

KORONER ARTER BYPASS AMELİYATI OLAN HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ*

Ar. Gör. Nurcan YILDIRIM
Prof. Dr. Meliha ATALAY

ÖZET

AMAÇ: Bu araştırma, koroner arter bypass ameliyatı olan hastaların yaşam kalitelerinin ne kadar etkilendiğini belirlemek amacıyla yapılmıştır. **ARAŞTIRMANIN TÜRÜ:** Tanımlayıcı araştırma. **VERİ TOPLAMA TARİHİ VE YÖNTEM:** 15 Aralık 1999-Ekim 2000 tarihleri arasında yapılan araştırma, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesi Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Servisleri'nde ameliyat olan hastaların evlerinde ve Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Poliklinikleri'nde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini aynı hastanelerde son altı ay ile altı hafta önce açık kalp ameliyatı olan hastalar oluşturmuştur. Örneklem kapsamına son altı ay ile altı hafta önce koroner arter bypass ameliyatı olan 30 hasta alınmıştır. **BULGULAR VE SONUÇ:** Verilerin değerlendirilmesi sonucu, koroner arter bypass ameliyatı olan hastaların yaşam kalitelerinin yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, post-operatif dönemde ortaya çıkan sorunlar (fizyolojik sorunlar) gibi durumlardan olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Koroner arter bypass ameliyatı, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

THE EVALUATION OF THE LIFE-QUALITY OF THE PATIENTS WITH CORONARY ARTERY BYPASS OPERATION

PURPOSE: This study has been performed descriptively to determine the changes in the quality of life of the patients who undergo a coronary artery bypass operation. **TYPE OF RESEARCH:** Descriptive research **METHODOLOGY:** The research, dated 15 December 1999-October 2000, has been done in the houses of the patients who had an operation of the department of Cardiology of Gevher Nesibe Hospital, Medical Faculty of Erciyes University and at Medical Faculty of Cumhuriyet University and in the polyclinics of cardiology departments. This research included 30 patients who underwent a coronary artery bypass operation within the last six months and six weeks before. **FINDINGS AND RESULTS:** The findings showed that the quality of life was affected by age, sex, job, education, post-operative education and the problems in this period, etc.

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

GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından tanımlanmış olup, bireylerin kendilerini nasıl hissettikleri ve günlük yaşam aktivitelerini nasıl ve ne yeterlilikte yerine getirdikleri ile ilgili olarak, sağlık statüsünü açıklamak için

kullanılan bir kavramdır. Son yıllarda "hastaların var/mevcut olan fonksiyon düzeyine karşın, ne algıladıklarının değerlendirilmesi ve bunlardan aldığı doyum" şeklinde yorumlanan yaşam kalitesi, çok boyutlu bir kavram olup, bireyin fiziksel (hareket etme, yeme-içme, boşaltım gibi temel gereksi-

* Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Sivas (Danışman: Atalay, M.)

** Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Araştırma Görevlisi

*** Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, Öğretim Üyesi

nimlerinin karşılanmasına), hastalık yada tedavi ile ilgili (ağrı, solunum yetmezliği gibi hastalık semptomları ile sedasyon, bulantı, kusma gibi ilaç tedavisi komplikasyonları), psikolojik (anksiyete, depresyon, stres vb.) ve sosyal (normal sosyal insan ilişkilerini sürdürme, aile içi rollerin gereği sorumlulukları yerine getirebilme) yönlerine ilişkin yorumlar, değerlendirmeler getirmektedir (Akyol 1993 a, Ganz 1994, Şahin 1996).

Bireyin yaşam kalitesini, hastalıklar, karşılaştığı olumsuz durumlar ve bireysel özellikleri etkilemektedir. Yaşam kalitesini etkileyen önemli hastalıklardan birisi de koroner arter hastalığı (KAH) ve bu hastalığın en çok başvuru alan tedavi yöntemi olan koroner arter bypass ameliyatıdır (Finkelmeier 2000, Harkness ve Dincher 1999, Lewis ve ark. 1996, Solak 1995).

Koroner arter bypass ameliyatı hastaların yaşam sürelerini uzatmasına karşın, ameliyatın yaşamsal bir organla ilgili olması nedeniyle hastanın, kalp-akciğer makinasına (Extracorporeal circulation=ECC) bağlı kalma süresinin uzaması, değişen damar sayısının fazla olması ve mikroembolizm gibi durumlar, işlemle ilgili komplikasyon riskini artırmakta, hastada yaşamını kaybetme korkusuna neden olmakta ve iyileşme süresini uzatmaktadır. Ayrıca, greft yapılan damarın 10 yıl içinde tıkanma olasılığı da olduğu için, hastaların post-operatif dönemde yaşam biçimlerini ameliyat öncesi dönemine göre değiştirip yeniden düzenlemeleri gerekmektedir. Bu yeni düzenlemeler beslenme alışkanlıklarını değiştirmeyi, aktivitelerin bazılarını sınırlamalar getirmeyi (koşma, tenis vb.), sigara içiyorsa bırakmayı, çalışma ve boş vakitlerini değerlendirmede yeni düzenlemelere gitmelerini, aşırı stres veren etkinliklerden kaçınmayı ayrıca hastaların çoğunda uzun süreli ilaç kullanma zorunluluğunu içerebilmektedir. Koroner arter bypass ameliyatı nedeniyle hastalarda kardiyak ritm bozukluğu, atriyal fibrilasyon, kuvvetsizlik, insizyon yerinde duyu kaybı, iştahsızlık,

