sınırlılıklarının ve güçlüklerinin farkına varır, bu doğrultuda hemşirelik aktivitelerini planlar, uygular ve değerlendirir. Hemşirelik aktivitelerinin temel hedefi uyaranlarla mücadele edebilmesi için bireyin baş etme mekanizmalarını güçlendirmek olmalıdır. Birey uyaranlarla baş edebilirse uyum düzeyi artar ve davranışları uyumsuz yanıttan uyumlu yanıta dönüşebilir (Roy, 2009).

2.4.2.2. Başetme Süreci

Başetme süreci, değişen çevre ile etkileşimin kalıtsal ya da edinilmiş yolu olarak tanımlanmaktadır. Kalıtımsal baş etme süreci genetik olarak belirlenir, genellikle otomatik bir süreçtir ve düşünmeden ortaya konur. Sonradan edinilmiş olan baş etme süreci öğrenme gibi bir takım stratejileri içerir ve yaşam boyu kazanılan tecrübeler buna katkıda bulunur (Roy, 2004; 2011).



Şekil 9. Başetme ve Uyum Süreci Kavramlarının Sentezi

Kaynak: Roy C. Research Based on the Roy Adaptation Model: Last 25 Years. Nursing Science Querterly, 2011; 24 (4): 312-320.

Roy başetme ve uyum sürecinin bileşenlerini başetme mekanizmaları ve kontrol süreci olarak iki kategoride açıklamıştır (Şekil 9). Başetme mekanizmalarından *düzenleyici başetme*; nöral, endokrin ve kimyasal sistemleri içeren bir süreçtir ve uyum sürecinin en temel yapısıdır. Uyaranlara düzenleyici başetme mekanizmaları otomatik olarak yanıt verir. *Bilişsel-duygusal başetme* ise; bilişsel ve emosyonel süreçlerin bütünüdür ve dört boyutu vardır.

- Algılama ve bilgi süreci: Dikkatini toplama, kodlama ve hafızaya almayı içerir.
- Öğrenme: Taklit etme, pekiştirme ve kavramayı içerir.
- Karar verme: Problem çözme ve karar vermeyi içerir.
- Duygular: Duygusal kanallar yoluyla cevap üreten savunma mekanizmalarını çerir.

Roy'a göre kontrol süreci dengeleyici ve yenilikçi olarak iki boyuttan oluşmaktadır. *Dengeleyici alt sistem;* insanda bütünlüğü sürdürme ile ilişkili bir alt sistemdir. Dengeleyici aktiviteler birey ve grupların birincil amaçlarına uygun olarak yapıları, değerleri ve günlük aktiviteleri ortaya koyan, toplumun amaçlarına katkıda bulunan aktivitelerdir. *Yenilikçi alt sistem ise;* bireyin potansiyelini yükseltmek için değişmesine izin veren bilişsel ve emosyonel stratejileri içermektedir (Roy, 2009).

2.4.2.3. Çevresel Uyaranlar

Uyaranlar, bireyde davranışın oluşmasını harekete geçirir, insan ve çevre arasındaki etkileşimi içerir. Çevresel uyaranlar ya uyum için bireyin gelişimini arttırır ya da bireyi tehdit eder. Uyaranlar; *odak, durumsal* ve *olası* uyaran olarak üç boyutta ele alınırlar. Odak uyaran, bir sistem olarak kişiler tarafından en kolay ve hızlı fark edilen, içsel veya dışsal çevresel uyarandır ve genellikle bilinç dahilinde gerçekleşir. Bireyin uyumu için hemen mücadele gerektiren uyaranlardır. Durumsal uyaran; odak uyaranın etkisine katkıda bulunan diğer tüm uyaranlardır. Durumsal uyaranlar kişinin odak uyarana karşı nasıl uyum davranışı göstereceğini belirler. Bireyin enerji ve dikkat sistemlerini harekete geçiren veya geçirmeyen tüm çevresel uyaranları içerir. Olası uyaran ise; bireyin iç ve dış çevresinden kaynaklanan, etkileri henüz belirlenemeyen faktörlerdir. Kişi bu faktörlerin etkisinin farkında olmayabilir ya da uyaranın etkisi yeterince açık olmayabilir veya bilimsel olarak gösterilmemiş olabilir. Olası uyaran tanımlandığı zaman odak ya da durumsal uyaran olur (Roy, 2009).

Odak uyaran ve durumsal uyaran bireye ve duruma özgü yer değiştirebilir. Her uyaran belli bir durumda uyum üzerindeki etkisine göre sınıflandırılır, koşullar değiştikçe uyaranlar arası sınıflandırmalar da çok hızlı şekilde değişebilir. Ayrıca durumsal uyaran sayısı arttıkça odak uyaranın etkisi de artmaktadır (Alligood ve Tomey, 2006; Roy, 2009).

Davranış: Roy'a göre davranış, bilgi, beceri, yetenek ve kararları içeren tüm tepkilerdir. Davranışı belirleyen ölçüt ise etkili ve etkisiz uyum davranışıdır. *Etkili uyum davranışı*; bir sistem olarak insanın bütünlüğünü koruyan ve geliştiren davranışlardır. Hayatta kalabilme, büyüme, kontrol kurabilme, çevre ve insan arasındaki dönüşümler gibi uyum amaçlarına uygun olarak insan sisteminin entegrasyonunu destekleyen yanıtlardır. *Etkisiz uyum davranışı* ise, bütünlüğe katkıda bulunmayan davranışlardır. Eğer uzun süre devam ederse, insanın hayatta kalmasını, büyümesini, üremesini, kontrol kurabilmesini, insan ve çevre arasındaki dönüşümü tehdit eder (Roy, 2009).

2.4.2.4. Uyum Alanları

Roy, davranışın değerlendirilmesinde, düzenleyici ve bilişsel-duyuşsal başetme mekanizmalarından oluşan uyum alanlarını kullanmıştır. Bu alanlar; fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık olarak dört kategoride ele alınmıştır (Chiou, 2000; Fawcett 2005a; Roy, 2009).

1.Fizyolojik Alan: Fizyolojik alan bireye ait olan bir kavramdır ve yaşayan organizmadaki fiziksel ve kimyasal aktiviteleri açıklar. Bu alandaki davranışlar bireyin bütün hücre, doku, organ ve sistemlerindeki fizyolojik aktiviteleri içerir. Fizyolojik alanda davranışlar, dokuz bölümde değerlendirilmektedir. Bunlar; oksijenlenme, beslenme, boşaltım, aktivite ve dinlenme, korunma, duyular, sıvı-elektrolit ve asit-baz dengesi, nörolojik fonksiyonlar, endokrin fonksiyonlardır (Roy 2009).

Gruplar için bu fizyolojik alan, fiziksel olarak çalışan kaynaklara odaklanır. Grup için temel ihtiyaç yeterli kaynaktır veya fiziksel kaynak ihtiyaçlarını değiştirmek için uyumu sağlamayı içerir (Fawcett, 2005a; Roy 2009).

2. Benlik Alanı: Benlik alanı bireyler için benlik kavramını, gruplar için grup kimlik kavramını içerir. Bireyler için benlik kavramı, kişinin belli zamanda kendisi ile ilgili inanışları ve hissettiklerinin bütünüdür, ruhsal ve spiritüel bütünlüğe ihtiyaç duyar. Kişinin kendi özünü ve diğer insanların verdiği tepkileri algılamayı içerir. Benlik kavramının amacı, ruhsal entegrasyon/bütünlüktür. Roy benlik kavramını, fiziksel benlik (fiziksel nitelikler, fiziksel fonksiyon, cinsiyet özellikleri, sağlık/ hastalık durumları ve fiziksel görünüm) ve kişisel benlik (karakter özellikleri, kendi değerleri, kendine güvenme, inanma, ahlaki-etik-manevi özellikler, toplumda var olan benimsenen değerler) olarak iki boyutta açıklamaktadır (Dobratz, 2008; Roy, 2009; Velioğlu, 1999).

Gruplar için grup kimlik kavramı; gruba ait ilişkileri, amaçları, değerleri paylaşır ve amaca başarıyla ulaşabilmek için sorumlulukları içerir. Grup için ruhsal bütünlüğü tanımlarken, grup üyelerinin dürüstlüğü, sağlamlığı ve eksiksizliği ile açıklanır. Roy grup kimlik kavramını; kişilerarası ilişkiler, grup imajı, sosyal çevre ve grup kültürü olarak dört kategoride incelemştir (Fawcett 2005a; Roy 2009).

3. Rol Fonksiyonu Alanı: Bu alan bireylerin toplumdaki rollerine odaklanmıştır. Roy'a göre rol, bireyin davranışlarının toplum tarafından tanımlanması demektir. Ayrıca Roy, toplumda bir pozisyonun olması ve bu pozisyonla ilişkili olarak diğerleriyle etkileşimin olmasını rolün iki unsuru olarak açıklamaktadır. Roy'a göre rol fonksiyon alanında bireyin toplum içinde sahip olduğu roller ise üç boyutta ele alınır. Birincil rol; yaşa, cinsiyete ve gelişimsel evrelere göre tanımlanan rollerdir. Yaşamın büyüme periyodunda davranışların büyük bir kısmını belirler. İkincil rol; kişinin gelişimsel evreleri ve birincil rolleriyle ilişkili görevlerinin tanımlandığı rollerdir. Üçüncül rol ise; kişi tarafından özgürce seçilen, geçici veya anlık olan, genellikle de kişinin o anki gelişimsel süreci içerisinde yerine getirdiği (bir derneğe üye olma gibi) küçük işler ve görevlerdir (Fawcett, 2005a; McEven ve Willis, 2006; Roy, 2009). Bu alan için tanımlanan *yararlı davranış*, amaca uygun davranıştır ve rol bireyin performansını harekete geçirir. *Anlamlı davranış* ise, rolün performansı hakkında bireyin duygu ve tutumlarıdır. *Rol alma*, bir başka kişinin rolünü almadır. *Rolleri entegre etme* ise farklı rolleri yönetme süreci olarak açıklanmıştır. Rol fonksiyonu alanının amacı, sosyal entegrasyon/bütünlüktür (Fawcett, 2005a; Roy, 2009).

4. Karşılıklı Bağlılık Alanı: Karılıklı bağlılık alanı, birey ve grupların iletişimlerine bağlı davranışlardır; sevgi, saygı ve değer etkileşimini ve ilişkilerdeki bütünlüğü içerir (Roy, 2009). İlişkisel bütünlük ise gelişimsel ilişkilerdeki güven hissi ile sağlanır. Birey için karşılıklı bağlılık alanı; sevgi, saygı ve değerlerin alınıp verildiği etkileşime odaklanırken grup için, grubun devamını sağlayan grup içi ve dışı etkileşime odaklanır. Roy'a göre bu alanın amacı birey ve grup için etkili yeterlilik sağlamaktır ve bu yeterlilik üç boyutta ele alınmaktadır. Bunlar; etkili iletişim ve ilişkiler doğrultusunda değerlerden memnun olma, sevgi ve saygı duyma/duyulma ihtiyacı olan "Etkileyen Yeterlilik", gelişme sürecinde ilişkilerdeki öğrenme ve gelişimi içeren "Gelişimsel Yeterlilik" ve süreç içinde yiyecek, kıyafet, barınma, sağlık ve güvenlik ihtiyaçlarını sağlamayı içeren "Kaynak Yeterliliği"dir (Roy, 2009).

Roy (2009) ayrıca birey ve grup için bu alanda bazı bileşenleri açıklamıştır. En çok anlam ve önem verilen *önemli bireyler* ile bireyler, gruplar ve organizasyonlarla etkileşime

girerek sağlanan *destek sistemleri* karşılıklı bağlılık alanının birey için tanımlanan önemli bileşenleridir. Bu alanda gruplar için tanımlanan "*içerik"* ilişkilerdeki iç (misyon, vizyon, değerler, amaçlar, planlar) ve dış (ekonomik, sosyal, politik, kültürel, inanç, aile sistemleri) bağlantılardır. "*Altyapı",* ilişki sürecindeki etki, kaynak ve gelişim sürecidir. Yiyecek, kıyafet, barınma, toplantı yerleri, organizasyon için fiziksel hazır oluşluk, araş-gereç, teknoloji ve finansmanı içeren ise "*kaynaklar"*dır (Roy, 2009).

Karşılıklı bağlılık, bağımlılık ile bağımsızlık arasında bir dengedir (McEven ve Willis, 2006; Roy, 2009). Karşılıklı bağlılık alanında uyum göstergeleri, bireyler ve destek sistemleri arasında sevgi, saygı, değerlerin alınıp verilmesini içeren etkileşimlerdir. Bireyde, bağımlılık ve bağımsızlıkta etkisiz örüntü, ilişkisel gereksinim için destek sistemlerinde yetersizlik, ilişkilerde güven kaybı, yabancılaşma, etkisiz iletişim ve yalnızlık bu alanda görülebilecek uyum sorunlarıdır (Roy, 2009).

2.4.3. Roy Uyum Modeli'ne Göre Hemşireliğin Dört Metaparadigma Kavramı

2.4.3.1. İnsan

Roy modelinde insan kavramını oluştururken holistik düşünceden hareket etmiş ve insanı biyopsikososyal bir varlık olarak ele almıştır. İnsan çevreden bilgi ve enerji alan, gereksinimlerini karşılayan, yaşayan bir sistemdir ve bir bütündür. Bütünün anlamı tek tek parçaların taşıdığı anlamdan farklıdır. Bu nedenle bireyler, parçalarının taşıdıkları anlamlardan daha fazlasını ifade ederler. Roy'da bu doğrultuda insanı, bir birey ve grubun bir üyesi olan, bir uyum sistemi olarak açıklar. Bu uyum sistemi bir cevap oluşturan "girdi" ve "girdi süreçleri" ile "çıktı"yı içerir. Uyum sisteminin sonucu olarak görülen davranış, etkili ve etkisiz uyum davranışı olarak iki gruba ayrılır. Roy, davranışın etkili ya da etkisiz olmasına; kişini yetenekleri, içsel uyaranlar ve dış çevreden gelen uyaranların etki ettiğini belirtmektedir. Roy'a göre birey, düzenleyici ve bilişsel-duygusal başetme mekanizmaları ile fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı etkileşim olarak dört alanda uyum davranışı gösterir. Özetle insan, değişen dünya ve çevresine uyum yanıtları üreten, dört uyum alanı ile hareket eden, düzenleyici ve bilişsel-duygusal başetme mekanizmalarına sahip bir uyum sistemidir (Roy, 2009).

2.4.3.2. Çevre

Roy'a göre çevre; birey ve grupların davranışlarını ve gelişimlerini etkileyen tüm koşullar, durumlar ve etkilerdir. Çevre iç ve dış faktörlerin bütünüdür ve sürekli değişim içindedir.

Çevredeki iç ve dış faktörler bir uyum sistemi olan bireyi etkiler ve birey çevresel uyaranlara mevcut uyum düzeyine de dayanarak bir yanıt oluşturur. Kişinin uyum yanıtı etkili ya da etkisiz ortaya çıkabilir. Ayrıca çevresel uyaranlar az ya da çok, negatif ya da pozitif olabilmektedir. Çevrenin sürekli değişimine bağlı olarak bireyin duruma uyumu için enerjisinin de artması gerekir (Roy, 2009).

2.4.3.3. Sağlık

Roy sağlığı "bireyin tamamlanma ve bütün olabilme süreci" olarak tanımlar. Birey sağlıklı ise çevresel uyaranlara etkili uyum yanıtı verebiliyor demektir ve bu iyi bir uyum süreci gerektirir. Uyum, fizyolojik, psikolojik ve sosyal entegrasyonun yükseltilebildiği bir süreç olarak tanımlanmıştır. Roy, her bireyin kendine özgü bir yaşam amacı ve bu amacı yerine getirebilme potansiyeli olduğuna inanır. Tamamlanma ve bütün olmayı başaran birey, potansiyelini en üst düzeyde kullanabilen ve yaşam amacını gerçekleştirebilen kişidir. Roy'a göre sağlık ve hastalık süreçleri ise insan yaşamının kaçınılmaz boyutlarıdır ve bireyin başetme mekanizmalarından etkilenir. Birey baş etmesi yetersizse hastalıkla sonuçlanır. Etkili olmayan başetme denemeleri ile mücadele etmek ve bireyin çevre ile olan entegrasyonunun artırılması sağlığı yükseltmede etkili olabilmektedir (Roy, 2009).

2.4.3.4. Hemşirelik

Roy hemşirelik kavramını, "sağlık ve hastalık durumunda uyumun yükseltilmesi için yapılan girişimler" olarak tanımlar. Hemşirenin amacı bireyin hayatta kalmasına, büyümesine, üremesine ve otonomisini sağlamasına yardım ederek bireyin uyumunu sağlamaktır (Roy, 2009).

Hemşirelik aktiviteleri bireyin davranışlarını ve uyaranların uyum sürecine etkisini değerlendirmeyi gerektirir. Hemşirelik bakım yönetimi, bu değerlendirmeyi temel alır ve müdahalelerini bu uyaranları yönetme doğrultusunda planlar. Roy hemşirelik bilimini bireyin sağlığını etkileyen faktörlerin gözlemlenip, sınıflandırılıp, ilişkilendirilerek birey hakkında bilginin sistematik şekilde geliştirilmesi olarak tanımlarken; hemşirelik uygulaması ise hemşirelik biliminden yararlanarak birey hakkında edinilen bilgiler doğrultusunda bireyin sağlığını yükseltecek girişimler olarak açıklar. Roy'a göre hemşirelik aktiviteleri, bireyin çevresi ile etkileşimini güçlendirmek ve uyum düzeyini arttırmak içindir. Ayrıca Roy hemşirenin amacını, sağlık ve hastalık sürecinde bireyin fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık alanlarındaki değişikliklere bireyin uyumuna yardım etmek

olarak ifade etmektedir. Modelde hemşirenin en temel rolü, bireyin bu dört uyum alanının her birindeki davranışları değerlendirerek ve uyaranlara etkili müdahalede bulunarak uyumu kolaylaştırmaktır. Hemşire bireyin yeni bir uyarana olumlu yanıt vermesi, iyilik durumunu arttırması ve yaşam kalitesini arttırması için kilit rol oynar. Ayrıca modele göre hemşirelik süreci: 1. Davranışın tanılanması, 2. Uyaranın tanılanması, 3. Problemin tanımlanması, 4. Amaçların belirlenmesi, 5. Girişim ve 6. Değerlendirme basamaklarından oluşmaktadır (Fawcett, 2005a; Roy, 2009).

2.4.3.5. Roy Uyum Modeli'nde Hemşireliğin 4 Metaparadigma Kavramı Arasındaki İlişki

İnsan- Çevre Arasındaki İlişki: Çevreden gelen iç ve dış uyaranlar sinir sistemi tarafından değerlendirilir, sıvı elektrolit, asit-baz dengesini ve endokrin sistemi etkiler. Bu bilgiler otomatik olarak algılanır ve bilinçsizce yanıtlanır. İç ve dış uyaranlar psikolojik, sosyolojik, fiziksel ve fizyolojik faktörleri içerir. Bunlar bilişsel-duygusal sistem için girdilerdir. Uyaranlar ve uyum düzeyi, insan uyum sistemi için girdilerdir. Bu girdiler baş etme sürecinden geçtikten sonra davranışsal yanıtlarla sonuçlanır. İnsan uyum sistemi çevreyle etkileşmekte ve değişmektedir. Mevcut uyum düzeyi bireyin pozitif yanıt verme yeteneğini etkiler. Birey değişen çevreye uyum yanıtları gösterir. İnsan yaşamı sürekli değişir ve yeni mücadeleler gerektirir. Çevresel değişikliklerle birlikte insan sürekli büyür, gelişir ve yaşamı anlamlanır. *İnsan-Çevre-Sağlık Arasındaki İlişki:* Bir uyum sistemi olan insan değişen çevreyle sürekli olarak büyür ve gelişir. İnsan için sağlık, uyum gösterebilme sürecidir. *İnsan-Sağlık-Hemşirelik Arasındaki İlişki:* Hemşirenin amacı dört uyum alanındaki uyum düzeyini yükseltmektir. Böylece bireyin sağlığına, yaşam kalitesine katkıda bulunur. Hemşirelik müdahalelerindeki temel amaç, etkisiz uyum davranışlarını etkili uyum davranışına dönüştürmek ve sürekliliğini sağlamaktır. *İnsan-Sağlık- Çevre- Hemşirelik Arasındaki İlişki:* Hemşirenin rolü sağlık ve hastalık durumunda uyum sürecini yönetmek, çevre ile insan arasındaki etkileşimi sağlayarak sağlığı yükseltmektir (Fawcett, 2005a; Roy, 2009).

2.5. Roy Uyum Modeli'ne Göre Hemşirelik Süreci

Roy'un Uyum Modeli'ne göre hemşirelik sürecinin adımları; "davranışların değerlendirilmesi, uyaranların değerlendirilmesi, hemşirelik tanıları, hedef belirleme, hemşirelik girişimleri ve değerlendirmeyi" içermektedir (Moreno, Duran, Hernandez, 2009; Roy, 2009).

Hemşire, ilk olarak birey ve grupların dört uyum alanı için gözlenen ve gözlenemeyen davranışları hakkında sistematik bir şekilde veri toplar (Barone, Roy, Frederickson, 2008). Davranışların değerlendirilmesine, hasta ile iletişimin başladığı andan, süreç sonuna kadar devam edilir. Hemşire, bireyin uyumunu gösteren ölçütleri dikkate alarak daha sonraki adımlar için öncelikleri belirler. Bu öncelikler; birey, grup, aile ve toplumun hayatta kalmasını, büyümesini, varlığının korumasını ve mevcut potansiyellerini etkileyen davranışlar olarak sıralanmalıdır (Roy, 2009). Bakımı yöneten hemşire, her alandaki uyum davranışlarına ilişkin kesin olmayan, önerme niteliği taşıyan kararlar oluşturur; bakımını yürüttüğü hasta ve ailenin bireysel amaçlarını da göz önüne alarak uyumu ifade eden normlarla birlikte davranışları etkili ve etkisiz uyum davranışları olmak üzere kesin olmayan bir karara bağlar (Moreno, Duran, Hernandez, 2009; Roy, 2009).

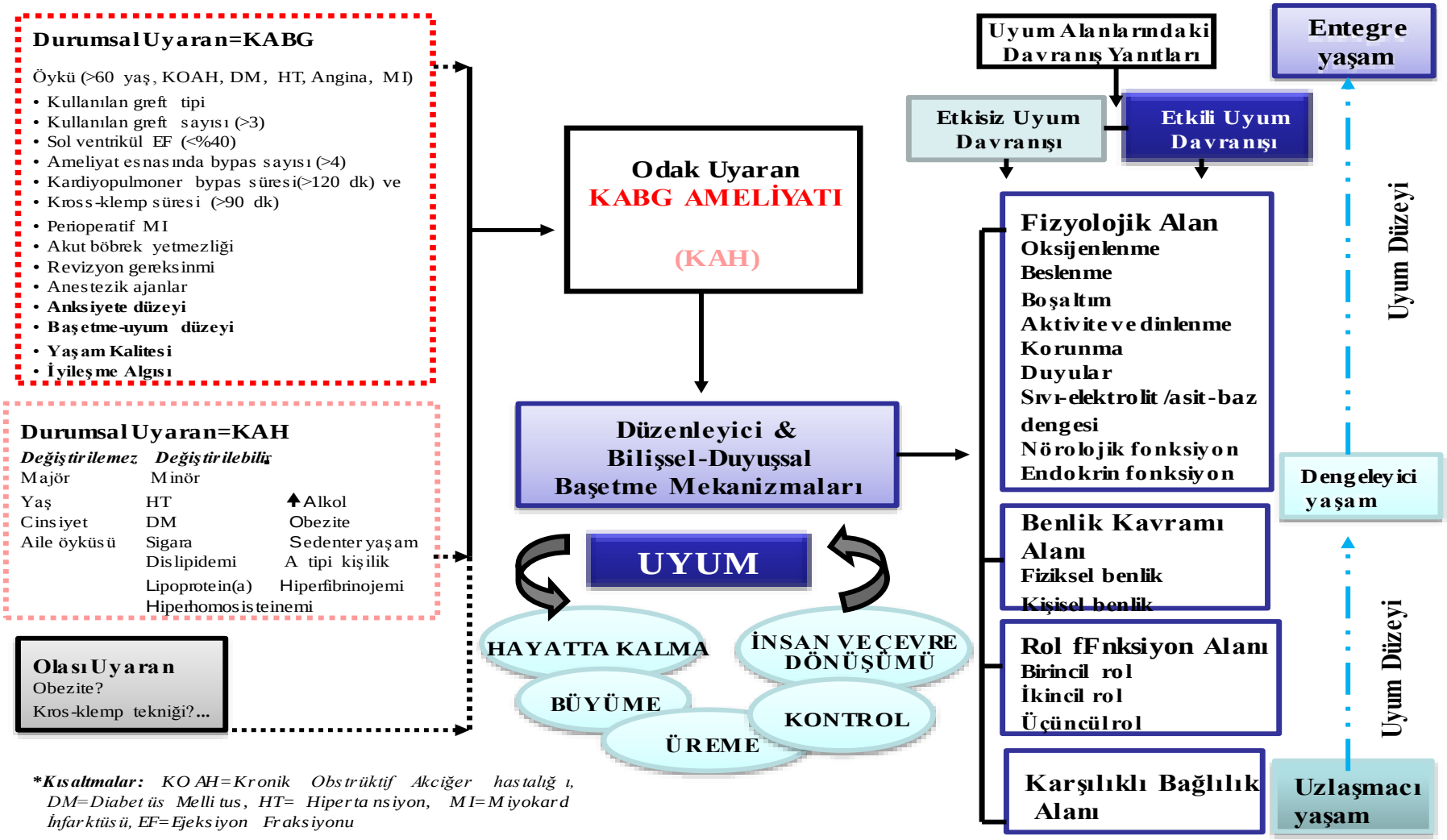
2.5.1. Roy Uyum Modeli'ne Göre Koroner Arter Baypas Greft Uygulanan Hastalarda Erken Dönem Bakım Yönetiminde Hemşirelik Süreci

Roy'un Uyum Modeli klinik uygulamada hemşireliğin tüm ilgi alanlarında; sağlıklı çocuk ve yetişkinlerde, kısa ve uzun dönem bakım gerektiren hastalarda, yüksek risk gruplarında hemşirelik bakımına rehberlik edebilir. En önemlisi, bu modele dayalı geliştirilen hemşirelik girişimleri kolayca uygulanabilir (Frederickson, 2000; Barone, Roy, Frederickson, 2008; Roy, 2009). Model, birçok kronik hastalıkta olduğu gibi, yetişkinlerde en fazla ölüm nedeni olan koroner arter hastalıklarının (KAH) önlenmesi, akut yönetimi ve uzun dönem bakımında etkin kullanılabilecek modellerden biridir. KAH'ın tedavisinde semptomları iyileştirmek ve sağkalım süresini uzatmak amacıyla kullanılan temel tedavi yöntemlerinden birisi de koroner arter bypass greft (KABG) ameliyatıdır. Bu ameliyat bireyin temel yaşamsal fonksiyonlarını doğrudan etkileyen büyük bir uyarandır ve bireyin uyumunu bozar (Eagle ve ark., 2004; Onat ve ark., 2013).

KABG ameliyatı sonrası erken dönemde uyumun temel amacı, hastaların yaşamının korunması ve sürdürülmesidir (Aranki ve ark., 2008a, Aranki ve ark., 2008b; Aroesty, 2008). Ancak, bu dönemde biyolojik ve psikososyal uyumun temel bileşeni olan hayatta kalma çabası, hem içsel hem de dışsal pek çok uyaranla sürekli tehdit altındadır. Bu nedenle ameliyat sonrası erken dönemde KABG uygulanan hastaların bakımını tüm boyutlarıyla açıklayan ve kapsamlı ele alan bir yaklaşımla yönetilmesi gerekir (Reston ve ark., 2003; Martin ve Turkelson, 2006). Bu bölümde KABG sonrası erken dönem bakım yönetimi;

Roy'un Uyum Modeli'nin kavramları ve hemşirelik süreci adımlarına göre ayrıntılı olarak tartışılmıştır.

1. Davranışların Değerlendirilmesi: KABG cerrahisi sonrası hastaların fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık alanlarında etkili ve etkisiz uyum davranışları olarak ele alınmalıdır (Chiou, 2000; Fawcett 2005a; Roy, 2009; Velioğlu, 1999). KABG uygulanan hastalarda erken dönem bakım yönetimi; Roy'un Uyum Modeli kavramları ve bu kavramların birbiriyle ilişkilendirilmesi Şekil 10'da sunulmuştur.



**Kısaltmalar:* *KOAH=Kronik Obstrüktif Akciğer hastalığı, DM=Diabet üs Mellitus, HT= Hipertansiyon, MI=Miyokard İnfarktüsü, EF=Ejeksiyon Fraksiyonu*

***Şekil, yazarlar tarafından hazırlanmıştır.*

Şekil 10. KABG Uygulanan Hastanın Ameliyat Sonrası Erken Dönem Bakımının Roy Uyum Modeli Kavramları ile Şematize Edilmesi

Fizyolojik Alanda Davranışların Değerlendirilmesi : Fizyolojik alanda davranışlar, dokuz bölümde değerlendirilmektedir. Bunlar; oksijenlenme, beslenme, boşaltım, aktivite ve dinlenme, korunma, duyular, sıvı-elektrolit ve asit-baz dengesi, nörolojik fonksiyonlar, endokrin fonksiyonlardır (Roy, 2009). Büyük bir girişim olan KABG cerrahisi bireyin fizyolojik alanı oluşturan bu fonksiyonların tümünü etkiler.

a. Oksijenlenme: KABG sonrası erken dönemde hastanın mekanik ventilasyon gereksinimi vardır, cerrahi tedaviye bağlı olarak pnömohemotoraks eşlik eder ve hastada atelektazi, akut solunum sıkıntısı sendromu gibi tıbbi sorunlar gelişebilir. Bu durumda, oksijenlenme bölümü için hipoksi, ventilasyonda bozulma, gaz değişimi / taşınması ve doku perfüzyonunda bozulma, kompansasyonda yetersizlik gibi uyum sorunları görülebilir. Ayrıca hastada greft oklüzyonu, kanama vb. nedenlerle miyokard oksijenlenmesinde bozulma sonucu kan basıncında değişiklik, kardiyak out-putta azalma, disritmi gibi etkisiz uyum davranışları gözlenebilir (Aranki ve ark., 2008a; Aranki ve ark., 2008b; Roy, 2009). Oksijenasyonda olumlu uyum göstergeleri ise ventilasyon, gaz değişimi, gaz transportu ve kompansasyon mekanizmalarının yeterli olmasıdır. Hastanın periferal oksijen satürasyonu, kan gazları, ortalama arter basıncı ve nabız sayısının normal sınırlarda sürdürülmesi (Roy, 2009) de bu bölüm için gözlenebilen etkili uyum davranışlarıdır.

b. Beslenme: KABG uygulanan hastalarda bulantı, kusma, yetersiz beslenme ve diyet kısıtlamasına uyumda güçlük olabilir (Aranki ve ark., 2008b). Bu bölüm için, diyetine uygun beslenme, sindirim ve emilimin yeterli olması, diğer nutrisyonel ve metabolik gereksinimlerin karşılanması etkili uyum göstergeleridir (Roy, 2009). Hastanın albumin düzeyinin normal olması, oral beslenmeyi tolere edebilmesi ve diyetine uyması gözlenebilen etkili uyum davranışları için örnek verilebilir.

c. Boşaltım: KABG sonrası hastada, kardiyak out-putta değişiklik, anestezik ajanlar, ameliyata bağlı kan ve volüm kaybı, parasempatik sistemin baskılanması, immobilite, beslenememeye bağlı barsak ve üriner boşaltımda uyum sorunları görülebilir (Aranki ve ark., 2008b; Roy, 2009). Hastanın saatlik idrar çıkışının, barsak seslerinin, dışkılama sayısının ve şeklinin normal sınırlarda olması gözlenebilen etkili uyum davranışları olarak değerlendirilebilir.

d. Aktivite ve dinlenme*:* Hastada ejeksiyon fraksiyonunun düşük olması ve kardiyak out-put'un azalmasına bağlı huzursuzluk, yorgunluk; ağrı, anestezik ilaçlara bağlı bulantı, kusma ile konforda azalma; anksiyeteye bağlı uykuya dalmada ve derin uyku uyumada güçlük (Hunt

ve Hendrata, 2000; Gallagher ve McKinley, 2007; Roy, 2009), ameliyata bağlı hareket kısıtlılığı gibi aktivite ve dinlenme bölümünde uyum sorunları görülebilir (Aranki ve ark., 2008a; Aranki ve ark., 2008b). Hastanın ameliyat sonrası döneme uygun derin soluma-öksürme egzersizi ve mobilizasyon gibi beklenilen aktiviteleri tolere etmesi/ katılabilmesi, yeterli uyuması ve dinlenmesi etkili uyum davranışlarıdır.

e. Korunma: Hastada cerrahi girişimin doğası gereği hipotermi, deri bütünlüğünde bozulma, invaziv girişimler sonucunda pnömoni, endokardit, üriner enfeksiyon, yara iyileşmesinde gecikme ve hipertermi gibi uyum sorunları görülebilir (Aranki ve ark., 2008b). Bu bölümde hastanın inflamasyon, immün yanıt, ısı regülasyonundaki etkili uyum göstergeleri; enfeksiyon belirtilerinin olmaması, normal vücut ısısı gibi gözlenebilen uyum davranışları olarak yansır (Roy, 2009).

f. Duyular: Hastalarda KABG ameliyatı sonrası duyusal fonksiyonlarda bozulma, yaralanma riski, özbakım yetersizliği, duyusal yüklenme ya da yoksunluk, iletişimde bozulma, akut ağrı gibi uyum sorunları görülebilir (Aranki ve ark., 2008b). Duyusal uyaranların, düzenleyici ve bilişsel-duyuşsal başetme mekanizmalarıyla etkili algılanması, yorumlanması ve değerlendirilmesi bu bölüm için uyum göstergeleridir (Roy, 2009). Hastayla etkili iletişim kurma, primer duyusal fonksiyonlarının yeterli olması, bakıma katılabilmesi gözlenebilen etkili uyum davranışlarıdır.

g. Sıvı-elektrolit ve asit-baz dengesi: Ameliyat sonrası ilk 24 saatte hemoraji ve şok, hipovolemi ya da hipervolemi, ödem, elektrolit dengesizlikleri ve pH değişikliğinin düzenlenmesinde tampon sistemlerinin yetersizliği, solunum ve metobolik asidoz gibi etkisiz uyum davranışları görülebilir (Aranki ve ark., 2008b; Roy, 2009). Hastanın sıvı–elektrolit dengesinin korunması, kan pH'sının kimyasal tampon sistemleri ile düzenlemesi ve asit-baz dengesinin sürdürülmesi, fizyolojik alanın bu bölümü için gözlenebilen etkili uyum davranışlarıdır (Roy, 2009).

h. Nörolojik fonksiyon: Hipoksiye bağlı serebral perfüzyonda bozulma ve bilinç düzeyinde azalma, deliryum, bilişsel-entelektüel fonksiyonda ve duygu durumunda bozulma hastada uyumun etkisiz olduğunu gösterir. Yetersiz kompansasyon sonucunda da kafa içi basınç artışı ve herniasyonlara bağlı pupil dilatasyonu, duyu ve motor kayıp ve epileptik nöbetler görülebilir (Selnes ve ark., 2003; İşkesen ve ark., 2007; Aranki ve ark., 2008b). Nörolojik fonksiyon bölümü için uyarılma, algılama, bilginin işlenmesi, düzenlenmesi, depolanması,

konuşma ve etkili motor yanıt uyum göstergeleridir (Roy, 2009). Hastanın glaskow koma skalasının 13-15 arasında olması ise gözlenebilen en etkili uyum davranışıdır.

ı. Endokrin fonksiyon: Kardiyak cerrahi sempatik yanıta bağlı stres hormonlarının ve endojen katekolaminlerin salgılanmasına neden olan büyük bir stresördür (Aranki ve ark., 2008b). KABG uygulanan hastada hormonal sistemin düğüm/ kavşak/ döngüleri ve biyolojik ritimde etkisiz regülasyon/düzenleme görülebilir (Roy, 2009). KABG sonrası stresin kontrol edilememesi ve uzun sürmesi bireyde tükenmeyle sonuçlanabilir (Tung, Hunter, Wei, 2008). Hastanın temel fizyolojik fonksiyonlarının korunması ve sempatik yanıtın ortadan kalkarak normal fizyolojik fonksiyonlara dönebilmesi, yaşam bulgularının normal sınırlarda sürdürülmesi etkili uyum davranışı olarak değerlenilebilir.

Benlik Kavramı Alanında Davranışların Değerlendirilmesi: KABG ameliyatı nedeniyle hasta, benlik kavramının her iki boyutunda da etkisiz uyum davranışı geliştirme potansiyeline sahiptir (Flanagan, 1998; Kan, 2009). Hasta ameliyat sonrası; göğüs ön duvarı ve greft insizyonuna bağlı beden imajında bozulma, nörolojik değişikliklerle birlikte beden algısında değişiklik gibi, fiziksel benlikte etkisiz uyum davranışları yaşayabilir. Hastalar kişisel benlik kavramına ilişkin olarak, bilişsel ve entellektüel fonksiyonlarda bozulmanın etkisiyle benlik saygısında azalma, güçsüzlük, suçluluk duygusu, anksiyete ve depresyon gibi etkisiz uyum davranışları gösterebilir (Boudrez ve De Backer, 2001; Tung, Hunter, Wei, 2008; Roy, 2009). Ayrıca hastalarda kaygı nedeniyle seksüel yetersizlik gözlenebilir. Bunlara ek olarak KABG sonrası iyileşme dönemi özelliklerine göre hastanın grup kimlik kavramı boyutu (kişilerarası ilişki, sosyal çevre gibi) da etkilenebilir (Tung, Hunter, Wei, 2008). Bireyin beden değişiklikleri, benliği tehdit eden unsurlar ve yaşadığı kayıplarla ahlaki-etik-manevi gelişim süreci içinde olumlu beden imajı, etkili cinsel fonksiyon, fonksiyonel benlik saygısı, fiziksel büyüme, gelişme ve olgunlaşmada bütünlüğü geliştirecek etkili baş etme stratejilerini kullanabilme benlik alanının uyum göstergeleridir (Roy, 2009).

Rol Fonksiyon Alanında Davranışların Değerlendirilmesi: KABG uygulanan hastalar rol fonksiyon alanında tanımlanan rollerin her birinde sorun yaşayabilir; etkisiz rol değişimi, uzamış rol kaybı, üstlendiği roller arasında ya da bir rol içinde çatışma yaşaması ve rol karmaşası gibi uyum sorunları gösterebilir (Kan, 2009; Roy, 2009). Hastalarda erken dönemde, komplikasyonlar nedeniyle birincil rollerde cinsiyet, yetişkin rollerini yerine getirememe; ikincil rollerde aile reisliği, anne, baba, eş rollerini yerine getirememe, hastaneye tekrar yatışlar nedeniyle ev işlerini yürütememe, işe dönememe; üçüncül rollerde sosyal

sorumlulukları sürdürememe (dernek vb.), özel gelişimsel beceri ve yetenekleri (resim yapma, yüzme) sürdürememe gibi etkisiz uyum davranışları gözlenebilir (Tung, Hunter, Wei, 2008). Bireyin rollerinde açıklık, rollere hakim olma, etkili rol değişim süreci, rollerde bütünlük, rol değişimiyle birlikte etkili rol entegrasyonu ve performansı gösterebilme ve rolün yüklediği sorumluluğu üstlenme/ hesap verebilme bu alandaki uyum göstergeleridir (Roy, 2009).

Karşılıklı Bağlılık Alanında Davranışların Değerlendirilmesi: KABG uygulanan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası dönemde bakımın güven ilişkisi içinde sürdürülmesi gerekir. Bireyler gereksinim duydukları anda sağlık çalışanlarından, yakınlarından, değer verdiği kişilerden, sosyal gruplarından ve toplumsal kuruluşlardan destek alabileceklerini bilmek ve güven duymak ister. Güven ilişkisi oluşmayan ve yeterli desteklenmeyen hastalarda sosyal izolasyon, aile içi ilişkilerde bozulma gibi etkisiz uyum davranışları görülebilir (Hacıalioğlu ve Özer, 2008; Kan, 2009).

Uyum Alanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi: Roy davranış ve uyum alanlarının boyutlarını açıklarken, bütünlük fikrini ele almıştır. Bir uyum alanındaki davranış diğer alanlardaki davranışlara etki eder (Chiou, 2000; Roy 2009). KABG uygulanan hastada insizyon yerine bağlı yara yeri enfeksiyonu (fizyolojik alan-korunma alanı) gelişirse, insizyon ve kötü kokulu akıntıya bağlı beden imajında bozulma (benlik alanı-fiziksel benlik), hastaneye tekrar yatış, kanama nedeniyle revizyon, rollerini yerine getirmede değişiklik (rol fonksiyon alanı), anksiyeteye, rollerini yerine getirmede değişikliğe, beden imajında bozulmaya bağlı aile içi iletişimde bozulma (karşılıklı bağlılık alanı) bir arada görülebilir. Bu nedenle bakımı yürüten hemşire her bir davranışın diğer uyum alanlarındaki davranışlara etkisini de göz önünde bulundurmalıdır (Fawcett 2005a; Roy, 2009).

1. Uyaranların Değerlendirilmesi

KABG uygulanan hastanın bakım yönetiminde, cerrahi girişiminin kendisi en temel odak uyarandır ve kişinin uyum yapma yeteneğini belirler (Kan, 2009; Roy, 2009). KABG geçiren hastanın ameliyat sonrası erken döneme uyumunu belirleyen ve uyum alanlarındaki her bir davranışı doğuran durumsal uyaranlar da farklıdır. Örneğin; ameliyat sonrası erken dönemde fizyolojik alandaki oksijenlenme bölümüne ilişkin hipoksi için; öykü (> 60 yaş, diabetüs mellitus-DM, hipertansiyon-HT, geçirilmiş miyokard infarktüsü-MI), kullanılan greft tipi, EF<,%40, ameliyat esnasında bypass sayısı>4, kardiyopulmoner bypass >120 dk ve kross-klemp süresi >90 dk, anestezik ajanlar, koroner arterlerinin yapısı, kollateral dolaşımın durumu, hipotermi derecesi, tipi gibi birçok faktör durumsal uyarandır. Literatürde KABG

ameliyatı sonrası erken dönemde mortalite ve morbiditeye etki eden risk faktörlerinin değerlendirildiği çalışmalarda belirlenen ve etkisi tanımlanan risk faktörleri ise KABG ameliyatı için yeni durumsal uyaranları oluşturacaktır (Eagle ve ark., 2004). KABG hastası için ameliyat sonrası uyum sürecini ve baş etmeyi etkileyen önemli durumsal uyaranlar ise; ameliyat öncesi anksiyete, depresyon, baş etme-uyum yeteneği, yaşam kalitesi ve iyileşme algısıdır (Eagle ve ark., 2004). Artinian (1988) KABG uygulanan hastaların eşlerinde yaptığı çalışmada, durumsal uyaranı olumlu ve olumsuz olarak sınıflamış ve sosyal desteği olumlu durumsal uyaran olarak saptamış, olası uyaranların bilinmediğini belirtmiştir. KABG uygulanan hastalarda obezite (Lindhout, Wouters, Noyez, 2004; Nisanoğlu ve ark., 2006) ve kros-klemp tekniğinin (Güden ve ark., 2001; Grega, Borowicz, Baumgartner, 2003) ameliyat sonrası erken dönemde kardiyak sonuçlar üzerine etkileri bilimsel olarak açık değildir. Bu nedenle obezite ve kros-klemp tekniğinin KABG hastası için olası uyaran olduğu söylenebilir. Roy'a göre odak uyaran ve durumsal uyaran bireye ve duruma özgü yer değiştirebilir. Her uyaran belli bir durumda uyum üzerindeki etkisine göre sınıflandırılır, koşullar değiştikçe uyaranlar arası sınıflandırmalar da çok hızlı şekilde değişebilir. Ayrıca durumsal uyaran sayısı arttıkça odak uyaranın etkisinin de arttığı belirtilmektedir (Alligood ve Tomey, 2006; Roy, 2009). Literatürde pek çok çalışmayla bu faktörlerin, KABG uygulanan hastalarda mortalite ve morbiditeye etkisi belirlenmeye çalışılmaktadır.

2. Hemşirelik Tanısı

Roy'un Uyum Modeli'ne göre hemşirelik tanısı, bireyin odak uyaran ya da odak uyaranın etkisini arttıran durumsal uyaranlara karşı düzenleyici ve bilişsel-mekanizmaları ile dört uyum alanında gösterdiği etkisiz davranışları belirleyen karar verme sürecidir (Fawcett 2005a, Roy, 2009). Hemşireler, bu modele temellendirilen hemşirelik tanılarını, Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (North America Nursing Diagnosis Association-NANDA) taksonomisinde yer alan hemşirelik tanıları ile birlikte kullanabilir. Bu amaçla Roy'un Uyum Modeli fizyolojik alanının oksijenlenme ve beslenme bölümlerinde sırasıyla etkili uyum göstergeleri ve etkisiz uyum göstergeleri verilmiştir. Roy'un Uyum Modeli'nin etkisiz uyum davranışlarına ilişkin hemşirelik tanıları NANDA hemşirelik tanıları ile ifade edilebilmektedir.

3. Hedef Belirleme

Hemşire uyum sürecinin davranışsal hedeflerinin belirlenmesinde aktif rol alır ve bireyin katılımına fırsat verir. Hemşire, hedefleri belirlemede; uyum kavramının hayatta kalma,

büyüme, üreme, kontrol, birey ve çevre dönüşümleri olmak üzere beş boyutunu dikkate alır (Fawcett, 2005a). Modele göre uyum; uzlaşmacı, dengeleyici ve mükemmel uyum olmak üzere üç düzeyde değerlendirilir (Fawcett, 2005a; Dobratz, 2008; Roy, 2009). Bu süreçte hemşire, etkisiz uyum davranışlarının etkili davranışlara dönüştürülmesi, var olan etkili uyum davranışlarının sürdürülmesi veya geliştirilmesini amaçlar. Bu amaçlar doğrultusunda davranışların kısa/ uzun dönem sonuçlarını, nasıl/ hangi yönde değişeceğini ve süreyi göz önüne alan bir yaklaşım kullanır (Roy, 2009).

KABG uygulanan hastada ameliyat sonrası erken dönemde bakımın temel amacı homeostatik dengeyi korumak, kardiyovasküler fonksiyonu sürdürmek, dolayısıyla uyumun temel bileşeni olan hayatta kalmayı sağlamaktır (Aroesty, 2008). Uzun dönemde ise sekonder ve tersiyer koruma ile devam eden KAH'na ilişkin yeni koroner damar tıkanıklıkları, angina, MI ya da ani kardiyak ölüm riskinin yönetilmesiyle yaşam kalitesinin yükseltilmesini hedefler (Ramanath ve Eagle, 2008). Çünkü uyum düzeyleri göz önüne alındığında KABG cerrahisi ile "uzlaşmacı uyum düzeyi"nden, "dengeleyici uyum düzeyi"ne ulaştırılan hasta için temel hedef "mükemmel uyum düzeyi"ne ulaşmaktır.

4. Hemşirelik Girişimleri

Roy'un Uyum Modeli'nde hemşirelik girişimleri uyaranların yönetimidir (De-Santo-Madeya 2007; Roy, 2009). Hemşire her bir uyaranın yönetiminde; etkili ve etkisiz uyum davranışını gösteren beklenilen sonuçları gruplar, bireyin düzenleyici ve bilişsel-duyusal başetme mekanizmalarını tanımlar, hedefe ulaşabilmek için alternatif girişimler belirler. Bu girişimlerden bireyin etkili uyum davranışlarını arttıran hemşirelik girişimlerini seçer. Seçilen girişimler, uyaranı en uygun şekilde yönetecek, uyum düzeyini yükseltecek yöntem ve aşamalar belirlendikten sonra uygulanır (Moreno, Duran, Hernandez, 2009; Roy, 2009).

KABG uygulanan hastalarda erken dönemde uyum düzeyini değiştirebilecek potansiyel birçok uyaran bulunmaktadır (Kan, 2009). Anastomoz alanlarından kanama/ hemorajik şok riski buna bir örnektir. Hastada ileri yaş, aspirin tedavisi, ameliyat, kardiyopulmoner bypass süresi, heparin tedavisindeki farklılıklar, trombositopeni gibi faktörler (Eagle ve ark., 2004) kanama riski için durumsal uyarandır. Modele göre kanama/ hemorajik şok riski hemşirelik tanısı alındığında etkili uyum davranışı, greft açıklığının korunması ve anastomoz alanlarından kanama olmamasıdır. Etkisiz uyum davranışı ise, drenaj miktarının 200 ml/saat üzerinde olması ve durumun ilerleyici yapısına bağlı şok belirtilerinin gözlenmesidir. KABG uygulanan hastada erken dönemde; drenaj miktarı, rengi, cilt rengi, kan basıncı, nabız,

solunum, vücut ısısı ve kan değerlerindeki sonuçlar kanama/ hemorajik şok için değerlendirme ölçütleridir. Hemşirelik girişimleri; hastaların yaşam bulgularının, hipovolemi belirtilerinin, kan değerlerinin ve drenaj miktarının izlenmesi, greft açıklığını korumak için önerilen profilaktik tedavinin doğru dozda sürdürülmesi olarak sıralanabilir.

5. Değerlendirme

Hemşire, dört uyum alanının her bir boyutu için gözlenen ve gözlenemeyen davranışları sistematik bir şekilde yeniden değerlendirir ve hemşirelik girişimlerinin etkinliğine karar vermede önceden belirlediği değerlendirme ölçütlerini kullanır (Fawcett, 2005a; Roy, 2009). Uygulama sonrası birey ve hemşirenin birlikte belirlediği amaçlara ulaşılır, birey bu amaçlara ulaştığını, davranışlarla gösterir ve uyaranlara karşı etkili uyum davranışlarını sürdürmeye başlar. Böylece bireyin diğer uyaranlara vereceği tepkiler için gerekli enerjisi korunmuş olur (Moreno, Duran, Hernandez, 2009; Roy, 2009). Hemşirelik girişimleri etkili olduysa ve bireyin uyum sürecini bozacak herhangi bir tehdit unsuru yoksa hemşire davranışa ve uyarana ilişkin endişesini/ hemşirelik tanısını sona erdirebilir. Eğer hemşirelik girişimleri sonucu başarısızsa, hemşire başarısızlığın olası nedenlerini belirler. Bunlar; belirlenen amaçların gerçeğe uygun olmaması, birey tarafından kabul edilemez olması, değerlendirmede eksik ve hatalı veri olması, girişimin uygun gerçekleştirilmemesi olabilir. Bu nedenle hemşire, hastanın etkisiz uyum davranışlarını derinlemesine incelemek için hemşirelik sürecini yeniden başlatır (Fawcett 2005a; Alligood ve Tomey, 2006; Moreno, Duran, Hernandez, 2009; Roy, 2009). KABG uygulanan hastalarda ameliyat sonrası erken dönem bakım yönetimine ışık tutacağı düşünülen ve Roy'un Uyum Modeli'nin hemşirelik süreci adımlarını içeren bakım planından örnek bir bölüm sunulmuştur (Şekil 11).

Davranışları Değerlendirme		Uyaranları Değerlendirme	Hemşirelik Tanıları	Hedef Belirleme	Hemşirelik Girişimi	Değerlendirme
Fizyolojik Alan	• Düşük CO, • Erken greft oklüzyonu, postopreratif göğüs ağrısı, MI, • CK-MB, troponin ↑, • şok, • Aritmi, Atrial fibrilasyon, • Kalp tamponadı, • Perikardit • Anksiyete	***Odak uyaran:*** **KABG** ***Durumsal Uyaran:*** ➢ Seçilen greft ➢ Cerrahi teknik ➢ …… ***Olası uyaran:*** ➢ Obesite ➢ Kros-klemp tek ➢ …….	• Kardiyak out-putta azalma riski • Miyokard doku perfüzyonunda bozulma, • Aktivite intoleransı riski	• Myokard oksijenlenmesin isürdürme	• Miyokard perf. göstergesi sistolik/diastolik ve ort. arter basıncının, nabız sayısını sık izleme • Dr. isteminde önerilen kardiyak destek (adrenalin, dopamin, dobutamin, antiaritmik). tedaviyi güvenli uygulama, • Tedaviye verilen uyum davranışını gözleme, • İABP girişimine yardım etme ve etkisini izleme • ……	• MAP, nabız, solunum, vücut ısısı değişimi • Şok belirtileri • Kardiyak ritim • Göğüs ağrısı, • Kan gazı, biyokimya ve hemogram sonuçları • Göğüs tüpü drenajı miktarı, özelliği • Etkili kompanzasyon davranışı • ……..
Benlik Kavramı Alanı	• Anksiyete • Korku • Acı çekme • Ümitsizlik	***Durumsal Uyaran:*** ➢ Preoperatif anksiyete-depresyon öyküsü ➢ İçine kapanık olma	• Beden imajında bozulma • Anksiyete	• Olumlu beden algısı oluşturmak • Hastanın anksiyetesini azaltmak	• Hastaya gerekli ve yeterli bilgi verme • Güven ilişkisi kurma • Gerekirse sedasyon • ……	• Kan basıncı, nabız, solunum • Sözlü ve sözsüz iletişim davranışları • ……
Rol Fonksiyon Alanı	• Anksiyete • Karar vermede güçlük • Çatışma	***Durumsal Uyaran*** ➢ Gelişimsel rol alanlarında birçok rolü olması ➢ A tipi kişilik	• Rollerini yerine getirmede değişiklik	• Kişinin rollerini en uygun sürede sürdürebilir hale gelmesi	• Hasta ve yakınları ile iletişim, güven ilişkisi • Rollerini ve rol önceliklerini tanımlama, • Ertelenebilir rolleri belirleme • Uyum sürecine göre düzenli görüşme ile rol performansını yeniden değerlendirme	• Belirlenen rollerini yerine getirip getirememesi • Rol değişimine uyumu • ……..
Karşılıklı Bağlılık Alanı	• Anksiyete • Aile içi zararlı davranışlarda bulunma	***Durumsal Uyaran*** ➢ Hastaneye yatma, ➢ Yoğun bakım ➢ Kişilik özellikleri ➢ Ruhsal hastalıklar ➢ Sosyal destek kaynakları	• Aile içi başetmede yetersizlik • Sosyal izolasyon	• Şu anki izolasyon durumunu kabul etme • Yeniden sosyalleşme sağlama	• İlgili risk faktörlerine yönelik girişim • Sosyalleşmeyi sağlayacak yöntemlerin seçimi • ……..	• Sosyalleşme belirtilerinin izlenmesi • …….

***Kısaltmalar:** CO= Cardiac out-put_kalp debisi, MI=Miyokard İnfarktüsü, CK-MB= Creatine Kinase Muscle-Brain type_kreatine kinaz kalp izoenzimi), İABP=İntra Aortik Balon Pompası, MAP= Mean Arterial Pressure_Ortalama Arter Basıncı.*

***Şekil, yazarlar tarafından hazırlanmıştır.*

Sekil 11. Roy Uyum Modeli'ne Göre KABG Uygulanan Hastada Amelivat Sonrası Erken Dönem Hemsirelik Süreci Örneği

Bu bölümde Roy'un Uyum Modeli kavramlarına göre KABG uygulanan hastanın ameliyat sonrası erken dönemde hemşirelik bakımı sistematik adımlarla incelenmiştir. KABG uygulanan hastaların erken dönem uyaranlar, düzenleyici ve bilişsel-duyuşsal başetme mekanizmalarıyla oluşan davranışlar, uyum alanları ve uyum düzeyine göre tartışılmıştır. Sonuç olarak, Roy'un Uyum Modeli'ne göre KABG hastalarının erken dönem hemşirelik bakımının bütüncül bakış açısıyla, daha kapsamlı ele alınabileceği görülmüştür.

2.6. Roy Uyum Modeli'nin Araştırmada Kullanımı

Roy, modelinin hemşirelik araştırmalarında kullanımı için rehber oluşturmuş ve bu rehberde; araştırmanın amacı, araştırma konuları, çalışılan örneklem, araştırma yöntemleri, verilerin analizi, modelin katkısı ve yararına ilişkin ayrıntıları açıklamıştır (Tablo 10) (Fawcett, 2005b; Roy, 2009; 2011). Araştırma amacına göre Roy modelinin, temel hemşirelik araştırmalarında ve klinik hemşirelik araştırmalarında kullanılabilir olduğunu belirtmektedir. Roy'a göre, temel hemşirelik araştırmalarında modelin kullanım amacı, yaşam durumlarında insanın uyumunu açıklamak ve anlamaktır. Bunun için de başetme süreci, çevresel uyaranlara uyum ve sağlık ile uyum arasındaki ilişkiyi açıklamanın gerektiğini belirtmektedir. Roy, klinik araştırmalarda modelin kullanım amacını ise girişimleri test etmek ve geliştirmek, mükemmel uyum ve olumlu bir yaşam süreci için stratejiler oluşturmak şeklinde açıklamaktadır (Fawcett, 2005b; Roy, 2009).

Tablo 10. Roy Uyum Modelini'nin Araştırmada Kullanımı

ARAŞTIRMA KONULARI
• Araştırmaların odak noktaları
○ Odak, durumsal ve olası uyaranlar
○ Uyum düzeyi
○ Düzenleyici ve bilişsel-duygusal baş etme süreci
○ Dört uyum alanındaki yanıtlar
• Temel hemşirelik biliminin içeriği
○ Uyum sistemi olarak insan ve gruplar
○ Baş etme süreci
○ Uyum sürecinin stabilizasyonu
○ Uyum sürecini geliştiren dinamikler
○ Uyum alanları arasındaki ilişkiler ve uyum alanlarının gelişimi üzerine kültürel ve diğer etkiler
○ İnsan ve çevre arasındaki etkileşim
○ Uyum alanlarının entegrasyonu
• Klinik hemşirelik biliminin içeriği

○ Etkili olmayan baş etme sürecini değiştirme
○ Uyum alanları arasındaki değişiklikler
○ Etkili uyum davranışlarını arttıracak, çevreyi değiştirecek hemşirelik girişimleri
ÇALIŞILAN ÖRNEKLEM
• İyilik halindeki birey ve gruplar
• Akut ve kronik tıbbi durumlara sahip bireyler
ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ
• Tanımlayıcı, karşılaştırmalı ve deneysel çalışmalar yapılabilir.
• Kalitatif ve kantitatif veri toplamak için uygundur.
• İnsanın uyum sistemini içeren sağlık bakım çerçevesinde veri toplanabilir.
• Araştırmada kullanılan ölçekler Roy Uyum Modeli'ni yansıtmalıdır, modelden türeyebilir.
VERİLERİN ANALİZİ
Veriler kalitatif analiz yöntemi, parametrik ve nonparametrik istatistiksel yöntemler kullanılarak test edilir.
MODELİN KATKISI
Roy Uyum Modeli temelli araştırmalar insanın uyum düzeyinin yükseltilmesinde hemşirelik girişimlerinin rolünün anlaşılmasını arttırır.

Kaynak: Fawcett, J. (2005a). Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. F.A. Devis Company: Second Edition. Philadelphia.

2.5.1. Hemşirelik Araştırmalarında Modelin Yararlılığı

Roy Uyum Modeli'nin hemşirelik araştırmalarında yön gösterici olarak kullanıldığında çok faydalı olduğu belirtilmektedir. Modele dayandırılarak değişik çevresel uyaranlara hastanın yanıtlarını gösteren tanımlayıcı çalışmalar, fizyolojik ve psikososyal uyumu ortaya koymak için odak ve durumsal uyaranın ilişkisini gösteren karşılaştırılmalı çalışmalar, Roy Uyum Modeli'ne dayalı hemşirelik müdahalelerinin etkisini gösteren deneysel çalışmalar yapılmıştır. Roy ve arkadaşları 1999 yılında Roy Uyum Modeli kullanarak 163 çalışmayı incelemişler ve bunların 116'sının modeli test etmeye yönelik olduğunu belirtmişlerdir. Roy, 1995-2001 yılları arasında modeline dayandırılarak yapılan 54 araştırmayı incelediğinde ise bunların 28'inin makale, 25'inin doktora tezi, birinin de master tezi olduğunu belirtmiştir (Roy, 2008). Ayrıca 22 araştırma uyum alanları ve sürece, beş araştırma uyaranlara ve beş araştırma da girişimlerin etkinliğine odaklanmıştır. Bu sonuçlar göz önüne alındığında kalitatif ve kantitatif birçok araştırma deseninde ve araştırma sürecinin tüm aşamalarında Roy Uyum Modeli'nin kullanılabildiği görülmüştür (Fawcett, 2002, 2005a; Roy, 2011).

2.5.2. Koroner Arter Baypas Greft Uygulanan Hastalarda Roy Uyum Modeli Roy'un Bilişsel Süreç Hemşirelik Modeli'nin Uygulanması

KABG uygulanan hastalarda Roy Uyum Modeli; kavramsal çerçeve olarak temel alan araştırmalarda yer alması yanı sıra, uyaran, uyum süreci, uyum alanları gibi kavramları test eden araştırmalarda da kullanılmaktadır. Bradley ve Williams (1990), açık kalp ameliyatı olacak hastalarda ameliyat öncesi döneme ilişkin endişeleri inceledikleri çalışmada Roy'un Uyum Modeli'nin, kavramsal çerçeveyi oluşturduğunu; problemin tanımı, ölçüm araçlarının seçimi, verilerin analizi ve bulguların yorumlanmasında yol gösterici olduğunu belirtmiştir. Flanagan'ın çalışmasında (1998) KABG'ten bir gün önce ve altı hafta sonraki dönemde kişisel değerlerle psikososyal uyum arasındaki ilişki modele göre incelenmiştir. Anderson, Higgins ve Rozmus (1999) KABG uygulanan hastalarda, yoğun bakımda kalma süresi ve hastanede kalma süresinin hasta sonuçlarına etkisini incelediği çalışmalarında teorik çerçeve için Roy'un Uyum Modeli'ni kullanmıştır. Paul ve Robichaud-Ekstrand (2002) kalp cerrahisi uygulanan hastalarda beklenen ve karşılanan yardım türlerinin iyileşme sürecindeki önemini ve geçersiz bir sosyal destek ağının iyileşmeye etkisini modele göre test etmiştir. Dimotti ve Tulman'ın çalışmasında (2003) ise, KABG uygulanan kadınlarda, modelin fizyolojik alanına ilişkin fonksiyonel durumla; cerrahi ağrı, yorgunluk, evdeki yaşam ve komorbiditenin ilişkisi incelenmiştir. Toit'in (2003) KABG uygulanan hastaların yaşamlarına uyumunu incelediği çalışmasında ve Meyer'in (2006) çalışmasında model, hasta eğitim sonuçlarının değerlendirilmesine temel oluşturmuştur. Kan (2007) çalışmasında KABG uygulanan hasta grubunda dört uyum alanını içeren fiziksel sağlık, kişisel anlam, rol fonksiyonu ve sosyal destekle iyileşme algısı arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Artinian ise (1991) KABG uygulanan hastaların eşleri ile yürüttüğü çalışmasında, hastanede kalış süresince ve taburculuktan altı hafta sonra stres yönetiminde uyaranlar ve başetme mekanizmaların etkisini incelemiştir. Artinian (1993) bir başka çalışmasında kardiyak cerrahi uygulanan hastaların eşlerinin taburculuğa hazır olma durumunu değerlendirmiş ve sosyal destek, baş etme yöntemleri, kişisel kaynaklar ve bilgilenmenin eşlerin algıları üzerine etki eden önemli faktörler olduğunu Roy Uyum Modeli ile göstermiştir. Ayrıca Varrvaro'nun (1991) çalışmasında da KAH olan kadınlarda Roy Uyum Modeli test edilmiştir.

Ülkemizde KABG uygulanan hasta grubunda Roy'un Uyum Modeli'nin kullanıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır ancak farklı hasta gruplarında ve sağlıklı bireylerde yürütülen birçok çalışmada model kullanılmıştır. Türkiye örnekleminde sadece KABG uygulanan hasta

grubuna en yakın olan kalp yetersizliği hastalarının uyumunun incelendiği bir yüksek lisans tezinin teorik çerçevesinde benzer şekilde Roy Uyum Modeli kullanılmıştır (Bakan, 2008).

Bu araştırmada; Roy tarafından geliştirilen (2004) Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenirliğinin test edilmesi, KABG geçiren hastaların taburculuk öncesi stresörlerinin belirlenmesi, Roy Uyum Modeli'ne göre verilen hemşirelik bakımının; öğrenim gereksinimlerinin karşılanma durumu, iyileşme algısı, başetme-uyum düzeyi ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesinde kavramsal çerçeveyi Roy Uyum Modeli oluşturmuştur. Araştırmanın metadolojik, niteliksel ve niceliksel olmak üzere her üç aşamasında farklı tasarımlarda modelin kullanımı test edilmiş, KABG uygulanan hasta grubunda da modelin kullanımı ile literatüre yeni bilgiler kazandırılması hedeflenmiştir.

Araştırmanın metadolojik araştırma yöntemine göre yürütülen birinci aşamasında; Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği"nin Türkiye'de geçerlik ve güvenirliği test edilmesi;
Araştırmanın niteliksel araştırma yöntemine göre yürütülen ikinci aşamasında; KABG geçiren hastalarda taburculuk öncesi stresörlerin belirlenmesi;
Araştırmanın niceliksel araştırma yöntemine göre yürütülen üçüncü aşamasında; KABG geçiren hastalarda Roy Uyum Modeli'ne göre verilen hemşirelik bakımının; öğrenim gereksinimlerinin karşılanma durumu, iyileşme algısı, başetme-uyum düzeyi ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi ile ilgili olarak her bir aşama için sırasıyla **"gereç ve yöntem, bulgular, tartışma, sonuç ve öneriler"** bölümleri ayrı ayrı verilecektir.

BÖLÜM III

1.AŞAMA

BAŞETME VE UYUM SÜRECİ ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKİYE'DE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN İNCELENMESİ

Amaç: Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği (BUSÖ)"nin Türkiye'de geçerlik ve güvenirliğinin test edilmesidir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi: Araştırma metodolojik araştırma tasarımına uygun yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer: Araştırmanın ilk aşaması; İzmir İli'ndeki iki kamu, iki üniversite hastanesi, Antalya İli'ndeki bir üniversite ile bir kamu hastanesi olmak üzere toplam altı kurumun kalp-damar cerrahisi klinik ve polikliniklerinde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi: Araştırmanın örneklemini son 3 ay içinde KABG cerrahisi geçiren 235 hasta oluşturmuştur. **Örneklem büyüklüğü;** BUSÖ madde sayısının (47 madde) beş katı dikkate alınarak belirlenmiştir.

3.3.1.Araştırmaya/Örnekleme Alınma Ölçütleri:

- ✓ 18 yaşından büyük yetişkinler,
- ✓ Kişi, yer ve zaman oryantasyonu olanlar,
- ✓ Türkçe anlayabilen, konuşabilen ve yazabilenler,
- ✓ Son üç ay içinde KABG uygulan hastalar örnekleme alınmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları: Verilerin toplanmasında;

1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu (Ek 5.1)
2. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği (Ek 5.3)
3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (Ek 5.7) kullanılmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu

Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu'nun ilk bölümündeki maddeler; hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni hali, eğitim durumu, sosyal güvencesi ve mesleği gibi sosyodemografik özellikleri içermektedir. Hastaların klinik özellikleri ise hastanın uyumunu doğrudan ve dolaylı etkileyebileceği düşünülen özelliklerden; yatış tarihi, boy, kilo, beden kitle indeksi, KAH'na eşlik eden diğer önemli durumların (Tip 2 diabetes mellitus, hipertansiyon, kronik

obstrüktif akciğer hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, kronik böbrek yetmezliği, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu, miyokard infarktüsü ve angina öyküsü) varlığı, sigara öyküsü, ameliyat öncesi göğüs ağrısı, yorgunluk şikayeti, yorgunluğun derecesi, KABG cerrahisinin tarihi, greft sayısı, kullanılan greft tipininden oluşmaktadır. Ayrıca yoğun bakımda kalma süresi, mekanik ventilasyon süresi, hastanede kalış süresi (ameliyat sonrası kaçıncı günde taburcu olduğu), taburculuk sonrası kaçıncı günde olduğunu içeren maddeler yer almaktadır (Ek 5.1).

3.4.2. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği

Callista Roy (2004) tarafından geliştirilen BUSÖ, kritik ve zor durumlarda bireylerin başetme ve uyum stratejilerinin tanımlanmasında kullanılır (Roy, 2004). Ölçeğin teorik olarak temelinde Roy Uyum Modeli ve Roy'un modelinde tanımladığı bilişsel sürece ilişkin kavramları yer almaktadır (Ek 5.5, Ek 5.6). BUSÖ ve alt ölçeklerinin madde sayısı, madde numaraları, ölçek ve alt ölçeklerden alınabilecek en düşük ve en yüksek değerlere ilişkin bilgiler Tablo 11'da gösterilmiştir.

Tablo 11. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'nin Alt Ölçek Madde ve Puanları

Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'nin Alt Ölçek Madde ve Puanları			
Ölçek ve Alt Ölçekler	**Madde Sayısı**	**Madde Numaraları**	**En Düşük ve En Yüksek Değerler**
Çözüm bulma ve odaklanma	10	2,4,7,10,16,19,26,34,42,46	4-40
Fiziksel ve karara bağlama*	14*	5,8,13,15,20,23,24,29,33,35,39,43,45,47*	14-56
Dikkat süreci	9	1,11,17,18,25,27,31,40,44	9-36
Sistematize etme süreci	6	3,12,14,22,30,41	6-24
Öğrenme ve ilişki kurma	8	6,9,21,28,32,36,37,38	8-32
Toplam	47		47-188

**Maddeler ters çevrilerek yeniden puanlanır ve hesaplanır.*

Tablo 11'de görüldüğü gibi ölçek 47 madde ve beş alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçek maddeleri 1 ile 4 arasında (1=hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=bazen, 4=her zaman) likert tipi değerlendirilmektedir (Ek 5.3, Ek 5.4). Ölçeğin kesme noktası ya da kritik değeri tanımlanmamıştır; ölçek ve alt ölçeklerden elde edilen puanlar yükseldikçe etkili başetme yöntemlerinin kullanımının arttığı şeklinde değerlendirilmektedir (Ek 5.5, Ek 5.6).

BUSÖ cronbach alpha güvenirlik katsayısı toplam ölçek için .94, alt ölçekler için .78-.86 arasında değişmektedir. BUSÖ faktör analizi sonucu ortaya konan beş faktörlü yapı, ölçekteki toplam varyansın %45.3'ünü açıklamaktadır.

3.4.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Bu araştırmada "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)", BUSÖ'nin Türkçe'ye uyarlanmasında eş zaman geçerlği ve paralel form güvenirliği için kullanılmıştır. Roy Uyum Modeli'nin geliştirilmesinde Lazarus ve Folkman'ın Stresle Başetme Teorisi'nden yararlanılması ve ölçeğin Türkçe'ye uyarlanmış olması nedeniyle bu ölçüm aracı seçilmiştir.

SBTÇÖ, Folkman ve Lazarus tarafından 1985 yılında, duruma yönelik olarak başa çıkmayı ölçmek amacıyla geliştirilmiş Başa Çıkma Yolları Envanteri'nden (Ways of Coping Inventory) hareketle Şahin ve Durak (1995) tarafından oluşturulmuş bir ölçektir (Şahin ve Durak, 1995). Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması üç farklı örneklemde değerlendirilmiş, örneklemi üniversite öğrencilerinin oluşturduğu araştırma temel alınmıştır. SBÇTÖ'nün alt ölçek madde ve puanları Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin Alt Ölçek Madde ve Puanları

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin Alt Ölçek Madde ve Puanları			
Ölçek ve Alt Ölçekler	**Madde Sayısı**	**Madde Numaraları**	**En Düşük ve En Yüksek Değerler**
Kendine Güvenli Yaklaşım	7	8,10, 14, 16, 20, 23, 26	0-21
İyimser Yaklaşım	5	2,4, 6, 12, 18	0-24
Sosyal Desteğe Başvurma	4	1, 9, 29, 30	0-15
Kendine Güvensiz Yaklaşım	8	3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28	0-12
Boyun Eğici Yaklaşım	6	5, 13, 15, 17, 21, 24	0-18
Toplam Ölçek	30		0-90

Tablo 12'de görüldüğü gibi SBÇTÖ toplam 30 madde ve beş alt ölçekten oluşmaktadır . Ölçek maddeleri, "0=hiç uygun değil" ile "3=tamamen uygun" arasında dörtlü likert tipi değerlendirilmektedir (Ek 5.7). Ölçek probleme yönelik etkili tarz ile duyguya yönelik etkisiz tarz olarak isimlendirilen iki kategoride incelenmektedir. Probleme yönelik etkili tarzı "kendine güvenli", "iyimser", "sosyal desteğe başvurma", duyguya yönelik etkili tarzı "çaresiz" ve "boyun eğici yaklaşımlar" olarak değerlendirilmektedir.

Alt Ölçekler:

a. ***Kendine Güvenli Yaklaşım:*** Problemin önemi ve çözüm seçeneklerini değerlendirme; çözümde planlı ve temkinli olma; durumu değiştirmeye yönelik aktif, mantıklı ve bilinçli çabaları açıklamaktadır.
b. ***İyimser Yaklaşım:*** Olaylara daha hoş görülü ve iyimser bakmayı, sorunları daha sakin ve gerçekçi bir şeklide değerlendirmeyi yansıtan hem probleme hem de duyguları açıklamaya yöneliktir.
c. ***Sosyal Desteğe Başvurma:*** Sorunları başkaları ile paylaşmak ve çözüm için başkalarından yardım istemek gibi sosyal destek aramayı açıklamaya yöneliktir.
d. ***Kendine Güvensiz Yaklaşım:*** Olaylar ya da sorunlar karşısında enerjinin büyük bir kısmının problemi çözmeye değil, duygulara ve başka kaynaklara dayandırmayı ifade etmektedir.
e. ***Boyun Eğici Yaklaşım:*** Kaderci bir yaklaşımla kendini çaresiz hissetmeyi ve çözümü doğaüstü güçlerde aramayı açıklamaktadır.

Ölçeğin tümü için hesaplanan bir toplam puan bulunmamakta, her alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan hesaplanmaktadır. Alt boyuta ait maddelerden elde edilen puanlar toplanarak o alt boyutun madde sayısına bölünerek alt ölçek toplam puanı elde edilmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde, "kendine güvenli", "iyimser" ve "sosyal desteğe başvurma" alt boyutlarından elde edilen puanlar attıkça stresle başa çıkmanın etkili olduğunu; "çaresiz yaklaşım" ve "boyun eğici yaklaşım" alt boyutlarından elde edilen puanların artması ise stresle başa çıkmada etkisiz yöntemlerin kullanıldığını göstermektedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında cronbach alpha güvenirlik katsayısı alt boyutlar içerisinde; "kendine güvenli yaklaşım" için .80, "iyimser yaklaşım" için .68, "sosyal desteğe başvurma" için .47, "çaresiz yaklaşım" için .73, "boyun eğici yaklaşım" için .70 olarak saptanmıştır (Şahin ve Durak, 1995).

3.5. Verilerin Toplanması: Araştırmada veriler araştırmanın yapıldığı kurumların kalp-damar cerrahisi klinik ve polikliniklerinde örneklem grubu hastalarla yüz yüze görüşme yöntemiyle Şubat 2010-Eylül 2011 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.6. Araştırma Planı ve Takvimi:

Araştırmanın metadolojik aşamasının planı ve takvimi Tablo 13'te aşağıda verilmiştir.

