

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



**KORONER ANJİYOGRAFİ SONRASI KORONER ARTER
BYPASS GREFT CERRAHİSİ ÖNERİLEN HASTALARDA
HEMŞİRENİN EĞİTİCİ HASTA DANIŞMANLIĞI
ROLÜNÜN HASTANIN ANKSİYETE VE CERRAHİ
KARARINA ETKİSİ**

MEHMET AHRAZ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

GAZİANTEP
2018

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KORONER ANJİYOĞRAFI SONRASI KORONER ARTER
BYPASS GREFT CERRAHİSİ ÖNERİLEN HASTALARDA
HEMŞİRENİN EĞİTİCİ HASTA DANIŞMANLIĞI
ROLÜNÜN HASTANIN ANKSİYETE VE CERRAHİ
KARARINA ETKİSİ**

MEHMET AHRAZ

Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin
Hemşirelik Anabilim Dalı'nın
Tezli Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. AYLAYAVA

GAZİANTEP
2018

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi Mehmet AHRAZ tarafından hazırlanan “**Koroner Anjiyografi Sonrası Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Önerilen Hastalarda Hemşirenin Eğitici Hasta Danışmanlığı Rolünün Hastanın Anksiyete ve Cerrahi Kararına Etkisi**” başlıklı tez, 09.01.2018 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

<u>Görevi</u>	<u>Unvanı Adı Soyadı</u> <u>Kurumu/Üniversitesi</u>	<u>İmzası:</u>
Tez Danışmanı/ Jüri Başkanı	: Prof. Dr. Ayla YAVA Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF	
Jüri Üyesi	: Doç. Dr. Meral ÖZKAN İnönü Üniversitesi SBF	
Jüri Üyesi	: Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF	

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla onaylanmıştır.


Prof. Dr. Ayla YAVA
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışması, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü kurulunun kararı ile Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nda yapılmıştır.

Yüksek lisans eğitimim süresince; her konuda, bilgi ve deneyimleri ile beni destekleyen, tez danışmanım olarak; tezimin her aşamasında çalışmamın planlanmasını ve yürütülmesini yönlendiren, mesleğimde örnek aldığım çok değerli hocam Sayın Prof. Dr. Ayla YAVA'ya,

Sabır ve özverileri için sevgili aileme ve her an yanımda olan çok sevdiğim eşime, motivasyon kaynağım canım oğluma teşekkürlerimi sunarım.

Hayattaki her can kutsaldır. Bu kutsallığı bireysel silahlanma ile oyuncak haline getiren ve kendi eğlence uğruna başkalarının canını hiçe sayan maganda terörizmini kınıyorum. Bir maganda kurşunu ile genç yaşta aramızdan ayrılan canım kardeşim Rüstem AHRAZ'a bu tezimi ithaf ediyorum

Mehmet AHRAZ

ÖZET

KORONER ANJİYOGRAFI SONRASI KABG CERRAHİSİ ÖNERİLEN HASTALARDA HEMŞİRENİN EĞİTİCİ HASTA DANIŞMANLIĞI ROLÜNÜN HASTANIN ANKSİYETE VE CERRAHİ KARARINA ETKİSİ

Mehmet AHRAZ, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik AD Yüksek Lisans Tezi Gaziantep 2018

Koroner anjiyografi sonrası KABG cerrahisi önerilen hastalarda hemşirenin eğitici hasta danışmanlığı rolünün hastanın anksiyetesi ve cerrahi kararına etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde koroner anjiyografi (KA) olan ve KABG önerilen hastalarda yapılan kontrol ve çalışma grubu yarı deneysel araştırmadır. Araştırmanın kontrol grubu (KG) verileri 27.01.2016-25.05.2016, çalışma grubu (ÇG) verileri ise 09.11.2017-15.04.2017 tarihleri arasında toplanmıştır. ÇG hastalarına araştırmacı tarafından KA ve KABG hakkında bilgi ve eğitim verilmiş, KG hastaları kliniğin rutin uygulaması sürdürülmüştür. Araştırmaya 40 kontrol ve 40 çalışma grubunda olmak üzere 80 hasta araştırmaya dahil edilmiştir. Veriler Hasta Tanılama Formu ve STAI aracılığıyla toplanmıştır. İstatistiksel analizler SPSS 23 for Windows paket programında yapılmış, istatistik anlamlılık için $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir. Yaş değişkeni hariç diğer tanıtıcı özellikler açısından hastalar benzerdir ($p > 0.05$). KG'nun %77.5'inin, ÇG'nun %100'ünün KA hakkında bilgi sahibi oldukları, ÇG'nun %70'i, KG'nun %3.2'si sadece hemşireden bilgi almıştır. KABG cerrahisi hakkında ÇG'nun %100.0'ü, KG'nun %30.0'unun bilgi aldığı, ÇG'nun %72.5'inin, KG'nun %8.3'ünün sadece hemşireden bilgi aldıkları belirlenmiştir ($p < 0.05$). KG'nun %10.0'u, ÇG'nun %70.0'ı aldıkları bilgiyi yeterli bulduğunu belirtmiştir ($p < 0.05$). KA sonrası KABG cerrahisini kabul eden KG'nun oranı %47.5, ÇG'nun oranı %62.5 olmuştur. KABG cerrahisini kabul etmelerinde KG'nun %57.9'u, ÇG'nun %68.0'i yapılan bilgilendirmenin etkili olduğunu belirtmiştir ($p > 0.05$). STAI I'e göre KG'nun %57.5'inde, ÇG'nun %62.5'inde orta düzeyde durumsal anksiyete saptanmıştır ($p < 0.05$). KA sonrası KABG cerrahisi önerilen ÇG hastalarına KA ve KABG cerrahisi hakkında yapılan bilgilendirmenin, ÇG hastalarının KABG cerrahisini kabul etmelerinde ve cerrahiye bağlı anksiyetelerinin azalmasında yararlı olduğu kanısına varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Koroner arter bypass greft, Hemşirelik Roller, Anksiyete, Koroner Anjiyografi, Cerrahi Karar, Danışmanlık

ABSTRACT

THE EFFECT OF THE EDUCATIONAL PATIENT COUNSELING ROLE OF THE NURSE ON ANXIETY AND SURGICAL DECISION IN PATIENTS FOR WHOM CABG SURGERY IS SUGGESTED AFTER CORONARY ANGIOGRAPHY

It was aimed to determine the effect of the educational patient counseling role of the nurse on anxiety and surgical decision in patients for whom CABG surgery was suggested after coronary angiography. This study was a quasi-experimental study with control and experimental groups, conducted on patients who underwent coronary angiography (CA) in the Intensive Care Unit at Kahramanmaraş Sütçü İmam University Health Application and Research Hospital and for whom CABG was suggested. While the data of the control group (CG) of the study were collected between 27.01.2016 and 25.05.2016, the data of the experimental group (EG) were collected between 09.11.2017 and 15.04.2017. The EG patients were informed and trained by the researcher about CA and CABG; whereas, the CG patients continued the routine application of the clinic. 80 patients, including 40 patients in control group and 40 patients in experimental group, were included in the study. The data were collected using Patient Diagnosis Form and STAI. Statistical analyses were carried out in the SPSS 23 for Windows packaged software and the value of $p < 0.05$ was accepted for the statistical significance. The patients were similar in terms of other descriptive characteristics features except for the variable of age ($p > 0.05$). It was determined that 77.5% of CG and 100% of EG had knowledge about CA; whereas 70% of EG and 3.2% of CG got information only from the nurse. It was also determined that 100.0% of EG and 30.0% of CG got information about CABG surgery; whereas 72.5% of EG and 8.3% of CG obtained information only from the nurse ($p < 0.05$). 10.0% of CG and 70.0% of EG indicated that they found the information they obtained sufficient ($p < 0.05$). 47.5% of CG and 62.5% of EG accepted CABG surgery after CA. Regarding the acceptance of CABG surgery; 57.9% of CG and 68.0% of EG stated that the information they obtained was effective ($p > 0.05$). According to STAI I, moderate state anxiety was determined in 57.5% of CG and 62.5% of EG ($p < 0.05$). It was concluded that the information provided to EG patients, for whom CABG surgery was suggested after CA, about CA and CABG surgery was useful for EG patients to accept CABG surgery and have less surgery-related anxiety.