diyete uyumsuzluk, konstipasyon, sisti, ayrıca safen ven grefti kullanılmışsa; lenf ödemi, yürüme ve merdiven çıkmada zorlanma, bacakta ağrı gibi fizyolojik komplikasyonlar ile depresyon, gelecekte korkma, cinsel yaşamda değişim/yetersizlik, ölüm korkusu, işe başlamada isteksizlik gibi psikolojik sorunlar gelişmesi de hastaların yaşam kalitesini oldukça etkilemektedir (Akyolcu ve Akyolcu 1990, Canobbio 1996, Duits ve ark. 1997, Jaarsma ve ark. 1995, Parniello 1986).

Hemşirelerin temel görevleri insan yaşamının kalitesini yada niteliğini artırmak, birey aile ve toplumun gönencine katkı vermek ve insanların yaşamdan daha çok doyum almalarına destek olmaktır. Bu temel görev anlayışı içerisinde hemşirelerin koroner arter bypass ameliyatı olan hastaların yaşamlarındaki bu önemli değişimler nedeniyle onları bütüncül bir yaklaşımla ele almaları ve profesyonel anlamda yaşam kalitelerini iyileştirmek için katkı vermeleri gerekmektedir. Bu katkı koroner arter bypass ameliyatı olan hastaların karşı karşıya gelebilecekleri fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerle ilgili bilgilendirilmelerini, fizyolojik komplikasyonların önlenmesini ve gelişebilecek komplikasyonlarla başetmelerine yönelik eğitilmelerini içermektedir. Bu nedenle, koroner arter bypass ameliyatından sonra hastanın yaşamında ortaya çıkan değişimlerin ve sorunların belirlenmesi, hemşirelere hastalara hangi konuda rehberlik etmeleri gerektiğine temel oluşturacaktır. Hemşirenin koroner arter bypass ameliyatı olan hastalara danışmanlık yapabilmeleri ve onlar için eğitim programları düzenlemeleri, hastadan elde edilecek kapsamlı veriler doğrultusunda gerçekleştirilebilir (Akyol 1993a,b). Bu araştırma anılan nedenlerle planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Amacı

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

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırmanın Şekli

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

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, (hasta sayısının yetersiz olması nedeniyle) Cumhuriyet Üniversitesi (C.Ü.) Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile Erciyes Üniversitesi (E.Ü.) Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesi Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Servisleri'nde ameliyat olan hastaların evlerinde ve Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Poliklinikleri'nde yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Sivas ili C.Ü. Sağlık Hizmetleri, Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Kayseri ili E.Ü. Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesi Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Servislerinde son altı ay ile altı hafta önce açık kalp ameliyatı olan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme, 15 Aralık 1999-Ekim 2000 tarihleri arasında aynı hastanelerde koroner arter bypass ameliyatı olan hastalar alınmıştır. Koroner arter bypass ameliyatı olan hasta sayısı az olduğu için evrenin tümü örnekleme oluşturmuştur. Yapılan araştırmalarda (Jaarsma ve ark. 1995, Westin ve ark. 1997) hastaların bypass ameliyatından sonra iyileşmelerinin en az altı ay sürdüğünü ve taburcu olduktan sonra da en fazla sorunu bu altı aylık dönemde yaşadıkları belirtilmektedir. Bu nedenle örnekleme kapsamına son altı ay ile altı hafta önce koroner arter bypass ameliyatı olan 30 hasta dahil edilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya;

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

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

- Soruların anlaşılmasında güçlük yaşanması nedeniyle işitme güçlüğü ve görme kaybı olan,

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

Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, araştırmacının hazırladığı anket formu ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak, araştırmacı ve kendisiyle çok iyi işbirliği yapılan lisans mezunu bir hemşire tarafından her iki ilde de aynı şekilde toplanmıştır.

Anket Formu; iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde bireye ilişkin sosyo-demografik değişkenler, ikinci bölümde de ameliyata ilişkin bilgi soruları yer almaktadır.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ware tarafından 1987 yılında geliştirilen SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı olmak üzere 3 temel skaldan ve global yaşam doyumu/kalite alanlarından oluşmaktadır. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 3 temel skalası ve bu skalaları kapsayan global yaşam doyumu skalası aşağıda yer almaktadır (Pinar 1995, Pinar 1996, Ware ve Sherbourne 1992).

1. Fonksiyonel Durum

- Sağlık problemlerine bağlı olarak fiziksel aktivitelerin kısıtlanması,

-Emosyonel ve sosyal problemlere bağlı olarak sosyal aktivitelerin kısıtlanması,

-Fiziksel sağlık problemlerine bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinin engellenmesi,

-Emosyonel sağlık problemlerine bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesi,

2. Esenlik

-Mental sağlık (emosyonel gerginlik ve esenlik),

-Beden ağırları,

-Canlılık (zindelik/ yorgunluk),

3. Genel Sağlık Anlayışı

-Bir bütün olarak sağlığın değerlendirilmesi,

-Geçen bir yıl süresince sağlıktaki değişiklikler.