Tablo 13. Araştırmanın Metadolojik Aşamasının Planı ve Takvimi

<table>
<tr><td rowspan="2">2005</td><td>Temmuz</td><td>Ağustos</td><td>Eylül</td><td>Ekim</td><td>Kasım</td><td>Aralık</td></tr>
<tr><td></td><td>Proje etik kurul izninin alınması</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">2008</td><td>Temmuz</td><td>Ağustos</td><td>Eylül</td><td>Ekim</td><td>Kasım</td><td>Aralık</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td>DOKTORA TEZ ÖNERİ</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">2009</td><td>Ocak</td><td>Şubat</td><td>Mart</td><td>Nisan</td><td>Mayıs</td><td>Haziran</td></tr>
<tr><td>Ölçeğin İngilizce’den Türkçe’ye çevirisi</td><td></td><td>Ölçeğin Türkçe’den İngilizce’ye çevirisi</td><td colspan="2">Çeviri ve geri çeviriler sonrası ölçek son şeklinin C. Roy’a sunulması</td><td rowspan="2">Projenin İsim Değişikliği Sonrası Etik Kurul Başvurusu</td></tr>
<tr><td colspan="4">Dil geçerliğinin sağlanması</td></tr>
<tr><td>Temmuz</td><td>Ağustos</td><td>Eylül</td><td>Ekim</td><td>Kasım</td><td>Aralık</td></tr>
<tr><td>Kurum izinleri için S.B. İl Sağlık Müd. başvuru</td><td>İçerik geçerliği için uzman görüşüne sunulacak formun hazırlanması</td><td rowspan="2">Uzman görüşü sonrası ölçeğe son şeklinin verilmesi</td><td rowspan="2">KABG uygulanan 20 hastayla ön uygulama</td><td rowspan="2">DEÜ, Ege Ünv. Hast. Özel Kent Hastanesi kurum izinleri için başvuru</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>Projenin İsim Değişikliği Sonrası Etik Kurul Başvurusu</td><td>13 uzmandan görüş alınması</td></tr>
<tr><td rowspan="5">2010</td><td>Ocak</td><td>Şubat</td><td>Mart</td><td>Nisan</td><td>Mayıs</td><td>Haziran</td></tr>
<tr><td rowspan="2">DOKTORA YETERLİK SINAVI</td><td>Eş zaman geçerliğinin sınanmasında SBÇTÖ izin alınması</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="5">Verilerin Toplanması</td></tr>
<tr><td>Temmuz</td><td>Ağustos</td><td>Eylül</td><td>Ekim</td><td>Kasım</td><td>Aralık</td></tr>
<tr><td colspan="4"></td><td>Akd. Ünv. Kurum izni</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="6">Verilerin Toplanması</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="5">2011</td><td>Ocak</td><td>Şubat</td><td>Mart</td><td>Nisan</td><td>Mayıs</td><td>Haziran</td></tr>
<tr><td colspan="6">Verilerin toplanması ve girilmesi</td></tr>
<tr><td>Temmuz</td><td>Ağustos</td><td>Eylül</td><td>Ekim</td><td>Kasım</td><td>Aralık</td></tr>
<tr><td>A.E.A.H. Kurum izni</td><td colspan="2"></td><td colspan="3" rowspan="2">Verilerin değerlendirilmesi</td></tr>
<tr><td colspan="3">Verilerin toplanması</td></tr>
<tr><td rowspan="5">2012</td><td>Ocak</td><td>Şubat</td><td>Mart</td><td>Nisan</td><td>Mayıs</td><td>Haziran</td></tr>
<tr><td colspan="6">Araştırmanın Birinci (Metodolojik) Aşamasının raporunun tamamlanması</td></tr>
<tr><td>Temmuz</td><td>Ağustos</td><td>Eylül</td><td>Ekim</td><td>Kasım</td><td>Aralık</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>Metodolojik araştırma bölümünün yayınlanması*</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="6">* A validity and reliability study of the Coping and Adaptation Processing Scale in Turkey, Acute Cardiac Care 2012 [European Society of Cardiology Congress], 20-22 Ekim 2012 (poster bildiri), İstanbul.</td></tr>
</table>

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. BUSÖ'nin Türkçe'ye uyarlanması;

1. Psikolinguistik özelliklerinin incelenmesi/dil uyarlaması
2. Psikometrik olarak değerlendirilmesi basamaklarına göre yapılmıştır.

3.7.1. Psikolinguistik Özelliklerinin İncelenmesi/Dil Uyarlaması

3.7.1.1. BUSÖ'nin Dil Geçerliğinin İncelenmesi

BUSÖ'nin Türkiye'deki geçerlik ve güvenirlik sınamasında ilk olarak dil geçerliğinin sağlanmasına yönelik çalışmalar yürütülmüştür. Öncelikle özgün ölçek araştırmacı tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Daha sonra ölçeğin çevirileri her iki dili bilen iki İngilizce dili okutmanı ve konunun uzmanı iki kişi olmak üzere dört kişi tarafından yapılmıştır. Ölçek maddelerinde en uygun ifadeler seçildikten sonra yeniden Türkçe'den İngilizce'ye geri çevirisi, daha önce anketin İngilizce halini görmeyen her iki dili bilen anadili Türkçe olan iki İngilizce dili okutmanı ve iki konu uzmanı dört kişiye yaptırılmıştır. Ayrıca

çeviri ve geri çeviriler sonrası belirlenen İngilizce ifadeler ölçeği geliştiren Callista Roy'a sunulmuştur. Roy'dan gelen öneriler sonrası ölçeğin dil geçerliğinin sağlandığı görülmüştür.

3.7.2. Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi

Ölçeğin psikometrik özelliklerinin incelenmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 14. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'nin Psikometrik Özelliklerin İncelenmesinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi	İstatistiksel Yöntemler
GEÇERLİK	
İçerik/Kapsam Geçerliği	Uzman puanlarının tutarlığı için Kendall İyi Uyuşum Katsayısı
İç Ölçüt Geçerliği	Alt ve Üst Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması için t testi (bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi)
Yapı Geçerliği	Açıklayıcı Faktör Analizi (LİSRELL ve SPSS 15.0) Doğrulayıcı Faktör Analizi (LİSRELL)
Eş Zaman Geçerliği	Korelasyon
GÜVENİRLİK	
Ölçmenin Standart Hatası	Puan ortalaması ve standart hata
Güvenirlik Katsayısı Eşdeğerlik Katsayısı İç Tutarlık Güvenirlik Katsayısı Madde Analizi	 Paralel Form Güvenirliği Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu Düzeltilmiş Formülü (point-bi-serial)

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmada Türkçe'ye uyarlanan ölçeğin yapı geçerliğindeki uyum indekslerinin zayıf olması araştırmanın sınırlılığıdır.

3.9. Araştırma Etiği: Araştırmada Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik ve Laboratuar Araştırmaları Etik Kurulu (Ek 1.1. Sayı no: 02.08.2005/170; Ek 1.2. Sayı no: 09.17.2009/133.2005) onayı alınmıştır. Araştırmanın yürütüleceği hastanelerden kurum izinleri (Ek 2.1. Sayı no: B.30.2.DEÜ.0.H1.70.00-11340; Ek 2.2. Sayı

no.B.30.2.EGE.0.AJ.73.01/H-2045; Ek 2.3. Sayı no: B.30.2.AKD.0.1H.00.00/PER-16; Ek 2.4. Sayı no: Eğt.Şb.B.104.İSM.4350009/2690-63740; Ek 2.5. Sayı no: B.10.4.ISM.4.07.00.38/9796) alınmıştır. Araştırmada kullanılacak ölçüm araçlarından BUSÖ ve SBÇTÖ ölçeği için ölçek sahiplerinden izin alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara, araştırmanın amacı sözlü ve yazılı olarak açıklanmış; yazılı olarak onayları alınmıştır (Ek 4.1). Araştırmanın sonunda Form I: Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Bölümü'nde yer alan (Ek 5.1) araştırma sonuçlarını bilmek istediğini belirten katılımcılara araştırma sonuçları posta ve e-posta yoluyla ulaştırılacaktır.

3.10. Araştırmacının Yeterliliği

Araştırmacı lisansüstü eğitimde "Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" isimli yükseklisans tezini yürütmüştür. Batın cerrahisi uygulanan hastalarla taburculuk öncesi öğrenim gereksinimleri ve önceliklerini belirleyen, bu gereksinimlerin karşılanma düzeyini saptayan ölçeğin Türkçe'ye uyarlandığı çalışmasında edindiği bilgi ve deneyimler ölçek uyarlama çalışması için yeterlilik kazanmasına katkı sağlamıştır. Ayrıca doktora eğitimi süresince aşağıdaki dersleri almıştır.

→ HEM 6049 Hemşirelikte Araştırma Dersi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 9 Kredi, 2007-2008 Bahar Dönemi.

→ HEM 6050 Veri Çözümleme Yöntemleri Dersi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 6 Kredi, 2008-2009 Bahar Dönemi.

Ayrıca araştırmacı, yedi yıllık genel cerrahi klinik hemşireliği deneyimine sahiptir. Bunun yanı sıra 2008-2009 bahar döneminde "CHH 6013 Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Uygulama I Dersi" kapsamında kalp-damar cerrahisi kliniği, ameliyathane, yoğun bakım olmak üzere; koroner arter bypas greft uygulanan hastaların ameliyat öncesi, sırası ve sonrası döneminde hemşirelik bakımını yönetmiş, örneklem grubu ile çalışmıştır.

3.11. Araştırmada Yaşanan Güçlükler

Araştırmanın İzmir ili'ndeki dört farklı kurumda yürütülmesi ve verilerin kaçırılmaması açısından kurumlar arasındaki mesafe veri toplama sürecinde güçlük yaşanmasına neden olmuştur. Araştırmacının iş değişikliği nedeniyle Antalya İli'ndeki üniversite hastanesi de araştırmaya katılmış, vaka sayısındaki azlık veri toplama süresini uzatmıştır. Bu nedenle son olarak eğitim ve araştırma hastanesi de örnekleme dahil edilmiştir. Ancak veri toplamada

güçlük yaşansa da üç üniversite, üç eğitim ve araştırma hastanesinden toplanan veriler araştırmayı zenginleştirmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Araştırmanın örneklemini oluşturan hastaların yaş ortalaması 56.9±1.47 ve yaş aralığı 42 ile 70 arasındadır. Örneklem grubunun %68.1'i erkek ve %92.8'i evlidir. Katılımcıların %51.5'i ilkokul mezunu, %35.4'ü ise emeklidir. Hastaların tedavi gördüğü kurumların benzer oranda bir dağılım gösterdiği görülmektedir. Ameliyat öncesi göğüs ağrısı (%68.4) ve yorgunluk şikayeti (%60.4) yaşamayanların daha fazla olduğu, yorgunluk yaşadığını belirten hastaların (%39.6) ise bu şikayetlerinin 0-10 arasında puanlandırmaları istendiğinde % 88.2'sinin beş ve daha az bir oran belirttiği bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların tümüne standart koroner arter baypas greft ameliyatı uygulanmıştır, %45.8'inde üç damar grefti yapılmıştır, damar greftinde internal mamarian arter, safen ven ve radial arter tercih edilmiştir. Araştırmanın evrenini oluşturan hastalarda koroner arter hastalığına %23.4 ile diyabet, %40.4 ile hipertansiyon eşlik etmektedir. Ayrıca hastaların %20.3'ünde sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu <30'dur ve % 61.3'ünde eski angina öyküsü bulunmaktadır. Hastaların büyük bir oranı (%80.0), KAH için önemli risk faktörlerinden sigara içme öyküsü ifade ederken, bu hastaların %34.6'sı 20-29 yıl %55.9'u 1 paket/gün sigara içmiştir. Ancak araştırma evreninin oluşturan hastaların % 80.9'u sigarayı bıraktıklarını belirtmişlerdir. KAH riskleri arasında önemli faktörlerden birisi olan obezite için hastalar incelendiğinde vücut ağırlığı (kg) ortalaması 77.6±12.7, boy (m) ortalaması 1.67±0.06, BKİ (kg/m^2) ortalaması ise 27.9±4.6'dur ve hastaların %50.2'sinin (25.0-29.99 arasındadır) kilolu, %26.4'ünün (≥30) aşırı kilolu/obez olduğu saptanmıştır.

4.2. Psikolinguistik Özelliklerinin İncelenmesi/Dil Uyarlaması

4.2.1. Dil Geçerliği

BUSÖ'nin Türkiye'deki geçerlik ve güvenirlik sınamasında öncelikle özgün ölçek araştırmacı tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Daha sonra ölçeğin türkçeye çevirisi her iki dili bilen iki İngilizce dili okutmanı ve konusunda uzman iki olmak üzere toplam dört uzman tarafından yapılmıştır. Ölçek maddelerinde en uygun ifadeler seçildikten sonra yeniden Türkçe'den İngilizce'ye geri çevirisi, daha önce anketin İngilizce halini görmeyen her iki dili bilen anadili Türkçe olan iki İngilizce dili okutmanı ve iki konu uzmanı dört kişiye

yaptırılmıştır. Çeviri ve geri çeviriler sonrası belirlenen İngilizce ifadeler ölçeği geliştiren teorisyen S. Callista Roy'a sunulmuştur. S. Callista Roy, ölçeğin 5. maddesinin (Sıkıntılı olduğumda yapmam gerekenleri bitirmede zorluk çekerim) geri çevirisinde sıkıntılı olma durumunun "trouble" ya da "distress" ile karşılandığına ilişkin öneride bulunmuştur. Ölçeğin 12. maddesindeki "grasp" kelimesinin anlama ve tam bir kavramayı açıkladığını, 17. maddesindeki tetikte olma durumunun "alert" kelimesinin karşılığının "attentive" ya da "vigilant" ile karşılanabileceğini önermiştir. Ayrıca 39. maddedeki fiziksel aktiviteler için günlük rutin aktivitelerin değil egzersizin kastedildiğini belirtmiştir. Teorisyen S. Callista Roy tarafından ölçeğin tüm maddelerinin geri çeviri ifadeleri iyi ("good") olarak değerlendirilmiştir ve kendisinden gelen değerlendirme sonrası gerekli düzenlemeler yapılmış ve türkçe olarak anlamsal eşdeğerlilik dikkate alınarak en uygun ifadeler seçilmiş ve ölçeğin dil geçerliği tamamlanmıştır.

4.3. Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi

Ölçeğin psikometrik özelliklerinin incelenmesinde kullanılan geçerlik ve güvenirlik analizleri olarak iki ana başlıkta değerlendirilmiştir.

4.3.1. Geçerlik

4.3.1.1. İçerik Geçerliği

Dil geçerliği sağlanan ölçek, içerik geçerliliğini sınamak amacıyla ölçek maddeleri; 10 cerrahi hastalıkları hemşireliği, üç psikiyatri hemşireliği anabilim dalı öğretim üyesi, bir klinik psikolog, bir sosyolog olmak üzere 15 uzmanın görüşüne sunulmuştur. Uzmanlar tarafından her soru, 1 (en kötü) ile 10 (en iyi) arasında puanlandırılmıştır (). Uzman önerileri sonucunda ölçek maddelerinde gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra ölçek tekrar aynı uzmanların değerlendirmesine sunulmuştur. Uzman görüşleri istatistiksel olarak Kendall İyi Uyuşum Katsayısı (Kendall Coefficient of Concordance: W) kullanılarak değerlendirilmiş ve sonuçlar Tablo 15'te sunulmuştur.

Tablo 15. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'nin İçerik Geçerliğinde Uzman Görüşlerinin İncelenmesi (n=15)

Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği	En Düşük En Yüksek Madde Puanları	Madde Puan Ortalaması	Kendall İyi Uyuşum Katsayısı
1. Bir kriz durumunda bile, birçok talimatı aynı anda sürdürebilirim.	6-10	9.1±1.2	
2. Yeni soruna genellikle yeni bir çözüm getirebilirim.	10-10	9.9±0.3	
3. Sorunun ne olduğunu tanımlar ve sorunu bütünüyle görmeye çalışırım.	7-10	9.5±0.9	
4. Seçeneklerimi arttırmak için mümkün olduğunca daha fazla bilgi toplarım.	7-10	9.4±0.9	
5. Sıkıntılı olduğumda yapmam gerekenleri bitirmede zorluk çekerim.	10-10	10.0±0.0	
6. Geçmişte işe yarayan çözümleri hatırlamaya çalışırım.	9-10	9,9±0,3	
7. Genellikle her türlü şeyi benim için en yararlı olacak şekilde yapmaya çalışırım.	6-10	9.5±0.9	
8. Beni rahatsız eden şeyin dışında başka bir şey düşünemem.	8-10	9.7±0.6	
9. Sorunu elimden gelen en iyi şekilde ele alabilirsem kendimi iyi hissederim.	8-10	9.8±0.6	
10. Durumun nasıl sonlanmasını istediğimi belirlerim ve sonra hedefe nasıl ulaşacağıma bakarım.	9-10	9.8±0.4	
11. Stresli olduğumda verimim azalır.	7-10	9.7±0.9	
12. Bir durumla karşılaştığımda kendime biraz zaman veririm ve durumu tam kavrayana kadar harekete geçmem.	10-10	10.0±0.0	
13. Bir kriz durumunu baş edebileceğimden çok daha fazla karmaşık bulurum.	7-10	9.5±0.9	KW= .093 *p=.604*
14. Problemi adım adım düşünerek karar veririm.	7-10	8.9±1.2	
15. Ortada hiçbir sebep yokken yavaşlamaya başladığımı hissederim.	9-10	9.7±0.4	
16. Duygularımı yeniden olumlu şekle sokmak için çok çalışırım.	9-10	9.7±0.4	
17. Kriz boyunca gün içinde kendimi sürekli tetikte ve aktif hissederim.	10-10	10.0±0.0	
18. Duygularımı bir kenara bırakır ve olup bitenlerle ilgili son derece tarafsız olurum.	9-10	9.9±0.3	
19. Olayla ilgili her şey için gözümü kulağımı açık tutarım.	8-10	9.7±0.6	
20. İlk başta aşırı tepki vermeye meyilliyim.	9-10	9.8±0.4	
21. Başka durumlarda işe yarayan şeyleri hatırlarım.	8-10	9.3±0.6	
22. Olayları olduğu gibi görerek, sorunu doğru açıdan değerlendiririm.	9-10	9.9±0.3	
23. En azından bir süre için donup kalırım ve kafam karışır.	8-10	9.3±0.7	
24. Problemin ne olduğunu söylemek aslında benim için çok güçtür.	7-10	9.5±0.9	
25. Çok boyutlu problemleri ele alma konusunda iyiyimdir.	9-10	9.9±0.3	
26. Sorunla başa çıkmak için daha fazla destek/kaynak bulmaya çalışırım.	10-10	10.0±0.0	
27. Bilmediğim yerlere gitmek zorunda kaldığımda pek çok kişiye göre yolumu daha iyi bulabilirim.	9-10	9.8±0.4	
28. Durumu ele alırken mizahı kullanırım.	10-10	10.0±0.0	

29. Krizi atlatmak için yapacağım köklü değişikliklerle hayatımı altüst etmem olasıdır.	7-10	9.4±1.0	
30. Egzersiz gibi fiziksel aktivitelerimle dinlenme zamanımı dengelemeye çalışırım.	7-10	9.5±1.0	
31. Stresli olduğumda verimim artar.	8-10	9.8±0.6	
32. Olup biten her şeyi geçmiş deneyimlerimle ya da gelecek planlarımla ilişkilendirebilirim.	10-10	10.0±0.0	
33. Yaşadığım güçlükler ne olursa olsun kendimi suçlamaya meyilliyim.	9-10	9.8±0.4	
34. Yaratıcı olmaya ve yeni bir çözüm bulmaya çalışırım.	10-10	10.0±0.0	
35. Bazı nedenlerle tecrübelerimden yeterince yararlanamıyorum.	8-10	9.1±0.8	
36. Başkalarının işine yarayan çözümlerden yararlanırım.	8-10	9.2±0.7	
37. Olaya bir fırsat ya da aşılması gereken zorluk gibi görürüm ve olumlu yönden bakarım.	9-10	9.6±0.4	
38. Daha fazla çözüm üretebilmek için, tüm seçenekler üzerinde düşünürüm.	7-10	9.6±0.9	
39. Egzersiz gibi fiziksel aktivitelerimde değişiklikler yaşarım.	9-10	9.9±0.3	
40. Olay meydana gelir gelmez detayları öğrenerek, olayın kontrolünü ele alırım.	9-10	9.8±0.4	
41. Herhangi bir şey yapmadan önce olabilecek her tür belirsizliği açıklamaya çalışırım.	9-10	9.9±0.3	
42. Krize, büyük ihtimalle doğrudan müdahele ederim.	9-10	9.9±0.3	
43. Hasta olacağımı hissederim.	9-10	9.7±0.4	
44. Yaşadığım zorluğu çözebilen yeni bir beceriyi oldukça çabuk öğrenir ve kullanırım.	8-10	9.8±0.6	
45. Çok sık olarak yaptığım işten kolayca vazgeçerim.	7-10	9.6±0.9	
46. Olayla başa çıkmak için bir dizi aktiviteyi içeren bir plan geliştiririm.	9-10	9.7±0.4	
47. Birçok şeyin nasıl sonuçlanacağı hakkında iyi niyetli/olumlu düşünürüm.	6-10	8.1±1.1	

İçerik geçerliğinde, uzmanların BUSÖ maddelerine verdikleri puanlar ve Kendall İyi Uyuşum Katsayısı değerlendirme sonucu Tablo 15'te verilmiştir. BUSÖ maddelerine 15 uzman tarafından verilen puanların istatistiksel olarak incelenmesinde uzmanlar arası görüş birliği olduğu saptanmıştır (KW=.093, *p=.604*).

Uzmanlar arası görüş birliği sağlandıktan sonra ön uygulama kalp damar cerrahisi kliniklerinde ameliyat olan, örnekleme uygun 20 hasta üzerinde uygulanmıştır. Uygulama sonucuna göre gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra ölçeğe son şekli verilmiştir. Ön uygulama yapılan grup verileri geçerlik ve güvenirlik çalışma sonuçları içinde kullanılmamıştır.

4.3.1.2. İç Ölçüt Geçerliği

BUSÖ'nin iç ölçüt geçerliğini değerlendirmek amacıyla araştırmaya katılan hastaların ölçek maddelerine verdikleri puanlar en yüksekten en düşüğe doğru sıralanmıştır. Dağılımın %27

alt ve %27 üst grup puan ortalamaları arasındaki fark bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) ile analiz edilmiştir. İç ölçüt geçerliği analiz sonuçları Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'nin İç Ölçüt Geçerliğinin İncelenmesi (n=235)

Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'nin İç Ölçüt Geçerliğinin İncelenmesi					
Grup	**%**	**N**	**X ± Sd**	***t***	***p***
Alt Grup	27	63	123.8 ± 3.6		
Üst Grup	27	63	146.1 ± 5.7	*-69.580*	*.000*

Tablo 16'da görüldüğü gibi BUSÖ'nin üst gruptaki puan ortalamaları ile alt gruptaki puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır (t=-69.580, p=0.000). BUSÖ'nin iç ölçüt geçerliğinin sağlandığı görülmektedir.

4.3.1.3. Yapı Geçerliği

BUSÖ'nin yapı geçerliğini belirlemede faktör analizi tekniği kullanılmıştır. LlSREL 8.3 programından faydalanılarak hem açıklayıcı faktör analizi hem de doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğin faktörel yapısını belirlemek için ilk aşamada "Principal Component' (Temel Bileşenler Analizi-TBA) yöntemi kullanılmış ve "Varimax Rotasyon" dönüştürmesine göre analizler yapılmış, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett's Test Sonuçları Tablo 17'de sunulmuştur.

Tablo 17. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'nin Kaiser-Meyer-Olkin ve Bartlett's Test Sonuçları (n=235)

Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'nin Kaiser-Meyer-Olkin ve Bartlett's Test Sonuçları	
Test	*Sonuç*
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy	*.783*
Bartlett's Test of Sphericity	
Approx. Chi-Square	*17277,247*
df	*1081*
p	*.000*

BUSÖ maddelerinin "Temel Bileşenler Analizi" için uygunluğunun bir ölçütü olan Kaiser-Meyer-Olkin indeksi .78 olarak elde edilmiştir (Bartlett's ki-kare =17277,247; p = .000). Ayrıca, özdeğeri >1 olan 6 faktör elde edilmiş ve bu faktörlerin toplam varyansın % 45.07'sini açıkladığı görülmüştür. Açıklayıcı faktör analizi sonucu ortaya konan ölçeğin altı faktörlü yapısına ilişkin analiz sonuçları Tablo 18'de sunulmuştur.

Tablo 18. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonrası Faktör Yapısı (n=235)

"Bir kriz durumu ya da çok zor bir olay yaşadığımda; Ben……"	Faktör Yükü	Özdeğer	Açıklanan Varyans(%)
Faktör 1			
ÇBO 34: Yaratıcı olmaya ve yeni bir çözüm bulmaya çalışırım.	.69	7.60	***16.17***
ÇBO 7: Genellikle her türlü şeyi benim için en yararlı olacak şekilde yapmaya çalışırım.	.66		
ÇBO 10: Durumun nasıl sonlanmasını istediğimi belirlerim ve sonra hedefe nasıl ulaşacağıma bakarım.	.65		
ÇBO 4: Seçeneklerimi arttırmak için mümkün olduğunca daha fazla bilgi toplarım.	.61		
ÇBO 46: Olayla başa çıkmak için bir dizi aktiviteyi içeren bir plan geliştiririm.	.60		
ÇBO 26: Sorunla başa çıkmak için daha fazla destek/kaynak bulmaya çalışırım.	.59		
ÇBO 19: Olayla ilgili her şey için gözümü kulağımı açık tutarım.	.57		
ÇBO 2: Yeni soruna genellikle yeni bir çözüm getirebilirim.	.54		
ÇBO 42: Krize, büyük ihtimalle doğrudan müdahele ederim.	.53		
ÇBO 16: Duygularımı yeniden olumlu şekle sokmak için çok çalışırım.	.47		
Faktör 2			
FKB 23: En azından bir süre için donup kalırım ve kafam karışır.	.70	4.21	***8.97***
FKB 15: Ortada hiçbir sebep yokken yavaşlamaya başladığımı hissederim.	.64		
FKB 5: Sıkıntılı olduğumda yapmam gerekenleri bitirmede zorluk çekerim.	.63		
FKB 13: Bir kriz durumunu baş edebileceğimden çok daha fazla karmaşık bulurum.	.58		
FKB 8: Beni rahatsız eden şeyin dışında başka bir şey düşünemem.	.56		
FKB 45: Çok sık olarak yaptığım işten kolayca vazgeçerim.	.54		
FKB 43: Hasta olacağımı hissederim.	.52		
FKB 39: Egzersiz gibi fiziksel aktivitelerimde değişiklikler yaşarım.	.46		
FKB 29: Krizi atlatmak için yapacağım köklü değişikliklerle hayatımı altüst etmem olasıdır.	.43		
FKB 20: İlk başta aşırı tepki vermeye meyilliyim.	.42		
Faktör 3			
DS 25: Çok boyutlu problemleri ele alma konusunda iyiyimdir.	.56	2.58	***5.49***
DS 44: Yaşadığım zorluğu çözebilen yeni bir beceriyi oldukça çabuk öğrenir ve kullanırım.	.52		
DS 31: Stresli olduğumda verimim artar.	.50		
DS 27: Bilmediğim yerlere gitmek zorunda kaldığımda pek çok kişiye göre yolumu daha iyi bulabilirim.	.49		
DS 40: Olay meydana gelir gelmez detayları öğrenerek. olayın kontrolünü ele alırım.	.47		
DS 17: Kriz boyunca gün içinde kendimi sürekli tetikte ve aktif hissederim.	.43		
DS 11: Stresli olduğumda verimim azalır.	.42		
DS 1: Bir kriz durumunda bile. birçok talimatı aynı anda sürdürebilirim.	.41		
DS 18: Duygularımı bir kenara bırakır ve olup bitenlerle ilgili son derece tarafsız olurum.	.38		

Faktör 4			
SES 22: Olayları olduğu gibi görerek, sorunu doğru açıdan değerlendiririm.	.69	2.55	***5.42***
SES 3: Sorunun ne olduğunu tanımlar ve sorunu bütünüyle görmeye çalışırım.	.60		
SES 41: Herhangi bir şey yapmadan önce olabilecek her tür belirsizliği açıklamaya çalışırım.	.58		
SES 12: Bir durumla karşılaştığımda kendime biraz zaman veririm ve durumu tam kavrayana kadar harekete geçmem.	.57		
SES 14: Problemi adım adım düşünerek karar veririm.	.56		
SES 30: (Egzersiz gibi) fiziksel aktivite ve dinlenme zamanımı dengelemeye çalışırım.	.49		
Faktör 5			
ÖİK 38: Daha fazla çözüm üretebilmek için, tüm seçenekler üzerinde düşünürüm.	.65	2.17	***4.62***
ÖİK 36: Başkalarının işine yarayan çözümlerden yararlanırım.	.58		
ÖİK 37: Olaya bir fırsat ya da aşılması gereken zorluk gibi görürüm ve olumlu yönden bakarım.	.49		
ÖİK 9: Sorunu elimden gelen en iyi şekilde ele alabilirsem kendimi iyi hissederim.	.48		
ÖİK 32: Olup biten her şeyi geçmiş deneyimlerimle ya da gelecek planlarımla ilişkilendirebilirim.	.45		
ÖİK 6: Geçmişte işe yarayan çözümleri hatırlamaya çalışırım.	.40		
ÖİK 21: Başka durumlarda işe yarayan şeyleri hatırlarım.	.39		
ÖİK 28: Durumu ele alırken mizahı kullanırım.	.38		
Faktör 6			
FKB 47: Birçok şeyin nasıl sonuçlanacağı hakkında iyi niyetli/olumlu düşünürüm.	*.39*	2.06	**4.40**
FKB 24: Problemin ne olduğunu söylemek aslında benim için çok güçtür.	*.36*		
FKB 35: Bazı nedenlerle tecrübelerimden yeterince yararlanamıyorum.	*.34*		
FKB 33: Yaşadığım güçlükler ne olursa olsun kendimi suçlamaya meyilliyim	*.32*		
TOPLAM			**45.07**

ÇBO=Çözüm Bulma ve Odaklanma, FKB=Fiziksel ve Karar Bağlama, DS= Dikkat Süreci, SES= Sistematize Etme süreci, ÖİK= Öğrenme ve İlişki Kurma

BUSÖ'nin Türkçe'ye uyarlanması sonucunda yapılan çözümlemelerle maddelerin toplandığı alanlar ve faktör ağırlıkları altı faktörlü bir yapıyı ortaya koymuştur (Tablo 18). Türkçeye uyarlanan BUSÖ ile orginal ölçek karşılaştırıldığında; faktör yapılarının benzer olduğu, ancak orginal ölçekte "Fiziksel ve Karara Bağlama" alt ölçeğindeki yer alan maddelerin (24, 33, 35, 47. maddeler) Türkçe'ye uyarlanan BUSÖ'de ayrı bir faktör olarak Faktör 6 içerisinde yer almıştır. Ölçeğin beş faktörlü yapısı ise toplam varyansın % 40.67'sini açıklamıştır.

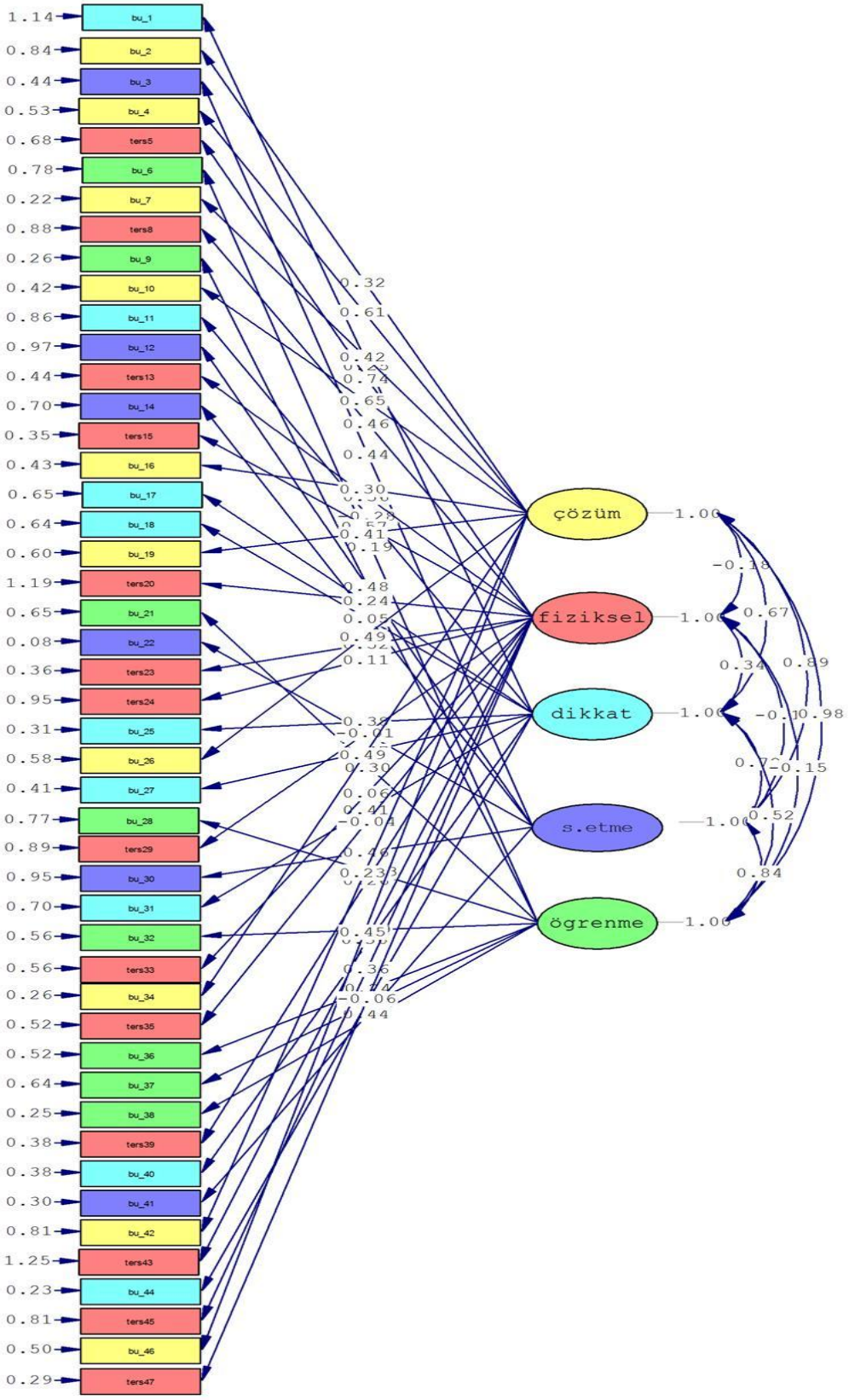
BUSÖ Türkçe Formu'nun yapısal geçerliğinin sınanması amacıyla ikinci aşamada, doğrulayıcı faktör analizi LISREL 8.3 programı maksimum olabilirlik tekniği kullanılarak yapılmıştır. Bu araştırmada öngörülen orginal ölçek modelinin veri tabanına uygunluğunu

(model fit) değerlendirmek için "İyilik Uyum İndeksi", "Düzeltilmiş İyilik Uyum İndeksi", "Karşılaştırmalı Uyum İndeksi", "Standardize Edilmiş Hataların Ortalama Karelerinin Karekökü" ve "Yaklaşıklık Hataları Kareleri Ortalamasının Karekökü" olmak üzere sık kullanılan uyum indeksleri [*fit indices*] kullanılmıştır. Türkçe'ye uyarlanan BUSÖ'nin doğrulayıcı faktör analizi sonuçları Tablo 19'da ve Şekil 12'de verilmiştir.

Tablo 19. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İyiliği İstatistiği Sonuçları (n=235)

Değerlendirme Kriterleri Uyum İndeksleri	Kısaltma	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Model 1	Model 2
Minimum Uyum Fonksiyon Ki-kare *(Minimum Fit Function Chi-Square)* (χ^2)	CMIN	$0 \leq \chi^2 \leq 2df$	$2 \leq \chi^2/df \leq 3$	**5984.52**	**6266.77**
Serbestlik Derecesi *(Degrees of Freedom)*	df	-	-	**986**	**1024**
P değeri	*p*	$.05 \leq p \leq 1$	$.01 \leq p \leq .05$	***p*=.002**	***p*=.001**
Minimum Uyum Fonksiyon Ki-Kare- Serbestlik Derecesi Oranı *(Minimum Fit Function Chi-Square/ Degrees of Freedom)*	χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df \leq 2$	$2 \leq \chi^2/df \leq 3$	**6.06**	**6.12**
Yaklaşıklık hataları kareleri ortalamasının karekökü *(Root Mean Squared Error of Approximation)*	RMSEA	<.05	.05-.08	**.08***	**.08***
Standardize Edilmiş Hataların Ortalama Karelerinin Karekökü *(Standardized Root Mean Square Residual)*	SRMR	<.05	.05-.10	**.11**	**.12**
Normlaştırılmış Uyum İndeksi *(Normed Fit Index)*	NFI	.95-1.00	.90-.95	**.65**	**.63**
Normlaştırılmış Uyum İndeksi *(Non-Normed Fit Index)*	NNFI	.97-1.00	.95-.97	**.62**	**.59**
Karşılaştırmalı Uyum İndeksi *(Comparative Fit Index)*	CFI	.97-1.00	>.90	**.73**	**.70**
İyilik Uyum İndeksi *(Goodness of Fit Index)*	GFI	.95-1.00	>.90	**.77**	**.75**
Düzeltilmiş İyilik Uyum İndeksi (Adjusted Goodness of Fit Index)	AGFI	.90-1.00	>.85	**.72**	**.69**

Kaynak: Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H. Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures. Methods of Psychological Research Online, 2003; 8(2): 23-74.



Şekil 12 . Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucuna Göre Model 2 Path Diyagramı

Tablo 19'da görüldüğü gibi bu araştırmada Türkçe'ye uyarlanan BUSÖ'nin açıklayıcı faktör analizi sonucu ortaya konan altı faktörlü yapısına uygun Model 1 kurulmuş ve modelin uyum indeks değerleri değerlendirilmiştir. Model 1'de "Minimum Uyum Fonksiyon Ki-Kare (χ^2)" değeri 5984.52 olarak bulunmuştur ve p=0.002'dir. Önemli uygunluk indekslerinden RMSEA değeri .08, CFI değeri ise .73 iken GFI .77, AGFI .72, NFI .65, NNFI .62 olarak saptanmıştır. BUSÖ'nin Türkçe'ye uyarlamasında açıklayıcı faktör analizi sonucu ortaya konan altı faktörlü yapısına uygun kurulan Model 1'in uygunluk belirteçlerinin zayıf olması nedeniyle bir sonraki aşamada özgün ölçeğin beş faktörlü yapısına uygun kurulan Model 2 sınanmıştır. BUSÖ'nin Model 2'ye göre χ^2 değeri 6266.77 olarak bulunmuştur ve p=0.001'dir. Önemli uygunluk indekslerinden RMSEA değeri .08, CFI değeri ise .70 iken GFI .75, AGFI .69, NFI .63, NNFI .59 olarak saptanmıştır. Model 2'de de uyum indeks değerlerinin düşük çıkması üzerine altıncı faktör olarak ayrı yer alan 24, 33, 35, 47. maddelerin faktör yüklerinin dağıldığı diğer faktörlere bağlanarak Model 3 kurulmuş ve bu model sınanmıştır. Model 3 sonuçlarında uyum indeks değerlerinde iyileşme gözlenmemiştir. Daha sonra 24, 33, 35, 47. maddelerin ölçekten çıkarıldığı Model 4 sınanmış ve uyum indeks değerleri değişmemiştir. BUSÖ'nin Türkçe'ye uyarlanmasında diğer geçerlik ve güvenirlik analizlerinin olumlu sonuçları dikkate alınarak Model 2'deki ölçeğin özgün yapısındaki şekliyle beş faktörlü yapının korunmasına karar verilmiştir (Tablo 19).

4.3.1.4. Eş zaman geçerliği / Paralel Form Güvenirliği

Türkçeye uyarlanan BUSÖ ölçeği'nin eş zaman geçerliğinin (halihazır geçerlik, hemzaman geçerliği_*concurrent validity*) incelenmesi için Türkiye'de geçerlik ve güvenirliği sınanan ve uygun bulunan SBÇTÖ kullanılmıştır. BUSÖ ve SBÇTÖ eş zamanlı olarak örneklem grubuna uygulanmış, her iki ölçekten elde edilen puanlar karşılaştırılmıştır.

Tablo 20. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği Toplam Puanı ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Kendine Güvenli Yaklaşım ve İyimser Yaklaşım Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması (n=235)

Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği Toplam Puanı ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Kendine Güvenli Yaklaşım ve İyimser Yaklaşım Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması			
	X ± Sd		
BUSÖ Toplam Puanı	131,28±11,59	**r**	**p**
SBÇTÖ Kendine Güvenli Yaklaşım	21,99±2,61	.552	.000*
SBÇTÖ İyimser Yaklaşım	15,36±2,15	.456	.000*
SBÇTÖ Sosyal Desteğe Başvurma	11,06±1,50	.029	.654

* *p<.01*

BUSÖ ölçek toplam puanı ile SBÇTÖ'nin Kendine Güvenli Yaklaşım alt ölçeği puanlarının karşılaştırılmasında ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (r=.552, p<0.001). BUSÖ ölçek toplam puanı ile SBÇTÖ'nin İyimser Yaklaşım alt ölçeği puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (r=.552, p<0.001). BUSÖ ölçek toplam puanı ile SBÇTÖ'nin Sosyal Desteğe Başvurma alt ölçek puanları arasındaki ilişki ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (r=.029, p=654) (Tablo 20).

Tablo 21. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği Toplam Puanı ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Kendine Güvensiz Yaklaşım Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması (n=235)

Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği Toplam Puanı ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Kendine Güvensiz Yaklaşım Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması			
	X ± Sd		
BUSÖ Toplam Puanı	131,28±11,59	**r**	**p**
SBÇTÖ Kendine Güvensiz Yaklaşım	16,78±2,72	-.356	.000*
SBÇTÖ Boyun Eğici Yaklaşım	14,26±2,18	-.520	.000*

** p< .01*

BUSÖ ölçek toplam puanı ile SBÇTÖ'nin Kendine Güvensiz Yaklaşım alt ölçeği puanlarının karşılaştırılmasında ölçek puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (r=-.356, p<.001). BUSÖ ölçek toplam puanı ile SBÇTÖ'nin Boyun Eğici Yaklaşım alt ölçeği puanlarının karşılaştırılmasında ölçek puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (r=-.520, p<.001) (Tablo 21).

4.3.2. GÜVENİRLİK

BUSÖ'nin güvenirliğinin değerlendirilmesi amacıyla ölçek ve alt ölçekler için tanımlayıcı olarak ortalama değer, standart sapma, ortanca değer, en düşük ve en yüksek değerler hesaplanmıştır. Ölçmenin standart hatası değerlendirildikten sonra ölçek ve alt ölçekler için iç tutarlık güvenirlik analizi yapılmıştır. BUSÖ'nin güvenirliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı istatistikleri, iç tutarlık güvenirlik katsayı hesaplamaları ve madde analizi sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir.

4.3.2.1. Tanımlayıcı İstatistikler/Ölçmenin Standart Hatası

BUSÖ ve alt ölçeklerinin tanımlayıcı istatistikleri Tablo 22'de verilmiştir.

Tablo 22. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Tanımlayıcı İstatistiklerinin İncelenmesi (n=235)

Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Tanımlayıcı İstatistikleri						
Alt Ölçekler	**Madde Sayısı**	**Ortalama Değer (Mean)**	**Standart Sapma (Sd)**	**Ortanca Değer (Median)**	**En Düşük Değer (Minimum)**	**En Yüksek Değer (Maximum)**
Çözüm bulma ve odaklanma	10	28.33	4.92	28.00	16.00	39.00
Fiziksel ve karara bağlama	14	39.17	5.09	39.00	27.00	48.00
Dikkat süreci	9	24.57	3.16	24.00	17.00	32.00
Sistematize etme süreci	6	17.08	3.11	17.00	9.00	24.00
Öğrenme ve ilişki kurma	8	22.11	2.95	22.00	16.00	31.00
TOPLAM ÖLÇEK	*47*	*131.28*	*11.59*	*131.00*	*107.00*	*158.00*

Tablo 22'de, toplam ölçek için madde puan ortalamasının 131.28±11.59, alt ölçeklerin 17.08±2.84 ile 39.17±2.79 arasında olduğu görülmektedir.

4.3.2.2. İç Tutarlık Güvenirlik Katsayısı

BUSÖ'nin toplam ölçek ve alt ölçekleri için iç tutarlık güvenirlik katsayıları, cronbach alpha güvenirlik katsayısı ile değerlendirilmiş ve Tablo 23'te gösterilmiştir.

Tablo 23. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği ve Alt Ölçeklerin Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı Değerlerinin İncelenmesi (n=235)

Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği ve Alt Ölçeklerin Cronbach Alpha *Güvenirlik Katsayısı Değeri*	
Alt Ölçekler	***Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı Değeri***
Çözüm bulma ve odaklanma	*.77*
Fiziksel ve karara bağlama	*.70*
Dikkat süreci	*.69*
Sistematize etme süreci	*.72*
Öğrenme ve ilişki kurma	*.65*
TOPLAM ÖLÇEK	*.82*

BUSÖ'nin cronbach alpha güvenirlik katsayısı değerleri incelendiğinde; toplam ölçek iç tutarlık güvenirlik katsayısının .82, "Çözüm bulma ve odaklanma" alt ölçeğinde .77, "Fiziksel ve karara bağlama" alt ölçeğinde .70, "Dikkat süreci" alt ölçeğinde .69, "Sistematize etme süreci" alt ölçeğinde .72, "Öğrenme ve ilişki kurma" alt ölçeğinde ise .65 olduğu saptanmıştır (Tablo 23).

4.3.2.3. Madde Analizi

BUSÖ'nin her bir madde ile ölçek toplamı arasındaki korelasyonu gösteren madde-toplam puan korelasyonu analiz sonuçları Tablo 24'te gösterilmiştir.

Tablo 24. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği 'nin Madde-Toplam Puan Korelasyonunun İncelenmesi (n=235)

Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği						
Madde numaraları	**Madde Toplam Puan Korelasyonu (r)**	**p**		**Madde numaraları**	**Madde Toplam Puan Korelasyonu (r)**	**p**
Madde 1	.46	.000		Madde 25	.63	.000
Madde 2	.49	.000		Madde 26	.54	.000
Madde 3	.62	.000		Madde 27	.61	.000
Madde 4	.47	.000		Madde 28	.32	.000
Madde 5	.34	.000		Madde 29	.47	.000
Madde 6	.32	.000		Madde 30	.46	.000
Madde 7	.63	.000		Madde 31	.47	.000
Madde 8	.33	.000		Madde 32	.53	.000
Madde 9	.57	.000		Madde 33	.32	.000
Madde 10	.62	.000		Madde 34	.64	.000
Madde 11	.32	.000		Madde 35	.34	.000
Madde 12	.50	.000		Madde 36	.38	.000
Madde 13	.53	.000		Madde 37	.52	.000
Madde 14	.49	.000		Madde 38	.63	.000
Madde 15	.38	.000		Madde 39	.34	.000
Madde 16	.48	.000		Madde 40	.55	.000
Madde 17	.46	.000		Madde 41	.64	.000
Madde 18	.34	.000		Madde 42	.52	.000
Madde 19	.57	.000		Madde 43	.32	.000
Madde 20	.61	.000		Madde 44	.58	.000
Madde 21	.32	.000		Madde 45	.46	.000
Madde 22	.63	.000		Madde 46	.58	.000
Madde 23	.42	.000		Madde 47	.45	.000
Madde 24	.46	.000				

Tablo 24'te yer alan BUSÖ'nin madde-toplam puan korelasyonlarının en düşük .32 ile en yüksek .64 arasında değiştiği görülmektedir. Ölçek maddelerinin tümü için madde

silindiğinde cronbach alpha güvenirlik katsayısı değerinin değişmediği (toplam ölçek için .76) ve .74-.77 arasında değer aldığı saptanmıştır. BUSÖ'nin alt ölçek madde puanları ile alt ölçek toplam puanları arasındaki korelasyonlar incelenmiş ve değerlendirme sonuçları Tablo 25'te gösterilmiştir.

Tablo 25. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği 'nin Alt Ölçek Madde Puanları ile Alt Ölçek Toplam Puanları Arasındaki Korelasyonun İncelenmesi (n=235)

Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği			
Alt Ölçek Boyutları	**Maddeler**	**r**	**p**
Çözüm bulma ve odaklanma	2. Yeni soruna genellikle yeni bir çözüm getirebilirim.	.55	.000
	4. Seçeneklerimi arttırmak için mümkün olduğunca daha fazla bilgi toplarım.	.68	.000
	7. Genellikle her türlü şeyi benim için en yararlı olacak şekilde yapmaya çalışırım.	.62	.000
	10. Durumun nasıl sonlanmasını istediğimi belirlerim ve sonra hedefe nasıl ulaşacağıma bakarım.	.70	.000
	16. Duygularımı yeniden olumlu şekle sokmak için çok çalışırım.	.36	.000
	19. Olayla ilgili her şey için gözümü kulağımı açık tutarım.	.57	.000
	26. Sorunla başa çıkmak için daha fazla destek/kaynak bulmaya çalışırım.	.60	.000
	34. Yaratıcı olmaya ve yeni bir çözüm bulmaya çalışırım.	.66	.000
	42. Krize, büyük ihtimalle doğrudan müdahele ederim.	.41	.000
	46. Olayla başa çıkmak için bir dizi aktiviteyi içeren bir plan geliştiririm.	.59	.000
Fiziksel ve karara bağlama	5. Sıkıntılı olduğumda yapmam gerekenleri bitirmede zorluk çekerim.	.58	.000
	8. Beni rahatsız eden şeyin dışında başka bir şey düşünemem.	.57	.000
	13. Bir kriz durumunu baş edebileceğimden çok daha fazla karmaşık bulurum.	.43	.000
	15. Ortada hiçbir sebep yokken yavaşlamaya başladığımı hissederim.	.60	.000
	20. İlk başta aşırı tepki vermeye meyilliyim.	.39	.000
	23. En azından bir süre için donup kalırım ve kafam karışır.	.64	.000
	24. Problemin ne olduğunu söylemek aslında benim için çok güçtür.	.33	.000
	29. Krizi atlatmak için yapacağım köklü değişikliklerle hayatımı altüst etmem olasıdır.	.36	.000
	33. Yaşadığım güçlükler ne olursa olsun kendimi suçlamaya meyilliyim.	.38	.000
	35.Bazı nedenlerle tecrübelerimden yeterince yararlanamıyorum.	.35	.000
	39. Egzersiz gibi fiziksel aktivitelerimde değişiklikler yaşarım.	.40	.000
	43. Hasta olacağımı hissederim.	.43	.000
	45. Çok sık olarak yaptığım işten kolayca vazgeçerim.	.51	.000
	48. Birçok şeyin nasıl sonuçlanacağı hakkında iyi niyetli/olumlu düşünürüm.	.35	.000

Dikkat süreci	1. Bir kriz durumunda bile, birçok talimatı aynı anda sürdürebilirim.	.35	.000
	11. Stresli olduğumda verimim azalır.	.32	.000
	17. Kriz boyunca gün içinde kendimi sürekli tetikte ve aktif hissederim.	.48	.000
	18. Duygularımı bir kenara bırakır ve olup bitenlerle ilgili son derece tarafsız olurum.	.39	.000
	25. Çok boyutlu problemleri ele alma konusunda iyiyimdir.	.58	.000
	27. Bilmediğim yerlere gitmek zorunda kaldığımda pek çok kişiye göre yolumu daha iyi bulabilirim.	.60	.000
	31. Stresli olduğumda verimim artar.	.43	.000
	40. Olay meydana gelir gelmez detayları öğrenerek, olayın kontrolünü ele alırım.	.58	.000
	44. Yaşadığım zorluğu çözebilen yeni bir beceriyi oldukça çabuk öğrenir ve kullanırım.	.59	.000
Sistematize etme süreci	3. Sorunun ne olduğunu tanımlar ve sorunu bütünüyle görmeye çalışırım.	.54	.000
	12. Bir durumla karşılaştığımda kendime biraz zaman veririm ve durumu tam kavrayana kadar harekete geçmem.	.67	.000
	14. Problemi adım adım düşünerek karar veririm.	.59	.000
	22. Olayları olduğu gibi görerek, sorunu doğru açıdan değerlendiririm.	.55	.000
	30. Olayları olduğu gibi görerek, sorunu doğru açıdan değerlendiririm.	.62	.000
	41. Herhangi bir şey yapmadan önce olabilecek her tür belirsizliği açıklamaya çalışırım.	.64	.000
Öğrenme ve ilişki kurma	6. Geçmişte işe yarayan çözümleri hatırlamaya çalışırım.	.53	.000
	9. Sorunu elimden gelen en iyi şekilde ele alabilirsem kendimi iyi hissederim.	.39	.000
	21. Başka durumlarda işe yarayan şeyleri hatırlarım.	.55	.000
	28. Durumu ele alırken mizahı kullanırım.	.37	.000
	32. Olup biten her şeyi geçmiş deneyimlerimle ya da gelecek planlarımla ilişkilendirebilirim.	.48	.000
	36. Başkalarının işine yarayan çözümlerden yararlanırım.	.45	.000
	37. Olaya bir fırsat ya da aşılması gereken zorluk gibi görürüm ve olumlu yönden bakarım.	.53	.000
	38.Daha fazla çözüm üretebilmek için, tüm seçenekler üzerinde düşünürüm.	.64	.000

BUSÖ'nin, alt ölçeklerinin madde-toplam puan korelasyonlarının yer aldığı Tablo 25 incelendiğinde, **"**Çözüm bulma ve odaklanma**"** alt ölçeğinde .36 ile .68, **"**Fiziksel ve karara bağlama" alt ölçeğinde .33 ile .64, **"**Dikkat süreci**"** alt ölçeğinde .32 ile .60, **"**Sistematize etme süreci**"** alt ölçeğinde .54 ile .67, **"**Öğrenme ve ilişki kurma**"** alt ölçeğinde ise .37 le .64 arasında değiştiği ve tüm alt ölçeklerin korelasyon katsayılarının istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur (p=.000). BUSÖ'nin alt ölçek toplam puanları ile ölçek toplam puanları arasındaki korelasyonlar incelenmiş ve değerlendirme sonuçları Tablo 26'da gösterilmiştir.

Tablo 26. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'nin Ölçek Toplam Puanı ile Alt Ölçek Toplam Puanları Arasındaki Korelasyonun İncelenmesi (n=235)

Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'nin Ölçek Toplam Puanı ile Alt Ölçek Toplam Puanları Arasındaki Korelasyon Değerleri		
Alt Ölçekler	**r**	**p**
Çözüm bulma ve odaklanma	.79	.000
Fiziksel ve karara bağlama	.37	.000
Dikkat süreci	.73	.000
Sistematize etme süreci	.70	.000
Öğrenme ve ilişki kurma	.61	.000

Tablo 26'da görüldüğü gibi, BUSÖ'nin her bir alt ölçeğin toplam puanı ile ölçek toplam puanı arasındaki korelasyon katsayılarının sırayla, "Çözüm bulma ve odaklanma" alt ölçeğinde .79, "Fiziksel ve karara bağlama" alt ölçeğinde .37, "Dikkat süreci" alt ölçeğinde .73, "Sistematize etme süreci" alt ölçeğinde .70, "Öğrenme ve ilişki kurma"alt ölçeğinde ise .61 olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerin tümünün korelasyon katsayıları istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır (p=.000).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde BUSÖ'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenirliğine ilişkin inceleme sonuçları tartışılmıştır.

5.1. BUSÖ Geçerliğinin İncelenmesi

BUSÖ'nin ilk olarak dil geçerliği değerlendirilmiştir. Öncelikle özgün ölçek araştırmacı tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Daha sonra ölçeğin çevirileri her iki dili bilen iki İngilizce dili okutmanı ve konunun uzmanı iki kişi olmak üzere dört kişi tarafından yapılmıştır. Ölçek maddelerinde en uygun ifadeler seçildikten sonra yeniden Türkçe'den İngilizce'ye geri çevirisi, daha önce anketin İngilizce halini görmeyen her iki dili bilen anadili Türkçe olan iki İngilizce dili okutmanı ve iki konu uzmanı dört kişiye yaptırılmıştır. Dil uyarlamasındaki en önemli nokta; çevirmenlerin seçimi ve çeviri tekniğidir (Aksayan ve Gözüm, 2002; Deniz, 2007; Eser, 2007; Hambleton ve De Jong, 2003; Weeks ve ark., 2007). Çevirmenlerin ölçek yapılarında uzman, ölçeğin nasıl kullanılacağını bilen ve araştırmanın metodolojik bölümünü yorumlayabilecek özelliklere sahip olması koşulu dikkate alınarak

çeviri ve geri çeviriler sonrası belirlenen İngilizce ifadeler ölçeği geliştiren teorisyen S. Callista Roy'a sunulmuştur, kendisinden gelen öneriler ölçek maddelerindeki ifadelerin doğru ve tam karşılandığı şeklinde değerlendirilmiş, geri çeviri sonrası ölçek ifadelerini "iyi" (good) olarak değerlendirmesi sonrası anlamsal eşdeğerlilikte dil geçerliğinin sağlandığı görülmüştür. Dil geçerliliğinde, ölçeği geliştiren araştırmacıdan olumlu görüş alınması güçlü yanıdır.

Dil geçerliği sağlanan ölçeğin içerik geçerliğinde ölçek maddelerinin uygulanabilir ve anlaşılır olması konusunda uzman görüşü değerlendirilmeleri kullanılmıştır. Ölçek maddeleri ile ilgili 15 uzmanın önerileri sonucunda ölçek maddelerinde gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar aynı uzmanların değerlendirmesine sunulmuştur. Uzmanların ölçekte yer alan ifadeleri 1 ile 10 arasında puanlandırarak yaptıkları değerlendirmeler sonucunda, uzmanlar arasındaki görüş farklılıkları Kendall İyi Uyuşum Katsayısı ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>.604) (Tablo 15). Bu sonuç uzmanların ölçek maddelerindeki ifadelerle ilgili görüş birliği içinde olduğunu göstermektedir. Gözüm ve Aksayan (2002), uzmanlar arası görüş birliği sağlanmasının, bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin ölçülmek istenen alanı yansıttığını ve içerik geçerliğinin sağladığını belirtmektedirler (Ægisdóttir, Gerstein, Çınarbaş, 2008; Erefe, 2002; Eser, 2007; Gözüm ve Aksayan, 2002; Weeks ve ark., 2007; Wood ve Haber, 2002). Bu görüşe dayalı olarak bu maddelerin çıkarılmadan, istatistiksel olarak da değerlendirmeye alınmasına karar verilmiştir.

BUSÖ'nin iç ölçüt geçerliği ölçekten alınan puanların hastaların başetme-uyum düzeyleri %27 alt ve %27 üst grup puanları arasındaki fark., bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) ile analiz edilerek sınanmıştır. Analiz sonucunda her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (t=-69.580, p=.000) (Tablo 16). Tezbaşaran (1997), bir ölçekten elde edilen puanların ölçülen özellik boyutunda istenen özelliğe sahip olanlarla olmayanların birbirinden ayırt edebilmesi gerektiğini belirtmektedir. Ayırt edilecek grupların da ölçülen tutuma olumlu yönde yüksek düzeyde sahip olanlarla, olumsuz yönde yüksek düzeyde sahip olanlar olduğunu ifade etmiştir. Burada amaç ölçülen tutum boyutunda aşırı uçta bulunan iki grubu belirlemek için bir ölçüt bulmaktır. Bu ölçütlerden biri ölçeğin kendi puanlarıdır ve iç ölçüt olarak adlandırılmaktadır (Tezbaşaran, 1997). Ölçeğin kendi puanlarından elde edilen ve ölçülen tutum açısından alt ve üst grupların puanını karşılaştıran iç ölçüt geçerliğinde; her iki grup arasında fark olması beklenmektedir. Bu çalışmada BUSÖ'nin iç ölçüt geçerliğinin

sağlandığı, hastaların başetme-uyum düzeylerinin üst grupta yüksek, alt grupta düşük olduğunu göstermede ölçeğin ayırt edici olduğu söylenebilir.

BUSÖ'nin yapı geçerliğini belirlemede açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi teknikleri kullanılmıştır. Ölçek uyarlama çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin yapılması önerilmektedir, literatürde hem açıklayıcı hem de doğrulayıcı faktör analizinin kullanıldığı görülmektedir, hatta açıklayıcı faktör analizinin ardından doğrulayıcı faktör analizinin yapılması arzu edilen bir durumdur (Nunnally, Bernstein, 1994; 1999). Faktör analizinde örneklem büyüklüğü önemlidir. Hesaplanan korelasyon katsayısı örneklem büyüklüğü azaldıkça daha az güvenilir olabilir. Bu nedenle örneklem büyüklüğünün yeterli düzeyde olması değişkenler arası korelasyon güvenirliğinde oldukça önemlidir. Örneklem büyüklüğünün yeterliliğini saptamada Kaiser-Meyer-Olkin testi yapılmaktadır, elde edilen değer 1'e yaklaştıkça mükemmel olarak kabul edilmektedir. Kaiser-Meyer-Olkin değerinin alt sınırının ise .60 olması gerektiği ifade edilmektedir (Pullant, 2001). Bu çalışmada da faktör analizi öncesi ilk olarak Kaiser-Meyer-Olkin değeri hesaplanmış, .78 olarak belirlenmiştir (Bartlett's ki-kare=17277,247; p=.000) (Tablo 17); bu sonuç BUSÖ'nin örneklem büyüklüğünün uygun olduğunu göstermiştir. Bu durumda gözlenen .78'lik Kaiser-Meyer-Olkin değerinin faktör analizi için uygun olduğu söylenebilir. İkinci aşamada açıklayıcı faktör analizi sonucu özdeğeri >1 olan altı faktör elde edilmiş ve bu faktörlerin toplam varyansın % 45.07'sini açıklamıştır (Tablo 18). Ölçeğin beş faktörlü yapısının ise toplam varyansın % 40.67'sini açıkladığı görülmüştür. Faktör analizinde, ölçekte yer alan bir maddenin tanımlanan bir faktör altında yer alıp alamaması, o faktörle olan ilişkisini gösteren yük değerinin anlamlı olmasına bağlıdır. Bir faktörle yüksek değeri veren maddeler faktörün tanımladığı yapıyı ölçen maddeler olarak adlandırılır. Madde faktör yük değerinin genellikle .45 ve daha yüksek olması tercih edilir. Ancak uygulamalarda az sayıda madde için faktör yük değerinin .30'a kadar kabul edildiği görülmektedir (Yong, Pearce, 2013; Büyüköztürk, 2009). Bu çalışmada da, madde seçiminde faktör yük değeri için kabul edilen sınır değer, az sayıda madde için .30'a kadar düşürülmüştür. Özgün ölçekteki beş faktörlü yapıdan farklı olarak Türkçe'ye uyarlanan BUSÖ'nde "Fiziksel ve Karara Bağlama" alt ölçek maddeleri (24, 33, 35, 47. Maddeler) ayrı bir faktör olarak Faktör 6 içerisinde yer almış ve bu faktörde maddelerin aldığı yük .32-.39 arasında değişmiştir (Tablo 18). Özgün ölçekte Faktör 2'de yer alan ve bu araştırmada Faktör 6 olarak yer alan ölçek maddeleri incelendiğinde toplumuzda yer alan kişilerin kültürel algılarının etkili olduğu düşünülmüştür. Ölçek 24. maddesindeki

"Problemin ne olduğunu söylemek aslında benim için güçtür" ifadesi, 33. maddesindeki "Yaşadığım güçlükler ne olursa olsun kendimi suçlamaya meyilliyim" ifadesi, 35. maddesindeki "Bazı nedenlerle tecrübelerimden yeterince yararlanamıyorum" ifadesi örneklem grubu tarafından olumsuz algılanmış ve bu maddelere verilen yanıtları etkilemiştir. Bu sonuç; toplumuzun kültüründe sorunların rahatlıkla paylaşılması, sosyal destek aranması, tecrübelere dayalı olarak sorun çözmenin sık kullanılması, kendini suçlama ile ilgili tutumlarla sık karşılaşılmaması gibi faktörlerden kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca ölçek 47. maddesindeki "Birçok şeyin nasıl sonuçlanacağı hakkında iyi niyetli/olumlu düşünürüm" ifadesine ilişkin olarak örneklem grubu yaygın olarak "*düşünmem, sonuçta herşey olacağına varır*" şeklinde yorumda bulunmuştur ve bu maddenin Faktör 6'da yer almasında bu yorumun etkili olduğunu düşündürmüştür.

Türkçe'ye uyarlanan BUSÖ'nin yapısal geçerliğinin sınanması amacıyla ikinci aşamada, doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Bu araştırmada Türkçe'ye uyarlanan BUSÖ'nin açıklayıcı faktör analizi sonucu ortaya konan altı faktörlü yapısına uygun Model 1 kurulmuş ve modelin (Model 1) veri tabanına uygunluğunu değerlendirmek için çeşitli uygunluk belirteçleri kullanılmıştır. Ki kare (χ^2), oluşturulan modelin veri tabanına mutlak uygunluğunu değerlendiren önemli bir testtir ancak ki-kare testi örneklem büyüklüğüne duyarlıdır ve örneklem sayısı 200'ün üstüne çıktığında genellikle güvenilir sonuçlar vermemektedir. BUSÖ'nin doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarından "Minimum uyum fonksiyon ki-kare (χ^2)" değeri Model 1'de 5984.52 (p=.002), Model 2'de 6266.77 (p=.001) olarak bulunmuştur (Tablo 19). Bununla birlikte, ki kare'nin sık kullanılan bir ölçüt olması nedeniyle, χ^2/df oranının 2'nin altında olması model uygunluğunu gösteren önemli bir ölçüt olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmada Model 1 ve 2'ye göre BUSÖ'nden elde edilen χ^2/df oranının 2'nin üzerinde bulunmuştur. Literatürde χ^2/sd oranının 3'den küçük olmasını "iyi uyum", 5'e kadar değerleri de "yeterli uyum" olarak kabul eden kaynaklar yer almaktadır. (Netemeyer, Bearden ve Sharma, 2003; Schermelleh-Engel, Moosbrugger ve Müller, 2003; Sümer, 2000). Yaklaşıklık hataları kareleri ortalamasının karekökü, RMSEA değerinin <.05 olması beklenmekle birlikte <.8-1.0 olması kabul edilebilir olarak değerlendirilmektedir. RMSEA değeri Model 1 ve Model 2'de .08 olarak bulunmuştur ve bu sonuç kabul edilebilir değere çok yakındır. CFI değerinin >.90 olması beklenmektedir, BUSÖ'nin CFI değeri ise Model 1'e göre .73 Model 2'ye göre .70 olarak bulunmuştur. Diğer uyum indeks değerleri de Model 1 (GFI=.77, AGFI=.72, NFI=.65, NNFI=.62) ve Model 2'de (GFI=.746, AGFI=.692,

NFI=.632, NNFI=.584) zayıf bir uyum göstermiştir (Tablo 19). BUSÖ'nin Türkçe'ye uyarlamasında açıklayıcı faktör analizi sonucu ortaya konan altı faktörlü yapısına uygun kurulan Model 1'in uygunluk belirteçlerinin zayıf olması nedeniyle bir sonraki aşamada özgün ölçeğin beş faktörlü yapısına uygun kurulan Model 2 sınanmış, uygunluk belirteçlerinde iyileşme görüldüğü ancak beklenen sonuçlara göre uygun olmadığı saptanmıştır. Model 2'de de uyum indeks değerlerinin düşük çıkması üzerine altıncı faktör olarak ayrı yer alan 24, 33, 35, 47. maddelerin faktör yüklerinin dağıldığı diğer faktörlere bağlanarak Model 3 kurulmuş ve bu model sınanmıştır. Model 3 sonuçlarında uyum indeks değerlerinde iyileşme gözlenmemiştir. Daha sonra 24, 33, 35, 47. maddelerin ölçekten çıkarıldığı Model 4 sınanmış ve uyum indeks değerleri değişmemiştir. BUSÖ'nin Türkçe'ye uyarlanmasında diğer geçerlik ve güvenirlik analizlerinin olumlu sonuçları dikkate alınarak her bir faktörde tanımlanan başetme ve uyuma yönelik kavramların teorik açıdan incelenmesi sonucunda ölçekten madde çıkartılmaması gerektiği düşünülmüş ve yeni bir modelleme kurulmamıştır. Model 1, 2 sonuçları karşılaştırıldığında uygunluk belirteçleri arasında fark olmaması ve kurulan modellemelerdeki yapının zayıf uyum göstermesi ile BUSÖ'nin yapı geçerliğinin sağlanamadığı şeklinde yorumlanabilir. Ancak BUSÖ'nin İspayolca (Guitérrez, 2009; Lazcano-Ortiz, Gonzalez, Gǿmez-Meza, 2008; Lopez ve ark., 2007), Thai (Chayaput, Roy, 2007) ve Japonca'ya (Toriya, Tsuhako, 2008) uyarlandığı diğer çalışmalarda yapı geçerliği için sadece açıklayıcı faktör analizi tekniği kullanıldığı görülmüş, doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına rastlanmamıştır. Bu bağlamda BUSÖ'nin Türkçe'ye uyarlanmasında özgün ölçeğe uygun kurulan Model 2'deki şekliyle beş faktörlü yapısının korunmasına karar verilmiştir.

BUSÖ ölçeği'nin eş zaman geçerliği ve paralel form güvenirliğinin incelenmesinde; daha önce Türkçe'ye uyarlanan, geçerli ve güvenilir bulunan SBÇTÖ kullanılmıştır. BUSÖ ölçek toplam puanı ile SBÇTÖ kendine güvenli yaklaşım (r=.552, p<.001), iyimser yaklaşım (r=.552, p<.001) alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı (Tablo 20), kendine güvensiz yaklaşım (r=-.356, p<.001), boyun eğici yaklaşım (r=-.520, p<.001) arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 21). Sadece BUSÖ toplam puanı ile SBÇTÖ sosyal destek arama alt ölçek puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (r=.029, p=.654) (Tablo 20). BUSÖ ve SBÇTÖ ölçeği puanlarının karşılaştırma sonuçlarına göre BUSÖ'nin başetme-uyumu ölçmede geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu söylenebilir.

5.2.BUSÖ Güvenirliğinin İncelenmesi

BUSÖ'nin güvenirliğinin değerlendirilmesi amacıyla ölçek ve alt ölçekler için tanımlayıcı olarak ortalama değer, standart sapma, ortanca değer, en düşük ve en yüksek değerler hesaplanmıştır. BUSÖ ve alt ölçeklerinin toplam ölçek için madde puan ortalamasının 131.28±11.59, alt ölçeklerin 17.08±2.84 ile 39.17±2.79 arasında olduğu görülmektedir (Tablo 22). Bu araştırmada ölçek ve alt ölçek için standart hata değerlerinin küçük olması, ölçme aracının güvenirliğinin bir göstergesidir (Ægisdóttir, Gerstein LH, Çınarbaş, 2008; Hovardaoğlu ve Sezgin, 1998; Sireci ve Berberoğlu, 2000; Tezbasaran, 1997; Yurdugül, 2006).

Ölçmenin standart hatası değerlendirildikten sonra ölçek ve alt ölçekler için iç tutarlık güvenirlik analizi yapılmıştır. BUSÖ'nin cronbach alpha güvenirlik katsayısı değerleri incelendiğinde; toplam ölçek için .82; Çözüm Bulma ve Odaklanma alt ölçeğinde .77, Fiziksel ve Karara Bağlama alt ölçeğinde .70, Dikkat Süreci alt ölçeğinde .69, Sistematize Etme Süreci alt ölçeğinde .72, Öğrenme ve İlişki Kurma alt ölçeğinde ise .65 olduğu saptanmıştır (Tablo 23). BUSÖ toplam 47 madde için iç tutarlılığı değerlendirildiğinde, ölçek yüksek düzeyde güvenilirdir. Alt ölçeklere bakıldığında cronbach alpha güvenirlik katsayısı; Çözüm Bulma ve Odaklanma, Fiziksel ve Karara Bağlama, Sistematize Etme Süreci alt ölçeklerinde "yüksek düzeyde", Dikkat Süreci alt ölçeğinde ise .69 ile yüksek düzeye çok yakın iç tutarlık göstermiştir. Öğrenme ve İlişki Kurma alt ölçeğinde ise güvenilir kabul edilme sınırı üzerinde iç tutatrlık göstermiştir. Cronbach alpha güvenirlik katsayısı istatistik temelleri tutarlı ve tüm maddeler dikkate alınarak hesaplandığından güvenirlik yapısını diğer katsayılara göre en iyi yansıtan katsayıdır. Cronbach alpha güvenirlik katsayısının varsayımları, "Her madde toplam skorun bir doğrusal bileşeni olmalıdır." ve "Ölçekte toplanabilirlik özelliğinin bulunması gerekir." biçimindedir (Deniz, 2007; Özdamar, 2004; Weeks ve ark., 2007) ve çalışma sonuçları ölçek ve alt ölçekler için bu varsayımları doğrulamaktadır. Diğer bir deyişle ölçeğin ve alt ölçeklerin ölçmek istediği özellik alanlarının homojen olduğunun ve iç tutarlığının sağlandığının kanıtıdır (Çimen, 2003; Ercan ve Kan, 2004; Gözüm ve Aksayan, 2002; Öner, 1994; Özdamar, 2004; Wood ve Haber, 2002).

Teorisyen S. Callista Roy tarafından (2004) geliştirilen BUSÖ'nin özgün dili İngilizce'dir, daha sonra Tayca, İspanyolca ve Japonca'ya uyarlanmıştır. BUSÖ'nin diğer dillere uyarlama araştırmalarının sonuçları Tablo 27'de gösterilmiştir.

Tablo 27. Özgün Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'nin Diğer Dillere Uyarlanan Araştırma Sonuçlarından Elde Edilen Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı Değerleri

Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'nin Uluslararası Kullanım Sonuçları			
Ölçek Dil Formu	**Araştırmanın Yazarı ve Yılı**	**Toplam Ölçek Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı Değeri**	**Alt Ölçek Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı Değerleri**
İngilizce (Özgün ölçek)	Roy, 2004	.94	.78-.86
Tayca	Chayaput, Roy, 2007	.89	.72-.89
İspanyolca	Guiterrez Lopez ve ark., 2007*	.88	.83-.85
	Lazcano-Ortiz, Gonzalez, Gomez-Meza, 2008†	.92	.52-.94
Japonca	Toriya, Tsuhako, 2008‡	-	-
Türkçe (Bu araştırma)	Çatal, Dicle, 2015	.82	.65-.77

**Kolombiya'nın Bogata şehri Chia'daki 50 yaş üzerindeki 417 kişi ile yürütülen araştırma*
†Meksika'da tip 2 Diyabetli 200 hasta ile yürütülen araştırma
‡Araştırma sonuçlarına ulaşılamamıştır.