Keywords: Coronary artery bypass graft, Nursing Roles, Anxiety, Coronary Angiography, Surgical Decision, Consultancy

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Koroner Anjiyografi Sonrası KABG Cerrahisi Önerilen Hastalarda Hemşirenin Eğitici Hasta Danışmanlığı Rolünün Hastanın Anksiyete ve Cerrahi Kararına Etkisini Belirlemek**” başlıklı çalışmanın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

Tarih: 09.01.2018

Öğrenci Adı Soyadı: Mehmet AHRAZ

İmza: *M. Ahraz*

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

TEŞEKKÜRLER.....	1
ÖZET.....	11
ABSTRACT.....	111
TEZ ETİK ve BİLDİRİM SAYFASI.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
TABLO DİZİNİ.....	VIII
ŞEKİL DİZİNİ.....	VII
KISALTMALAR DİZİNİ.....	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1.Araştırmanın Önemi ve Tanımı.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Koroner Arter Hastalığı.....	3
2.1.1. Koroner Arter Hastalığında Risk Faktörleri.....	3
2.1.2. Koroner Arter Hastalığında Tanı Yöntemleri.....	4
2.1.3. Koroner Arter Hastalığında Tedavi.....	4
2.2. Koroner Anjiyografi.....	5
2.2.1. Koroner Anjiyografi Öncesi Hemşirelik Bakımı.....	6
2.2.2. Koroner Anjiyografi Sırasında Hemşirelik Bakımı.....	6
2.2.3. Koroner Anjiyografi Sonrasında Hemşirelik Bakımı.....	7
2.3.Koroner Bypass Greft Cerrahisi.....	7
2.3.1. Koroner Bypass Greft Cerrahisinin Endikasyonları.....	8
2.3.2. Koroner Bypass Greft Cerrahisinin Komplikasyonları.....	8
2.3.3. Koroner Bypass Greft Cerrahisinin Preoperatif Değerlendirme.....	9
2.4. Koroner Bypass Greft (KABG) Cerrahisi Planlanan Hastada Hemşirenin Rollerini.....	12
2.4.1. Bakım Verici Rolü.....	13
2.4.2. Araştırmacı Rolü.....	13
2.4.3.Yönetici Rolü.....	13
2.4.4.Tedavi Edici Rolü.....	14
2.4.5.Eğitimci Rolü.....	14
2.4.6.Danışmanlık Rolü.....	14
2.5.Anksiyete.....	15
2.5.1. Anksiyetenin Organizmaya Etkisi.....	15
2.5.2. Anksiyete Nedenleri.....	15
2.5.3. Anksiyete Belirtileri.....	16
2.5.4. Anksiyete Kuramları.....	16
2.5.5. Anksiyete Düzeyleri.....	17
2.6. Koroner Bypass Greft Cerrahisi ve Anksiyete.....	18
2.7. Hemşirenin Eğitimci Ve Danışmanlık Rollerinin Hastanın Anksiyete ve Cerrahi Karar Üzerinde Etkileri.....	19
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	20

3.1.Araştırmanın Şekli Yeri ve Zamanı.....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri.....	20
3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	20
3.4.Araştırma Verilerinin Toplanması.....	21
3.5.Araştırmanın Uygulanması.....	23
3.6. Araştırma Verilerinin İstatistiksel Analizi.....	27
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	27
3.8.Araştırmanın Etik Yönü	27
4.BULGULAR	28
4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Bulguları	29
4.2. Hastaların Anjiyografi ve KABG Ameliyatına İlişkin Bilgi Alma İle KG ve ÇG Gruplarının Bu Özellikler Açısından Karşılaştırılması	34
4.3. Hastaların Koroner Anjiyografi Sonrası Önerilen Tedaviyi Kabul Etme ve Etmeme Durumuna Yapılan Bilgilendirmenin Etkisinin KG ve ÇG Grupları Açısından Karşılaştırılması.....	39
4.4. Hastaların STAI-1 ve STAI-2 Anksiyete Puan Dağılımının KG ve ÇG Grupları Açısından Karşılaştırılması.....	42
5. TARTIŞMA.....	44
5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine ve Hastalık Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması	44
5.2.Hastaların anjiyografi ve KABG Ameliyatına İlişkin Bilgi Alma ve Bilgi Kaynakları ile KG ve ÇG Hastalarının Bu Özellikler Açısından Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	45
5.3. Hastaların Koroner Anjiyografi Sonrası Önerilen Tedaviye Yönelik Kararına Yapılan Bilgilendirmenin Etkisinin KG ve ÇG Grupları Açısından Karşılaştırılmasının Tartışılması	47
5.4. Hastaların STAI-1 ve STAI-2 Anksiyete Puan Dağılımının KG ve ÇG Grupları Açısından Karşılaştırılmasının Tartışılması	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	51
6.1. SONUÇ.....	51
6.2. ÖNERİLER	53
6.3. SINIRLILIKLAR	53
7. KAYNAKLAR.....	54
8. EKLER	60
Ek 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı	
Ek 2. Etik Kurul Onay Formu (seminer çalışması)	
Ek 3. Etik Kurul Karar Formu (tez çalışması)	
Ek 4. Gönüllüleri Bilgilendirme ve Rıza Formu	
Ek 5. Hasta Tanılama Formu	
Ek 6. Ksu Sua Hastanesi İzin Belgesi	
Ek 7. Eğitim Konuları	
Ek 8. İntihal Rapor Formu	
Ek 9. Kısa Özgeçmiş	

TABLO DİZİNİ

Tablolar	Sayfa No
Tablo 4.1.1. Kontrol ve Çalışma Grubu Hastalarının Sosyo-Demografik Tanıtıcı Özellikleri ve Karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.1.2. Kontrol ve Çalışma Grubu Hastalarının Alışkanlıklarına İlişkin Tanıtıcı Özellikleri ve Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.1.3. Kontrol ve Çalışma Grubu Hastalarının Hastalıklarına Yönelik Tanıtıcı Özellikleri ve Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.2.1. Kontrol ve Çalışma Grubu Hastalarının Koroner Anjiyografi Hakkında Bilgi Burumu ve Bilgi Kaynaklarına İlişkin Verilerin Karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.2.2. Kontrol ve Çalışma Grubu Hastalarının Anjiyo Sonrası KABG Cerrahisine İlişkin Bilgi Alma ve Bilgi Kaynaklarının Dağılımı.....	36
Tablo 4.3.1. Hastaların Koroner Anjiyografi Sonrası Önerilen Tedaviyi Kabul Etme ve Yapılan Bilgilendirmenin Kabul Kararına Etkisine İlişkin Verilerinin Dağılımı.....	39
Tablo 4.3.2. KABG Cerrahisini Kabul Etmeyen ve Kararsız Olan KG ve ÇG Hastalarının Bu Kararlarında Etkili Olan Durumların Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.4.1. Kontrol ve Çalışma Grubu hastalarının STAI-1 ve STAI-2 Anksiyete Puanlarının Dağılımı.....	42

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekiller

Sayfa No

Şekil 1: Koroner Arter Hastalıkları Risk Faktörleri

4

Şekil 2: Araştırmanın Uygulama Şeması

26



KISALTMALAR DİZİNİ

MI: Miyokardİnfarktüsü

KABG: Koroner Arter Bypass Greft

KAH: Koroner Arter Hastalığı

BKI: Beden Kitle İndeksi

EKG: Elektrokardiyogram

ACC: Amerika Kardiyoloji Derneği

ÇG: Çalışma Grubu

KG: Kontrol Grubu

HKÜ: Hasan Kalyoncu Üniversitesi

KSÜ SUA: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık ve Uygulama Hastanesi

STAI: Spielbergler'in Durumluk/Süreklilik Kaygı Ölçeği

ACE: Anjiyotensin dönüştürücü enzim

PTCA: Perkütanöz Translüminel Koroner Anjioplasti

AHA: Amerikan Kalp Birliği

LAD: Left Anterior Descending

EF: Ejeksiyon Fraksiyonu

A.D: Ana Bilim Dalı

EDS: Elektronik Denetleme Sistemi

Ark.: Arkadaşları

KA: Koroner Anjiyografi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Araştırmanın Önemi ve Tanımı

Koroner anjiyografi, koroner arterleri görüntülemek, darlığını belirlemek, buna bağlı olarak tıbbi ya da cerrahi tedaviyi planlamak amacıyla uygulanan en etkili invazif tanı yöntemidir. Bu yöntemde kontrast madde verilerek koroner arterlerin hangi bölgesinin ne kadar daraldığı ve tedavisinin nasıl yapılabileceği tespit edilir. Ayrıca girişimsel ya da farmakolojik tedaviden sonra oluşan değişiklikleri araştırmak için de kullanılabilir (1).

Koroner anjiyografi işlemi sonrası hastanın durumuna uygun tıbbi ya da cerrahi tedavi seçenekleri değerlendirilir ve hastaya bildirilir. Tıbbi tedavinin yeterli olamayacağı durumlarda Amerikan Kardiyoloji Derneği (American College of Cardiology-ACC) endikasyonu olan hastalara Koroner Arter Bypass Graft (KABG) cerrahisi uygulanmasını önermektedir (2).

Koroner Arter Bypass Graft cerrahisi darlık ya da tıkanıklık olan koroner damarın ilerisinde kalan bölge ile aort arasında ven veya arter greftleri kullanılarak bir köprü oluşturulması esasına dayanan bir cerrahi yöntemdir. Bu köprü ile kanlanması bozulan veya tamamen duran miyokardın kanlanması, beslenmesi ve oksijenlenmesi sağlanmaktadır. KABG ile % 75–80 ve daha fazla oranda daralmış koroner arterlerin distalindeki kapalı alana kan gönderilerek miyokardın iskemik bölgesinin hasarı düzeltilir (3-6).

Sağlık teknolojileri ve cerrahi tekniklerindeki gelişmelere rağmen günümüzde KABG cerrahisi; kullanılan yöntemler, cerrahinin süresi, cerrahi sonrası komplikasyonlar ve bakım gereksinimleri göz önüne alındığında önemini korumaktadır. Günümüzde sağlıktaki gelişmeler KABG ameliyatı başarı oranını artırmakla birlikte, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde bireyler fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedir (7). KABG cerrahisi önerilen hastaların korku ve endişe yaşadıkları, bazı hastaların ise önerilen cerrahi tedaviyi kabul etmek istemedikleri ve planlanan cerrahi süresini uzatmak istedikleri, farklı tedavi yöntemleri arayışı içinde oldukları gözlenmektedir.