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

Ön Uygulama

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

Araştırmanın Uygulanması

Araştırmada veri toplamak amacıyla kullanılan anket formları ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği 15 Aralık 1999-Ekim 2000 tarihleri arasında 12 hasta C.Ü. Sağlık Hizmetleri, Araştırma ve Uygulama Hastanesi, 18 hasta E.Ü. Tıp Fakültesi Gevher

Nesibe Hastanesi'nden olmak üzere toplam 30 hastaya uygulanmıştır. Bypass ameliyatı olan hastalarla önce telefonla görüşülerek araştırma hakkında bilgi verilip araştırmaya katılmayı kabul etmelerinden sonra kendileriyle yüz yüze görüşme zamanı belirlenerek araştırmaya katılmaları sağlanmıştır. C.Ü. Sağlık Hizmetleri, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden 2 hasta, E.Ü. Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesi'nden 4 hasta araştırmaya katılmayı istememiştir. Ayrıca kurumlardan gerekli izinler yazılı olarak alınmıştır.

Araştırma sınırları dışında kalan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 5 hastaya anket formları ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği evlerinde, 25 hastaya ise Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Polikliniği'ne kontrol ve muayene için geldiklerinde uygun ortamda ve yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Anket Formları ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği hastalarla görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı ve kendisiyle iyi işbirliği yapıp eğitilen bir hemşire tarafından doldurulmuştur. Görüşme süresi 10-15 dakika arasında değişmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde, hastaların tanıttıcı özellikleri ve ameliyatlarına ilişkin bilgileri dağılımında yüzdeler hesaplanması ve Khi-kare, hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımında Kruskal-Wallis Varyans Analizi ve Mann-Whitney U testi yöntemleri kullanılmıştır. (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 1998, Özdamar 1999)

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılan hastaların %93.3'ünün erkek, %46.7'sinin 50-59 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Hastaların %56.7'si ortaöğretim mezunu, %56.6'sı emekli ve %70.0'i ise çalışmamaktadır. Ayrıca, hastaların %63.3'ünün uğraşı/hobisi bulunmamakta ve %96.7'si ailesiyle birlikte yaşa-

maktadır. Hastaların %53.3'ünün koroner arter bypass ameliyatı sonrası 6-12. haftalarında ve %60'ının Kayseri Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesi'nde ameliyat olduğu saptanmıştır.

Risk faktörleri hakkında bilinen en geniş çalışmalardan birisi olan Fallowfield (1996) 5209 erkek ve kadının 20 yıl boyunca izlendiği çalışmada, KAH görülme oranının erkeklerde kadınlardan iki kat daha fazla görüldüğü ve erkek cinsiyetinin bağımsız bir risk faktörü olduğu kanıtlanmıştır. Ayrıca, 45 yaş üstü erkek ve 55 yaş üstü bayanlarda hastalığa yakalanma riskinin arttığı belirlenmiştir (Lewis ve ark. 1996). Araştırma bulgularımız Framingham'ın bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Tablo 1. Hastaların Ameliyat Sonrası Rahatsızlık Durumları (N=30)

Rahatsızlık Bildirme Durumu Ameliyat Sonrası Rahatsızlık	Sayı	%
Olan	11	36.7
Olmayan	19	63.3
Rahatsızlık Şekli*		
Solunum sıkıntısı	2	18.2
Kalp ritm bozukluğu	3	27.3
Hipertansiyon	3	27.3
Halsizlik	1	9.1
Ağrı	3	27.63
Enfeksiyon (Ameliyat Yerinde)	1	9.1
Ameliyat Yerinde Karıncalanma, Uyuşma ve Duyu Kaybı		
Olan	15	50.0
Olmayan	15	50.0
Toplam	30	100.0

* İfadeler birden fazla olduğu için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Hastaların %63.3'ü ameliyat sonrası rahatsızlık bildirmemiştir (Tablo 1). Bildirilen rahatsızlıkların %27.3'ü kalp ritm bozukluğu, hipertansiyon ve ağrı, %18.2'si solunum sıkıntısı, % 9.1'i halsizlik ve enfeksiyon gelişmesi şeklindedir. Westin ve arkadaşları (1997) yaptıkları bir çalışmada, koroner arter bypass ameliyatı sonrası hastaların göğüs ağrısı, ritm bozukluğu hissi, solunum sıkıntısı, kaygı ve depresyon yaşadıklarını belirlemişlerdir. Jaarsma ve arkadaşları (1995) bu rahatsızlıklara ek olarak hastaların ameliyat sonrası yara yeri enfeksiyonu, ağrı, yorgunluk gibi sıkıntılar da yaşadıklarını saptamışlardır. Bizim araştırma sonuçlarımız da bu araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Tablo 2 . Hastaların Beslenme ve Boşaltım Durumları (N=30)