BUSÖ'nin özgün ölçek toplamı için cronbach alpha güvenirlik katsayısı değeri .94'tir ve Tablo 27 incelendiğinde, diğer dillere uyarlanan araştırmalarda da benzer sonuçlar elde edildiği görülmektedir. BUSÖ'nin Türkçe'ye uyarlandığı bu araştırmadaki toplam ölçeğin iç tutarlığı diğer sonuçlara göre düşük olmakla birlikte güvenirlik düzeyi olarak değerlendirildiğinde oldukça güvenilirdir (Özdamar, 2004). Özgün ölçek ve uyarlama çalışmalarındaki alt ölçeklerdeki cronbach alpha güvenirlik katsayısı değerleri bu çalışmanın toplam ölçek ve alt ölçek değerleri ile de benzer niteliktedir. Özgün ölçek ve uyarlama sonuçlarına göre, BUSÖ'nin ölçeğin farklı dillerde, farklı kültürlerde ve farklı gruplarda başetme-uyum düzeyini ölçmede yüksek düzeyde güvenirliğe sahip olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Bu çalışmada BUSÖ'nin güvenirliğinin incelenmesinde ikinci adımda ölçek iç tutarlılığını gösteren madde analizi yöntemi kullanılmıştır ve 47 madde üzerinden madde-toplam puan korelasyonları ve madde silindiğinde cronbach alpha güvenirlik katsayıları hesaplanmıştır. BUSÖ'nin madde-toplam puan korelasyonları .32-.64 arasında bulunmuştur (Tablo 24). Ölçeğin tüm maddelerinde madde-toplam puan korelasyon katsayılarının .30 üzerinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu (p=0.000) saptanmıştır. Bu sonuç ölçekte yer alan 47 maddenin birbiri ile tutarlı olduğunu göstermektedir. BUSÖ'nin alt ölçek

maddeleri ile alt ölçek madde toplam puanları arasındaki korelasyon "Çözüm bulma ve odaklanma" alt ölçeğinde .36-.68, "Fiziksel ve karara bağlama" alt ölçeğinde .33-.64, "Dikkat süreci" alt ölçeğinde .32-.60, "Sistematize etme süreci" alt ölçeğinde .54-.67, "Öğrenme ve ilişki kurma" alt ölçeğinde ise .37-.64 arasında değişmektedir ve tüm alt ölçeklerin korelasyon katsayıları istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamdır (p=.000) (Tablo 25). Tüm alt ölçeklerde .30 üzerinde düşük, orta ve ileri düzeyde korelasyon göstermesi, her bir alt ölçeğin kendi içinde benzer özellikleri ölçtüğü şeklinde yorumlanabilir. BUSÖ'nin her bir alt ölçeğin toplam puanı ile ölçek toplam puanı arasındaki korelasyon katsayılarının .37-.79 arasında değiştiği bulunmuştur. Alt ölçeklerin tümünün korelasyon katsayıları istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır (p=.000) (Tablo 26). Alt ölçek toplam puanları ile ölçek toplam puanları arasında orta ve ileri düzeyde korelasyon göstermesi sonucu, alt ölçeklerin toplam ölçekle tutarlı şekilde aynı özelliği ölçtüğü söylenebilir.

Özdamar (2004) madde-toplam puan korelasyonlarının negatif olmaması ve hatta .25 değerinden büyük olması gerektiğini, düşük korelasyon gösteren maddelerin ölçme aracından çıkarılabileceğinin önermektedir. BUSÖ'nin .25 altında korelasyon gösteren bir sonuç bulunmamıştır. Ayrıca ölçek maddelerinin tümü için madde silindiğinde cronbach alpha güvenirlik katsayısı değerinin değişmediği (toplam ölçek için .76) ve .74-.77 arasında değer aldığı saptanmıştır. Bu sonuca göre her bir maddenin ölçek için güvenirlik düzeyini değiştirmediği ve ölçek yapısına uygun şekilde her ölçek ifadesinin başetme-uyumu ölçmede tutarlı olduğu söylenebilir. Madde-toplam puan korelasyonunda maddeler arası ilişki ne kadar yüksekse, ölçeğin o ölçüde tek boyutluluğunu, yani maddelerin aynı özelliği ölçtüğünü ve bir arada toplanabilirliğini gösterir (Ercan ve Kan, 2004). BUSÖ'nin yapılan madde analizi sonuçlarında korelasyon değerlerinin kabul edilebilir sınır üzerinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olması ölçeğin iç tutarlığının sağlandığını göstermektedir ve bu sonuç ölçeğin KABG uygulanan hastaların başetme-uyum düzeylerini belirlemede kullanılabileceği şeklinde yorumlanabilir.

BUSÖ ve SBÇTÖ ölçeği puanlarının karşılaştırılması ile eş zaman geçerliği yanı sıra paralel form güvenirliği sınanmıştır. BUSÖ toplam puanı ile SBÇTÖ kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı (Tablo 20), kötümser yaklaşım, boyun eğici yaklaşım arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 21). Sadece BUSÖ toplam puanı ile SBÇTÖ sosyal destek

arama alt ölçek puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 20). Bu sonuçlara göre, BUSÖ'nin baş etme-uyumu ölçmede güvenilir olduğu sonucuna varılabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

BUSÖ'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenirliğini sınamak amacıyla yapılan uyarlama çalışmalarının geçerlik ve güvenirlik analizleri sonucunda;

⇒ Türkçe'ye çevrilen ölçeğin, dil açısından özgün ölçeğin İngilizce formuna göre farklılık göstermediği ve hastaların başetme-uyum düzeyini belirlemede eşdeğer olduğu sonucuna varılmıştır.

⇒ Bağımsız gözlemciler arasında uyum güvenirlik ölçütü ile Türkçe'ye uyarlanan ölçek maddelerinin analizi sonucunda uzmanlar arasında görüş farklılığı olmadığı bulunmuştur. Uzmanların ölçek maddelerindeki ifadelerin anlaşılır ve uygulanabilir olması konusunda görüş birliği içinde olduğunu ve içerik geçerliğinin sağlandığını göstermiştir.

⇒ Ölçeğin iç ölçüt geçerliğinin değerlendirilmesinde alt ve üst grup puan ortalamaları arasındaki farkın t testi ile analizi sonucunda, istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark olduğu bulunmuştur (t=69.580, p=.000) ve iç ölçüt geçerliği sağlanmıştır.

⇒ BUSÖ'nin uyarlanmasında yapı geçerliğinin sınanmasında ilk açıklayıcı faktör analizi yapılmış, analiz sonucunda ölçeğin altı faktörlü bir yapı ortaya koyduğu bulunmuştur. Beş faktörlü özgün ölçekteki "Fiziksel ve Karara Bağlama" alt ölçeğindeki yer alan maddeler (24, 33, 35, 47. maddeler) Türkçe'ye uyarlanan BUSÖ'de ayrı bir faktör olarak Faktör 6 içerisinde yer almıştır. İkinci aşamada doğrulayıcı faktör analizi için kurulan altı faktörlü Model 1'in uyum indeksleri zayıf bulunmuştur. Özgün ölçeğin beş faktörlü yapısına uygun kurulan model (Model 2) sınandığında uyum indekslerinde kabul edilebilir değerlerin sağlanması açısından fark olmaması nedeniyle özgün ölçeğe uygun şekilde ölçeğin beş faktörlü yapısının kabul edilmesine karar verilmiştir.

⇒ BUSÖ'nin geçerliğinin sınanmasında eş zaman geçerliği için SBÇTÖ ölçeği puanları kullanılmıştır. BUSÖ toplam puanı ile SBÇTÖ kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı, kötümser yaklaşım, boyun eğici yaklaşım arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Sadece BUSÖ toplam puanı ile SBÇTÖ sosyal destek arama alt ölçek

puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir. BUSÖ ve SBÇTÖ ölçeği puanlarının karşılaştırılması ile aynı zamanda paralel form güvenirliği sınanmış ve analiz sonucunda BUSÖ'nin başetmeyi ölçmede güvenilir olduğu saptanmıştır.

⇒ BUSÖ'nin ölçek ve alt ölçekler için tanımlayıcı istatistiklerinin incelemesinde, örneklem grubu için ölçek ve alt ölçek standart hata değerleri küçük bulunmuştur ve bu ölçme aracının güvenirliğinin bir göstergesidir. Ölçeğin iç tutarlığının değerlendirilmesinde ilk olarak cronbach alpha güvenirlik katsayısı hesaplanmıştır. Ölçeğin toplamı için iyi düzeyde iç tutarlığa sahip olduğu saptanmıştır (cronbach alpha güvenirlik katsayısı =.82). Ölçek alt ölçeklerinin iç tutarlık güvenirlik katsayısı kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur (cronbach alpha güvenirlik katsayısı =.65-.77).

⇒ BUSÖ'nin güvenirliğinin sınanmasında madde-toplam puan korelasyonları incelenmiştir. Madde analizleri sonucu; ölçeğin her bir maddesinin madde-toplam puan korelasyonları arasında, alt ölçekte yer alan maddeler ile alt ölçek toplam puanları arasında, alt ölçek toplam puanları ile ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı korelasyon göstermiştir (p=.000).

Sonuç olarak, BUSÖ'nin Türkiye'de hastaların başetme-uyum düzeylerini incelemede geçerli ve güvenilir olarak kullanılabileceği sonucuna varılmıştır.

6.2. ÖNERİLER

BUSÖ'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenirliğinin sınanması amacıyla yapılan bu çalışma sonuçlarına göre;

⇒ Türkçe'ye çevrilerek geçerlik ve güvenirliği sınanan BUSÖ'nin daha rafine olması için, daha geniş kapsamlı popülasyonları temsil eden sağlıklı bireyler, dahili ve cerrahi hastaları gibi heterojen örneklemlere uygulanması ve değişmezliğinin araştırılması,

⇒ Ölçeğin yapı geçerliğinin farklı örneklemlerde yeniden incelenmesi,

⇒ Özellikle Roy Uyum Modeli kullanılan araştırmalarda teori-araştırma kapsamında billimsel bilgi birikimine katkı sağlaması; başetme ve uyum sürecinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılması, araştırma sonuçlarının bireylerin başetme-uyum düzeyini yükseltecek hasta bakım sonuçlarına yansıtılması önerilmektedir.

BÖLÜM IV

2. AŞAMA

KORONER ARTER BAYPAS GREFT GEÇİREN HASTALARDA TABURCULUK ÖNCESİ STRESÖRLERİN ROY UYUM MODELİ'NE GÖRE BELİRLENMESİ

Amaç: Araştırmanın ikinci aşamasında amaç; Roy Uyum Modeli'ne göre KABG geçiren hastalarda taburculuk öncesi stresörleri belirlemektir.

7. GEREÇ ve YÖNTEM

7.1.Araştırmanın Tipi: ***Araştırmanın ikinci aşamasında***; niteliksel araştırma metodu kullanılmıştır.

7.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer: Araştırmanın bu aşaması, Antalya İli'ndeki bir üniversite hastanesinin Kalp Damar Cerrahisi Kliniğinde yürütülmüştür.

7.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi: Araştırmanın niteliksel bölümünde evren ve örneklemini; araştırma amacına dayanan belli bir ölçüt ya da özelliğe bağlı seçilen amaçlı örnekleme yöntemiyle belirlenen (Higginbottom, 2004; Kümbetoğlu, 2008), bir üniversite hastanesi kalp damar cerrahisi kliniğinde yatan ve KABG sonrası 5.-7. günde, taburculuk öncesindeki 16 hasta (9 erkek, 7 kadın) oluşturmuştur. Araştırmanın bu aşamasında ö***rneklem büyüklüğü*** için, yeni verinin gelmediği aşamaya (doyum noktasına ulaşılana) kadar derinlemesine görüşmeler sürdürülmüştür (Endacott ve Botti, 2007; Guest, Bunce ve Johnson, 2006; Liehr, Marcus ve Cameron, 2005).

7.3.1.Araştırmaya/Örnekleme Alınma Ölçütleri:

- ✓ 18 yaşından büyük yetişkin,
- ✓ Kişi, yer ve zaman oryantasyonu olan,
- ✓ Türkçe anlayabilen, konuşabilen ve yazabilen,
- ✓ KABG uygulanan hastalar örneklemi oluşturmuştur.

Araştırmanın bu aşamasında örneklem seçiminde, hasta özellikleri açısından daha çok niteliği içerecek ve gerçek evreni yansıtabilecek, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, greft sayısı, KAH'a eşlik eden durumlar açısından grubun heterojen olmasına özen gösterilmiştir. Araştırma örneklemini oluşturan KABG uygulanan hastaların özellikleri Tablo 28'de verilmiştir.

Tablo 28. Araştırmanın Örneklemine Alınan KABG Uygulanan Hasta Özellikleri (n: 16)

Araştırmanın Örneklemine Alınan KABG Uygulanan Hasta Özellikleri
DEĞİŞKENLER
➲ **Yaş (yıl):** 58.43 ± 9.94 (ortalama ± SS); 41 - 79 (min - max)
➲ **Beden Kitle İndeksi (kg/m^2):** 28.02 ± 4.77 (ortalama ± SS); 21.11- 38.41 kg/m^2 (min - max)
Değişkenler (n)
➲ **Cinsiyet:** Kadın (7) , Erkek (9) ➲ **Medeni Hali:** Evli (12), Dul (4) ➲ **Eğitim Durumu:** Okuryazar (2), İlkokul (11), Ortaokul (1), Lise (2) ➲ **Çalışma Durumu:** Ev hanımı (6), Emekli (5), Çiftçi (2), İşçi (1), Esnaf (1) ➲ **KAH'na Eşlik Eden Durumlar*:** HT (11), DM (4), Eski MI Öyküsü (6), Eski Angina Öyküsü (1) ➲ **Greft Sayısı:** Tekli Baypas (1), İkili Baypas (4), Üçlü Baypas (10), Dörtlü Baypas (1) ➲ **Ameliyat Sonrası Gün:** 5.gün (14), 7. Gün (2)

**Bir hastada birden fazla eşlik eden durum olduğunu belirtir.*

Araştırma örneklemini oluşturan hastaların yaş aralığı 41–79 ve yaş ortalaması 58.43 ± 9.94'tür. Örnekleme alınan hastalardan dokuz kişi kadın, 12 kişi evli, 11 kişi ilkokul mezunu, altı kişi ev hanımıdır. Ayrıca 11 hastada KAH'na HT eşlik etmektedir, 10 hastaya üçlü baypas uygulanmıştır. Örneklem grubundan 14 hasta ile ameliyat sonrası beşinci günde, iki hasta ile yedinci günde derinlemesine görüşme yapılmıştır (Tablo 28).

7.4.Veri Toplama Araçları:

Verilerin toplanmasında;

1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu (Ek 5.1)
2. Yarı-yapılandırılmış Soru Formu (Ek 5.8) kullanılmıştır**.**

7.4.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu

Araştırmanın birinci aşamasının örneklemini oluşturan ve KABG uygulanan 235 hastanın sosyodemografik ve klinik özelliklerine ilişkin bilgiler, Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu (Ek 5.1) aracılığıyla toplanmıştır. Formun sosyodemografik özellikleri içeren ilk maddeleri hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni hali, eğitim durumu, sosyal güvencesi ve mesleğini incelemektedir. Hastaların klinik özellikleri ise hastaların beden kitle indeksleri,

komorbidite (eşlik eden Tip 2 diabetes mellitus, hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, kronik böbrek yetmezliği, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu, miyokard infarktüsü ve angina öyküsü) varlığı, KABG cerrahisinin tarihi, greft sayısı, kullanılan greft tipini kapsamaktadır.

7.4.2. Yarı-yapılandırılmış Soru Formu

Niteliksel araştırma yöntemine uygun hazırlanan yarı-yapılandırılmış soru formunda görüşme soruları; dört açık uçlu ana soru ve 12 alt sorudan oluşmaktadır (Ek 5.8). Görüşme soruları, KABG uygulanan hastaların taburculuk sonrası döneme ilişkin uyumları ile ilgili literatür incelemesi ve Roy Uyum Modeli kavramlarından uyaranlar dikkate alınarak oluşturulmuştur (Fawcett, 2005a; Roy, 2009). Görüşme sorularının uygunluğu için Ege Üniversitesi İletişim Fakültesi Öğretim Üyesi Prof.Dr. Gülgün Erdoğan Tosun'dan uzman görüşü alınmıştır.

7.5.Verilerin Toplanması

Araştırmanın nitel aşamasındaki veriler, 15 Ocak-27 Mart 2011 tarihleri arasında derinlemesine görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplamaya başlamadan önce kliniğin bir odası derinlemesine görüşme için uygun hale getirilmiş, konforlu bir koltuk, sırtı desteklemek için birkaç yastık, ses kayıt cihazının yerleştirileceği bir sehpa, araştırmacı için bir koltuk, hastaların gerektiğinde dinlendirilebilmesi için bir sedye, ani bir durum geliştiğinde gerekli müdahaleler için tansiyon aleti vb. sağlanmıştır. Ayrıca görüşmenin uygun sürdürülebilmesi için odanın klinik girişi, hemşire odası gibi yoğun alanlarından uzak olmasına, görüşme saatinin hasta tedavi ve bakımlarının yoğun olmadığı bir zamanda gerçekleştirilmesine özen gösterilmiş, görüşmeye başlamadan önce de oda kapısına görüşmenin kesintiye uğratılmasını en aza indirmek için uyarıcı yazı asılmıştır.

Derinlemesine görüşmeler araştırmacı tarafından yapılmış, görüşmeye başlamadan önce hasta ve yakınlarına araştırmanın amacı açıklanmış, yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Derinlemesine görüşmede yarı yapılandırılmış soru formu kullanılarak elde edilen nitel araştırma verilerinin ses kayıt cihazına kaydedileceği, hasta isimlerinin ve ifadelerinin gizliliğinin korunacağı, istedikleri zaman görüşmenin sonlandırılabileceği açıklanmıştır. Derinlemesine görüşme süresi her hastada farklı olmakla birlikte ortalama 45-60 dakika sürmüştür. Görüşmenin sonlandırılmasında yarı-yapılandırılmış soru formundaki tüm ana ve alt sorulara yanıt alınması kriter alınmış, hastalara katkıları için teşekkür edilerek görüşme sonlandırılmıştır. Her hasta ile bir kez derinlemesine görüşme yapılmış, veri toplamaya yeni verinin gelmediği, doyum noktasına ulaşıldığı zaman (n:16) son verilmiştir.

7.6. Araştırmanın Niteliksel Aşamasının Planı ve Takvimi

Araştırmanın niteliksel aşamasında veriler araştırma planı ve takviminde belirtilen adımlara göre toplanmıştır (Tablo 29).

Tablo 29. Niteliksel Araştırma Aşamasının Planı ve Takvimi

<table>
<tr><td rowspan="2">2005</td><td>Temmuz</td><td>Ağustos</td><td>Eylül</td><td>Ekim</td><td>Kasım</td><td>Aralık</td></tr>
<tr><td></td><td>Proje etik kurul izninin alınması</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">2008</td><td>Temmuz</td><td>Ağustos</td><td>Eylül</td><td>Ekim</td><td>Kasım</td><td>Aralık</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td>DOKTORA TEZ ÖNERİ</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">2009</td><td>Ocak</td><td>Şubat</td><td>Mart</td><td>Nisan</td><td>Mayıs</td><td>Haziran</td></tr>
<tr><td>Niteliksel Araştırma Çalıştayı, Akdeniz Üniversitesi-ANTALYA</td><td>Kalitatif Araştırma Yöntemleri Kursu, SASBİL-İSTANBUL</td><td colspan="4">Yarı-yapılandırılmış soru formunun oluşturulması</td></tr>
<tr><td colspan="6">Literatür tarama</td></tr>
<tr><td>Temmuz</td><td>Ağustos</td><td>Eylül</td><td>Ekim</td><td>Kasım</td><td>Aralık</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="4">Yarı-yapılandırılmış soru formu için uzman görüşlerinin alınması</td></tr>
<tr><td colspan="6">Literatür tarama</td></tr>
<tr><td rowspan="4">2010</td><td>Ocak</td><td>Şubat</td><td>Mart</td><td>Nisan</td><td>Mayıs</td><td>Haziran</td></tr>
<tr><td>DOKTORA YETERLİK SINAVI</td><td></td><td>Yarı-yapılandırılmış soru formu kullanılarak pilot görüşme yapılması</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>Temmuz</td><td>Ağustos</td><td>Eylül</td><td>Ekim</td><td>Kasım</td><td>Aralık</td></tr>
<tr><td colspan="5">Literatür tarama</td><td>Kurum izni için başvurulması</td></tr>
<tr><td rowspan="4">2011</td><td>Ocak</td><td>Şubat</td><td>Mart</td><td>Nisan</td><td>Mayıs</td><td>Haziran</td></tr>
<tr><td colspan="3">Niteliksel araştırma verilerinin toplanması</td><td colspan="3">Verilerin işlenmesi (gruplandırılması) ve kavramsal analizinin yapılması</td></tr>
<tr><td colspan="3">Nitel araştırma için kursa katılım*</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="6">*Nitel Araştırma ve Analizi (Nvivo 8 Programı Uygulamalı) Semineri</td></tr>
</table>

	Temmuz	**Ağustos**	**Eylül**	**Ekim**	**Kasım**	**Aralık**
	Araştırmanın İkinci (Niteliksel) Aşamasının rapor haline getirilmesi					
2012	**Ocak**	**Şubat**	**Mart**	**Nisan**	**Mayıs**	**Haziran**
	Araştırmanın İkinci (Niteliksel) Aşamasının rapor haline getirilmesinin tamamlanması					
	Temmuz	**Ağustos**	**Eylül**	**Ekim**	**Kasım**	**Aralık**
				Niteliksel araştırma bölümünün yayınlanması*		
	*To determine the stressors of patients who undergoing coronary artery bypass greft surgery before discharge according to Roy Adaptation Model: A qualitative study, Acute Cardiac Care 2012 [European Society of Cardiology Congress], 20-22 Ekim 2012 (poster bildiri), İstanbul					

7.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın nitel aşamasında verilerin değerlendirilmesinde içerik anlizi kullanılmıştır. İçerik analizi sözel, yazılı ve diğer materyallerin nesnel ve sistematik bir şekilde incelenmesine olanak tanıyan bilimsel bir yaklaşımdır (Tavşancıl ve Aslan, 2001). Cohen, Manion ve Morrison (2007) içerik analizini, eldeki yazılı bilgilerin temel içeriklerinin ve içerdikleri mesajların özetlenmesi ve belirtilmesi işlemi olarak açıklamaktadır. İçerik analizi, belirli kurallara dayalı kodlamalarla bir metnin bazı sözcüklerinin daha küçük içerik kategorileri ile özetlendiği sistematik, yinelenebilir bir teknik olarak tanımlanabilir (Cohen, Manion, Morrison, 2007).

İçerik analizi ile incelenen niteliksel bir araştırmada, metin veya metinlerden oluşan bir kümenin içindeki belli kelimelerin veya kavramların varlığını belirlemeye yönelik yapılır (Büyüköztürk ve ark., 2008; Flick, 2008). İçerik analizinin temel amacını toplanan verileri açıklayabilecek kavramlara ve ilişkilere ulaşmak olarak ifade eden Yıldırım ve Şimşek'e (2005) göre toplanan verilerin önce kavramsallaştırılması daha sonra da ortaya çıkan kavramlara göre mantıklı bir biçimde düzenlenmesi ve buna göre veriyi açıklayan temaların saptanması gerekmektedir. İçerik analizi yoluyla verileri tanımlama ve verilerin içinde saklı gerçekleri ortaya çıkarmak amaçlanmaktadır (Bilgin, 2006). İçerik analizinde, dokümanlardan elde edilen nitel araştırma verilerinin işlenmesi, verilerin kodlanması, temaların bulunması,

kodların ve temaların düzenlenmesi, bulguların tanımlanması ve yorumlanması şeklinde dört aşama bulunmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2005).

İçerik analizi türlerinden "kategorisel analiz", genel olarak belirli bir metnin önce birimlere bölünmesi ve ardından bu birimlerin önceden saptanmış ölçütlere göre kategoriler hâlinde gruplandırılmasıdır (Tavşancıl ve Aslan, 2001). Kategori oluşturma, özel verilerden hareketle genel bir sonuç oluşturma aşamasıdır. Kategorisel analizde önce veriler kodlanır. Bu kodlama, daha önceden belirlenmiş kavramların yanı sıra verilerin kodlanması esnasında ortaya çıkan kavramlara göre yapılır. Kodlar, soruların benzer cevaplarını tanımlayan ve verileri düzenleyip çözümlemeye yardım eden sembollerdir (Richards, 2008). Ardından kodları genel düzeyde açıklayan kategoriler (temalar) belirlenir ve bulgular yorumlanır (Yıldırım ve Şimşek, 2005).

Bu araştırmada veri çözümlemesi için ilk olarak derinlemesine görüşmede elde edilen ve ses kayıt cihazına kaydedilen verilerin dökümü yapılmış, bir sonraki adımda anlamlı veri birimleri saptanmıştır. İçerik analizinde temaların oluşturulmasında ise Roy Uyum Modeli kavramları temel alınmıştır. Modelde tanımlanan uyum alanlarına etki eden odak, durumsal ve olası uyaranlar önceden varolan temalar olarak ele alınmıştır ve bu temaların altında toplanan veriler kodlanmıştır. Kodlanan veriler gözden geçirilerek temalar yeniden düzenlenmiş, bulgular tanımlanarak yorumlanmıştır. Nitel araştırma deneyimi olan başka bir araştırmacı tarafından verilerin kodlanması ve temaların oluşturulması aşamasının tekrar yapılması sağlanmış; her iki analiz sonuçları karşılaştırılmıştır. Böylece araştırmanın güvenirliği ve iç geçerliği sağlanmaya çalışılmıştır.

7.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada Yarı-Yapılandırılmış Soru Formu'nun değerlendirilmesinde tek uzmandan görüş alınmış olması sınırlılığıdır.

7.9. Araştırma Etiği

Araştırmada, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik ve Laboratuar Araştırmaları Etik Kurulu onayı alınmıştır (Ek 1.1. Sayı no: 02.08.2005/170, Ek 1.2. Sayı no: 09.17.2009/133.2005). Araştırmanın yürütüleceği Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nden yasal izin alınmıştır (Ek 2.3. Sayı no: B.30.2.AKD.0.1H.00.00/PER-16).

KABG uygulanan hastalara kliniğe kabulü ile birlikte araştırmanın amacı yazılı ve sözlü olarak açıklanmış; araştırmaya kabul edilme kriterlerini karşılayan ve katılmayı kabul eden kişilerden yazılı olarak onayları alınmıştır (Ek 4.2). Araştırma sonuçlarını bilmek istediğini belirten katılımcılara araştırma sonuçları posta ve e-posta yoluyla ulaştırılacaktır.

7.10. Araştırmacının Yeterliliği

Araştırmacı, ilk olarak hemşirelik araştırmalarında model kullanımına ilişkin çalıştaya katılmıştır. Daha sonra nitel araştırma ile ilgili çalıştay ve kurslara katılmıştır, kurs katılımında da kurs içeriklerine, eğiticilerine göre amaçlı olarak kurslara katılmaya özen göstermiştir. Araştırmacının katıldığı çalıştay ve kurslara aşağıda yer verilmiştir:

- Hemşirelikte Kavramsal Model Kullanımı Çalıştayı (18-19 Aralık 2009, Antalya),
- The Value of Nursing Research Based on Models and Theories çalıştayı (10 Temmuz 2008, İzmir),
- Kalitatif Araştırma Kursu (12-14 Ocak 2009, Antalya Sağlık Yüksekokulu ve Akdeniz Sağlık Yüksekokulu, Antalya),
- Kalitatif AraştırmaYöntemleri Kursu (26-28 Şubat 2009, Sağlık için Sosyal Bilimler Derneği (SASBİL), Yeditepe Üniversitesi, İstanbul),
- IX. Araştırma Seminerleri- Nvivo 8 Programı (Ocak 2011, Belek ANTALYA).

7.11. Araştırmada Yaşanan Güçlükler

Araştırmanın bu aşamasında herhangi bir güçlük yaşanmamıştır.

8. BULGULAR

8.1. Koroner Arter Baypas Greft Geçiren Hastalarda Taburculuk Öncesi Stresörlerin Roy Uyum Modeli'ne Göre Belirlenmesi

Bu araştırmada KABG sonrası hastaların taburculuk öncesi evde bakıma ilişkin algıladıkları stresörler Roy Uyum Modeli'ne göre uyaranlar olarak incelenmiştir. Modele göre uyaranlar odak, durumsal ve olası uyaran olarak ayrılmaktadır. Bu araştırmada KABG odak uyarandır ve KABG cerrahisi geçiren hastaların taburculuk öncesi diğer stresörleri durumsal uyaranları oluşturmaktadır ve araştırmanın bu aşamasında derinlemesine görüşme ile elde edilen ve içerik analizine göre kategorize edilen durumsal uyaranlar; bilgi gereksinimi, ölüm algısı, değişim, endişe/kaygı, korku, öfke, belirsizlik, iyileşme algısı, sosyal destek başlıkları altında aşağıda sunulmuştur.

8.1.1. Bilgi Gereksinimi

Bilgi gereksinimi, bu araştırmada yer alan KABG uygulanan hastalar için taburculuk öncesi evde bakıma ilişkin önemli bir uyaran olarak bulunmuştur. KABG'li hasta ameliyat sonrası evde bakım yönetimine ilişkin dört uyum alanının tümü için bilgiye gereksinim duyduklarını ifade etmiştir.

⇒ Fizyolojik uyum alanının beslenme ve aktivite-dinlenme boyutunda uyum davranışlarına etki edebilecek bilgi gereksinimlerini belirtmişlerdir.

"Benim için, doktor beni ikna etsin konuşulanlar hakkında. Buradan gittikten sonra bu adam ne yiyecek ne içecek? Spor yapması gerekiyor mu? Düzenli kullanması gereken ilaçları neler? Ne kadar zamanda bir kontrol olması lazım? Bu krizin tekrarlama şansı var mı? Bunların hepsini ben kendi adıma merak ediyorum." (YT, Erkek, 67 Yaş, Evli, Esnaf -Doğramacı).

Yeme içme en çok merakım. Ben normalde üç öğün yemeyen bir insandım. Saati belli olmayan bi insandım. Şimdi burda üç öğün yemek yemeye başladık. Bana çokta büyük bi sıkıntı yapmaya başladı. Saatinde yemek, saatinde şu...Bir de ameliyatla biraz fazla yediğimde bana sıkıntı yapıyor. Evde nasıl yaparız bunu bilemiyorum." (CÖ, Erkek, 48 Yaş, Evli, Emekli otomobil tamircisi)

"Yani şimdi doktorun bana bakışı nasıl hocam eve geliyom ben Mersin'e gidicem kendisi de burda. Mersin'de ben hastalandım haydi bakım. Ben kendisine yetişemiyorum diyecek ki senin 2 damarın tıkanmıştı ben ameliyat ettim işte şu şu ilaçlarını yazdım...Şimdi bu ilacı ben ne zamana kadar kullanıcam bir ay mı bir hafta mı? Bunları bana izah etsin. Şimdi bunları hepsini birlikte mi atacam tek tek mi atacam? Saati saatine mi atacam yoksa…hiç izah edilmiyor…işte şu şekil yapacaksın, kollarının hareketini işte neyini, yiyeceklerini şu şekil yiyeceksiniz şunları yemeceksiniz işte o an anlatsın bize". (MEA, Erkek, 63 Yaş, Evli, İşçi)

"Nasıl olacak? Ne yiyecek? Ne içecek? Perhiz için ne verecek? İlaç verecek işte bana, gidecem söyleyecem vallahi doktorun yanına, ben derim banyo nasıl olacak derim? Öğrenmem gerek, yoksa ne yaparım evde." (MF, Kadın, 65 Yaş, Dul, Ev Hanımı)

⇒ Fizyolojik alanın korunma, eliminasyon, sıvı-elektrolit/asit-baz dengesi boyutuna ilişkin bilgiye gereksinim olduğunu gösteren hasta ifadeleri olmuştur.

"Bana nasıl kalkacam, nelere dikkat edicem, onları söylemelerinde tabiki yarar var. Neden çok enfeksiyon olur? Göğüs kafesimi korumam için ne yapmam gerekiyor? İlk önce göğüs kafesi

açıldığına göre bana evde ne şekil kalkmam gerektiğini söylemeliler. Burda iyi kötü yataktan kaldırılıyorum, kalkıyoruz…bana ne tür hareket yapıcam önerilmeli. Bir de yemekler çok tuzsuz olduğundan yenilmiyor hocam yemek tuzsuz olunca da benim tansiyonum düşüyor az birşey koku alıyoruz yalan yok hocam." (HD, Erkek, 41 Yaş, Evli, Mobilyacı)

"En önemlisi de bu mesela terliyom icabında o yaranın bakıma ihtiyacı var tabi ki ter falan birikiyor, oraya oluyor her şey, mikrop kapar mı, ne yapmalıyım tabi anlatılsın." (FT, Kadın, 79 Yaş, Dul, Ev Hanımı)

"Ne yapılması gerekir? Nasıl davranmam lazım, ne yapmam lazım, ne yiyip içip, sigarayı biliyorum o zaten baştan bişey, onun haricinde yani, iyi bir yaşam için bunları bilgilendirsinler bunu isterim yani… Evet gerçi kızlar var onları pek düşünmüyorum ama ne zaman tam bi rahatıma kavuşucam? Bu dikişler kaynayacak, ben rahat edicem. Bunları öğrenmek isterdim…." (HG, Kadın, 79 Yaş, Evli, Ev Hanımı)

⇒ Fizyolojik alanın oksijenizasyon ve duyu alanına ilişkin bilgi gereksinimi ifade edilmiştir.

"….Yok yok benim başka birşeyim yok. Sadece şurda hafif bir ağrı kalmış onu da dün müydü dün evet. Uyumanın dışında bir sıkıntım yok. Doktorlar kontrolden gittikten sonra şöyle bi değdim baktım bi boşluk var pıs pıs ediyor elimin altında. Tekrar geldiler ya hocam dedim ben burada bişey kalmış havayı fazla mı bastınız dedim bana baktı şöyle tamam dedi. Az sonra bi daha geldiler hocasınla bi daha baktılar oraya bir film çektiriz dedi….Burda birşey yoktu. Bu üstünde falan bu oldu demek ki tam anlamadım." (CÖ, Erkek, 48 Yaş, Evli, Emekli otomobil tamircisi)

"Şu göğsümde bir şey var, göğüs ağrısı değil sanki başka bi şey varda onun sonucunu çıkaramıyorum şimdiden. Oda ayrı bi hastalık mı diyorum şimdiye kadar yoktu şimdi oldu oda aklıma geliyor yani." (SY, Erkek, 63 Yaş, Evli, Emekli Başkomiser)

⇒ Fizyolojik alanın endokrin fonksiyonu boyutunda bir hasta bilgi gereksinimini şöyle ifade etmiştir:

"Fakat bizler ne kadar da olursak olsun bilinçsiz kişiyiz. Kalp nedir? Şeker nedir? Şimdi bir arkadaşım var şekere yükleniyo şeker hastası idrara çok çıkarmış ben gecede 30 sefer çıkıydım. O çocuk dedi ki yav sen şeker hastasısın. Yav ben diyim ki bende şeker hastası olsam başım döner gözüm kararır yav bunun gizlisi varmış eşkerisi ("eşkere: açık, belli, ortada" anlamında

kullanılan yöresel ağızda bir kelimedir, hasta bilinen, tanımlanmış şeker hastalığını ifade etmektedir) *varmış. Bilinçsiz olduğumuz için çok böle vatandaş da ölüyor, çok vatandaş da sakat kalıyor çoğumuzda…işte bu, meselemiz budur." (MEA, Erkek, 63 Yaş, Evli, İşçi)*

"Vallahi bana doktorum söyleyeceğine göre, ameliyatı olduktan sonra çıktım ben ne zaman yıkanırım?...Dünya dayanamıyorum ben her gün yıkanmadan. Her gün bak hanımım orda. Hani çalışmadan gelirim benim sırtımda bir ter kokusu geldiği zaman ben huylanıyorum. Suyu çok seviyorum. Desin ki yıkanabilirsin, şunu kullan, önemli şeyler bunlar…." (MÖ, Erkek, 70 Yaş, Evli, İlkokul, Çiftçi)

⇒ Fizyolojik alandaki boyutlara ilişkin bilgiye gereksinim olmadığını ifade eden bir hasta olmuştur. Ancak o da cerrahi girişime ve önceden uygulanan stentlere ne olduğunu bilmek istemiştir.

"Valla bize ne anlatsalar, hiç valla. Ben 20 yılın üstüne anjio oldum, sonun şöyle olur böyle olur filan demediler mi biz mi dinlemedik diyim e artık yani hani anlatacaklarını ben de iyi biliyorum…Kendini koru. İşte şunu yeme şu bu şundan uzak dur diyecekler biliyorum…Sebze ye. Kolestrolü yükseltecek kalp damarında tıkanmaya neden olacak yani katı yağları yeme diyecekler. Sigara içme diyecekler her zaman dedikleri şeyler…Tek bir şey sorarım ben, şimdi benim damarlar eskiden tıkanıklık vardı stend açtı stend o stendlerden herhalde 3 tane açtılar onu merak ediyorum…Yani orda onlar duruyor da başka 3 damar mı yerleştirdiler yoksa da bana mı öyle geliyor, sorucaz….(SY, Erkek, 63 Yaş, Evli, Lise, Emekli Sandığı, Emekli Başkomiser, üçlü baypas, post.op. 5. Gün, eski MI, HT)

⇒ Rol fonksiyon alanında Roy'a göre kişinin gelişimsel evreleri ve birincil rolleriyle ilişkili görevlerinin tanımlandığı rollere ilişkin hastalar bilgi gereksinimi ifade etmişlerdir.

"Yahu bu iyileşme ne kadar sürecek? Kazma kürek kullanacam mı mesela. Ağır ne gadar kaldıracam? Eğrilip doğrulmada tabi bilmek isterim. Çünkü çiftçi olduğumuz için biz yani mecburen. Ya odunu ordan alıp buraya koyucan. Dönecen, yatacan herşey, her şey köy yerinde. Hani yapma derlerse de yapmıyacaz... (BS, Erkek, 53 Yaş, Evli, Çiftçi)

⇒ Rol fonksiyon alanına ilişkin işini sürdürüp sürdüremeyeceğini ve yasal sürece ilişkin bir hasta bilgi gereksinimi ifade etmiştir.

*"….onun dışında benim işte eee (*düşünüyor*) ben acaba malulen emekli olabilir miyim? Bu benim için çok önemli, bunu öğrenmek istiyom. Yani nasıl oluyo o bana bir bilgi verirlerse çok memnun olurum çünkü bayağı, çoktandır sigortam var en azından çoluk çocuk şey olmaz…"(HD, Erkek, 41 Yaş, Evli, Mobilyacı)*

⇒ Karşılıklı bağlılık alanında Roy' a göre tanımlanan etkili iletişim ve ilişkiler doğrultusunda sevgi ve saygı duyulma ihtiyacı olan "Etkileyen Yeterlilik", gelişme sürecinde ilişkilerdeki öğrenme ve gelişimi içeren "Gelişimsel Yeterlilik" ve süreç içinde sağlık ve güvenlik ihtiyaçlarını sağlamayı içeren "Kaynak Yeterliliği" için bir hasta gereksinim ifade etmiştir.

"….yani doktorumla bir arkadaş gibi olmak isterim. Bana olup biteni açıklasın, şunu şunu yap, yanlış bi hata yaparsam veyahut da uyguladığını yapmazsam yani sert davransın ki ben onu yapayım. Şunu yeme dedi ama bi kaçak yiyim onu. Yani belki kendimi frenlemeyebilirim. Ya onu benim frenlemem lazım… Doktorum bana şu yasak bunu yemiceksin dediği zaman ben ondan elimi çekmem lazım. Çünkü ben annemden biliyorum. Annem uygulamadı, kendi bildiği gibi yemeğini yedi, içti, ben öyle olmak istemiyorum. Doktorlar bi arkadaşım gibi…onlar söylesin yani.Şu şu böyle olur.şu şunu yaparsan ya ölürsün, ya bi tekrar bi ameliyat daha olur.Ya sizin için daha da zor bi şey olur.Yani ben bu şey edeyim,öğrenmek isterim yani."(HG, Kadın, 79 Yaş, Evli, Ev Hanımı)

8.1.2. Ölüm Algısı

Bu bölümde KABG'li hastalarda; KABG cerrahisine ve KAH'na bağlı taburculuk sonrası ölüm algısı çok önemli bir durumsal uyarandır ve hastaların ölümle ilgili ifadeleri farklılık göstermiştir. Araştırmaya katılan hastalarda ölüm ile ilgili olumsuz algılar, ne olumlu ne olumsuz görüşler yanı sıra ölümü konuşmak istemeyen ve çok az bir ifade ile yanıtlayan hastalar olduğu görülmüştür.

⇒ İlk olarak ölüm ile ilgili olumsuz duygu, düşünce, tutum içeren ifadeler verilmiştir.

"Ölmeyi istemiyorum, burada çok büyük mücadele veriyorum. Ölümden ötesi var mı ki…….Allah büyük." (TT, Kadın, 51 Yaş, Evli, Ev Hanımı)

Televizyonda arkadaşlarımızdan duyuyorum ölenler var kalp krizinden felç olanlar var işte…bir daha olmasın inşallah da isterim yani vallahi kalp ameliyatı olmayı, gerekirse yine olurum. Yav insan ne kadarda olsa çevrenden kopup gidiyosun tabi üzüntü duyarsın. Acaba o yani onu

düşünüyom, hadi öldüm gittim. Bu çoluk çocuk ne olacak, ben orda nasıl olucam? İnsan düşünüyor…Hani bu dünyadan çok öbür tarafı da düşüneceksin onları düşünüyodum ama… Evet çünkü bu dünyada yaşamak çok güzel hele illa Türkiye'de yani illa da Türkiye'de..." (MEA, Erkek, 63 Yaş, Evli, İşçi)

*"Ölüm denince……bilmiyorum herhalde insan korkar ölümden. Ben … çocuklarım var onların mürüvetlerini görmek isterim tabi ki. Yani illa ki bugün yarın muhakkak herkes ölücek. Ama biliyorum yani Cenab-ı Allah bilir ama yapılcak herhalde biraz daha işim var gibi görünüyor çocuklarım için….(*gülümsüyor*)… Ölüm bi son gibi, yok olmak gibi. Çocuklarımı göremiycem, çocuklarım beni göremiyecek. Ameliyattan önce de bunu çok çok düşündüm, sonra Allah'a şükrettim…bu bana bağışlanmış bi hayat."(HG, Kadın, 79 Yaş, Evli, Ev Hanımı)*

*"Gelmişim 50 yaşına, 100 yaşına kadar mı yaşayacam? Babam rahmetlik 87 yaşına kadar yaşadı ama o çok dinçti. He ne olacak yahu, ölümden yukarısında cavur ("*gavur"u kastediyor*) köyü mü var hiçbir şey. Babam 87 yaşında öldü, güle güle öldü hiç yani umursamadan. Akşama kadar kazma kürek çalışırdı rahmetlik. Trafik kazası geçirdi kolları bacakları kırıldı, iyleşti 87 yaşında hiç durmadan çalışırdı hiç umrunda bile olmazdı…Hani bazı insanlar için sondur ölüm, Son mu olur? Burada zaten gelici geçicisin burda hiç bişi yok ki. Öbür tarafa hazırlıklıysan…benim için orası önemli. Burası önemli değil ki burası…Yok canım ne korkutacak. Oraya hazırlanırsan, ona göre gidersen hiç bişi korkutmaz…Ya endişelendirecek hiç bişi yok. Bir an kaza da olsa olabilir ölüm, olur herşey olur. Karşıdan gelen kör olur, sağır olur, ölüme gidendir o, ona ne yapacaksın." (RD, Erkek, 52 Yaş, Evli, Emekli memur)*

"İnsan ister istemez ölümü görüyor yani biliyor ben gözümün önünde yani elli tane vatandaş gitti yani, ama burada yoğun bakımda da hissettim nefes alamıyordu ve sabahlara kadar bağırıyordu…hem nefes darlığı var, problemleri var. Tam da düz yatırırken bu on dakika yaşamaz gider dedim, gerçekten de öyle oldu….Allah en iyisini bilir tabi…" (YG, Erkek, 52 Yaş, Evli, Emekli İnşaat İşçisi)

⇒ KABG'li hastalarda ölümle ilgili ne olumlu ne de olumsuz algı içeren ve görüş bildiren hasta ifadeleri verilmiştir.

"Aameliyatta da sağlam çıkacağımı düşündüm, şimdi de…işte öbür tarafta yaşam yaşayacaz biraz da…dünya güzel olsa ne gidecez en nihayetinde…Yani bi de ben ölsem bunları (oğlunu gösteriyor) düşünüyorum. Niye düşünüyorum bunları? Ölmüş olsam aslında öldüm gittim, ne güzel işte"(BS, Erkek, 53 Yaş, Evli, Çiftçi)

*"Şimdi ameliyata giderken hocam belki gülersin (*gülüyor*)…kimisinin morali bozulur ya Allah'a şükür bende o yoktu, ben Kur'anı bilen kişiyim, okuyarak gittim. Ordan sonra, şu masadan şuraya geç dedi, geçtim kolların altına demir gibi bişey bağlıyorlar ya hocam onu bağlarlarken Yasin ezberimde ya okuyarak girdim. Ne okuyorsun dedi? Kur'andan Yasin'den okuyorum hocam dedim. Çabuk bitir okumanı yarım kalmasın dedi daha da bişey bilmiyorum ordan sonra yoğun bakımda gözümüzü açtık. Hayırlısıyla yaşayacağımız gün varsa bundan sonra da yaşarız." (HD, Erkek, 41 Yaş, Evli, Mobilyacı)*

⇒ Ölümle ilgili bir hasta olumlu/olumsuz algı bildirmeden korkmadığını ifade etmiştir.

Önceden çok korku vardı mesela 20 yıl önce kardiolojiye gitceksin deyince ölüme gidiyor gibi gelirdi bana şimdi hangi şekilde olursa güvenmeye başladım yani gözlerimi açmaya başladım…..Hayır ben kalp krizi geçirceğim hayatta gelmezdi aklıma, nerden bilicem hiç gelmemiş başıma….ama şimdi hiç korkmuyorum." (SY, Erkek, 63 Yaş, Evli, Emekli Başkomiser)

⇒ Ölümle ilgili çok kısa bir iki cümle ile geçen bir hasta ifadesine yer verilmiştir.

"Pek geleceği düşünmem. Yani ölümlü dünya derim. Ölümden de korkmam. Pek düşünmem." (CÖ, Erkek, 48 Yaş, Evli, Emekli otomobil tamircisi)

8.1.3. Değişim

Bu bölümde KABG'li hastalar tüm uyum alanlarına etki edebilecek durumsal uyaran olarak değişim bulunmuştur.

*"Yani et çok alırım. İşkembe, kelle mumbar felan bizim Güneydoğu'nun bunlar şeyidir. Tatlıyı hele yemediğim gün başım dolanır (*başının döndüğünü eli ile de başı üzerinde daire çizerek anlatıyor*). Tatlıya çok düşkünüm. Acıyı pek sevmem. Yerim 3-4 tene süs biber ha yani. Balığı pek sevmem. Hele iki kere yiyeyim öyle tavuk sası sası kokuyor (* "sası: 1. küf ve çürük gibi kokan. 2. kokuşmuş. 3. tatsız" anlamlarında kullanılıyor, burada hasta kötü koktuğunu ifade ediyor*) bana böyle kokuyor gibi geliyor. Yani bu gibi şeyler değişecek tabi….Bi de şunu söyledi onu unuttum bu kiloyu ver dedi sana yakışmıyor bu kilo, hani ameliyat için falan demedi, bu kiloyu ver dedi. Sigara kullanıyordum 5-6 sene oldu bıraktım. Alkolü de. Herşey değişecek şimdi…"(MEA, Erkek, 63 Yaş, Evli, İşçi)*

*"Perhizime yüzde yüz olmasa da yüzde seksen beş, doksan arasında uyarım. Çünkü kendi evinde hırsızlığı şekerden bile yapıyosun yani. (*gülerek ekliyor*) Arada kaçak da olur yani." (RD, Erkek, 52 Yaş, Evli, Emekli memur).*

Hayır zaten bir ay önce 1 dal 2 dal günde içerdim. Bırakmayı düşünüyordum, bırakmadan yakaladı bizi bu. Bilmem ne yapacaz bakalım, bırakacaz mecbur…….tuzu çok severdim, terayağı da, kırmızı et epeydir yemiyorum yedim mi dokanıyor bana, anında çıkarıyom onun için yemiyom. Artık zeytin yağ ben işte marul salatası falan, domates gibi şeyler yiyecem (BS, Erkek, 53 Yaş, Evli, Yeşilkart, Çiftçi)

"….Şimdi bir öksürük var…işte onu da sigarayı bırakmam gerek. İki günde bi paket ancak bitiriyodum. Ama içime çekmiyodum fazla öyle dışarı üflerdim. E tabi ben ne kadar üflesemde bu muhakkak gider içime de. 17 yaşında başladım da, çok erken…. Muhakkak sigaradan da, narkozun da herhalde etkisi, balgam çıkararak atmam lazım. Yani bu sigara içende aynı oluyo herhalde içmeyende, narkoz öyle çıkıyormuş galiba duyduğum kadarıyla." (HG, Kadın, 79 Yaş, Evli, İlkokul, Emekli Sandığı, Ev Hanımı, üçlü baypas, post.op. 5. Gün)

*"Sakindim de böyle şey etmezdim yani bu ameliyatın üstüne bayağı ("*epey, bir hayli" anlamında söylüyor*) sinir geldi bana yani böyle şeylik geldi ben kendimi bilirim." NO, Kadın, 54 Yaş, Dul, Emekli Hemşire)*

*"Valla başka bişey düşünemiyorum. İlk önce sigara içilen yerden uzak durucam. Sonra topluma giriyoduk, kahveye (*kahvehaneyi kastediyor*) gidiyorum oyun oynamak için emekli olduğumuz için. İçki içiyorum, bunlardan biraz uzak durmaya çalışıcam...ben yürüyüş yapıyodum günde 3-5 saat, ilaçta kullanıyodum çok iyiydim. Kahveye bi oturdum her taraf tıkanmaya başladı. Kahveler rahat…" (SY, Erkek, 63 Yaş, Evli, Emekli Başkomiser)*

"Hayatımı etkiler tabi de…..Yok etkiler derken tabi ki arkadaşlarlan yerine göre oturcaz sohbet etcez gerekirse ama sigara alemi içki alemi olmaz tabi. Onlar içse de ben onlarla yine şaka şuka yapabilirim…." (CÖ, Erkek, 48 Yaş, Evli, Emekli otomobil tamircisi)

⇒ KABG'li hastalardan biri uyum alanlarına etki edebilecek değişimin olmayacağını düşündüğünü belirtmiştir, ancak ifadesinde değişikliklerin neler olacağından söz edip, bu değişikliklere uyum sağlayacağını söylemiştir.

"Şimdi hayır ben ameliyatın bende birşey etkileyeceğini zannetmiyorum, kendime güvenim var…ha ne olacak yani günde 100 km yol yapıyorsak bu 50 km'ye düşecek. Ha bu ne olacak işte kardeşin olsun, usta başları olsun, oturduğun yerden şöyle yapalım,böyle yapalım diye iş paylaşımı yapıcaz.Yine hayat devam ediyor. Artık oturduğum yerden idare edicem." (YG, Erkek, 52 Yaş, Evli, Emekli İnşaat İşçisi)

8.1.4. Endişe/Kaygı

Bu bölümde KABG'li hastaların uyum alanlarına etki edebilecek diğer bir uyaran olarak endişe/kaygı bulunmuştur.

⇒ KABG sonrası hastaların fizyolojik alana etki edebilecek endişe ifadelerinde bulunmuştur.

"Bazıları şimdi düşünüyom, şimdi ben hastalansam, gittiğim zaman derki arkadaş bu ameliyatı ben yapmamışım doktorunla irtibat kurun diyor, hani onlar da haklı, ben yanlış birşey yaparım şimdi diye düşünüyorum işte…Yine bir sorun çıkarsa, yani ameliyattan başka çaresi yoksa ameliyat yapın beni derim yani. Çünkü ben bu sıkıntıylan yaşayamam." (BS, Erkek, 53 Yaş, Evli, Çiftçi)

*"….Yoğun bakımdayken şurdan şura (*göğüs tüpünün çekildiği bölgeyi eliyle gösteriyor*) ilk tüp çekildiğinde dikiş birşey yaptılar, bir sorun olmadı. İkinci gün buraya geleceğimde şurdaki (*ikinci göğüs tüpü yerini işaret ediyor*) tüp çekildi. Buraya geldik akşamüzeri burda aynı şekilde bandaj var. Pıs pus diye bişey yapıyor burda hava mı kaçırıyor baktım şurdan bildiğin su akmaya başladı. Hemşire geldi böyle çok iyi dedi. İçerde olmasından dışarı çıkması çok iyi dedi. Gerçekten o akşam bayağı (*epey fazla anlamında kullanıyor*) bi aktı. Burda bişey kalmadı. Burda bişey yoktu…bu oldu demek ki tam anlamadım. Dur bakalım işte görücez." (CÖ, Erkek, 48 Yaş, Evli, Emekli otomobil tamircisi)*

⇒ KABG sonrası evde bakıma ilişkin hastalar benlik, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık alanlarına etki edebilecek endişe ifade etmişlerdir.

*"Evet mesela olur ya çalışamadık iş ağır gelir bu iyi adam ama bir de bakıyosun işine yaramayosun yürü (*işten çıkartılacağını kastediyor*) devlet memuru falan değilsin ki. Çıkartırlarsa seni işten değil mi, düşündürüyor bütün bunlar…Valla hocam ilkin çocuklarım gözümün önüne geldi ben çalışamam, o zaman çocuklarım ne yapacak parasız pulsuz. İlk etapta o geldi gözümün önüne gerçek, ev kira ondan sonra aldığım para da belli, bir para da değil*

zaten, el işi… Şimdi bu konuda herhangi birşey sormadım da bir 3 ay zaten çalışamam.. çoluk çocuk kim bakacak…okula gidiyorlar çalışmak şart." (HD, Erkek, 41 Yaş, Evli, Mobilyacı)

"Ameliyattan önce de düşünüyodum, şimdi de düşünüyom. Ne olacak? Nasıl ediyorlar? Ölecek kalacak mıyız? Endişeleniyor insan, ölecem mi, sakat mı kalıcam, felç mi olacam, her şey düşünülüyor" (MF, Kadın, 65 Yaş, Dul, Ev Hanımı)

*"…şöyle oldu, ben bu askere gitti (*oğlunu gösteriyor*), çalışıyordu parasal ekonomik yönden. Biri okulda, biri askere gitti, bi de rahatsızlık üstüne rahatsızlık. Antalya'ya son bir yılda ben hiç gelmediysem 50-70 sefer geldim. Param yok zaten, biraz borçlandım. Bunalıma girmiş gibi bir şey oldum ben. Baş ağrısı gece yatamıyom, gece uykum kaçıyor sabaha kadar yatakta dönüyom. Psikiyatri doktoruna çık dedi biri çıktım. Bir uyku hapı verdi zaten." (BS, Erkek, 53 Yaş, Evli, Çiftçi)*

"Doktorum bana şu yasak bunu yemiyeceksin dediği zaman ben ondan elimi çekmem lazım. Çünkü ben annemden biliyorum. Annem uygulamadı, kendi bildiği gibi yemeğini yedi, içti, ben öyle olmak istemiyorum. Doktorlar bi arkadaşım gibi…onlar yapılması gereken şeyi söylesin yani.Şu şu böyle olur, şunu şunu yaparsan ya ölürsün, ya bi tekrar bi ameliyat daha olur.Ya sizin için daha da zor bi şey olur.Yani ben bunu öğreneyim..yoksa endişe ederim yani…"(HG, Kadın, 79 Yaş, Evli, Ev Hanımı)

8.1.5. Korku

Bu bölümde KABG'li hastalar fizyolojik alan ve benlik alanına etki edebilecek diğer bir durumsal uyaran olarak korku bulunmuştur.

⇒ KABG sonrası evde bakıma ilişkin bir hasta fizyolojik alanın oksijenizasyon boyutuna etki edebilecek korku ifade etmiştir.

"…Başka yok ben sadece şundan korkuyorum ayağımdaki şişlikten, bi de bu kesik kesik nefesten. birşey olur mu olmaz mı diye? Yoksa da başka da birşey yok, Allah'ın izniyle…."(BS, Erkek, 53 Yaş, Evli, Çiftçi)

"Ben bundan böyle ameliyat olacaklara da korkmamasını söylerim. Ben çok korktum, karşımdaki korkmasın, yani büyük bi cesaretlen üstüne gidebilir derim. Ameliyattan sonra her şey düzelecek, ben çok rahatım sadece şu an bir problemim var o da öksürmem…doktorum herhalde eşimle görüşmüş, ameliyat çok başarılı geçmiş. O yönden çok rahatım, doktor beye de

çok güvendim. Allah razı olsun kendisinden. Yani ameliyat geçti gitti artık, geçiyor hepsi derim. Korktuğum bi durum bu balgamı, narkozun balgamını bir buçuk ayda da atabilirsiniz diyorlar, aslı var yok bilmiyorum, atabilir miyim, bilemez miyim bunu çok merak ediyorum…Yoksa hep böyle tıkanık bir halde mi olurum…Yani tamam şu an bi şikayetim yok. Ama başarabilir miyim? Bunu öğrenmek, bilmek isterdim." (HG, Kadın, 79 Yaş, Evli, Ev Hanımı)

⇒ KABG sonrası bir hasta benlik alanına etki edebilecek korku ifade etmiştir.

"Şimdi benim morale ihtiyacım var, ben yarım adamım. Kalp demek ne demek beyin demek ne demek? İnsanı taşıyan bu iki şeydir." (MEA, Erkek, 63 Yaş, Evli, İşçi)

⇒ Ayrıca bazı hastalar ameliyat öncesi korku yaşadıklarını artık korkmadığını belirtmiştir.

"…onu yaşadım ya, atlattım. Ondan sonra hani ameliyattan korktuğumun üçte biri gibi olmadı, bundan sonrası hiç olmaz geliyor. Korkmam artık." (HD, Erkek, 41 Yaş, Evli, Ortaokul, Esnaf (Mobilyacı), tekli baypas, post-op. 5. Gün, eski angina)

8.1.6. Öfke

Bu bölümde KABG'li hastalar tüm uyum alanlarında uyum davranışlarına etki edebilecek bir diğer uyaran öfke olarak bulunmuş ve hastaların öfke ile ilgili ifadeleri aşağıda sunulmuştur.

"Var ben gelmeden 1-2 okudum yani elmanın yarısını yiyecen işte ayvanın yarısını yiyecesin hani bir insanın okudum yani. Okudum fakat ben elmayı melmayı hiç bi tarafa atıym benim doktorum sensen karşına alacaksın beni sağa sola satmak değil E…efendi; 2 ana damarını da baypass yapmışım sen çok dikkat edeceksin diyecek bana. Sonra benim kızdığım nokta şu buramı sen açmışın neden kelepçe vurmuyorsun? Ha neden kelepçe?… bilmiyorum. Acaba ışınla mı dikti? Neyle diktiğini bile bilmiyorum…Bilmiyoruz valla belki 3 ay, 5 ay, 6 ayda iyileşir diye konuşuluyor...Hastanı bilinçlendireceksin ki bende ona göre…şimdi kemiğin kaynaması var kaynamadan hareketim var. Kaynadıktan sonra belli hareketler var. Hadi hareket değil hiç olmadı şurdan bir tas su alıp içebilirim hani korkmadan doğrusu." (MEA, Erkek, 63 Yaş, Evli, İşçi)

*"Sakin bilir herkes beni ama sinirliyimdir. Şu çocuğa (*yanındaki oğlunu işaret ediyor*) biri haksızlık yapsa, ben kendi kendime içime atıyorum. Onu adama dedim mi kavga etmem lazım yani böyle birşey beni hemen etkiliyor." (BS, Erkek, 53 Yaş, Evli, Çiftçi)*

Pek aksi değilim. (eşi araya giriyor biraz aksiliğimiz var-gülüyor-)…(gülüyor)…sinirlenince, öfkelenince valla giderim üzerine uzatırım şeyi, konuyu…ama çabuk geçer sinirim. Yani 5 dakikada ateşlenirim fakat pişman olurum sonra, ama karşıya da bildirdiğim olmadı…..Pişman olurum ama sinirlenirim pişman olurum.o anda ne oluyosa bilmiyom sinirleniveriyom…. Bizim kalbimizi yiyen meslek oldu…(gülüyor)…Stresli meslekti yani ben zamanında böyle sinirlenmeyen sakin adamdım oda tabi aksi etki yaptı… Valla o stres ortamını uzak tutmaya çalışıyorum." (SY, Erkek, 63 Yaş, Evli, Emekli Başkomiser)

8.1.7. Belirsizlik

Bu bölümde KABG'li hastaların taburculuktan sonraki evdeki yaşama ilişkin bir diğer durumsal uyaran belirsizlik olarak bulunmuştur. KABG'li hastalarda belirsizlik ile ilgili ifadelere aşağıda yer verilmiştir.

"Ameliyattan sonra yaşamımda ne olur, orasını yaşamadan bir şey diyemem." (RD, Erkek, 52 Yaş, Evli, Emekli memur)

"Şimdi bilmediğim için bana havayla civa geliyo kalkıydım ya, buramı ellediydim (göğsünde insizyon yerini gösteriyor)…el itibakı vardı işte şimdi öğrendim yani bu elim nelere mal ettiğini ben burada öğrendim yani, evde nasıl olacak bakalım." (MEA, Erkek, 63 Yaş, Evli, İşçi)

Biraz top çalıştım bugün (insentif spirometreyi kastediyor) nefesim kısıldı benim kısa kısa alıp veriyom ne olduysa akşamdan bişi oldu yani. ……..Bu evde de böyle sürecek mi, belli değil." (BS, Erkek, 53 Yaş, Evli, Çiftçi)

⇒ KABG'li hastalardan birisi belirsizlik ifade etmekle birlikte evdeki yaşamla ilgili olumlu beklenti ifade etmiştir.

"…O an ağladım, önlüğü giyince ağladım. Artık yola, yolculuğa çıkınca ameliyathaneye de yavaş yavaş adımlarım gelince o an bi cesaret geldi, korkma dedim yani artık…..ruhum hani önce Allah ondan sonra doktorlar dedim. Girdim ameliyata. Şükür bak şimdi burdayım. Bundan sonrası ne olur bilemem…….Bundan sonra artık hayatımın çok etkileceğini zannetmiyorum yani herhalde daha bi Cenab-ı Allah ne kadar uzun ömür verdi bilemem ama fakat daha bi rahat olurum diye düşünüyorum ki en başta sigarayı bırakmayı kadar düşünüyorum…yine de bilemiyorum tabi…" (HG, Kadın, 79 Yaş, Evli, Ev Hanımı)

8.1.8. İyileşme Algısı

Bu bölümde KABG'li hastalarda evde bakıma ilişkin bir diğer durumsal uyaran iyileşme algısı olarak bulunmuştur. Hastaların fizyolojik, benlik, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık alanlarına etki edebilecek iyileşme algısı ile ilgili ifadelere aşağıda yer verilmiştir.

"Benim hayatımı hiç değiştirmez gene evde, tarlalarda vakit geçiririm yani iyileşirsem o kadar, gücüm yettiği kadar hanımla birbirimize destek oluruz…Valla bana 10-15 güne iyileşecek bu yara gibi, içime öyle geliyor…Yani eski B.'a dönem o zannedersem bir yıl sürer yani öyle düşünüyorum." (BS, Erkek, 53 Yaş, Evli, Çiftçi)

"Arabayı kullanmam için herhalde 3 ayda geçer ama söylerler herhalde. İyileşirim sanki o zamana." (RD, Erkek, 52 Yaş, Evli, Emekli memur).

"Ufak bi bahçemiz var ağaçları filan çapalıyoruz suluyoruz meşgul oluyoruz gene ara sıra öyle fazla değilde. Tam bir iyileşeyim hele. Yaparım gene, 1-2 ay geçsin yaparım. Şimdi hemen zorlayıpta işi kayba düşürmeyelim." (SY, Erkek, 63 Yaş, Evli, Emekli Başkomiser)

8.1.9. Sosyal Destek

Bu bölümde KABG'li hastalar karşılıklı bağlılık alanında uyum davranışlarına etki edebilecek durumsal uyaran sosyal destek bulunmuştur. KABG'lı hastalardan biri kimsesinin olmadığını belirtmiştir.

"İş hastasıyım bide, temizlik, titizlik gibi, bana bakmak zor. Kardeşim ve gelinden başka (gelini gösteriyor) kimse yok ki bana baksın. 3 ay burada mecbur şey bitene kadar kalıcam, zaten kardeşim göndermiyor….insanın kimsesi olmaması çok zor." (MF, Kadın, 65 Yaş, Dul, Okur-yazar, SSK, Ev Hanımı, üçlü baypas, post.op. 5. Gün, HT)

⇒ Araştırmanın bu bölümündeki KABG'li diğer hastalar yeterli sosyal desteği olumlu olarak ifade etmişlerdir.

*"Ağlamak istiyorum ben gelip de baktıkları zaman…(*ağlıyor*)…bene bir ağırlık geliyor yani onu istemezdim beni ziyarete gelmişler sevinmem gerekirken ağlıyorum yani böyle bir ağırlık geliyi, sinirli vücudumda ya, şeylik geliyor……..aile durumumuz çok iyi, bizler çok bağlıyık yani." (MEA, Erkek, 63 Yaş, Evli, İşçi)*

"Tabi canım herzaman için birlik beraberlik. Kardeşlerimiz biz 9 tane kardeşiz 2 tanesi öldü. Atmışar yaşında öldüler ikisi genç öldü onların çocuklarıyla da öyleyiz biz hepimiz birlik beraberlik içindeyiz." (RD, Erkek, 52 Yaş, Evli, Emekli memur)

*"Askerde oğlum, duymuş aradı. Sonra geleyim mi dedi? Oğlum sen bilirsin gelirsen gel dedim şey et dedim hatta sonra gelmemeyi düşündü. Yakın değil, Hakkâri gel git 300 milyon. Sonradan bi telefon açtı, baba ben gelicem dedi. İşte birşeyler mi demişler, köyden telefon açmışlar. Yani oldu bi ameliyat mı demişler. Gelceksen gel dedim senin bana bi faydan olmaz ya dedim……(*ağlıyor*).....Afyon'daki de geldi. Sabah gitti. Yani dördümüz arasında şeyimiz iyidir ailemizde. Birbirimize destek oluyoruz." (BS, Erkek, 53 Yaş, Evli, Çiftçi)*

"…Asıl aile ilişkilerini etkiliyor. İster istemez değiştiriyor tabi. Bir korku panik bi bağlılık bişey oluyor yani. İnsan kavga da ediyor şu oluyor bu oluyor ama bu tür olaylarda onlar unutuluyor bi bağlılık oluyor" (CÖ, Erkek, 48 Yaş, Evli, İlkokul, SSK, Emekli otomobil tamircisi, ikili baypas, post.op. 7. Gün)

9. TARTIŞMA

9.1. Koroner Arter Baypas Greft Geçiren Hastalarda Taburculuk Öncesi Stresörlerin Roy Uyum Modeli'ne Göre İncelenmesi

Bu araştırmada bölümde KABG sonrası hastaların taburculuk öncesi evde bakıma ilişkin algıladıkları stresörler Roy Uyum Modeli'ne göre uyaranlar olarak ele alınmış (Perrett, 2007; Roy, 2009), KABG odak uyaran; bilgi gereksinimi, ölüm algısı, değişim, endişe/kaygı, korku, öfke, belirsizlik, iyileşme algısı, sosyal destek durumsal uyaranlar olarak incelenmiştir.

Roy Uyum Modeli'ne göre uyaranlar, bireyde davranışın oluşmasını harekete geçirir, insan ve çevre arasındaki etkileşimi içerir. Odak uyaran, kişiler tarafından içsel veya dışsal çevreden gelen ve kişinin uyum düzeyini doğrudan etkileyen uyarandır ve genellikle bilinç dahilinde gerçekleşir (Roy, 2009). Bu araştırmada KABG cerrahisinin kendisi odak uyarandır, fizyolojik, psikososyal bir stresör olarak kişinin biyo-psiko-sosyal dengesini ve uyumunu bozar (Chen, Ku, 1997; Hwang ve ark., 1997; Flanagan, 1998; Gallagher ve McKinley 2007; Kan, 2009; Martin ve Turkelson 2006; Redeker, 1992; Reston ve ark. 2003, Tung, Hunter, Wei, 2008). Roy odak uyaranların uyumun sağlanması için hemen mücadele gerektiren uyaranlar olduğunu belirtmektedir. Durumsal uyaran; odak uyaranın etkisine katkıda bulunan diğer tüm uyaranlardır. Durumsal uyaranlar kişinin odak uyarana karşı nasıl uyum davranışı göstereceğini belirler. KABG geçiren hastalarda uyaranların belirlenmesi ve yönetilmesi; bu noktada büyük önem kazanmaktadır (Dimotti ve Tulman, 2003; Kan, 2009). Çünkü Roy

Uyum Modeli'ne göre uyum üzerine odaklı bir sistem olarak tanımlanan KABG cerrahi hastası; fizyolojik, benlik, rol fonksiyon ve karşılıklı etkileşim alanı olarak dört alanda etkili ya da etkisiz uyum davranışları gösterecektir (Dimotti ve Tulman, 2003; Flanagan, 1998; Kan, 2009; Perrett, 2007).

Bu araştırma sonucunda verilerin değerlendirilmesinden elde edilen en önemli uyaran "***bilgi gereksinimi"*** olarak ortaya çıkmıştır. KABG'li hastalar KABG cerrahisi sonrası fizyolojik alanın oksijenlenme, beslenme, boşaltım, aktivite ve dinlenme, korunma, duyular, sıvı-elektrolit ve asit-baz dengesi, endokrin fonksiyon ile ilgili tüm boyutlarında bilgi gereksinimi ifade etmiştir. Fizyolojik alana ilişkin sadece nörolojik fonksiyon boyutunda hastalar gereksinim ortaya koymamıştır. KABG'li hastalar bilgi gereksinimlerini rol fonksiyon alanındaki uyum davranışları ile ilgili olarak da ifade etmişlerdir. Literatürdeki niceliksel çalışma sonuçları da hastaların KABG sonrası bilgi gereksinimlerinin öncelikli olduğunu göstermektedir (Chesnick, 1992; Erdoğan, 2012; Fredericks, İbrahim, Puri, 2009; Jickling, Graydon, 1997; Özcan, 2008).

Araştırmada belirlenen çok önemli bir diğer durumsal uyaran "***ölüm algısı"***dır. Literatürde ölüm algısı; ölüm anksiyetesi, ölümün reddi, kabulü, sosyal ölüm algısı gibi farklı boyutlarda ele alınmaktadır (Feifel, 2006). KABG'li hastalarda ölmek istemediğini bildiren (5), ölümü kabul eden (1), korkmadığını belirten (2) hastaların olduğu, diğerlerinin ise bu konuyu hiç konuşmak istemediği (8) görülmüştür. Bu araştırmanın örneklemini oluşturan hastaların yarısının "ölüm" hakkında konuşmak istememesi önemli bir bulgudur. Bir hastanın endişe ifadesi içinde ölecek miyim, kalacak mıyım şeklinde ifade etmesi ancak ölümle ilgili konuşmak istememesi de dikkat çekicidir (MF, Kadın, 65 Yaş, Dul, Ev Hanımı). Görüşme yapılan hastaların ölümü konuşmaktan çekinmesi, olumsuz düşüncelerin yarattığı huzursuzluktan kaçınmada ve bireyin kişisel benliğini korumada bir savunma mekanizması olabilir. Oysaki araştırma kapsamına alınan bireyler, kalbi hayati bir organ olarak algılamakta, kalp krizi sonrası kalbin durması ve yaşamlarının sonlanması ile ilgili stres yaşadığını ifade etmektedir. Bir hasta televizyondan, arkadaşlarından kalp krizi nedeniyle ölenleri duyduğunu, bu nedenle ölümden korktuğunu ifade etmiştir, aynı hasta kalp ameliyatı sonrası kendisini yarım bir adam olarak nitelendirmiş, kalp ve beynin insan için oldukça önemli organlar olduğunu belirtmiştir (MEA, Erkek, 63 Yaş, Evli, İşçi). Leegard ve Fogermoen'un (2007) KABG sonrası hastaların deneyimleri ile ilgili nitel çalışmaları

sentezledikleri araştırma sonucunda ölüm korkusu bir tema oluşturmuş ve yeni bir kalp krizi ve ölüm önemli stresörler olarak vurgulanmıştır. Ayrıca KABG'li hastalarda niceliksel ölçümlerle stresörlerin belirlendiği Parvan ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında da "hastalıktan ya cerrahiden sonra hastaların ölmesinin" algılanan en önemli beşinci stresör olduğu gösterilmiştir.

Bu araştırmada ölüm ile ilgili görüş bildiren tüm hastaların ifadeleri ayrıntılı incelendiğinde "Cenab-ı Allah bilir", "Allah büyüktür", "Allaha şükrettim", "Kur'an ve Yasin okudum", "Allah'a sığındım" gibi ifadelerin çok kullanıldığı görülmektedir. Ülkemizdeki müslüman bir toplumun kaderci bakış açısının hasta ifadelerine de yansıdığı, dini inanç ile ilgili olarak spiritüel boyutta ölümün kabullenilmesinde bu faktörün önemli yer tuttuğu söylenebilir. Çünkü toplumumuzda, dini inaçların doğrultusunda ölüm allah'tan gelen bir şey olarak algılanmakta, dolayısıyla olduğu gibi kabullenilmektedir. "Ölümden ötesi var mı?", "Hepimiz bir gün öleceğiz", "Allah'tan gelene ne denir?" gibi ifadelerin yer alması da bu görüşü desteklemektedir.

Ölüm algısı ile ilgili anksiyete yaşayan ve ölümden korktuğunu açıkça ifade eden hastaların ise, kendilerinin ve özellikle çocuklarının geleceğini düşünmesi, yaşamı sevmeleri, henüz amaçlarını gerçekleştirmemiş olmaları, hedeflerine ulaşmadan ölmek istememeleri gibi faktörlerden kaynaklanmaktadır.

KABG'li hastalarda yaşamlarındaki ***"değişim"*** bir uyaran olarak belirlenmiştir. Hastalar fizyolojik alanda beslenmeden, aktiviteye, benlik alanında kendini algılama ile ilgili, rol fonksiyon alanında birincil ve ikincil rollerde, karşılıklı bağlılık alanında aile ilişkilerine kadar değişim ifade etmişlerdir. KABG bireyin yaşamını biyo-psiko-sosyal boyutta etkileyen önemli bir cerrahi girişimdir. Ameliyat sonrası dönemde bireylerin yaşamının her alanında uyum davranışlarını ve uyum düzeyini etkileyen değişim ifadelerinin yer alması da bunu destekler bulgulardır. Ayrıca bireylerin rutin devam eden yaşamlarında KAH ve buna bağlı gelişebilecek sorunları önlemek ya da çözmek amacıyla tedavi seçeneği olarak gerçekleştirilen KABG cerrahisinin getirdiği bu değişimlere uyum sağlamanın kolay olmadığı, bu değişimlerin de hastaların Roy Uyum Modeli'nde tanımlanan düzenleyici ve bilişsel –duyuşsal başetme mekanizmalarını harekete geçiren önemli bir uyaran olduğu söylenebilir. Roy Uyum Modeli'nde tanımlanan uyum alanlarına etki edebilecek değişim yaşandığını bu hasta grubunda ortaya koyan nitel bir çalışmaya rastlanmamıştır. Leegard ve Fogermoen'un çalışmasında (2007) bireylerin sosyal rollerindeki değişimin önemli bir stresör

olarak algıladığı gösterilmiştir. Theobald ve McMurray'in (2004) nitel çalışmasında da iyileşme sürecinde yaşanan fiziksel değişiklikler, kişilik değişiklikleri ile ilgili hasta deneyimleri yer almıştır. Bu çalışmalardaki sonuçlar, bu araştırma kapsamındaki hastaların fizyolojik alan, benlik alanı ve karşılıklı bağlılık alanında değişim ifadelerini destekler niteliktedir.

Bu araştırmada ***"endişe/kaygı"***, ***"korku"*** ve ***"öfke"*** diğer önemli uyaranları oluşturmuştur. KABG'li hastalar öncelikli olarak fizyolojik alanla ilgili uyuma etki edebilecek endişe ve korku belirtmişler, daha sonra özellikle rol fonksiyon alanındaki rollerine ve ekonomik durumla ilgili ifadelerde bulunmuşlardır. Özellikle bir hasta sağlık profesyonellerinden yeterli desteği alamamasından kaynaklı öfkesini belirtmiştir. Bu çalışma sonuçlarına benzer şekilde Robley ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında hastalar sağlık profesyonellerine ilişkin öfke ifade etmiş, aynı çalışmada hastalar eşlerine ve aile üyelerine duydukları öfkeyi önemli bir stresör olarak vurgulamıştır. Yapılan bir nitel derlemede de endişe ve korku KABG hastası için iyileşme dönemini olumsuz etkileyen deneyimler olarak gösterilmektedir (Leegard, Fogermoen, 2007). Lie ve arkadaşlarının (2010) karma araştırma metoduyla yürüttükleri çalışmada KABG sonrası erken rehabilitasyon dönemi için anksiyetenin hastalar için önemli stresör olduğu belirtilmektedir.