Hemşirelik hizmetleri, hastanın kendisi, ailesi veya toplumun başka bir üyesi tarafından karşılanamayan hizmetlerdir (8). Günümüzde en fazla kabul gören altı hemşirelik rolü; bakım verme, eğitim, araştırma, yöneticilik, karar verme ve hasta savunuculuğudur. Daha sınırlı ölçüde uygulamaya yansıtılan diğer hemşirelik rolleri ise,

iletişim ve eşgüdüm sağlama, rehabilitasyon, tedavi, kariyer geliştirme, özerk ve sorumluluk sahibi olma, danışmanlık olarak belirlenmiştir (9-10).

Danışmanlık rolünün hasta bireye ve ailesine yönelik olarak ortaya çıkışı ise, hastalıkla ilgili bir farkındalık durumu yaratma, hastalığın seyir şeklini ve etkilerini öğretme, hastalığın yarattığı sorunlar ile baş edebilmek için devreye sokulacak öz kaynakları ve dış kaynakları tanıtmaya ve bunların kullanımını teşvik etme şeklinde dir (8-10).KABG ameliyat öncesi, sırası ve sonrası hasta bakımının en önemli hedefleri komplikasyonları önlemek, uygun ve yeterli bilgilendirme yaparak hastada cerrahi öncesi anksiyetenin azalmasını sağlamak ve hastayı taburculuğa hazırlamaktır. Hemşire, cerrahi girişim planlanan hasta ve hasta ailesinin cerrahi anksiyetesinin azalması ve ameliyat öncesi, sırası ve sonrası bakım hedeflerini sunarak taburculuğa hazırlanması ve mevcut durumu kabullenmelerine yardımcı olmada önemli bir danışmanlık rolüne sahiptir (11-12).

Kardiyak cerrahi uygulanan hastalarda, anksiyete ve hemşirenin danışmanlık rolleri konusunda yapılan bir çalışmada KABG ameliyatı öncesi ve sonrasında hastaya danışmanlık eğitimi verilmesi sonucu ameliyattan sonra ortaya çıkabilecek sorunların hastalar ve yakınları tarafından bilinmesine ve gerekli durumlarda hastaneye başvurmalarını sağlayarak sorunların azaltılmasında etkili olduğu ifade edilmiştir (7).Ancak KA sonrası cerrahi önerilen hastaların tedavi tercihleri, yaşadıkları anksiyete ile hemşirenin danışmanlık rolünün hastanın kararına etkisinin belirlenmesine yönelik yerli ve yabancı kaynaklara rastlanılmamıştır. Koroner anjiyografi ünitelerinde görev yapan hemşirelerin danışmanlık rolünün vurgulanması, hastanın anksiyetesinin azalarak sağlıklı karar verebilmesi için hemşirelerin bu rollerini etkin olarak kullanabilmesine yönelik bilimsel veriler elde edilebileceği düşüncesi ile bu konu yüksek lisans tez çalışması olarak uygun görölmüştür.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada;koroner anjiyografi sonrası KABG cerrahisi önerilen hastalarda hemşirenin eğitici hasta danışmanlığı rolünün hastanın anksiyete ve cerrahi kararına etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Koroner Arter Hastalığı

Koroner Arter Hastalıkları (KAH); yağ birikimleri nedeniyle kalbi besleyen koroner arterler duvarlarının kalınlaşması sonucu elastikiyetini kaybederek sertleşmesi (ateroskleroz) ve daralmasıyla ortaya çıkan damar yapısı bozukluğu hastalıklarından olup, genelde orta ve ileri yaşta ortaya çıkan, bireylerin yaşam kalitesini etkileyen kronik hastalıklardır(3,13-14). KAH; ölümcül olabilen, fakat kontrol altına alınarak tedavi edilebilen bir hastalıktır (15). KAH kalbin kendini besleyen koroner arterlerin, beslediği bölgelere herhangi bir nedenle, kan akımı olmaması sonucu koroner arterlerde gelişen hastalıklar ile bu hastalıkların komplikasyonları sonucu miyokartta oluşan iskemi ile ortaya çıkan hastalıkları kapsamaktadır (16-17).

2.1.1. Koroner Arter Hastalığında Risk Faktörleri

KAH'nın en önemli nedeni ateroskleroz uzun süreli bir oluşumdur. Ateroskleroz sıklıkla çeşitli faktörlerin etkisiyle uzun yıllar sonucunda oluşmakta ve etkileri ortaya çıkmaktadır. KAH'nın oluşumunda %99 etiyolojik neden aterosklerozis olduğu için aterosklerozisin risk faktörleri aynı zamanda KAH'nın da risk faktörü olarak kabul edilmektedir (16-18).Ateroskleroza neden olan risk faktörleri değiştirilen ve değiştirilemeyen risk faktörleri olmak üzere ikiye ayrılır (19,20-21).Değiştirilemeyen risk faktörleri; ailede KAH öyküsü olması, yaş, cinsiyet veya genetik yatkınlıktır (19-22).Değiştirilebilen risk faktörleri; hipertansiyon, sigara kullanımı, fiziksel aktivite azlığı ve obezite, diyabetes mellitus, stres ve yüksek serum lipitleridir (19-21).KAH'da değiştirilebilir ve değiştirilemeyen risk faktörleri, özellikleri Şekil 1'de gösterilmiştir.

Şekil 1: Koroner Arter Hastalıkları Risk Faktörler

Yaş	Erkeklerde ≥ 45 , Kadınlarda ≥ 55 ya da Erken Menapoz	Değiştirilemez
Cinsiyet	Erkeklerde fazla	Değiştirilemez
Aile Öyküsü	Birinci derece erkek akrabalarda 55, kadın akrabalarda ise 65 yaşından önce KAH bulunması (Mİ veya ani ölüm)	Değiştirilemez
Sigara İçmek	Günde bir paket sigara KAH riskini iki kat artırır. Sigaraya bağlı Mİ ve kardiyak ölüm riski erkekte 2,7, kadında 4,7 kat artmaktadır.	Değiştirilebilir
Hipertansiyon	$\geq 140/90$ mmHg ya da antihipertansif alıyor olmak	Değiştirilebilir
Total Kolesterol	200 mg/dl	Değiştirilebilir
Yüksek LDL	130mg/dl	Değiştirilebilir
Düşük HDL	< 40 mg/dl	Değiştirilebilir
Diabetes Mellitus (DM)	DM bir risk faktörü olmanın yanısıra, koroner kalp hastalığı varlığına eşdeğer bir risk taşımaktadır.	Değiştirilebilir

(Kaynak: 19)

2.1.2. Koroner Arter Hastalığında Tanı Yöntemleri

Koroner Arter Hastalığı (KAH)' da yüksek risk taşıyan hastaların erken belirlenmesi çok önemlidir. Koroner Arter Hastalıklarında kullanılan başlıca tanı yöntemleri; egzersiz EKG, miyokardperfüzyon sintigrafisi, radyonükleidventrikülografi, stres ekokardiyografi, koroner anjiyografi ve electronbeamcomputedtomography, pozitron emisyon tomografi, kardiyak manyetik rezonans görüntüleme (KMR), MR anjiyografi, koroner ultrasonografi, kalp kateterizasyonu ve anjiyografi, apeksokardiyografi, elektrokardiyografi, göğüs radyografisi, fonokardiyografi, nükleer kardiyoloji elektrokardiyografi, bilgisayarlı tomografi, elektrofizyolojik çalışmadır (23, 24, 25-26).

2.1.3. Koroner Arter Hastalığında Tedavi

Koroner kalp hastalıklarının tedavisinde iki ana amaç vardır. Birinci amaç, miyokardinfarktüs oluşmasını engellemek ve buna bağlı ölümü engelleyerek yaşam süresini uzatmak, ikinci amaç ise anjinapektorisini tedavi ederek iskemi sıklığını ve şiddetini azaltıp yaşam kalitesini artırmaktır.(27-28).Bu amaçla kullanılan tedavi yöntemleri hastalığın aşamasına ve hasta kaynaklı nedenlere bağlı olarak uygulanan medikal (ilaç) ve girişimsel tedavi yöntemleridir (27).

Medikal Tedavi: KAH'da medikal tedavi yaklaşımları hastalığın evresine göre antiplatelet ajanlar, nitrogliserin, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, anjiyotensin

dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri, antikoagülanlar, trombolitikler, analjezikler, kolesterol düşüren ajanlar, gerektiğinde oksijen tedavisini içermektedir (29). Koroner kalp hastalıklarında tıbbi tedavi dışında uygulanan girişimsel tedavi yöntemleri şunlardır:

1-Koroner Arter Bypass Cerrahisi (KABC)

2-Perkütanöz Translüminal Koroner Anjioplasti
(Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty-PTCA)

3-Koroner kalp hastalıklarında yeni tedavi yöntemleri

- a. Lazer tedavisi
- b. Aterektomi
- c. Angioskopi
- d. Stent Uygulaması (17, 25-30).

2.2. Koroner Anjiografi

Anjiografi, damara radyopak madde verilip, aynı zamanda röntgen filmi üzerinde damarları görünür hale getiren bir işlemdir. Kalp kateterizasyonu, kalbin yapısı, oluşumu, görevi, kapakçıkları ve dolaşım sistemi konularında detaylı bilgi veren, kardiyovasküler sistem hastalıklarının araştırılması ve değerlendirilmesinde kullanılan bir tanı yöntemidir. KA ise; kalp kateterizasyonu sırasında, koroner arterlerin radyopak madde ile radyolojik olarak görünür hale getirilmesi, filme veya CD'ye kaydedilerek yapılarının incelenip değerlendirilmesi işlemidir (27-31).