Beslenme ve Boşaltım Durumu	Sayı	%
Yemek ve Yemekten Zevk		
Alan	21	70.0
Almayan	9	30.0
Diyet Programına Uygun Yeterli Yeme		
İştah iyi, uygun yiyecekler yiyebiliyor	17	56.7
İştahta azalma var	6	20.0
İştahsız, belirli yiyecekleri yiyebiliyor	7	23.3
Kilo		
Alan	10	33.3
Veren	11	36.7
Değişmeyen	9	30.0
Barsak Boşaltım Durumu		
Sık sık ishal olma	2	6.7
Ara sıra ishal olma	2	6.7
Sık sık kabız olma	4	13.3
Ara sıra kabız olma	5	16.7
Problemi olmayan	17	56.6
İdrara Çıkma Durumu		
Yanma/ağrı	4	13.3
Sık idrara çıkma	4	13.3
Problemi olmayan	22	73.4
Toplam	30	100.0

Tablo 2'de hastaların hastalığıyla ilgili diyetlerine uyma durumlarına bakıldığında %70'inin yemek yemekten zevk aldığı, %56.7'sinin iştahının iyi olduğu ve diyetine uygun yiyecekleri yediğini belirttiği görülmektedir. Koroner arter bypass ameliyatından sonra hastalara, anastomoz yapılan yeni damarlarının tıkanmasını geciktirmek için az yağlı, az kolesterolü, az tuzlu ve bol meyve-sebze türünde yiyecek almaları önerilmektedir. Ayrıca hasta sigara içiyorsa bırakması istenmektedir. Bu nedenle hastaların beslenme alışkanlıklarında arzularına, geleneklerine ve damak tadlarına uygun olmayan değişiklikler yapılması gerekli olabilmekte ve hastanın yaşam kalitesi etkilenebilmektedir (Dracup ve ark. 1995). Hemşirelerin, hastaların diyetleriyle ilgili değişikliklere uyum sağlamalarında onları bilgilendirmeleri ve destek olmaları gerekmektedir. Durademir'in (1999) yaptığı bir araştırmada, kronik kalp yetmezliği olan hastaların kilo/sıvı izlemi ve diyetle yönelik öz-bakım davranışlarının yetersiz olduğu ve bu durumların da yaşam kalitesini etkilediği belirlenmiştir.

Hastalarımızın %56.6'sı barsak boşaltımında sorunları olmadığını, %13.3'ü sık sık, %16.7'si ara sıra kabız olduklarını belirtmişlerdir. Kabızlık sorunu olan hastaların toplamı %30'luk değere ulaşmaktadır. Hastalardaki kabızlık, boşaltım için Valselva Manevrası'nın kullanımını artıracaktır. Kalbe dönen kan akışının ani artışı nedeniyle bu durum, kompanse edemeyen hastalar için öldürücü olabilir. Bu nedenle Valselva Manevrası'nın kullanımı kalp hastalarında sakıncalı olup kabızlığın önlenmesi önem kazanmaktadır. İshal ise, hipotansiyon, kan viskozitesinde artma, elektrolit kaybı (K+, Na+) gibi etkileriyle hastada sıvı-elektrolit dengesizliğine neden olabilmekte ve hastanın denge durumlarını (homeostazisi) bozabilmektedir. İshal de önlenmesi gereken önemli bir sorun

olup, hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilecektir (Lewis ve ark. 1996).

Araştırmamıza katılan 30 hastanın 22'sinin idrara çıkarken sorun yaşamadığı, sorun yaşayanların ise idrara sık çıkma ile idrar yapma sırasında yanma ve ağrı çekme yaşadıkları belirlenmiştir. İdrara çıkma homeostatik dengelerimizin sürdürülmesinde en önemli göstergedir. Kalbin ve böbreklerin sağlıklı ve uyumlu çalıştığına da kanıttır. İdrarın hem miktar hem fizyolojik değerleri (üre, ürik asit, dansite vb.) açısından normal olması hem de bireyin idrara çıkmada ağrı, yanma, zorlanma gibi yakınmaların olmayışı yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecektir. Hemşirelerin idrara çıkma ve idrar problemleri konusunda da hastaları bilgilendirmeleri önem kazanmaktadır.

Tablo 3. Hastaların Yaşlarına Göre İdrara Çıkma Durumları (N=30)

Yaşı	İdrara Çıkma Durumu							
	Yanma, Ağrı		Sık İdrara Çıkma		Yakınması Olmayan		TOPLAM	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
30-49 yaş	0	0.00	2	50.0	2	50.0	4	100.0
50-59 yaş	2	14.0	0	0.0	12	86.0	14	100.0
60 yaş +	2	14.0	2	14.0	8	72.0	12	100.0

* Satır yüzdeleri alınmıştır.

** Yüzdeler göre yorum yapılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaşlarına göre idrara çıkma durumlarına bakıldığında (Tablo 3) 30-49 yaş grubunda sık idrara çıkma sorunu yaşayanların %50'yi oluşturduğu, 50-59 yaş grubunda yanma ve ağrı sorunu yaşayanların %14'ü oluşturduğu, 60+yaş grubunda ise her iki sorunu yaşayan hastaların eşitlendiği (%14) görülmektedir.