KABG'li hastalarla yürütülen bu çalışmada belirlenen durumsal uyaranlardan bir diğeri ***"belirsizlik"***tir. Hastalar KABG ile birlikte fizyolojik alanla ilgili özellikle oksijenlenme, korunma boyutlarında belirsizlik ifade etmişlerdir. Bu araştırmada yer alan hastaların gelecekle ilgili belirsizlik yaşadıkları, evde kendilerini nelerin beklediğini bilemedikleri anlaşılmıştır. KABG cerrahisi geçiren bireylerle yürütülen çalışmalarda da KABG cerrahisinin hastayı hem psikolojik hem de fizyolojik olarak etkileyen yeni sorunlar ve belirsizlikler meydana getirdiği gösterilmiştir. (Leegard, Fagermoen, 2007; Lie ve ark., 2010; Robley ve ark., 2010; Theobald, McMuray, 2004). Belirsizlik, herhangi bir durumu kontrol edememekten kaynaklanan yetersizlik duygusunu tanımlamaktadır (Öz, 2001). Lazarus ve Folkman (1987) yaşanan belirsizliklerin bireyde stres yarattığını bildirmektedir, bu nedenle de bu araştırma sonucunda bireylerin ifade ettikleri belirsizlik önemli bir durumsal uyaran olarak KABG sonrası taburculuk öncesi bireylerin başetme-uyumunu etkileyen önemli bir tema olarak ele alınmıştır.

Bu araştırmada KABG'li hastalarda KABG sonrası taburculuk sonrası döneme etki eden durumsal uyaran olarak **"iyileşme algısı"** belirlenmiştir. KABG'li hastalar özellikle

fizyolojik alanda ve rol fonksiyon alanında iyileşme algısı ile düşüncelerini ifade etmişlerdir. Hastalar KABG sonrası iyileşmeyi umut etmekte, kendi kendilerine yetebilmeyi beklemektedir. Bazılarına göre iyileşme bir ay, bazılarına göre üç-dört ay, bazılarına göre ise bir yıl kadar sürecek bir süreç olarak algılanmaktadır. Ayrıca iyileşme sürecinde zorlayıcı davranışlardan kaçınılması, iyileşme sürecinin olumsuz etkilenmemesi de önemli beklentiler olarak ifade edilmektedir. Kan (2007) Roy Uyum Modeli'ne göre KABG cerrahisi uygulanan hastalarda iyileşme algısını nicel olarak değerlendirmiş, ancak iyileşme algısı ile uyum davranışları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. King ve Gortner'in çalışmasında (1996), kadınlarda iyileşme algısı puanlarının anlamlı şekilde erkeklerden yüksek bulunmuş, iyileşme deneyimlerinin daha yakından incelenmesi önerilmiştir.

KABG'li hastalarda belirlenen son durumsal uyaran **"sosyal destek"**tir. KABG'li hastalar sosyal destek ile ilgili genellikle olumlu görüş bildirirken, bir hasta sosyal destek yetersizliği ile ilgili ifadede bulunmuştur. Leegard ve Fagermoen (2007) nitel çalışmalarda yakınları tarafından onaylanmama, başkalarından destek alamamanın KABG'li hastalar için önemli olduğunu gösteren sonuçlara dikkat çekmektedir. Robley ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında hasta ve yakınları arasındaki yaşanan olumsuz deneyimler stresör olarak belirtilmektedir. Roy Uyum Modeli'ne göre sosyal destek, karşılıklı bağlılık alanındaki uyum davranışlarına etki edebilecek önemli bir faktör olarak tanımlanmaktadır (Roy, 2009). Bu çalışma sonucunda hastaların ifade ettikleri olumlu sosyal destek algılarının, bizim toplumumuzdaki kültürel özelliklerden kaynaklandığı söylenebilir. Hastalık durumunda özellikle birinci ve ikinci derece akrabaların, sosyal çevrenin desteğinin artması, kalp ameliyatının tüm toplum için önemli bir durum olarak kabul edilmesi, fiziksel bakım ihtiyaçlarının karşılanması, ekonomik destek sağlanması, yardımlaşma, hasta ziyaretlerinin önemsenmesi ve psikolojik destek sağlanması gibi faktörlerin olumlu etki yaratması ile açıklanabilir.

Özet olarak bu çalışmada odak uyaran kabul edilen KABG cerrahisinin uyum alanlarındaki etkisini arttırabilecek durumsal uyaranlar; bilgi gereksinimi, ölüm algısı, değişim, endişe/kaygı, korku, öfke, belirsizlik, iyileşme algısı, sosyal destek olarak belirlenmiştir. Odak uyaranın etkisini arttırabilecek diğer uyaranların iyi yönetilmesi, hastalarda başetme mekanizmalarının bu bağlamda güçlendirilmesi ile taburculuk sonrası dönemde uyum düzeyleri arttırılabilecktir. KABG ile uzlaşmacı uyum düzeyinde olan hastalar, hem odak, hem de durumsal uyaranlardan etkilenir.

Roy Uyum Modeli'nde tanımlanan diğer uyaran olası uyarandır. Olası uyaran; bireyin iç ve dış çevresinden kaynaklanan, etkileri henüz belirlenemeyen faktörlerdir. Kişi bu faktörlerin etkisinin farkında olmayabilir ya da uyaranın etkisi yeterince açık olmayabilir veya bilimsel olarak gösterilmemiş olabilir. Olası uyaran tanımlandığı zaman odak ya da durumsal uyaran olur (Roy, 2009). Araştırmada belirlenen bilgi gereksinimi, ölüm algısı, değişim, endişe/kaygı, korku, öfke, belirsizlik, iyileşme algısı, sosyal destek durumsal uyaranları oluşturmuştur. Bu uyaranların hastalar tarafından farkedilir olup olmadığı bilinmemektedir ancak bu araştırma sonunda durumsal uyaran olarak tanımlandığı için artık olası uyaran olmadığı söylenebilir.

10. SONUÇ ve ÖNERİLER

10.1. Sonuçlar

Bu araştırmada KABG geçiren hastalarda taburculuk öncesi stresörler niteliksel araştırma yöntemine göre belirlenmiştir. Stresörler Roy Uyum Modeli kavramlarına göre ele alınmış, KABG odak uyaran; bilgi gereksinimi, ölüm algısı, değişim, endişe/kaygı, korku, öfke, belirsizlik, iyileşme algısı, sosyal destek ise durumsal uyaranları oluşturmuştur.

10.2. Öneriler

Bu araştırmanın sonuçları doğrultusunda;

- ⇒ uygulama alanı için KABG sonrası hastaların bakım yönetiminde sağlık profesyonellerince bu uyaranların dikkate alınması, iyi yönetilmesi ve hasta sonuçlarının bu doğrultuda değerlendirilmesi,
- ⇒ araştırmacılar için belirlenen durumsal uyaranlar için taburculuk sonrası evdeki dönemde tekrar inceleyen çalışmalarla sonuçların sınanması, desteklenmesi ve literatürün güçlendirilmesi önerilir.

BÖLÜM V

3. AŞAMA
KORONER ARTER BAYPASS GREFT UYGULANAN HASTALARDA ROY UYUM MODELİ'NE GÖRE VERİLEN HEMŞİRELİK BAKIMININ; ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİNİN KARŞILANMA DURUMU, İYİLEŞME ALGISI, BAŞETME-UYUM DÜZEYİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Amaç: Bu araştırmanın üçüncü aşamasında amaç, KABG geçiren hastalarda Roy Uyum Modeli'ne göre verilen hemşirelik bakımının; öğrenim gereksinimlerinin karşılanma durumu, iyileşme algısı, başetme-uyum düzeyi ve yaşam kalitesine etkisini incelemektir.

10. GEREÇ ve YÖNTEM

11.1.Araştırmanın Tipi: ***Araştırmanın üçüncü aşaması;*** yarı deneysel, prospektif ve longitidunal araştırma tasarımına uygun yürütülmüştür. Roy Uyum Modeli'ne göre verilen hemşirelik bakımının etkisi deney ve kontrol grubu verileri karşılaştırılarak sınanmıştır.

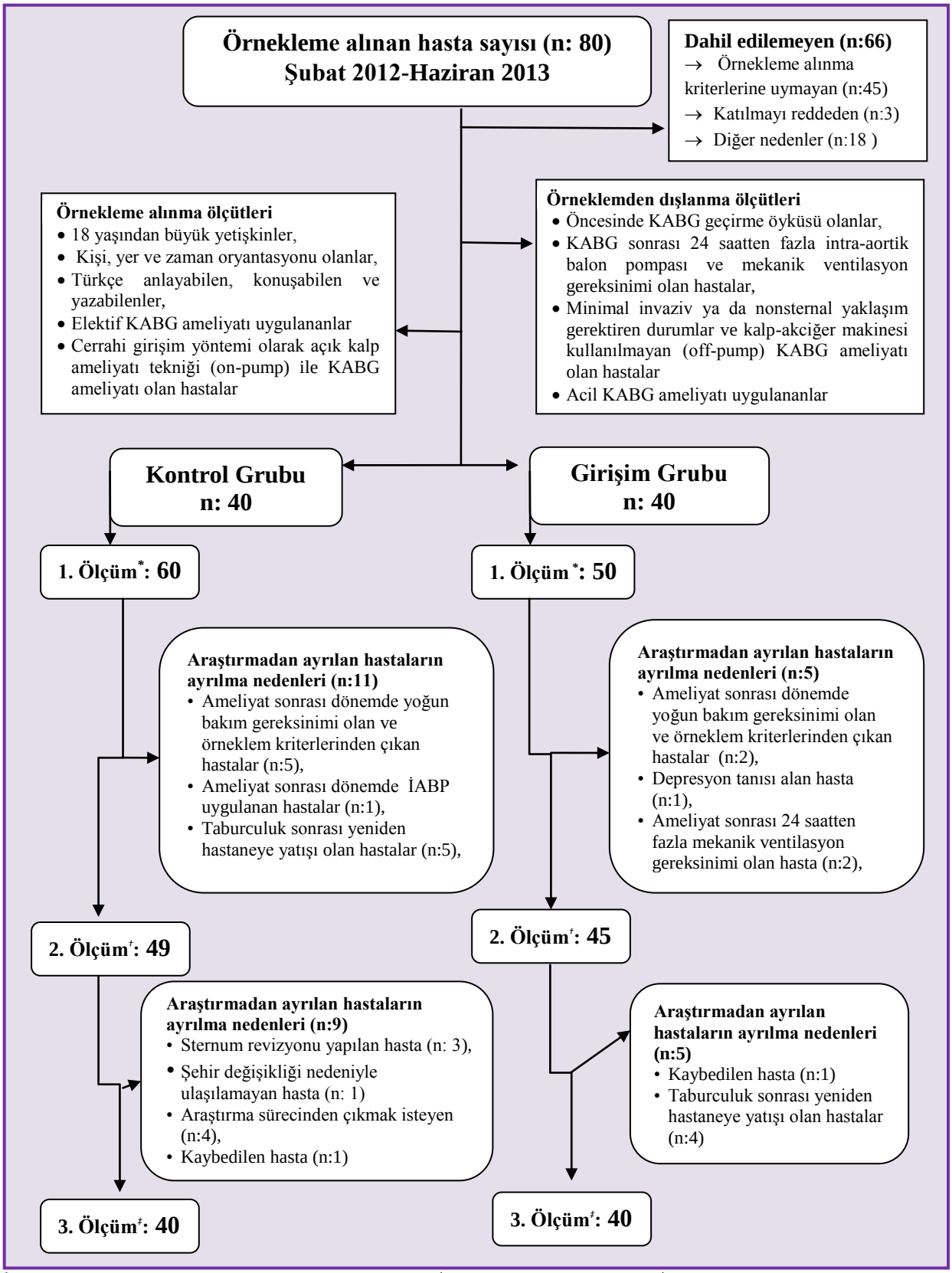
11.2.Araştırmanın Yeri: Araştırmanın niceliksel aşaması, Antalya İli'ndeki bir üniversite ve bir eğitim araştırma hastanesinin kalp damar cerrahisi klinik ve polikliniklerinde yürütülmüştür. Araştırmada, önce üniversite hastanesinde veriler toplanmaya başlanmış, örneklem grubu özellikleri ve vaka sayılarının araştırma süresine etkisi dikkate alınarak daha sonra eğitim araştırma hastanesi de örnekleme alınmış, iki merkezde araştırma devam etmiştir. Her iki merkezde de kontrol grubu verileri tamamlanmadan deney grubu verileri toplanmaya başlanmamıştır.

Araştırmanın yürütüldüğü alanlardan üniversite hastanesinde Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı tarafından yürütülen poliklinik, klinik, yoğun bakım ünitesi ve ameliyathane salonu bulunmaktadır. Anabilim dalında üç profesör, bir doçent olmak üzere dört öğretim üyesi, yedi asistanın yanı sıra klinikte sekiz ve yoğun bakım ünitesinde 14 olmak üzere toplam 22 hemşire çalışmaktadır. Ameliyathanede çalışan hemşireler ise genel olarak birime bağlı olmadığı için net bir sayı verilememektedir. Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği A Blok 5. Katta Göğüs Cerrahisi ile birlikte hizmet vermektedir ve toplam 60 yataklıdır. Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi ise 16 yataktan oluşmaktadır. Kalp ve damar cerrahisi ameliyatları A Blok genel ameliyathanenin içinde bulunan 9, 10 ve 11 numaralı salonlarda gerçekleştirilmektedir, ortalama günlük yapılan beş/altı vakanın bir ya da ikisi KABG cerrahisidir.

Araştırmanın yürütüldüğü diğer alan, eğitim ve araştırma hastanesinde Kalp ve Damar Cerrahisi Birimi; poliklinik, klinik, yoğun bakım ve ameliyathane salonu olmak üzere üniversite hastanesi ile benzer özellikler taşımaktadır. Birime bağlı klinik şefi de olan bir doçent, üç uzman, beş asistan, yedi klinik hemşiresi, 12 yoğun bakım hemşiresi olmak üzere 19 hemşire bulunmaktadır. Ameliyathane salonundaki hemşireler ise üniversite hastanesi ile benzer nitelikte genel olarak ameliyathaneye bağlıdır. Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği ana binanın 4. Katında batı tarafında yer almaktadır ve klinik toplam 40 yatak kapasitesine sahiptir. Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi ise 12 yataktan oluşmaktadır. Kalp ve damar cerrahisi ameliyatları genel ameliyathanenin içinde bulunan üç salonda gerçekleştirilmektedir, ortalama günlük yapılan beş/altı vakanın iki ya da üçü KABG cerrahisidir.

Araştırmanın yürütüldüğü alanlarda KABG cerrahisi sonrası hastalara klinikte rutin olarak verilen planlı bir eğitim bulunmamaktadır. KABG sonrasına ilişkin üniversite hastanesinde cep kitapçık şeklinde 12 sayfalık bir içeriğe karşın, eğitim ve araştırma hastanesinde tek sayfalık bir broşür verilmektedir.

11.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi: Araştırmanın örneklemini, Antalya İli'ndeki bir üniversite ve bir eğitim araştırma hastanesinin kalp damar cerrahisi kliniğinde KABG cerrahisi uygulanan ve örnekleme alınma ölçütlerine uyan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın bu aşamasında KABG uygulanan hastaların klinik etkileşimlerini kontrol altında tutulamayacağı düşünülmüş, randomizasyon yapılamamıştır. İlk olarak 40 kişi kontrol grubuna, kontrol grubu verilerinin tamamlanmasından sonraki 40 kişi girişim grubuna alınmıştır. Araştırma örneklemine alınan KABG'li hastaların örneklem ölçütleri ve dağılımları Şekil 13'te verilmiştir.



1. ölçüm: Ameliyat öncesi, taburculuk öncesi ve taburculuk günü, †2. ölçüm: Ameliyat sonrası 1. ay, ‡ 3. ölçüm: Ameliyat sonrası 3. Ay

Şekil 13. Araştırma Örneklemine Alınan KABG'li Hastaların Örneklem Ölçütleri ve Dağılımları

11.3.1.Örneklem Büyüklüğü

Örneklem sayısının belirlenmesi; örneklem büyüklüğü, önemlilik seviyesi, etki büyüklüğü ve araştırmanın gücü ile ilişkilidir (Akgül, 2005). Örneklem sayısının belirlenmesinde önemlilik seviyesi 1-α (%99; %95) 0.05 oranında ya da %5 riskle tip I hata yapma olasılığı, 1-β (1/5) 0.20 Tip II hata yapma olsılığı varlığı kabul edilir. Örneklem sayısı ne kadar büyük olursa beta o kadar küçülür ve testin gücü 1-β büyür (Akgül, 2005).

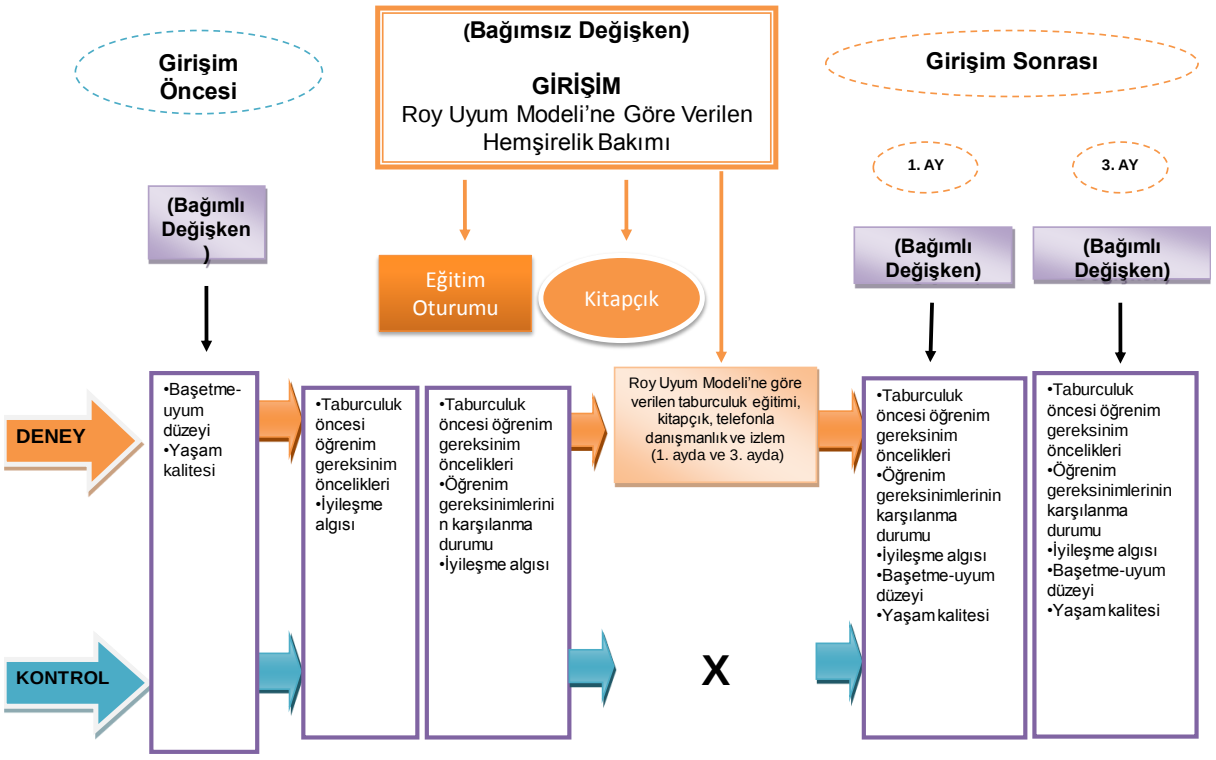
Bu araştırmada örneklem, literatürden elde edilen **iyileşme algısı**, **başetme-uyum düzeyi**, **yaşam kalitesi**, **taburculuk öncesi bilgi gereksinim düzeylerine** göre yapılan çalışmalar temel alınarak NCCS-PASS ve MİNİTAB programında hesaplanmıştır. Buna göre örneklem sayısı β= 0.20 ve α= 0.05 anlamlılık düzeyine göre %95 güven aralığı dikkate alınarak en düşük değer olarak 20 girişim, 20 kontrol grubu bulunurken, tüm bağımlı değişkenleri içeren en yüksek değer 145 girişim, 145 kontrol grubu olmak üzere toplam 290 hasta olarak belirlenmiştir. Ancak araştırma planında aksamalar olmaması ve araştırmacının tezini tamamlama süresi dikkate alınarak bu sayının 40 girişim, 40 kontrol olmak üzere 80 hasta ile planlanmıştır.

Araştırmadan elde edilen verilerle güç analizi yapılmış; araştırmanın gücü, araştırmanın temel değişkeni olan baş etme-uyum düzeyi, yaşam kalitesi düzeyi ve alt boyut puan ortalamaları ile standart sapmalarına göre anlamlılık düzeyi.05 kriter alınarak hesaplanmıştır. Yapılan analiz sonucunda araştırmanın gücü; öğrenim gereksinim öncelikleri ve gereksinim karşılanma durumu için .98-.99; iyileşme algısı için .99; başetme-uyum toplam ölçek için .82-.99, yaşam kalitesi fiziksel sağlık için .94-.99, mental sağlık için .93-.97 olarak bulunmuştur.

11.4.Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Roy Uyum Modeli'ne göre verilen hemşirelik bakımı bağımsız değişkendir.

Bağımlı Değişkenler: Taburculuk öncesi öğrenim gereksinimleri ve öncelikleri, gereksimin karşılanma durumu, iyileşme algısı, başetme-uyum düzeyi ve yaşam kalitesi düzeyi araştırmanın üçüncü aşamasındaki bağımlı değişkenlerdir (Şekil 14).



Şekil 14. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

11.5.Veri Toplama Araçları:

Verilerin toplanmasında;

1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu (Ek 5.1)
2. İyileşme Algısı ve Ameliyat Sonrası İzleme İlişkin Bilgiler Formu (Ek 5.2)
3. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği (Ek 5.3)
4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (Ek 5.9)
5. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (Ek 5.11) kullanılmıştır.

11.5.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu

Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu'nun ilk bölümündeki maddeler, hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni hali, eğitim durumu, sosyal güvencesi ve mesleği gibi sosyodemografik özellikleri içermektedir. Hastaların klinik özellikleri ise; yatış tarihi, boy, kilo, beden kitle indeksi, KAH'na eşlik eden diğer önemli durumların (Tip 2 diabetes mellitus, hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, kronik böbrek yetmezliği, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu, miyokard infarktüsü ve angina öyküsü)

varlığı, sigara öyküsü, ameliyat öncesi göğüs ağrısı, yorgunluk şikayetinin varlığı, yorgunluğun derecesi, KABG cerrahisinin tarihi, greft sayısı, kullanılan greft tipini kapsamaktadır. Ayrıca yoğun bakımda kalma süresi, mekanik ventilasyon süresi, hastanede kalış süresi (ameliyat sonrası kaçıncı günde taburcu olduğu), taburculuk sonrası kontrol sürelerini içeren maddeler yer almaktadır (Ek 5.1).

11.5.2. İyileşme Algısı ve Ameliyat Sonrası İzleme İlişkin Bilgiler Formu

İyileşme Algısı ve Ameliyat Sonrası İzleme İlişkin Bilgiler Formu'nun ilk bölümünde hastaların iyileşme algısı, Younght & Casper tarafından 1993 yılında oluşturulan tek maddelik bir derecelendirme maddesi aracıyla değerlendirilmiştir. Hastaların kendileri ile ilgili iyileşme algılarını 0–100 (0=iyileşmedim,100=tamamen iyileştim) arasında değerlendirmeleri istenmiştir (Kan, 2007).

Ameliyat sonrası izleme ilişkin ameliyat sonrası kişinin bakımına yardımcı olan kişi/kişilerin varlığı, var ise kim olduğu, taburculuktan sonra tekrar yatış durumu, nedeni, insizyon bölgesinde ağrı varlığı, derecesi (göğüs, kol ve bacak), insizyon bölgesinde akıntıya ilişkin bilgileri içermektedir

11.5.3. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği

BUSÖ; Callista Roy (2004) tarafından geliştirilmiştir, kritik ve zor durumlarda bireylerin başetme ve uyum stratejilerinin tanımlanmasını sağlayan bir ölçektir. Ölçeğin teorik temelini Roy Uyum Modeli oluşturmaktadır (Roy, 2004). BUSÖ 47 madde ve beş alt ölçekten oluşan, maddeleri 1 ile 4 arasında (1=hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=bazen, 4=her zaman) değerlendirilen likert tipi bir ölçektir (Ek 5.3, Ek 5.4). Ölçeğin kesme noktası ya da kritik değeri tanımlanmamıştır; ölçek ve alt ölçeklerden elde edilen puanlar yükseldikçe etkili başetme yöntemlerinin kullanımının arttığı şeklinde yorumlanmaktadır (Roy, 2004) (Ek 5.5, 5.6). Özgün ölçeğin faktör analizi sonucu ortaya konan beş faktörlü yapı, ölçekteki toplam varyansın %45.3'ünü açıklamaktadır. Özgün ölçekte cronbach alpha güvenirlik katsayısı toplam ölçek için .94, alt ölçekler için .79-.86 arasındadır.

Roy tarafından (2004) geliştirilen BUSÖ'nin özgün dili İngilizce'dir, daha sonra Tayca, İspanyolca ve Japonca'ya uyarlanmıştır. Araştırmanın birinci aşamasında da BUSÖ'nün Türkiye'de geçerlik ve güvenirliği test edilmiştir. Türkçe'ye uyarlanan, dil geçerliği ve içerik geçerliği sağlanan BUSÖ'nün faktör analizi sonrası toplam varyansın % 40.67'sinin

açıklandığı, ayrıca SBÇTÖ ile anlamlı sonuçlar veren ölçeğin eş zaman geçerliğinin sağlandığı gösterilmiştir. Güvenirlik analizlerinden cronbach alpha güvenirlik katsayısı .82, alt ölçekler için .65-.77 arasında bulunmuştur. Türkçe'ye uyarlanan BUSÖ'nün geçerlik ve güvenirliği sağlanmıştır.

11.5.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçüt (hastalığa özgü olmayan) özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan Kısa Form-36 (Short Form-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği, Ware tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir. Ölçek Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Sağlık Sigortası Çalışmaları Deneyi/Tıbbi Sonuçlar Çalışması (Health Insurance Study Experiment/Medical Outcomes Study; HIS/MOS)'nda kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Uluslararası Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi (International Quality of Life Assessment; IQOLA) Proje Çalışması ile 15 ülkede geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları başlatılmıştır. Ülkemizde Uluslararası Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi projesi, Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nden Prof. Dr. Güler Fişek'in katılımıyla başlamıştır.

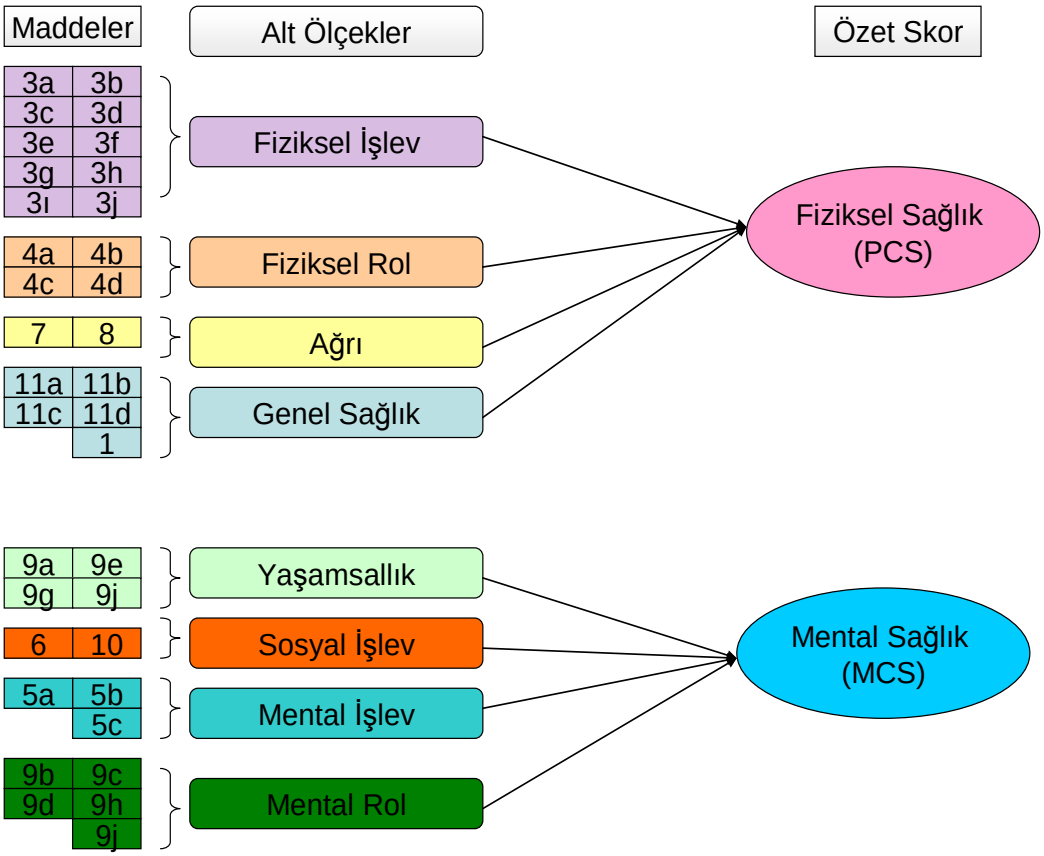
Özgün ölçeğin alt ölçeklerinin cronbach alpha güvenirlik katsayısı .62-.94 arasındadır (Ware, 1992). SF-36'nın Türkçe'ye uyarlanması Pınar (1995; 1996) ile Koçyiğit ve ark. tarafından yapılmıştır (Koçyiğit, Aydemir, Ölmez, 1999). Pınar (1995) çalışmada diabetes mellituslu hastaların yaşam Kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerini incelenmiştir. Daha sonra ölçeğin Türkçe formu için geçerlilik ve güvenirliliği Koçyiğit, Aydemir ve Ölmez (1999) tarafından bedensel hastalığı olan örneklem grubunda yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında alt ölçeklerinin cronbach alfa değerleri .73-.76 arasında bulunmuştur. SF-36'nın Madde-toplam puan korelasyon katsayıları "fiziksel işlev"de .47- .73, "sosyal işlev"de .83-.84, "mental rol"de .66-.83, "fiziksel rol"de .68-.90, ağrı'da .78-.88, mental sağlıkta .68-.78, "yaşamsallık"ta .61-.79 ve "genel sağlık"ta .56-.78 arasında bulunmuştur ve SF-36'nın Türkçe için güvenilir olduğu belirtilmiştir. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türkçe uyarlamasında, psikolinguistik geçerlilik, kapsam geçerliliği sınanmış, Nottingham Sağlık Profili ile eş zaman geçerliği değerlendirilmiştir. Her iki ölçeğin benzeşen alt ölçekleri arasındaki korelasyonlar benzeşmeyenlerden elde edilen korelasyonlara göre daha yüksektir ve bu sonuçlar doğrultusunda SF-36'nın Türkçe için geçerli olduğu belirtilmiştir (Aydemir, 1997; Koçyiğit, Aydemir, Ölmez, 1999).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği; kendini değerlendirme ölçeğidir, 36 sorudan ve sekiz alt bileşenden oluşmaktadır (Şekil 15). Ölçeğin ikinci sorusu son 12 ayda sağlıktaki değişim

algısını içermekte, diğer sorular son dört hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesi her bölüm için farklılık göstermektedir. Ölçeğin dördüncü ve beşinci sorusu evet/hayır, diğer sorular likert tipi (3, 5 ve 6'lı) derecelendirme ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin 1, 6, 7, 8, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b, 11d maddeleri ters çevrilerek puanı hesaplanmaktadır. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt bileşenlerini içeren soruların skorları ağırlıklı toplanarak Fiziksel ve Mental Sağlık Özet Skoru elde edilir (Ek 5.10). Toplam puan hesaplanması söz konusu değildir. Elde edilen özet skorlar sıfır ile yüz arasında değişmekte; "sıfır" kötü sağlığı, "100" iyilik durumunu göstermektedir (Aydemir, 1997; Koçyiğit, Aydemir, Ölmez, 1999; Pınar, 1995; 1996). Özet skorların elde edilmesindeki amaç yorumlama ve karşılaştırmalarda kolaylık sağlamasıdır. Özet skorların elde edilmesi üç basamakta yapılmaktadır.

- Alt bileşen skorların hesaplanması,
- Alt bileşenlerin Z skor standardizasyonu,
- Alt bileşenlerin ağırlıklı toplamları ile fiziksel ve mental sağlık özet skorların elde edilmesi

Fiziksel Sağlık Özet Skoru'nun elde edilmesinde fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı ağırlıklı iken, Mental Sağlık Özet Skoru'nun elde edilmesinde mental rol, ve mental işlev ağırlıktadır. Genel sağlık algısı, yaşamsallık ve sosyal işlev her iki özet skora benzer katkı sağlamaktadır. Şekil 15'te özet skorların elde edilişinde kullanılan yöntem şematik olarak gösterilmiştir.



Şekil 15. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Maddeleri, Alt Bileşenleri ve Özet Skorları

11.5.5. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği

HÖGÖ; hastaların taburculukta bilgi gereksinimlerini belirlemek için ilk olarak 1990 yılında Bubela, Galloway, McCay, McKibbon, Nagle, Pringle, Ross & Shamian tarafından geliştirilmiştir. HÖGÖ aynı zamanda hastaların gereksinimlerinin kendileri için ne kadar önemli olduğunu ve bu gereksinimlerin ne kadar karşılandığını aynı ölçütlerle belirlemek içinde kullanılabilecek bir ölçektir. Bu araştırmada bu aşamaları da kullanılacaktır. Bu ölçek toplam 50 madde ve 7 alt ölçekten oluşmaktadır (Ek 5.11). Ölçeğin faktör analizi sonucu ortaya konan yedi faktörlü yapı, ölçekteki toplam varyansın %56.1'ini açıklamaktadır (Bubela ve ark, 1990).

Tablo 30. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Ölçekler Madde ve Puanları

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Ölçekler Madde ve Puanları			
Ölçek ve Alt Ölçekler	**Madde Sayısı**	**Madde Numaraları**	**Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Değerler**
İlaçlar	8	3,8,16,18,37,39,44,45	8-40
Yaşam Aktiviteleri	9	2,5,14,17,27,28,29,30,48	9-45
Toplum ve İzlem	6	6,9,22,31,36,41	6-30
Duruma İlişkin Duygular	5	7,24,32,35,42	5-25
Tedavi ve Komplikasyonlar	9	1,4,10,19,20,23,26,38,47	9-45
Yaşam Kalitesi	8	11,13,15,21,34,40,46,50	8-40
Cilt Bakımı	5	12,25,33,43,49	5-25
Toplam	50		50-250

HÖGÖ ve alt ölçeklerin madde sayısı, madde numaraları ve ölçek ve alt ölçeklerden alınabilecek en düşük ve en yüksek değerlere ilişkin bilgiler Tablo 30'da gösterilmiştir. Ölçek maddeleri likert tipi ölçekleme yöntemi ile "1= önemli değil", "2= biraz önemli", "3= ne az ne çok önemli", "4= çok önemli", "5= son derece önemli" şeklinde değerlendirilmektedir. Buna göre hastalardan taburculuk öncesi eve gönderilmeden bilgi gereksinimlerini ve önceliklerini en iyi tanımlayan seçeneği seçmeleri istenmektedir.

HÖGÖ taburculuktaki bilgi gereksinimleri ve önceliklerini belirlemekle birlikte "Gereksinim Karşılanma Skoru" bölümü ile taburculuk öncesi bilgi verilip verilmediğini ve verilen bilginin gereksinimlerini karşılama durumunu ortaya koymaktadır. Hastalar her bir ölçek maddesine ilişkin verilen bilgi için likert tipi olarak "1= hiç uygun değil", "2=biraz uygun", "3=ne az ne çok uygun", "4=çok uygun", "5=tamamen uygun" olarak kendilerine en uygun seçeneği seçebilmektedir. Ayrıca hastalar "0=gereksinimimi karşılayacak bilgi verilmedi" olarak belirtebilmektedir. Ölçeğin, cerrahi girişim geçiren hastalara taburculuktan önce son 24–48 saat içinde uygulanması önerilmektedir.

HÖGÖ'nün değerlendirmesi her bir alt boyut ve ölçek toplam puanı üzerinden yapılmaktadır. Ölçek sonucunda elde edilen toplam puanlar 50-250 arasında değişmektedir. Ölçek ve alt ölçek puanları; toplam ölçek ve tüm alt ölçeklerin soru sayısına bölünerek, 1 ile 5 arasında önemlilik düzeyine ve gereksinim karşılanma düzeyine göre yorumlanmaktadır.

Özgün ölçeğin geçerlik ve güvenirliği cerrahi (% 53) ve dahiliye (% 43) olmak üzere 301 hastada taburculuk sonrası sınanmıştır (Bubela ve ark., 1990). Türkçe'ye uyarlanan ölçeğin geçerlik ve güvenirliği Çatal ve Dicle (2008) tarafından batın cerrahisi geçiren 250 hastada yapılmıştır. Ölçeğin güvenirliğine ilişkin bilgiler Tablo 31'de verilmiştir.

Tablo 31. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Özgün Ölçekte (n=301) ve Türkçe'ye Uyarlamada (n=250) Toplam Ölçek ve Alt Ölçeklerin Cronbach Alfa Değerlerinin İncelenmesi

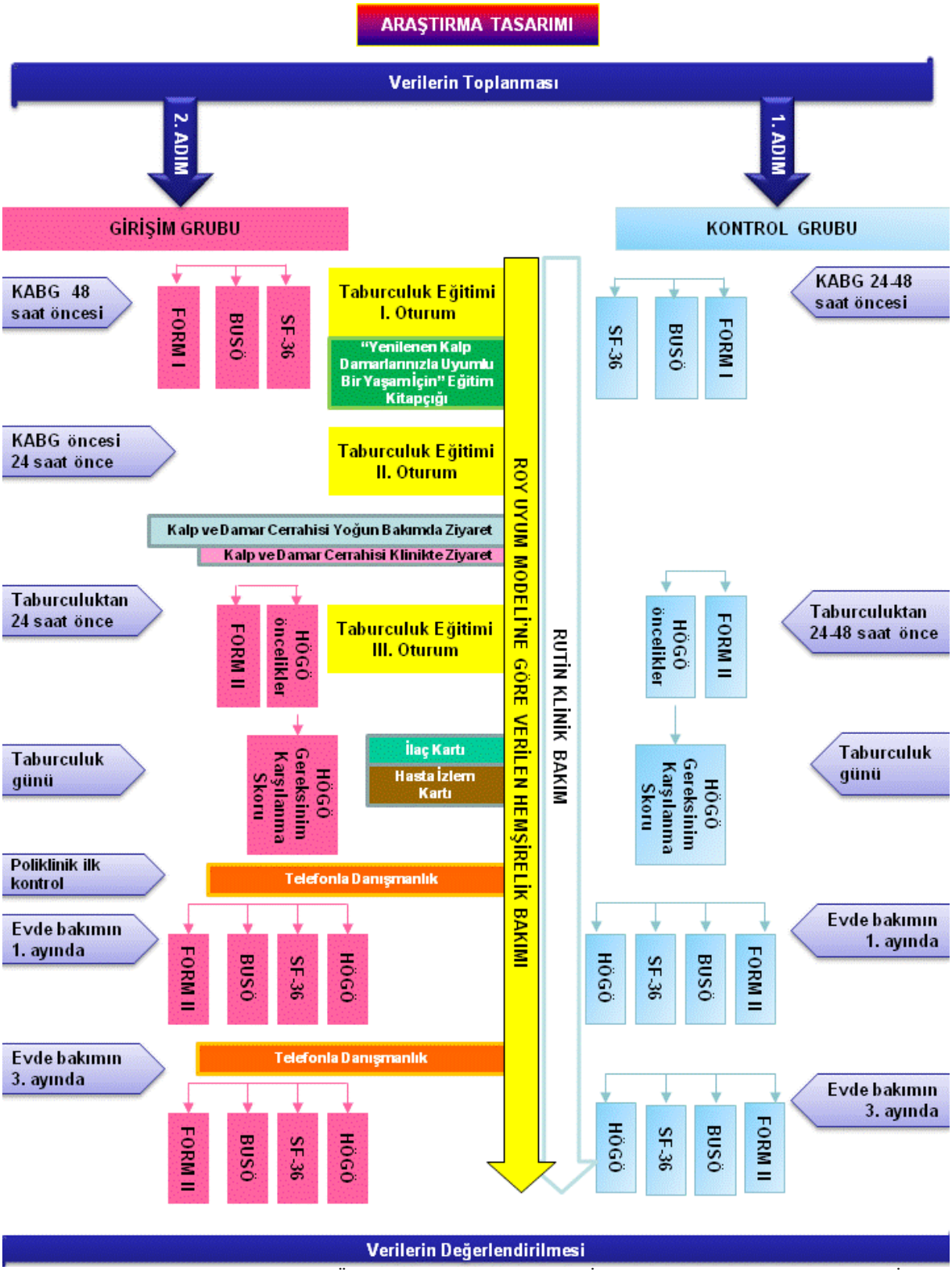
Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Özgün Ölçekte (n=301) ve Türkçe'ye Uyarlamada (n=250) Toplam Ölçek ve Alt Ölçeklerin Cronbach Alfa Değerleri		
Alt Ölçekler	**Özgün Ölçek Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı Değerleri (n=301)**	**Türkçe'ye Uyarlamada Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı Değerleri (n=301)**
İlaçlar	.88	.82
Yaşam Aktiviteleri	.84	.83
Toplum ve İzlem	.85	.57
Duruma İlişkin Duygular	.79	.61
Tedavi ve Komplikasyonlar	.83	.79
Yaşam Kalitesi	.85	.80
Cilt Bakımı	.69	.65
TOPLAM ÖLÇEK	.95	.93

Özgün ölçekte cronbach alpha güvenirlik katsayısı toplam ölçek için .95 iken alt ölçeklerde .69- .88 arasındadır. Türkçe'ye uyarlanan HÖGÖ'nün cronbach alpha güvenirlik katsayısı değerleri ise toplam ölçek için .93, alt ölçekler için .57-.83 bulunmuştur.

11.6. Verilerin Toplanması

Araştırmada girişim ve kontrol grubunun atanmasında randomizasyon sağlanamamıştır. Veri toplama sürecindeki tekrarlı ölçümlerin olması, aynı birimde hasta etkileşimlerinin önlenememesi gibi araştırma sonuçlarının güvenirliğini etkileyebilecek faktörler nedeniyle araştırmanın bu aşaması yarı deneysel tasarıma uygun planlanmış, veriler önce kontrol grubu, sonra girişim grubuna alınan KABG'li hastalardan toplanmıştır. Araştırmaya katılan tüm hasta ve yakınlarına araştırmanın amacı, veri toplama süreci, araştırmaya katılmadaki gönüllülük esası, istedikleri zaman gerekçe göstermeden araştırmadan ayrılabilecekleri, her

türlü bilginin gizlilik esasına göre korunacağı açıklanarak sözel ve yazılı izinleri alınmıştır. Hastalara ait Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu'nda yer alan yatış tarihi, ameliyat tarihi, greft sayısı gibi bilgilerin kontrolünde hastanedeki tıbbi kayıtlardan yararlanılmıştır. Araştırmadan dışlanma kriterleri ile ilgili hasta bilgileri dikkatle gözden geçirilmiş; özgeçmiş, soygeçmiş bilgileri, ameliyat notları, yoğun bakım kayıtları incelenmiştir. Ayrıca hastaların angio sonuçlarında KAH'a bağlı tıkanıklık görülen koroner arterler, tıkanıklık yüzdeleri, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu yanı sıra, EKG ve laboratuar sonuçları değerlendirilmiştir. Aşağıda Şekil 16'da girişim ve kontrol grubu hastalarında veri toplama sürecinin şekilsel gösterimi verilmiştir.



FORM I*: *Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu,* ***FORM II**: İyileşme Algısı ve Ameliyat Sonrası İzleme İlişkin Bilgiler Formu,* ***BUSÖ****: Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği,* ***SF-36****: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği,* ***HÖGÖ****: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği.*

Şekil 16 . Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarında Veri Toplama Süreci

11.6.1. Girişim Grubu Hastalarında Veri Toplama Süreci

⇨ Girişim grubuna alınan hastaların verileri, kontrol grubu verilerinin tamamlanmasıyla birlikte, ikinci adımda toplanmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve katılım için onamları alınan hastalar için "Girişim Grubu Hasta Randevu Listesi" oluşturulmuştur. Her katılımcıya araştırmacının iletişim bilgilerini içeren kartvizit verilmiştir.

⇨ KABG uygulanan girişim grubu hastalarına girişimden önce kontrol grubu ile benzer şekilde ameliyattan 48 saat öncesinde Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve BUSÖ uygulanmıştır.

⇨ Girişim grubuna alınan KABG'li hastaların temel ön verilerin toplanmasının ardından, Roy Uyum Modeli'ne göre yapılandırılmış "Yenilenen Kalp Damarlarınızla Uyumlu Bir Yaşam İçin" isimli eğitim kitapçığı verilmiştir. Eğitim kitapçığı: "1. Giriş; 2. Ameliyat Öncesi Döneme Nasıl Uyum Sağlayabilirim? 3. Ameliyattan Hemen Sonraki Döneme Nasıl Uyum Sağlayabilirim? 4. Ameliyattan Sonra Evde Bakımımda Neler Yapmalıyım?" olmak üzere dört ana bölümden oluşmaktadır. Yetişkin eğitimi ilkelerine uygun olarak üç oturumda eğitimler gerçekleştirilmiştir. İlk oturumda kitapçığın birinci ve ikinci bölümünde yer alan kalbin yapısına, KAH'a ilişkin temel bilgiler, ameliyat öncesi hasta eğitim konuları (derin solunum ve öksürük egzersizleri, insentif spirometre kullanımı, dönme egzersizleri, kol ve bacak egzersizleri) ile ilgili uygulamalı eğitim yapılmıştır.

⇨ İlk eğitim oturumundan 24 saat sonra ikinci eğitim oturumu gerçekleştirilmiştir. Ameliyattan yaklaşık 24 saat öncesinde kitapçığın üçüncü bölümünde yer alan ameliyattan hemen sonraki döneme ilişkin konularda eğitim verilmiştir.

⇨ Girişim grubundaki hastalar ameliyattan sonra yoğun bakımda ziyaret edilmiş, genel durumları değerlendirilmiştir. Ameliyat sonrası erken döneme ilişkin spirometre kullanımı, mobilizasyon, yatak içi egzersizler ile ilgili hastalar desteklenmiştir. Yoğun bakımdan kliniğe kabulden sonra hastalar yeniden ziyaret edilmiş, ameliyat sonrası sürece uyumları değerlendirlmiştir.

⇨ Ameliyattan sonra **(~ 5.-7. günlerde)** hastalara taburculuk öncesi son 24 saat içinde, İyileşme Algısı ve Ameliyat Sonrası İzleme İlişkin Bilgiler Formu ve HÖGÖ uygulanmış, hastaların **"öğrenim gereksinimleri ve ne kadar önemli olduğu"** belirlenmiştir. Girişim

grubu hastalarına HÖGÖ uygulandıktan hemen sonra üçüncü eğitim oturumu gerçekleştirilmiştir. Üçüncü eğitim oturumunda taburculuk sonrası evde bakıma ilişkin konularla ilgili bilgi verilmiş, karşılıklı soru-cevap şeklinde eğitim sürdürülmüş, geribildirim alınarak eğitim konularının anlaşılırlığı değerlendirilmiştir.

- ⇨ Girişim grubu hastaların taburculuk gününde, HÖGÖ-Gereksinim Karşılama Skoru bölümü ile **"öğrenim gereksinimlerinin ne kadar karşılandığı"** belirlenmiştir. Etik açıdan hastaların objektif değerlendirmelerini alabilmek için hasta algıları ve eğitim durumları göz önünde bulundurulmuş ve ölçeğin bireysel doldurulmasına olanak sağlanmıştır. Girişim grubundaki her hasta için taburculukta reçete edilen ilaçlara ilişkin oluşturulan "İlaç Kartı" doldurulmuş ve hasta ve yakınlarına ayrıntılı bilgi verilmiştir. Ayrıca her hasta için araştırmacı tarafından oluşturulan "Hasta İzlem Kartı" ile ilgili izlenecek parametreler açıklanmış, doktor kontrollerinde izlem kartlarını yanlarında bulundurmaları hatırlatılmıştır.
- ⇨ Taburculuk sonrası ilk poliklinik kontrol tarihinde hastalar telefonla aranmış, evdeki döneme ilişkin uyumları, kontrol sonrası tıbbi durumları değerlendirilmiştir.
- ⇨ Birinci ayda kontrol grubu hastalarla telefonda belirlenen randevu tarihi ve saatinde, poliklinikte yüz yüze görüşülerek İyileşme Algısı ve Ameliyat Sonrası İzleme İlişkin Bilgiler Formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, BUSÖ ve HÖGÖ ile ölçümler yapılmıştır.
- ⇨ Üçüncü ayda önceden belirlenen randevu tarihi ve saatinde yüz yüze görüşülerek İyileşme Algısı ve Ameliyat Sonrası İzleme İlişkin Bilgiler Formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, BUSÖ ve HÖGÖ ile ölçümleri tekrarlanmıştır.

11.6.2.Girişim Grubuna Uygulanan Roy Uyum Modeli'ne Göre Verilen Hemşirelik Bakımı

Araştırmanın yarı deneysel bölümünde girişim grubuna uygulanan Roy Uyum Modeli'ne göre verilen hemşirelik bakımı; taburculuk eğitimi, KABG'li hastalar için hazırlanan "Yenilenen Kalp Damarlarınızla Uyumlu Bir Yaşam İçin" kitapçığı, telefonla danışmanlık ve izlemden oluşmaktadır. Bu bölümde girişim basamakları ayrıntılı açıklanmıştır.

Taburculuk eğitimi

Girişim grubu hastalara temel ön verilerin toplanmasının ardından eğitim süreci başlatılmıştır. Nitel verilere, Roy Uyum Modeli'ne ve kanıta dayalı rehberlere temellendirilen bir eğitim içeriği oluşturulmuştur. Eğitim içeriği, tersiyer korumaya odaklı ve uyum davranışlarını

geliştirmeye yönelik hasta gereksinimlerine uygun şekilde yapılandırılmıştır. Ayrıca bu içeriğe göre hasta eğitim kitapçığı hazırlanmıştır (Ek 11).

Girişim grubundaki hasta eğitimleri için klinik içerisinde yer alan bir oda yetişkin eğitimine ve yüz yüze görüşmeye uygun hale getirilmiştir. Eğitim için belirlenen odada hastalar için rahat ve güvenli bir koltuk (kenarlıkları olan ve kaymayan), en az iki hasta yakını için sandalye, sağlık durumunda kötüleşme olan hastaların yatırılabilmesi ve uygun müdahalesi için sedye, ayrıca görsel eğitim araçlarından beyaz tahta ve kalem bulunmaktadır. Eğitim saatleri her hastaya özgü belirlenmiş, rutin tetkik ve tedavilere göre planlanmıştır.

Roy Uyum Modeli'ne göre verilen hemşirelik bakımının en temel bölümünü oluşturan taburculuk eğitimi üç oturumda gerçekleştirilmiştir. Birinci oturumda kalbin yapısı, koroner arterler, KAH, nedenleri, risk faktörleri, tedavisi, KABG ameliyatı, yararları, ameliyat öncesi yapılan hazırlıklar hakkında eğitim verilmiştir (Eğitim kitapçığının "Giriş" bölümünde yer verilen bilgileri içerir) ve ortalama 30 dakika sürmüştür. Girişim grubundaki hastaların temel bilgi ve deneyimleri bu bilgilerin derinliğinde belirleyici olmuştur. Ameliyat öncesi hasta eğitim konuları (derin solunum ve öksürük egzersizleri, insentif spirometre kullanımı, dönme egzersizleri, kol ve bacak egzersizleri) teorik olarak anlatımından hemen sonra uygulama yapılmıştır; ortalama 30 dakika konu anlatımı, 30 dakika uygulama yapılmıştır. Birinci oturum toplam 90 dakikada tamamlanmıştır. İlk oturumdan bir gün sonra ikinci eğitim oturumu gerçekleştirilmiş, birinci eğitim otumundaki konular genel hatlarıyla yaklaşık 15 dakikada özetlenmiş, yeni öğrenilen becerilerin tekrarı sağlanmıştır. Daha sonra ikinci eğitim konularına geçilmiş, ameliyat öncesi döneme uyum sağlamada hastaların KABG öncesinde yapması, yapmaması gereken uygulamalar, ameliyattan önceki gün, gece ve ameliyat sabahı hazırlıklar ile ameliyathane ortamına ilişkin bilgileri içeren oturum gerçekleştirilmiştir. KABG sonrasında girişim grubundaki hastalar yoğun bakımdaki ilk 24 saat içinde ziyaret edilmiş, ameliyat sonrası erken döneme ilişkin ikinci eğitim oturumunda verilen bilgileri uygulamaları nicelik ve nitelik açısından değerlendirilmiştir. Yoğun bakımdan kliniğe kabul edilen hastaların izlem ve bakımları devam etmiştir. Taburculuktan önceki 24 saatte üçüncü eğitim oturumu gerçekleştirilmiş, eğitime başlamadan hemen önce hastaların öğrenim gereksinim önceliklerini belirleyen HÖGÖ'nün öncelikler bölümü uygulanmıştır. Ölçek uygulamasının ardından üçüncü eğitim oturumu hastalara özgü planlanmış ve gerçekleştirilmiştir. Bu eğitim oturumunda taburculuk sonrası evde bakıma ilişkin konularla ilgili bilgi verilmiş, karşılıklı soru-cevap şeklinde eğitim sürdürülmüş, geribildirim alınarak

eğitim konularının anlaşılırlığı değerlendirilmiştir. Taburculuk eğitim oturumlarının geri bildiriminde önemli bir faktör olan gereksinim karşılanma durumu taburculuk gününde, HÖGÖ-Gereksinim Karşılama Skoru bölümü ile belirlenmiştir. Ayrıca her hasta için araştırmacı tarafından oluşturulan "İlaç Kartı" ve "Hasta İzlem Kartı" verilmiş ve önemli bilgiler açıklanmıştır. İlaç kartı taburculuk günü veilen klinik doktorunun reçetesine ve hastanın sürekli kullandığı ilaçlar dikkate alınarak düzenlenmiştir. Taburculuk sonrası ilk poliklinik kontrol tarihinde (ameliyat sonrası yaklaşık 9-12. günde) hastalar telefonla aranmış, evdeki döneme ilişkin uyumları, kontrol sonrası tıbbi durumları değerlendirilmiştir. Evde bakıma ilişkin hasta soruları yanıtlanmıştır. Girişim grubu verileri tamamlanana kadar düzenli olarak telefonla görüşme yöntemiyle hastaların gereksinimlerine uygun eğitimler gerçekleştirilmiştir. Girişim grubundaki hastalara verilen telefonla danışmanlık bazı hastalarda yaklaşık bir yıl kadar sürmüştür.

Eğitim Kitapçığı: Yenilenen Kalp Damarlarınızla Uyumlu Bir Yaşam İçin

Girişim grubu hastaların evde bakımını yönetmede kaynak oluşturacak nitelikte bir eğitim kitapçığının oluşturulması süreci uzun ve kapsamlı bir araştırma sonunda gerçekleşmiştir. KABG cerrahisi öncesi, sırası, sonrası bakım, özellikle de evde bakıma ilişkin kapsamlı bir literatür taraması yapılmış, ilişkili ulusal ve uluslararası kurumların eğitim kitapçıkları içerik açısından ayrıntılı incelenmiş, nitel verilerden, kanıta dayalı rehber önerilerden yararlanılmış; tüm bunların sonunda eğitim kitapçığının içeriği oluşturulmuştur. Eğitim kitapçığının kavramsal çerçevesi Roy Uyum Modeli'ne uygun düzenlenmiş, modelin ana kavramlarını ve özellikle dört uyum alanını karşılayan bir forma dönüştürülmüştür. Kitapçığın yazım dili, yetişkin eğitim ilkelerine uygun olarak karşılıklı soru-cevap şeklinde tasarlanmış, eğitim içeriğinin daha etkileyici olmasını sağlamak amaçlanmıştır. Ayrıca HÖGÖ ifadelerinin tümünü karşılayacak şekilde sorular kitapçıkta yer almıştır.

Son şekli verilen eğitim kitapçığına son olarak bir isim verilmiş; "Yenilenen Kalbinizle Uyumlu Bir Yaşam İçin" sloganı ile dikkat çekici hale getirmek hedeflenmiştir. KABG'li hastalara özgü oluşturulan eğitim kitapçığının son şekli uzman görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşü için öncesinde değerlendirmeleri sistematize edecek bir form hazırlanmış, kitapçıkla birlikte uzmanlarla bu form paylaşılmıştır. Eğitim kitapçığının içerik geçerliğinin sağlanabilmesi için Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndan dört öğretim üyesi (bir profesör, iki doçent, bir yardımcı doçent), üç kalp ve damar cerrahı (iki doçent, bir baş

asistan), iki kalp ve damar cerrahisi klinik sorumlu hemşiresi, iki klinik hemşiresi, iki kalp ve damar cerrahisi yoğun bakım sorumlu hemşiresi, olmak üzere 13 uzmandan görüş alınmıştır.

Değerlendirme formunda uzmanlardan her bir sorunun 1-4 (1= uygun değil, 2= uygun şekle getirilmeli, 3= uygun ancak ufak değişiklik gerekiyor, 4= çok uygun) arasında puanlandırılarak değerlendirilmesi istenmiştir. Eğitim kitapçığı uzman görüş formu Ek 7'de, eğitim kitapçığı için görüş alınan uzmanlar Ek 8'de verilmiştir. Uzmanların uzman görüş formunda yer alan sorulara verdikleri puanların analizi Kendall İyi Uyuşum Katsayısı analizi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda altı uzmanın görüşü istatistiksel olarak birbirleriyle uyumlu bulunmuş, uzmanlar arasında görüş birliği olduğu saptanmıştır (W =0.200, p=0.075).

Uzmanların eğitim kitapçığını değerlendirmeleri sonucu alınan kalitatif görüşlerin tümü iyi hazırlanmış bir kitapçık olduğu doğrultusundadır. Kitapçık içeriğinin uzun olduğu, girişteki temel bilgilerin kısaltılması gerektiği ile ilgili tüm uzmanlar arasında fikir birliği olmuştur. Bir uzman tarafından kitapçığın isminin "Yenilenen Kalp Damarlarınızla Uyumlu Bir Yaşam İçin" olarak değiştirilmesi önerilmiştir. Uzmanlardan gelen öneriler dikkate alınıp gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra yeniden uzmanların değerlendirilmesine sunulmuş ve onayları alınmıştır. Eğitim kitapçığının uzman görüşleri sonrası düzeltilen şekliyle girişim grubu hasta sayısının üç katı olacak şekilde basımı sağlanmıştır. Kitapçığın basım maliyeti araştırmanın yürütüldüğü kurumlardan eğitim ve araştırma hastanesi klinik şefi tarafından sponsorluğunda karşılanmıştır. "Yenilenen Kalp Damarlarınızla Uyumlu Bir Yaşam İçin" Eğitim Kitapçığı tez metninin uzun olması nedeniyle Ek 11'de kapak sayfası, içindekiler bölümü, yararlanılan kaynaklar olarak sunulmuştur.

Telefonla Danışmanlık

Girişim grubu hastalara temel ön verilerin tamamlanmasının ardından araştırmacının iletişim bilgilerini içeren kartvizit verilmiştir. Ayrıca Form I'de yer alan kişisel bilgilerin yanı sıra girişim grubunda yer alan katılımcıların ev adresleri, ev telefonları cep telefonları, bakımıyla ilgilenen kişilerin iletişim adresleri "Girişim Grubu Randevu Listesi"ne kaydedilmiştir. Telefonla danışmanlık rutin olarak her hastanın KABG sonrası yaklaşık 9.-12. günlerine rastlayan ilk poliklinik kontrolünde ve ikinci ayda mutlaka gerçekleştirilmiştir. Veri toplama adımlarına göre yeni tarihin ve yerin kararlaştırılması için birinci ve üçüncü ayda da düzenli olarak hastalar telefonla aranmış, gereksinimlerine göre soruları yanıtlanmıştır. Ayrıca ilk görüşmenin ardından girişim grubundaki hastalar, gereksinim duydukları anda KABG sonrası

üçüncü ayın sonuna kadar istedikleri zaman araştırmacıyı aramış, sağlıkla ilgili birçok konuda danışmanlık almıştır, bazı durumlarda ise gerekli yönlendirmeler yapılmıştır, birçok hasta ile halen iletişim sürdürülmektedir.

Roy Uyum Modeli'nin uyum alanlarına uygun içerikte etkisiz uyum davranışlarını en aza indirmek ve etkili uyum davranışlarını arttırmak için telefonla danışmanlıkta olumlu iletişim sürdürülmüştür. Girişim süresince hastalarla kurulan güvenli iletişimin Roy Uyum Modeli'nin karşılıklı bağlılık alanında etkili uyum davranışlarını arttırması hedeflenmiştir.

İzlem

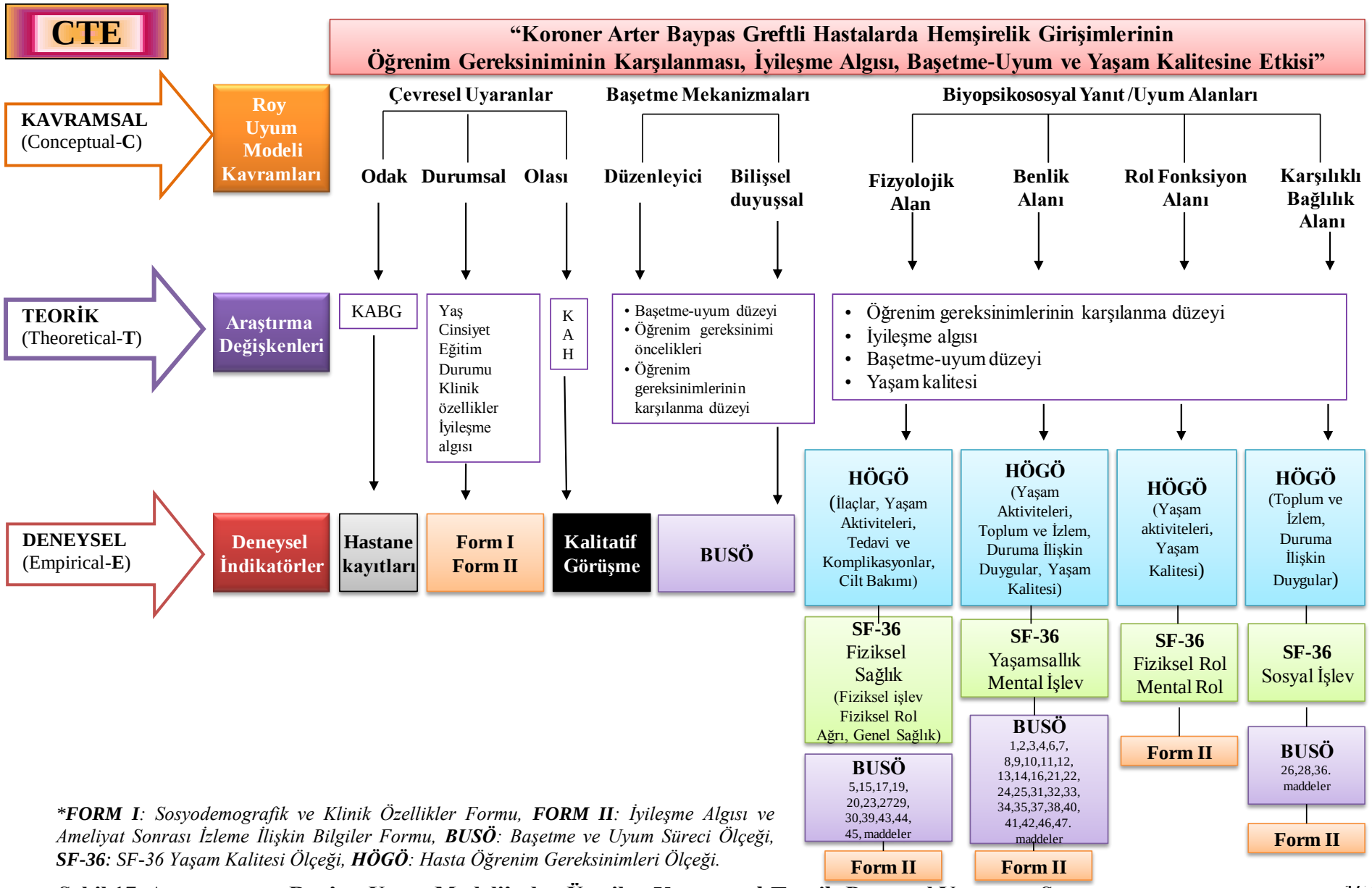
Girişim grubu hastaların hastanede kadıkları süreçte; genel sağlık durumlarının izlemi için veri toplama adımları ve taburculuk eğitim oturumları yanısıra ameliyat sonrası yoğun bakımda ve klinikte ziyaret edilmiş ve uyumları değerlendirilmiştir. Taburculuk sonrasındaki süreçte izlemleri için araştırmacı tarafından oluşturulan "Hasta İzlem Kartı" her hastaya verilmiş ve izlenecek paremetreler açıklanmıştır. Hasta İzlem Kartı'nda; hastanın adı soyadı, yaşı, boy, kilo, BKİ, ideal kilosu, ameliyat ve kontrol tarihleri gibi genel bilgilere yer verilmiştir. İzlemde KAH için önemli olan yaşam bulguları (kan basıncı, nabız, ateş, solunum), kan şekeri, kolesterol düzeyi (HDL, LDL, trigliserid, total kolesterol….), kilo ölçümü takiplerinin yapılması hedeflenmiştir. Girişim grubu hastalardan kolesterol düzeyi dışındaki ölçümleri üçüncü aya kadar en az haftada bir kez, kolesterol düzeyi ile ilgili ölçümleri ayda bir kez yaptırmaları beklenmiştir. Ölçüm sonuçlarındaki anormal değerlerde ölçümlerin sıklığının arttırılması ve doktor kontrolünün sağlanması planlanmıştır. Ayrıca hastalardan doktor kontrollerinde Hasta İzlem Kartı'nı beraberinde getirmeleri istenmiştir. Telefonla danışmanlıkta ve veri toplama adımlarında da izlemdeki ölçüm sonuçları sorgulanmıştır.

11.6.3. Araştırmanın Roy Uyum Modeli Kavramları, Araştırmanın Değişkenleri ve Deneysel Göstergeler Arasındaki İlişki

Hemşirelik araştırmalarında teori temelli araştırmaların planlanması, yürütülmesi ve yorumlanmasında teorinin kullanımını kolaylaştıracak, sistematik rehber ya da yönergelere gereksinim duyulmaktadır. Fawcett (2009) teori temelli araştırmaların yürütülmesinde araştırmacılara rehber olacak üç adım tanımlamıştır: *Birinci adım;* kavramsal modelin içeriğinin öğrenilmesini, *ikinci adım;* araştırma ve uygulamalarda model kullanımına ilişkin ayrıntılı literatür incelemesini, *üçüncü adım;* araştırma konusuna ilişkin <kavramsal-teorik-

deneysel> (*conceptual-theoretical-empirical-CTE*) yapının oluşturulmasını ve ilişkilendirilmesini içerir. Bu araştırmada ilk iki adımın ardından, araştırmanın konusu ve genel çerçevesi belirlendikten sonra kavramsal-teorik ve deneysel yapıyı oluşturmak için araştırma süreci Roy Uyum Modeli'ne göre yeniden değerlendirilmiştir. KABG geçiren hastalarda Roy Uyum Modeli'ne göre verilen hemşirelik bakımının; öğrenim gereksinimlerinin karşılanma durumu, iyileşme algısı, başetme-uyum düzeyi ve yaşam kalitesine etkisini incelemek için araştırma soruları ve hipotezleri modele uygun oluşturulmuştur. Araştırmanın bu aşamasında odak, durumsal ve olası çevresel uyaranlar; düzenleyici ve bilişsel duygusal baş etme mekanizmaları; fizyolojik, benlik, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık uyum alanları kavramsal yapıyı oluşturan ana kavramlar olarak belirlenmiştir. Teorik yapı için ise çevresel uyaranlara ilişkin "KAH, KABG, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, klinik özellikler, iyileşme algısı"; başetme mekanizmalarına ilişkin "başetme-uyum düzeyi, öğrenim gereksinimi öncelikleri, öğrenim gereksinimlerinin karşılanma düzeyi"; uyum alanlarına ilişkin "öğrenim gereksinimlerinin karşılanma düzeyi, iyileşme algısı, başetme-uyum düzeyi ve yaşam kalitesi" araştırma değişkenlerini oluşturmuştur.

Deneysel indikatörler olarak hastane kayıtları, Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu, İyileşme Algısı ve Ameliyat Sonrası İzleme İlişkin Bilgiler Formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, BUSÖ ve HÖGÖ kullanılmıştır. Veri toplama araçlarının seçiminde Roy tarafından modelin oluşturulmasında yararlanılan teorik temele uygun araçlar tercih edilmiştir. KABG uygulanan hastaların başetme ve uyum düzeylerinin belirlenmesinde Roy tarafından modelin içeriğine uygun geliştirilen ölçüm aracı, BUSÖ kullanılmıştır. Hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi için seçilen HÖGÖ ise, Roy'un modelini geliştirmede yararlandığı Lazarus ve Folkman'ın stresle baş etme teorisinden yararlanılarak geliştirilen bir ölçüm aracıdır (Bubela ve ark. 1990; Çatal, Dicle 2008). Ayrıca hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmek için seçilen SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Roy Uyum Modeli'nde tanımlanan uyum alanlarının tümünü içermekte ve teorik içerikle örtüşmektedir. Yarı-deneysel araştırma tasarımına uygun yürütülen bu aşamada hemşirelik girişimleri ve hazırlanan eğitim kitapçığı olmak üzere tüm girişimler modele göre yapılmıştır. Girişimsel aşamanın kavramsal-teorik-deneysel yapısı Şekil 17'de sunulmuştur.



FORM I: Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu, **FORM II: İyileşme Algısı ve Ameliyat Sonrası İzleme İlişkin Bilgiler Formu, **BUSÖ**: Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği, **SF-36**: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, **HÖGÖ**: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği.*

Şekil 17. Araştırmanın Roy'un Uyum Modeli'nden Üretilen Kavramsal-Teorik-Deneysel Yapısının Şeması

11.6.4. Kontrol Grubu Hastalarında Veri Toplama Süreci

- ⇨ KABG cerrahisi için kliniğe yatışı yapılan her yeni hasta kaydı ile ilgili sorumlu hemşire ve sekreter ile iletişim kurulmuş, günlük olarak ameliyat listeleri kontrol edilmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve katılım için onamları alınan hastalar için "Kontrol Grubu Hasta Randevu Listesi" oluşturulmuş, genel hasta bilgileri, telefon numarası, ameliyat ve taburculuk tarihi ve veri toplamada belirlenen izlem tarihleri not alınmıştır. Her katılımcıya araştırmacının iletişim bilgilerini içeren kartvizit verilmiştir.
- ⇨ Araştırmaya dahil edilen kontrol grubu hastalarına ameliyattan en az 24 saat öncesine kadar Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu, BUSÖ ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmıştır.
- ⇨ Ameliyattan sonra **(~ 5.-7. günlerde)** hastalara taburculuk öncesi son 24 saat içinde, İyileşme Algısı ve Ameliyat Sonrası İzleme İlişkin Bilgiler Formu ve HÖGÖ uygulanmış, hastaların **"öğrenim gereksinimleri ve ne kadar önemli olduğu"** belirlenmiştir.
- ⇨ Kontrol grubu hastaların taburculuk gününde, HÖGÖ-Gereksinim Karşılama Skoru bölümü ile **"öğrenim gereksinimlerinin ne kadar karşılandığı"** belirlenmiştir.
- ⇨ Birinci ayda kontrol grubu hastalarla telefonda belirlenen randevu tarihi ve saatinde, poliklinikte yüz yüze görüşülerek İyileşme Algısı ve Ameliyat Sonrası İzleme İlişkin Bilgiler Formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, BUSÖ ve HÖGÖ ile ölçümler yapılmıştır.
- ⇨ Üçüncü ayda önceden belirlenen randevu tarihi ve saatinde yüz yüze görüşülerek ya da telefon yoluyla İyileşme Algısı ve Ameliyat Sonrası İzleme İlişkin Bilgiler Formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, BUSÖ ve HÖGÖ ile ölçümleri tekrarlanmıştır.

11.6.5. Kontrol Grubu Hastalarına Klinikte Uygulanan Rutin Bakım

Kontrol grubuna araştırmanın yapıldığı her iki kurumda yürütülen standart bakım uygulanmıştır. Bu bakımın içeriğine yönelik, kontrol grubu verileri toplanmadan hemen önce klinik sorumlu hemşiresi ve doktorları ile görüşülerek bilgi edinilmiştir. Her iki kurumda da elektif olarak KABG cerrahisi planlanan hastalara ameliyat için poliklinikten randevu verilmektedir. Ameliyat kararı alınan hastaları polikliniktekı doktor ameliyata ilişkin genel olarak bilgilendirmektedir. Kalp ve Damar Cerrahisi Polikliniği'nde görülen hastaların tıbbi durumuna göre, planlanan ameliyat tarihinden 1-2 gün önce kliniğe yatışları yapılmaktadır. Hastalar KABG sonrası ilk 24 saati yoğun bakım ünitesinde geçirmekte, ameliyattan yaklaşık 4-5 saat sonra ekstübe edilmektedir. Genellikle ameliyat sonrası 5. veya 7. günde taburcu

edilen hastalar, 10. veya 12. gündeki kontrolde tekrar değerlendirilmektedir. Araştırmanın yürütüldüğü kurumlarda KABG cerrahisi sonrası taburculuğa ilişkin bilgilendirme hastalara klinik asistan doktoru tarafından yapılmakta, her iki kurumda da klinikte rutin olarak verilen planlı bir eğitim bulunmamaktadır. KABG sonrasına ilişkin üniversite hastanesinde cep kitapçık şeklinde 12 sayfalık bir içeriğe karşın, eğitim ve araştırma hastanesinde tek sayfalık bir broşür bulunmaktadır; düzenli olarak her hastaya verilmemektedir. Üniversite hastanesinde öğretim üyesinin izlediği hastaların muayeneleri ve kontrolleri, ilgili öğretim üyesinin odasında gerçekleştirilmekte, ameliyata ilişkin bilgilendirme de öğretim üyesinin kendisi tarafından yapılmaktadır, ancak kullanılan eğitim kitapçığı, broşür gibi eğitim metaryeli bulunmamaktadır.

Araştırmanın yürütüldüğü her iki kurumda da KABG'li hastaların hemşirelik bakımında; kliniğe kabulden taburculuğa kadar rutin tedavi ve uygulamaları yapılmaktadır. Hastaların gereksinimine göre ve sorularına yönelik bilgi verilmektedir. Hemşireler tarafından taburculukta ve evde bakıma yönelik özel bir eğitim ya da uygulama yapılmamaktadır. Hastalar taburculuk sonrası dikişlerin alınması gibi rutin kontroller ya da yaşadıkları sorunları için polikliniğe başvurmakta ve doktorla iletişime geçmektedir.

Kontrol grubunda bulunan hastalara veri toplama süreci boyunca araştırmacı tarafından eğitim verilmemiş, etik açıdan hastaların soruları kısaca yanıtlanmıştır. Hastaların sorularına yönelik klinik doktor ve hemşireleri ile görüşülerek gereksinim duydukları konularda bilgi almalarına yardım edilmiştir. Ancak yine de gereksinimleri karşılanamayan ve sıkıntı yaşayan hastalar olmuş, etik açıdan bu hastalara gerekli danışmanlık verilmiştir. Araştırma sonuçlarının güvenirliğine etkisi düşünülerek danışmanlık ve bilgilendirmenin fazla verildiği 3 hasta kontrol grubuna dahil edilmemiştir (Şekil 13, dahil edilemeyen; diğer nedenler).