Koroner anjiyografi ile koroner arterdeki darlıkların yeri, ciddiyeti ve şekli anatomik olarak belirlenmekte, distal damarların özellikleri, koroner akım indeksi ve oluşmuş kollateral damarlar görüntülenip değerlendirilmektedir. Koroner ateroskleroz görüntülenmesi ve değerlendirilmesinde; yaygınlık, ağırlık, lezyon oluşumu, komplikasyon olmak üzere dört parametre üzerinde durulur (17).

Amerikan Kalp Birliği (American Heart Association-AHA), koroner arter darlıklarını derecelendirmede çap metoduna göre damar çapında %50 oranında daralma olmasını klinik olarak anlamlı kabul eder. Ancak AHA %80'lik bir lümenal çap daralmasının anlamlı lezyon olarak kabulünü önermektedir. Çapta %50 daralma tepe koroner kan akımında çok az, %70 darlık tepe akımında ileri derecede azalmaya neden olur. Çapta %50 darlık kesitsel alanda %75'lik, %75 darlık ise kesitsel alanda %90'lık bir azalmaya eşittir. Cerrahide, anlamlı darlıklar açısından, çapta %40, kesitsel alanda %75 in

üzerinde azalmaya neden olan darlıkların miyokardiyaliskemi oluşumu yaratabileceği gösterilmiştir (27).

2.2.1. Koroner Anjiyografi Öncesi Hemşirelik Bakımı

Koroner anjiyografi kısa süren basit bir işlem olmasına karşın hastalar üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. Anjiyografi işleminde oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi ve işlemin etkin olarak yapılabilmesi için hemşirenin işlem öncesi ve sonrası yapacağı hemşirelik uygulamaları önem taşımaktadır. Hemşire, işlem öncesinde hastayı iyi değerlendirmeli ve sorumluluklarını bilmelidir (32).

Hemşirenin koroner anjiyografi öncesi sorumlulukları;

- Hastanın işlem öncesinde izni alınarak işlem için onam belgesi imzalatılır.
- Hastanın klinik ve laboratuvar bulguları değerlendirilir ve herhangi bir normalden sapma durumu varsa hekime haber verilir.
- Hastanın vital bulguları alınır ve kaydedilir. İşlemden sonra karşılaştırmak için hastanın periferik nabızlarına bakılır ve kaydedilir.
- Herhangi bir alerjisi olup olmadığı araştırılır. Damar yolu açılır.
- İşleme gitmeden önce hastaya anjiyografi önlüğü ve anjiyografi iç çamaşırı giydirilerek hasta işlem için hazırlanır.
- Hastanın takıları ve takma dişi varsa bunların çıkarılması tırnaklarda oje varsa silinmesi sağlanır.
- Anksiyeteyi azaltmak amacıyla doktor istemi doğrultusunda ilaçlar verilebilir (1,32-33).

2.2.2. Koroner Anjiyografi Sırasında Hemşirelik Bakımı

İşlem sırasında anjiyo hemşiresi hastanın genel durumunu, vital bulgularını, ritmini izlemeli ve gereğinde hekimi bilgi vermelidir. İşlem sırasında steril şartların korunmasını sağlar. Hastaya uygulanan kardiyovasküler ilaçları ve tedaviyi bilmelidir. Gerekli ilaç ve solüsyonları kullanıma hazır bulundurmalıdır (34).

Koroner anjiyografi işlemi sırasında hastanın bilinci açık olduğundan işlemler sırasında ekip ile koordineli olarak hastaya bilgi verilmesi de anjiyo hemşiresinin sorumluluğundadır. Anjiyografi işlemi bittikten sonra hastanın kliniğe/yoğun bakıma ulaştırılması ve bu işlem sırasında hastanın vital bulgularının izlenmesi, kanama yönünden

hastanın takip edilmesi gerekli formların doldurulması hemşirenin yapması gereken işlemlerdendir.

2.2.3. Koroner Anjiyografi Sonrasında Hemşirelik Bakımı

Koroner anjiyografi sonrası hemşirelik bakımı, hastaların anjiyografi ünitesinden teslim alınmasından klinikteki yatağına taşınma sürecini ve klinikte uygulanan bakımı içermektedir. İşlem sonrası; komplikasyonların önlenmesi ve erken tanınması bu dönem için temel hedeftir. Anjiyografi işlemi sırasında uygulanan özellikle radyopak maddeye ve diğer ilaçlara yönelik alerjik reaksiyon gelişmesi riski, katater bölgesinde kanama riski, kalp ritim bozukluğu riski ve hareketin kısıtlanmasına bağlı gelişebilecek komplikasyonlar temel hemşirelik tanılarıdır. Bu bölümdeki servis hemşirenin hastada gelişebilecek alerjik reaksiyonları gözlemlemesi ve kanama riskine yönelik hastanın durumuna uygun sürelerde takip edilmesi olası hayatı tehdit edici risklerin erken tanımlanması ve tedavisini sağlaması açısından önemlidir (32-35).

2.3. Koroner Bypass Greft Cerrahisi

Koroner Arter Baypas Greft cerrahisi darlık ya da tıkanıklık olan koroner damarın ilerisinde kalan bölge ile aort arasında ven veya arter greft kullanılarak bir köprü oluşturulması esasına dayanan bir cerrahi yöntemdir. Bu köprü ile kanlanması bozulan veya tamamen duran miyokardın kanlanması, beslenmesi ve oksijenlenmesi sağlanmaktadır. KABG ile %75–80 ve daha fazla oranda daralmış koroner arterlerin distalindeki tıkalı alana kan gönderilerek miyokardın iskemik bölgesinin perfüzyonu düzeltilir (3, 4, 6-16).

Atheroskleroz sebebiyle iyice daralmış veya tıkanmış olan artere yeni bir yol oluşturulma işlemi olan KABG cerrahisinde; genellikle hastanın bacak, kol ya da göğüs duvarında bulunan safenven, radial arter, gastroepiploik arter ve internalmamaryan arter gibi greftler ya da vücudun başka bölgesinden alınan arterler kullanılarak tıkalı arter ya da arterlere distalanastomoz yapılarak miyokardınrevaskülarizasyonu sağlanmaktadır (3, 7-15).

Koroner arter bypass cerrahisi için kullanılan greftlerarteryel ve venöz diye ikiye ayrılır. Venözgreftlerde zamanla parsiyel veya kompletoklüzyon gelişebilir, ancak arteryelgreftler plak ve obstruksiyon gelişimine nisbeten daha dirençlidir (36).

Koroner Bypass Greft Cerrahisinin Genel Amaçları;

- Semptomları rahatlatmak
- İskemiyi azaltmak
- Daha sonraki dönemde ortaya çıkabilecek kardiyak problemleri azaltmak
- Yaşam kalitesini ve süresini uzatmaktır (6-17).

2.3.1. Koroner Bypass Greft Cerrahisinin Endikasyonları

Günümüzde hastalar için koroner revaskülarizasyon kararı verirken üç temel unsur göz önüne alınmalıdır. Bunlar; hastanın içinde bulunduğu klinik tablo, koroner arterlerdeki darlıkların dağılımı ve darlık oranlarıdır(6). Periyodik olarak tarafsız otoriteler tarafından KABG için klinik rehberler oluşturulmaktadır. TheAmericanCollege of Cardiology ve TheAmericanHeartAssociation (ACCF/AHA) tarafından en son 2011 yılında oluşturulan rehberlere göre KABG endikasyonları aşağıdaki şekilde sıralanabilir (4-37).

- Önemli sol ana koroner arter darlıkları (%50 den fazla darlık)
- Üç ana koroner arterde önemli darlık
- Medikal tedaviye karşı geçmeyen angina
- Proksimal sol ön inen arter (LeftAnteriorDescending -LAD) ile birlikte bir koroner arterde darlık
- Proksimal LAD tutulumu olsun olmasın kompleksüç damar hastalığı
- Bir tanesi LAD olmak üzere iki ya da üç koroner arterin tıkanıklığı
- İki ya da üç koroner arterde tıkanıklık olması ile birlikte sol ventrikülün fonksiyon bozukluğu
- Perkütan koroner girişimlerin komplikasyonu ya da başarısızlığı
- Orta sol ventrikülsistolikdisfonksiyonlu (EF 35-50) ve önemli (%70 den fazla) çoklu damar koroner arter hastalığı.

2.3.2. Koroner Bypass Greft Cerrahisinin Komplikasyonları

KABG yaşamsal komplikasyonların gelişebildiği majör bir ameliyattır. Genellikle komplikasyonları ilk altı hafta içerisinde görülmektedir (23-38).KABG'ye bağlı komplikasyonlar; cerrahi komplikasyonlar, enfeksiyon, nörolojik komplikasyonlar, solunum sistemi komplikasyonları, renal komplikasyonlar ve diğer komplikasyonlar olarak sınıflandırılmaktadır.(4, 39, 40-41).

Cerrahi komplikasyonlar ve görülme oranları

- Kanama ve kanamaya bağlı reoperasyonlar %2.23
- Perioperatif MI %1.25
- Diğer kardiyak nedenlere bağlı reoperasyon %0.81.