Tablo 4. Hastaların Cinsel Yaşamları ve Uyku Durumları ile İlgili İfadeleri (N=30)

	Sayı	%
Cinsel Yaşamda Değişiklik		
Olan	7	23.3
Olmayan	19	63.4
Cevapsız	4	13.3
Cinsel Yaşamdaki Sorunlar (n=)		
İsteksizlik	3	42.85
Güçsüzlük	1	14.30
Korku	3	42.85
Toplam	7	100
Uyku Düzeni		
Oldukça iyi	8	26.7
Arasına uyanma	14	46.7
Sık sık uyanma	8	26.7
Toplam	30	100.0

Tablo 4 incelendiğinde hastaların yaklaşık %23.3'ünün cinsel yaşamlarında değişiklik olduğu ve bu değişikliklerin de korku, isteksizlik ve güçsüzlük olduğu görülmektedir. Temel kaynaklarda koroner arter bypass ameliyatı geçiren bireylerin post-operatif dönemde, cinsel yaşamlarında değişiklik olduğu vurgulanmaktadır. Bu problemler seksüel deneyimlerde azalma ve ereksiyon problemi olarak belirtilmektedir. (Allen 1990, Duits ve ark 1997) Gundle ve arkadaşları (1980) yaptıkları bir araştırmada, bypass ameliyatı sonrasında hastaların %57-83 oranında seksüel yetersizlik (impotans) yaşadıklarını belirlemişlerdir. Bu sorunların ortaya çıkmasında, hastalara ameliyat öncesi dönemde ya da taburculuk döneminde ameliyattan sonra cinsel yaşamında değişiklik olabileceği konusunda hastayı yeteri kadar hazırlamama da hastalardaki korku ve endişeye neden olabilir. Toplumumuzda mahrem olarak nitelenen cinsellik ve cinsel eğitim konusunda hekim ve hemşirelerin hastaya eğitim vermede çekimser davrandıkları yada bu konudaki eğitim ve bilgilendirmeyi gereksinim olarak görememeleri/göz ardı etmeleri dikkati çekmektedir.

Tablo 4 incelendiğinde, koroner arter bypass ameliyatı olan hastaların %46.7'sinin gece uykusunda ara sıra uyandığı, %26.7'sinin ise önemli uyku sorunu yaşadığı görülmektedir. Uyku, Maslow'un temel insan gereksinimleri içerisinde ilk sıralamada yer almaktadır. Uykunun organizmaya sağladığı dinlenme, rahatlama ve epitel hücrelerinde yenilenme gibi hayati katkıları nedeniyle, hastaların uyku uyuyamamaları önemli bir bulgu olarak değerlendirilmelidir. Hastalarımıza uyuyabilmeleri için sorunlarını açıklama, paylaşma, yatmadan önce ılık duş alma, L-tryptophan içeren süt gibi içecekler içme, her gün aynı saatte yatma ve aynı saatte uyanmayı sağlama gibi hemşirelik uygulamaları ve gerektiğinde hekimle işbirliği yapılarak uyku ilaçlarının verilmesi sağlanmalıdır (Potter ve Perry 1993)

Tablo 5. Hastaların İfadelerine Göre Ameliyat Sonrası Dönemde Etkilenme Durumları (N=30)

	Sayı	%
Kalbiyle İlgili Eriş		
Var	11	36.7
Yok	19	63.3
Kalbinin Yeni Duruma Uyum		
Düzenli çalışıyor	16	53.3
Ara sıra rahatsızlık oluyor*	14	46.7
Bacakta Ödem		
Olmuyor	11	36.7
Ara sıra oluyor	12	40.0
Sürekli varis çorabı giyiyor	6	20.0
Hiç geçmiyor	1	3.3
Sıcak ve Soğuktan Etkilenme		
Var	18	60.0
Yok	12	40.0
Toplam	30	100
Sıcak ve Soğuktan Etkilenme Şekli (n=18)		
Sıcakğa toleransta azalma	7	38.9
Soğuğa toleransta azalma	11	61.1
Toplam	18	100.0

* Kalp ritm bozukluğu, taşikardi ... vb

Hastaların %63.3'ü ameliyat sonrası dönemde kalbiyle ilgili endişe yaşamadığını belirtirken, yarıdan fazlası da (%53.3) kalbinin düzenli çalıştığını, sorun yaşamadığını ifade etmiştir (Tablo 5). Koroner arter bypass ameliyatı sonrası görülen en yaygın komplikasyonlar kalp ritim bozukluğu, taşikardi gibi hastaların kalplerine ilişkin problemlerdir (Bernat 1997). Bizim araştırmamızda da hastaların %46.7'sinin kalpleriyle ilgili problem yaşadıkları belirlenmiştir.

Hastalara bacadaki ödem durumu sorulduğunda, %40'ı ara sıra ödem olduğunu, %36.7'si olmadığını, %20'si sürekli varis çorabı giydiğini ve %3.3'ü de ödemin hiç geçmediğini belirtmiştir. (Tablo 5) Safen venin çıkarılmasıyla bacak dolaşımının etkilenmesi sonucu bacadaki oluşan ödem, koroner arter bypass sonrası %30 sıklıkta görülmekte ve 2-3 ay içinde geçmesi beklenmektedir, ancak bu durum %1 oranında kalıcı olabilmektedir (Bazer 1985). Bizim araştırmamızda hastalarımızın %3.3'ünde kalıcı ödem olduğu görülmektedir. Bu durum hastaya vereceği olumsuz etkileri nedeniyle önlenmesi gereken önemli bir sorundur ve bu sorunun çözümü için hemşireler hastalara bacak bakımı ve egzersizleri konusunda eğitim vermelidirler.