11.7. Araştırmanın Niceliksel Aşamasının Planı ve Takvimi

Araştırmanın niceliksel aşamasını oluşturan üçüncü aşama araştırma planı ve takvimi Tablo 32'de gösterilmiştir.

Tablo 32. Araştırmanın Niceliksel Aşamasının Planı ve Takvimi

2005	**Temmuz**	**Ağustos**	**Eylül**	**Ekim**	**Kasım**	**Aralık**
		Proje etik kurul izninin alınması				
2008	**Temmuz**	**Ağustos**	**Eylül**	**Ekim**	**Kasım**	**Aralık**
				DOKTORA TEZ ÖNERİ		
2009	**Temmuz**	**Ağustos**	**Eylül**	**Ekim**	**Kasım**	**Aralık**
	Projenin İsim Değişikliği Sonrası Etik Kurul Başvurusu					Hemşirelikte Kavramsal Model Kullanımı Çalıştayı
2010	**Ocak**	**Şubat**	**Mart**	**Nisan**	**Mayıs**	**Haziran**
	DOKTORA YETERLİK SINAVI	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği izin (R.Pınar, Türkiye)				
		"Yenilenen Kalp Damarlarınızla Uyumlu Bir Yaşam İçin" Eğitim Kitapçığı için literatür tarama				
	Temmuz	**Ağustos**	**Eylül**	**Ekim**	**Kasım**	**Aralık**
					Akd. Ünv. Kurum izni	
2011	**Ocak**	**Şubat**	**Mart**	**Nisan**	**Mayıs**	**Haziran**
		SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği izin (Özgün ölçek sahibinden)				
	Temmuz	**Ağustos**	**Eylül**	**Ekim**	**Kasım**	**Aralık**
	A.E.A.H. Kurum izni		Yeterlik makalesinin yayına dönüştürülmesi			
	Koroner Arter Bypas Greftli Hastalarda Erken Dönem Hemşirelik Bakımının Roy'un Uyum Modeline Göre Analizi: Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi; 2011, vol:2, ss:68-81					
2012	**Ocak**	**Şubat**	**Mart**	**Nisan**	**Mayıs**	**Haziran**
		Kontrol Grubu verilerinin toplanması				
	Yenilenen Kalp Damarlarınızla Uyumlu Bir Yaşam İçin" Eğitim Kitapçığının oluşturulması					

	Temmuz	**Ağustos**	**Eylül**	**Ekim**	**Kasım**	**Aralık**
	Kontrol Grubu verilerinin toplanması ve bilgisayar ortamına girilmesi				Kitapçık için "Uzman Görüşü Değerlendirme Formu" kullanılarak görüş alınması	
2013	**Ocak**	**Şubat**	**Mart**	**Nisan**	**Mayıs**	**Haziran**
	Deney Grubu verilerinin toplanması					
	Temmuz	**Ağustos**	**Eylül**	**Ekim**	**Kasım**	**Aralık**
	Verilerin Değerlendirilmesi		Araştırma raporunda üçüncü niceliksel aşamanın yazılması			
2014	**Ocak**	**Şubat**	**Mart**	**Nisan**	**Mayıs**	**Haziran**
	Tezin rapor haline getirilmesinin tamamlanması					
	Temmuz	**Ağustos**	**Eylül**	**Ekim**	**Kasım**	**Aralık**
	<Teori ↔ Araştırma Bileşeni>: Roy'un Uyum Modeli Örneği. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi (DEUHYO ED), 2014 7(1): 33-45.					
2015	**DOKTORA SAVUNMA SINAVI** 27.02.2015 tarihinde gerçekleştirilmiştir.					

11.8.Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamında Windows Statistical Package For Social Science (SPSS 20.00) paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmanın amacına uygun olarak veriler aşağıda verilen analiz yöntemleri ile değerlendirilmiştir.

- ✓ Girişim grubu için hazırlanan "eğitim kitapçığı"nın içerik geçerliğinin sınanmasında uzman görüşü alınmış, alınan uzman görüşleri ***"Kendall İyi Uyuşum Katsayısı"*** ile incelenmiştir.
- ✓ Girişim ve kontrol grubundaki hastaların sosyo-demografik/klinik özelliklerine ilişkin sayı ve yüzdeleri hesaplanmıştır. Her iki grubun sosyodemografik ve klinik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, greft sayısı, yoğun bakımda kalma süresi, mekanik ventilasyon süresi, KAH'na ek hastalık varlığı, bakımından sorumlu kişi varlığı, yakınlık derecesi) ile ilgili değişkenler açısından homojenitesi ***"sayı, yüzde ve Ki-Kare (χ^2) testi"*** ile incelenmiştir.

- ✓ Girişim ve kontrol grubuna alınan KABG'li hastaların bağımlı değişkenler içinde yer alan öğrenim gereksinim öncelikleri, öğrenim gereksinimi karşılanma durumu, iyileşme algısı, başetme-uyum düzeyi, yaşam kalitesi alt boyutlarının normal dağılıma sahip olup olmadığı ***"Shapiro-Wilk testi"*** ile incelenmiştir.
- ✓ Girişim ve kontrol grubuna alınan KABG'li hastalarda grupların homojenitesi açısından başetme-uyum düzeyi, yaşama kalitesi alt boyutlarında ameliyat öncesi verileri; parametrik testlerden ***"bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi)"*** ile incelenmiştir.
- ✓ Girişim ve kontrol grubuna alınan KABG'li hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası, birinci ay, üçüncü ay öğrenim gereksinim öncelikleri, öğrenim gereksinimlerinin karşılanma durumu, iyileşme algısı, başetme uyum düzeyi, yaşam kalitesi ölçüm verileri grup ve zaman etkileşimi ***"iki yönlü varyans analizi"*** ile incelenmiştir.
- ✓ Girişim ve kontrol grubuna alınan hastaların öğrenim gereksinim öncelikleri, öğrenim gereksinimlerinin karşılanma durumu, iyileşme algısı, başetme uyum düzeyi, yaşam kalitesi ile ilgili grup*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunan verilerde ileri analiz yöntemine gidilmiş, anlamlı farkın hangi grup ya da zamandan kaynaklandığı belirlenmiştir. Her bir zaman için, girişim ve kontrol olmak üzere grubun karşılaştırılmasında ***"bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi)"***; grup içinde tekrarlı ölçümlerdeki zaman farkının belirlenmesinde tekrarlı ölçümlerde ***"tek yönlü varyans analizi",*** ileri analiz için ***"Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi"*** kullanılmıştır.
- ✓ Araştırmanın gücü; öğrenim gereksinim öncelikleri ve gereksinim krşılanma durumu, iyileşme algısı, başetme-uyum ve yaşam kalitesi alt boyut ortalamaları kriter alınarak hesaplanmıştır.
- ✓ Araştırmanın istatistiksel analizleri Akdeniz Üniversitesi Biyoistatistik Bölümü tarafından kontrol edilmiştir.
- ✓ Tüm istatistiksel analiz yöntemlerinin sonucunda *p* değerinin .05'e eşit veya büyük olduğu durumlarda test **"istatistiksel olarak anlamsız"**, *p* değerinin .05'ten küçük olduğu durumlarda test **"istatistiksel olarak anlamlı"** kabul edilmiştir.

11.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada bağımsız değişken olarak etkisi ölçülen Roy Uyum Modeli'ne temelli hemşirelik bakımının uygulanmasında; hastaların ve klinik çalışanlarının etkileşiminin kontrol edilmesindeki güçlük nedeniyle, bulaşı önlemek amacıyla randomizasyon yapılmamış, öncelikle kontrol grubu verileri, daha sonra girişim grubu verileri toplanmıştır.

11.10.Araştırma Etiği

Araştırmada, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik ve Laboratuar Araştırmaları Etik Kurulu onayı alınmıştır (Ek 1.1. Sayı no: 02.08.2005/170, Ek 1.2. Sayın no: 09.17.2009/133.2005). Araştırmanın yürütüleceği Akdeniz Üniversitesi Hastanesi ile Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden yasal izin alınmıştır (Ek 2.3. Sayın no: B.30.2.AKD.0.1H.00.00/PER-16; Ek 2.5. Sayın no: B.10.4.ISM.4.07.00.38/9796).

Araştırmada kullanılacak ölçüm araçlarından Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenirliğinin test edilmesi için ölçek sahibinden izin alınmış (Ek 3.19), SF-36 için Pınar'dan izin alınmıştır (Ek 3.3). Ayrıca HÖGÖ'nün Türkiye'de geçerlik ve güvenirliği araştırmacı Çatal ve Dicle tarafından yapılmış, gerekli izin koşulu sağlanmıştır.

KABG planlanan hastalara kliniğe kabulü ile birlikte araştırmanın amacı yazılı ve sözlü olarak açıklanmış; araştırmaya kabul edilme kriterlerini karşılayan ve katılmayı kabul eden girişim ve kontrol grubu hastalardan yazılı ve sözlü olarak onayları alınmıştır (Ek 4.3, Ek 4.4). Araştırmanın sonunda Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu'nda yer alan (Ek 5.1) araştırma sonuçlarını bilmek istediğini belirten katılımcılara sonuçlar posta ve e-posta yoluyla ulaştırılacaktır.

11.11. Araştırmacının Yeterliliği

Araştırmacı KABG'li hastalarda Roy Uyum Modeli'ne göre verilen hemşirelik bakımı girişimini etkin yürütebilmek ve yeterlilik kazanmak amacıyla doktora eğitimi sürecinde aldığı derslerin yanısıra aşağıda verilen ek ders ve eğitimleri almıştır.

→ HEM 6027 Hemşirelik Kuramları Dersi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2 Kredi, 2009.*

→ CHH 6007 Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Kuram ve Modeller Dersi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 3 Kredi, 2009.*

→ Hemşirelikte Kavramsal Model Kullanımı Kursu *(Kurs eğitmeni: Staphen O'Connor), Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu ve Akseki Sağlık Yüksekokulu, Antalya, 18-19 Aralık 2009.*

11.12. Araştırmada Yaşanan Güçlükler

Araştırmanın yürütüldüğü kurumlardan, üniversite hastanesinde ulusal sağlık sistemindeki yasal değişiklikler ve tam gün yasası nedeniyle KABG ameliyat sayısının azalması ve öğretim üyelerinin özel hastanede yaptıkları vaka sayılarının daha fazla olması nedeniyle örneklem için belirlenen sayılara ulaşmada gecikme yaşanmıştır. Ayrıca bu sayısal azalmaya ilaveten araştırmaya alınma ve dışlanma kriterleri de dikkate alındığında izlemde kaybedilenlerle birlikte örneklem sayısına ulaşmayı zorlaştırmış, veri toplama planlanandan daha uzun bir zamanda gerçekleştirilmiştir.

11.13. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın bütçesi, araştırmacı tarafından karşılanmıştır. Ancak sadece araştırmanın girişim grubuna verilen eğitim kitapçığının basılmasında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Klinik Şefi Doç. Dr. Mustafa Emmiler'in desteğiyle, Bıçakçılar firması Antalya temsilciliği tarafından finansal olarak karşılanmıştır.

12. BULGULAR

Araştırmanın yarı deneysel araştırma tasarımına göre yürütülen niceliksel aşamasının bulguları bu bölümde sunulmuştur. KABG'li hastalarda Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında "*öğrenim gereksinim öncelikleri, öğrenim gereksinimlerinin karşılanma durumu, iyileşme algısı, başetme-uyum düzeyi ve yaşam kalitesi düzeyleri*" karşılaştırılarak incelenmiştir. Araştırma soruları ve hipotezleri sınanmadan önce örneklem grubunun sosyodemografik ve klinik özellikleri incelenmiştir. Elde edilen bulgular:

1. Girişim ve kontrol grubuna alınan KABG'li hastaların sosyo-demografik ve klinik özelliklerinin incelenmesi,
2. Girişim ve kontrol grubuna alınan KABG'li hastaların başetme-uyum ve yaşam kalitesi başlangıç verilerinin incelenmesi,
3. Girişim ve kontrol grubuna alınan KABG'li hastaların öğrenim gereksinim öncelikleri**,** önemlilik durumu ve gereksinim karşılanma durumlarının incelenmesi,
4. Girişim ve kontrol grubuna alınan KABG'li hastaların başetme-uyum düzeylerinin incelenmesi**,**
5. Girişim ve kontrol grubuna alınan KABG'li hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin incelenmesi olmak üzere beş başlıkta verilmiştir.

12.1. Girişim ve Kontrol Grubuna Alınan Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerinin İncelenmesi

Bu bölümde girişim ve kontrol grubundaki KABG'li hastaların yaş, cinsiyet, medeni, durum, eğitim durumu, sosyal güvence ve çalışma durumunu içeren sosyo-demografik özellikleri ile KAH'na eşlik eden durumlar, sigara içme öyküsü, süresi ve miktarı, BKİ, ameliyat öncesi ağrı ve yorgunluk şikayeti varlığı, baypas için kullanılan greft türü, cerrahi işlem süresi, KPB süresi, yoğun bakımda kalma süresi ve mekanik ventilasyon süresini içeren klinik özelliklere yer verilmiştir.

Araştırmada girişim ve kontrol grubuna alınan KABG'li hastaların sosyo-demografik özellikleri Tablo 33'te, klinik özellikleri Tablo 34'te gösterilmiştir. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların bağımlı değişkenler açısından karşılaştırılmasından önce sosyo-demografik özellikler ve klinik özellikler açısından benzer olup olmadığı değerlendirilmiş, bağımlı değişkenlere etki edebilecek karıştırıcı faktörlerin (confounding factor) ortadan kaldırılması amaçlanmıştır. Girişim grubu ile kontrol grubu sosyodemografik ve klinik

özelliklerin karşılaştırılmasında Ki-Kare (χ^2) analizi kullanılmış, p>.05 kriter ölçüt kabul edilmiştir.

Tablo 33. Girişim ve Kontrol Grubuna Alınan Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=80)

Sosyo-Demografik Özellikler	Girişim Grubu (n: 40)		Kontrol Grubu (n: 40)		Toplam (n:80)		İstatistiksel anlamlılık
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	†$\chi 2$ *p
Yaş							
30-39	0	0.0	1	2.5	1	1.2	
40-49	4	10.0	5	12.5	9	11.2	$\chi 2$=1.435
50-59	14	35.0	13	32.5	27	33.8	p=0.838
60-69	13	32.5	14	35.0	27	33.8	
70 ve üzeri	9	22.5	7	17.5	16	20.0	
Cinsiyet							
Kadın	14	35.0	12	30.0	26	32.5	$\chi 2$=0.228
Erkek	26	65.0	28	70.0	54	67.5	p=0.633
Medeni Durum							
Bekar	8	20.00	8	20.00	40	50.00	$\chi 2$=0.000
Evli	32	80.00	32	80.00	40	50.00	p=1.000
Eğitim Durumu							
İlkokul	28	72.5	33	82.5	61	76.3	$\chi 2$=1.986
Ortaokul	5	12.5	3	7.5	8	10.0	p=0.738
Lise	6	15.0	3	7.5	9	11.2	
Üniversite	1	2.5	1	2.5	2	2.5	
Sosyal Güvence							
SGK	36	90.0	35	87.5	71	89.8	$\chi 2$=1.104
Ücretli	4	10.0	5	12.5	9	11.2	p=0.776
Çalışma Durumu							
İşçi	4	10.0	2	5.0	6	7.5	$\chi 2$=2.522
Memur	2	5.0	2	5.0	4	5.0	p=0.641
Serbest Meslek	5	12.5	10	25.0	15	18.8	
Emekli	15	37.5	14	35.0	29	36.2	
Çalışmıyor	14	35.0	12	30.0	26	32.5	

* *p>0.05.*
† *$\chi 2$= Ki-Kare test sonucu,*

Araştırmanın nicel aşamasında örneklem grubu hastaların sosyodemografik verileri sırasıyla girişim grubu ve kontrol grubu olarak sunulacaktır. Girişim grubu hastaların yaşlarının 44-81 arasında değiştiği, yaş ortalamasının 61.75±9.60 olduğu, kontrol grubu hastaların ise yaş aralığının 33-88 arasında değiştiği, yaş ortalamasının 60.00±11.45 olduğu, yapılan istatistiksel değerlendirmede her iki grubun yaş ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı (t=-0,740; p= 0.461; *p>0.05*) saptanmıştır. Girişim grubu KABG'li hastaların %35'i 50-59 yaş arasında, %65'i erkek, %80'ı evli, %72.5'i ilkokul mezunu, %90'ı Sosyal Güvenlik Kurumu'na (SGK)

bağlı, %37.5'si emeklidir. Kontrol grubu KABG'li hastaların %35'i 60-69 yaş arasında, %70'i erkek, %80'i evli, %82.5'si ilkokul mezunu, %87.5'i SGK'lı, %35'i emeklidir. Girişim ve kontrol grubundaki hastalar arasında tüm sosyo-demografik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, gruplar homejendir (p>0.05) (Tablo 33). Sosyodemografik özellikleri benzer bulunan girişim grubu ve kontrol grubu, bir sonraki adımda klinik özellikler açısından karşılaştırılmış, sonuçlar Tablo 34'te sunulmuştur.

Tablo 34. Girişim ve Kontrol Grubuna Alınan Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=80)

Klinik Özellikler	Girişim Grubu (n: 40)		Kontrol Grubu (n: 40)		Toplam (n:80)		İstatistiksel anlamlılık
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	†$\chi 2$ *p
Tedavi Gördüğü Kurum							
Üniversitesi Hastanesi	20	25.0	20	25.0	40	50.0	$\chi 2$=0.000
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	20	25.0	20	20.0	40	50.0	p= 1.000
KAH'na Eşlik Eden Durum*							
DM	21	33.3	17	29.3	38	31.4	
HT	20	31.7	19	32.8	39	32.2	$\chi 2$=1.816
KOAH	2	3.2	2	3.4	4	3.3	p= 0.874
KKY	1	1.6	0	0	1	0.8	
Eski MI öyküsü	16	25.4	17	29.3	33	27.3	
Angina öyküsü	3	4.8	3	5.2	6	5.0	
Sigara İçme Öyküsü							
Var	28	70.0	24	60.0	52	65.0	$\chi 2$=2.196
Yok	12	30.0	16	40.0	28	35.0	p=0.138
Sigara İçme Süresi (yıl)							
10-19 yıl	1	3.6	3	12.5	4	7.7	$\chi 2$=13.586
20-29 yıl	7	25.0	6	25.0	13	25.0	p=0.328
30 yıl ve üzeri	20	71.4	15	62.5	35	67.3	
Sigara Tüketim Miktarı (paket/gün)							
≤1/2 paket/gün	7	25.0	1	4.2	8	15.4	$\chi 2$=5.804
1 paket/gün	11	39.3	11	45.8	22	42.3	p=0.326
≥ 2 paket/gün	10	35.7	12	50.0	22	42.3	
Beden Kitle İndeksi (BKİ)							
<18.5	3	7.5	2	5.0	5	6.2	$\chi 2$=4.327
18.5-24.9	10	25.0	12	30.0	22	27.5	p=0.943
25.0-29.9	16	40.0	18	45.0	34	42.5	
≥30	11	27.5	8	20.0	19	23.8	
Ameliyat Öncesi Ağrı Şikayeti Varlığı							
Var	21	52.5	17	42.5	38	47.5	$\chi 2$=0.802
Yok	19	47.5	23	57.5	42	52.5	p=0.370

Ameliyat Öncesi Yorgunluk Şikayeti Varlığı							
Var	25	62.5	26	65.0	51	63.8	χ^2=0.054
Yok	15	37.5	14	35.0	29	36.2	p=0.816
Greft Türü							
İMA	1	2.5	1	2.5	2	2.5	
İMA+radial arter	5	12.5	6	15.0	11	13.7	χ^2=2.077
İMA+safen ven	5	12.5	10	25.0	15	18.8	p=0.150
İMA+safen ven+radial arter	29	72.5	23	57.5	52	65.0	
Cerrahi İşlemin Süresi							
60-90 dakika	2	5.0	1	2.5	3	3.8	χ^2=2.502
91- 120 dakika	4	10.0	7	17.5	11	13.7	p=0.550
121- 150 dakika	28	70.0	23	57.5	44	55.0	
151 dakika +	6	15.0	9	22.5	22	27.5	
Kardiyopulmoner Baypas Süresi							
30-60 dakika	2	5.0	1	2.5	3	3.8	χ^2=2.134
61-90 dakika	33	82.5	32	80.01	65	81.2	p= 0.715
91 dk ve +	5	12.5	7	7.5	12	15.0	
Yoğun Bakımda Kalma Süresi							
24 saatten az	28	70.0	24	60.0	52	65.0	χ^2=5.710
24-48 saat	12	30.0	16	40.0	28	35.0	p= 0.956
Mekanik Ventilasyon Süresi							
8 saatten az	22	55.0	27	67.5	49	61.2	χ^2=3.338
9-14 saat	18	45.0	13	32.5	31	38.8	p= 0.949

∗ *p>0.05,* † *χ^2= Ki-Kare test sonucu,*

Tablo 34'te görüldüğü gibi, girişim grubu ve kontrol grubu hastaların tedavi gördüğü kurumun %50 üniversite, %50 eğitim araştırma hastanesidir. Girişim grubu hastaların %33.3'ünde DM, %31.7'sinde HT, KAH'a eşlik etmektedir, %25.4'ünde eski MI öyküsü bulunmaktadır. Kontrol grubu hastalarda %32.8 HT, %29.3 DM görülürken, hastaların %29.3'ünde eski MI öyküsü vardır. Girişim grubu KABG'li hastalar %70.0 sigara içme öyküsüne sahipken, hastaların %71.4'ü 30 yıl ve üzerinde sigara içmektedir. Hastaların sigara tüketim miktarları incelendiğinde %39.3'ünün günde bir paket sigara tükettiği görülmektedir. Kontrol grubu hastaların ise %60.0'ında sigara öyküsü bulunmaktadır. Hastaların %62.5'i 30 yılın üzerinde sigara kullanırken, günlük içilen sigara miktarı %50 .0 ile iki paket ve üzeridir. Girişim grubu hastalarda BKİ aralığı %40.0 ile 18.5-24.9 arasıdır. Kontrol grubunda ise hastaların %45.0'inde BKİ 25.0-29.9 arasıdır. Girişim grubunda ameliyat öncesi göğüs ağrısı şikayeti %52.5, yorgunluk şikayeti %62.5 iken, kontrol grubunda göğüs ağrısı %42.5, yorgunluk %65.0'tir (Tablo 34).

KABG ameliyatı ile ilgili Tablo 34 'teki özellikler incelendiğinde; köprüleme (baypas) için kullanılan greft sayısı ve türü olarak girişim grubunda %72.5 oranla üçlü (İMA+radial arter+safen ven ile) baypas yapıldığı, kontrol grubunda da bu oranın %57.5 olduğu

görülmektedir. Girişim grubunun %70.0'inde cerrahi işlem 121-150 dakika sürerken, KPB süresi %82.5'inde 61-90 dakikadır. Kontrol grubunda ise 121-150 dakika cerrahi işlem süresi %57.5, 61-90 dakikalık KPB süresi %80.0'dır. Girişim grubunun %70.0'i 24 saatten az yoğun bakımda kalmış, %55.0'ine 8 saatten az mekanik ventilasyon sağlanmıştır. Kontrol grubunda 24 saatten az yoğun bakımda kalma süresi %60.0, 8 saatten az mekanik ventilasyon sağlanma %67.5'tir. Tablo 34'te görüldüğü üzere, girişim grubu ve kontrol grubu hastaların klinik özelliklerin tümünde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$), klinik özellikler açısından gruplar homojendir.

12.2. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Başetme-Uyum ve Yaşam Kalitesi Başlangıç Verilerinin İncelenmesi

Bu bölümde girişim ve kontrol grubuna alınan KABG'li hastaların başetme-uyum ve yaşam kalitesi ile ilgili başlangıç verileri değerlendirilmiştir. İlk olarak verilerin analizinde parametrik ya da non-parametrik test kullanımına karar verebilmek için normallik testi ile verilerin normal dağılım gösterip göstermediği incelenmiştir. Normal dağılımın incelenmesinde "Kolmogorov-Smirnov" ve "Shapiro-Wilk" olmak üzere iki farklı test kullanılmaktadır, daha çok tercih edilen ve kullanılan "Shapiro-Wilk" testidir. Kolmogorov-Smirnov testinin sonuçları, veri sayısının az olduğu durumlarda dikkate alınabilir. Bu araştırmada girişim ve kontrol grubu KABG'li hastalarda başetme-uyum ve yaşam kalitesi verilerinin normal dağılım gösterip göstermediği "Shapiro-Wilk" testi ile incelenmiştir. Verilerin normalliğini test etmeden önce "H_0: %95 güvenle veriler normal dağılımlıdır", "H_1:%95 güvenle veriler normal dağılımlı değildir" hipotezleri kurulmuştur. Girişim grubu ve kontrol grubu başetme-uyum ve yaşam kalitesi verilerinin incelenmesinde test *p* değerleri başetme-uyum ve yaşam kalitesi toplam puanı ve alt boyutlarında 0.05' den büyük olduğu için tüm gruplar için H_0 hipotezleri kabul edilmiştir, yani tüm gruplar için ***"%95 güvenle veriler normal dağılımlıdır."*** Bu sonuca göre girişim ve kontrol grubu başetme-uyum ve yaşam kalitesi başlangıç verilerinin karşılaştırılmasında parametrik testlerden bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) kullanılmış ve karşılaştırma sonuçları Tablo 35'te sunulmuştur.

Tablo 35. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Başetme-Uyum ve Yaşam Kalitesi Başlangıç Verilerinin Karşılaştırılması (n:80)

Değişkenler		**Girişim Grubu (n: 40)**	**Kontrol Grubu (n: 40)**		
Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği Alt Boyutları		**Ort†±SS‡**	**Ort†±SS‡**	**t§**	**p***
Çözüm bulma ve odaklanma		26.35±3.69	26.15±3.71	-0.241	0.810
Fiziksel ve karara bağlama		39.20±3.86	39.22±4.42	0.027	0.979
Dikkat süreci		25.12±4.64	23.85±2.76	-1.492	0.140
Sistematize etme süreci		15.82±2.07	15.22±2.00	-1.315	0.192
Öğrenme ve ilişki kurma		21.92±2.52	2155±2.49	-0.669	0.506
Toplam BUSÖ		128.42±10.46	126.00±10.40	-1.039	0.302
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları		**Ort†±SS‡**	**Ort†±SS‡**	**t§**	**p***
Fiziksel Sağlık	Fiziksel İşlev	55.12±3.87	64.87±3.68	1.825	0.072
	Fiziksel Rol	36.25±7.59	40.62±7.57	0.408	0.685
	Ağrı	55.82±4.83	61.50±4.68	0.843	0.402
	Genel Sağlık	62.25±2.75	64.65±2.25	0.674	0.502
	Toplam Özet Skor	39.84±1.79	40.05±1.91	0.079	0.937
Mental Sağlık	Yaşamsallık	42.37±2.81	40.12±3.50	-0.501	0.618
	Sosyal İşlev	57.18±4.73	65.62±4.91	1.236	0.220
	Mental İşlev	52.50±2.73	54.40±3.26	0.446	0.657
	Mental Rol	48.33±7.91	50.83±7.91	0.223	0.824
	Toplam Özet Skor	40.48±1.59	43.37±1.39	1.361	0.177

**p>0.05, †Ort: Ortalama, ‡SS: Standart Sapma, §t: t testi (parametrik, bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi).*

Tablo 35'te görüldüğü gibi girişim ve kontrol grubu hastaların başlangıç verilerinden başetme-uyum alt boyut ve yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır (p>0.05). Girişim ve kontrol grubu hastaların başetme-uyum düzeyleri ile yaşam kalitesi düzeyleri temel ön ölçümde benzer bulunmuştur.

12.3. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Öğrenim Gereksinim Öncelikleri, Önemlilik Durumu ve Gereksinim Karşılanma Durumlarının İncelenmesi

Bu bölümde girişim ve kontrol grubu KABG'li hastaların öğrenim gereksinim öncelikleri, önemlilik durumu ve gereksinim karşılanma durumları incelenecektir. Hastaların taburculuk öncesi öğrenim gereksinim önceliklerinin belirlenmesinde HÖGÖ, kontrol grubuna taburculuktan 24-48 saat önce, girişim grubuna mutlaka 24 saat önce uygulanmıştır. Çünkü girişim grubunda Roy Uyum Modeli'ne göre verilen hemşirelik bakımı içerisinde gerçekleştirilen üçüncü taburculuk eğitim oturumu hastaların öğrenim gereksinim önceliklerine göre düzenlenmiş ve HÖGÖ'nün hemen ardından eğitim gerçekleştirilmiştir. Girişim ve kontrol grubu hastalarda öğrenim gereksinimlerinin karşılanma durumu için HÖGÖ-GKS, her iki grupta da taburculuk günü uygulanmıştır. İlk olarak girişim ve kontrol grubu KABG'li hastaların öğrenim gereksinim önceliklerinin ilk ölçümleri ayrıntılı incelenmiş ve Tablo 36'da gösterilmiştir.

Tablo 36. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastalarda Taburculuk Öncesi Öğrenim Gereksinim Önceliklerinin Tanımlayıcı Özelliklerinin İncelenmesi (n:80)

		Tanımlayıcı İstatistikler				
Alt Ölçekler	**Grup**	**Ortalama Değer (Mean)**	**Standart Sapma (SS)**	**Ortanca Değer (Median)**	**En Düşük Değer (Minimum)**	**En Yüksek Değer (Maximum)**
İlaçlar	Girişim Grubu	27.85 (3.48)	3.40 (0.42)	29.50 (3.69)	19.00 (2.38)	32.00 (4.00)
	Kontrol Grubu	25.80 (3.22)	3.13 (0.39)	25.50 (3.19)	19.00 (2.38)	34.00 (4.25)
Yaşam Aktiviteleri	Girişim Grubu	33.58 (3.73)	2.34 (0.26)	34.00 (3.78)	26.00 (2.89)	38.00 (4.22)
	Kontrol Grubu	33.30 (3.70)	2.25 (0.25)	34.00 (3.78)	26.00 (2.89)	39.00 (4.33)
Toplum ve İzlem	Girişim Grubu	19.13 (3.18)	3.08 (0.51)	19.50 (3.25)	12.00 (2.00)	23.00 (3.83)
	Kontrol Grubu	18.15 (3.02)	2.59 (0.43)	18.00 (3.00)	12.00 (2.00)	23.00 (3.83)
Duruma İlişkin Duygular	Girişim Grubu	16.55 (3.31)	2.11 (0.42)	17.00 (3.40)	11.00 (2.20)	19.00 (3.80)
	Kontrol Grubu	16.15 (3.23)	1.87 (0.37)	16.50 (3.30)	12.00 (2.40)	21.00 (4.20)

Tedavi ve Komplikasyonlar	Girişim Grubu	33.02 (3.66)	3.61 (0.40)	34.00 (3.78)	24.00 (2.67)	38.00 (4.22)
	Kontrol Grubu	30.55 (3.39)	2.84 (0.31)	31.00 (3.44)	24.00 (2.67)	38.00 (4.22)
Yaşam Kalitesi	Girişim Grubu	27.87 (3.48)	3.97 (0.49)	28.50 (3.56)	19.00 (2.38)	33.00 (4.13)
	Kontrol Grubu	25.75 (3.22)	2.53 (0.31)	26.00 (3.25)	19.00 (2.38)	34.00 (4.25)
Cilt Bakımı	Girişim Grubu	17.35 (3.47)	2.75 (0.55)	18.00 (3.60)	12.00 (2.40)	22.00 (4.40)
	Kontrol Grubu	16.20 (3.24)	2.60 (0.52)	16.00 (3.20)	11.00 (2.20)	22.00 (4.40)
TOPLAM ÖLÇEK	Girişim Grubu	175.35 (3.50)	18.68 (0.37)	176.00 (3.52)	126.00 (2.52)	200.00 (4.00)
	Kontrol Grubu	165.90 (3.31)	13.69 (0.27)	168.00 (3.36)	126.00 (2.52)	208.00 (4.16)

Tablo 36'da görüldüğü gibi HÖGÖ'nün gereksinim önceliklerini, bu gereksinimlerin ne kadar önemli olduğunu belirleyen bölümünde toplam ölçek puanı; girişim grubunda 175.35±18.68; kontrol grubunda 165.90±13.69 olarak saptanmıştır. Elde edilen bu ölçek toplam puanlarının madde sayısına bölümünden elde edilen yeni değer ile hastaların öğrenim gereksinimlerini ne kadar önemli bulduğu yorumlanabilmektedir. KABG'li hastaların öğrenim gereksinimlerinin önem durumu girişim grubu için 3.50±0.37, kontrol grubu için 3.31±0.27 olarak belirlenmiştir. Ayrıca girişim grubunda (3.73±0.26) ve kontrol grubunda (3.70±0.25) öğrenim gereksinim puanı en yüksek "yaşam aktiviteleri" alt boyutunda bulunmuştur. Girişim grubu hastaların HÖGÖ'nün öğrenim gereksinimlerinin toplam ölçek ve alt ölçek puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 36).

Girişim ve kontrol grubu KABG'li hastaların taburculuktaki öğrenim gereksinimlerinin önemlilik durumu HÖGÖ'nün toplam ölçek puanları yanı sıra; **"İlaçlar, Yaşam Aktiviteleri, Toplum ve İzlem, Duruma İlişkin Duygular, Tedavi ve Komplikasyonlar, Yaşam Kalitesi, Cilt Bakımı"** alt boyutları ile belirlenmiş, taburculuktan önceki ilk ölçüm, birinci ay ve üçüncü ay ölçümlerinin karşılaştırılması iki yönlü varyans analizi ile yapılmış ve sonuçlar Tablo 37'de sunulmuştur.

Tablo 37. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Taburculuk Öncesi, Birinci Ay ve Üçüncü Ay Öğrenim Gereksinimleri Önemlilik Durumunun Karşılaştırılması (n:80)

Zaman / Gruplar	Taburculuk Öncesi (Ortalama ±SS†)	Ameliyat Sonrası 1. Ay (Ortalama ±SS†)	Ameliyat Sonrası 3. Ay (Ortalama ±SS†)	Karşılaştırma	F‡	p*
İlaçlar						
Girişim Grubu (n: 40)	3.48±0.42	4.07±0.27	4.34±0.22	Grup	61.760	*0.000*
				Zaman	128.830	*0.000*
Kontrol Grubu (n: 40)	3.22±0.39	3.76±0.28	3.93±0.27	Grup*Zaman	1.119	*0.328*
Yaşam Aktiviteleri						
Girişim Grubu (n:40)	3.73±0.26	4.33±0.20	4.62±0.18	Grup	41.930	*0.000*
				Zaman	210.544	*0.000*
Kontrol Grubu (n:40)	3.70±0.25	4.06±0.28	4.32±0.22	Grup*Zaman	7.615	*0.001*
Toplum ve İzlem						
Girişim Grubu (n:40)	3.18±0.51	3.94±0.40	4.02±0.35	Grup	8.972	*0.000*
Kontrol Grubu (n:40)	3.02±0.43	3.77±0.33	3.90±0.29	Zaman	112.788	*0.000*
				Grup*Zaman	0.076	*0.926*
Duruma İlişkin Duygular						
Girişim Grubu (n:40)	3.31±0.42	4.38±0.43	4.51±0.41	Grup	1.358	*0.245*
Kontrol Grubu (n:40)	3.23±0.37	4.37±0.42	4.42±0.38	Zaman	211.337	*0.000*
				Grup*Zaman	0.245	*0.783*
Tedavi ve Komplikasyonlar						
Girişim Grubu (n:40)	3.66±0.40	4.23±0.27	4.63±0.18	Grup	80.071	*0.000*
Kontrol Grubu (n:40)	3.39±0.31	3.79±0.25	4.36±0.20	Zaman	232.786	*0.000*
				Grup*Zaman	2.125	*0.122*
Yaşam Kalitesi						
Girişim Grubu (n:40)	3.48±0.49	4.29±0.25	4.46±0.18	Grup	97.125	*0.000*
Kontrol Grubu (n:40)	3.21±0.31	3.84±0.27	4.00±0.24	Zaman	181.594	*0.000*
				Grup*Zaman	2.672	*0.071*
Cilt Bakımı						
Girişim Grubu (n:40)	3.47±0.55	3.55±0.42	3.56±0.42	Grup	0.215	*0.643*
Kontrol Grubu (n:40)	3.24±0.52	3.62±0.46	3.64±0.45	Zaman	6.797	*0.001*
				Grup*Zaman	2.727	*0.067*
TOPLAM HÖGÖ						
Girişim Grubu (n:40)	3.50±0.37	4.14±0.17	4.36±0.14	Grup	63.064	*0.000*
Kontrol Grubu (n:40)	3.31±0.27	3.88±0.18	4.10±0.14	Zaman	272.342	*0.000*
				Grup*Zaman	0.655	*0.520*

**p<0.05, †SS: Standart Sapma, ‡F: İki yönlü varyans analizi,.*

Tablo 37 incelendiğinde "***HÖGÖ toplam puanı için"*** iki yönlü varyans analizi sonucuna göre; grup (F=63.064, p=0.000) ve zaman (F=272.342, p=0.000) etkileşimi açısından girişim ve kontrol grubu KABG'li hastalarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırlen, grup*zaman (F=0.655, p=0.520) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark

saptanmadığı görülmektedir. "***İlaçlar" alt boyutunda***, grup (F=61.760, p=0.000) ve zaman (F=128.830, p=0.000) etkileşimi açısından girişim ve kontrol grubu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, grup*zaman (F= 1.119, p= 0.328) etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. "***Yaşam Aktiviteleri" alt boyutunda*** girişim ve kontrol grubu karşılaştırılmasında grup (F=41.930, p=0.000), zaman (F=210.544, p=0.000) ve grup*zaman (F=7.615, p=0.001) etkileşimleri açısından puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır. ***"Toplum ve İzlem" alt boyutunda*** girişim ve kontrol grubu puan ortalamaları arasındaki fark., grup (F=8.972, p=0.000) ve zaman (F=112.788, p=0.000) etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı iken, grup*zaman (F=0.076, p=0.926) açısından anlamlı değildir. ***"Duruma İlişkin Duygular" alt boyutu*** puanlarına göre girişim ve kontrol grubu karşılaştırıldığında ise, sadece zaman (F=211.337, p=0.000) etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, grup (F=1.358, p=0.245) ve grup*zaman (F=0.245, p=0.783) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. "***Tedavi ve Komplikasyonlar" alt boyutunda*** girişim ve kontrol grubu arasında, grup (F=80.071, p=0.000) ve zaman (F=232.786, p=0.000) etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken, grup*zaman (F=2.125, p=0.122) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Benzer şekilde ***"Yaşam Kalitesi" alt boyutunda*** girişim ve kontrol grubu puanlarının karşılaştırmasından elde edilen sonuca göre grup (F=97.125, p=0.000) ve zaman (F=181.594, p=0.000) etkileşimi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı iken, grup*zaman (F=2.672, p=0.071) açısından fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Son olarak ***"Cilt Bakımı" alt boyutunda*** girişim ve kontrol grubu puan ortalamaları arasındaki fark., zaman (F=6.797, p=0.001) etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, grup (F=0.215, p=0.643) ve grup*zaman (F=2.727, p=0.067) etkileşimi açısından anlamlı bulunmamıştır (Tablo 37).

KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası öğrenim gereksinimlerinin önemlilik durumu arasında HÖGÖ toplam puanı için fark saptanması sonucu H_1 hipotezi kabul edilmiştir. HÖGÖ alt boyutları ile ilgili H_{1d} ve H_{1g} hipotezleri reddedilmiştir.

Girişim ve kontrol grubu hastaların öğrenim gereksinimleri önemlilik durumunun karşılaştırılmasındaki HÖGÖ toplam ölçek ve tüm alt boyutlarda saptanan anlamlı fark için; farkın hangi grup ya da zamandan kaynaklandığını belirlemek amacıyla ileri analiz yöntemleri kullanılmış ve sonuçlar Tablo 38'de sunulmuştur.

Tablo 38. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Taburculuk Öncesi, Birinci Ay ve Üçüncü Ay Öğrenim Gereksinimleri Önemlilik Durumunun Karşılaştırılmasında İleri Analiz Bulguları (n:80)

Zaman / Gruplar	Taburculuk Öncesi (TÖ) (Ortalama±SS†)	Ameliyat Sonrası 1. Ay (AS1) (Ortalama±SS)	Ameliyat Sonrası 3. Ay (AS3) (Ortalama±SS)	F‡	p*	*Anlamlı fark*
İlaçlar						
Girişim Grubu (n: 40)	3.48±0.42	4.07±0.27	4.34±0.22	76.298	0.000	*TÖ<AS1<AS3*
Kontrol Grubu (n: 40)	3.22±0.39	3.76±0.28	3.93±0.27	53.722	0.000	*TÖ<AS1,AS3*
t§	-2.801	-4.989	-7.297			
p*	0.006	0.000	0.000			
Yaşam Aktiviteleri						
Girişim Grubu (n:40)	3.73±0.26	4.33±0.20	4.62±0.18	171.936	0.000	*TÖ<AS1<AS3*
Kontrol Grubu (n:40)	3.70±0.25	4.06±0.28	4.32±0.22	61.621	0.000	*TÖ<AS1<AS3*
t§	-0.535	-4.734	-6.612			
p*	0.594	0.000	0.000			
Toplum ve İzlem						
Girişim Grubu (n:40)	3.18±0.51	3.94±0.40	4.02±0.35	47.002	0.000	*TÖ<AS1,AS3*
Kontrol Grubu (n:40)	3.02±0.43	3.77±0.33	3.90±0.29	69.796	0.000	*TÖ<AS1,AS3*
t§	-1.530	-2.066	-1.717			
p*	0.130	0.042	0.090			
Duruma İlişkin Duygular						
Girişim Grubu (n:40)	3.31±0.42	4.38±0.43	4.51±0.41	97.083	0.000	*TÖ<AS1,AS3*
Kontrol Grubu (n:40)	3.23±0.37	4.37±0.42	4.42±0.38	115.782	0.000	*TÖ<AS1,AS3*
t§	-0.896	-0.104	-1.063			
p*	0.373	0.917	0.291			
Tedavi ve Komplikasyonlar						
Girişim Grubu (n:40)	3.66±0.40	4.23±0.27	4.63±0.18	104.011	0.000	*TÖ<AS1<AS3*
Kontrol Grubu (n:40)	3.39±0.31	3.79±0.25	4.36±0.20	134.772	0.000	*TÖ<AS1<AS3*
t§	-3.400	-7.322	-6.146			
p*	0.001	0.000	0.000			
Yaşam Kalitesi						
Girişim Grubu (n:40)	3.48±0.49	4.29±0.25	4.46±0.18	95.919	0.000	*TÖ<AS1,AS3*
Kontrol Grubu (n:40)	3.21±0.31	3.84±0.27	4.00±0.24	86.589	0.000	*TÖ<AS1<AS3*
t§	-2.849	-7.691	-9.693			
p*	0.006	0.000	0.001			
Cilt Bakımı						
Girişim Grubu (n:40)	3.47±0.55	3.55±0.42	3.56±0.42	0.467	0.628	*p>0.05*
Kontrol Grubu (n:40)	3.24±0.52	3.62±0.46	3.64±0.45	8.866	0.000	*TÖ<AS1,AS3*
t§	-1.920	0. 658	0.820			
p*	0.058	0.512	0.414			
TOPLAM HÖGÖ						
Girişim Grubu (n:40)	3.50±0.37	4.14±0.17	4.36±0.14	125.257	0.000	*TÖ<AS1<AS3*
Kontrol Grubu (n:40)	3.31±0.27	3.88±0.18	4.10±0.14	153.059	0.000	*TÖ<AS1<AS3*
t§	*-2.580*	*-6.512*	*-8.060*			
p*	*0.012*	*0.000*	*0.000*			

**p<0.05, †SS: Standart Sapma, ‡F: İki yönlü varyans analizi, §t: t testi (Bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi).*

Tablo 38'de görüldüğü gibi girişim ve kontrol grubu HÖGÖ toplam ölçek ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın hangi ölçümden kaynaklandığının belirlenmesinde bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) kullanılmıştır. Grupların kendi içindeki ölçümleri arasında fark olup olmadığı tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi ile belirlenmiş, ileri analizinde ise çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey HSD analizi kullanılmıştır. Sık kullanılan tekniklerden olan Tukey testi grup varyanslarının ve örneklem sayılarının eşit olmasını gerektirmektedir ve eşit gruplara ait ortalamalar arasındaki farkların test edilmesinde kullanılır. Girişim ve kontrol grubunda tekrarlayan ölçümlerde veri kaybedilmemesi ve *n* sayısının eşit olması nedeniyle (n:40), Tukey HSD çoklu karşılaştırma analizi tercih edilmiştir (Kayri, 2009).

HÖGÖ toplam ölçek puan ortalamaları arasında farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) sonunda; taburculuk öncesi (t=-2.580, p= 0.012), ameliyat sonrası birinci ay (t= -6.512, p= 0.000) ve ameliyat sonrası üçüncü ayda (t=-8.060, p=0.000); girişim ve kontrol grubunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmıştır. Grupların kendi içindeki ölçümleri arasındaki farkın belirlenmesinde tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi sonucuna göre girişim grubu (F=125.257, p=0.000) ve kontrol grubu (F= 153.059, p= 0.000) ölçümleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Girişim grubu ve kontrol grubunun her ikisinde de Tukey HSD çoklu karşılaştırma analizi sonunda, taburculuk öncesi, ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası üçüncü ay ***HÖGÖ toplam puanları*** istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmıştır (p<0.05) (Tablo 38).

"***İlaçlar" alt boyutunda*** girişim ve kontrol grubu puan ortalamaları arasında taburculuk öncesi (t=-2.801, p=0.006), ameliyat sonrası birinci ay(t=-4.989, p=0.000) ve ameliyat sonrası 3. ayda (t=-7.297, p=0.000) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmıştır. Girişim grubu (F=76.298, p=0.000) ve kontrol grubunun (F=53.722, p=0.000) kendi ölçümleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Girişim grubunda taburculuk öncesi, ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası üçüncü ay ***"İlaçlar"*** alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmıştır (p<0.05). Kontrol grubunda ise ameliyat öncesi birinci ay ve üçüncü ay puanların taburculuk öncesi puanlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 38).

"***Yaşam Aktiviteleri" alt boyutunda*** girişim ve kontrol grubu karşılaştırılmasında; ameliyat sonrası birinci ay (t=-4.734, p=0.000) ve ameliyat sonrası üçüncü ayda (t=-6.612,

p=0.000) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanırken, taburculuk öncesi (t=-0.535, p=0.594) puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Grupların kendi içindeki ölçümleri arasındaki fark girişim grubu (F=171.936, p=0.000) ve kontrol grubu (F=61.621, p=0.000) için istatistiksel olarak anlamlıdır. Girişim grubunda taburculuk öncesi, ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası üçüncü ay ***"Yaşam Aktiviteleri"*** alt boyut puanlarındaki artış, Tukey HSD çoklu karşılaştırma analizine göre istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). Benzer şekilde kontrol grubunda da taburculuk öncesi, ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası üçüncü ay puan ortalamaları anlamlı şekilde artmıştır (p<0.05) (Tablo 38).

"Toplum ve İzlem" alt boyutunda girişim ve kontrol grubu puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasındaki fark., ameliyat sonrası birinci ayda (t=-2.066, p=0.042) istatistiksel olarak anlamlı iken, taburculuk öncesi (t=-1.530, p=0.130) ve ameliyat sonrası üçüncü ayda (t=-1.717, p=0.090) istatistiksel olarak anlamlı değildir. Girişim grubu (F=47.002, p=0.000) ve kontrol grubunun (F=69.796, p=0.000) kendi içindeki ölçümleri arasındaki fark ise her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlıdır. Girişim ve kontrol grubunda taburculuk öncesine göre ameliyat öncesi birinci ay ve üçüncü ayda ***"Toplum ve İzlem"*** alt boyutundan elde edilen puanlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 38).

"Duruma İlişkin Duygular" alt boyutu puanlarına göre taburculuk öncesi (t=-0.896, p=0.373), ameliyat sonrası birinci ay (t=-0.104, p=0.917) ve ameliyat sonrası üçüncü ayda (t=-1.063, p=0.291) girişim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Grupların kendi içindeki ölçümleri arasında, girişim grubu (F=97.083, p=0.000) ve kontrol grubu (F=115.782, p=0.000) için istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Girişim ve kontrol grubunda ameliyat öncesi birinci ay ve üçüncü ayda ***"Duruma İlişkin Duygular"*** alt boyutundan elde edilen puanlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, taburculuk öncesinden yüksektir (p<0.05) (Tablo 38).

"***Tedavi ve Komplikasyonlar" alt boyutunda*** girişim ve kontrol grubu puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; taburculuk öncesi (t=-3.400, p=0.001), ameliyat sonrası birinci ay (t=-7.322, p=0.000) ve ameliyat sonrası üçüncü ayda (t=-6.146, p=0.000) iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Grupların kendi içindeki ölçümleri arasında girişim grubu (F=104.011, p=0.000) ve kontrol grubunun (F=134.772, p=0.000) taburculuk öncesi, ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası üçüncü ay ölçümlerindeki

değişim istatistiksel olarak anlamlıdır ve her iki grubun tekrarlayan ölçümlerinde ***"Tedavi ve Komplikasyonlar"*** alt boyut puanları anlamlı şekilde artmıştır ($p<0.05$) (Tablo 38).

"Yaşam Kalitesi" alt boyutunda girişim ve kontrol grubu puanlarının karşılaştırılmasında taburculuk öncesi ($t=-2.849$, $p=0.006$), ameliyat sonrası birinci ay ($t=-7.691$, $p=0.000$) ve ameliyat sonrası 3. ayda ($t=-9.693$, $p=0.001$) her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Grupların kendi içindeki ölçümleri arasındaki fark girişim grubu ($F= 97.083$, $p=0.000$) ve kontrol grubunun ($F=115.782$, $p=0.000$) her ikisi için de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Girişim grubunda ve kontrol grubunun ikisinde de taburculuk öncesi, ameliyat sonrası 1.ay, ameliyat sonrası 3.ay ***"Yaşam Kalitesi"*** alt boyut puanlarındaki artış istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 38).

Son olarak ***"Cilt Bakımı" alt boyutunda*** girişim ve kontrol grubu puan ortalamaları arasındaki fark bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) sonunda; taburculuk öncesi ($t=-0.896$, $p=0.373$), ameliyat sonrası birinci ay ($t=-0.104$, $p=0.917$) ve ameliyat sonrası üçüncü ayda ($t=-1.063$, $p=0.291$) iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir. Grupların kendi içindeki ölçümlerinin karşılaştırılmasında; girişim grubunda taburculuk öncesi, ameliyat sonrası 1.ay, ameliyat sonrası üçüncü ay ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken ($F=0.467$, $p=0.628$), kontrol grubunda üç ölçüm arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=115.782$, $p=0.000$). Kontrol grubunda ameliyat sonrası birinci ay ve üçüncü ayda ***"Cilt Bakımı"*** alt boyutundan elde edilen puanların, taburculuk öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde de yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 38).

Girişim ve kontrol grubu KABG'li hastaların taburculuktaki öğrenim gereksinim öncelikleri, önemlilik durumunun belirlenmesi ardından bu gereksinimlerin karşılanma durumu HÖGÖ'nün **"Gereksinim Karşılanma Skoru (HÖGÖ-GKS)"** bölümü ile **"İlaçlar-GKS, Yaşam Aktiviteleri-GKS, Toplum ve İzlem-GKS, Duruma İlişkin Duygular-GKS, Tedavi ve Komplikasyonlar-GKS, Yaşam Kalitesi-GKS, Cilt Bakımı-GKS**" alt boyutlarında taburculuk günü, ameliyat sonrası birinci ay ve üçüncü ay ölçümleri olarak karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 39'da sunulmuştur.

Tablo 39. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Taburculukta, Birinci Ay ve Üçüncü Ayda Öğrenim Gereksinimi Karşılanma Durumunun Karşılaştırılması (n:80)

Zaman / Gruplar	Taburculuk Günü (Ortalama ±SS†)	Ameliyat Sonrası 1. Ay (Ortalama ±SS)	Ameliyat Sonrası 3. Ay (Ortalama ±SS)	Karşılaştırma	F‡	p*
İlaçlar-GKS						
Girişim Grubu (n: 40)	4.80±0.10	4.98±0.03	4.98±0.03	Grup	4085.808	*0.000*
Kontrol Grubu (n: 40)	3.06±0.32	3.30±0.26	3.30±0.26	Zaman	28.340	*0.000*
				Grup*Zaman	0.392	*0.676*
Yaşam Aktiviteleri-GKS						
Girişim Grubu (n:40)	4.74±0.13	4.84±0.11	4.87±0.09	Grup	3721. 398	*0.000*
				Zaman	4.781	*0.009*
Kontrol Grubu (n:40)	3.32±0.23	3.36±0.23	3.36±0.23	Grup*Zaman	1.315	*0.271*
Toplum ve İzlem-GKS						
Girişim Grubu (n:40)	4.70±0.13	4.70±0.14	4.72±0.13	Grup	2697.374	*0.000*
Kontrol Grubu (n:40)	2.81±0.35	2.81±0.35	2.81±0.35	Zaman	0.014	*0.986*
				Grup*Zaman	0.014	*0.986*
Duruma İlişkin Duygular-GKS						
Girişim Grubu (n:40)	4.47±0.22	4.72±0.18	4.72±0.18	Grup	2508.111	*0.000*
Kontrol Grubu (n:40)	2.64±0.37	2.65±0.39	2.65±0.39	Zaman	5.130	*0.007*
				Grup*Zaman	4.053	*0.019*
Tedavi ve Komplikasyonlar-GKS						
Girişim Grubu (n:40)	4.58±0.18	4.85±0.09	4.90±0.07	Grup	3511.449	*0.000*
Kontrol Grubu (n:40)	2.90±0.33	3.00±0.29	3.00±0.29	Zaman	18.721	*0.000*
				Grup*Zaman	4.429	*0.013*
Yaşam Kalitesi-GKS						
Girişim Grubu (n:40)	4.35±0.15	4.75±0.15	4.75±0.15	Grup	3273.680	*0.000*
Kontrol Grubu (n:40)	2.96±0.26	3.05±0.26	3.05±0.26	Zaman	33.680	*0.000*
				Grup*Zaman	13.840	*0.000*
Cilt Bakımı-GKS						
Girişim Grubu (n:40)	4.85±0.10	4.78±0.16	4.78±0.16	Grup	1841.162	*0.000*
Kontrol Grubu (n:40)	3.10±0.42	3.03±0.41	3.03±0.41	Zaman	1.312	*0.271*
				Grup*Zaman	0.007	*0.993*
TOPLAM HÖGÖ-GKS						
Girişim Grubu (n:40)	4.64±0.06	4.82±0.05	4.83±0.04	Grup	7878.263	*0.000*
Kontrol Grubu (n:40)	2.99±0.22	3.06±0.19	3.06±0.19	Zaman	19.844	*0.000*
				Grup*Zaman	3.878	*0.022*

**p<0.05, †SS: Standart Sapma, ‡F: İki yönlü varyans analizi.*

Tablo 39'da görüldüğü gibi girişim ve kontrol grubu KABG'li hastalarda "***HÖGÖ-GKS toplam puanı için"***, iki yönlü varyans analizi sonucunda; grup (F=7878.263, p=0.000), zaman (F=19.844, p=0.000) ve grup*zaman (F=0.655, p=0.520) etkileşimi açısından istatistiksel

olarak anlamlı fark saptanmıştır. "***İlaçlar-GKS" alt boyutunda***, grup (F=4085.808, p=0.000) ve zaman (F=28.340, p=0.000) etkileşimi açısından girişim ve kontrol grubu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, grup*zaman (F=0.392, p=0.676) etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. "***Yaşam Aktiviteleri-GKS" alt boyutunda*** girişim ve kontrol grubu karşılaştırılmasında, grup (F=3721. 398, p=0.000) ve zaman (F=4.781, p=0.009) etkileşimleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark var iken grup*zaman (F=1.315, p=0.271) açısından anlamlı fark yoktur. Girişim ve kontrol grubunda ***"Toplum ve İzlem-GKS" alt boyut*** puan ortalamaları karşılaştırıldığında sadece grup (F=2697.374, p=0.000) etkileşimi için istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, zaman (F=0.014, p=0.986) ve grup*zaman (F=0.014, p=0.986) etkileşimi için anlamlı fark bulunmamıştır. ***"Duruma İlişkin Duygular-GKS" alt boyut*** puanlarına göre girişim ve kontrol grubu arasında, grup (F=2508.111, p=0.000), zaman (F=5.130, p=0.007) ve grup*zaman (F=4.053, p=0.019) etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Benzer şekilde "***Tedavi ve Komplikasyonlar-GKS" alt boyutunda*** girişim ve kontrol grubu karşılaştırmasına göre, grup (F=3511.449, p=0.000), zaman (F=18.721, p=0.000) ve grup*zaman (F=4.429, p=0.013) etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. ***"Yaşam Kalitesi-GKS" alt boyutunda da*** girişim ve kontrol grubu puanlarının karşılaştırmasından elde edilen sonuca göre, grup (F=3273.680, p=0.000), zaman (F=33.680, p=0.000) ve grup*zaman (F=13.840, p=0.000) etkileşimi açısından fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır. Son olarak ***"Cilt Bakımı-GKS" alt boyutunda*** girişim ve kontrol grubu puan ortalamaları arasındaki fark., sadece zaman (F=1841.162, p=0.000) etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, grup (F=1.312, p=0.271) ve grup*zaman (F=0.007, p=0.993) etkileşimi açısından anlamlı bulunmamıştır (Tablo 39).

KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası öğrenim gereksinimlerinin karşılanma durumu arasında HÖGÖ-GKS toplam puanı için fark saptanması sonucu H_2 hipotezi kabul edilmiştir. HÖGÖ-GKS alt boyutların tümü için kurulan $H_{2\ a,b,c,d,e,f,g}$ hipotezleri de kabul edilmiştir.

Girişim ve kontrol grubu hastaların öğrenim gereksinimlerinin karşılanma durumunun karşılaştırılmasında HÖGÖ-GKS toplam ölçek ve tüm alt boyutlarda saptanan anlamlı fark için; farkın hangi grup ya da zamandan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz sonuçları Tablo 40'ta sunulmuştur.

Tablo 40. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Taburculukta, Birinci Ay ve Üçüncü Ay Öğrenim Gereksinimi Karşılanma Durumunun Karşılaştırılmasında İleri Analiz Bulguları (n:80)

Zaman / Gruplar	Taburculuk Günü (TG) (Ortalama±SS†)	Ameliyat Sonrası 1. Ay (AS1) (Ortalama±SS)	Ameliyat Sonrası 3. Ay (AS3) (Ortalama±SS)	F‡	p*	*Anlamlı fark*
İlaçlar-GKS						
Girişim Grubu (n: 40)	4.80±0.10	4.98±0.03	4.98±0.03	107.012	0.000	*TG<AS1,AS3*
Kontrol Grubu (n: 40)	3.06±0.32	3.30±0.26	3.30±0.26	9.331	0.000	*TG<AS1,AS3*
t§	-32.204	-40.420	-40.420			
p*	0.000	0.000	0.000			
Yaşam Aktiviteleri-GKS						
Girişim Grubu (n:40)	4.74±0.13	4.84±0.11	4.87±0.09	14.157	0.000	*TG<AS1,AS3*
Kontrol Grubu (n:40)	3.32±0.23	3.36±0.23	3.36±0.23	0.359	0.699	*p>0.05*
t§	-32.545	-35.870	-37.506			
p*	0.000	0.000	0.000			
Toplum ve İzlem-GKS						
Girişim Grubu (n:40)	4.70±0.13	4.70±0.14	4.72±0.13	0.110	0.896	*p>0.05*
Kontrol Grubu (n:40)	2.81±0.35	2.81±0.35	2.81±0.35	0.000	1.000	*p>0.05*
t§	-31.313	-31.312	-31.729			
p*	0.000	0.000	0.000			
Duruma İlişkin Duygular-GKS						
Girişim Grubu (n:40)	4.47±0.22	4.72±0.18	4.72±0.18	21.519	0.000	*TG<AS1,AS3*
Kontrol Grubu (n:40)	2.64±0.37	2.65±0.39	2.65±0.39	0.020	0.980	*p>0.05*
t§	-26.393	-30.190	-30.190			
p*	0.000	0.000	0.000			
Tedavi ve Komplikasyonlar-GKS						
Girişim Grubu (n:40)	4.58±0.18	4.85±0.09	4.90±0.07	70.117	0.000	*TG<AS1,AS3*
Kontrol Grubu (n:40)	2.90±0.33	3.00±0.29	3.00±0.29	1.476	0.233	*p>0.05*
t§	-27.650	-37.949	-39.443			
p*	0.000	0.000	0.000			
Yaşam Kalitesi-GKS						
Girişim Grubu (n:40)	4.35±0.15	4.75±0.15	4.75±0.15	92.391	0.000	*TG<AS1,AS3*
Kontrol Grubu (n:40)	2.96±0.26	3.05±0.26	3.05±0.26	1.438	0.242	*p>0.05*
t§	-28.820	-35.132	-35.132			
p*	0.000	0.000	0.000			
Cilt Bakımı-GKS						
Girişim Grubu (n:40)	4.85±0.10	4.78±0.16	4.78±0.16	3.366	0.038	*TG>AS1,AS3*
Kontrol Grubu (n:40)	3.10±0.42	3.03±0.41	3.03±0.41	0.318	0.728	*p>0.05*
t§	-25.729	-24.529	-24.529			
p*	0.000	0.000	0.000			
TOPLAM HÖGÖ-GKS						
Girişim Grubu (n:40)	4.64±0.06	4.82±0.05	4.83±0.04	164.687	0.000	*TG<AS1,AS3*
Kontrol Grubu (n:40)	*2.99±0.22*	*3.06±0.19*	*3.06±0.19*	1.658	0.195	*p>0.05*
t§	*-44.462*	*-55.104*	*-55.741*			
p*	*0.000*	*0.000*	*0.000*			

**p<0.05, †SS: Standart Sapma, ‡F: İki yönlü varyans analizi, §t: t testi (Bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi).*

Tablo 40'ta görüldüğü gibi, girişim ve kontrol grubu KABG'li hastalarda ***HÖGÖ-GKS toplam ölçek*** puan ortalamaları arasındaki farkın incelendiği bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) sonucunda; taburculuk günü (t=-44.462, p=0.000), ameliyat sonrası birinci ay (t=-55.104, p=0.000) ve ameliyat sonrası üçüncü ay(t=-55.741, p=0.000) ölçümlerde iki grup arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır. Grupların kendi içindeki ölçümleri için tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi sonucuna göre ise girişim grubunda taburculuk günü, ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası üçüncü ay ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F=164.687, p=0.000). Girişim grubunda ***HÖGÖ-GKS toplam puanlarının*** tekrarlı ölçümleri arasındaki ilişkinin değerlendirildiği Tukey HSD çoklu karşılaştırma analizi sonucuna göre, ameliyat sonrası birinci ayve üçüncü aypuan ortalamalarının, taburculuk günü puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir (p<0.05). Kontrol grubunda ise taburculuk günü, ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası üçüncü ay ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (F=1.658, p=0.195) (Tablo 40).

"***İlaçlar-GKS" alt boyutunda*** girişim ve kontrol grubu puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; taburculuk günü (t=-32.204, p=0.000), ameliyat sonrası birinci ay (t=-40.420, p=0.000) ve ameliyat sonrası 3. ayda (t=-40.420, p= 0.000) her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmuştur. Girişim grubu (F=107.012, p=0.000) ve kontrol grubunun (F=9.331, p=0.000) taburculuk günü ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası üçüncü aydaki kendi ölçümleri arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. ***"İlaçlar-GKS"*** alt boyut puanları arasındaki anlamlı farkın incelenmesinde Tukey HSD çoklu karşılaştırma analizi sonunda, girişim grubu ve kontrol grubundaki ameliyat öncesi birinci ay ve üçüncü ay puan ortalamalarının, taburculuk günü puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir (p<0.05) (Tablo 40).

"***Yaşam Aktiviteleri-GKS" alt boyutunda*** girişim ve kontrol grubu karşılaştırılmasında; taburculuk günü (t=-32.545, p=0.000), ameliyat sonrası birinci ay (t=-35.870, p=0.000) ve ameliyat sonrası üçüncü ayda (t=-37.506, p=0.000) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmıştır. Grupların kendi ölçümleri arasındaki farkın incelenmesi sonucunda, girişim grubunun taburculuk günü, ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası üçüncü ay ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F=171.936,

p=0.000). Girişim grubunda Tukey HSD çoklu karşılaştırma analizi sonucuna göre ***"Yaşam Aktiviteleri-GKS"*** alt boyutunda ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası üçüncü ay puan ortalamaları, taburculuk günü puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmıştır (p<0.05). Kontrol grubunda ise taburculuk günü, ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası üçüncü ay ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (F=1.658, p=0.195) (Tablo 40).

"Toplum ve İzlem-GKS" alt boyutunda girişim ve kontrol grubu puan ortalamalarının karşılaştırılmasında taburculuk günü (t=-31.313, p=0.000), ameliyat sonrası birinci ay (t=-31.312, p=0.000) ve ameliyat sonrası üçüncü ayda (t=-31.729, p=0.000) iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Girişim grubu (F=0.110, p=0.896) ve kontrol grubunun (F=0.000, p=1.000) kendi içindeki ölçümleri arasındaki fark ise her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 40).

"Duruma İlişkin Duygular-GKS" alt boyutu puanlarına göre girişim ve kontrol grubu karşılaştırıldığında, taburculuk günü (t=-26.393, p=0.000), ameliyat sonrası birinci ay (t=-30.190, p=0.000) ve ameliyat sonrası üçüncü ayda (t=-30.190, p=0.000) iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmıştır. Grupların kendi içindeki ölçümleri arasındaki fark girişim grubunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=21.519, p=0.000). Girişim grubunda Tukey HSD çoklu karşılaştırma analizi sonucuna göre ***"Duruma İlişkin Duygular -GKS"*** alt boyutunda ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası üçüncü ay puan ortalamaları, taburculuk günü puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmıştır (p<0.05). Kontrol grubunda ise taburculuk günü, ameliyat sonrası 1.ay, ameliyat sonrası 3.ay ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (F=0.020, p=0.980) (Tablo 40).

"***Tedavi ve Komplikasyonlar-GKS" alt boyutunda*** girişim ve kontrol grubu puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda; taburculuk günü (t=-27.650, p=0.000), ameliyat sonrası birinci ay (t=-37.949, p=0.000) ve ameliyat sonrası üçüncü ayda (t=-39.443, p=0.000) iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Girişim grubunda taburculuk günü, ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası üçüncü ay ölçümleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (F=70.117, p=0.000). Girişim grubunun "***Tedavi ve Komplikasyonlar-GKS"*** alt boyutundaki ameliyat sonrası 1.ay ve ameliyat sonrası 3.ay puan ortalamaları, taburculuk günü puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde

artmıştır (p<0.05). Kontrol grubunun kendi içindeki ölçümleri arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı değildir (F=0.000, p=1.000) (Tablo 40).

"Yaşam Kalitesi-GKS" alt boyutunda girişim ve kontrol grubu puanlarının karşılaştırılmasına göre taburculuk günü (t=-28.820, p=0.000), ameliyat sonrası birinci ay (t=-35.132, p=0.000) ve ameliyat sonrası üçüncü ayda (t=-35.132, p=0.000) her iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Girişim grubunun kendi içindeki taburculuk günü, ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası üçüncü ay ölçümleri arasındaki farkın incelenmesinde ***"Yaşam Kalitesi-GKS"*** alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F=92.391, p=0.000); ameliyat sonrası 1.ay ve ameliyat sonrası üçüncü ay puan ortalamaları, taburculuk günü puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmıştır (p<0.05). Kontrol grubunun kendi içindeki ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (F=1.438, p=0.242) (Tablo 40).

Son olarak ***"Cilt Bakımı" alt boyutunda*** girişim ve kontrol grubu puan ortalamaları arasındaki fark taburculuk günü (t=-0.896, p=0.373), ameliyat sonrası birinci ay (t=-0.104, p=0.917) ve ameliyat sonrası üçüncü ayda (t=-1.063, p=0.291) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur. Girişim grubunda (F=3.366, p=0.038) taburculuk günü, ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası üçüncü ay ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Girişim grubu Tukey HSD çoklu karşılaştırma analizinde taburculuk günü ölçümde elde edilen puanların, ameliyat sonrası birinci ayve üçüncü ayölçümlerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (p<0.05). Kontrol grubunun ise (F=0.318, p=0.728) kendi içindeki ölçümleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 40).

12.4. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların İyileşme Algılarının İncelenmesi

Girişim ve kontrol grubu KABG'li hastaların iyileşme algıları Form II'nin ilk maddesi ile belirlenmiştir. Hastaların iyileşme durumlarını "0=İyileşmedim", "10=İyileştim" arasında değerlendirmesi sonrası iyileşme algısı puan ortalamaları elde edilmektedir. Buna göre "0" hastaların iyileşmediklerini düşündüğünü, ortalama puanın artması ise iyileşme algısının arttığını göstermektedir. Girişim ve kontrol grubu KABG'li hastaların taburculuktan önceki

ilk ölçüm, birinci ay ve üçüncü ay iyileşme algısı ölçümlerinin karşılaştırılması iki yönlü varyans analizi ile yapılmış ve sonuçlar Tablo 41'de sunulmuştur.

Tablo 41. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Taburculuk Öncesi, Ameliyat Sonrası Birinci Ay ve Üçüncü Ay İyileşme Algısı Puanlarının Karşılaştırılması (n:80)

Zaman / Gruplar	Taburculuk Öncesi (Ortalama ±SS†)	Ameliyat Sonrası 1. Ay (Ortalama ±SS)	Ameliyat Sonrası 3. Ay (Ortalama ±SS)	Karşılaştırma	F‡	p*
İyileşme Algısı						
Girişim Grubu (n: 40)	4.50±1.63	7.87±1.26	8.95±0.95	Grup	26.894	*0.000*
Kontrol Grubu (n: 40)	4.02±1.81	6.05±1.51	8.42±1.03	Zaman	201.156	*0.000*
				Grup*Zaman	5.923	*0.003*

**p<0.05, †SS: Standart Sapma, ‡F: İki yönlü varyans analizi.*

Tablo 41'de görüldüğü gibi girişim ve kontrol grubu KABG'li hastalarda "***iyileşme algısı"*** puan ortalamalarına göre iki yönlü varyans analizi sonucunda; grup (F=26.894, p=0.000), zaman (F=201.156, p=0.000) ve grup*zaman (F=5.923, p=0.003) etkileşimine göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası iyileşme algısı puanları için fark saptanması sonucu H_3 hipotezi kabul edilmiştir. Girişim ve kontrol grubu hastaların iyileşme algılarının karşılaştırılmasındaki fark için; farkın hangi grup ya da zamandan kaynaklandığını belirlemek amacıyla ileri analiz yapılmış ve sonuçlar Tablo 42'de sunulmuştur.

Tablo 42. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Taburculuk Öncesi, Ameliyat Sonrası Birinci Ay ve Üçüncü Ay İyileşme Algısı Puanlarının Karşılaştırılmasında İleri Analiz Bulguları (n:80)

Zaman / Gruplar	Taburculuk Öncesi (TÖ) (Ortalama±SS†)	Ameliyat Sonrası 1. Ay (AS1) (Ortalama±SS)	Ameliyat Sonrası 3. Ay (AS3) (Ortalama±SS)	F‡	p*	*Anlamlı fark*
İyileşme Algısı						
Girişim Grubu (n: 40)	4.50±1.63	7.87±1.26	8.95±0.95	124.741	0.000	*TÖ<AS1<AS3*
Kontrol Grubu (n: 40)	4.02±1.81	6.05±1.51	8.42±1.03	87.086	0.000	*TÖ<AS1<AS3*
t§	*-1.229*	*-5.841*	*-2.353*			
p*	*0.223*	*0.000*	*0.021*			

**p<0.05, †SS: Standart Sapma, ‡F: İki yönlü varyans analizi, §t: t testi (Bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi).*

Tablo 42 incelendiğinde girişim ve kontrol grubu iyileşme algısı puan ortalamalarının karşılaştırılmasına göre ameliyat sonrası birinci ay (t=-5.841, p=0.000) ve ameliyat sonrası üçüncü ayda (t=-2.353, p=0.021) her iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, taburculuk öncesi (t=-1.229, p=0.223) gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu görülmektedir. Grupların kendi içindeki taburculuk öncesi, ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası üçüncü ay ölçümleri arasındaki farkın incelenmesinde, girişim grubunda (F=124.741, p=0.000) ve kontrol grubunda (F= 87.086, p= 0.000) ***"iyileşme algısı"*** puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Tukey HSD çoklu karşılaştırma ile yapılan ileri analiz sonunda hem girişim grubu, hem kontrol grubunda üç izlem ölçümünün her biri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ($p<0.05$); taburculuk öncesine göre, ameliyat sonrası birinci ve üçüncü ay puan ortalamaları anlamlı düzeyde artmıştır (Tablo 42).

12.5. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Başetme-Uyum Düzeylerinin İncelenmesi

Bu bölümde girişim ve kontrol grubu KABG'li hastaların başetme-uyum düzeyleri ***BUSÖ ile;*** toplam ölçek ve ***"Çözüm Bulma ve Odaklanma, Fiziksel ve Karara Bağlama, Dikkat Süreci, Sistematize Etme Süreci, Öğrenme ve İlişki Kurma"*** alt boyutlarında incelenecektir. Girişim ve kontrol grubu hastaların başetme-uyum düzeyleri; ameliyat öncesi, ameliyat sonrası birinci ay ve üçüncü ay ölçümleri olarak karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 43'te sunulmuştur.

Tablo 43. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası Birinci Ay ve Üçüncü Ay Başetme-Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması (n:80)

Zaman / Gruplar	Ameliyat Öncesi (Ortalama ±SS†)	Ameliyat Sonrası 1. Ay (Ortalama ±SS)	Ameliyat Sonrası 3. Ay (Ortalama ±SS)	Karşılaştırma	F‡	p*
Çözüm Bulma ve Odaklanma						
Girişim Grubu (n: 40)	26.35±3.69	28.60±3.11	29.82±2.98	Grup	15.388	0.000
Kontrol Grubu (n: 40)	26.15±3.71	26.32±3.66	27.05±3.47	Zaman	8.046	0.000
				Grup*Zaman	3.123	0.046
Fiziksel ve Karara Bağlama						
Girişim Grubu (n:40)	39.20±3.86	40.40±3.57	42.90±3.34	Grup	11.033	0.001
Kontrol Grubu (n:40)	39.22±4.42	38.32±4.54	39.87±3.77	Zaman	7.585	0.001
				Grup*Zaman	3.130	0.046
Dikkat Süreci						
Girişim Grubu (n:40)	25.12±4.64	26.77±4.87	27.90±2.44	Grup	18.123	0.000
Kontrol Grubu (n:40)	23.85±2.76	24.50±2.69	24.67±2.71	Zaman	3.298	0.039
				Grup*Zaman	0.518	0.597
Sistematize Etme Süreci						
Girişim Grubu (n:40)	15.82±2.07	17.37±1.42	18.07±1.62	Grup	46.096	0.000
Kontrol Grubu (n:40)	15.22±2.00	15.22±2.00	16.00±1.78	Zaman	13.592	0.000
				Grup*Zaman	4.538	0.012
Öğrenme ve İlişki Kurma						
Girişim Grubu (n:40)	21.92±2.52	23.82±2.36	25.35±2.43	Grup	8.647	0.004
Kontrol Grubu (n:40)	21.55±2.49	21.77±2.49	21.92±2.69	Zaman	2.641	0.037
				Grup*Zaman	0.904	0. 406
TOPLAM BUSÖ						
Girişim Grubu (n:40)	128.42±10.45	135.97±9.85	141.05±9.65	Grup	36.187	0.000
Kontrol Grubu (n:40)	126.00±10.40	126.15±10.26	129.52±10.54	Zaman	12.532	0.000
				Grup*Zaman	4.496	0.012

*$p<0.05$, †*SS: Standart Sapma*, ‡*F: İki yönlü varyans analizi.*

Tablo 43 incelendiğinde "***BUSÖ toplam puanı için"*** iki yönlü varyans analizi sonucuna göre; grup (F=36.187, p=0.000), zaman (F=12.532, p=0.000) grup*zaman (F=4.496, p=0.012) etkileşimi açısından girişim ve kontrol grubu KABG'li hastalarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptandığı görülmektedir. "***Çözüm Bulma ve Odaklanma" alt boyutunda*** girişim ve kontrol grubu karşılaştırmasında, grup (F=15.388, p=0.000), zaman (F=8.046, p=0.000) ve grup*zaman (F=3.123, p=0.046) etkileşimine göre puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. "***Fiziksel ve Karara Bağlama" alt boyutunda*** girişim ve kontrol grubu karşılaştırılmasında grup (F=11.033,

p=0.001), zaman (F=7.585, p=0.001) ve grup*zaman (F=3.130, p=0.046) etkileşimleri açısından puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ***"Dikkat Süreci" alt boyutunda*** girişim ve kontrol grubu puan ortalamaları arasındaki fark., grup (F=18.123, p=0.000) ve zaman (F=3.298, p=0.039) etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı iken, grup*zaman (F=0.518, p=0.597) açısından anlamlı değildir. ***"Sistematize Etme Süreci" alt boyutu*** puanlarına göre girişim ve kontrol grubu karşılaştırıldığında, grup (F=46.096, p=0.000), zaman (F=13.592, p=0.000) ve grup*zaman (F=4.538, p=0.012) etkileşimine göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Son olarak "***Öğrenme ve İlişki Kurma" alt boyutunda*** girişim ve kontrol grubu arasında, sadece grup (F=8.647, p=0.004) ve zaman (F=3.641, p=0.037) etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken, grup*zaman (F=0.904, p=0.406) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 43). KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası başetme-uyum düzeyleri arasında BUSÖ toplam puanı için fark saptanması sonucu H_4 hipotezi kabul edilmiştir. BUSÖ alt boyutları ile ilgili $H_{4\ a,b,c,d,e}$ hipotezleri de kabul edilmiştir.