Enfeksiyonlar ve görülme oranları

- Pnömoni %2.33
- Üriner sistem enfeksiyonu %1.42
- Sternomedianistler %1.33
- Safeninsizyon bölgesinde enfeksiyon %1.35
- Septisemi %0.94

Nörolojik Komplikasyonlar

- Geçici inme %2.9
- Kognitif değişiklikler %2.28

Solunum Sistemi Komplikasyonları

- •Uzamış ventilasyon %5.7
- •Yetişkin Solunum Distres Sendromu %1.03
- •Pulmoneremboli %0.37

Renal Komplikasyonlar

- Böbrek yetmezliği %3.09
- Diyaliz gerektiren böbrek yetmezliği %0.9

Diğer Komplikasyonlar

- Atriyalfibrilasyon %6
- Gastrointestinal sistem komplikasyonları %2.35
- Kardiyak arrest %1.60
- Kalp bloğu %0.74
- Multiorgan yetmezliği %0.63
- Kalp tamponatı %0.38

2.3.3. Koroner Bypass Graft Cerrahisinin Preoperatif Değerlendirme

Koroner Bypass Graft Cerrahisi planlanan hasta ve yakını için bu süreç çok önemlidir. Bu süreç boyunca hemşire kendine yüklemiş olduğu tedavi edici, eğitici ve danışmanlık rollerini bilmeli ve uygulamalıdır. KABG ameliyatı öncesinde; hastaların öyküsü alınır, fiziki muayenesi ve kan testleri yapılır, filmleri alınır ve diğer tanı testleri

(elektrokardiyografi, koroner anjiyografi, stres testi, nükleer görüntüleme, ekokardiyografi, ventrikülogram, laboratuvar testleri vb.) uygulanır (41). Bu süreçte; hastanın kardiyak anatomi ve hemodinamisi hakkında tam bir fikir sahibi olmak üzere hastanın anamnezi, fizik muayenesi, laboratuvar testleri ve kateterizasyon verilerinin dikkatle incelenmesi gerekmektedir (3-42).

Ameliyat öncesinde, hastanın kalp damar sistemi, ameliyat sırasında hastanın oksijen, sıvı ve beslenme ihtiyaçlarını karşılayabilecek şekilde hazırlanır. Bu hazırlık sürecinde, kalp damar fonksiyonlarının değerlendirmesi yapılır. Değerlendirmede, EKG, santral venöz basınç, eritrosit sayımı, hemoglobin, hematokrit, Na ve K değerleri tetkik edilir. Bu tetkiklerde ve hastaya sorulan sorulardan elde edilen bulgulara göre hasta ameliyata alınır ya da tıbbi tedaviyle hastanın durumu düzelene kadar ameliyat ertelenir (3, 20, 41-42).

Ameliyat öncesinde hasta ve yakınına verilen iyi bir danışmanlık eğitimi hastanın cerrahi kararına, cerrahi işlem sonrası hastanın bilmesi gereken sorumluluklarını yerine getirmesine yardımcı olmaktadır. Hastaların KABG ameliyatına verdiği tepkiler farklılık gösterebilmekle beraber, ameliyat öncesi hazırlık; fizyolojik, psikolojik hazırlık ve ameliyat öncesi eğitim olmak üzere üç aşamada gerçekleşmektedir (3-43).

Fizyolojik Hazırlık

Fizyolojik değerlendirme; yaş, beslenme durumu, sıvı elektrolit dengesi, enfeksiyon, kardiyovasküler, pulmoner, renal, gastrointestinal, hematolojik fonksiyonları, kullanılan ilaçları içermektedir. Bununla beraber hastanın öyküsü; sistemik ve fizik muayenesi, kan, idrar tetkiklerini içeren laboratuvar incelemeleri, göğüs radyografisi, elektrokardiyografinin değerlendirilmesi fiziksel hazırlığın eksiksiz yapılmasını sağlamaktadır (3).

Hasta ve ailelerinin kliniğe yatışları ameliyat günü ya da ameliyattan bir gün önce olmaktadır. Ameliyat öncesi değerlendirmenin çoğu hasta hastaneye gelmeden tamamlanmaktadır. Hasta ve ailelerine yatacağı ortamın tanıtılması, yaşam bulgularının alınması kliniğe ilk kabulünde yapılacaklar arasındadır (3-43).

Ameliyat öncesi gece hazırlığı ise, enfeksiyon riskini azaltmak için genel vücut banyosunu, ameliyat esnasında ve sonrasında hastanın konforlu olması için rahat ve güvenli bir çevrede uyumasının sağlayıp hastanın kaygısının azaltılmasını ve gastrointestinal sistem hazırlığını içermektedir. Ameliyattan bir gün önce ameliyat bölgesi

hazırlığı da yapılmalıdır. Genel olarak göğüs, pubis ve dize kadar hazırlık yapılacaksa da bypass greft olarak bacadan ven alınacaksa ayak bileğide hazırlık bölgesi kapsamına alınmalıdır (3-44).

Hasta ameliyathaneye gitmeden yaşam bulguları alınıp, kaydedilir. Normalden sapmalar varsa cerrahi ekip mutlaka bilgilendirilmelidir. Tüm laboratuvar sonuçlarının hazır olup olmadığı kontrol edilip, diş, gözlük, lens ve diğer tüm protezler çıkarılır. Makyaj, oje çıkarılmalı hastanın üzerinde metal hiçbir şey bırakılmamalıdır. Hastaya ameliyathane gömleği ve bone giydirilip, uygun şekilde ameliyathaneye nakli sağlanmalıdır (44-45).

Psikolojik Hazırlık

KABG ameliyatının, hastalar ve aileleri açısından önemli bir stres kaynağı olması sebebiyle ameliyat öncesi dönemde yeterli psikolojik hazırlık yapılamaması halinde hastalar ameliyat stresine uyum gösterememekte, anksiyete düzeyleri yükselmekte, cerrahi karar sürecine ve ameliyat sonrası dönemde iyileşmeleri gecikmekte, komplikasyonlar daha fazla olabilmektedir (3, 44-45).

Bu süreçte KABG hastalarındaki stres; çoğunlukla bilgi eksikliği, ağrı, beden imajı değişimi ve ölüm korkusu gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır. Bu sebeple, ameliyat öncesinde hastaların ve ailelerinin kendilerini ifade etmelerine olanak tanınması, öğrenme tarzlarına ve anlama düzeylerine göre yaklaşım gösterilmesi gerekir (3,44). Ameliyat öncesi etkin psikolojik hazırlığın; hastaların ameliyat öncesi kaygı seviyelerinin ve ameliyat sonrası ağrı algılarının azalmasında, ameliyat sonrası konforlarının artmasında, yaşam bulgularının kısa sürede normale dönmesinde, iyileşme sürelerinin hızlanmasında, erken taburcu olmalarında ve böylece hastaların bakım maliyetlerinin azaltılmasında yardımcı olduğu ifade edilmektedir (3, 44-45).

Ameliyat Öncesi Eğitim ve Bilgilendirme

Ameliyat öncesinde hemşire hastalara KABG ameliyatı hakkında eğitim vermelidir. Ameliyat öncesi hastalara derin solunum, öksürme, dönme egzersizleri uygun zamanda ve her hastanın anlayacağı şekilde öğretilerek olası solunum ve dolaşım sistemi komplikasyonları önlenmeye çalışılmalıdır. Ameliyat sonrası yapılacak olan bu egzersizlerin iyileşme sürecini hızlandıracağı hastaya açıklanmalıdır (3-46).

Thomson ve ark'nın KABG cerrahisi geçiren hastalarda preoperatif ve postoperatif risk faktörlerini saptamak üzere gerçekleştirdiği çalışmada da, sadece cerrahi öncesi ve cerrahi sonrasında hastaların yaşam tarzlarını değiştirmeye ve risk faktörlerini azaltmalarına yönelik sağlık profesyonellerinin devreye girmesi gerektiğini, hastalara uygulayacakları programların hasta eşleriyle bir bütün olarak değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir (3).

Yasal Hazırlık

Cerrahi girişim yapılacak her hastadan bilgilendirilmiş onam alınması zorunludur. Bilgilendirilmiş onam, bilinci yerinde, 18 yaş ve üzerindeki hastaların kendilerinden, karar verebilecek durumda olamayan ve çocuk hastalarda ise aile ya da yasal olarak hastadan sorumlu olan kişilerden alınır. Bilgilendirilmiş onam, hastaya KABG ameliyatının tüm yönlerinin anlaşılır bir dille açıklanması ve komplikasyonların neler olabileceğinin anlatılmasından sonra alınmalıdır (16).

2.4. Koroner Bypass Graft (KABG) Cerrahisi Planlanan Hastada Hemşirenin Roller

Hemşire; eğitimiyle, kişiliğiyle, teorik bilgi ve uygulama becerisiyle, karar verme yeteneğiyle, hemşirelik hizmetlerini planlayarak uygulayabilen, ekip çalışmasını başarıyla yürütebilen, sağlık ekibi üyeleriyle uyum içinde çalışabilen, sağlık ekibinin vazgeçilmez bir üyesidir (9).

Hemşirelik hizmetleri, hastanın kendisi, ailesi veya toplumun başka bir üyesi tarafından karşılanamayan hizmetlerdir. Hemşirelik kısa tarihinde bir dizi hızlı ve çarpıcı değişim geçirmiştir. Bu değişim ile hekimlere tabi olan bir meslekten, özerk bir mesleğe; sadece hastanelerde uygulanan bir meslekten, çeşitli ortamlarda uygulanan bir mesleğe; sınırlı görevleri olan bir meslekten, önemli toplumsal sorumlulukları olan bir mesleğe bununla beraber hastalığa odaklanmış bir meslekten, sağlığa odaklanmış bir mesleğe dönüşmüştür (8).