Araştırmaya katılan hastaların %60'ı sıcak ve soğuktan etkilenmediğini belirtirken, etkilenenlerin %61.1'i, soğuğa toleransta azalma olduğunu ifade etmiştir. Hastaların ameliyat sonrası dönemde aşırı sıcak ve soğuktan kaçınmaları gerekmektedir; çünkü aşırı sıcak periferik vazodilatasyona neden olup hastada kardiyak out-putun düşürmesine, kan viskozitesinin azaltılmasına ve kapiller permabilitenin artırılması ile volüm eksikliğine yol açar. Aşırı soğuk ise, periferik vazokonstriksiyona neden olup kardiyak out-putun azalmasına, kan viskozitesinin artmasına, kan koagülasyonun art-

masına, doku beslenmesinin azalması ile kardiyak problemlere neden olabilir. Her iki durum da hastada sempatik aktiviteyi artırarak dolaşım değişikliklerine neden olabilmektedir (Potter ve Perry 1993). Bu nedenlerle, koroner arter bypass ameliyatı sonrasında hastalar aşırı sıcak ve soğuktan korunmalıdırlar. Özellikle bacağına, aşırı sıcak ve buz uygulamalarından kaçınmaları konusunda hastalar bilgilendirilmelidir (Parrinello 1986).

Tablo 6. Hastaların Yaş ve Eğitim Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlar (N=30)

HASTA İFADELERİ	Sayı	YAŞAM KALİTESİ ALANLARI			
		Fonksiyonel Durum X ± Sx	Esenlik X ± Sx	Genel Sağlık Anlayışı X ± Sx	Global Yaşam Kalitesi X ± Sx
HASTA YAŞI					
30-49 yaş	4	49.25 ± 11.27	47.75 ± 15.71	48.75 ± 10.60	46.75 ± 10.56
50-59 yaş	14	32.53 ± 7.72	47.71 ± 5.37	37.90 ± 6.73	49.64 ± 6.73
60-69 yaş	6	40.50 ± 12.40	57.33 ± 10.76	68.33 ± 7.95	73.33 ± 3.27
70 yaş ve +	6	25.08 ± 8.96	40.33 ± 5.71	34.00 ± 12.28	34.08 ± 7.41
Sonuç		KW = 1.637 P > 0.05	KW = 0.653 p > 0.05	KW = 5.241 P > 0.05	KW = 4.499 p > 0.05
EĞİTİM DURUMU					
Lise/Yükseköğretim	4	41.25 ± 12.02	56.00 ± 13.77	57.50 ± 14.93	47.00 ± 15.48
Ortaöğretim	17	39.44 ± 7.50	51.35 ± 5.20	56.76 ± 5.99	47.76 ± 5.73
İlköğretim	3	23.00 ± 0.25	67.50 ± 12.50	63.75 ± 1.25	52.50 ± 2.50
Okur-Yazar Değil	6	20.07 ± 5.53	30.42 ± 2.32	40.35 ± 9.15	25.85 ± 5.82
Sonuç		KW = 2.059 P > 0.05	KW = 8.352 P < 0.05	KW = 2.587 P > 0.05	KW = 4.747 P > 0.05

Tablo 6'da görüldüğü gibi, hastaların yaşlarına göre fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alanına ilişkin aldıkları puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (p>0.05).

Tabloda, 70 ve üzeri yaş grubunda fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi ortalama puanlarının düşük olduğu görülmektedir. Bergner (1989) ilerleyen yaşla birlikte fiziksel yetersizliklerin meydana geldiğini ve bu durumun da emosyonel doyumu ve genel olarak yaşam kalitesini etkilediğini belirtmektedir.

İlerleyen yaş (yaşlılık) KAH yanı sıra, vücut genelinde fiziksel yetersizliklere neden olmakta ve bireyin yaşam kalitesini azaltmaktadır (Lewis ve ark 1996). Hemşireler hastaların yaş grubunu dikkate alarak bakım ve danışmanlık hizmeti vermelidirler. Duits'in belirttiğine göre Chocron ve arkadaşları 70 yaş ve üzerindeki hastalarda, koroner arter bypass ameliyatı sonrası üçüncü ayda 70 yaş altı hastalara göre daha düşük yaşam kalitesi skoru belirlemişlerdir (Duits ve ark. 1997).