Girişim ve kontrol grubu hastaların başetme-uyum düzeyi karşılaştırılmasındaki BUSÖ toplam ölçek ve tüm alt boyutlarda saptanan anlamlı fark için; farkın hangi grup ya da zamandan kaynaklandığını belirlemek amacıyla ileri analiz yöntemleri kullanılmış ve sonuçlar Tablo 44'te sunulmuştur.

Tablo 44. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası Birinci Ay ve Üçüncü Ay Başetme-Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılmasında İleri Analiz Bulguları (n:80)

Zaman / Gruplar	Ameliyat Öncesi (AÖ) (Ortalama±SS†)	Ameliyat Sonrası 1. Ay (AS1) (Ortalama±SS)	Ameliyat Sonrası 3. Ay (AS3) (Ortalama±SS)	F‡	p*	*Anlamlı fark*
Çözüm Bulma ve Odaklanma						
Girişim Grubu (n: 40)	26.35±3.69	28.60±3.11	29.82±2.98	11.584	0.000	*AÖ<AS1,AS3*
Kontrol Grubu (n: 40)	26.15±3.71	26.32±3.66	27.05±3.47	0.695	0.501	*p>0.05*
t§	-0.241	-2.988	-3.833			
p*	0.810	0.004	0.000			
Fiziksel ve Karara Bağlama						
Girişim Grubu (n:40)	39.20±3.86	40.40±3.57	42.90±3.34	10.989	0.000	*AÖ,AS1<AS3*
Kontrol Grubu (n:40)	39.22±4.42	38.32±4.54	39.87±3.77	1.335	0.267	*p>0.05*
t§	0.027	-2.271	-3.790			
p*	0.979	0.026	0.000			
Dikkat Süreci						
Girişim Grubu (n:40)	25.12±4.64	26.77±4.87	27.90±2.44	3.396	0.039	*AÖ<AS3*
Kontrol Grubu (n:40)	23.85±2.76	24.50±2.69	24.67±2.71	1.017	0.365	*p>0.05*
t§	-1.492	-2.582	-3.852			
p*	0.140	0.012	0.000			
Sistematize Etme Süreci						
Girişim Grubu (n:40)	15.82±2.07	17.37±1.42	18.07±1.62	17.732	0.000	*AÖ<AS1,AS3*
Kontrol Grubu (n:40)	15.22±2.00	15.22±2.00	16.00±1.78	2.139	0.122	*p>0.05*
t§	-1.315	-5.524	-5.442			
p*	0.192	0.000	0.000			
Öğrenme ve İlişki Kurma						
Girişim Grubu (n:40)	21.92±2.52	23.82±2.36	25.35±2.43	3.484	0.037	*AÖ< AS3*
Kontrol Grubu (n:40)	21.55±2.49	21.77±2.49	21.92±2.69	0.217	0.122	*p>0.05*
t§	-0.669	-2.632	-3.843			
p*	0.506	0.013	0.005			
TOPLAM BUSÖ						
Girişim Grubu (n:40)	128.42±10.45	135.97±9.85	141.05±9.65	16.153	0.000	*AÖ<AS1,AS3*
Kontrol Grubu (n:40)	126.00±10.40	126.15±10.26	129.52±10.54	1.467	0.235	*p>0.05*
t§	*-1.039*	*-4.367*	*-5.097*			
p*	*0.302*	*0.000*	*0.000*			

**p<0.05, †SS: Standart Sapma, ‡F: İki yönlü varyans analizi, §t: t testi (Bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi).*

Tablo 44'te görüldüğü gibi, girişim ve kontrol grubu KABG'li hastalarda ***BUSÖ toplam ölçek*** puan ortalamaları arasındaki farkın incelendiği bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) sonucunda; ameliyat sonrası birinci ay (t=-4.367, p=0.000) ve ameliyat sonrası üçüncü ay (t= -5.097, p=0.000) ölçümlerde iki grup arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptanmış, ameliyat öncesi ise (t=-1.039, p=0.302) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Grupların kendi

içindeki ölçümleri için tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi sonucuna göre ise girişim grubunda (F= 16.153, p= 0.000) ameliyat öncesi, ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası üçüncü ay ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Girişim grubunda ***BUSÖ toplam puanlarının*** tekrarlı ölçümleri arasındaki ilişkinin değerlendirildiği Tukey HSD çoklu karşılaştırma analizi sonucuna göre, ameliyat sonrası birinci ve üçüncü ay puan ortalamalarının, ameliyat öncesi puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Kontrol grubunda ise ameliyat öncesi, ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası üçüncü ay ölçümleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (F=1.467, p=0.235) (Tablo 44).

"***Çözüm Bulma ve Odaklanma" alt boyutunda*** girişim ve kontrol grubu puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; ameliyat sonrası birinci ay (t=-2.988, p=0.004) ve ameliyat sonrası üçüncü ayda (t=-3.833, p=0.000) her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmuş, ameliyat öncesi (t=-0.241, p=0.810) ise gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Grupların kendi içindeki ölçümleri arasındaki farkın belirlenmesinde kullanılan tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi sonucuna göre, girişim grubunda (F=11.584, p=0.000) ameliyat öncesi, ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası üçüncü ay ölçümleri arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. ***"Çözüm Bulma ve Odaklanma"*** alt boyut puanları arasındaki anlamlı farkın incelenmesinde, ameliyat sonrası birinci ayve üçüncü ay puan ortalamalarının, ameliyat öncesi puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Kontrol grubunda ise ameliyat öncesi, ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası üçüncü ay ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (F=0.695, p=0.501) (Tablo 44).

"***Fiziksel ve Karara Bağlama" alt boyutunda*** girişim ve kontrol grubu karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) ile ameliyat sonrası birinci ay (t=-2.271, p=0.026) ve ameliyat sonrası üçüncü ayda (t=-3. 790, p=0.000) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmış, ameliyat öncesi (t=0.027, p=0.979) ilk ölçümlerde gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Girişim grubunun ameliyat öncesi, ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası üçüncü ay (F= 10.989, p= 0.000) ölçümleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Girişim grubunda ileri analiz sonucuna göre ***"Fiziksel ve Karara Bağlama"*** alt boyutunda ameliyat sonrası üçüncü ay puan ortalamasının,ameliyat sonrası birinci ay ve ameliyat öncesi puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir

(p<0.05). Kontrol grubunda ise ameliyat öncesi, ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası üçüncü ay ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (F=1.335, p=0.267) (Tablo 44).

"Dikkat Süreci" alt boyutunda girişim ve kontrol grubu puan ortalamalarının karşılaştırılmasında ameliyat sonrası birinci ay (t=-2.582, p=0.012) ve ameliyat sonrası üçüncü ayda (t=-3.852, p=0.000) iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken, ameliyat öncesi (t=-1.492, p=0.140) puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Girişim grubunun kendi içindeki ölçümleri arasında (F=3.396, p=0.035) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış, bu farkın Tukey HSD çoklu karşılaştırma analiz sonucuna göre ameliyat sonrası üçüncü ay puan ortalamalarının, ameliyat öncesi puan ortalamalarından yüksek olması nedeniyle olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise grubun kendi ölçümleri arasında (F=1.017, p=0.365) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 44).

"Sistematize Etme Süreci" alt boyutu puanlarına göre girişim ve kontrol grubu karşılaştırıldığında, ameliyat sonrası birinci ay (t=-5.524, p=0.000) ve ameliyat sonrası üçüncü ayda (t=-5.442, p=0.000) iki grup arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptanmış, ameliyat öncesinde ise (t=-1.315, p=0.192) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Grupların kendi içindeki ölçümleri arasındaki fark girişim grubunda (F=17.732, p=0.000) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Girişim grubunda ***"Sistematize Etme Süreci"*** alt boyutunda ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası üçüncü ay puan ortalamalarının, ameliyat öncesi puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı Tukey HSD çoklu karşılaştırma analizi ile belirlenmiştir (p<0.05). Kontrol grubunda ise ameliyat öncesi, ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası üçüncü ay ölçümleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (F=2.139, p=0.122) (Tablo 44).

Son olarak incelenen "***Öğrenme ve İlişki Kurma" alt boyutunda*** girişim ve kontrol grubu puan ortalamalarının karşılaştırılmasına göre; ameliyat sonrası birinci ay (t=-2.632, p=0.013) ve üçüncü ayda (t=-3.843, p=0.005) iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken, ameliyat öncesinde (t=-0.669, p=0.506) anlamlı değildir. Grupların kendi içindeki ölçümleri arasında tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi sonucuna göre girişim grubu (F=3.484, p=0.034) ameliyat öncesi, ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası üçüncü ay ölçümleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Girişim grubunda ameliyat sonrası üçüncü ay puan ortalaması, ameliyat öncesine göre istatistiksel

olarak anlamlı düzeyde artmıştır ($p<0.05$). Kontrol grubunun ($F=0.217$, $p=0.122$) kendi içindeki ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 44).

12.6. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi

Bu bölümde girişim ve kontrol grubu KABG'li hastaların yaşam kalitesi düzeyleri fiziksel sağlık ve mental sağlık olarak iki kategoride incelenmiştir. Girişim ve kontrol grubunun fiziksel sağlığa ilişkin yaşam kalitesi düzeyleri ***SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Sağlık Özet Skoru ve alt bileşenleriyle***, mental sağlığa ilişkin yaşam kalitesi düzeyleri ***Mental Sağlık Özet Skoru ve alt bileşenleri*** ile karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 45'te gösterilmiştir.

Tablo 45. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası Birinci Ay ve Üçüncü Ay Fiziksel Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması (n:80)

Zaman / Gruplar	Ameliyat Öncesi (Ortalama ±SS†)	Ameliyat Sonrası 1. Ay (Ortalama ±SS)	Ameliyat Sonrası 3. Ay (Ortalama ±SS)	Karşılaştırma	F‡	p*
Fiziksel İşlev						
Girişim Grubu (n: 40)	55.12±24.48	82.37±7.16	99.00±2.81	Grup	7.757	0.005
Kontrol Grubu (n: 40)	64.87±23.30	74.00±14.10	92.25±11.26	Zaman	99.730	0.000
				Grup*Zaman	7.901	0.000
Fiziksel Rol						
Girişim Grubu (n:40)	36.25±48.02	85.00±29.30	95.62±15.89	Grup	11.555	0.001
Kontrol Grubu (n:40)	40.62±47.93	40.62±47.93	85.00±29.30	Zaman	36.441	0.000
				Grup*Zaman	8.432	0.000
Ağrı						
Girişim Grubu (n:40)	55.82±30.57	78.97±10.90	91.90±9.94	Grup	7.588	0.006
Kontrol Grubu (n:40)	61.50±29.59	49.12±11.12	95.50±8.88	Zaman	76.570	0.000
				Grup*Zaman	21.378	0.000
Genel Sağlık						
Girişim Grubu (n:40)	62.25±17.43	79.77±12.08	79.77±12.08	Grup	6.197	0.013
Kontrol Grubu (n:40)	64.65±14.26	66.17±20.00	76.17±14. 62	Zaman	18.485	0.000
				Grup*Zaman	5.545	0.004
FİZİKSEL SAĞLIK ÖZET SKORU						
Girişim Grubu (n:40)	39.84±11.34	52.42±9.89	55.04±7.61	Grup	14.677	0.000
Kontrol Grubu (n:40)	40.05±12.13	38.00±10.56	54.33±7.94	Zaman	44.119	0.000
				Grup*Zaman	13.269	0.000

*$p<0.05$, †*SS: Standart Sapma*, ‡*F: İki yönlü varyans analizi.*

Tablo 45 incelendiğinde girişim ve kontrol grubunda Fiziksel Sağlık Özet Skoru ile "Fiziksel İşlev, Fiziksel Rol, Ağrı ve Genel Sağlık" alt bileşenlerinin karşılaştırma sonuçları görülmektedir. Girişim ve kontrol grubu KABG'li hastalarda "***Fiziksel Sağlık Özet Skoru"*** için iki yönlü varyans analizi sonucuna göre; grup (F=14.677, p=0.000), zaman (F=44.119, p=0.000) grup*zaman (F=13.269, p=0.000) etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandığı görülmektedir. Girişim ve kontrol grubunun fiziksel sağlık alt bileşenlerinden "***Fiziksel İşlev"*** puan ortalamalarının karşılaştırmasında, grup (F=7.757, p=0.005), zaman (F=99.730, p=0.000) ve grup*zaman (F=7.901, p=0.000) etkileşimine göre istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. "***Fiziksel Rol"*** puan ortalamalarının karşılaştırılmasında ise grup (F=11.555, p=0.001), zaman (F=36.441, p=0.000) ve grup*zaman (F=8.432, p=0.000) etkileşimleri açısından puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Benzer şekilde ***"Ağrı"*** puan ortalamaları arasındaki fark., grup (F=7.588, p=0.006), zaman (F=76.570, p=0.000) ve grup*zaman (F=21.378, p=0.000) etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Son olarak ***"Genel Sağlık"*** puan ortalamalarına göre girişim ve kontrol grubu karşılaştırıldığında, grup (F=6.197, p=0.013), zaman (F=18.485, p=0.000) ve grup*zaman (F=5.545, p=0.004) etkileşimine göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 45). KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*fiziksel sağlık*"a ilişkin yaşam kalitesi puanları arasında SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Sağlık Özet Skorunda fark saptanması sonucu H_{5A} hipotezi kabul edilmiştir. Ayrıca Fiziksel Sağlık Özet Skoru alt bileşenleri için $H_{5A\ a,b,c,d}$ hipotezleri de kabul edilmiştir.

Girişim ve kontrol grubu hastaların fiziksel sağlığa ilişkin yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılmasındaki Fiziksel Sağlık Özet Skoru ve tüm alt bileşenlerinde saptanan anlamlı fark için; farkın hangi grup ya da zamandan kaynaklandığını belirlemek amacıyla ileri analiz yöntemleri kullanılmış ve sonuçlar Tablo 46'da sunulmuştur.

Tablo 46. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası Birinci Ay ve Üçüncü Ay Fiziksel Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılmasında İleri Analiz Bulguları (n:80)

Zaman / Gruplar	Ameliyat Öncesi (AÖ) (Ortalama±SS†)	Ameliyat Sonrası 1. Ay (AS1) (Ortalama±SS)	Ameliyat Sonrası 3. Ay (AS3) (Ortalama±SS)	F‡	p*	*Anlamlı fark*
Fiziksel İşlev						
Girişim Grubu (n:40)	55.12±24.48	82.37±7.16	99.00±2.81	89.407	0.000	*AÖ<AS1<AS3*
Kontrol Grubu (n:40)	64.87±23.30	74.00±14.10	92.25±11.26	94.333	0.000	*AÖ<AS1<AS3*
t§	1.825	-3.348	-3.677			
p*	0.072	0.001	0.000			
Fiziksel Rol						
Girişim Grubu (n:40)	36.25±48.02	85.00±29.30	95.62±15.89	35.196	0.000	*AÖ<AS1,AS3*
Kontrol Grubu (n:40)	40.62±47.93	40.62±47.93	85.00±29.30	32.911	0.000	*AÖ, AS1<AS3*
t§	0.408	-4.995	-2.015			
p*	0.685	0.000	0.047			
Ağrı						
Girişim Grubu (n:40)	55.82±30.57	78.97±10.90	91.90±9.94	34.781	0.000	*AÖ<AS1<AS3*
Kontrol Grubu (n:40)	61.50±29.59	49.12±11.12	95.50±8.88	63.820	0.000	*AS1,AÖ <AS3*
t§	0.843	-12.118	1.708			
p*	0.402	0.000	0.092			
Genel Sağlık						
Girişim Grubu (n:40)	62.25±17.43	79.77±12.08	79.77±12.08	20.609	0.000	*AÖ< AS1,AS3*
Kontrol Grubu (n:40)	64.65±14.26	66.17±20.00	76.17±14. 62	17.434	0.000	*AÖ<AS1,AS3*
t§	0.674	-3.680	-1.200			
p*	0.502	0.000	0.234			
FİZİKSEL SAĞLIK ÖZET SKORU						
Girişim Grubu (n:40)	39.84±11.34	52.42±9.89	55.04±7.61	27.824	0.000	*AÖ<AS1,AS3*
Kontrol Grubu (n:40)	40.05±12.13	38.00±10.56	54.33±7.94	37.993	0.000	*AS1<AÖ<AS3*
t§	*0.079*	*-6.298*	*-0.410*			
p*	*0.937*	*0.000*	*0.683*			

**p<0.05, †SS: Standart Sapma, ‡F: İki yönlü varyans analizi, §t: t testi (Bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi).*

Tablo 46'da görüldüğü gibi, girişim ve kontrol grubu KABG'li hastalarda ***Fiziksel Sağlık Özet Skoru*** puan ortalamaları arasındaki farkın incelendiği bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) sonucunda; ameliyat sonrası birinci ay (t=-6.298, p= 0.000) ölçümünde iki grup arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptanmış, ameliyat öncesi (t=0.079, p=0.937) ve ameliyat sonrası üçüncü ay (t=-0.410, p=0.683) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Grupların kendi içindeki ölçümleri için tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi sonucuna göre ise girişim

grubu (F=27.824, p=0.000) ve kontrol grubunda (F=37.993, p=0.000) ameliyat öncesi, ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası üçüncü ay ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. ***Fiziksel Sağlık Özet Skoru puan ortalamalarının*** tekrarlı ölçümleri arasındaki ilişkinin değerlendirildiği Tukey HSD çoklu karşılaştırma analizi sonucuna göre, girişim grubunda ameliyat sonrası birinci ay ve üçüncü ay puan ortalamalarının, ameliyat öncesi puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Kontrol grubunda ise ameliyat öncesi-ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası birinci ay -üçüncü ay, ameliyat öncesi-ameliyat sonrası üçüncü ay ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 46).

"***Fiziksel İşlev" alt bileşeninde*** girişim ve kontrol grubu puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; ameliyat sonrası birinci ay (t=-3.348, p=0.001) ve ameliyat sonrası üçüncü ayda (t=-3.677, p=0.000) her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmuş, ameliyat öncesi (t=-1.825, p=0.072) ise gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Grupların kendi içindeki ölçümleri arasındaki farkın belirlenmesinde kullanılan tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi sonucuna göre, girişim grubunda (F=89.407, p=0.000) ve kontrol grubunda (F=94.333, p=0.000) üç ölçüm arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Her iki grupta da ***"Fiziksel İşlev"*** puan ortalamaları arasındaki anlamlı farkın incelenmesinde, ameliyat sonrası üçüncü ay puan ortalamalarının birinci aydan daha yüksek, ameliyat sonrası birinci ay puan ortalamasın ameliyat öncesi puan ortalamasına göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 46).

"***Fiziksel Rol" alt bileşeninde*** girişim ve kontrol grubu karşılaştırılmasında; ameliyat sonrası birinci ay (t=-4.995, p=0.000) ve ameliyat sonrası üçüncü ayda (t=-2. 015, p=0.047) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmış, ameliyat öncesi (t=0.408, p=0.685) ilk ölçümlerde gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Girişim grubu (F=35.196, p=0.000) ve kontrol grubunun (F=32.911, p=0.000) kendi ölçümleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. İleri analiz sonucuna göre girişim grubundaki anlamlı farkın ameliyat sonrası birinci ay ve üçüncü aydaki puan ortalamalarının, ameliyat öncesi puan ortalamasından yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Kontrol grubunda ise anlamlı fark ameliyat sonrası üçüncü ay puan ortalamasının, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası birinci ay puan ortalamalarına göre yüksek olmasından kaynaklanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 46).

"Ağrı" alt bileşeninde girişim ve kontrol grubu puan ortalamalarının karşılaştırılmasında sadece ameliyat sonrası birinci ay (t=-12.118, p=0.000) ölçümünde iki grup arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptanmış, ameliyat öncesi (t=0.843, p=0.402) ve ameliyat sonrası üçüncü ayda (t=1.708, p=0.092) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Girişim grubu (F=34.781, p=0.000) ve kontrol grubunun (F=63.820, p=0.000) kendi içindeki ölçümleri arasında ise her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. İleri analiz sonucuna göre girişim grubunda zaman içindeki ***"Ağrı"*** puan ortalamaları arasındaki farkın; ameliyat sonrası üçüncü ay puan ortalamasının ameliyat sonrası birinci aydan daha yüksek, ameliyat sonrası birinci ay puan ortalamasının ameliyat öncesi puan ortalamasından daha yüksek olmasından kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.05$). Kontrol grubundaki anlamlı farkın nedeni ise ameliyat sonrası üçüncü ay puan ortalamasının, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası birinci ay puan ortalamalarına göre daha yüksek olmasıdır ($p<0.05$) (Tablo 46).

Son olarak ***"Genel Sağlık" alt bileşenindeki*** puanlara göre ameliyat sonrası birinci ayda (t=-3.680, p=0.000) girişim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptanmış, ameliyat öncesi (t=-0.674, p=0.502) ve ameliyat sonrası üçüncü ayda (t=-1.200, p=0.234) ise iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Grupların kendi içindeki ölçümleri arasında girişim grubu (F=20.609, p=0.000) ve kontrol grubunun (F=17.434, p=0.000) her ikisinde de istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. İleri analiz sonunda her iki grupta da anlamlı farkın ***"Genel Sağlık"*** için ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası üçüncü ay puan ortalamalarının, ameliyat öncesi puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmasından kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 46).

Girişim ve kontrol grubu KABG'li hastalarda fiziksel sağlığa ilişkin yaşam kalitesi düzeylerinin incelenmesi ardından mental sağlığa ilişkin yaşam kalitesi düzeyleri ameliyat öncesi, ameliyat sonrası birinci ayve üçüncü ay ölçümleri karşılaştırılarak incelenmiştir. ***Mental Sağlık Özet Skoru*** ile ***"Yaşamsallık, Sosyal İşlev, Mental İşlev ve Mental Rol"*** alt bileşenlerinin karşılaştırma sonuçları Tablo 47'de gösterilmiştir.

Tablo 47. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası Birinci Ay ve Üçüncü Ay Mental Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması (n:80)

Zaman / Gruplar	Ameliyat Öncesi (Ortalama ±SS†)	Ameliyat Sonrası 1. Ay (Ortalama ±SS)	Ameliyat Sonrası 3. Ay (Ortalama ±SS)	Karşılaştırma	F‡	p*
Yaşamsallık						
Girişim Grubu (n: 40)	42.37±17.79	77.37±9.80	90.50±8.75	Grup	36.622	0.000
Kontrol Grubu (n: 40)	40.12±22.17	45.37±21.93	86.75±10.71	Zaman	172.052	0.000
				Grup*Zaman	21.372	0.000
Sosyal İşlev						
Girişim Grubu (n:40)	57.18±29.94	72.81±12.62	99.37±3.95	Grup	6.751	0.010
				Zaman	81.349	0.000
Kontrol Grubu (n:40)	65.62±31.10	47.81±20.58	95.00±11.60	Grup*Zaman	13.148	0.000
Mental İşlev						
Girişim Grubu (n:40)	52.50±17.28	81.70±15.68	83.70±14.13	Grup	16.190	0.000
				Zaman	63.013	0.000
Kontrol Grubu (n:40)	54.40±20.65	54.10±19.15	83.10±13.07	Grup*Zaman	18.790	0.000
Mental Rol						
Girişim Grubu (n:40)	48.33±50.04	82.50±38.48	82.50±38.48	Grup	3.760	0.045
				Zaman	9.689	0.000
Kontrol Grubu (n:40)	50.83±50.06	50.83±50.06	78.33±36.63	Grup*Zaman	3.330	0.038
MENTAL SAĞLIK ÖZET SKORU						
Girişim Grubu (n:40)	40.48±10.11	50.75±4.80	56.46±3.43	Grup	5.170	0.024
				Zaman	77.817	0.000
Kontrol Grubu (n:40)	43.37±8.79	43. 75±7.28	54.48±4.45	Grup*Zaman	10.203	0.000

*$p<0.05$, †*SS: Standart Sapma*, ‡*F: İki yönlü varyans analizi.*

Tablo 47 incelendiğinde girişim ve kontrol grubu KABG'li hastalarda "***Mental Sağlık Özet Skoru"*** için iki yönlü varyans analizi sonucuna göre; grup (F=5.170, p=0.024), zaman (F=77.817, p=0.000) ve grup*zaman (F=10.203, p=0.000) etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandığı görülmektedir. Girişim ve kontrol grubunun mental sağlık alt bileşenlerinden "***Yaşamsallık"*** puan ortalamalarının karşılaştırmasında; grup (F=36.622, p=0.000), zaman (F=172.052, p=0.000) ve grup*zaman (F=21.372, p=0.000) etkileşimine göre istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark olduğu bulunmuştur. "***Sosyal İşlev"*** puan ortalamalarının karşılaştırılmasında da grup (F=6.751, p=0.010), zaman (F=81.349, p=0.000) ve grup*zaman (F=13.148, p=0.000) etkileşimleri açısından puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ***"Mental İşlev"*** puan ortalamaları arasındaki fark, grup

(F=16.190, p=0.000), zaman (F=63.013, p=0.000) ve grup*zaman (F=18.790, p=0.000) etkileşimine göre istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur. Son olarak ***"Mental Rol"*** puan ortalamalarına göre girişim ve kontrol grubu karşılaştırıldığında, grup (F=3.760, p=0.045), zaman (F=9.689, p=0.000) ve grup*zaman (F=3.330, p=0.038) etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 47). KABG sonrası Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında, ameliyat sonrası "*mental sağlık*"a ilişkin yaşam kalitesi puanları arasında fark SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Mental Sağlık Özet Skorunda fark saptanması sonucu H_{5B} hipotezi kabul edilmiştir. Ayrıca Mental Sağlık Özet Skoru alt bileşenleri için $H_{5B\ a,b,c,d}$ hipotezleri de kabul edilmiştir. Girişim ve kontrol grubu hastaların mental sağlığa ilişkin yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılmasındaki Mental Sağlık Özet Skoru ve tüm alt bileşenlerinde saptanan anlamlı fark için; farkın hangi grup ya da zamandan kaynaklandığını belirlemek amacıyla ileri analiz yöntemleri kullanılmış ve sonuçlar Tablo 48'de sunulmuştur.

Tablo 48. Girişim ve Kontrol Grubu Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası Birinci Ay ve Üçüncü Ay Mental Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılmasında İleri Analiz Bulguları (n:80)

Zaman / Gruplar	Ameliyat Öncesi (AÖ) (Ortalama±SS†)	Ameliyat Sonrası 1. Ay (AS1) (Ortalama±SS)	Ameliyat Sonrası 3. Ay (AS3) (Ortalama±SS)	F‡	p*	*Anlamlı fark*
Yaşamsallık						
Girişim Grubu (n:40)	42.37±17.79	77.37±9.80	90.50±8.75	151.731	0.000	*AÖ<AS1<AS3*
Kontrol Grubu (n:40)	40.12±22.17	45.37±21.93	86.75±10.71	130.124	0.000	*AÖ<AS1<AS3*
t§	-0.501	-8.422	-1.174			
p*	0.618	0.000	0.091			
Sosyal İşlev						
Girişim Grubu (n:40)	57.18±29.94	72.81±12.62	99.37±3.95	50.946	0.000	*AÖ<AS1<AS3*
Kontrol Grubu (n:40)	65.62±31.10	47.81±20.58	95.00±11.60	72.196	0.000	*AS1,AÖ <AS3*
t§	1.236	-6.548	-2.257			
p*	0.220	0.000	0.027			
Mental İşlev						
Girişim Grubu (n:40)	52.50±17.28	81.70±15.68	83.70±14.13	49.157	0.000	*AÖ<AS1,AS3*
Kontrol Grubu (n:40)	54.40±20.65	54.10±19.15	83.10±13.07	51.896	0.000	*AS1, AÖ<AS3*
t§	0.446	-7.051	-0.197			
p*	0.657	0.000	0.844			
Mental Rol						
Girişim Grubu (n:40)	48.33±50.04	82.50±38.48	82.50±38.48	8.543	0.000	*AÖ< AS3*
Kontrol Grubu (n:40)	50.83±50.06	50.83±50.06	78.33±36.63	9.395	0.000	*AÖ,AS1< AS3*
t§	0.223	-3.172	-0.496			
p*	0.824	0.002	0.621			
MENTAL SAĞLIK ÖZET SKORU						
Girişim Grubu (n:40)	40.48±10.11	50.75±4.80	56.46±3.43	57.361	0.000	*AÖ<AS1<AS3*
Kontrol Grubu (n:40)	43.37±8.79	43. 75±7.28	54.48±4.45	71.409	0.000	*AÖ,AS1<AS3*
t§	*1.361*	*-5.075*	*-2.222*			
p*	*0.177*	*0.000*	*0.029*			

**p<0.05, †SS: Standart Sapma, ‡F: İki yönlü varyans analizi, §t: t testi (Bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi).*

Tablo 48 incelendiğinde, girişim ve kontrol grubu KABG'li hastalarda ***Mental Sağlık Özet Skoru*** puan ortalamaları arasında ameliyat sonrası birinci ay (t=-5.075, p=0.000) ve ameliyat sonrası 3. ayda (t=-2.222, p=0.029) istatistiksel olarak anlamlı fark saptandığı, ameliyat öncesinde (t=1.361, p=0.177) ise gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. Grupların kendi içindeki ölçümlerine ilişkin, girişim grubu (F=57.361, p=0.000) ve kontrol grubunda (F=71.409, p=0.000) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Tukey HSD çoklu karşılaştırma analizi sonucunda, girişim grubunda ***Mental Sağlık Özet Skoru*** puan ortalamalarının, ameliyat öncesi, ameliyat sonrası birinci ay ve 3. ayda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir (p<0.05). Kontrol

grubunda ise ameliyat sonrası üçüncü ay puan ortalaması, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası birinci ay ölçümlerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 48).

"***Yaşamsallık" alt bileşeninde*** girişim ve kontrol grubu puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; ameliyat sonrası birinci ayda ($t=-8.422$, $p=0.000$) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, ameliyat öncesi ($t=-0.501$, $p=0.618$) ve ameliyat sonrası üçüncü ayda ($t=-1.174$, $p=0.091$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Grupların kendi içindeki ölçümleri incelendiğinde, girişim grubunda ($F=89.407$, $p=0.000$) ve kontrol grubunda ($F=94.333$, $p=0.000$) ameliyat öncesi, ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası üçüncü ay ölçümleri arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Her iki grupta da ameliyat öncesi, ameliyat sonrası birinci ay ve üçüncü ayda elde edilen ***"Yaşamsallık"*** puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış göstermiştir ($p<0.05$) (Tablo 48).

"***Sosyal İşlev" alt bileşeninde*** girişim ve kontrol grubu karşılaştırılmasına göre; ameliyat sonrası birinci ay ($t=-6.548$, $p=0.000$) ve ameliyat sonrası üçüncü ayda ($t=-2.257$, $p=0.027$) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmış, ameliyat öncesi ($t=1.236$, $p=0.220$) ilk ölçümde ise fark anlamlı bulunmamıştır. Girişim grubu ($F=50.946$, $p=0.000$) ve kontrol grubunun ($F=72.196$, $p=0.000$) kendi içindeki ameliyat öncesi, ameliyat sonrası birinci ay ve üçüncü ay ölçümlerinin karşılaştırılmasında, ölçümler arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. İleri analiz sonucuna göre girişim grubunda ***"Sosyal İşlev"*** puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Kontrol grubunda ise ameliyat sonrası üçüncü ay puan ortalaması, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası birinci ay puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 48).

"Mental İşlev" alt bileşeninde girişim ve kontrol grubu puan ortalamalarının karşılaştırılmasında sadece ameliyat sonrası birinci ay ($t=-7.051$, $p=0.000$) ölçümünde iki grup arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptanmış, ameliyat öncesi ($t=0.446$, $p=0.657$) ve ameliyat sonrası üçüncü ayda ($t=-0.197$, $p=0.844$) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Girişim grubu ($F=49.157$, $p=0.000$) ve kontrol grubunun ($F=51.896$, $p=0.000$) kendi içindeki ölçümleri arasında ise her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. İleri analiz sonucuna göre girişim grubunda ***"Mental İşlev"*** puan ortalamalarının ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası üçüncü

ayda, ameliyat öncesi puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Kontrol grubunda ise ameliyat sonrası üçüncü ay puan ortalaması, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası birinci ay puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 48).

Son olarak ***"Mental Rol" alt bileşenindeki*** puanlara göre ameliyat sonrası birinci ayda ($t=-3.172$, $p=0.002$) girişim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptanmış, ameliyat öncesi ($t=0.223$, $p=0.824$) ve ameliyat sonrası üçüncü ayda ($t=-.496$, $p=0.621$) ise iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Grupların kendi içindeki ölçümlerinin incelenmesinde girişim grubu ($F=8.543$, $p=0.000$) ve kontrol grubunun ($F=9.395$, $p=0.000$) her ikisinde de istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. İleri analiz sonucunda girişim grubunda anlamlı farkın sadece ameliyat öncesine göre ameliyat sonrası üçüncü ay puan ortalamasının yüksek olmasından kaynaklandığı saptanmıştır. Kontrol grubunda ise ameliyat sonrası birinci ay, ameliyat sonrası üçüncü ay puan ortalamalarının, ameliyat öncesi puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 48).

13. TARTIŞMA

Bu bölümde KABG'li hastalarda Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında "*öğrenim gereksinim öncelikleri, önemlilik durumu ve gereksinim karşılanma durumu, iyileşme algısı, başetme-uyum düzeyi ve yaşam kalitesi düzeyleri*"nin karşılaştırılmasından elde edilen bulgular tartışılmıştır. Yarı-deneysel araştırma tasarımına uygun yürütülen çalışmada ilk olarak grupların homojenitesi değerlendirilmiştir. *G*irişim ve kontrol grubundaki hastaların yaş, cinsiyet, medeni, durum, eğitim durumu, sosyal güvence ve çalışma durumunu içeren sosyo-demografik özellikleri ile KAH'na eşlik eden durumlar, sigara içme öyküsü, süresi ve miktarı, BKİ, ameliyat öncesi ağrı ve yorgunluk şikayeti varlığı, baypas için kullanılan greft türü, cerrahi işlem süresi, KPB süresi, yoğun bakımda kalma süresi ve mekanik ventilasyon süresini içeren klinik özellikler açısından benzer olup olmadığı ki-kare testi ile sınanmış, tüm özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır($p>0.05$) (Tablo 33, Tablo 34). Bu sonuç girişim ve kontrol grubundaki hastaların sosyodemografik ve klinik özellikler açısından benzer olduğunu göstermiştir. Deneysel araştırmalarda örneklemin yansız/rastgele seçimi ve gruplara ayrılması ile rastlantısallık sağlanması, araştırmada bağımlı değişken/değişkenlere etki edebilecek

faktörlerin kontrol edilmesi çok önemlidir (Erefe, 2010). Karıştırıcı faktörlerin etkisinin ortadan kaldırılması ve ara değişkenlerin kontrol altına alınması ile deneysel araştırmalarda girişimin bağımlı değişkenler üzerine etkisinin olup olmadığı ve bu etkinin hangi düzeyde olduğunu belirtmek mümkün olacaktır. Bu nedenle girişim ve kontrol grubuna alınan KABG'li hastaların başetme-uyum ve yaşam kalitesi ile ilgili başlangıç verileri değerlendirilmiştir. İlk olarak verilerin analizinde parametrik ya da non-parametrik test kullanımına karar verebilmek için verilerin normal dağılım gösterip göstermediği incelenmiş ve %95 güvenle verilerin normal dağılımlı olduğu saptanmıştır. Elde edilen sonuca göre girişim ve kontrol grubu başetme-uyum ve yaşam kalitesi başlangıç verilerinin karşılaştırılmasında parametrik testlerden bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) kullanılmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 35). Bu sonuç girişim ve kontrol grubu hastaların başetme-uyum düzeyleri ile yaşam kalitesi düzeylerinin temel ön ölçümde benzer olduğunu göstermiştir.

Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu arasında "*öğrenim gereksinim öncelikleri, önemlilik durumu, gereksinimlerin karşılanma durumu, iyileşme algısı, başetme-uyum düzeyi ve yaşam kalitesi düzeyleri*"nin karşılaştırılmasından elde edilen bulguların tartışması;

1. Girişim ve kontrol grubuna alınan KABG'li hastaların öğrenim gereksinim öncelikleri, önemlilik durumu ve gereksinim karşılanma durumlarının incelenmesi,
2. Girişim ve kontrol grubuna alınan KABG'li hastaların iyileşme algılarının incelenmesi,
3. Girişim ve kontrol grubuna alınan KABG'li hastaların başetme-uyum düzeylerinin incelenmesi,
4. Girişim ve kontrol grubuna alınan KABG'li hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin incelenmesi olmak üzere dört başlıkta sunulmuştur.

13.1. Girişim ve Kontrol Grubuna Alınan Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Öğrenim Gereksinim Öncelikleri, Önemlilik Durumu ve Gereksinim Karşılanma Durumlarının İncelenmesi

Bu bölümde girişim ve kontrol grubu KABG'li hastaların öğrenim gereksinim öncelikleri, önemlilik durumu ve gereksinim karşılanma durumları incelenmiştir. Roy Uyum Modeli'nin ana kavramını oluşturan uyum için; fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı

bağlılık alanlarında etkili uyum davranışları başetme ve kontrol sistemleri ile sağlanmaktadır. Bireyin bilişsel-duygusal başetme davranışlarında bilgi ve öğrenme süreci önem kazanmaktadır (Roy, 2009). Hastaların öğrenim gereksinim önceliklerinin belirlenmesi ve bu önceliklere göre bireye özgü verilen bakım, evde bakım yönetimiyle ilgili hastaların daha az anksiyete yaşamalarına neden olmakta, başetme ve uyumlarını olumlu etkilemekte, böylelikle yaşam kalitelerini artırmaktadır (Fredericks, İbrahim, Puri, 2009). Bu araştırmada hastaların taburculuk öncesi öğrenim gereksinim önceliklerinin belirlenmesinde HÖGÖ, kontrol grubuna taburculuktan 24-48 saat önce, girişim grubuna mutlaka 24 saat önce uygulanmıştır. Çünkü girişim grubunda Roy Uyum Modeli'ne göre verilen hemşirelik bakımı içerisinde gerçekleştirilen üçüncü taburculuk eğitim oturumu hastaların öğrenim gereksinim önceliklerine göre düzenlenmiş ve HÖGÖ'nün uygulanmasının hemen ardından eğitim oturumu gerçekleştirilmiştir. Böylece KABG'li hastaların evde bakım sürecine ilişkin gereksinim önceliklerine uygun verilen eğitim ile başetme-uyumlarının arttırılması hedeflenmiştir.

Bu çalışmada ilk olarak girişim ve kontrol grubu KABG'li hastaların öğrenim gereksinimlerinin önemlilik durumu ilk ölçümde incelenmiş, hastaların HÖGÖ toplam ölçek için girişim grubunda "çok önemli", kontrol grubunda ise "ne az ne çok önemli" olarak değerlendirdiği saptanmıştır. Girişim grubu hastaların HÖGÖ'nün öğrenim gereksinimlerinin toplam ölçek ve alt ölçek puanlarının kontrol grubuna göre genel olarak tüm ölçümlerde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 36). Girişim grubunda Roy Uyum Modeli'ne göre verilen hemşirelik bakımı çerçevesinde gerçekleştirilen ilk iki eğitim oturumunda verilen bilgilerin bu yüksek puanlara etki ettiği söylenebilir. Çünkü bu araştırmanın girişimini oluşturan Roy Uyum Modeli'ne temelli hemşirelik bakımı, hastaların tüm uyum alanlarını etkileyecek durumlara ilişkin doğru ve tam bilgilendirilmesine odaklanmıştır. Bu da girişim grubundaki hemşirelik girişimlerinin içeriğindeki konuların hastalar tarafından farkedildiğini ve çok önemli olarak algılamalarını değiştirdiğini göstermesi açısından dikkate değer bir sonuçtur. Ülkemizde KABG sonrası taburculuktaki öğrenim gereksinimlerini saptayan bir çalışmada HÖGÖ toplam ölçek puanlarının bu araştırma sonuçlarındaki deney ve kontrol grubu birinci ölçümlerinden yüksek bulunmuştur (Erdoğan, 2012). Ancak ameliyattan sonra birinci ay ve üçüncü ayda girişim grubu hastaların öğrenim gereksinimlerini değerlendirmedeki önem durumu Erdoğan'ın çalışmasındaki (2012) sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

Girişim grubunda ve kontrol grubunda öğrenim gereksinim önceliklerine göre puanı en yüksek birinci ölçümde *"Yaşam Aktiviteleri"*, ikinci ölçümde *"Duruma İlişkin Duygular"* alt boyutunda bulunmuştur. Üçüncü ölçümde ise en yüksek puan ortalamasının girişim grubunda *"Tedavi ve Komplikasyonlar",* kontrol grubunda *"Duruma İlişkin Duygular"*alt boyutunda yer aldığı belirlenmiştir (Tablo 37). *"Yaşam Aktiviteleri"* alt boyutundaki maddeler enerjinin korunması, istirahat, uyku, yenmesi ve yenmemesi gereken yiyecekler, yapılması gereken ve sakınılacak aktiviteleri içermektedir. Birinci ölçümdeki bu sonucun her iki hasta grubunda büyük bir cerrahi girişim olan KABG cerrahisinin erken döneminde yaşanan değişimler nedeniyle evdeki yaşam aktivitelerinin etkileneceğine ilişkin algılarından kaynaklandığı düşünülebilir. Girişim ve kontrol grubundaki hastalar için birinci aydaki izlemde en önemli maddelerin "*Duruma İlişkin Duygular"*alt boyutunda olduğu görülmektedir, kontrol grubunda üçüncü aydaki izlemde bu sonuç yine benzerdir. "*Duruma İlişkin Duygular"* alt boyut maddeleri; hastaların hastalık nedeni/nedenlerinin neler olduğu, hastalığıyla ilgili duygularını nasıl tanımlayacağı, başetmek için nereden yardım alacağı, hastalığı hakkında ailesi ve arkadaşlarıyla nasıl konuşacağı, yaşam/ölümle ilgili duygularını kiminle konuşacağının önem derecesini tanımlamaktadır. Girişim ve kontrol grubunda bu alt boyut puan ortalamalarının diğer alt boyut puanları dikkate alındığında taburculuktaki ilk ölçüme göre yüksek artış göstermesi önemli bir bulgudur. Her iki grup hastada evdeki bakımda başetme ve uyum kavramlarının öne çıktığını göstermesi açısından da dikkate değerdir. Ayrıca girişim grubunda Roy Uyum Modeli'ne göre verilen hemşirelik bakımının başetme-uyum kavramlarına daha fazla dikkat çektiğini düşündürebilir. Üçüncü aydaki izlem sonuçlarında girişim grubunda "*Tedavi ve Komplikasyonlar*" alt boyut maddelerinin "son derece önemli" olarak değerlendirildiği saptanmıştır. Girişim grubuna uygulanan ve Roy Uyum Modeli'ne temellendirilen hemşirelik bakımında bu alt boyutun içerdiği hastalığa bağlı sorunların neler olduğu ve bu sorunları nasıl önleyeceği, nasıl fark edileceği, idrar yapmayla ilgili bir sorun olursa ne yapacağı, tedavinin amaçları, tedaviye bağlı oluşabilecek yan etkiler, tedaviyi kimin takip edeceği, evde yardım için telefonla kimin aranacağı konuları dikkatle ele alınmıştır. Çünkü bütün bu konular uyum alanlarındaki davranışları belirleyen ve bireylerin uyum düzeylerini değiştiren faktörler olarak bakımda yer almıştır. Bu nedenle de girişim grubunun üçüncü ölçümde en yüksek önemle değerlendirmesi anlamlıdır.

Bu araştırmada öğrenim gereksinimlerinin önem durumu kontrol grubunda daha düşük, girişim grubunda anlamlı şekilde daha yüksektir. Bu sonuç Türkiye'de yürütülen Erdoğan'ın

(2012) çalışmasıyla karşılaştırıldığında; KABG sonrası hastalar HÖGÖ tüm alt ölçekleri için "çok önemli" ile "son derece önemli" kategorileri arasında değerlendirmeleri açısından girişim grubu ile benzerdir. Ayrıca Erdoğan'ın (2012) çalışmasında da bu araştırma sonuçlarına paralel şekilde öğrenim gereksinimlerinin yüksek olduğu alt boyutlar "tedavi ve komplikasyonlar" "yaşam kalitesi" ve "ilaçlar" alt ölçeklerinden elde edilmiştir. Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada HÖGÖ toplam ölçek puanı için KABG'li hastaların "çok önemli" değerlendirmesi de bu araştırmadaki girişim grubu sonuçlarına benzerlik gösterirken, gereksinimlerin öncelik sıralanmasında "tedavi ve komplikasyonlar" alt boyutu ise, "yaşam aktiviteleri", "yaşam kalitesi", "cilt bakımı"ndan sonra önemli olarak belirtilmiştir (Demirkıran, Uzun, 2012). Jickling and Graydon'ın (1997) KABG geçiren hastaların bilgi gereksinimine cinsiyetin etkisini inceledikleri çalışma da bu araştırma sonuçlarını desteklemektedir. Jickling ve Graydon (1997) en fazla bilgi gereksinimi olan alanların sırasıyla; tedavi ve komplikasyonlar, yaşam aktiviteleri, ilaçlar ve yaşam kalitesi alanlarında olduğunu belirtmişlerdir. Chesnick'in (1992) KABG geçiren hastalarda yaşın etkisini incelediği çalışmasında da öğrenim gereksinimlerinin öncelik sıralamasında benzer sonuçlar rapor edilmiştir.

Girişim ve kontrol grubu KABG'li hastaların taburculuktaki öğrenim gereksinim öncelikleri HÖGÖ'nün toplam ölçek puanları ile **"İlaçlar, Toplum ve İzlem, Duruma İlişkin Duygular, Tedavi ve Komplikasyonlar, Yaşam Kalitesi, Cilt Bakımı"** alt boyutlarında taburculuktan önceki ilk ölçüm, birinci ay ve üçüncü ay ölçümleri karşılaştırılmıştır. HÖGÖ toplam puanı yanı sıra "*İlaçlar, Toplum ve İzlem, Tedavi ve Komplikasyonlar, Yaşam Kalitesi"* alt boyutlarında tüm ölçümlerde girişim ve kontrol grubu arasındaki fark ile, grupların kendi içinde tekrarlı ölçümleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). *"Duruma İlişkin Duygular ve Cilt Bakımı"* alt boyutlarında gruplar arasında tüm ölçümlerde fark saptanmazken ($p>0.05$), grupların zamana göre değişimlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). *"Yaşam Aktiviteleri*" alt boyutunda ise hem gruplar arasında, hem zaman içindeki kendi değişimlerinde, hem de zamana göre değişen puanlar açısından grupların karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 37). Girişim ve kontrol grubu hastaların öğrenim gereksinim önceliklerinin karşılaştırılmasındaki HÖGÖ toplam ölçek ve alt boyutlarında saptanan anlamlı farkın, ileri analiz sonucunda genel olarak ameliyattan sonraki birinci ve üçüncü ay ölçümlerinin ilk ölçümlere göre daha yüksek puanlardan kaynaklandığı

belirlenmiştir (Tablo 38). Bu sonuçlar Roy Uyum Modeli'ne göre verilen hemşirelik bakımı çerçevesinde gerçekleştirilen eğitim oturumu konularının, taburculuk eğitim kitapçığının, izlem ve telefonla danışmanlıkta verilen bilgilerin girişim grubunda hastaların öğrenim gereksinimlerine ilişkin önem algılarını olumlu etkilediğini düşündürebilir. KABG uygulanan hastalarda HÖGÖ kullanılan çalışmalar tanımlayıcı olarak yürütülmüş, herhangi bir girişimin etkinliği test edilmemiştir (Chesnick, 1992; Demirkıran, Uzun, 2012; Erdoğan, 2012; Jickling, Graydon, 1997). Gerek yurt içi, gerek yurtdışı çalışma sonuçlarının olmaması nedeniyle araştırma kendi bulguları içinde tartışılmıştır.

Girişim ve kontrol grubu KABG'li hastaların taburculuktaki öğrenim gereksinim önceliklerinin belirlenmesi ardından bu gereksinimlerin karşılanma durumu HÖGÖ'nün **"Gereksinim Karşılanma Skoru (HÖGÖ-GKS)"** bölümü ile **"İlaçlar-GKS, Yaşam Aktiviteleri-GKS, Toplum ve İzlem-GKS, Duruma İlişkin Duygular-GKS, Tedavi ve Komplikasyonlar-GKS, Yaşam Kalitesi-GKS, Cilt Bakımı-GKS**" alt boyutlarında taburculuk günü, ameliyat sonrası birinci ay ve üçüncü ay ölçümleri olarak karşılaştırılmıştır. Girişim ve kontrol grubu hastaların HÖGÖ-GKS toplam puanı yanı sıra *"Duruma İlişkin Duygular-GKS, Tedavi ve Komplikasyonlar-GKS, Yaşam Kalitesi-GKS"* alt boyutlarında hem gruplar arasında, hem zaman içindeki kendi değişimlerinde, hem de zamana göre değişen puanlar açısından grupların karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 39). Girişim grubu hastaların öğrenim gereksinimlerinin karşılanmasında HÖGÖ-GKS toplam ölçek ve *"Duruma İlişkin Duygular-GKS, Tedavi ve Komplikasyonlar-GKS, Yaşam Kalitesi-GKS"* alt boyutlarında saptanan anlamlı farkın, ileri analiz sonucunda ameliyattan sonraki birinci ve üçüncü ay ölçümlerinin ilk ölçümlere göre daha yüksek puanlardan kaynaklandığı belirlenmiş, kontrol grubunda ise anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 40).

"İlaçlar-GKS ve Yaşam Aktiviteleri-GKS" alt boyutlarında tüm ölçümlerde girişim ve kontrol grubu arasındaki fark ile, grupların kendi içinde tekrarlı ölçümleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). *"İlaçlar-GKS"* alt boyut puanlarının karşılaştırılmasında ileri analiz sonucuna göre her iki gruptaki fark birinci ve üçüncü aydaki artan puanlardan kaynaklanmıştır (Tablo 40). *"Yaşam Aktiviteleri-GKS"*alt boyut puanlarının incelenmesinde ileri analiz sonucunda girişim grubunda ameliyattan sonraki birinci ve üçüncü ay ölçümlerinin ilk ölçümlere göre daha yüksek puanlardan kaynaklandığı, kontrol grubunda ise anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 40).

"*Toplum ve İzlem-GKS ile Cilt Bakımı-GKS" alt boyutlarında ise* tüm ölçümlerde girişim grubu puanları kontrol grubundan anlamlı şekilde yüksek bulunurken ($p<0.05$), grupların kendi içinde tekrarlı ölçümleri ile grupların zamana göre karşılaştırılmalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 39). "*Toplum ve İzlem-GKS*" alt boyut puanlarının incelenmesinde ileri analiz sonucunda grupların kendi içindeki değişiminde ve zamana göre karşılaştırılmalarında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır. Ancak girişim grubundaki hastalar; klinikten eve nasıl gideceği, evdeki bakımında ne yapması gerektiği, acil bir sağlık sorunu olduğunda nereye başvurabileceği, sağlık kuruluşlarından nasıl yararlanabileceği, ailenin hastalıkla başedebilmek için nerelerden yardım alabileceği, toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabileceği ile ilgili ifadeleri içeren "*Toplum ve İzlem-GKS*" alt boyutundaki gereksinimlerin karşılanma durumunu "tamamen karşılandı" şeklinde değerlendirmiştir ve her üç ölçümde de sonuçlar benzerdir. Kontol grubunda ise bu alt boyuttaki gereksinim karşılanma durumu " ne az ne çok karşılandı" şeklinde belirtilmiştir. "*Cilt Bakımı-GKS"* alt boyut puanlarının incelenmesinde ileri analiz sonucuna göre, girişim grubunda ilk ölçüm puanlarının birinci ve üçüncü aydan yüksek olması anlamlı fark oluştururken, kontrol grubunda fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 40). Girişim grubundaki hastalar; ne zaman banyo yapabileceği, ameliyat yarasının bakımını nasıl yapması gerektiği, cildinde yara ve kızarıklık oluşmasını nasıl önlemesi gerektiği, ayaklarına nasıl uygun bakım yapması gerektiği ile ilgili ifadeleri içeren "*Cilt Bakımı-GKS"*alt boyutunda gereksinimlerinin tüm ölçümlerde "tamamen karşılandı"ğını belirtirken, kontrol grubu "ne az ne çok karşılandı" olarak değerlendirmiştir. "*Cilt Bakımı-GKS"* alt boyutundaki ifadeler incelendiğinde girişim grubundaki hastaların taburculuktaki ölçümdeki değerlendirmesinin birinci ve üçüncü aydan yüksek olmasının nedeni ameliyattan sonraki erken dönemde bu boyuttaki ifadelerin daha öne çıkması, zamanla gereksinimlerinin azalmasından kaynaklandığını düşündürebilir.

Son olarak bu çalışmada Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı alan girişim grubu hastaların taburculukta, birinci ve üçüncü aydaki tüm ölçümlerde HÖGÖ-GKS ve tüm alt boyutlarda gereksinimlerinin "tamamen karşılandı"ğını, klinik rutin bakım alan hastaların ise "ne az ne çok karşılandı"ğını belirtmeleri oldukça önemli bir sonuçtur. Girişim grubundaki hastaların öğrenim gereksinimlerinin tamamen karşılandığını gösteren sonuçlara özellikle Roy Uyum Modeli ile bütünleşen ve HÖGÖ maddelerinin tümünü karşılayacak şekilde hazırlanan

"YENİLENEN KALP DAMARLARINIZLA UYUMLU BİR YAŞAM İÇİN" isimli eğitim kitapçığının katkısının çok önemli olduğu söylenebilir.

Literatürde KABG uygulanan hastalarda HÖGÖ-GKS kullanılarak yürütülen çalışma sonucuna rastlanmamıştır. Bu da çalışma sonuçlarının tartışılmasında kısıtlılık yaratmıştır. KABG hasta grubunda tekrarlı çalışmalarda öğrenim gereksinimlerinin karşılanma durumunun değerlendirilmesi ile literatür zengileşecektir. Ayrıca hastaların öğrenim gereksinimlerini arttırmaya yönelik girişimsel çalışmalara ve KABG'li hastalarla yürütülen ve Roy Uyum Modeli'nin temel alındığı teori temelli araştırmalara, bu araştırma verilerinin katkı sağlayacağı söylenebilir.

13.2. Girişim ve Kontrol Grubuna Alınan Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların İyileşme Algılarının İncelenmesi

Bu bölümde girişim ve kontrol grubu KABG'li hastaların iyileşme algıları incelenmiştir. ***"İyileşme algısı"*** puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında, grupların kendi içindeki taburculuk öncesi, birinci ve üçüncü aydaki ölçümlerinde ve gruplara göre zaman içindeki değişimlerin karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 41). Girişim ve kontrol grubu iyileşme algısı puan ortalamalarındaki farkın ameliyat sonrası birinci ay ve üçüncü ayda istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), taburculuk öncesi ise anlamsız olduğu görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 42). Girişim ve kontrol gubunun kendi içindeki taburculuk öncesi, ameliyat sonrası birinci ay ve ameliyat sonrası üçüncü ay ölçümleri arasındaki farkın incelenmesindeki ileri analiz sonunda hem girişim grubu, hem kontrol grubunda üç izlem ölçümünün her biri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış; taburculuk öncesine göre, ameliyat sonrası birinci ay ve üçüncü ay puan ortalamaları anlamlı düzeyde artmıştır ($p<0.05$) (Tablo 42). Roy Uyum Modeli'ne göre bakım alan girişim grubunda taburculuk öncesi iyileşme algısı puanlarının kontrol grubu ile benzerlik göstermesine rağmen birinci ayda iyileşme algısı puanının iki katına çıkması ve son ölçümde "iyileştim"e çok yakın değer alması önemli bir sonuçtur. Girişim grubundaki iyileşme algısı puanlarındaki artışın, kontrol grubu puanları dikkate alındığında Roy Uyum Modeli'ne göre verilen hemşirelik bakımından kaynaklandığı söylenebilir.

Bu çalışmada girişim ve kontrol grubundaki hastaların taburculuk öncesi iyileşme algısı puanları iyileşme algısı 0-10 arasında ("0=İyileşmedim", "10=İyileştim") anlaşılır olma ve kolay uygulama açısından dikkate alınmıştır, literatürde bu hasta grubunda iyileşme algısı

incelenen Kan'ın (2007) çalışmasında 0-100 ("0=İyileşmedim", "100=İyileştim") arasında değerlendirildiği görülmüştür. Kan (2007) çalışmasında ameliyattan sonra altıncı haftadaki KABG'li hastalarda iyileşme algısı puan ortalamasının 67.40±16.55 (kadınlarda 62.99±18.78, erkeklerde 69.64±15.24) bu çalışmadaki kontrol grubunun birinci aydaki 6.05±1.51 sonucu ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. Roy Uyum Modeli'ne göre verilen hemşirelik bakımı sonucunda girişim grubundaki hastaların birinci aydaki iyileşme algısı puan ortalamasının (7.87±1.26) kontrol grubundaki ve Kan'ın (2007) çalışmasındaki hasta sonuçlarından daha yüksek olması girişimin etkinliği ile açıklanabilir. Ancak çalışma sonuçlarını karşılaştırmada literatürdeki kısıtlılık göz önüne alındığında KABG'li hastalarda iyileşme algısının yeni çalışmalarla değerlendirilmesi önerilir.

Roy Uyum Modeli'ne göre KABG cerrahisi bireylerin uyum düzeyini etkileyen odak bir uyarandır ve hastalar ameliyat ile birlikte uzlaşmacı uyum düzeyine döner. Modelde uzlaşmacı uyum düzeyindeki bireyler düzenleyici, bilişsel ve duygusal başetme mekanizmalarını kullanarak dengeleyici ve mükemmel uyum uyum düzeyine ulaşmaktadır (Roy, 2009). KABG cerrahisi sonrası uzlaşmacı uyum düzeyinde olan hastaların ameliyat sonrası dönemde uyum düzeylerinin arttılmasında iyileşme algısı önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir. Ancak literatürde iyileşme algısı ve uyum davranışları arasındaki ilişkiyi inceleyen tek bir çalışma sonucuna ulaşılmıştır (Kan, 2007). Kan (2007) çalışmasında 28 erkek, 13 kadın olmak üzere 41 KABG'li hastada iyileşme algısının uyum davranışları, yaş ve cinsiyetle ilişkisini incelemiş, çalışmanın teorik çerçevesini Roy Uyum Modeli oluşturmuştur. Çalışma sonunda iyileşme algısının uyum davranışlarından rol fonksiyonu ile pozitif ilişkili, fiziksel sağlık, kişisel anlam ve sosyal destek ile ilişkili olmadığı bulunmuştur.

13.3. Girişim ve Kontrol Grubuna Alınan Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Başetme-Uyum Düzeylerinin İncelenmesi

Bu bölümde girişim ve kontrol grubu KABG'li hastaların başetme-uyum düzeyleri; BUSÖ toplam ölçek puanı yanı sıra ***"Çözüm Bulma ve Odaklanma, Fiziksel ve Karara Bağlama, Dikkat Süreci, Sistematize Etme Süreci, Öğrenme ve İlişki Kurma"*** alt boyutlarında incelenmiş, girişim ve kontrol grubu hastaların başetme-uyum düzeyleri; ameliyat öncesi, ameliyat sonrası birinci ay ve üçüncü ay ölçümleri olarak karşılaştırılmıştır. Girişim ve kontrol grubu hastaların BUSÖ toplam puanı ile "*Çözüm Bulma ve Odaklanma, Fiziksel ve Karara Bağlama, Sistematize Etme Süreci"* alt boyutlarında; gruplar arasında, grupların

zaman içindeki değişimlerinde, zamana göre değişen puanlar açısından grupların karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 43). Girişim grubu hastaların başetme-uyum düzeylerindeki BUSÖ toplam puanı ile "*Çözüm Bulma ve Odaklanma, Fiziksel ve Karara Bağlama, Sistematize Etme Süreci"* alt boyutlarında saptanan anlamlı farkın, ileri analiz sonucunda ameliyattan sonraki birinci ve üçüncü ay ölçümlerinin ilk ölçümlere göre daha yüksek puanlardan kaynaklandığı belirlenmiş, kontrol grubunda ise anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 44).

Girişim ve kontrol grubu hastaların "*Dikkat Süreci ile Öğrenme ve İlişki Kurma"* alt boyutlarında; gruplar arasında, grupların zaman içindeki değişimlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken, zamana göre değişen puanlar açısından grupların karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p<0.05$). "*Dikkat Süreci ile Öğrenme ve İlişki Kurma"*alt boyutlarında tüm ölçümlerde girişim grubu puan ortalamaları kontrol grubundan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca yapılan ileri analiz sonunda girişim grubundaki anlamlı farkın ameliyat sonrası üçüncü aydaki puan ortalamalarının, ameliyat öncesindeki puan ortalamalarına göre yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiş, kontrol grubunda ise anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 44).

Roy tarafından geliştirilen BUSÖ, Roy Uyum Modeli'ni temel alan bir ölçüm aracıdır ve modelin bilişsel süreçle ilgili kavramlarından etkilenmiştir. Roy Uyum Modeli'ne göre KABG cerrahisi bireylerin uyum düzeyini etkileyen odak bir uyarandır ve hastalar ameliyat ile birlikte uzlaşmacı uyum düzeyine döner. Modelde uzlaşmacı uyum düzeyindeki bireyler düzenleyici, bilişsel ve duygusal başetme mekanizmalarını kullanarak dengeleyici ve mükemmel uyum uyum düzeyine ulaşmaktadır (Roy, 2009). KABG cerrahisi sonrası uzlaşmacı uyum düzeyinde olan hastaların BUSÖ ile ameliyat sonrası dönemde uyum düzeylerinin belirlenmesi önemlidir. Ancak literatürde KABG cerrahisi uygulanan hastalarda başetme-uyum düzeyinin BUSÖ ile belirlendiği herhangi bir çalışma sonucuna ulaşılamamıştır. KABG sonrası hastaların başetmelerini farklı ölçüm araçlarıyla inceleyen çalışma sonuçları incelenmiştir. Boudrez ve De Becker'ın (2001) çalışmasında ameliyat öncesinde, ameliyat sonrası üçüncü-dördüncü haftada, beşinci-altıncı ayda ve bir yıl sonrasında başetmeleri incelenmiş, hastaların başetmelerinin dördüncü haftaya doğru iyileşme gösterdiği, altıncı aya kadar bu iyileşmenin arttığı ancak altı ay-bir yıl arasındaki süreçte değişim göstermediği bulunmuştur. Tung, Hunter ve Wei'nin (2008), Revize Başetme Yolları

Envanteri ile KABG'li hastalarda başetmeyi belirlediği çalışmada Lazarus ve Folkman'ın Başetme Teorisi temel alınmış; başetme, anksiyete ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma sonunda anksiyete düzeyi düşük ve problem odaklı başetme stratejilerini kullanan hastalarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu, kadın hastalarda erkeklere göre daha fazla anksiyete yaşandığı, başetmede kendini suçlayan yaklaşımların daha fazla görüldüğü bulunmuştur (Tung, Hunter, Wei, 2008). Chen ve Ku (1997) ile Hwang ve arkadaşlarının (1997) çalışmasında da benzer sonuçlar görülmektedir. Redeker'in (1992) çalışmasında kardiyak cerrahi sonrası hastalarda başetmenin geliştirilmesine gereksinim olduğu belirtilmektedir. Toit'in (2003) çalışmasında KABG hasta grubunda yaşam stili programının uyuma etkisi niteliksel olarak incelenmiştir. Ancak literatürdeki çalışmalardan elde edilen sonuçlarla bu çalışma sonuçları tartışılamamıştır. Tartışmadaki bu kısıtlılığa rağmen bu çalışmadan elde edilen sonuçların ise KABG hastalarında Roy Uyum Modeli kullanımı ile hastaların başetme-uyum düzeyine ilişkin sonuçlar sunması açısından literatüre katkısının önemli olduğu söylenebilir.

13.4. Girişim ve Kontrol Grubuna Alınan Koroner Arter Baypas Greftli Hastaların Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi

Bu bölümde girişim ve kontrol grubu KABG'li hastaların yaşam kalitesi düzeyleri karşılaştırılmıştır. KABG cerrahisi sonrası hastalarda yaşam kalitesini değerlendiren pek çok çalışma bulunmaktadır. Bu hasta grubunda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde Notthingham Sağlık Profili, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (WHOQOL-BREF), MacNew Kalp Hastalıkları-Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi Ölçeği gibi ölçekler yanı sıra (Anderson, Feleke, Parski, 1999; Aykut Aka ve ark., 2006; Barolia ve ark., 2012; Cleopas, Kolly, Perneger, 2006; Hlatky ve ark., 2004; Lynn Fox ve ark., 2004; Merkouris ve ark., 2009), Yaşam Kalitesi ve Ekonomi Çalışması (Study of Economics and Quality of Life-SEQOL), Duke Aktivite Durum İndeksi (Duke Activity Status Index-DASI), RAND Mental Sağlık Envanteri gibi birkaç ölçüm aracını bir arada kullanarak yaşam kalitesinin tüm boyutlarıyla ele alındığı çalışma sonuçları (Koach ve ark., 2004) da bulunmaktadır. Dünyada ve ülkemizde ise özellikle KABG cerrahisi uygulanan hasta grubunda ve diğer gruplarda en çok kullanılan ölçüm aracı SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'dir (Aydın ve ark., 2002; Baz ve ark., 2008; Demiral ve ark., 2006; Elliott, Lazarus, Leeder, 2006; Fukuoko ve ark., 2007; Hunt, Hendreta, Myles, 2000; İşkesen, Yıldırım, Şirin, 2007; Jette, Downing, 1994; Lie ve ark., 2009; Motallebzadeh ve ark., 2009; Sahin, Wan, Sahin,

1999; Schroter, Lamping, 2006; Shrestha ve ark., 2009; Tung, Hunter, Wei, 2008). Bu çalışmada da KABG uygulanan hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin incelenmesinde daha sık kullanılması ve Roy Uyum Modeli'nin uyum alanlarını yansıtması açısından SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği tercih edilmiştir.

Girişim ve kontrol grubunda fiziksel sağlığa ilişkin yaşam kalitesi düzeyleri SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ***Fiziksel Sağlık Özet Skoru ve alt bileşenleriyle***, mental sağlığa ilişkin yaşam kalitesi düzeyleri ***Mental Sağlık Özet Skoru ve alt bileşenleri*** ile incelenmiştir. Girişim ve kontrol grubunda *Fiziksel Sağlık Özet Skoru* ile "*Fiziksel İşlev, Fiziksel Rol, Ağrı ve Genel Sağlık*" alt bileşenleri ilk olarak karşılaştırılmıştır. Girişim ve kontrol grubu KABG'li hastalarda *Fiziksel Sağlık Özet Skoru ve "Fiziksel İşlev, Fiziksel Rol, Ağrı, Genel Sağlık"* olmak üzere alt bileşenlerin tümünde gruplar arasında, grupların zaman içindeki değişimlerinde, zamana göre değişen puanlar açısından grupların karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 45). *Fiziksel Sağlık Özet Skoru ve alt bileşenlerinde* ameliyat öncesindeki fiziksel sağlığa ilişkin yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$), ameliyat sonrası birinci ayda ise Roy Uyum Modeli'ne göre bakım alan girişim grubu hastaların fiziksel sağlığa ilişkin yaşam kalitesi puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde kontrol grubundan yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Ameliyat sonrası üçüncü ay ölçümlerinde ise "*Fiziksel İşlev ve Fiziksel Rol*" alt bileşeninde gruplar arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farkın girişim grubu lehine olduğu ($p>0.05$), "*Ağrı ve Genel Sağlık*" alt bileşeni ile *Fiziksel Sağlık Özet Skoru*'nda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 46). Ayrıca grupların zaman içindeki değişimlerinde, zamana göre değişen puanlar açısından grupların karşılaştırılmasındaki anlamlı fark için yapılan ileri analizde, farkın genel olarak ameliyat sonrası birinci ve üçüncü ay ölçümlerindeki fiziksel sağlığa ilişkin yaşam kalitesi puan ortalamalarının ameliyat öncesi puan ortalamalarından yüksek olmasına bağlı olduğu bulunmuştur (Tablo 46).

Girişim ve kontrol grubu KABG'li hastalarda yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesinde ikinci adımda mental sağlığa ilişkin *Mental Sağlık Özet Skoru* ile *"Yaşamsallık, Sosyal İşlev, Mental İşlev ve Mental Rol"* alt bileşenleri incelenmiştir. Girişim ve kontrol grubu KABG'li hastalarda *Mental Sağlık Özet Skoru* ile *"Yaşamsallık, Sosyal İşlev, Mental İşlev ve Mental Rol"* olmak üzere alt bileşenlerin tümünde gruplar arasında, grupların zaman içindeki değişimlerinde, zamana göre değişen puanlar açısından grupların

karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 47). *Mental Sağlık Özet Skoru ve alt bileşenlerinde* ameliyat öncesindeki fiziksel sağlığa ilişkin yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$), ameliyat sonrası birinci ayda ise Roy Uyum Modeli'ne göre bakım alan girişim grubu hastaların mental sağlığa ilişkin yaşam kalitesi puan ortalamalarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Ameliyat sonrası üçüncü ay ölçümlerinde ise *Mental Sağlık Özet Skoru*'nda ve "*Sosyal İşlev*" alt bileşeninde gruplar arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farkın girişim grubundaki yüksek yaşam kalitesi puan ortalmalarından kaynaklandığı ($p>0.05$), "*Yaşamsallık, Mental İşlev ve Mental Rol*" alt bileşenlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 48). Ayrıca grupların zaman içindeki değişimlerinde ve zamana göre grupların karşılaştırılmasındaki anlamlı fark için yapılan ileri analizde, farkın genel olarak mental sağlığa ilişkin yaşam kalitesi puan ortalamalarının ameliyat sonrası birinci ve üçüncü ay puanlarının ameliyat öncesi puan ortalamalarından yüksek olmasına bağlı olduğu bulunmuştur. Farklı olarak sadece "*Mental Rol*" alt bileşeninde girişim grubunda saptanan anlamlı fark ameliyat sonrası üçüncü ay ölçümünden elde edilen puanların ameliyat öncesi puanlardan yüksek olmasından kaynaklanmıştır (Tablo 48).

Literatürde KABG uygulanan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirildiği pek çok çalışmada SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği sonuçları yer almakla birlikte bu ölçeğin kullanıldığı ve Roy Uyum Modeli'ni temel alan ya da bir girişim sonrası yaşam kalitesini değerlendiren çalışma sonuçlarına rastlanmamıştır. Bu çalışma sonuçlarının tartışılmasında da bu kısıtlılık yaratan bir durumdur. Sıklıkla KABG cerrahisi sonrası hastalarda ya yaşam kalitesi düzeyi belirlenmiş (Hunt, Hendreta, Myles, 2000; İşkesen, Yıldırım, Şirin, 2007; Shrestha ve ark., 2009), ya ameliyat öncesi ve sonrası tekrarlı ölçüm sonuçları karşılaştırılmış (Elliott, Lazarus, Leeder, 2005; Sahin, Wan, Sahin, 1999; Tung, Hunter, Wei, 2008), ya yaşam kalitesinde azalmaya ilişkin risk hesaplaması yapılmış (Fukuoko ve ark., 2007), ya cinsiyetin, yaşın, cerrahi yöntemin (on-pump/off-pump) etkisi incelenmiş (Aydın ve ark., 2002; Demiral ve ark., 2006; Motallebzadeh ve ark., 2009; Tung, Hunter, Wei, 2008) ya da KABG ile PTKA uygulanan hastalarda yaşam kalitesi düzeyleri karşılaştırılmıştır (Schroter, Lamping, 2006). Lie ve arkadaşlarının (2009) randomize kontrollü çalışmasında evde bakım temelli programın yaşam kalitesine etkisi incelenmiş, Baz ve arkadaşlarının (2008) yarı-deneysel araştırma

tasarımına uygun yürütülen çalışmasında klinik akış şeması kullanılan ve geleneksel bakım alan hastalarda yaşam kalitesi düzeyleri karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada Roy Uyum Modeli'ne göre bakım alan girişim grubu ve klinik rutin bakım alan kontrol grubu hastaların ameliyat öncesi, ameliyat sonrası birinci ay ve üçüncü aydaki ölçüm sonuçlarının karşılaştırılmasından elde edilen sonuçların literatüre önemli katkı sağladığı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın girişim ve kontrol grubunda fiziksel sağlık ve mental sağlık açısından tekrarlayan ölçümlerle yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde, girişim grubu hastaların ameliyat sonrası birinci ve üçüncü aylarda özet skorlarda ve "*Ağrı*" bileşeni dışındaki tüm bileşenlerde kontrol grubundan yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha yüksek olması önemli bir sonuçtur. "*Ağrı*" bileşeninde de girişim grubu ve kontrol grubu puan ortalamalarının birbirine yakın değerlerde olduğu görülmektedir (Tablo 45). Ayrıca girişim grubundaki hastalar ameliyat öncesi dönemle karşılaştırıldığında ameliyat sonrası birinci ayda sekiz alt bileşenin tümünde yaşam kalitesi düzeylerinde önemli artış olduğunu işaret etmişlerdir, ülkemizde 90 KABG uygulanan hasta ile yürütülen bir çalışmada da yasam kalitesi puanlarındaki artış için benzer sonuçlar elde edilmiştir (Sahin, Wan, Sahin, 1999) ancak bu çalışma girişim grubunda yaşam kalitesi puan ortalamalarının çok daha yüksek olduğunu göstermiştir. İşkesen, Yıldırım ve Şirin'in (2007) ülkemizdeki KABG'li hastalarla yürüttüğü bir başka çalışmada da ameliyat öncesi ve sonrası karşılaştırılmış, ancak ikinci ölçümün ameliyattan sonraki hangi zaman diliminde yapıldığına ilişkin bilgiye ulaşılamadığı için bu çalışma sonuçları ile karşılaştırma yapılamamıştır. Buna benzer şekilde Demiral ve arkadaşlarının (2006) yaşam kalitesini değerlendirdiği ölçüm zamanı (altıncı ay) ile bu çalışmadaki ölçüm zamanları uyumlu olmadığı için tartışmada yer verilememiştir. Girişimsel çalışmalar incelendiğinde ise bu çalışma verilerinin aksine Lie ve arkadaşlarının (2009) evde bakım temelli programın uygulandığı girişim grubu puanları kontrol grubu ile kıyaslandığında daha yüksek bulunmasına rağmen ameliyat öncesi, altıncı hafta ve altıncı ay ölçümlerindeki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Baz ve arkadaşlarının (2008) yürüttüğü çalışmada ise geleneksel bakım alan kontrol grubu hastaların, klinik akış şeması kullanılan girişim grubu hastalara göre fiziksel sağlık ve mental sağlık puanlarının daha yüksek olması bu çalışma sonuçları ile benzerlik göstermemektedir.