Modern hemşirelikte 13 rol saptanmıştır. Genel kabul gören altı hemşirelik rolü; bakım verme, eğitim, araştırma, yöneticilik, karar verme ve hastayı savunuculuğudur. Benimsenmesi daha sınırlı ölçüde kalan yedi hemşirelik rolü ise, iletişim ve eşgüdüm sağlama, rehabilitasyon, tedavi, kariyer geliştirme, özerk ve sorumluluk sahibi olma, danışmanlık olarak belirlenmiştir (9-10).

Koroner anjiyografi olan ve KABG ameliyatı planlanan hastaların cerrahi karar süreci, ameliyat öncesi, sonrası bakım ile taburculuk planlamasına yönelik hemşirelik girişimleri ve taburculuk sonrası evde bakıma yönelik hasta ve aile üyelerinin desteği ve bakım konusunda bilgilendirilmeleri konularında hemşire danışmanlık rolünü ön plana çıkarmalıdır.(11,12-38).

2.4.1. Bakım Verici Rolü

Hemşirenin bakım verici rolü; hastanın temel, fizyolojik gereksinimlerinin karşılanması, durumundaki önemli değişikliklerin izlenmesi, yapılan işlemlerin hastanın kendisine ve ailesine açıklanması, bakıma katılmalarının desteklenmesi, ağrının fark edilmesi ve ağrı giderme yöntemlerinin kullanılması ve ayrıca sosyal, duygusal manevi destek gereksinimlerinin belirlenmesi gibi yöntemleri içermektedir (9).Bakım temel hemşirelik rolüdür ve hemşire bu rolü yerine getirirken hasta merkezli çalışarak, karar verme becerisini kullanmaktadır. Hemşirenin hastaya ve hastalık sürecine özel bir bakım planı hazırlaması ve hastanın sosyal-emosyonel iyilik durumunu yeniden kazandırmaya yönelik önlemler alması söz konusudur (9).

2.4.2. Araştırmacı Rolü

Hemşirelikte pek çok bilginin kaynağı bilimsel araştırmalardan ortaya çıkmıştır. Hemşire, daha iyi bakım ve hizmet sunmak için yeni bilgileri araştırır, öğrenir ve uygular. Hemşirenin araştırmacı rolü; bakım sorunlarına çözüm getirici araştırmalar önermeleri, başlatmaları ve serviste bu amaca yönelik yapılan araştırmaları desteklemeleri, araştırma sonuçlarından yararlanmaları, araştırmalarda hastaların hak ve güvenliğini korumalarını içermektedir (32-51).

2.4.3. Yönetici Rolü

Hemşirenin yönetici rolü hasta bakımının, hasta ve çalışan eğitim etkinliklerinin, iletişimin ve kliniğin işleyişinin yönetilmesi gibi açılımları bulunmaktadır. Kliniğin rutin işleyişini yönetmek eski bir hemşirelik rolü olup günümüzde de önemini korumaktadır.Yöneticilik rolünün bu yorumunda hemşire; uygulama ortamındaki kaynakları yönetmekte, bireysel kaynakların etkili kullanılmasını sağlamakta, aktiviteleri koordine etmekte ve sağlık kurumunu bireye, bireyi de kuruma karşı temsil etmektedir (8-10).

2.4.4. Tedavi Edici Rolü

Son yıllarda hemşirelerin bu rolünde önemli genişlemeler olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, 1992 yılından bu yana hemşirelerin kendi uzmanlık ve yetkinlik alanı içinde reçete yazabilmeleri için düzenlemeler yapılmaktadır. Bu düzenlemelerin zaman zaman güncellendiği görülmektedir. Son yıllarda Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya, Yeni Zelanda ve İrlanda gibi ülkelerde de mevzuatlar düzenlenmiştir (8).

Hemşirelikte tedavi uygulayıcı rol, tedavilerin en az risk ve komplikasyon ile sürdürülmesi, ilaçların doğru ve güvenli bir biçimde uygulanması ve yan etkilerinin gözlenmesi, hastada hareketsizliğe bağlı oluşabilecek komplikasyonların önlenmesini oluşturur (9-47).

2.4.5. Eğitimci Rolü

Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını korumaya-geliştirmeye, hastalık halinde iyileştirmeye ve doğru sağlık davranışlarını kazandırmaya yönelik olarak planlı biçimde eğitim vermek, hemşireliğin temel rollerinden biridir. Sağlık eğitimcisi olarak hemşire, tedavi ve yaşam biçimindeki değişimler hakkında hem hastaya ve hasta ailesine, hem de topluma bilgi aktarmaktadır. Hemşirenin eğitimci rolünü gerçekleştirdiği temel alanlar; sağlık eğitimi, hasta eğitimi, hizmet içi eğitim ve klinik eğitimidir (8-9)

2.4.6. Danışmanlık Rolü

Hemşirelik; toplum geneline sağlığı koruma ve geliştirme, yaşam kalitesini arttırma, hastalığa bağlı sorunlar ile baş etme ile ilgili kendi olanaklarını, kaynaklarını tanımaları ve kullanmaları konusunda danışmanlık etmektedir. Danışmanlık rolünün hasta bireye ve ailesine yönelik olarak ortaya çıkışı ise, hastalıkla ilgili bir farkındalık durumu yaratma, hastalığın seyir şeklini ve etkilerini öğretme, hastalığın yarattığı sorunlar ile baş edebilmek için devreye sokulacak öz kaynakları ve dış kaynakları tanıtmak ve bunların kullanımını teşvik etme şeklindedir. Danışman rolü, hemşirelik rollerinin özerklik seviyesi yüksek rollerindendir. Danışmanlık rolü doğası gereği, iletişimci ve eğitimci rolleriyle yakın ilişki ve bütünleşme halinde ortaya çıkmaktadır (8).

Ameliyat öncesi iyi bir danışmanlık eğitimi ile; hastaların cerrahi karar süreçlerinin olumlu olmasına, ameliyat öncesi kaygı seviyelerinin ve ameliyat sonrası ağrı algılarının

azalmasında, yaşam bulgularının kısa sürede normale dönmesinde, iyileşme sürelerinin hızlanmasında, erken taburcu olmalarında ve böylece hastaların bakım maliyetlerinin azaltılmasında yardımcı olduğu ifade edilmektedir. Bu yüzden hemşire danışmanlık rolünü ön plana çıkarmalıdır (11-12).

2.5. Anksiyete

Anksiyete hoş gitmeyen çeşitli bedensel duyguların eşlik ettiği yaygın ve çoğu kez belirsiz bir kaygı duygusudur (48). Türk Dil Kurumu sözlüğünde, “Canlının içinde bulunduğu sıkıntılı duruma bağlı olarak gelişen psikonöretik bozukluk” olarak açıklanmaktadır (49). Spielberger ise “anksiyete geleceğe yönelik endişe durumudur” demiştir. Spielberger anksiyetenin özelliklerini şöyle sıralamıştır:

- Geleceğe yönelik endişe durumudur.
- Hoş olmayan bir duygulanım durumudur.
- Bu duygulanım durumunun duyumsanması insana acı verir.
- Sinir sisteminde gerginlik olur.
- Bedensel rahatsızlık verir (48).

2.5.1. Anksiyetenin Organizmaya Etkisi

Anksiyetenin psikolojik ve somatik olmak üzere iki temel bileşeni vardır. Psikolojik bileşen kişiden kişiye büyük ölçüde değişmekle birlikte, somatik bileşen de değişkenlik gösterir. Yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, kültürel etkenler anksiyeteyi etkiler. Somatik belirtiler arasında kas sertliği, baş ağrısı, sırt ağrısı, tremor, yorgunluk, güçsüzlük, irkilme reaksiyonu, çarpıntı, sıcak basması, solukluk, hiperventilasyon, nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi, titreme, terleme, baş dönmesi, ekstremitelerde karıncalanma, reflekslerde canlılık, hipertansiyon, pupillerde genişleme, epigastrik rahatsızlık, diare, ağız kuruluğu, bulantı, kusma, boğazda yumruk hissi, sık idrara çıkma sayılabilir (50-51).

2.5.2. Anksiyete Nedenleri

- Biyolojik, psikolojik ve/veya sosyal bütünlüğe olan tehditler
- Dayanma mekanizmalarının/kaynaklarının ineffectif kullanımı
- Dayanma stratejilerinin tüketilmesi
- Dayanma yeteneklerini aşan stres düzeyleri

- Güçsüzlük
- Umutsuzluk
- Gerçekçi veya ulaşılabilir olmayan ihtiyaçların/beklentilerin karşılanmaması
- Uzun dönemli hastalığa cevap/hospitalizasyon
- Özgüvene tehdit
- Biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörler (52-53)

2.5.3. Anksiyete Belirtileri

Fizyolojik Belirtiler

Kas gerginliği, çarpıntı, sık nefes alma, hava açlığı, nefes almada güçlük, baş dönmesi, mide rahatsızlıkları, öğürme, kusma, sık idrara çıkma ve defakasyon ihtiyacıdır. Ayrıca pupilla dilatasyonu, yüzde ateş basması, ya da solukluk, ağız kuruluğu, tremor ve terleme gözlemlenebilir. Ellerde ve ayaklarda uyuşukluk ve karıncalanma görülebilir (48).