Tablo 6'da hastaların eğitim durumlarına göre, esenlik alanına ilişkin puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli ($p < 0.05$), fonksiyonel durum, genel sağlık ve global yaşam kalitesi alanına ilişkin alınan puanlar arasındaki farkın ise önemsiz olduğu görülmektedir ($p > 0.05$). Eğitim gruplarına ait esenlik puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında ortaöğretim mezunu ile okur yazar olmayan grup arasında puan yönünden fark görülmüştür ($p < 0.05$), diğer eğitim grupları arasında esenlik puanı yönünden fark görülememiştir ($p > 0.05$). Okur-yazar olmayan gruptaki hastaların fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların düştüğü belirlenmiştir. Bu durum, okur-yazar olmayan hastaların yapılan ameliyat ve sonuçları ile ilgili yeterince bilinçli olmamaları nedeniyle, daha fazla beklentiye sahip olmayışları olarak açıklanabilir. Bizim araştırmamızda bu konuda yapılan araştırmalardan farklı olarak, ilkökul mezunu olan gruptaki hastaların esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların daha yüksek olduğu saptanmıştır (Durademir 1999, Eski 1999, Şahin 1996). Bu grubun fonksiyonel durum dışındaki diğer yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların yüksek olmasının nedeni, koroner arter bypass ameliyatı

öncesi hastada var olan hastalığın semptomlarından kurtulmanın verdiği rahatlık ve mutluluk olabilir. Çünkü, ilkökul mezunu hastaların fonksiyonel durum alanından aldıkları ortalama puanlar düşüktür ve bu durum fiziksel kapasitenin azalması nedeniyle olabilir.

Ortaöğretim ve lise/yüksekökul mezunu olan hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların birbirine yakın olduğu görülmektedir. Bu gruplardaki hastaların esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların okur-yazar olan hastalara göre daha düşük olmasının nedeni, taburculuk öncesi verilen eğitimin bireylerin sağlık anlayışını ve yaşam kalitesini etkilemesi olabilir. Çünkü, eğitilmiş kişilerin sağlıklarını koruma ve sürdürmede daha fazla çaba harcamaları, kendi sağlıklarına ilişkin daha fazla bilgi ve beklentiye sahip olmaları hastada bilinçlenme ve farkındalık yaratır. Bu durumda strese neden olabileceğinden hastanın yaşam kalitesini düşürebilir. Hemşireler bu nedenle taburculuk öncesi verecekleri eğitimi hastaların eğitim durumlarına göre planlamalıdır. Durademir (1999) 80 kronik kalp yetmezlikli hastanın yaşam kalitesini araştırdığı çalışmada, bizim çalışmamızdaki bulguların aksine eğitim düzeyinin artmasıyla hastalığa uyumun arttığını ve bu durumun da yaşam kalitesini artırdığını belirtmektedir.

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

Tablo 7. Hastaların Yaşadıkları Sorunlara Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlar (N=30)

HASTA İFADELERİ	YAŞAM KALİTESİ ALANLARI			
	Fonksiyonel Durum X ± Sx	Esenlik X ± Sx	Genel Sağlık Anlayışı X ± Sx	Global Yaşam Kalitesi X ± Sx
KALBİYLE İLGİLİ ENDİŞE				
Yaşayan	29.63 ± 7.40	42.00 ± 7.39	38.63 ± 8.19	34.45 ± 6.16
Yaşamayan	37.89 ± 6.53	51.73 ± 4.48	62.10 ± 4.32	47.73 ± 5.55
Sonuç	P = 0.620 P > 0.05	P = 0.161 p > 0.05	P = 0.020 P < 0.05	P = 0.155 P > 0.05
SICAKTAN VE SOĞUKTAN				
Etkilenen	33.38 ± 6.46	43.38 ± 5.39	49.02 ± 6.00	38.72 ± 5.46
Etkilenmeyen	37.08 ± 7.89	55.33 ± 5.23	60.20 ± 6.56	49.08 ± 6.76
Sonuç	P = 0.816 P > 0.05	P = 0.900 p > 0.05	P = 0.351 P > 0.05	P = 0.270 P > 0.05
AMELİYAT YERİNDE KARINCALANMA, UYUŞMA ve DUYU KAYBI				
Olan	30.20 ± 6.97	48.33 ± 5.10	52.16 ± 6.31	39.40 ± 5.96
Olmayan	37.83 ± 7.33	48.00 ± 6.20	55.33 ± 7.04	46.33 ± 6.22
Sonuç	P = 0.436 P > 0.05	P = 0.775 p > 0.05	P = 0.683 P > 0.05	P = 0.512 P > 0.05

Hastaların kalbiyle ilgili endişe yaşama durumuna bakıldığında, (Tablo 7) grupların fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmazken ($p > 0.05$), genel sağlık anlayışı alanından aldıkları ortalama puanlar önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Tabloda, kalbiyle ilgili endişe yaşayan hastaların tüm yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların endişe yaşamayan hastalara göre daha düşük olduğu görülmektedir.