Bu çalışma sonucunda KABG cerrahisi geçiren girişim grubundaki hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin sekiz alt bileşenlerindeki puan ortalamalarının artması, hastaların Roy Uyum Modeli'nde tanımlanan fizyolojik alan, benlik alanı, rol fonksiyon ve karşılıklı

bağlılık alanlarında etkili uyum davranışları ile ilişkili olduğu, hastaların uyum düzeylerini dengeleyici uyum düzeyine hızla ulaştırmada katkı sağladığı, hatta bazı alanlarda mükemmel uyum düzeyine yaklaştırdığına ilişkin çıkarımda bulunulabilir. Ayrıca araştırmacının izlem ve telefonla danışmanlık ve tekrarlı ölçümlerdeki veri toplama sürecinde hasta etkileşimlerindeki deneyimlerinin de bu doğrultuda olduğu söylenebilir.

14. SONUÇ ve ÖNERİLER

14.1. Sonuç

Bu araştırma, Roy Uyum Modeli'ne göre verilen hemşirelik bakımının; öğrenim gereksinimlerinin önemlilik durumu, gereksinim karşılanma durumu, iyileşme algısı, başetme-uyum düzeyi ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

- ✓ KABG'li hastalarda Roy Uyum Modeli'ne göre verilen hemşirelik bakımı hastalarda öğrenim gereksinimlerinin önemlilik durumu açısından etkilidir.
- ✓ KABG'li hastalarda Roy Uyum Modeli'ne göre verilen hemşirelik bakımı hastalarda öğrenim gereksinimlerinin karşılanma durumu üzerine etkilidir.
- ✓ KABG'li hastalarda Roy Uyum Modeli'ne göre verilen hemşirelik bakımı hastalarda iyileşme algısı üzerine etkilidir.
- ✓ KABG'li hastalarda Roy Uyum Modeli'ne göre verilen hemşirelik bakımı hastalarda başetme-uyum düzeyi üzerine etkilidir.
- ✓ KABG'li hastalarda Roy Uyum Modeli'ne göre verilen hemşirelik bakımı hastalarda fiziksel ve mental sağlık açısından yaşam kalitesi üzerine etkilidir.

Ayrıca bu çalışmanın teorik çerçevesini de oluşturan Roy Uyum Modeli'ne göre hazırlanan bir girişimin etkinliğinin test edilmesi, teori temelli araştırma örneğine uygun gerçekleştirilebilmiştir. KABG'li hasta grubunda Roy Uyum Modeli'nin kullanımına bir örnek oluşturmuştur.

14.2. Öneriler

Bu araştırmanın sonuçları doğrultusunda uygulama alanı ve araştırmacılar için öneriler şunlardır;

14.2.1. Uygulama Alanına Yönelik Öneriler

KABG'li hastalara bakım veren hemşirelerin;

- ⇨ Roy Uyum Modeli'ne göre gerçekleştirilen hemşirelik bakım konusunda bilgilendirilmesi,
- ⇨ Hastaneye ilk yatıştan evdeki bakıma kadar tüm süreçlerde Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik girişimlerini uygulayabilmeleri,
- ⇨ Araştırma kapsamında oluşturulan taburculuk eğitim kitapçığının klinikte rutin uygulamaya geçirilmesine destek verilmesi ve hasta yararına kullanımının sürekliliğinin sağlanması önerilir.

14.2.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler

KABG'li hasta grubu ve Roy Uyum Modeli çalışacak hemşirelerin,

- ⇨ KABG'li hastalarda Roy Uyum Modeli'nin kullanıldığı yeni çalışmalar yapması ve bu alana ilişkin literatüre katkı sağlaması,
- ⇨ KABG sonrası hastalarda gereksinim karşılanma durumu, iyileşme algısı, başetme-uyum düzeyi ve yaşam kalitesini etkileyen etmenlerin sosyodemografik ve klinik özellikler açısından incelenmesi,
- ⇨ Öğrenim gereksinimlerinin önemlilik durumu, öğrenim gereksinimlerinin karşılanma durumu, iyileşme algısı, başetme-uyum düzeyi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi önerilir.

15. DOKTORA TEZİ PROJESİNİN GENEL SONUÇLARI

Bu doktora tez projesi kapsamında en önemli uyaran olan majör cerrahi girişimlerden KABG uygulanan hastaların bakımında teorik çerçeve olarak Roy Uyum Modeli kullanılmıştır. Bu projede hemşirelik felsefesi ve bilimine katkısı öncelenerek, teorilerin test edilmesi ve bakım sonuçlarının ölçülmesine odaklanılmıştır.

İlk üç majör ölüm nedenleri arasında yer alan KAH tanısı koyulan ve tedavisinde odak uyaran olan majör cerrahi girişim KABG uygulanan hastaların bakım sonuçlarının iyileştirilmesi, bu alanda Cerrahi Hastalıkları Hemşireliğinin en önemli hedeflerinden birisidir. Bu projede söz edilen yaklaşımlar temel alınarak bütüncül bir yaklaşım kullanılmıştır. Öncelikle projenin I. aşamasında; KABG uygulanan hastalarda farklı bir örneklemde uyum teorisine temellendirilen **BUSÖ Türkçe'ye uyarlanmış,** kullanılabilirliği saptanmıştır. Ardından projenin II. aşamasında; KABG uygulanan hastalarda daha sınırlı yine farklı bir örneklemde de niteliksel araştırma yöntemi ile uyum modeline göre KABG odak

uyaran olarak ele alınmış ve taburculuk öncesi stresörler ***"bilgi gereksinimi, ölüm algısı, değişim, endişe/ kaygı, korku, öfke, belirsizlik, iyileşme algısı, sosyal destek"*** kavramları altında durumsal uyaranlar olarak tanımlanmıştır. Bu veriler ve ilgili literatür, kanıta dayalı uyulama önerileri dikkate alınarak uyum modeline temelli eğtim kitapcığı hazırlanmıştır. Projenin bütününde bu aşamalar tamamlandıktan sonra III. aşama; yarı deneysel tasarımının uygulamasına geçilmiştir. Projenin yarı deneysel girişimsel üçüncü aşamasında girişim grubuna ameliyat öncesinde ve taburculuk öncesinde üç eğitim oturumu gerçekleştirilmiş, örneklem grubuna özgü hazırlanan **"Yenilenen Kalp Damarlarınızla Uyumlu Bir Yaşam İçin"** eğitim kitapçığı ilk eğitim oturumda hastalara verilmiş, 1. ay ve 3. ay da eğitim, telefonla danışmanlık sürdürülmüştür. Eğitim kitapçığı, eğitim oturumları, danışmanlık ve izlemlerle kanıta dayalı rehberlerde yüksek düzey öneri olarak yer alan çoklu eğitim yöntemlerinin kullanımı sağlanmıştır. Roy Uyum Modeli'ne göre KABG'li hastalarda bakım sonuçları olarak "öğrenim gereksinimlerine ne kadar önem verdikleri, ne kadar karşılandığı, iyileşme algısı, başetme-uyum düzeyi ve fiziksel ve mental sağlık açısından yaşam kalitesi" üzerine etkili olduğu gösterilmiştir.

Bu projenin özgün ve güçlü yanı, Roy Uyum Modeline göre aynı odak uyaranı deneyimleyen KABG ameliyatı uygulanan farklı örneklem gruplarında bir bütün olarak ölçüm aracının uyarlanması, tanımlayıcı, girişimsel sonuçların incelenmesidir. Ayrıca Roy Uyum Modeli'nin hem uyaranlar, hem başetme süreci, hem de uyum alanlarındaki davranışların sonuçlarını içecek şekilde, modelin birçok kavramının bir arada test edilmesi bakımından da bu proje sonuçları özgündür. Yaygın sonuçları açısından hemşirelik modellerinden Roy Uyum Modeli ile bir bütün olarak uygulanması ve hemşirelik felsefesi/bilimine katkı sağlayacak bakım sonuçlarının iyileştirlmesi, hemşirelik uygulamalarına veya bu hasta grubuna özgün cerrahi hastalıkları hemşireliği alanında örnek oluşturması ve kullanıma girmesi için girişimde bulunulmasıdır.

KAYNAKLAR

Abacı A. (2011) Kardiyovasküler risk faktörlerinin ülkemizdeki durumu. Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları, 39(4): 1-5.

Abu-Omar Y., & Taggart D.P. (2009) The present status of off-pump coronary artery bypass grafting. European Journal of Cardio-thoracic Surgery, 36: 312-321.

Ægisdóttir S., Gerstein L.H., & Çınarbaş D. (2008) Methodological issues in cross-cultural counseling research: equivalence, bias, and translations. The Counseling Psychologist, 36(2); 188-219.

Ağargün, M. Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü. K., Özer, Ö. K. ve Kara, H. (2005). COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 6: 221-226.

Aykut Aka S., Orhan G., Şenay Ş., Tartan Z., Kurç E., Yücel O., Taşdemir M., Eren E.E. (2006) Sol ventrikül disfonksiyonlu ameliyat olmuş koroner arter hastalarında yaşam kalitesi ölçümü. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 14 (4): 266-271.

Akgül A. (2005) Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri SPSS Uygulamaları. Emek Ofset, Ankara, p.41-55.

Akman S. (2004) Stresin Nedenleri ve Açıklayıcı Kuramlar. Türk Psikoloji Dergisi, 34-35 (10): 40-55.

Aksayan S., & Gözüm S. (2002) Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 4(1): 9-14.

Aldwin, C. (2007). Stress, coping, and development (2nd ed.). New York, NY: Guilford, USA.

Alligood M.R., & Tomey A.M. (2006) Nursing Theory Utilization & Application (Third Edition). Mosby Year Book Inc, United States.

Anderson B., Higgins L., & Rozmus C. (1999) Critical pathways: Application to selected patient outcomes following coronary artery bypass graft. Applied Nursing Research, 12(4): 168-174.

Anderson G., Feleke E., & Perski A. (1999) Patient-perceived quality of life after coronary bypass surgery experienced problems and reactions to supportive care one year after the operation. Scandinavian Journal Caring Sciences, 13: 11-17.

Anenue G.D. (2004) ACC/AHA 2004 guideline update for coronary artery bypass graft surgery. Circulation. Journal of the American Heart Association, 110: 340-437 from http://circ.ahajournals.org/search?fulltext=ACC%2FAHA+2004+guideline+update+for+coronary+artery+bypass+graft+surgery.&submit=yes&x=0&y=0. Erişim tarihi: 22.04.2008.

Aranki S., Cutlip D., & Aroesty J.M. (2008a) Early cardiac compilications of coronary artery bypass graft surgery. from: http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=chd/27202. Erişim tarihi: 10.01.2009.

Aranki S., Cutlip D., & Arosety J.M. (2008b) Early noncardiac compilications of coronary artery bypass graft surgery. from: http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=chd/59270.10.01.2009.

Aroesty J.M. (2008) Patient information: coronary artery bypass graft surgery. from: http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=hrt_dis/12928. Erişim tarihi: 10.01.2008

Artinian N.T., & Duggan C.H. (1995) Sex differences in patient recovery patterns after coronary artery bypass surgery. Heart & Lung, 24 (6): 483-494.

Artinian N.T. (1993) Spouses' perceptions of readiness for discharge after cardiac surgery. Applied Nursing Research, 6 (2): 80–88.

Artinian N.T. (1991) Stress experience of spouses of patients coronary artery bypass during hospitalization and 6 weeks post discharge. Heart and Lung, 20 (1): 52-59.

Artinian N.T. (1988) The stress process within the Roy Adaptation framework: Sources, mediators and manifestations of stress in spouses of coronary artery bypass patient during hospitalization and six weeks post discharge. Wayne State University, Degree Doctor of Nursing Sciences, USA.

Aydemir Ö. (1997) Konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: Kısa Form-36 (SF-36). 3P Dergisi (Ek. 2): 14-22. from: http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1062_17yasa~1.pdf. Erişim tarihi: 15.05.2008

Aydın S., Yavuz T., Düver H., & Kutsal A. (2002) 65 yaş üstü hastalarda koroner bypass operasyonlarının yaşam kaliteleri üzerine erken dönem etkisinin SF-36 testi ile tespiti. Geriatri, 5(2): 64-67.

Backer J.H., Bakas T., Bennett S.J., & Pierce P.K. (2000). Coping with stress: programs of nursing research. In: Rice VH, editor. Handbook of Stress, Coping, and Health:

Implications for Nursing Research, Theory, and Practice. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, pp. 223–263.

Bakan G. (2008) Kalp yetmezliği olan hastaların hastalığa uyumunda Roy Adaptasyon Modeli'nin etkisinin incelenmesi. İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Yükseklisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir, Türkiye.

Baltaş A., & Baltaş Z. (2011) Stres ve Başa Çıkma Yolları. Remzi Kitabevi, İstanbul.

Barolia R., Ali F., Jaffar S., & Sami S. (2012) Coronary artery bypass grafting: quality of life of patients in Karachi. British Journal of Nursing, 21 (6): 349-355.

Barone S.H., Roy C., & Frederickson K.C. (2008) Instruments used in Roy Adaptation Model-Based Research: Review, critique, and future directions. Nursing Science Quarterly, 21(4): 353-362.

Baykal Y., Tüzün A., & Kocabalkan F. (1998) Aterosklerozun Patogenezi. Türkiye Klinikleri, 18(6):360-368.

Baz N.E., Middel B., van Dijk J.P., Boonstra P.W., & Reijneveld S.A. (2009) Coronary artery bypass graft (CABG) surgery patients in a clinical pathway gained less in health-related quality of lifeas compared with patients who undergo CABG in a conventional-care plan. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 15: 498–505.

Bergh A.L., Bergh C.H., & Friberg F. (2007) How do nurses record pedagogical activities? Nurses' documentation in patient records in a cardiac rehabilitation unit for patients who have undergone coronary artery bypass surgery. Journal of Clinical Nursing, 16 (10): 1898-1907.

Bergvik S., Wynn R., & Sørlie T. (2008) Nurse training of a patient-centered information procedure for CABG patients. Patient Education and Counseling, 70(2): 227-233.

Bilgin N. (2006) Sosyal Bilimlerde İçerik Analizi. Siyasal Kitabevi, Ankara.

Boudrez H., & De Backer G. (2001) Psychological status and the role of coping style after coronary artery bypass graft surgery. Results prospective study. Quality of Life Research, 10: 37-41.

Bradley K.M., & Williams D.M. (1990) Spouses' perceptions of readiness for discharge after cardiac surgery. Cardiovascular Nursing, 5(1): 43-53.

Braunwald E., Bowen E., & Mckay R.G. (2001) New England Journal of Medicine, 344-1939.

Bubela N., Galloway S., McCay E., McKibbon A., Nagle L., Pringle D., Ross E., & Shamian J. (1990) The patient learning needs scale: reliability and validity. Journal Advanced Nursing, 15: 1181-1187.

Büyüköztürk Ş. (2009) Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. Ankara Pegem Akademi.

Büyüköztürk Ş., Kılıç Çakmak E., Akgün Ö.E., Karadeniz Ş., & Demirel F. (2008). Bilimsel Araştırma Yöntemleri (8.baskı). Pegem Yayınları, Ankara.

Carew D. (1999) Discharge information needs of outpatient cardiac catheterization patients. Degree of Master of Science, Graduate Department of Nursing Science, in the University of Toronto.

Cebeci F., & Çelik S.Ş. (2011) Effects of discharge and counselling on anxiety and depression level of CABG patients. Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 19(2): 170-176.

Cebeci F. (2007) Kardiyovasküler hastalıklarda depresyonun önlenmesi, saptanması ve tedaviye yönlendirilmesinde hemşirenin rolü. Türkiye Klinikleri Kap-Damar Cerrahisi, 19: 86-89.

Chayaput P., & Roy C. (2007) Psychometric testing of the Thai version of Coping and Adaptation Processing Scale-Short Form (TCAPS-SF). Thai Journal of Nursing Council, 22(3): 29-39.

Chen K.H. & Ku N.P. (1997) Relationship among stressors, coping behaviors, and life satisfaction of adult after heart transplantation. Nursing Research, 5(1): 41–51.

Chesnick K.E. (1992) Information needs of coronary arterybypass surgery patients at hospitaldischarge: a comparison between older and younger patients. Degree of Master of Science, Graduate Department of Nursing, in the University of Toronto.

Chiou CP. (2000) A meta-analysis of the ınterrelationships between the modes in Roy's Adaptation Model. Nursing Science Quarterly, 13(3): 252-258.

Cleopas A., Kolly V., Perneger T.V. (2006) Longer response scales improved the acceptability and performance of the Nottingham Health Profile. Journal of Clinical Epidemiology, 59: 1183-1190.

Cohen S., Janicki-Deverts D., & Miller G.E. (2007) Psychological stress and disease. Journal of the American Medical Association, 298: 1684-1687.

Cohen L., Manion L., & Morrison K. (2007) Research Method in Education. Sixth Edition, Routledge Taylor & Francis Group, London and NewYork.

Corcoran W.E, Durham C.F. (2000) Quality of life as an outcome based evaluation of coronary artery bypass graft critical paths using the SF-36. Quality Management in Health Care, 8(2): 72–81.

Çatal E., Dicle A. (2008) Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 1(1): 19-32 from http://deuhyoedergi.xm.com/20080514.pdf.

Çimen S. (2003) 15-18 Yaş Grubu Gençlerde Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nin Geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul.

Daabiss M. (2011) American Society of Anaesthesiologists physical status classification. Indian Journal of Anaesthesia, 55(2): 111-115.

Davies N. (2000) Patients' and carers' perceptions of factors influencing recovery after cardiac surgery. Journal of Advanced Nursing, 32(2): 318-326.

Deniz K.Z. (2007) The Adaptation of Psychological Scales. Ankara University, Journal of Faculty of Educational Sciences, 40(1): 1-16.

DeSanto-Madeya S. (2007) Using case studies based on a nursing conceptual model to teach medical-surgical nursing. Nursing Science Quarterly, 20(4): 324-326.

Demiral Y., Ergör G., Ünal B., Semin S., Akvardar Y., Kıvırcık B., & Alptekin K. (2006) Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. BMC Public Health, 9:247.

Demirkıran G., & Uzun Ö. (2012) Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 28 (1): 1-12.

Dhiren S. (2010) Coronary artery bypass greft (CABG): Past, present and future. Gujarat Medical Journal, 65 (2): 82-88.

Dilek F. (2008) Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Hemşirelik Anabilim Dalı Yükseklisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Edirne, Türkiye.

Dimattio M.J.K, & Tulman L. (2003) A longitudinal study of functional status and correlates following coronary artery bypass graft surgery in women. Nursing Research, 52(2): 98-107.

Dinçel E. (2004) Stresin psikofizyolojisi ve strese bağlı bedensel hastalıklar. Türk Psikoloji Dergisi, 10(34-35): 56-84.

Diodato M., & Chedrawy E.G. (2013) Coronary Artery Bypass Graft Surgery: The Past, Present, and Future of Myocardial Revascularisation. Surgery Research and Practice, 2014: 1-6.

Dobratz M.J. (2008) Moving nursing science forward within the framework of the Roy Adaptation Model. Nursing Science Quarterly, 21(3): 255-259.

Doering L.V, McGuire A.W., & Rourke D. (2002)Recovering from cardiac surgery: what patients want you to know. American Journal of Critical Care, 11(4): 333-343.

Eagle K., Guyton R., Davidoff R., Edwards F.H., Ewy G.A., Gardner T.J., Hart J.C., Herrmann H.C., Hillis L.D., Hutter A.M., Lytle B.W., Marlow R.A., Nugent W.C., Orszulak T.A**.** (2004) ACC/AHA Guidelines for Coronary Artery Bypass Graft Surgery A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1991 Guidelines for Coronary Artery Bypass Graft Surgery). Journal of the American College of Cardiology, 34(4): 1262-1347.

Elliott D., Lazarus R., & Leeder S.R. (2006) Health outcomes of patients undergoing cardiac surgery: repeated measures using Short Form-36 and 15 dimensions of quality of life questionnaire. Heart & Lung, 35(4): 245-251.

Elmokashfee L.E., & Elhassan N.B. (2014) Off-Pump coronary artery-bypass grafting (OPCAB) at Sudan Heart Institute: Is it a safe operation for coronary revascularization in Sudan? (A Single Surgeon's Experience). Global Journal of Medical research: I Surgeries and Cardiovascular System, 14 (1): 29-34.

Emslie C. (2005) Women, men and coronary heart disease: a review of the qualitative literature. Journal of Advanced Nursing; 51 (4): 382-395.

Engblom E., Korpilahti K., Hamalainen H., Ronnemaa T., Puukka P. (1997) Quality of life and return to work 5 years after coronary artery bypass surgery: Long term results of cardiac rehabilitation. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention, 17(1):29-36.

Ercan İ., & Kan İ. (2004) Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30(3): 211-216.

Erdil F., & Elbaş N. (2001) Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 4. Baskı. Aydoğdu Ofset. Ankara.

Erdoğan M. (2012) Açık kalp ameliyatı olan hastaların bilgilenme gereksinimlerinin belirlenmesi. Hemşirelik Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yükseklisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara, Türkiye.

Erefe İ. (2010) Veri toplama araçlarının niteliği. İçinden: Erefe İ. (Ed). Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. İstanbul: Odak Ofset, ss: 169-188.

Eser E. (2007) Sağlıkla İlgili Yasam Kalitesi Ölçeklerinin Kültürel Uyarlaması. 2. Sağlıkta Yasam Kalitesi Kongresi, Kongre Öncesi Kurslar Kitabı, İzmir.

European Society of Cardiology-ESC. (2012) Europen guidelines on CVD prevention-fifth joint European Societies' task force on cardiovascular disease prevention in clinical practice. from http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/guidelinesDocuments/essential_messages_CVD_Prevention.pdf. Erişim tarihi: 17.11.2012.

Fawcett J. (2002) The nurse theorists: 21st-century updates-Callista Roy. Nursing Science Quarterly 15(4): 308-310.

Fawcett J. (2005a) Contemporary nursing knowledge. Analysis and evaluation of nursing models and theories. Chapter 10: Roy's Adaptation Model. Second Edition. Philadelphia, F.A. Dawis Company, 364-437.

Fawcett J. (2005b) Using the Roy Adaptation Model to guide nursing research. Nursing Science Quarterly, 18(4): 320-323.

Fawcett J. (2009) Using the Roy Adaptation Model to guide research and/or practice: construction of conceptual-theoretical-empirical systems of knowledge. Aquichan (AÑO), 3: 297-306.

Feifel H. (2006) Perception of death. Annals of the New York Academy of Sciences, (Care of Patients with Fatal Illness); 164, pp: 669–674.

Flanagan N.A. (1998) An analysis of patients' psychosocial adjustment and values before and after coronary artery surgery. Rehabilitation Nursing, 23: 234-239.

Flick U. (2008) Verbal data. in Designing Qualitative Research. Sage Publications, London, pp: 77-89.

Fredericks S., Dasilva M. (2010) An examination of the postdischarge recovery experience of patients who have had heart surgery. Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness, 2: 281–291.

Fredericks S., Guruge S., Sidani S., & Wan T. (2010) Postoperative patient education: a systematic review. Clinical Nursing Research, 19(2): 144-164.

Fredericks S., Ibrahim S., & Puri R. (2009) Coronary artery bypass graft surgery patient education: a systematic review. Progress in Cardiovascular Nursing, 24(4): 162-8.

Fredericks S. (2009) Timing for delivering individualized patient education intervention to coronary artery bypass graft patients: An RCT. European Journal of Cardiovascular Nursing, 8(2): 144-150.

Frederickson K.C. (2000) Nursing knowledge development through research: Using the Roy Adaptation Model. Nursing Science Quarterly, 13(1): 12-17.

Fukuoka Y., Lindgren T.G., Rankin S.H., Cooper B.A., & Carrol D.L. (2007) Cluster analysis: A useful technique to identify elderly cardiac patients at risk for poor quality of life. Quality of Life Research, 16: 1655-1663.

Gallagher R., McKinley S. (2007) Sterssors and anxiety in patient undergoing coronery artery bypass surgery. American Journal of Critical Care, 16(3): 248-257.

Gao FJ, Yao KP, Tsai CS, Wang KY. Predictors of health care needs in discharged patients who have undergone coronary artery bypass graft surgery. Heart&Lung 2009;38(3): 182-91.

Gortner S.R, & Jenkins L.S. (1990) Recovery after cardiovascular events. Heart and Lung, (5): 471-473.

Gögen S. (2011) Avrupa Birliği ve Türkiye'nin kalp sağlığı politikaları. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 39:248-253. from http://www.tkd-online.org/dergi/TKDA_39_3_248_253.pdf. Erişim tarihi: 12.12.2012.

Gözüm S., Aksayan S. (2002) Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 4(2): 9-20.

Grega M.A., Borowicz L.M., Baumgartner W.A. (2003) Impact of single clamp versus double clamp technique on neurologic outcome. Annals of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 75: 1387-91.

Gurevich Y., McFarlane A., Morris K., Jokovic A., Peterson G.M., Webster G.K. (2010) Estimating the number of coronary artery bypass graft and percutaneous coronary intervention procedures in Canada: A comparison of cardiac registry and Canadian Institute for Health Information data sources. Canadian Journal of Cardiology, 26 (17): 249-253.

Gutiérrez Lopez C., Gómez M.M.V., Ferguson E.M.M., Villabos M.M.D., Mesa C.L., Crespo C. (2007) Validity and confidence level of the Spanish Version Instrument of Callista Roy Coping Adaptation Processing Scale. *Aquichán* [online, ISSN 1657-5997]. 7(1):54-63.

Güden M., Sağbaş E., Sanisoglu İ., Akpınar B., Yılmaz O. (2001) Koroner arter cerrahisinde tek klemp tekniğinin nörolojik ve kardiyak sonuçlar üzerine etkisi. Türk Gögüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 9: 1-3.

Güleç S. (2009) Kalp damar hastalıklarında global risk ve hedefler. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 37: 1-10. from http://www.tkd-online.org/dergi/TKDA_37_60_1_10.pdf. Erişim tarihi: 14.01.2010.

Güler A., & Saçar M. (2008) Koroner arter bypass cerrahisinde greft seçimi. Anatolian Journal of Clinical Investigation, 2(2): 88-95.

Hacıalioğlu N., Özer N. (2008) The problems and needs of caregivers after coronary artery bypass graft surgery: a literature review. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(2): 112-122.

Hambleton R.K., & De Jong J.H.A.L. (2003) Advances in translating and adapting educational and psychological tests. Language Testing, 20: 127-134.

Hardin S.R, & Kaplow R. (2010) Cardiac Surgery Essentials for Critical Care Nursing. USA, Jones and Bartlet Publishers, pp: 115-393.

Hartford K., Wong C., & Zakaria D. (2007) Randomized controlled trial of a telephone intervention by nurses to provide information and support to patients and their partners after elective coronary artery bypass graft surgery: Effects of anxiety. Heart & Lung, 31(3): 199-206.

Hawkes A.L., Nowak M., Bidstrup B., & Speare R. (2006) Outcomes of coronary artery bypass graft surgery. Vascular Health and Risk Management, 2(4): 477-484.

Hawthorne M. (1994) Gender differences in recovery after coronary artery surgery, Journal of Nursing Scholarship, 26(1): 75-80.

Healthy People 2010 (2003). Healthy people 2010, Vol. 1, 2nd edn. Retrieved from: http://www.healthypeople.gov/Publications/. Erişim tarihi: 21 Nisan 2010.

Hemingway A. (2007) Determinants of coronary heart disease risk for women on a low income: literature review. Journal of Advanced Nursing, 60(4): 359-367.

Hillis L.D., Smith P.K., Anderson J.L., Bittl J.A., Bridges C.R., Byrne J.G., Cigarroa J.E., Disesa V.J., Hiratzka L.F., Hutter A.M. Jessen M.E., Keeley E.C., Lahey S.J., Lange R.A., London M.J., Mack M.J., Patel M.R., Puskas J.D., Sabik J.F., Selnes O., Shahian D.M., Trost J.C., & Winniford M.D. (2011) 2011 ACCF/AHA Guideline for Coronary Artery Bypass Graft Surgery A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. JACC; 58(24): 123-210. from. http://circ.ahajournals.org/content/124/23/e652.full. Erişim tarihi: 17.11.2011.

Hlatky M.A., Boothroyd D.B., Melsop K.A., Brooks M.M., Mark D.B., Pitt B., Reeder G.S., Rogers W.J., Ryan T.J., Whitlow P.L., Wiens R.D. (2004) Medical costs and quality of life 10 to 12 years after randomization to angioplasty or bypass surgery for multivessel coronary artery disease. Circulation, 110: 1960-1966.

Hovardaoğlu S., & Sezgin N. (1998) Eğitim ve Psikolojide Ölçme Standartları. Amerikan Eğitim Arastırmaları Birliği, Amerikan Psikoloji Birliği, Eğitim Ölçümleri Uluslararası Konseyi. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 14, 1. Baskı, Ankara, 9-31.

American Society of Anesthesiologists-ASA**.** The ASA classification and peri-operative risk. from: *https://www.asahq.org/For-Members/Clinical-Information/ASA-Physical-Status-Classification-System.aspx*.Erişim Tarihi: 10.10.2012.

Hunt J.O., Hendrate M.V., & Myles P.S. (2000) Quality of life 12 months after coronary artery bypass graft surgery. Heart & Lung; 29(6): 401-411.

Huxley R., Barzi F., & Woodward M. (2006) Excess risk of fatal coronary heart disease associated with diabetes in men and women: meta-analysis of 37 prospective cohort studies. BMJ, doi:10.1136/bmj.38678.389583.7C (published 21 december 2006).

Hwang S.L., Liao W.C., Hwang S.F., Chang Y. & Hwang T.Y. (1997) Coping with the stress before and after heart surgery: a follow up study. Thui-Zi Medical Journal, 9(1): 53–61.

Ivarsson B., Larsson S., Lührs C., & Sjöberg T. (2007) Patients perceptions of information about risks at cardiac surgery. Patient Education and Counseling, 67: 32-38.

İliçin G., Biberoğlu K., Süleymanlar G., & Ünal S. (2012) Temel İç Hastalıkları (Cilt-1). 3. Baskı Güneş Kitabevi, Ankara, ss; 407-424.

İşkesen İ., Yıldırım F., & Şirin H. (2007) Koroner arter bypass cerrahisinde kardiyopulmoner bypassın nörokognitif fonksiyonlara etkisi. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 15(4): 275-280.

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

The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization-JCAHO. from: http://www.patient-education.com/Documents/jcaho_2005_06.pdf. Erişim tarihi: 03.03.2008.

Jette D., &Downing J. (1994) Health status of individuals entering a cardiac rehabilititation program as measured by medical outcomes study 36-item short-form survey (SF-36). Physical Therapy, 74(6): 521-531.

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

Kan Z.E. (2007) Adaptive behaviors and perceptions following coronary artery bypass graft surgery. Degree of Doctor of Nursing Science, Graduate Department of Nursing in the Widener University, USA.

Kan Z.E. (2009) Perceptions of recovery, physical health, personal meaning, role function, and social support after first-time coronary artery bypass graft surgery. Dimensions of Critical Care Nursing, 28(4): 189-195.

Kayri M. (2009) Araştırmalarda gruplar arası farkın belirlenmesine yönelik çoklu karşılaştırma (post-hoc) teknikleri. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 19 (1): 51-64.

Karakuş T. (2009) Koroner arter bypass gref ameliyatı olan hastaların taburculuk süresinin depresyon üzerine etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Yükseklisans Tezi, İstanbul, Türkiye.

King K.M., & Gortner S.R. (1996) Correlates of women's short-term recoverv from cardiac surgery. Progress in Cardiovascular Nursing, 11(2): 5-15.

Koch C.G., Khandwala F., Cywinski J.B., Ishwaran H., Estafanous F.G., Loop F.D., & Blackstone E.H. (2004) Health-related quality of life after coronary artery bypass

grafting: A gender analysis using the Duke Activity Status Index.The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 128 (2): 284-295.

Koçyiğit H., Aydemir Ö., & Ölmez N. (1999) Kısa form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi, 12(2): 102-106 from http://www.sabem.saglik.gov.tr/forum/ezadmin/htmlarea/files/documents/1056_11form~1.pdf.

Kopp M.S., Thega B.K., Balog P., Stauder A., Salaveez G., & Rózsa S., et al. (2010). Measures of stress in epidemiological research. Journal of Psychosomatic Research, 69: 211-225.

Laube H.R., Duwe J., Rutsh W., Konertz W. (2000) Clinical experience with autologous endotelial cell-seeded polytetrafluoroethylene coronary artery bypass grafts. Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 120: 134-141.

Lawton M.P. (1991) A multidimensional view of quality of life in frail elders. İn Birren, J.E. (Ed), The Concept and Measurement of Quality of Life in Frail Elders, Academic Press, San Diego, pp: 3-27.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal and Coping. Springer, New York.

Lazarus R.S, & Folkman S. (1987) Transactional theory and research onemotions and coping. Europen Journal of Personality, 1: 141-169.

Lazcano-Ortiz M., Salazar-Gonzalez B.C., & Gomez-Meza M.V. (2008) Instrument validation: Roy´s coping and adaptation process in patients with type 2 diabetes mellitus. Aquichán, 8 (1): 116-125.

Leegaard M., & Fagermoen M.S. (2008) Patients' key experiences after coronary artery bypass grafting: a synthesis of qualitative studies. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 22(4): 616-628.

Lei Y.H., & Chiou C.P. (2000) Quality of life: a concept analysis. Medical Digest 31(2), 163-169.

LeMone P., & Burke K. (2008) Medical-Surgical Nursing. Critical thinking in client care. Part IV. Activity and exercise patterns. Chapter 31, Nursing care of clients with coronary heart disease. Fourth Edition. Pearson Prentice Hall Health, USA, pp: 957-1021.

Lie I., Arnesen H.. Sandvik L., Hamilton G., & Bunch E.H. (2009) Health-related quality of life coronary artery bypass grafting. The impact of a randomised controlled home-based intervention program. Quality of Life Research, 18: 201-207.

Lie I., Bunch E.H., Smeby N.A., Arnesen H., & Hamilton G. (2010) Patients' experiences with symptoms and needs in the early rehabilitation phase after coronary artery bypass grafting. European Journal of Cardiovascular Nursing, 26: 1-8.

Lindhout A.H., Wouters C.W., & Noyez L. (2004) Influence of obesity on in-hospital and early mortality and morbidity after myocardial revascularization. Europen Journal of Cardiothoracic Surgery, 3: 535-541.

Lopez V., Sek Ying C., Poon C.Y., & Wai Y. (2007) Physical, psychological and social recovery patterns after coronary artery bypass graft surgery: a prospective repeated measures questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies, 44(8): 1304-1315.

Lynn Fox N., Hoogwerf B.J., Czajkowski S., Lindquist R., Gilles Dupuis J., Alan Herd G.D.J., Campeau L., Hickey A., Barton F.B., & Terrin, M.L. (2004) Quality of life after coronary artery bypass graft. Chest, 126: 487-495.

Martin C.G., & Turkelson S.L. (2006) Nursing care of the patient undergoing coronary artery bypass grafting, Journal of Cardiovascular Nursing, 21(2): 109-117.

McEwen M., & Willis E.M. (2006) Theoritical Basis for Nursing (Second Edition). Lippincott Williams & Wilkins, United States.

McKenzie L.H., Simpson J., & Stewart M. (2010) A systematic review of pre-operative predictors of post-operative depression and anxiety in individuals who have undergone coronary artery bypass graft surgery. Psychology, Health & Medicine, 15(1): 74-93.

Merkouris A., Apostolakis E., Pistolas D., Papagiannaki V., Diakomopoulou E., & Patiraki E. (2009) Quality of life after coronary artery bypass graft surgery in the elderly. European Journal of Cardiovascular Nursing, 8:74–81.

Metin K., & Oto Ö. (2003) Minimal invaziv kalp cerrahisi. Türkiye Klinikleri, 16(4): 361-8.

Meyer K. (2006) Preoperative health education for patients undergoing cardiac surgery. Degree of Master Nursing Sciences, University of South Africa.

Moreno M.E., Durán M.M., & Hernandez Á. (2009) Nursing care for adaptation**.** Nursing Science Quarterly, 22(1): 67-73.

Motallebzadeh R., Bland J.M., Markus H.S., Kaski J.C., & Jahangiri M. (2006) Health-related quality of life outcome after on-pump versus off-pump coronary artery bypass graft surgery: A prospective randomized study. The Annals of Thoracic Surgery; 82:615–619.

Mullen-Fortino M., & O'Brien N. (2008) Caring for a patient after coronary artery bypass graft. Follow this system-by-system approach to keeping your patient stable and steering clear of complications. Nursing; 46 (ANCC/AACN contact hours. from www.nursing2008.com). Erişim tarihi: 11.12.10.

National Institue of Health (NIH). Cardiovascular Disease. From: http://nih.gov/about/discovery/chronicdiseases/cardio.htm.Erişim tarihi. 12.12.2012.

Netemeyer R.G., Bearden W.O., & Sharma S. (2003) Scaling procedures: issues and applications. Thousand Oaks: Sage Publications.

Nisanoğlu V.N., Erdil N., Cihan H.B., Aldemir M., Eroğlu Ö.T., & Battaloğlu B. (2006) Obez hastalarda tam arteriyel revaskülarizasyon: Erken dönem sonuçları [Electronic version]. Türk Girişimsel Kardiyoloji Dergisi, 14(4): 133-137.

Nunnally J.C., & Bernstein I.H. (1994) Psychometric theory (3rd ed., pp. 248Y696). New York, NY: McGraw Hill Series in Psychology.

Nunnally J.C, Bernstein I.H. (1999) Psychometric theory. Journal of Psychoeducational Assessment, 17: 275-280.

Onat A., Can G., Yüksel H., Ademoğlu E., Erginel-Ünaltuna N., & Sansoy V. (2013) TEKHARF 2013 Halkımız Sağlığına Işık, Tıbba Çığır Açabilecek Katkı. Logos Yayıncılık Tic. Aş., İstanbul.

Onat A. (2009) Erişkinlerimizde kalp hastalıkları prevalansı, yeni koroner olaylar ve kalpten ölüm sıklığı. from http://www.tekharf.org. Erişim Tarihi: 07.07.2010.

Oxlad M., Stubberfield J., Stuklis R., Edwards J., & Wade T.D. (2006) Psychological risk factors for cardiac-related hospital readmission within 6 months of coronary artery bypass graft surgery. Journal of Psychosomatic Research, 61: 775-781.

Öner N. (1994) Güvenirliği ve/veya geçerliği sınanmış psikolojik testler. Türk Psikoloji Dergisi Özel Sayı, Psikolojik Testler, 6 (33): 9-18.

Öz F. (2001) Hastalık yaşantısında belirsizlik. Türk Psikiyatri Dergisi, 12(1); 61-68.

Özcan H. (2008) Açık kalp ameliyatı sonrası hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitiminin hastalar tarafından kullanılma oranları. Hemşirelik Anabilim Dalı Yükseklisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, Türkiye.

Özdamar K. (2004) Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi. Genişletilmiş 5. Baskı, Eskişehir: Kaan Kitabevi, ss: 661-673.

Paç M., Akçevin A., Aykut Aka S., Büket S., & Sarıoğlu T. (2013) Kalp ve Damar Cerrahisi Cilt II (II. Baskı). Nobel Tıp Kitabevi, Ankara.

Parvan, K., Zamanzadeh, V., Dizaji, S.L., Shabestari M.M., Safaie, N. (2013) Patient's perception of stressors associated with coronary artery bypass surgery. Journal of Cardiovascular and Thoracic Research, 5(3): 113-117.

Paul R.P., & Robichaud-Ekstrand S. (2002) Expected and received assistance from informal social support for aged people in heart surgery (abstract_article in French). Recherche en Soins İnfirmiers, 71: 38-55.

Perrett S.E. **(**2007**)** Review of Roy Adaptation Model-based qualitative research. Nursing Science Quarterly, 20(4): 349-356.

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

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

Poe S.E., Dawson P.B., Cafeo C., Sedlander D., Curtis C., Meyer P., Blumenthal R., Baumgartner W., & Allen J. (2007) Use of the ABC care bundle to standardize guideline implementation in a cardiac surgical population a pilot study. Journal of Nursing Care Quality, 22(3): 247-254.

Polit D.F., & Beck C.T. (2009) Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice. Seventh Edition, Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, USA.

Polit D.F., Beck C.T. (2011) Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, USA.

Prevost S., & Deshotels A. (1993) Quality of life after cardiac surgery. AACN, Clinical Issues; 4: 321-328.

Pullant J. (2001) SPSS survival manual. A step-by-step guide to data analyses using spss for windows. Philadelphia, PA: Open University Press, USA.

Ramanath V.S., & Eagle K.M. (2008) Guideline adherence and outcome in coronary artery heart disease and heart failure. from http://www.uptodate.com/online/content/%20topic.do?topicKey=chd/768628. Erişim tarihi: 10.01.2009.

Redeker N.S. (1992) The relationship between uncertaintyand coping after coronary bypass surgery. WesternJournal of Nursing Research, 14, 48-68.

Reston J.T., Treager S.J., & Turkelson C.M. (2003) Meta-analysis of short-term and mid-term outcomes following off-pump coronary artery bypass grafting. Annual Thoracic Surgeons, 76: 1510-1515.

Richards L. (2008) Teach Yourself NVivo 8: tutorials In: Richards L. Chapter II, Handling Qualitative Data, An Introduction. London, Sage, pp: 2-123.

Robley L., Ballard N., Holtzman D., & Cooper W. (2010) The experience of stress for open heart surgery patients and their caregivers. Western Journal of Nursing Research, 32 (6): 794-813.

Roy C., & Jones D.A. **(**2007) Nursing knowledge development and clinical practice. NewYork, Springer Publishing Company, USA.

Roy C. (2008) Adversity and theory: The broad picture. Nursing Science Quarterl, 21(2): 138-139.

Roy C**.** (2004**)** Coping and adaptation processing scale: development and testing. Manuscript submitted for publication, 2004. In. Chayaput P, Development and psychometric evaluation of Thai version of coping and adaptation processing scale. Degree of Doctor of Nursing Science, Graduate Department of Nursing in the Boston College William F. Connell School of Nursing, USA.

Roy C. (2011) Research based on the Roy Adaptation Model: Last 25 years. Nursing Science Querterly, 24(4): 312-320.

Roy C. (2009) Roy Adaptation Model. Third Edition. New Jersey, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Health, USA.

Sahin I., Wan T.T.H., Sahin S. (1999) The determinants of cabg patients' outcomes. Health Care Management Science, (2): 215–222.

Sawatzky J.A., & Naimark B.J. (2009) Coronary artery bypass graft surgery: exploring a broader perspective of risks and outcomes. The Journal of Cardiovascular Nursing, 24(3): 198-206.

Schermelleh-Engel K., Moosbrugger H., & Müller H. (2003) Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. Methods of Psychological Research Online, 8(2): 23-74.

Schroter S., & Lamping D.L. (2006) Responsiveness of the coronary revascularisation outcome questionnare compared with the SF-36 and Seattle Angina Questionnaire. Quality of Life Research, 15: 1069-1078.

Shrestha M., Baraki H., Khaladj N., Koigeldiyev N., Haverich A., & Hagl C. (2009) Do patients profi t from third time CABG? Open Journal of Cardiovascular Surgery, 2: 1-5.

Selnes O.A., Grega M.A., Browicz L.M., Royal R.M., McKhann G.M., & Baumgartner W.A. (2003) Cognitive changes with coronary artery disease: A prospective study of coronary artery bypass graft patients and non-surgical controls. Annals of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 75: 1377-1386.

Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL. (2010) Discharge planning from hospital to home (Review). The Cochrane Collaboration Published by JohnWiley & Sons, Ltd.) The Cochrane Library, Issue 1; from http://www.thecochranelibrary.com. Erişim tarihi: 12.10.10.

Sireci S.G., & Berberoglu G. (2000) Using bilingual respondents to evaluate translated-adapted items. Applied Measurement in Education, 13(3), 229-248.

Smulders Y.M., Thijs A., Twisk J.W. (2008) New cardiovascular risk determinants do exist and are clinically useful. European Heart Journal, 29: 436–440.

Solak H., Solak Görmüş I., Görmüş N., Solak T, (2010) Koroner Arter Hastalıkları ve Cerrahisi. Efil Yayınevi, II. Baskı, 1-176.

Stavridis G.T. (2006) Off-Pump coronary artery bypass surgery: Current status. Hospıtal chronıcles, supplement: 146–148.

Stone N.J, Robinson J., Lichtenstein A.H., Bairey Merz C.N., Lloyd-Jones D.M., Blum C.B., McBride P., Eckel P.H., Schwartz J.S., Goldberg A.C., Shero S.T., Gordon D., Smith S.C., Levy D., Watson K., & Wilson P.W.F. (2013) 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk

in Adults. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. JACC from: http://circ.ahajournals.org/lookup/suppl/doi:10.1161/01.cir.0000437738.63853.7a/-/DC1. Erişim tarihi: 30.01.2014.

Sümer N. (2000) Yapısal eşitlik modelleri: Temel kavramlar ve örnek uygulamalar. Türk Psikoloji Yazıları, 3(6): 49-74.

Şahin N.H. ve Durak A. (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uygulanması. Türk Psikoloji Dergisi, 10 (34), 56–73.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2010) Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (2010-2014). Editörler: Tosun N, Erkoç Y, Buzgan T, Keskinkılıç B, Aras D, Yardım N, Gögen S, Sarıoğlu G, Soylu M, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2008) Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye kalp ve damar hastalıklarını önleme ve kontrol programı-risk faktörlerine yönelik stratejik plan ve eylem planı, Sağlık Bakanlığı Yayın No : 743; ISBN: 978-975-590-259-3.

Taggart D.T. (2013) Current status of arterial grafts for coronary artery bypass grafting. Annals of Cardiothoracic Surgery, 2(4): 427–430.

Tanrıöver Ö., & Akan, H. (2014) Yaşam Kalitesi'nin Ölçülmesinin Tarihçesi. Turkiye Klinikleri, 5(3): 6-8.

Tavşancıl E. & Aslan E. (2001) İçerik Analizi ve Uygulama Örnekleri. Epsilon Yayınları: İstanbul.

Tezbaşaran A.A. (1997) Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu, 2. Baskı, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.

Theobald K., & McMurray A. (2004) Coronary artery bypass graft surgery: discharge planning for successful recovery. Journal of Advanced Nursing, 47(5): 483-91.

Toit C., Bornman J., & van Belkum C. (2003) Lifestyle adaptation of the patient after coronary artery bypass. Critical Care, 7(2): 255-261.

Toit C.M. (2003) Lifestyle adaptation of the patient after coronary artery bypass. Degree of Master, Faculty of Health Sciences Department of Nursing, Technikon Pretoria.

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

Toriya M., & Tsuhako S. (2008) The relationship between coping strategies and the impaired ADL in elderly stroke patients : The first report of the CAPS Japanese Version. Paper resented at the 9th Annual Roy Adaptation Association Conference, Boston, MA, September.

Tung H-H., Hunter A., & Wei J. (2008). Coping, anxiety and quality of life after coronary artery bypass graft surgery. Journal of Advanced Nursing, 61 (6): 651-663.

Türk Kardiyoloji Derneği-TKD (2010) Miyokardiyal Revaskilarizasyon Kılavuzu. Çev: Wijns W, Kolh p and et al**.** (**ESC and EACTS Task Groups), ESC Guidelines of Myokardial Revascularisation, 2010.** from http://www.tkd-online.org/%20dergi/TKDA_38_70_19_%2078.pdf. Erişim tarihi: 11.01.2011.

Uğur M. (2005) Stres kavramı ve psikiyatrik hastalıklar. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi, (47): 13-33.

Varvaro F.F. (1991) Women with coronary heart disease: An application of Roy's Adaptation Model. Cardiovascular Nursing, 27: 31-35.

Velioğulu P. (1999) Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset, İstanbul.

Ware J.E. (1992) The Most 36-Item Short Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual Framework and Item Selection. Medical Care, 30(6): 328-334.

Weeks A., Swerissen H., & Belfrage J. (2007) Issues, challenges and solutions in translating study ınstruments. Evaluation Review, 31(2), 153-165.

Weyand M., Kerber S., Schmid C., Rolf N., & Scheld H.H. (1999) Coronary artery bypass grafting with expanded polytetrafluoroethylene graft. Annals of Thoracic Surgery, 67: 1240-1245.

Wood G.L., & Haber J. (2002) Reliability and validity. İn: Wood G.L., Haber J. Nursing Research. Methods, Appraisal, and Utilization. St. Louis: Mosby: pp.311-330.

World Health Organization [WHO]. (2014) Global status report on noncommunicable diseases. from: http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/. Erişim tarihi: 14.12.2014.

Yarcheski A., & Knapp-Spooner C. (1994) Stressors associated with coronary bypass surgery. Clinical Nursing Research, 3(1):57-68.

Yeh C. (2003) Psychological distress: testing hypotheses based on Roy's Adaptation Model. Nursing Science Quarterly, 16:255.

Yıldırım N., & Atalay M. (2002) Koroner arter bypass olan hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Hemşirelik Araştırma Dergisi, 4 (1): 52-64.

Yıldırım A., & Şimşek H. (2005) Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Güncelleştirilmiş Geliştirilmiş 5. Baskı, Seçkin Yayınları, Ankara.

Yong A.G., & Pearce S. (2013) A Beginner's Guide to Factor Analysis: Focusing on Exploratory Factor Analysis. Tutorials in Quantitative Methods for Psychology, 9(2): 79-94.

Yurdugül H. (2006) Paralel, Eşdeğer ve Konjerik Ölçmelerde Güvenirlik Katsayılarının Karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 39(1), 15-37.

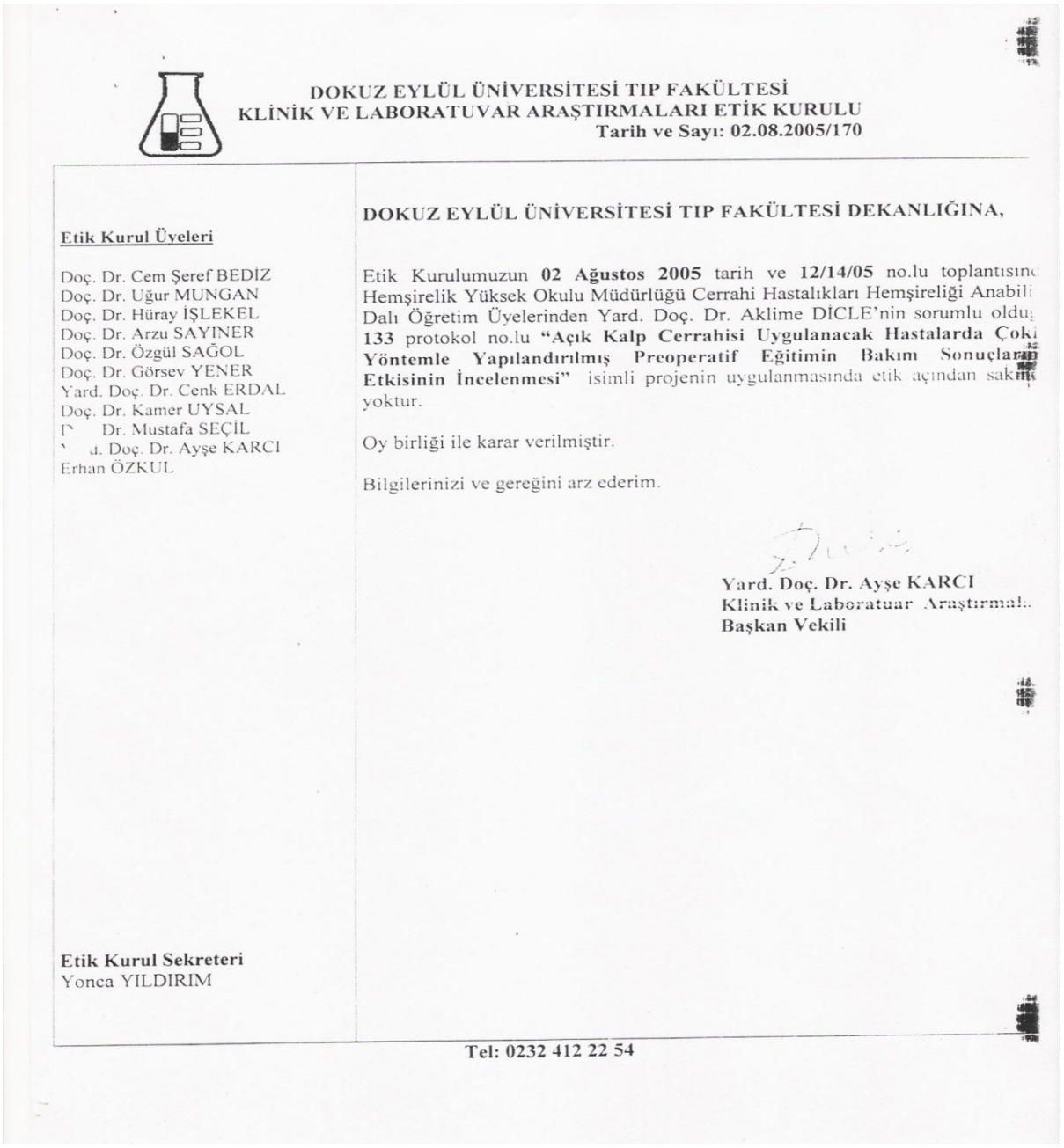
Zengin H. (2012) Ateroskleroz patogenezi. Journal of Experimental and Clinical Medicine, 29 (3): 101-106.

Zoghi M. (2011) Kalp yetersizliğinin tanısı, evreleri ve sınıflandırması. Klinik Gelişim, 24: 1-5. from http://www.klinikgelisim.org.tr/kg_24_2/1.pdf. Erişim tarihi: 19.11.2013.

EKLER

EK 1. ETİK KURUL İZİN BELGELERİ

Ek 1. 1. DEÜ Tıp Fakültesi Klinik ve Laboratuar Araştırmaları Etik Kurul İzni



DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK VE LABORATUVAR ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
Tarih ve Sayı: 02.08.2005/170

Etik Kurul Üyeleri

Doç. Dr. Cem Şeref BEDİZ
Doç. Dr. Uğur MUNGAN
Doç. Dr. Hüray İŞLEKEL
Doç. Dr. Arzu SAYINER
Doç. Dr. Özgül SAĞOL
Doç. Dr. Görsev YENER
Yard. Doç. Dr. Cenk ERDAL
Doç. Dr. Kamer UYSAL
Dr. Mustafa SEÇİL
Yard. Doç. Dr. Ayşe KARCI
Erhan ÖZKUL

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Etik Kurulumuzun **02 Ağustos 2005** tarih ve **12/14/05** no.lu toplantısınd Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürlüğü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabili Dalı Öğretim Üyelerinden Yard. Doç. Dr. Aklime DİCLE'nin sorumlu oldu **133** protokol no.lu **"Açık Kalp Cerrahisi Uygulanacak Hastalarda Çok Yöntemle Yapılandırılmış Preoperatif Eğitimin Bakım Sonuçları Etkisinin İncelenmesi"** isimli projenin uygulanmasında etik açıdan sakı yoktur.

Oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Yard. Doç. Dr. Ayşe KARCI
Klinik ve Laboratuar Araştırmal
Başkan Vekili

Etik Kurul Sekreteri
Yonca YILDIRIM

Tel: 0232 412 22 54

Ek 1.2. DEÜ Tıp Fakültesi Klinik ve Laboratuar Araştırmaları Etik Kurulu Proje İsim Değişikliği Kararı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK VE LABORATUVAR ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

Etik Kurul Üyeleri
Prof.Dr.A.Arzu SAYINER
Prof.Dr.Tunç ALKIN
Prof.Dr.Mustafa SEÇİL
Doç.Dr.M.Hakan ÖZDEMİR
Doç.Dr.Vesile ÖZTÜRK
Doç.Dr.Murat DUMAN
Doç.Dr.Güven ASLAN
Doç.Dr.Servet AKAR
Yard.Doç.Dr.Murat ÖRMEN
Öğr.Gör.Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN
Yunus KARSLI

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Etik Kurulumuzun 23 Temmuz 2009 tarih ve 09/17/2009 no.lu toplantısında; 133/2005 Protokol numaralı Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden Yard.Doç.Dr.Aklime DİCLE'nin sorumlusu olduğu **''Açık Kalp Cerrahisi Uygulanacak Hastalarda Çoklu Yöntemle Yapılandırılmış Preoperatif Eğitimin Bakım Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi"** isimli projede; gönderilen belgeler incelenerek proje isminin **"Koroner arter bypass greft uygulanan hastalara verilen eğitimin yaşam kalitesi ve uyuma etkisi"** olarak değiştirilmesinde etik açıdan sakınca yoktur.

Katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr.A.Arzu SAYINER
Klinik ve Laboratuvar Araştırmaları
Etik Kurul Başkanı

Etik Kurul Sekreteri
Hatice İĞCİ

Tel: 0232 412 22 54

Emine ÇATAL'ın Yeni Tez Başlığı — Gelen Kutusu x — doktora/doktora-belge x

Neslihan Güngör <neslihan.gungor@deu.edu.tr> 30 01 2012
Kime: bana, Aklime, Zuhal, Asiye, Elif, Mukaddes

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÖNETİM KURULU KARARLARI

TOPLANTI SAYISI : 02 — **TOPLANTI GÜNÜ : Çarşamba**
TOPLANTI TARİHİ : 11.01.2012 — **TOPLANTI SAATİ : 11.00**

KARAR 36/ Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıları Hemşireliği doktora programı öğrencisi Emine ÇATAL'ın, tez danışmanı Yrd.Doç.Dr. Aklime DİCLE tarafından 28/12/2011 tarihli yazı ile önerilen ve Etik Kurul onayı sürmekte olan teze ait **tez başlığı değişikliğinin** aşağıdaki şekilde kabulüne mevcudun oy birliği ile karar verildi.
Yeni Tez Başlığı :'Kroner Arter Bypass Greftli Hastalarda Hemşirelik Girişimlerinin Öğrenim Gereksiniminin Karşılanması, İyileşme Algısı,Başetme-Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi'

EK 2. TEZ UYGULAMA KURUM İZİN BELGELERİ

Ek 2.1. Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kurum İzin Belgesi

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

SAYI :B.30.2.DEÜ.0.H1.70.00-
KONU: Uygulama İzni

24.12.2009*011340

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi: 17 Aralık 2009 tarih 3791 sayılı yazı

İlgi yazıda belirtilen Enstitünüz Gerr.Hast. Hemşireliği Anabilim Dalı İç Hastalıkları programı öğrencisi Emine ÇATAL' ın tezinin hastanemizde uygulanması uygundur.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. İbrahim AŞTARCIOĞLU
BAŞHEKİM

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 İnciraltı/İzmir
Tel:+90(232) 412 23 11 Fax:+90(232) 412 21 98 Ayrıntılı bilgi için irtibat: Nurdoğan KAYMAZ
e-post:nurdogan.azman@deu.edu.tr Elektronik ağ:www.deu.edu.tr

DOKUZ ... TESİ
SAĞLIK BİL... MÜDÜRLÜĞÜ
Kayıt Tarihi 25 Aralık 2009
Kayıt No 4146
Dosya No

Ek 2.2. Ege Üniversitesi Tip Fakültesi Hastanesi Kurum İzin Belgesi

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi

SAYI: B.30.2EGE. 0.AJ.73.01/H-2045 29/12/2009
KONU:

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İLGİ: 3791 sayılı ve 17.12.2009 tarihli yazınız.

Enstitünüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora programı öğrencisi Emine ÇATAL'ın "Kroner Arter Bypass Greft Uygulanan Hastalara Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi ve Uyuma Etkisi" konulu tez çalışmasını Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalında yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Necil KÜTÜKÇÜLER
Başhekim

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Kayıt Tarihi: 06.01.2010
Kayıt No : 052
Dosya No :

Ek 2.3. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kurum İzin Belgesi

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastane Başhekimliği

K-Q TSE-ISO-EN 9000

Sayı : B.30.2.AKD.0.1H.00.00/PER-16 05.12 / 2011
Konu : Emine ÇATAL

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

İlgi : a) 26.11.2010 tarih ve B.30.2.DEÜ.0.42.72.00/3444 sayılı yazı,
b) 17.12.2010 tarih ve B.30.2.AKD.0.1H.00.00/PER-2585 sayılı yazı

İlgi (a) da kayıtlı yazınıza konu olan Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği "Yüksek Lisans" öğrencisi **Emine ÇATAL**'ın Hastanemiz Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı bünyesinde tez uygulaması talebinin tarafımızca uygun görüldüğünü ilgi (b) yazımızda belirtmiştik. Tarafınızca söz konusu kişinin Enstitünüz "Doktora" programı öğrencisi olduğu yönündeki düzeltme tarafımızca da dikkate alınmış olup, bilgilerinizi ve gereğini arz ve rica ederim.

Doç. Dr. M. Arif YEĞİN
Başhekim Yardımcısı

Bilgi İçin :
Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı

Adres : Dumlupınar Bulvarı, Kampüs 07059 ANTALYA
Tel : (242) 249 62 90
Faks : (242) 249 60 40

Ek 2.4. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzinleri Belgesi

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

06 Ağustos 2009

SAYI: Eğt.Şb.B.104.İSM.4350009/ 2690 -63746
KONU: Emine ÇATAL'ın
Tez çalışması.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

İLGİ: 13.07.2009 tarih ve 2225 sayılı yazınız.

Enstitünüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği doktora programı öğrencisi Emine ÇATAL'ın "Koroner Arter Bypass Greft Uygulanan Hastalara Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi ve Uyuma Etkisi" konulu tez çalışmasını ilgi sayılı yazınızda belirtilen kurumlarımızda yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Şenol SARIAVCI
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

Dağ. 131. 21.08

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Kayıt Tarihi:
Kayıt No : 21 Ağustos 2009
Dosya No : 2926

Ek 2.5. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kurum İzin Belgesi

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kalp Damar Cerrahi Kliniği

SAYI:B.10.4.ISM.4.07.00.38 9796 08/07/2011
KONU:

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora programı öğrenciniz Emine Çatal'ın "Koroner Arter Bypass Greft Uygulanan Hastalara Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi ve Uyuma Etkisi" isimli tez çalışmasını Hastanemiz Kalp Damar Cerrahisi Kliniği ve Polikliniği'nde Temmuz 2011-Haziran 2012 tarihleri arasında uygulama yapması uygundur.

Doç.Dr.Mustafa Emmiler
Kalp Damar Cerrahi Klinik Şefi

Öğrenci İşleri 29.07.2011

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ... MÜDÜRLÜĞÜ
Kayıt ... 29/7/2011
Dosya No : 2457

EK 3. VERİ TOPLAMADA KULLANILACAK ÖLÇEKLER İÇİN İZİN YAZILARI

Ek 3.1. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği İçin Ölçek Sahibinden Alınan İzin Yazısı

Boston College
William F. Connell School of Nursing

January 16, 2009

Emine Catal, MSN
Dokuz Eylul University
Institute of Health Sciences
Surgical Nursing
Doctoral Student
Full Heading
emine.catal@gmail.com

Dear Ms. Catal:

Permission is hereby granted to use the research instrument Coping and Adaptation Processing Scale (CAPS) for your research.

This permission includes translation and future use of the instrument for educational, research, or nursing practice purposes. It excludes only entrepreneurial ventures for which a separate agreement would be required.

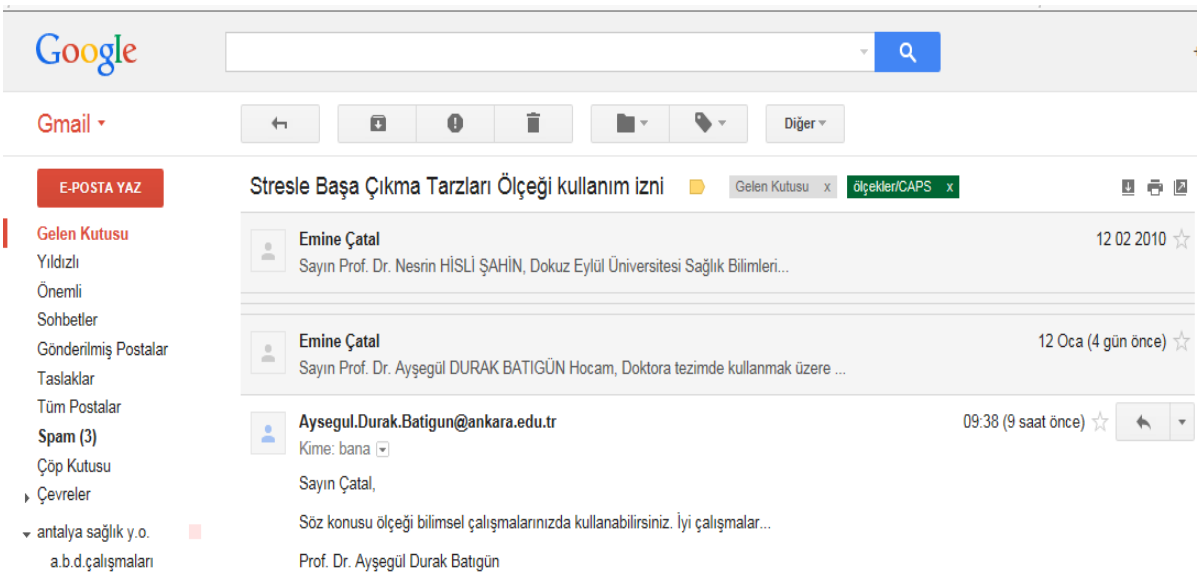
Best wishes for the success of your work and contributions to nursing in the future.

Sincerely,

Callista Roy

Sr. Callista Roy, PhD, RN, FAAN
Professor & Nurse Theorist

Ek 3.2. . Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Ölçek Sahibinden Alınan İzin Yazısı



Ek 3.3. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği İçin Ölçek Sahibinden Alınan İzin Yazısı



kimdenKristen Girard kgirard@qualitymetric.com
kime"emine.catal@gmail.com" <emine.catal@gmail.com>
tarih05 Nisan 2011 23:34
konuQualityMetric Order Spec Follow Up - CT133483 - OP013451
gönderenqualitymetric.com
ayrıntıları gizle 05 Nis

Dear Emine,

My name is Kristen. I am contacting you behalf of your sales rep, Dana Kopec.

A Study Specifications Form was sent to you a while ago and Dana has not received a response. I am just following up to see if you are still intersted in moving forward with licensing one of QualityMetric's health outcomes tools?

If you would like your account closed please let her know. Please respond to Dana at dkopec@qualitymetric.com.

Thank you in advance,

Kristen Girard

Office of Grants and Scholarly Research (OGSR)
QualityMetric Incorporated
24 Abion Road, Bldg 400
Lincoln, RI 02865
401-334-8800 X270

This QualityMetric email message and any attachments are for the sole use of the intended recipient(s) and may contain confidential and/or privileged information. Any unauthorized review, use, disclosure or distribution is prohibited. If you are not the intended recipient, please contact the sender by reply email and destroy all copies of the original message and any attachments. Thank you.

EK 4. ARAŞTIRMAYA KATILAN HASTALARDAN ALINAN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMLARI

Ek 4.1. Araştırmanın I. Aşamasına Katılan Hastalardan Alınan Bilgilendirilmiş Olur Formu

Bilgilendirilmiş Olur Formu I

Sayın Bay/Bayan,

Bu araştırmayla; gönüllü katılan koroner arter bypass greft ameliyatı geçirmiş ve taburculuğu planlanan hastalarımızın stresle başetme ve yaşamlarına uyumlarını değerlendirmede kullanılan "Başetme ve Uyum Ölçeği"nin Türkiye'de geçerli ve güvenilir olup olmadığını belirlemek amaçlanmaktadır. Bunun için ilk olarak size ve hastalığınıza ilişkin bilgilerin yer aldığı **"Form I: Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Bölümü"** uygulanacaktır. İkinci adımda 47 maddeden oluşan **"Başetme ve Uyum Ölçeği"** uygulanacaktır. Son olarak ta 30 maddeden oluşan **"Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği"** uygulanacaktır. Ölçüm araçlarında yer alan maddelerin değerlendirmeleri ölçeklerin ilk sayfasının başında tanımlanmaktadır ve değerlendirmenizi yönergelere göre yapmanız beklenmektedir. Her bir madde görüşme yoluyla kendi ifadenize dayalı olarak değerlendirilecektir.

Hastaneden ve etik kuruldan izin alınmıştır. Bu araştırma kapsamında hastalarımıza hiçbir girişim yapılmayacaktır. Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte bilgiler kurumun yerel etik kurul komitesine ve Sağlık Bakanlığına açık olacaktır. Kişisel olarak verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır.

Ben, hasta olarak …….. katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırıcının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Görevi:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

EK 4.2. Araştırmanın II. Aşamasına Katılan Hastalardan Alınan Bilgilendirilmiş Olur Formu

Bilgilendirilmiş Olur Formu II

Sayın Bay/Bayan,

Bu araştırmayla; gönüllü katılan koroner arter bypass greft ameliyatı geçirmiş ve taburculuğu planlanan hastalarımızın endişe duydukları konuların öğrenilmesi amaçlanmaktadır. Bunun için sizinle araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yapılacak ve bu görüşmede size **"Kalitatif Yarı-yapılandırılmış Soru Formu"**nda yer alan bazı sorular yönlendirilecektir. Görüşme süresince verdiğiniz yanıtlar ses kayıt cihazı (teyp) ile kaydedilecek ve araştırmacı tarafından görüşme ile ilgili bazı notlar alınacaktır. Ayrıca yine araştırmacı tarafından **"Form I: Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Bölümü"** kullanılarak size ve hastalığınıza ilişkin bilgilerde not edilecektir.

Hastaneden ve etik kuruldan izin alınmıştır. Bu araştırma kapsamında hastalarımıza hiçbir girişim yapılmayacaktır. Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte bilgiler kurumun yerel etik kurul komitesine ve Sağlık Bakanlığına açık olacaktır. Kişisel olarak verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır.

Ben, hasta olarak …….. katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırıcının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Görevi:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

EK 4.3. Araştırmanın III. Aşamasına Katılan Kontrol Grubu Hastalardan Alınan Bilgilendirilmiş Olur Formu

Bilgilendirilmiş Olur Formu III

Sayın Bay/Bayan,

Bu çalışmayla; gönüllü olarak katılan koroner arter bypass greft ameliyatı geçirmiş ve taburculuğu planlanan hastalarımızın endişe duydukları konuların öğrenilmesi, eve gitmeden önce gereksinim duydukları bilgilerin ve önceliklerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bunun için "Form I, Form II, Başetme ve Uyum Ölçeği, Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği" kullanılacaktır. Ölçüm aracında yer alan maddelerin değerlendirmeleri ölçeklerin ilk sayfasının başında tanımlanmaktadır ve değerlendirmenizi yönergelere göre yapmanız beklenmektedir. Her bir madde görüşme yoluyla kendi ifadenize dayalı olarak değerlendirilecektir. Ölçümler ameliyatınızdan sonra taburcu olmadan önceki son 24-48 saatte, 1. ve 3. ayda tekrarlı olarak ve sizin ifadeniz temel alınarak yapılacaktır.

Hastaneden ve etik kuruldan izin alınmıştır. Bu araştırma kapsamında hastalarımıza hiçbir girişim yapılmayacaktır. Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte bilgiler kurumun yerel etik kurul komitesine ve Sağlık Bakanlığına açık olacaktır. Kişisel olarak verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır.

Ben, hasta olarak …….. katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırıcının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Görevi:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Ek 4.4. Araştırmanın III. Aşamasına Katılan Deney Grubu Hastalardan Alınan Bilgilendirilmiş Olur Formu

Bilgilendirilmiş Olur Formu IV

Sayın Bay/Bayan,

Bu çalışmayla; gönüllü olarak katılan koroner arter bypass greft ameliyatı geçirmiş ve taburculuğu planlanan hastalarımızın endişe duydukları konuların öğrenilmesi, eve gitmeden önce gereksinim duydukları bilgilerin ve önceliklerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bunun için "Form I, Form II, Başetme ve Uyum Ölçeği, Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği" kullanılacaktır. Ölçüm aracında yer alan maddelerin değerlendirmeleri ölçeklerin ilk sayfasının başında tanımlanmaktadır ve değerlendirmenizi yönergelere göre yapmanız beklenmektedir. Her bir madde görüşme yoluyla kendi ifadenize dayalı olarak değerlendirilecektir. Ölçümler ameliyatınızdan sonra taburcu olmadan önceki son 24-48 saatte ilk ölçümleriniz yapılacak ve araştırmacı tarafından bir görüşme odasında, size özel olarak hazırlanan ve evde bakımınıza ilişkin taburculuk eğitimi verilecektir. Ayrıca bir eğitim kitapçığı da teslim edilecektir. Araştırmacıyla sürekli görüşebilmenizi ve sorularınızı sorabilmenizi sağlayacak iletişim adreslerine de istediğiniz takdirde ulaşabileceksiniz. Ölçümler 1. ve 3. ayda tekrarlı olarak yapılacaktır.

Hastaneden ve etik kuruldan izin alınmıştır. Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte bilgiler kurumun yerel etik kurul komitesine ve Sağlık Bakanlığına açık olacaktır. Kişisel olarak verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır.

Ben, hasta olarak …….. katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırıcının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Görevi:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Ek 5. VERİ TOPLAMA FORMLARI

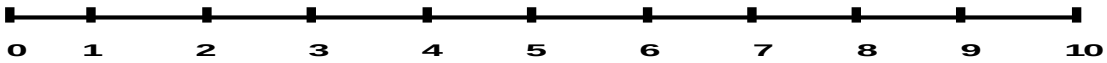
Ek 5.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu

FORM NO: D/K……

SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER FORMU

Veri Toplama Tarihi: Başlama Saati: Bitiş Saati:

1. Yaş:
2. Cinsiyet: ☐ Kadın ☐ Erkek
3. Medeni Hali: ☐ Bekar ☐ Evli
4. Eğitim Durumu: ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite
5. Sosyal Güvencesi: ☐ Emekli Sandığı ☐ Bağkur ☐ SSK ☐ Yeşilkart ☐ Ücretli
6. Mesleği:
7. Yatış Tarihi: Çıkış Tarihi:
8. Ameliyattan önce göğüs ağrınız var mıydı? ☐ Hayır ☐ Evet
9. Ameliyattan önce yorgunluk şikayetiniz var mıydı? ☐ Hayır ☐ Evet
   Yorgunluk şikâyetiniz varsa yorgunluğunuzun derecesini belirten en uygun seçeneği işaretleyiniz.



10. Ameliyattan önce başka her hangi bir şikayetiniz var mıydı? ☐ Hayır ☐ Evet
    Eğer "Evet"se şikayetiniz neydi?
    .....……
10. Eşlik eden klinik durumlar:
    ☐ Diyabet (……yıl) ☐ KOAH ☐ Eski MI ☐ KKY
    ☐ HT (……yıl) ☐ KBY ☐ Anstabil Angina ☐ < % 30 EF
12. Boy: Kilo: BKİ: ☐Sigara öyküsü
11. Ameliyat olduğu tarih:
12. Ameliyatın Tipi:
    ☐ Standart CABG X…….
11. Yoğun bakımda kalma süresi: ☐ 24 saatten az: ……
12. Mekanik ventilasyon süresi: ☐ 24 saatten az:…….
13. Kalp-akciğer makinesine bağlanma: ☐ Evet ☐ Hayır
14. Taburcu olduğu tarih: (……gün)
15. Kontrol tarihi: (……gün)
16. Kaçıncı kontrol: (……gün)

Araştırmanın sonuçlarının bir kopyasını almak ister misiniz? Eğer öyleyse lütfen bu kutuyu işaretleyiniz.
☐ Evet ☐ Hayır

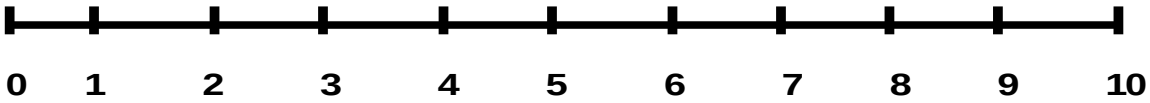
Ek 5.2. İyileşme Algısı ve Ameliyat Sonrası İzleme İlişkin Bilgiler Formu

FORM NO:
D/K……

İYİLEŞME ALGISI VE AMELİYAT SONRASI İZLEME İLİŞKİN BİLGİLER FORMU

Lütfen aşağıdaki soruların tümünü cevaplayınız ve tamamladıktan sonra bir hafta içinde geri gönderiniz.