Genel Görünüm

Anksiyete kişinin düşünme, algılama ve öğrenme yetisini bozar. Kişi karar vermede güçlük çeker. Bireyin konsantre olma yeteneğinde azalma, öfke, kızgınlık, çabuk kızma, sabırsızlık, depresyon gelişebilir. Çeşitli psikosomatik hastalıklar anksiyete sonucu ortaya çıkabilmektedir. Anksiyeteli kişi heyecanlı ve sesi titrektir. Zor konuşma olabilir, fakat konuşma düzgündür. Kişiler arası ilişkilerde gergin, endişeli ve tedirgindir (48).

2.5.4. Anksiyete Kuramları

Speilberger Kuram

Hepimiz tehlikeli gördüğümüz durumlarda kaygı yaşarız. Tehlikeli koşulların oluşturduğu bu kaygı türü genellikle her bireyin yaşadığı geçici, duruma bağlı bir kaygı oluşturur. Buna "Durumluk Kaygı" denir. Durumluk Kaygı (State), bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Fizyolojik olarak otonom sinir sisteminin uyarılması sonucunda terleme, sararma, kızarma, titreme gibi fiziksel değişiklikler bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergeleridir. Stresin yoğun olduğu zamanlar durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme görülür. Bazı insanlar sürekli olarak huzursuzluk içinde yaşar. Doğrudan doğruya çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan bu kaygı türü içten kaynaklanır. Öz değerlerinin tehdit edildiğini zannetmesi ya da içinde bulunduğu durumları stresli olarak yorumlaması sonucu

birey kaygı duyar. Buna da "Sürekli Kaygı" denir. Sürekli Kaygı (Trait), bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır. Objektif kriterlere göre nötr olan durumların birey tarafından tehlikeli ve özünü tehdit edici olarak algılanması sonucu oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusudur. Bu tür kaygı seviyesi yüksek bireylerin kolaylıkla incindikleri ve karamsarlığa kapıldıkları görülür. Bu bireyler durumluk kaygıyı da daha sık ve yoğun yaşarlar (54-55).

2.5.5. Anksiyete Düzeyleri

Anksiyetenin varlığını gösteren belirtiler; hafif, orta, şiddetli ve panik düzeylerde yaşanır (56-57).

Hafif Düzeyde Anksiyete

Bu düzeyde birey görür, işitir ve daha öncesine göre durumu daha çok kavrar. Tam olarak konsantre olma ve mantık yürütme yeteneği vardır. Bu nedenle birey bu düzey anksiyete de etkin problem çözme becerisine sahiptir. Birey tırnak yeme, yürüme, ağlama, uyuma, yeme, gülme, sigara ve içki içme gibi gerilimleri hafifletmek için savunma mekanizmalarını kullanır (48-58).

Orta Düzeyde Anksiyete

Yoğunluk söz konusudur kişinin iletişim ve kavrama düzeyinde belirgin azalma söz konusudur. Kas gerginliği, tansiyon, nabız ve solunum sayısında artma, hafif terleme ve baş ağrısı, mide şikâyetleri gibi hafif somatik belirtiler görülebilir. Güven duygusu azalmıştır (57-58).

Şiddetli Düzeyde Anksiyete

Birey çevresinde olup bitenleri algılamada güçlük yaşar. Bu düzeyde anksiyete de öğrenme ve problem çözme mümkün değildir. Birey sadece ayrıntıları kavrar, fiziksel ve duygusal huzursuzluk vardır. Ayrıntılar kavrandığı halde, bunlar arasındaki bağlantı ayırt edilemez (57). Birey uykusuzluk, baş ağrısı, bulantı, titreme, iştahsızlık, korku, ürperme ve çarpıntının fazlalığından şikâyet edebilir. Rahatsızlık ve hassasiyet duyguları artmıştır. Bunun yanı sıra ölümün yakın olduğu duygusu yaşanabilir(48, 58-59).

Panik Düzeyde Anksiyete

Anksiyetenin en yoğun yaşandığı düzeydir. Kişi işlem yapamaz, iletişim kuramaz haldedir. Panikle birlikte uyarılara yanıt alamaz. Kişi kendine gelemmez yardıma ihtiyacı vardır. Bu düzeyde yaşanan duygular bireye acı verir. Kontrolü kaybetme, aşırı derecede öfke, ümitsizlik, çaresizlik, tükenmişlik, korku, endişe, dehşet hisleri yaygındır. Halüsinasyon görülebilir. Ölüm meydana gelebilir (58-59).

2.6. Koroner Bypass Greft Cerrahisi ve Anksiyete

Bütün cerrahi hastalar, ameliyatın akut gelişip tehdit edici olmasından dolayı diğer bölüm hastalarından daha fazla durumlulukanksiyete yaşamaktadırlar. Koroner arter bypass greft cerrahi girişim sonrası sıklıkla anksiyete, uyku bozuklukları, depresyon, cinsel işlev bozukluğu, ev ve iş yaşamında rol ve statü kaybı gibi sorunların görüldüğü literatürde ifade edilmektedir (48).

Hastanın anksiyetesinin azaltılmasında öncelikle anksiyetenin düzeyi tanımlanmalıdır. Hemşireler, hastaların anksiyetisini tanımasında ve yönetiminde bilişsel ve davranışçı yöntemleri, iş merkezli yerine hasta merkezli bütüncül bakım esasına dayanarak, hastaya kısa ve net cümlelerle bilgi vererek yardım edebilir. Hemşire, hastanın cerrahi anksiyetesinin farkında olmasına, ifade etmesine yardımcı olmalıdır (48-60).

Hastada oluşabilecek anksiyete nedenleri; uygulanacak cerrahinin tipi, anestezi tipi, geleceğin belirsizliği, aileden ayrılma, yabancıdan korku, kontrol kaybı, beden bütünlüğünün bozulması, bağımlılık korkusu, sevgi ve ilgi kaybı endişesi, ameliyat sonrası ağrı ve rahatsızlık hissi ve ölüm korkusu şeklinde sayılabilir. Hemşireler, hastanın anksiyete nedenini iyi bilmeli ve hasta merkezli bütüncül yaklaşım ile eğitim ve danışmanlık rolünü kullanmalıdır (54-55)

2.7. Hemşirenin Eğitimci Ve Danışmanlık Rollerinin Hastanın Anksiyete ve Cerrahi Karar Üzerinde Etkileri

Yapılan çalışmalarda en yüksek kaygıya KABG kararı verilen bireylerde rastlanmıştır. Kalp cerrahisi geçirecek hastaların cerrahi öncesinde bilgilendirilmesinin hastaların ameliyat öncesi anksiyetesini azaltacağı ve cerrahi başarıyı artıracığı bildirilmiştir. Hastanın kendisine yapılacak işlemler hakkında bilgi alması en doğal hakkıdır. Bilgilenen hastanın anksiyete ve cerrahi kararı etkilenir. Hastanın kendisine yapılacak olan işlemlerden haberdar olması en doğal hakkıdır. Hemşirenin eğitimci ve danışmanlık rolü gereği hastalara bilgi verme sorumluluğu vardır (52, 63-64).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Şekli Yeri ve Zamanı

Araştırma, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma (KSÜ SUA) Hastanesinde Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde anjiyografi olan ve KABG önerilen hastalarda hemşirenin eğitici hasta danışmanlığı rolünün hastanın anksiyete ve cerrahi kararına etkisinin belirlenmesi amacı ile kontrol ve çalışma grubu yarı deneysel araştırma tasarımı kullanılarak yapılmıştır. Araştırmanın kontrol grubu verileri 27.01.2016-25.05.2016 tarihleri arasında; çalışma grubu verileri ise 09.11.2016-15.04.2017 tarihleri arasında belirtilen hastanede toplanmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri

KSÜ SUA Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde üç ayrı yoğun bakım odasına ayrılmış ve tek kişilik dört oda ile hizmet vermektedir. Toplam 25 hasta yatağı mevcuttur. İkinci basamak yoğun bakım ünitesi olarak hizmet veren üniteye toplam 22 hemşire, dört asistan hekim, iki doçent hekim ve üç profesör hekim görev yapmaktadır. Hemşireler, 08-16.00 ve 16.00-08.00 saatleri arasında iki vardiya sistemine göre çalışmaktadır. Hastalar merkezi monitör sistemi ile saatlik ateş, nabız, tansiyon takibi yapılarak izlenmektedir. Hemşireler hastanın yanında yoğun bakımda ortadaki desk ile takip etmektedir. Hasta odası dışında hasta yakınları için bir adet bekleme salonu ve bir adet hasta bilgilendirme odası bulunmaktadır.

3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi

KSÜ SUA Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde araştırma verilerinin toplandığı dönem olan 27 Ocak 2016-15 Nisan 2017 tarihleri arasında toplam 520 hasta anjiyografi olmuştur. Bu hastalardan anjiyografi sonrası KABG planlanan ve aşağıdaki araştırma ölçütlerini sağlayan 80 hasta çalışma kapsamına alınmıştır.

Örneklem Ölçütleri:

- 18 yaş ve üstü,
- Koroner anjiyografi uygulanan ve planlı KABG önerilen
- İşitme ve anlama problemi olmayan
- Psikiyatrik bir tanısı olmayan ve bu amaçla ilaç kullanmayan
- Araştırmaya gönüllü katılmak isteyen hastalardır.