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

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

Yaşam kalitesi kavramı çok boyutlu (fiziksel, hastalık ya da tedavi ile ilgili, psikolojik ve sosyal boyut) bir yapıdır, bu boyutları etkileyen her olumsuz durum yaşam kalitesini de önemli derecede bozmaktadır. Koroner arter bypass ameliyatı olan hastalardaki bu olumsuz durumlar, kalbiyle ilgili endişe yaşama, sıcaktan ve soğuktan etkilenme ve ameliyat kesi yerinde problem yaşama gibi durumlardır (Ganz 1994, Şahin 1996). Hemşireler, hastalara bakım verirken ameliyat sonrası yaşayacakları fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunları da dikkate alarak eğitim içeriği planlamalı ve uygun başetme yöntemleri konusunda hastayı bilgilendirmelidir. (Tez çalışmamızda hastaların cinsiyet, mesleki durum, ameliyat olma süreleri, çalışma durumu, ameliyat sonrası eğitim alma durumu ve ameliyat oldukları hastaneye göre aldıkları yaşam kalitesine ilişkin ortalama puanlarına da bakılmıştır, bu verilerle ilgili tablolarımız sayfa sayısının artması nedeniyle yazımızda yer almamıştır).

SONUÇLAR

Araştırmadan elde edilen sonuçlarda,

1- Hastaların demografik özelliklerine göre, çoğunluğu erkek (%93.3), orta yaş grubunda (%46.7), ortaöğretim mezunu (%56.7), emekli (%56.6) ve çalışmayan (%70), herhangi bir uğra-

şı/hobisi bulunmayan (%63.3), aile/eşiyle yaşamakta (%96.7) olduğu ve koroner arter bypass ameliyatını, çoğunluğun (%60) Kayseri Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesi'nde geçirdiği,

2- Çoğunluğu (%63.3) ameliyat sonrası rahatsızlık bildirmezken, rahatsızlık bildirenlerin kalp ritim bozukluğu, hipertansiyon ve ağrı (%27.3), solunum sıkıntısı (%18.2), halsizlik ve enfeksiyon (%9.1) yaşadıkları, ameliyat kesi (insizyon) yerinde karıncalanma, uyuşma ve duyu kaybı bildirenlerin tüm hastaların %50'si olduğu (Tablo 1),

3-Post-operatif dönemde yemekten zevk alan hastaların çoğunluğu (%70) oluşturduğu, iştahında azalma olup belirli yiyecekleri yiyebilenlerin ise %43.3'e ulaştığı, ameliyat sonrası kilo alanlar ile kilo kaybedenlerin birbirine yakın sayıda (%36.7, %33.3) olduğu, barsak boşaltımında problemi olmayan hastaların çoğunluğu (%56.6) oluşturduğu, problem yaşayanların sık-sık ve ara-sıra ishal ve kabız oldukları (%43.4), ayrıca idrar yapmada yanma ve ağrı yakınmaları (%13.3) ile sık idrara (%13.3) çıkma sorunu olanların birbirine eşit olduğu (Tablo 2),

4- Sık idrara çıkma sorununun 30-49 yaş grubunda %50 yoğunlukta olduğu, idrara çıkmada sorun yaşamayanların 50-59 yaş grubunda %86, 60 yaş ve üstü grupta ise %72 olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

5- Hastaların %46.7'sinin gece ara-sıra uykusundan uyandığı, %63.4'ünün cinsel yaşamlarında değişiklik olmadığı, değişiklik yaşayanların %42.85'inde isteksizlik ve korku olduğu ve bu hastaları da erkek hastaların oluşturduğu (Tablo 4),

6-Post-operatif dönemde kalbiyle ilgili endişe yaşayanların, hastaların yaklaşık 1/3'ünü oluşturduğu, bu endişeyi ara-sıra rahatsızlık oluyor şeklinde ifade ettikleri ve bacağında ödem gelişip

varis çorabı giyenlerin de %23.3 kadar olduğu ve hastaların post-operatif dönemde soğuğa ve sıcağa karşı toleranslarının azaldığı (%38.9-%61.1) (Tablo 5),

7- Hastaların yaşlarına göre, fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alanına ilişkin aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p > 0.05$),

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

Araştırmaya katılan kadın hastaların esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi ortalama puanlarının erkek hastalara göre yüksek bulunduğu (Tablo 6),

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

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

Ameliyat kesi (insizyon) yerinde karıncalanma, uyuşma ve duyu kaybı olanların yaşam kalitesi puanlarında düşme olduğu bulunmuştur (Tablo 7).

ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre getirilen öneriler,

Hemşirelerin,

1-Koroner arter bypass ameliyatı olmuş hastaların yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri (cinsi-

yet, eğitim, mesleki durum, kalbiyle ilgili endişe yaşama gibi) dikkate alarak bakım vermeleri,

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

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

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

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

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

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

KAYNAKLAR

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

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

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

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

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

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

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

Bernat JJ (1997)Smoothing the CABG patient's road to recovery, AJN, 97(7):23 -27.

Canobbio M (1996) Mosby's Handbook of Patient Teaching, Mosby, st Louis.

Dracup K ve ark. (1995) Kalp yetersizliğine yaklaşım, JAMA, 8(6):324-329.

Duits ve ark. (1997) Prediction of quality of life after coronary artery bypass greft surgery: a review and evulation of multiple, recent studies, Psychosomatic Medicine, May-Jun, 59(3):257268.

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

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

Fallowfield L (1996) Quality of quality-of-life data, The Lancet, August 17, 348:421.

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

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

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

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

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

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

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

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

Özdamar K (1999) *SPSS İle Biyoistatistik*, Eskişehir, Kaan Kitabevi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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