1. Kalp ameliyatınızdan sonra iyileşme durumunuza inandığınız dereceyi belirtiniz.
(Lütfen açık bir şekilde bu dereceyi daire içine alınız)



İyileşmedim **Tamamen iyileştim**

2. Kalp ameliyatınızdan sonra hastaneden taburcu olduğunuzda herhangi bir zamanda size yardım eden birisi/birileri var mıydı?

(Lütfen işaretleyiniz)

☐ Hayır

Eğer "Hayır" işaretlediyseniz 2. sorudan devam ediniz.

☐ Evet

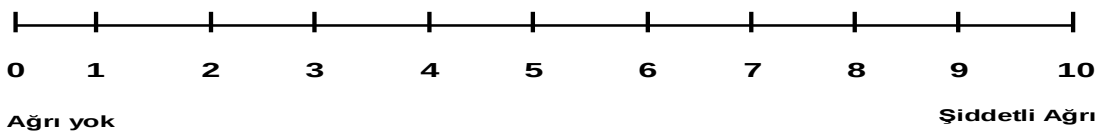
Eğer "Evet" işaretlediyseniz lütfen kişi/kişileri tanımlayınız (örneğin eşim, çocuğum vb.)
…….

3. Kalp ameliyatınızdan beri hastaneye yeniden yattınız mı?
(Lütfen birini seçiniz)
☐ Evet ☐ Hayır

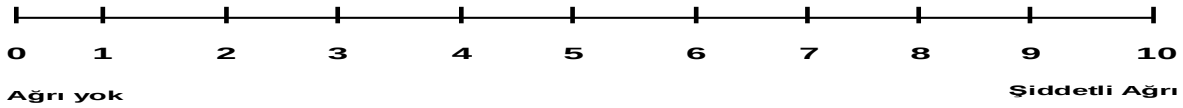
Eğer "Evet"se sebebi neydi?.....

……..

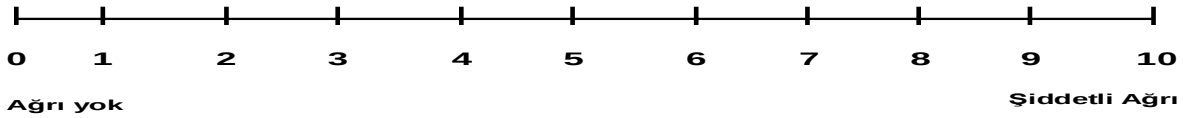
4. Size uygulanan ameliyat kesisinin her birisi için, deneyimlediğiniz ağrının derecesi neydi?
(Lütfen her bir insizyon için ağrınızı en doğru yansıtacak numarayı yuvarlak içine alınız)
<u>Göğüs Ağrısı:</u>



Kol Ağrısı:



Bacak Ağrısı:



5. Yara yerinizden herhangi bir akıntı var mıydı? (Lütfen birini seçiniz)

☐ Evet ☐ Hayır

Eğer "Evet"se lütfen yerini belirten seçeneği işaretleyiniz.

Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.

☐ Göğüs ☐ Kol ☐ Bacak

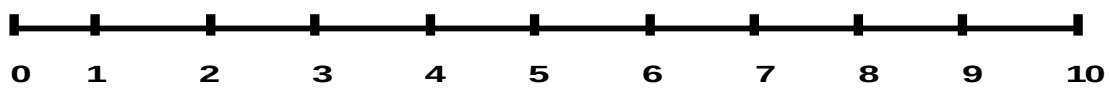
6. Ameliyattan önce örneğin yorgunluk gibi şikayetiniz var mıydı?

(Lütfen birini seçiniz)

☐ Evet ☐ Hayır

Eğer "Evet"se şikayetiniz neydi?…….

Yorgunluk şikayetiniz varsa yorgunluğunuzun derecesini belirten en uygun seçeneği işaretleyiniz.



7. Ameliyattan önce göğüs ağrınız var mıydı? (Lütfen birini seçiniz)

☐ Evet ☐ Hayır

Ek 5.3. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği-Türkçe Formu

BAŞETME VE UYUM SÜRECİ ÖLÇEĞİ

Açıklama: İnsanlar bazen hayatlarında çok zor olaylar ya da kriz durumları yaşarlar. Aşağıda insanların bu gibi durumlarda verdikleri tepkilerin sıralandığı bir liste var. Listedeki her bir madde için sizin kişisel olarak vereceğiniz tepkiye en yakın cevabı daire içine alın.

1=HİÇBİR ZAMAN
2=ARADA SIRADA
3= SIKLIKLA
4=HER ZAMAN

"Bir kriz durumu ya da çok zor bir olay yaşadığımda; Ben……"	**1** Hiçbir zaman	**2** Arada sırada	**3** Sıklıkla	**4** Her zaman
1. Bir kriz durumunda bile, birçok talimatı aynı anda sürdürebilirim.				
2. Yeni soruna genellikle yeni bir çözüm getirebilirim.				
3. Sorunun ne olduğunu tanımlar ve sorunu bütünüyle görmeye çalışırım.				
4. Seçeneklerimi arttırmak için mümkün olduğunca daha fazla bilgi toplarım.				
5. Sıkıntılı olduğumda yapmam gerekenleri bitirmede zorluk çekerim.				
6. Geçmişte işe yarayan çözümleri hatırlamaya çalışırım.				
7. Genellikle her türlü şeyi benim için en yararlı olacak şekilde yapmaya çalışırım.				
8. Beni rahatsız eden şeyin dışında başka bir şey düşünemem.				
9. Sorunu elimden gelen en iyi şekilde ele alabilirsem kendimi iyi hissederim.				
10. Durumun nasıl sonlanmasını istediğimi belirlerim ve sonra hedefe nasıl ulaşacağıma bakarım.				
11. Stresli olduğumda verimim azalır.				
12. Bir durumla karşılaştığımda kendime biraz zaman veririm ve durumu tam kavrayana kadar harekete geçmem.				
13. Bir kriz durumunu baş edebileceğimden çok daha fazla karmaşık bulurum.				
14. Problemi adım adım düşünerek karar veririm.				
15. Ortada hiçbir sebep yokken yavaşlamaya başladığımı hissederim.				
16. Duygularımı yeniden olumlu şekle sokmak için çok çalışırım.				
17. Kriz boyunca gün içinde kendimi sürekli tetikte ve aktif hissederim.				
18. Duygularımı bir kenara bırakır ve olup bitenlerle ilgili son derece tarafsız olurum.				
19. Olayla ilgili her şey için gözümü kulağımı açık tutarım.				
20. İlk başta aşırı tepki vermeye meyilliyim.				
21. Başka durumlarda işe yarayan şeyleri hatırlarım.				
22. Olayları olduğu gibi görerek, sorunu doğru açıdan değerlendiririm.				
23. En azından bir süre için donup kalırım ve kafam karışır.				
24. Problemin ne olduğunu söylemek aslında benim için çok				

	güçtür.	
25.	Çok boyutlu problemleri ele alma konusunda iyiyimdir.	
26.	Sorunla başa çıkmak için daha fazla destek/kaynak bulmaya çalışırım.	
27.	Bilmediğim yerlere gitmek zorunda kaldığımda pek çok kişiye göre yolumu daha iyi bulabilirim.	
28.	Durumu ele alırken mizahı kullanırım.	
29.	Krizi atlatmak için yapacağım köklü değişikliklerle hayatımı altüst etmem olasıdır.	
30.	(Egzersiz gibi) fiziksel aktivite ve dinlenme zamanımı dengelemeye çalışırım.	
31.	Stresli olduğumda verimim artar.	
32.	Olup biten her şeyi geçmiş deneyimlerimle ya da gelecek planlarımla ilişkilendirebilirim.	
33.	Yaşadığım güçlükler ne olursa olsun kendimi suçlamaya meyilliyim.	
34.	Yaratıcı olmaya ve yeni bir çözüm bulmaya çalışırım.	
35.	Bazı nedenlerle tecrübelerimden yeterince yararlanamıyorum.	
36.	Başkalarının işine yarayan çözümlerden yararlanırım.	
37.	Olaya bir fırsat ya da aşılması gereken zorluk gibi görürüm ve olumlu yönden bakarım.	
38.	Daha fazla çözüm üretebilmek için, tüm seçenekler üzerinde düşünürüm.	
39.	(Egzersiz gibi) fiziksel aktivitelerimde değişiklikler yaşarım.	
40.	Olay meydana gelir gelmez detayları öğrenerek, olayın kontrolünü ele alırım.	
41.	Herhangi bir şey yapmadan önce olabilecek her tür belirsizliği açıklamaya çalışırım.	
42.	Krize, büyük ihtimalle doğrudan müdahele ederim.	
43.	Hasta olacağımı hissederim.	
44.	Yaşadığım zorluğu çözebilen yeni bir beceriyi oldukça çabuk öğrenir ve kullanırım.	
45.	Çok sık olarak yaptığım işten kolayca vazgeçerim.	
46.	Olayla başa çıkmak için bir dizi aktiviteyi içeren bir plan geliştiririm.	
47.	Birçok şeyin nasıl sonuçlanacağı hakkında iyi niyetli/olumlu düşünürüm.	

Ek 5.4. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği-İngilizce Formu

COPING AND ADAPTATION PROCESSING SCALE

Directions: Sometimes people experience very difficult events or crises in their lives. Below is a list of ways in which people respond to those events. For each item, please circle the number closet to how you personally respond:

1=NEVER
2=RARELY
3=SOMETİMES
4=ALWAYS

"When I experience a crisis, or extremely difficult event, I ……."	**1 never**	**2 rarely**	**3 sometimes**	**4 always**
1. Can follow a lot of directions at once, even in a crisis				
2. Generally can come up with a new solution to new problem				
3. Call the problem what it is and try to see the whole Picture				
4. Gather as much information as possible to increase my options				
5. Commonly have difficulty completing tasks or projects when I am troubled				
6. Try to recall strategies/solutions that workwd form e in the past				
7. Generally try to make everything work in my favor				
8. Can think of nothing else, ecpect what's bothering me				
9. Feel good knowing that I am handling the problem the best I can				
10. Identify how I want the stiuation to turn out, then see how I get there				
11. Am less effective under stres				
12. Give myself time in the situation and do not act until I have a full grasp of the situation				
13. Find a crisis too complex with more parts than I can handle				
14. Think through the problem systematically step by step				
15. Seem to start sowing down for no particular reason				
16. Work hard to re-channel my feelings to a constructive approach				
17. Feel alert and active through out the day during the crisis				
18. Put feeling aside and am very objective about what is happening				
19. Keep my eyes and ears open for anything related to the event				
20. Tend to over-react at first				

21. Remember things that helped in other situations				
22. Put the event into perspective by seeing it for what it really is				
23. Tend to freeze and feel somewhat confused for at least awhile				
24. Find it hard to tell what the problem really is				
25. Am good at handling problems that have many parts of them				
26. Try to get more resources to deal with the situation				
27. Can stil find my way around beter than most people when I have to g oto unfamilier places				
28. Use humor in handling the situation				
29. Am likey to disrupt my life with radical changes to get out of the crisis				
30. Try to maintain balance in my activity and rest				
31. Am more effective under stress				
32. Can relate what's happening to my past experiences or future plans				
33. Tend to blame myself for whatever difficulties I have				
34. Try to be creative and come up with a new solution				
35. Don't seem to benefit from my prior experience for some reason				
36. Learn about solutions that have worked for others				
37. Look at the event in a positive light, as an opportunity or challenge				
38. Brainstorm as many possible solutions as I can even if they seem far out				
39. Experience changes in physical activity				
40. Get a hold on situation by quickly taking in the details as they happen				
41. Try to clear up any uncertainties before I do anything else				
42. Am likely to attack the crisis head on				
43. Find I become ill				
44. Take on a new skill pretty quickly, when it can solve my difficulty				
45. Too often give up easily				
46. Develop a plan with a series of actions to deal with the event				
47. Seem to do a lot of wishful thinking about how things will turn out				

Ek 5.5. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği Kullanım Kılavuzu-Türkçe

Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği (BUSÖ)

Sr. Callista Roy, Ph.D., R.N., FAAN
Professor and Nurse Theorist
William F. Connell School of Nursing
Boston College, Chestnut Hill, MA
Callista.roy@bc.edu

Kullanıcılar İçin Bilgi

Güncellenen

CAPS Ölçeği Kullanımı ile İlgili Tanımlar

Başetme stratejileri–Uyum süreci davranışlar; günlük durumlarda ve kritik dönemlerde gerçekleştirilir. Kategoriler fizyolojik, benlik kavramı, rolü ve bağımlılık dört uyum alanındaki davranışlardan sentezlenir.

Uyum süreci–Başetme davranışları örüntüsünü stresörleri alma, işleme ve yanıt oluşturur ve davranışın yönü hayatta kalabilme, büyüme, üreme/üretme, hakimiyet/ustalık, insan ve çevre entegrasyonu/bireysel ve çevresel dönüşüm/üstünlük'tür.

Başetme ve uyum süreci–Günlük durumlarda ve kritik periyodlarda değişen çevreden uyarıların alınması, işlenmesi ve yanıtının doğal ve kazanılmış yollardaki şeklidir ve yönü hayatta kalma, büyüme, üreme/üretme, hakimiyet/ustalık, insan ve çevre entegrasyonu/bireysel ve çevresel dönüşüm/üstünlük'tür.

Başetme kapasitesi ve uyum süreci–Sorunlar/zorluklara etkili uyum sağlamak için onların baş etme stilleri ve stratejilerinin kullanıldığı çevrede bu değişimlerde kendi yanıtlarını temel alan bireysel yeteneğidir.

Roy Uyum Modeli'nden Tanımlar

Düzenleyici–Büyük ölçüde doğuştan ve otomatik olan nöral-kimyasal-endokrin-süreçleri içeren kişinin başa çıkma alt sistemidir.

Bilişsel-duygusal–Algılama-bilgi süreci, öğrenme, karar ve duygu yanıtlarının olduğu ve bilişsel ve duygusal süreci içeren ikinci büyük alt sistemidir.

Uyum Düzeyi–Fizyolojik gereksinimler, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık alanlarının her biri için dört alanda üç düzeyde uyum sürecini tanımlar:

1. Mükemmel uyum düzeyi; yaşam sürecinin yapılarının ve fonksiyonlarının insanın ihtiyaçlarını karşılamak için bütün olarak çalıştığını gösteren düzeydir.
2. Dengeleyici uyum düzeyi; yaşam sürecindeki güçlüklerle mücadele etmek için düzenleyici ve bilişsel-duygusal mekanizmaların devreye girdiği düzeydir.
3. Uzlaşmacı uyum düzeyi; mükemmel uyum sağlanamadığı ve dengelenemediğinde, yaşam süreci yetersizliği sonucunda olan bir problem ve sorunun ortaya çıktığı düzeydir.

Ölçeğin Açıklaması

Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği; Ölçek likert tipi 1 (hiçbir zaman) ile 4 (her zaman) arasında puanlanan 47 madde den oluşan bir ölçektir. CAPS'ın her bir maddesi bir kriz ya da son derece zor bir olay yaşandığında bireylerin tepkilerinin nasıl olduğuna ilişkin kısa bir ifadedir. 14 madde ters çevrilerek değerlendirilir. Ölçek madde puanları 47 ile 188 arasında değişmektedir, yüksek puan baş etme için tanımlanan yöntemlerin daha tutarlı kullanımını göstermektedir. Faktör analizi sonucu, uyum süreci ve baş etmenin orta düzey teori içinde yorumlandığında beş faktörlü yapı saptanmıştır. Diğer dillerdeki sonraki versiyonlarında ölçeğe bir örnek soru eklemek ve altı seçenek aralığına genişletmek için izin verilmiştir.

Psikometrik özellikleri: Bakınız el yazması/müsvedde metine (izin üzerine yayın öncesi metin ulaşılabilir).

Önceki çalışmalarda ölçeğin kullanıldığı popülasyon: Toplumdaki stabil nörolojik defisitli yetişkinler, işitme kaybının fiziksel değişiklikleriyle uyumlu yaşlılar, günübirlik cerrahi hastaları, iskemik kalp hastalığı olan hastalardır.

Onaylanan çeviriler: İspanyolca, Tayca, Japonca.

Alt Ölçeklerin Tartışması:

Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği, araştırmaya dayalı hemşirelik uygulamaları kurmak için önemli bir değişken olarak başetmenin karmaşık çok boyutlu ve hiyerarşik yapısını anlama ve ölçmede çözümlenmemiş bazı sorunları gidermek için geliştirilmiştir. Belirlenen beş faktör, bu yapıyı anlamak için önemli boyutlar sağlar. Faktör 1_*çözüm bulma ve odaklanma,* çıktıları araştıran, yaratıcı olan ve yayılan girdilere konsantre kaynakları ve kendi kullandığı davranışları yansıtan bir altölçek oluşturur. Tersine Faktör 2_*fiziksel ve karara bağlama,* maddeleri, ele alınan durumların girdi fazını ve fiziksel tepkileri vurgular. Faktör 3_*dikkat süreci;* davranışlar fiziksel ve kişisel benliğin her ikisini de temsil eder ve girdi, merkez ve çıkış olmak üzere sürecin tüm üç düzeyine odaklanır. Faktör 4_*sistematize etme süreci*, durumları almak ve düzenli işlemek için fiziksel ve kişisel stratejileri açıklar. Son olarak Faktör 5_*öğrenme ve ilişki kurma* da; kendini ve başkalarını, bellek ve hayal gücünü kullanan stratejileri açıklayan öğeler vardır.

Alt Ölçekler: Başlıklar ve Madde Numaraları

Faktör 1 Çözüm bulma ve odaklanma—2, 4, 7, 10, 16, 19, 26, 34, 42, 46
Faktör 2 Fiziksel ve karara bağlama—5, 8, 13, 15, 20, 23, 24, 29, 33, 35, 39, 43, 45, 47
Faktör 3 Dikkat süreci—1, 11, 17, 18, 25, 27, 31, 40, 44
Faktör 4 Sistematize etme süreci—3, 12, 14, 22, 30, 41
Faktör 5 Öğrenme ve ilişki kurma—6, 9, 21, 28, 32, 36, 37, 38

Alt ölçekler

Çözüm bulma ve odaklanma; baş etme ve uyum süreci yapısının çıktıları araştıran, yaratıcı olan ve yayılan girdilere konsantre kaynakları ve kendi kullandığı davranışları yansıtan bir önemli bir boyutudur.
Fiziksel ve karara bağlama, ele alınan durumların girdi fazını ve fiziksel tepkileri vurgulayan boyutudur.
Dikkat süreci; davranışlar fiziksel ve kişisel benliğin her ikisini de temsil eden ve girdi, merkez, çıktı olmak üzere sürecin tüm üç düzeyine odaklanan boyutudur.
Sistematize etme süreci; baş etmenin bir boyutu olarak durumları almak ve düzenli işlemek için fiziksel ve kişisel stratejileri açıklar.
Öğrenme ve ilişki kurma; kendinin ve başkalarının, bellek ve hayal gücü kullanımını yansıtan stratejilerinin boyutudur.
Alt ölçekler gözleme dayalı olarak belirlenmiştir ancak bu ana faktörler için literatür desteği vardır (WOC alt ölçeklerinin (ekte) korelasyon tablosuna ve kaynak listesine bakınız).

BAŞETME ve UYUM SÜRECİ ÖLÇEĞİ'NİN PUANLANDIRILMASI

Ham puanlar

Başetme ve Uyum Süreci Ölçek puanı;

1) İlk olarak, Faktör 2 madde puanları ters çevrilir böylece daha yüksek puanlar daha fazla başa çıkma anlamındadır.
   Ters skor 1 = 4, 2 = 3, 3 = 2 ve 4 = 1
   Ters skorlanan puanlar: **5, 8, 13, 15, 20, 23, 24, 29, 33, 35, 39, 43, 45, 47**
2) Toplam puanlar her bir madde üzerinde sayısal yanıtların toplanmasıyla elde edilir.
3) Alt ölçek puanları her alt ölçeğin tüm maddelerinin sayısal yanıtlarının toplanmasıyla elde edilir.

47 madde için puan aralığı: 47-188'dir.

Puanlar Nasıl Kullanılır?

CAPS skorları önemli bir kullanımı, aynı grupta katılımcıların bir müdahale öncesi ve sonrasını test etmek içindir. İlişkili gruplarda farklılıkların istatistiksel analizi gerçekleştirilebilir. Bazı farklılıklar bulunmuştur (Gonzales, 2008).

CAPS'ın ikinci bir kullanımı; başetme ve uyum üzerine farklılıkları beklenen iki grubu karşılaştırmaktadır. Bir müdahale grubu ve diğeri de bir kontrol grubu olabilir. Gonzales de bu farklılıkları saptamıştır.

CAPS'ın bir diğer kullanımı, düşük başa çıkma kapasitesine sahip olabilecek katılımcılarda zayıflık alanları belirleme ve bu alanlardaki baş etmeyi geliştirmek için müdahaleleri tasarlamada bir ön test olarak vermektir.

CAPS ayrıca taburculuk hazırlığına odaklı bir çalışmada örneğin hastaneden çıkış sonrasında değişim gibi ilgilenilen başka değişkenlerin olduğu bir çalışmanın co-varyantı olarak verilebilir.

Ek 5.6. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği Kullanım Kılavuzu-İngilizce

Coping and Adaptation Processing Scale (CAPS)

Sr. Callista Roy, Ph.D., R.N., FAAN
Professor and Nurse Theorist
William F. Connell School of Nursing
Boston College, Chestnut Hill, MA
Callista.roy@bc.edu

Information for Users

Updated

Definitions Related to Use of the CAPS Scale

Coping strategies—Behaviors whereby adaptation processing is carried out in daily situations and in critical periods; categories synthesized from behaviors in four adaptive modes, physiologic, self concept, role and interdependence.

Adaptation processing—Patterning of coping behaviors that take in, handle, and respond to stressors and are directed toward survival, growth, reproduction, mastery, and transcendence.

Coping and adaptation processing—the pattening of innate and acquired ways of taking in, handling, and responding to a changing environment in daily situations and in critical periods that direct behavior toward survival, growth, reproduction, mastery, and transcendence.

Capacity of coping and adaptation processing—the ability of the person based on their patterns of responding to changes in the environment that uses their coping styles and strategies to adapt effectively to challenges.

Definitions from the Roy Adaptation Model

Regulator--broad coping subsystem of the person that includes neural-chemical-endocrine-processes that are largely innate and automatic.

Cognator—a second major subsystem which includes both cognitive and emotional processing and responses of perceptual-information process, learning, judgment and emotion.

Adaptation Levels—in each of four adaptive modes, physiologic needs, self concept, role function, interdependence

Adaptive mode processes described on three levels:

1. Integrated-Adaptation level where the structures and functions of the life processes work to meet needs
2. Compensatory-Adaptation level where the cognator and regulator are activated a challenge to the life processes
3. Compromised-Adaptation level resulting from inadequate integrated and compensatory life processes; an adaptation problem

Description of the Instrument

The Coping and Adaptation Processing Scale (CAPS) is a 47-item instrument using a Likert scale format with response choices ranging from 4 (always) to 1 (never). Each item of the CAPS is a short statement about how an individual responds to experiencing a crisis or extremely difficult event. Fourteen items are reversed scored. The possible range of scores is from 47 to 188 with a high score indicating a more consistent use of the identified strategies of coping. Factor analysis revealed five subscales which are interpreted within the middle-range theory of coping and adaptation processing. Later versions in other languages have been given permission to add a sample question in the instructions and to extend the range of choices to six.

Psychometric Properties: See manuscripts (prepublication copies available on request)

Populations Used in Previous Studies: Adults in the community with stable neurologic deficits; Elders adjusting to physical changes of hearing loss; Same-day surgical patients; patients with ischemic cardiac disease

Approved Translations: Spanish, Thai, and Japanese

Discussion of Subscales:

The Coping and Adaptation Processing Scale was developed to address some of the unresolved issues in understanding and measuring the complex multidimensional and hierarchical construct of coping as an important variable for establishing research based nursing practice. The five factors identified provide major dimensions to understand the construct. Items in Factor 1, *resourceful and focused,* form a subscale that reflects behaviors using self and resources that concentrate on expanding input, being inventive, and seeking outcomes. Conversely the items in Factor 2, *physical and fixed,* highlight physical reactions and the input phase of handling situations. For factor 3, *alert processing,* the behaviors represent both the personal and physical self and focus on all three levels of processing, input, central and output. Factor 4, *systematic processing* describes personal and physical strategies to take in situations and methodically handle them. Finally, in Factor 5, *knowing and relating,* there are items that describe strategies that use self and others, memory and imagination.

Sub Scales: Titles and Item Numbers

Factor 1 *Resourceful and Focused*—2, 4, 7, 10, 16, 19, 26, 34, 42, 46

Factor 2 *Physical and Fixed*—5, 8, 13, 15, 20, 23, 24, 29, 33, 35, 39, 43, 45, 47

Factor 3 *Alert Processing*—1, 11, 17, 18, 25, 27, 31, 40, 44

Factor 4, *Systematic Processing*—3, 12, 14, 22, 30, 41

Factor 5, *Knowing and Relating*—6, 9, 21, 28, 32, 36, 37, 38

Subscales

Resourceful and focused is a major dimension of the construct of coping and adaptation processing that reflects behaviors using self and resources and concentrate on expanding input, being inventive, and seeking outcomes.

Physical and fixed is the dimension that highlights physical reactions and the input phase of handling situations.

Alert processing is the dimension of coping and adaptation that uses behaviors that represent both the personal and physical self and focus on all three levels of processing, input, central and output.

S*ystematic processing* describes personal and physical strategies to take in situations and methodically handle them as a dimension of coping.

Knowing and relating is the dimension in which the strategies reflect the use self and others, memory and imagination.

The subscales were determined empirically however, there is support in the literature for these main factors (see correlations table with WOC subscales (attached) and references listed)

SCORING THE COPING AND ADAPTATION PROCESSING SCALE

Raw Scores

To score the Coping and Adaptation Processing Scale:

1) First, reverse score the items on Factor 2 so that higher scores mean greater coping.
   In reverse scoring 1=4; 2=3; 3=2; and 4=1
   The items to reverse score are: 5, 8, 13, 15, 20, 23, 24, 29, 33, 35, 39, 43, 45, 47
2) Total scores are obtained by summing the numeric responses on each item.
3) Subscale scores are obtained by summing the numeric responses for all items for each subscale.

Range of scores for 47 items is: 188 to 47

How to Use Scores

One important use of the CAPS scores is for testing the same group of participants before and after an intervention. Statistical analysis for differences in related groups can then be performed. Such differences have been found (Gonzales, 2008).

A second use of the CAPS is to compare two groups who may be expected to differ on coping and adaptation. One might be an intervention group and the other a control group. Gonzales also found these differences.

Another use of the CAPS is to give as a pre-test to select participants who may have low coping capacity; to identify areas of weakness and to design interventions to enhance coping in these areas.

The CAPS may also be given as a co-variant in a study of other variables of interest such as transition following discharge from the hospital in a study focused on preparation for discharge.

Ek 5.7. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, kişilerin yaklaşımlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla uygunluk derecesini işaretleyin.

		Size ne kadar uygun.			
	"Bir Sıkıntım Olduğunda……..……."	**1 Hiç Uygun Değil**	**2 Uygun Değil**	**3 Uygun**	**4 Tamamen Uygun**
1	Kimsenin bilmesini istemem.				
2	İyimser olmaya çalışırım.				
3	Bir mucize olmasını beklerim.				
4	Olayı/olayları büyütmeyip üzerinde durmamaya çalışırım.				
5	Başa gelen çekilir diye düşünürüm.				
6	Sakin kafayla düşünemeye, öfkelenmemeye çalışırım.				
7	Kendimi kapana kısılmış gibi hissederim.				
8	Olayın/olayların değerlendirilmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.				
9	İçinde bulunduğun kötü durumu, kimsenin bilmesini istemem.				
10	Ne olursun olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum.				
11	Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12	Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				
13	İş olacağına varır diye düşünürüm.				
14	Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.				
15	Problemin çözümü için adak adarım.				
16	Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.				
17	Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
18	Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				
19	Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım.				
20	Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım.				
21	Mücadeleden vazgeçerim.				
22	Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.				
23	Hakkımı savunabileceğim inanırım.				
24	Olanlar karşısında "kaderim buymuş" derim.				
25	Keşke daha güçlü bir insan olsaydım diye düşünürüm.				
26	Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim.				
27	Benim suçum ne diye düşünürüm.				
28	Hep benim yüzümden oldu diye düşünürüm.				
29	Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30	Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				

Ek 5.8. Kalitatif Yarı-yapılandırılmış Soru Formu

KALİTATİF YARI-YAPILANDIRILMIŞ SORU FORMU

Veri Toplama Tarihi: Başlama Saati: Bitiş Saati:

1. Sağlığınız hakkında ne düşünüyorsunuz?
2. Ameliyatla ilgili ne hissediyorsunuz?
3. Kalp ameliyatınız sonrası neler yaşadınız?
   - Fiziksel (bedensel) olarak neler yaşadınız?
   - Psikolojik (ruhsal) olarak neler yaşadınız?
   - Günlük hayatınız nasıl etkilendi?
   - Sosyal hayatınız nasıl etkilendi?
   - Aile ilişkileriniz nasıl etkilendi?
   - Bir gün/haftanızı nasıl geçirdiğinizden söz edermisiniz?
4. Taburcu olup eve gidince sizi ne bekliyor?
   - Kalp ameliyatınız sonrası evdeki yaşamınız ile ilgili neler düşünüyorsunuz?
     - Kalp ameliyatınız sonrası fiziksel durumunuzla ilgili neler düşünüyorsunuz?
     - Kalp ameliyatınız sonrası ekonomik durumunuz ile ilgili neler düşünüyorsunuz?
     - Kalp ameliyatınız sonrası sosyal yaşamınız ile ilgili neler düşünüyorsunuz?
     - Kalp ameliyatınız sonrası psikolojik durumunuz ile ilgili neler düşünüyorsunuz?
   - Eve gitmeden önce taburculuk öncesi sizi endişelendiren şeyler neler?

FORM NO:

D/K:……/……

Ek 5.9. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1. ***Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz? (Cevabınızı daire içine alınız.)***

1	2	3	4	5
Mükemmel	Çok iyi	İyi	Fena değil	Kötü

2. ***Geçen sene ile karşılaştırdığınızda, şimdi sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?***

1	2	3	4	5
Bir yıl önceye göre **çok daha iyi**	Bir yıl önceye göre **daha iyi**	Hemen hemen **aynı**	Bir yıl önceye göre **daha kötü**	Bir yıl önceye göre **çok daha kötü**

3. ***Aşağıdakiler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Şu sıralarda sağlığınız sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar? (Her soruda bir sayının etrafına daire çiziniz.)***

FAALİYETLER	**Evet oldukça kısıtlıyor**	**Evet biraz kısıtlıyor**	**Hayır hiç kısıtlamıyor**
a. *Kuvvet gerektiren faaliyetler:* örneğin ağır eşyalar kaldırmak, spor faaliyetleri	1	2	3
b. *Orta zorlukta faaliyetler:* örneğin, masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak.	1	2	3
c. Çarşı Pazar torbaları taşımak	1	2	3
d. Birkaç kat merdiven çıkmak	1	2	3
e. Bir kat merdiven çıkmak	1	2	3
f. Eğilmek, diz çökmek, yerden bir şey almak.	1	2	3
g. Bir kilometreden fazla yürümek	1	2	3
h. Birkaç yüz metre yürümek.	1	2	3
i. Yüz metre yürümek	1	2	3
j. Yıkanmak ya da giyinmek	1	2	3

4. ***Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınız nedeni ile aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?***

	Evet	**Hayır**
a. İş yada iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kısmak zorunda kalmak	1	2
b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (Temizlenmeyen ev)	1	2
c. Yapabildiğiniz iş türünde yada diğer faaliyetlerde kısıtlanmak	1	2
d. İş yada diğer uğraşları yapmakta zorlanmak	1	2

5. ***Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemleriniz nedeniyle (üzüntülü yada kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı****?*

	Evet	**Hayır**
a. İş yada iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kısmak zorunda kalmak	1	2
b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (Temizlenmeyen ev)	1	2
c. İş yada diğer uğraşları her zamanki gibi dikkatlice yapmamak	1	2

6. ***Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde bedensel sağlığınız yada duygusal problemleriniz, aileniz, arkadaşlarınız, komşularınızla yada diğer gruplarla normal olarak yaptığınız sosyal faaliyetlere ne ölçüde engel oldu?***

1	**2**	**3**	**4**	**5**
Hiç	Biraz	Orta Derecede	Epeyce	Çok fazla

7. ***Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde ne kadar bedensel ağrınız oldu?***

1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Hiç	Çok hafif	Hafif	Orta hafiflikte	Aşırı derecede	Çok aşırı derecede

8. ***Son bir ay (4 hafta) içerisinde ağrı normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu?***

1	**2**	**3**	**4**	**5**
Hiç olmadı	Biraz	Orta Derecede	Epey	Çok fazla

9. ***Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı verin. Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarında……***

	Her Zaman	**Çoğu Zaman**	**Oldukça**	**Bazen**	**Nadiren**	**Hiç**
a. Kendinizi hayat dolu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi oldunuz?	1	2	3	4	5	6
c. Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu?	1	2	3	4	5	6
d. Sakin ve huzurlu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz oldu?	1	2	3	4	5	6
f. Mutsuz ve kederli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
g. Kendinizi bitkin hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu ve sevinçli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
i. Yorgun hissettiniz?	1	2	3	4	5	6

10. ***Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde, bu sürenin ne kadarında bendesel sağlığınız ya da duygusal probleminiz, sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu?***

1	**2**	**3**	**4**	**5**
Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Çok ender	Hiçbir zaman

11. ***Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru ya da yanlış olur?***

	Kesinlikle Doğru	**Çoğunlukla Doğru**	**Bilmiyorum**	**Çoğunlukla Yanlış**	**Kesinlikle Yanlış**
a. Başkalarından biraz daha kolay hastalandığımı düşünürüm.	1	2	3	4	5
b. Ben de tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım.	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötü gideceğini sanıyorum.	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmeldir.	1	2	3	4	5

Ek 5.10. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Özet Değerlerin Hesaplanması

(Demiral, Y., "Çalışanlarda ve İşsizlerde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenler ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması" Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi , 2001, İzmir." den alınmıştır.)

SF-36, 36 sorudan ve 8 ayrı bölümden oluşur. Bölüme dahil edilen soruların skorları ağırlıklı toplanarak bölüm skoru elde edilir[1,2]. Daha sonra sekiz sağlık bölümünden elde edilen skorlardan özet sağlık skorları elde edilir. Özet skorların elde edilmesindeki amaç yorumlama ve karşılaştırmalarda kolaylık sağlamasıdır[3].

Fiziksel sağlık özet skoru (FSS) fiziksel sağlık durumunun bir göstergesi olarak fiziksel işlev (Fİ), fiziksel rol (FR), ağrı (A) ve genel sağlık algısı (GS) alt bileşen skorlarından etkilenmektedir. Mental sağlık özet skoru (MSS) mental sağlık göstergesi olarak yaşamsallık (Y), sosyal işlev (Sİ), mental rol (MR) ve mental işlev (Mİ) alt bileşenlerinin bir fonksiyonu olarak değerlendirilmektedir.

Özet skorların elde edilmesi üç basamakta yapılmaktadır.

1. Sorular (items) puanlanır:

SF 36 sorularının puanlaması aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir:

Soru 1

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	5.0
2	4.4
3	3.4
4	2.0
5	1.0

Soru 3a – 3j

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0
3	3.0

Soru 4a – 4d

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0

Soru 5a-5c

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0

Soru 6

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

Soru 7

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	6.0
2	5.4
3	4.2
4	3.1
5	2.2
6	1.0

Soru 8 (eğer 7 ve 8 sorular yanıtlanmış ise)

Başlangıç puan değeri	7.soru başlangıç değeri	Son puan değeri
1	1.0	6.0
1	2-6 arasında	5.0
2	1-6 arasında	4.0
3	1-6 arasında	3.0
4	1-6 arasında	2.0
5	1-6 arasında	1.0

Soru 8 (eğer 7. soru yanıtlanmamış ise)

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	6.0
2	4.75
3	3.5
4	2.25
5	1.0

Soru 9a, 9d, 9e ve 9h

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	6
2	5
3	4
4	3
5	2
6	1

Soru 9b, 9c, 9f, 9g ve 9i

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6

Soru 10

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

Soru 11a ve 11c

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

Soru 11b ve 11d

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

2. Soruların birleştirilmesi ile ölçekler (scales, boyut, bölüm) elde edilir.

Ölçek (boyut)	Soruların son puan değerleri toplamı	Olası en düşük ve en yüksek ham puanlar	Olası ham skor aralığı
Fizik işlev	3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+ 3i+3j	10 – 30	20
Fizik rol	4a+4b+4c+4d	4 – 8	4
Ağrı	7+8	2 – 12	10
Genel sağlık algısı	1+11a+11b+11c+11d	5 – 25	20
Yaşamsallık	9a+9e+9g+9i	4 – 24	20
Sosyal işlev	6+10	2 – 10	8
Mental rol	5a+5b+5c	3 – 6	3
Mental sağlık	9b+9c+9d+9f+9h	5 – 30	25

Boyut skoru = alınan ham puan – olası en düşük ham puan x 100
olası ham puan aralığı

Örnek:
Fizik işlev ham puanı 21 ise
FF= 21-10 x 100
20

FF= 55

(olası en düşük skor 10 ve olası ham puan aralığı 20)

3. Boyutların Z skor dönüştürülmesi ile ağırlıklı toplamları hesaplanarak özet skorlar elde edilir.

Z skor dönüştürmesi

fi_z = (Fİ - 84.52404) / 22.89490

fr_z = (FR - 81.19907) / 33.79729

a_z = (A - 75.49196) / 23.55879

gs_z = (GS- 72.21316) / 20.16964

y_z = (Y - 61.05453) / 20.86942

si_z = (Sİ - 83.59753) / 22.37642

mr_z = (MR - 81.29467) / 33.02717

mi_z = (MS - 74.84212) / 18.01189

FS= (fi_z x 0.42402) + (fr_z x 0.35119) + (a_z x 0.31754) + (gs_z x 0.24954) +
(y_z x 0.02877) + (si_z x (-0.00753)) + (mr_z x (-0.19206)) + (m_z x (-0.22069))

MS = (fi_z x (-0.22999)) + (fr_z x (-0.12329)) + (a_z x (-0.09731)) + (gs_z x (-0.01571)) +
(y_z x 0.23534) + (si_z x 0.26876) + (mr_z x 0.43407) + (mi_z x 0.48581)

Fiziksel özet sağlık skoru (FSS) = 50 + (MS x 10)
Mental özet sağlık skoru (MSS) = 50 + (FS x 10)

FORM NO:

D/K:……/……

Ek 5.11.Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ)

GEREKSİNİMLERİNİZ	***NE KADAR ÖNEMLİ?*** *Lütfen taburcu olup eve gitmeden önce aşağıdaki her bir maddenin sizin için ne kadar önemli olduğunu belirtiniz.* **1= önemli değil, 2= biraz önemli, 3= ne az ne çok önemli, 4= çok önemli, 5= son derece önemli.**					***NE KADAR KARŞILANDI?*** *Lütfen her bir maddede verilen eğitimin bilmek istediğiniz konular için bilgi gereksiniminizi karşılaması açısından nasıl olduğunu belirten en uygun seçeneği seçiniz.* ***0= Bilgi verilmedi*** ***1=hiç karşılanmadı 2=biraz karşılandı 3=ne az ne çok karşılandı 4=çok karşılandı 5=tamamen karşılandı***					
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	***0***	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1. Evde gelişebilecek ve dikkat etmem gereken sorunlar nelerdir?											
2. Enerjimi/gücümü korumak için ne yapmalıyım?											
3. İlaçlarımın her biri nasıl etki ediyor?											
4. Evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edebilirim?											
5. Bağırsak boşaltımı ile ilgili bir problem olursa ne yapmalıyım?											
6. Evdeki bakımımda ne yapmalıyım?											
7. Hastalığım hakkında ailem ve arkadaşlarımla nasıl konuşabilirim?											
8. İlaçlara bağlı bir yan etki gelişirse ne yapmalıyım?											
9. Ailem hastalığımla baş edebilmek için nerelerden yardım alabilir?											
10. Hastalığıma bağlı oluşabilecek sorunlar nelerdir?											
11. Bu hastalık geleceğimi nasıl etkileyecek?											
12. Ne zaman duş alabilir ya da banyo yapabilirim?											
13. Hastalığımın belirtileri neler olabilir?											
14. Ev işlerine/işe ne zaman başlayabilirim?											
15. Ağrımı nasıl giderebilirim?											
16. İlaçlarımın her birini ne kadar süre kullanmalıyım?											
17. Ne kadar süre istirahat etmeliyim?											
18. İlaçlarımın her birini nasıl (aç-tok karına gibi) almalıyım?											
19. Tedavimi kim takip edecek?											
20. Tedavime bağlı oluşabilecek yan etkiler nelerdir?											
21. Hastalığımın belirtileri ortaya çıktığında ne yapmalıyım?											
22. Evde acil bir sağlık sorunum olduğunda nereye başvurabilirim?											

23. Evde yardım için telefonla kimi aramalıyım?											
24. Hastalığımın nedeni/nedenleri nelerdir?											
25. Ameliyat yarasının bakımını nasıl yapmalıyım?											
26. İdrar yapmamla ilgili bir sorunum olursa ne yapmalıyım?											
27. Yemeklerimi nasıl (yağsız, tuzsuz gibi) hazırlamalıyım?											
28. Yemem ve yememem gereken yiyecekler nelerdir?											
29. Yeterli uyuyamazsam ne yapmalıyım?											
30. Yapmamam gereken aktiviteler (ağır kaldırmak gibi) nelerdir?											
31. Acil durumda sağlık kuruluşlarından nasıl yararlanabilirim?											
32. Yaşam/ölümle ilgili duygularımı kiminle konuşabilirim?											
33. Ayaklarıma uygun bakımı nasıl yapmalıyım?											
34. Hangi vitaminleri ve ek gıdaları almalıyım?											
35. Hastalığıma ilişkin duygularımla baş etmek için nereden yardım alabilirim?											
36. Toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabilirim?											
37. İlaçlarımın her birini niçin kullanmam gerekiyor?											
38. Hastalık ve tedavime bağlı gelişebilecek sorunları nasıl önlemeliyim?											
39. İlaçlarımla ilgili olası yan etkiler nelerdir?											
40. Stresle nasıl baş edebilirim?											
41. Klinikten eve nasıl gideceğim?											
42. Hastalığımla ilgili duygularımı nasıl tanımlayabilirim?											
43. Cildimde yara oluşmasını nasıl önlemeliyim?											
44. İlaçlarımın her birini ne zaman almalıyım?											
45. İlaçlarımı nereden/nasıl temin edebilirim?											
46. Stresten nasıl uzak durabilirim?											
47. Tedavimin amaçları nelerdir?											
48. Yapmam gereken hareketler nelerdir?											
49. Cildimde kızarıklık oluşmasını nasıl önlemeliyim?											
50. Bu hastalık yaşamımı nasıl etkileyecek?											

Ek 6. Niteliksel Araştırma Aşamasında Görüşme Yapılan Korner Arter Baypas Greft Uygulanan Hastaların Özellikleri

Hasta no	Hasta kodu, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, çalışma durumu, greft uygulanan damar sayısı, ameliyat üzerinden geçen süre, koroner arter hastalığına eşlik eden durumlar.
1. hasta	FT, Kadın, 79 Yaş, Dul, İlkokul, Emekli Sandığı, Ev Hanımı, üçlü baypas, post.op. 5. Gün, eski MI*, HT**
2. hasta	YG, Erkek, 52 Yaş, Evli, İlkokul, SSK, Emekli İnşaat İşçisi, üçlü baypas, post.op. 5. Gün, eski MI
3. hasta	CÖ, Erkek, 48 Yaş, Evli, İlkokul, SSK, Emekli otomobil tamircisi, ikili baypas, post.op. 7. Gün
4. hasta	SY, Erkek, 63 Yaş, Evli, Lise, Emekli Sandığı, Emekli Başkomiser, üçlü baypas, post.op. 5. Gün, eski MI, HT
5. hasta	HD, Erkek, 41 Yaş, Evli, Ortaokul, Esnaf (Mobilyacı), tekli baypas, post-op. 5. Gün, eski angina
6. hasta	MF, Kadın, 65 Yaş, Dul, Okur-yazar, SSK, Ev Hanımı, üçlü baypas, post.op. 5. Gün, HT
7. hasta	YD, Kadın, 69 Yaş, Dul, İlkokul, Emekli Sandığı, Ev Hanımı, üçlü baypas, post.op. 5. Gün, DM***, eski MI, HT
8. hasta	YT, Erkek, 67 Yaş, Evli, İlkokul, Bağkur, Esnaf (Doğramacı), üçlü baypas, post.op. 5. Gün, HT
9. hasta	HG, Kadın, 79 Yaş, Evli, İlkokul, Emekli Sandığı, Ev Hanımı, üçlü baypas, post.op. 5. Gün
10. hasta	NO, Kadın, 54 Yaş, Dul, Lise, Emekli Sandığı, Emekli Hemşire, üçlü baypas, post.op. 5. Gün, eski MI, HT
11. hasta	RD, Erkek, 52 Yaş, Evli, İlkokul, SSK, Emekli memur (Milli Eğitim), üçlü baypas, post.op. 5. Gün, HT
12. hasta	MEA, Erkek, 63 Yaş, Evli, İlkokul, SSK, İşçi, ikili baypas, post.op. 5. Gün, eski MI, HT
13. hasta	BS, Erkek, 53 Yaş, Evli, İlkokul, Yeşilkart, Çiftçi, dörtlü baypas, post.op. 5. Gün
14. hasta	YB, Kadın, 57 Yaş, Evli, İlkokul, Emekli Sandığı, Ev Hanımı, İkili baypas, post.op. 5. Gün, DM, HT
15. hasta	MÖ, Erkek, 70 Yaş, Evli, İlkokul, Bağkur, Çiftçi, ikili baypas, post.op. 7. Gün, HT
16. hasta	TT, Kadın, 51 Yaş, Evli, Okur-yazar, Bağkur, Ev Hanımı, üçlü baypas, post.op. 5. Gün, DM, eski MI, HT

*MI: Miyokard İnfaktüsü, **HT: Hipertansiyon, ***DM: Diyabetes Mellitus

Ek 7. Koroner Arter Baypas Uygulanan Hastalar İçin Taburculuk Eğitim Kitapçığı" Uzman Görüş Formu

UZMAN GÖRÜŞÜ FORMU

Sayın ……

Koroner Arter Baypass Greft (KABG) ameliyatı geçiren hastalar için **"Yenilenen Kalbinizle Uyumlu Bir Yaşam İçin"** isimli bir eğitim kitapçığı hazırlanmıştır. Bu kitapçık Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programında yürütülmekte olan "Koroner Arter Baypass Greftli Hastalarda Hemşirelik Girişimlerinin Öğrenim Gereksiniminin Karşılanması, İyileşme Algısı, Başetme-Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı doktora tezinin üçüncü aşamasında kullanılmak üzere araştırmacı ve danışmanı tarafından geliştirilmiştir. Doktora tezinin ikinci aşamasında KABG geçiren hastaların taburculuk öncesi evde bakıma yönelik stresörleri nitel araştırma yöntemiyle belirlenmiş; kitapçık içeriği belirlenen bu stresörler de dikkate alınarak, kanıta dayalı rehberler, kılavuzlar ve literatür doğrultusunda oluşturulmuş, ayrıca kitapçık Roy'un Uyum Modeli'ne temellendirilmiştir. Aynı zamanda ulusal ve uluslararası birçok hastane ve organizasyonun hasta eğitim materyallerinden yararlanılmıştır.

"Yenilenen Kalbinizle Uyumlu Bir Yaşam İçin" kitapçığı soru-cevap şeklinde düzenlenmiştir; hastaların taburculuktaki bilgi gereksinimlerini belirlemede kullanılan Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin maddelerinin bazıları kitapçık içinde soru olarak yer almıştır. Kitapçık içeriğine son şeklini vermeden önce tüm ifadeler gözden geçirilmiş, hastalarımızın kültürel ve eğitim düzeyi göz önünde bulundurulmuştur.

Bu eğitim kitapçığı hastalarımızın, kalp ameliyatı sonrası yeni yaşamlarına en kısa sürede ve en etkili şekilde uyum sağlayabilmeleri amacıyla hazırlanmıştır. Hastaların bilgi öncelikleri ve stresle başetme durumuna göre, bireye özgü bir taburculuk programının oluşturulmasında kitapçığın faydalı olacağını umuyoruz. Ayrıca buradaki bilgilerin iyileşme sürecinde karşılaşabilecekleri sorunları önleme ya da onlarla başetmede ve yaşamlarını bağımsız sürdürülebilmede güçlendirilmelerini, böylece yaşam kalitelerinin arttırılmasını amaçlıyoruz.

Hastalarımızın daha iyi yaralanabilmesi için siz değerli uzmanların deneyimleri, bilimsel birikimleri ile eleştirel bakarak vereceğiniz çok değerli katkı ve önerileriniz bu kitapçığın geliştirilmesini sağlayacaktır. Bu nedenle zaman ayırarak verdiğiniz katkı ve öneriler için şimdiden teşekkürlerimizi sunmak isteriz.

"Yenilenen Kalbinizle Uyumlu Bir Yaşam İçin" eğitim kitapçığının değerlendirilmesini kolaylaştırmak ve analiz edebilmek amacıyla aşağıda sorular verilmiştir. Kitapçığı değerlendirmeniz ve eklemek istediğiniz önerilerinizi belirtmeniz kitapçığın yararlılığını, hastalarımızın memnuniyetlerini ve bakım sonuçlarını yükselteceğini umuyoruz.

Not: Önerilerinizi size verilen kitapçık içinde de belirtebilirsiniz.

Değerlendirme:

4. Çok uygun

3. Uygun ancak ufak değişiklik gerekiyor

2. Uygun şekle getirilmeli

1. Uygun değil

Hasta Kitapçığının Adı: "Yenilenen Kalbinizle Uyumlu Bir Yaşam İçin"

Değerlendiren Uzmanın Adı-Soyadı:

1. Kitapçığın adı içerik ve amacına uygun mu?

1	**2**	**3**	**4**

Öneriniz:

2. Kitapçıkta yer alan içerik hastalarımızın gereksinimini karşılamak için yeterli mi?

1	**2**	**3**	**4**

a. Bu kitapçıkta çıkarılmasını önerdiğiniz bilgi, konu ya da bölüm varsa belirtiniz.

b. Bu kitapçıkta eklenmesini uygun gördüğünüz konu ya da bölüm varsa belirtiniz.

3. Kitapçığın uzunluğu hastalar için uygun mu?

1	**2**	**3**	**4**

Öneriniz:

4. **Kitapçıkta yer alan bilgiler diğer disiplinlerin verdiği bilgilerle uyumlu mu?**

1	2	3	4

a. Bu kitapçıkta çıkarılmasını önerdiğiniz bilgi, konu ya da bölüm varsa belirtiniz.

b. Bu kitapçıkta eklenmesini uygun gördüğünüz konu ya da bölüm varsa belirtiniz.

c. Bu kitapçıkta değiştirilmesi uygun gördüğünüz konu ya da bölüm varsa belirtiniz.

5. Kitapçığın içerindeki bilgiler, hastalara mutlaka verilmesi gereken bilgiler mi?

1	2	3	4

Öneriniz:

6. Kitapçığın yazım dili hastaların anlayacağı düzeyde mi?

1	2	3	4

Öneriniz:

7. Kitapçıkta içeriğin verilme adımları hastaların anlaması açısından uygun mu?

1	2	3	4

Öneriniz:

8. Kitapçığın şekilsel dizaynı hastaların ilgisini çekebilecek düzeyde mi?

1	2	3	4

Öneriniz:

9. Kitapçıkta yer alan bilgiler ve öneriler hastalar tarafından uygulanabilir mi?

1	2	3	4

Öneriniz:

10. Kitapçık değerlendirildikten sonra klinikte rutin hasta bakımında sürekli kullanım için uygun mu?

1	2	3	4

Öneriniz:

Sayın uzmanlara, çok değerli katkı ve önerileri için teşekkürlerimizi sunarız.

Emine ÇATAL

Aklime DİCLE

Ek 8. Koroner Arter Baypas Uygulanan Hastalar İçin Taburculuk Eğitim Kitapçığı İçin Görüş Alınan Uzmanlar

Adı-Soyadı	**Çalıştığı Kurum/Üniversite**
Prof. Dr. Sevgi Hatipoğlu	GATA Hemşirelik Yüksekokulu Emekli Öğretim Üyesi
Doç.Dr. Ozan ERRBASAN	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanı
Doç. Dr. Mustafa EMMİLER	Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Klinik Şefi
Doç. Dr. Fatma DEMİR	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç.Dr. Fatma CEBECİ	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yrd. Doç. Dr. Özlem BİLİK	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Uzm. Dr. Raif Umut AYOĞLU	Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Başasistanı
Hemş. Gökmen A. BÜYÜK	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi Sorumlu Hemşiresi
Hemş. Ayşegül ÜNLÜ YİĞİT	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Klinik Sorumlu Hemşiresi
Hem. Ayça Nalan SARIBAŞ	Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Klinik Sorumlu Hemşiresi

Ek 9. Araştırmacının Özgeçmişi

ÖZGEÇMİŞ

1. **Adı Soyadı:** EMİNE ÇATAL
2. **Doğum Yeri ve Tarihi:** Fethiye/1979
3. **Ünvanı:** Öğretim Görevlisi

Adresi: Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu
Dumlupınar Bulvarı 07058, Kampüs, Antalya
İş Tel: 0 242 2275963-6918
Fax: 0 242 2261469
E-mail: eminecatal@akdeniz.edu.tr

4. **Öğrenim Durumu:**

Derece	**Alan**	**Üniversite**	**Yıl**
Lisans	Hemşirelik	Dokuz Eylül Üniversitesi	1999-2004
Y. Lisans	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	Dokuz Eylül Üniversitesi	2004-2007
Doktora	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2008-

5. **Akademik Unvanlar:**

Yardımcı Doçentlik Tarihi:
Doçentlik Tarihi :
Profesörlük Tarihi:

6. **Yönetilen Yüksek Lisans ve Doktora Tezleri**

6.1. Yüksek Lisans Tezleri: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2007, İzmir.

6.2. Doktora Tezleri

7. Yayınlar

7.1. Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler (SCI & SSCI & Arts and Humanities)

7.2. Uluslararası diğer hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

7.3. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

7.3.1. **Çatal E,** Dicle A. A validity and reliability study of the coping and adaptation processing scale in Turkey. Acute Cardiac Care 2012, İstanbul.

7.3.2. **Çatal E,** Dicle A. To determine the stressors of patients who undergoing coronary artery bypass greft surgery before discharge according to Roy Adaptation Model: A qualitative study. Acute Cardiac Care 2012, İstanbul.

7.3.3. Durmaz A, Baksi A, Savcı A, Ordin SY, **Çatal E**' Sucu G. Doctorate projects and acquisitions in the field of surgical nursing, ORPHEUS (Organisation for PhD Education in Biomedicine and Health Sciences in the European System_PhD Quality Indicators for Biomedicine and Health Science), 2011, İzmir *[poster ikincilik ödülü kazanmıştır]*.

7.3.4. Savcı A, Durmaz, Baksi A, Ordin SY, **Çatal E,** Sucu G. A critical view of the doctoral program of surgical diseases nursing from the aspect of students, ORPHEUS(Organisation for PhD Education in Biomedicine and Health Sciences in the European System_PhD Quality Indicators for Biomedicine and Health Science), 2011, İzmir.

7.3.5. **Çatal E,** İzmir-Araştırmaların Uygulamaya Yansıması, III. Uluslararası & X. Ulusal Hemşirelik Kongresi (07-10 Eylül, form-konuşmacı) 2005, İzmir.

7.4. Yazılan uluslararası kitaplar veya kitaplarda bölümler

7.5. Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

7.5.1. **Çatal E,** Dicle A. <Teori ↔ Araştırma> Bileşeni: Roy Uyum Modeli Örneği. DEUHYO ED 2014, 7(1):33-45, from http://www.deuhyoedergi.org/index.php/DEUHYOED/issue/current.

7.5.2. **Çatal E,** Dicle A. Koroner Arter Bypass Greftli Hastalarda Erken Dönem Hemşirelik Bakımının Roy Uyum Modeline Göre Analizi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2011, 13 (2) ss: 68-81.

7.5.3. **Çatal E,** Dicle A. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. DEUHYO ED 2008, 1(1):19-32, from http://deuhyoedergi.xm.com/200805144.pdf.

7.6. Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

7.6.1. Karazeybek E, Cebeci F, Sucu G, Aksoy N, **Çatal E.** (2012). Cerrahi hastalıkları hemşireliği klinik öğretim ortamını kolaylaştırıcı bir uygulama: yönlendirme/öğrenme kılavuzları. 18. Ulusal Cerrahi Kongresi, 23-27 Mayıs 2011 Kaya Otel & Kongre Merkezi, İzmir, (Poster Bildiri).

7.6.2. **Çatal E,** Cebeci F, Karazeybek E, Sucu G, Mutlu Aksoy N, Geleneksel eğitim alan hemşirelik intörn öğrencilerinin klinik öğrenme ortamını değerlendirmeleri, 13. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Sözel Bildiri [SS-52], 2011, Şanlıurfa.

7.6.3. **Çatal E,** Dicle A. Probleme dayalı öğrenim modelinde eğitim alan hemşirelik intörn öğrencilerinin klinik öğrenme ortamını değerlendirmeleri, 13. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Sözel Bildiri [SS-07], 2011, Şanlıurfa.

7.6.4. **Çatal E,** Cebeci F, Vicdan N. Antalya İli Hemşire ve Ebelerinin Hemşirelik ve Ebelik Haftalarına İlişkin Görüş, Öneri ve Değerlendirmeleri, 13. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Poster Bildiri [PP-238] 2011, Şanlıurfa.

7.6.5. **Çatal E.** Göğüs Travmaları, Travma Paneli: Kanıta Dayalı Hemşirelik Yaklaşımları I. Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi (30 Eylül-2 Kasım, konuşmacı) 2011, Kuşadası.

7.6.6. Dicle A, **Çatal E.** Batın Cerrahisi Uygulanan Hastaların Taburculukta Bilgi Öncelikleri Nelerdir? Verilen Bilgiler Gereksinimlerini Ne Kadar Karşılıyor? 17. Ulusal Cerrahi Kongre Özet Kitabı, Sözel Bildiri [HS56], 2010, Ankara.

7.6.7. Ayhan Y, **Çatal E,** Karayağız G. ve ark. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Toplumsal Duyarlılık Projeleri Eğitime Destek Projesi. III. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongre Kitabı, Poster Bildiri, 2004, Edirne.

7.6.8. Alçay R, **Çatal E,** Karakaş Z. ve ark. Probleme Dayalı Öğrenim Modeli İle Eğitim Alan Tıp ve Hemşirelik Öğrencilerinin Empatik Eğilim ve Empatik Beceri Düzeylerinin Karşılaştırılması. II. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongre Kitabı, Poster Bildiri, 2003, İzmir.

7.7 Diğer (Konferans, Kongre, Workshop, Sempozyum)

7.7.1 Kongreler

7.7.1.1 15. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi (2-6 Ekim 2013, Antalya).

7.7.1.2 II. Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi (3-5 Haziran 2013, Antalya).

7.7.1.3 Uluslararası Katılımlı I.Cerrahi Hemşireliği Kanıta Dayalı Uygulamalar Kongresi: Yara ve Stoma Bakımı (10-12 Eylül 2012, İzmir).

7.7.1.4 Acute Cardiac Care 2012 (20-22 October 2012, Istanbul).

7.7.1.5 13. Ulusal Hemşirelik Kongresi (19-21 Ekim 2011, Şanlıurfa).

7.7.1.6 I. Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi (30 Eylül-2 Kasım 2011, Kuşadası).

7.7.1.7 17. Ulusal Cerrahi Kongresi (26-29 Mayıs 2010, Ankara).

7.7.1.8 Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi (4-8 Eylül 2007, Gaziantep).

7.7.1.9 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi (5-7 Nisan 2007,İzmir).

7.7.1.10 Ulusal Cerrahi Kongresi (24-28 Mayıs 2006, Antalya).

7.7.1.11 3. Uluslararası & 10. Ulusal Hemşirelik Kongresi (07-10 Eylül 2005, İzmir Araştırmaların Uygulamaya Yansıması konulu form-konuşmacı).

7.7.1.12 3. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi (29–30 Nisan 2004, Edirne).

7.7.1.13 2. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi (8-9 Mayıs 2003).

7.7.2 Konferans, worksop, sempozyum ve seminerler

7.7.2.1 Elektronik Hemşirelik Bakım Süreci Kolokyumu (6-7 Aralık 2013, Antalya).

7.7.2.2 Hemşirelikte Kavramsal Model Kullanımı Çalıştayı (18-19 Aralık 2009, Antalya).

7.7.2.3 The Value of Nursing Research Based on Models and Theories çalıştayı (10 Temmuz 2008, İzmir).

7.7.2.4 Proje Hazırlama Eğitim Semineri (3–4–5 Nisan 2008, Gümüldür).

7.7.2.5 Leonardo da Vinci Programı ve Uygulamaları: Avrupa Birliği Mesleki Eğitim Programı Konferansı (27 Mart 2008, İzmir).

7.7.2.6 AREL Sempozyumu Tıpta Proje Yönetimi-III (26 Mart 2008, İzmir).

7.7.2.7 Bilimde Yazım Sempozyumu (22 Mart 2008, İzmir).

7.7.2.8 Bilim ve Araştırma Etiği Sempozyumu (4 Mart 2008, İzmir).

7.7.2.9 Sterilizasyon & Dezenfeksiyon Eğitim Semineri (2 Aralık 2006, İzmir).

7.7.2.10 3rd International Nursing Management Conference (9-11 Kasım 2006, Kuşadası).

7.7.2.11 Kadın, Hemşirelik ve Politika Yaz Konferansları-V (23-24 Haziran 2005, İzmir).

7.7.2.12 Türk Hemşireliğinde Kilometre Taşları Yaz Konferansı (6-7 Eylül 2004, İzmir).

7.7.2.13 Türkiye AIDS ve 5. CIGH Sempozyumu (18-19-20 Ekim 2004, İzmir).

7.7.2.14 12 Mayıs Hemşirelik Haftası Etkinlikleri-Türk Hemşireler Derneği (12 Mayıs 2006, İzmir-Hemşirelikte Bilimsel Araştırmanın Önemi, konuşmacı).

7.7.3 **Kurslar**

7.7.3.1 Acil Bakım Hemşireliği Kursu (2013, Antalya-Eğitimci).

7.7.3.2 IX. Araştırma Seminerleri- Nvivo 8 Programı (Ocak 2011, Belek ANTALYA)

7.7.3.3 Sağlık Bakanlığı Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu (29 Mart–21 Mayıs 2010, İAEAH, İzmir-Eğitimci).

7.7.3.4 Sağlık Bakanlığı Acil Bakım Hemşireliği Kursu (28 Eylül- 31 Ekim 2009, İAEAH, İzmir-Eğitimci).

7.7.3.5 Kalitatif AraştırmaYöntemleri Kursu (26-28 Şubat 2009, Sağlık için Sosyal Bilimler Derneği (SASBİL), Yeditepe Üniversitesi, İstanbul).

7.7.3.6 Kalitatif Araştırma Kursu (12-14 Ocak 2009, Antalya Sağlık Yüksekokulu ve Akdeniz Sağlık Yüksekokulu, Antalya).

7.7.3.7 Sağlık Bakanlığı Acil Bakım Hemşireliği Kursu (06 Ekim–28 Kasım 2008, İAEAH, İzmir-Eğitimci).

7.7.3.8 Sağlık Bakanlığı Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu (06 Ekim–28 Kasım 2008, İAEAH, İzmir-Eğitimci).

7.7.3.9 Sağlık Bakanlığı Acil Bakım Hemşireliği Kursu (30 Ekim-01 Aralık 2006, İAEAH, İzmir-Eğitimci).

8. Projeler

8.1. Antalya İli Hemşirelerinin Araştırma Kullanım Engelleri ve Kolaylaştırıcıları (proje yürütücüsü)

8.2. Eğitime Destek Projesi Eylül 2003-Haziran 2004 (proje yürütücüsü).

8.3. Karşıyaka Çocuk Yuvasındaki Çocukları Güçlendirme Projesi, 0-2 Yaş Grubu Eylül 2001-Haziran 2002 (proje yürütücüsü).

9. Görevler

GÖREV DÖNEMİ	KURUM	BÖLÜM
2013-	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	Hemşirelik Bölümü-Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Aralık 2010-2013	Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu	Hemşirelik Bölümü-Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
20.08.2007-24.11.2010	İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Başhemşirelik Süpervisör
11.09.2006–17.08.2007	İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Ameliyathane Sorumlu hemşire
06.03.2006–10.09.2006	İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Başhemşirelik Süpervisör
10.08.1999–05.03.2006	İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Klinik hemşireliği
06.01.1998-10.08.1999	Van İli Çatak İlçesi Karşıyaka 2 No'lu Sağlık Ocağı	Halk sağlığı hemşireliği

10. Bilimsel ve Mesleki Kuruluşlara Üyelikler

1. Türk Hemşireler Derneği (2002-devam ediyor)
2. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği-HEMARGE (2004-devam ediyor)
3. Hemşirelik Eğitimi Derneği (2011-devam ediyor)

11. Ödüller

🏆 2007 D.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü yükseklisans 3.'lüğü.

🏆 2004 D.E.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu lisans okul 2.'liği,

🏆 2001 D.E.Ü. 20. Rektörlük Kupası İkinci Bayanlar Ligi Voleybol Takım 3.'lüğü,

🏆 1996 Sağlık Meslek Lisesi Okul 3.'lüğü,

🏆 1994 Liseler arası Atletizm Takım 1.'liği (Kros),

🏆 1993 Sağlık Meslek Liseleri arası Voleybol turnuvası takım 5.'liği,

🏆 1993 Sağlık Meslek Liseleri arası Basketbol turnuvası takım 6.'lığı

🏆 1993 Sağlık Meslek Liseleri arası Folklor yarışması Türkiye 3.'lüğü.

12. Son iki yılda verdiğiniz lisans ve lisansüstü düzeydeki dersler için aşağıdaki tabloyu doldurunuz.

Akademik Yıl	Dönem	Dersin Adı	Haftalık Saati	
			Teorik	Uygulama
2010-2011	Güz			
	İlkbahar	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği (lisans)	1	12
		İntörn Uygulama Dersi (lisans)	0	15
	Yaz Okulu	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği (lisans)	2	12
2011-2012	Güz	İç Hastalıkları Hemşireliği (lisans)	-	12
		Afetlerde Bakım ve İlk Yardım (lisans)	1	-
	İlkbahar	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği (lisans)		
	Yaz Okulu	Sağlık ve İlk Yardım Bilgisi-SOSBİL (önlisans)	2	-
2012-2013	Güz	İç Hastalıkları Hemşireliği (lisans)	-	12
		Afetlerde Bakım ve İlk Yardım (lisans)	1	-
	Bahar	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği (lisans)	2	12
		İntörn Uygulama Dersi (lisans)	0	15
		Sağlık ve İlk Yardım-Turizm Fakültesi (lisans)	2	-
2013-2014	Güz	İç Hastalıkları Hemşireliği (lisans)	-	12
		Afetlerde Bakım ve İlk Yardım (lisans)	1	-
	Bahar	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği (lisans)	2	12
		Acil Bakım Hemşireliği (lisans)	2	-
		Travma Hemşireliği (lisans)	2	-
		İntörn Uygulama Dersi (lisans)	0	15
		Sağlık ve İlk Yardım-Turizm Fakültesi (lisans)	2	-
		İlk Yardım-Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu (önlisans)	1	-
2014-2015	Güz	İç Hastalıkları Hemşireliği (lisans)	-	12

Ek 10. Tezden Yapılan Çalışmalar

Doktora Tezi Süresince tezden üretilen ve planlanan yayınlar aşağıda belirtilmiştir.

- **Yeterlik Makalesi:** Koroner Arter Bypas Greftli Hastalarda Erken Dönem Hemşirelik Bakımının Roy'un Uyum Modeli'ne Göre Analizi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2011, 13 (2) ss: 68-81.
- **Doktora Tezinin I. Aşaması*:** A validity and reliability study of the Coping and Adaptation Processing Scale in Turkey, Acute Cardiac Care 2012 **[**European Society of Cardiology Congress**]**, 20-22 Ekim 2012 (poster bildiri), İstanbul.
- **Doktora Tezini II. Aşaması*:** To determine the stressors of patients who undergoing coronary artery bypass greft surgery before discharge according to Roy Adaptation Model: A qualitative study, Acute Cardiac Care 2012 **[**European Society of Cardiology Congress**]**, 20-22 Ekim 2012 (poster bildiri), İstanbul.
  **Doktora tezinin I. ve II. aşaması aynı isimle yayın olma sürecindedir.*
- **Doktora Tezini III. Aşaması:** Koroner Arter Baypas Greftli Hastalarda Hemşirelik Girişimlerinin Öğrenim Gereksiniminin Karşılanması, İyileşme Algısı, Başetme-Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi ismiyle yayın olması planlanmaktadır.
- **Diğer:** <Teori ↔ Araştırma Bileşeni>: Roy'un Uyum Modeli Örneği. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi (DEUHYO ED), 2014 7(1): 33-45.

Ek 11. Koroner Arter Baypas Uygulanan Hastalar İçin Taburculuk Eğitim Kitapçığı

"YENİLENEN KALP DAMARLARINIZLA UYUMLU BİR YAŞAM İÇİN"



YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. Abacı A. Kardiyovasküler risk faktörlerinin ülkemizdeki durumu. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları,* 2011;39 (4):1-5.
2. Aroesty JM (2008) Patient information: coronary artery bypass graft surgery, from http:// www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=hrt_dis/12928
3. Fredericks S, Ibrahim S, Puri R. Coronary artery bypass graft surgery patient education: a systematic review. *Progress in Cardiovascular Nursing,* 2009;24(4):162-168.
4. Gao FJ, Yao KP, Tsai CS, Wang KY. Predictors of health care needs in discharged patients who have undergone coronary artery bypass graft surgery. *Heart&Lung*, 2009; 38(3):182-91.
5. Hawkes AL, Nowak M, Bidstrup B, Speare R. Outcomes of coronary artery bypass graft surgery. *Vascular Health and Risk Management*, 2006; 2(4):477-84.Theobald K, McMurray A. Coronary artery bypass graft surgery: discharge planning for successful recovery. *Journal of Advanced Nursing,* 2004; 47(5):483-91.
6. Hillis L.D. and et. al. A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association task force on practice guidelines. 2011 ACCF/AHA guideline for coronary artery bypass graft surgery. JACC, 2011; 58 (24):123-210.
7. Martin C.G, Turkelson S.L, Nursing care of the patient undergoing coronary artery bypass grafting, Journal of Cardiovascular Nursing, 2006; 21 (2): 109-117.
8. Moreno M.E, Durán M.M and Hernandez Á. Nursing care for adaptation. Nursing Science Quarterly, 2009; 22 (1): 67-73.
9. Mullen-Fortino M, O'Brien N, Caring for a patient after coronary artery bypass graft. Follow this system-by-system approach to keeping your patient stable and steering clear of complications. Nursing 2008;46 (ANCC/AACN contact hours. From http://www.nursing2008.com).
10. Onat A, Murat S.N Çiçek G, Ayhan E, Örnek E, Kaya H, Gümrükçüoğlu H.A, Doğan Y, Can G. Türkiye'de ölüm ve koroner hastalık insidansının bölgesel dağılımları: TEKHARF 2010 taraması sonuçları. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları*, 2011;39(4):263-268.
11. Roy C. & Andrews H.A. The roy adaptation model. Third Edition, Prentice Hall Company, 2008, USA.
12. Sawatzky JA, Naimark BJ. Coronary artery bypass graft surgery: exploring a broader perspective of risks and outcomes. *The Journal of Cardiovascular Nursing,* 2009; 24(3):198-206.
13. Türk Kardiyoloji Derneği, Miyokardiyal revaskilarizasyon kılavuzu. Çev: Wijns W, Kolhp and et al. (ESC and EACTS task groups), ESC guidelines of myocardial revascularisation, 2010, from http://www.tkd-online.org/dergi/TKDA_38_70_19_78.pdf.

YARARLANILAN EĞİTİM KİTAPÇIĞI KAYNAKLARI

1. Cardiac Support Team Feb 2003, revised Aug 2007. After heart surgery information and advice to aid your recovery. Royal Berkshire NHS Foundation Trust, Deparment of Cardiology. from http://www.royalberkshire.nhs.uk.
2. Cardiac surgery patient information cardiovascular and thoracic care group, version Number 1, July 2010 Review date July 2012, Author C Hubbard; Southampton University Hospitals NHS Trust. from http://www.heartbeat.co.uk.
3. Cebeci F. Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastalara verilen taburculuk eğitimi ve danışmanlık hizmetinin öz-bakım gücüne, anksiyete ve depresyon durumuna etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Ankara, 2009.
4. Hatipoğlu F.S. Kalbiniz ve siz. Açık kalp ameliyatından sonra uyulması gerekli hususlar. Damla Matbaacılık, 1994, Ankara.
5. Home activity programme after cardiac surgery information for patients, Oxford Radcliffe Hospitals NHS Trust; Oxford Heart Centre. Viv Drohan, Cardiothoracic Team Leader version 3, May 2011. from http://www.oxfordradcliffe.nhs.uk./patientinformation.
6. Lacey CM, Tozer LML, Cacavas G. Cardiac education booklet, A guide for patient. Monash Heart Southern Health, Clayton 2010. from http://www.southernhealth.org.au.
7. Open heart surgery advice booklet, Landcashire Cardiac Centre. Blackpool, Fylde and Wyre Hospitals NHS Foundation Trust. from http://www.heartuk.org.uk.
8. Path to recovery after heart surgery patient education The Regional Cardiac and Vascular Patient Education Committee, Hamilton Health Sciences, St. Joseph's Healthcare, Hamilton Ontario pted/lrgbk/PathToRecoveryAfterHeartSurg-trh.doc, June 21, 2008.
9. Patient's guide to returning to fitness after heart surgery, Physiotherapy Department, Papworth Hospital NHS Foundation. from http://www.papworth-hospital.org.uk.
10. Physiotherapy post cardiac surgery, physiotherapy ınstructions, physiotherapy department 01 2936692; last revised April 2011, UPMC Beacon Hospital. from http://www.beaconhospital.ie/images/physio/Cardiac_Rehabilition_Phase_1.pdf./ http://www.beaconhospital.ie/images/physio/Cardiac_Rehabilitation_Phase_2.pdf.
11. Pike D. Physiotherapy advice for patients undergoing heart surgery, July 2001 Plymouth Hospitals NHS Trust St. James Hospital Keith Shaw Cardiac Surgery Unit. "Information for paient who are waiting for heart surgery".
12. Shand N, Taggart D.P, Taylor K. Having heart surgery British Heart Foundation, Greater London House; June 2010. from http://www.bhf.org.uk.

What every heart surgery patient needs to know, WG85-0733 Rev.07/2003. Maritime Heart Center. from http://www.medicine.dal.ca/surgery/mhc