Belirtilen süre içerisinde anjiyografi uygulanan 520 hastadan 415 kişiye, ilaç ve stend tedavisi önerilmiş, 10 kişi acil ameliyata alınmış ve toplam 95kişiye planlı KABG önerilmiştir. Araştırmanın örneklem ölçütlerini sağlamayan 15hasta çalışma dışında tutulmuş, kontrol ve çalışma gruplarının her birine 40 hasta olmak üzere toplam 80 hastaya ilişkin veriler alınarak çalışma tamamlanmıştır.

3.4.AraştırmaVerilerinin Toplanması

Araştırmada veri toplamak için iki form kullanılmıştır. Bunlardan birincisi araştırmacı tarafından kaynak (3, 5, 11, 17, 32, 44-45) taramaları sonucunda hazırlanmış olan Hasta Tanılama formu (Ek-5), diğeri ise Spielberger tarafından geliştirilen ve Türk toplumunda geçerliliği ve güvenilirliği Öner ve ark (1998) tarafından yapılan Süreklilik Durumluk Anksiyete Envanteri (State-TraitAnxietyInventory, STAI (Ek-5))’dir.

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Hasta Tanımlama Formu

Araştırmacı tarafından konu ile ilgili kaynak (3, 11, 17, 32, 44-45) incelemeleri sonucu hazırlanmış üç bölümden (Sosyo-Demografik, Hastalık ve Cerrahi-KABG bilgileri) oluşmuş veri toplama formudur. Toplam 35 sorudan oluşmaktadır.

Bölüm I Sosyo-Demografik Veriler: Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, bakıma yardımcı olan kişiler, bakmakla yükümlü olduğu kişi sayısı, mesleği, güncel çalışma durumu, sağlık güvencesi, yaşadığı yer, alışkanlıkları ile ilgili verilerden oluşmuştur.

Bölüm II Hastalıkla ilgili Veriler: Tıbbi tanısı, hastalığı hakkında bilgi durumu, hekim tarafından konulmuş kronik hastalık durumu, kullandığı ilaçlar ve cerrahi geçmiş ve anjiyografi sonucu bilgilerini içermektedir.

Bölüm III Cerrahi (KABG) Veriler: Hastaya önerilen KABG hakkında bilgi durumu ve cerrahi kararına etki edebilecek durumların sorgulandığı formdur.

Sürekli Durum Anksiyete Envanteri (State-TraitAnxietyInventory, STAI)

STAI, 1964 yılında Spielberger ve Gorsuch tarafından normal ve normal olmayan bireylerdeki sürekli ve durumluk kaygı düzeylerinin ölçülmesi amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (71). Türk toplumunda geçerliliği ve güvenilirliği Öner ve ark (1998) tarafından gösterilmiştir. Türkçeye Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri olarak çevrilmiştir.

STAI durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçer. Yirmişer maddeden oluşan iki ayrı ölçeği vardır. STAI, bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulanması kolay bir envanterdir. Her iki ölçek de aynı zamanda uygulanabilir. Envanter okuma yazma bilmeyenlere bireysel olarak uygulandığında, maddeler uygulamacı tarafından okunup, verilen yanıtlar yine uygulamacı tarafından form üzerinde işaretlenir. On dört yaş ve üstünde bilinçli olan hastalara uygulanabilir. Testin kullanımı için özel eğitim gerekmez (50-54).

Durumluk kaygı ölçeğinin yanıtlanmasında; maddelerin ifade ettiği duygu, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre “Hiç”, “Biraz”, “Çok”, “Tamamıyla” şıklarından birinin seçilmesi; sürekli kaygı ölçeğinin yanıtlanmasında ise, maddelerin ifade ettiği duygu düşünce ya da davranışların sıklık derecesine göre, “Hemen Hiçbir Zaman”, “Bazen”, “Çok Zaman” ve “Hemen Her Zaman” sıklarından birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir.

Ölçeklerde doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren (tersine çevrilmiş) ifadelerde 4 değerlikli yanıtlar düşük, 1 değerlikli yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Bu ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren (doğrudan) ifadelerde ise 4 değerlikli yanıtlar en yüksek kaygıyı gösterir (50-54).

Durumluk kaygı ölçeğinde on tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler), sürekli kaygı ölçeğinde ise sekiz tane (21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır. Puanlama elle yapılabildiği gibi bilgisayar yardımı ile de yapılabilir. Elle yapılan puanlamada, doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerdeki toplam ağırlıklı puan çıkarılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer durumluk kaygı ölçeği için 50, sürekli kaygı ölçeği için ise 35'dir. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini gösterir (50-54).

Öner' in belirttiğine göre, Spielberger'in Durumluluk ve Sürekli Anksiyete Envanterinde 0–19 puan 'Anksiyete yok', 20–39 puan 'Hafif Anksiyete', 40–59 puan 'Orta Düzeyde Anksiyete', 60–79 puan 'Ağır Düzeyde Anksiyete', 80 ve üstü puan ise 'Panik' olarak değerlendirilmektedir (52).

Bypass Greft Cerrahisine Yönelik Danışmanlık Eğitim Formu

Araştırmacı tarafından kaynak taraması sonucu hazırlanan Bypass Greft Cerrahisine Yönelik Danışmanlık Eğitim konuları aşağıda verilmiştir.

- Koroner Arter Hastalıklarında Tedavi Yöntemleri
- Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı
- Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Endikasyonları
- Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastanın Hemşirelik Bakımı,
- Ameliyat Öncesi Hazırlık ve Hemşirelik Bakımı
- Ameliyat Sırası Hemşirelik Bakımı,
- Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı,
- Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olan Hastanın Taburculuk Sonrası Eğitimi konularını içermektedir.

Konular KSÜ SUA Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi A.B.D Öğretim Üyesi Prof. Dr. Gülizar Sökmen'in onayını da alarak (Ek-7) hazırlanmış ve bu çalışmada deney grubu hastalarına bilgi ve eğitim vermede kullanılmıştır.

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma, KA olan ve KABG önerilen hastalarda hemşirenin hasta danışmanlığı rolünün hastanın anksiyete ve cerrahi kararına etkisinin belirlenmesi amacı ile kontrol ve çalışma gruplu yarı deneysel olarak planlanmıştır.

Araştırmada önce kontrol grubu (27 Ocak-25.Mayıs 2016) daha sonra da çalışma grubu (09.11.2016-05.04.2017) hastaları ile çalışma yapılmıştır.

3.5.1. Kontrol Grubu

Çalışmanın kontrol grubuna ilişkin verileri 2015-2016 ders döneminde “HKÜ Sağlık Bilimleri Hemşirelik A.B.D. Hemşirelik Yüksek Lisans programının Seminer dersi kapsamında yapmış olduğum çalışmadan elde edilen verilerden oluşmuştur. Seminer dersi kapsamında yapılan bu çalışmanın tez çalışmasının kontrol grubu verileri olarak kabul edilmesi konusunda Sağlık Bilimleri Enstitüsünün Yönetim Kurulu’nun onayı alınmıştır(Ek-2).

Kontrol Grubu Hastalarına Yönelik Uygulanma aşamaları aşağıdaki basamaklarda yapılmıştır.

I-Aşama: Örneklem alınacak hastaların belirlenmesi ve araştırmaya dahiledilmesi: Bu aşamada belirtilen ünite de koroner anjiyografi uygulanan ve örneklem ölçütlerini sağlayan hastalar belirlenerek, anjiyografi sonucu KABG önerilen hastalar araştırmaya katılmaya davet edilmiştir.

II-Aşama: Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla veri toplama formlarının doldurulması için görüşme yapılması: Görüşme yapılmadan önce hastanın genel durumunu ve anksiyetesini etkileyen kateter bölgesine basınç uygulaması, vital değişiklikler, ağrı, vb. durumlar açısından hasta gözlenecek ve hastanın en uygun olduğu zamanda görüşme yapılacaktır. Hastanın tamamen cerrahi operasyona odaklandığı, cerrahi kararın hastaya anlatıldığı saati takiben 3-4 saat sonra görüşme yapılmıştır. Bu görüşmede Hasta Tanımlama Formu ve Spielbergler’in Durumluk/Süreklilik Kaygı Ölçeği (STAI) uygulanmıştır.

3.5.2.Çalışma Grubu

Çalışma grubuna ilişkin veriler ise araştırmacı tarafından hazırlanan Bypass Graft Cerrahisine Yönelik Danışmanlık Eğitim Formu (Ek-7) hastaya anlatıldıktan sonra “HKÜ Sağlık Bilimleri Hemşirelik AD.’ında Seminer” dersinde yapılan ve kontrol grubuna aktarılan çalışma verilerinin toplanmasında kullanılan veri toplama formları üzerinde değişiklik yapılmamış olup çalışma grubu hastalarında “hemşirenin hasta danışmanlığı rolü” nün etkisini belirlemeye yönelik aynı soru formları kullanılarak veriler 20 Ocak-15 Nisan2017 tarihleri arasında KSÜ SUA Hastanesinde Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde toplanmıştır.

Çalışma Grubu Hastalarına Yönelik Uygulanma aşamaları aşağıdaki basamaklarda yapılmıştır.

I. Aşama: Örnekleme alınacak hastaların belirlenmesi ve araştırmaya dahil edilmesi: Bu aşamada belirtilen ünite de koroner anjiyografi uygulanan ve örneklem ölçütlerini sağlayan hastalar belirlenerek, anjiyografi sonucu KABG önerilen hastalar araştırmaya katılmaya davet edilmiştir.

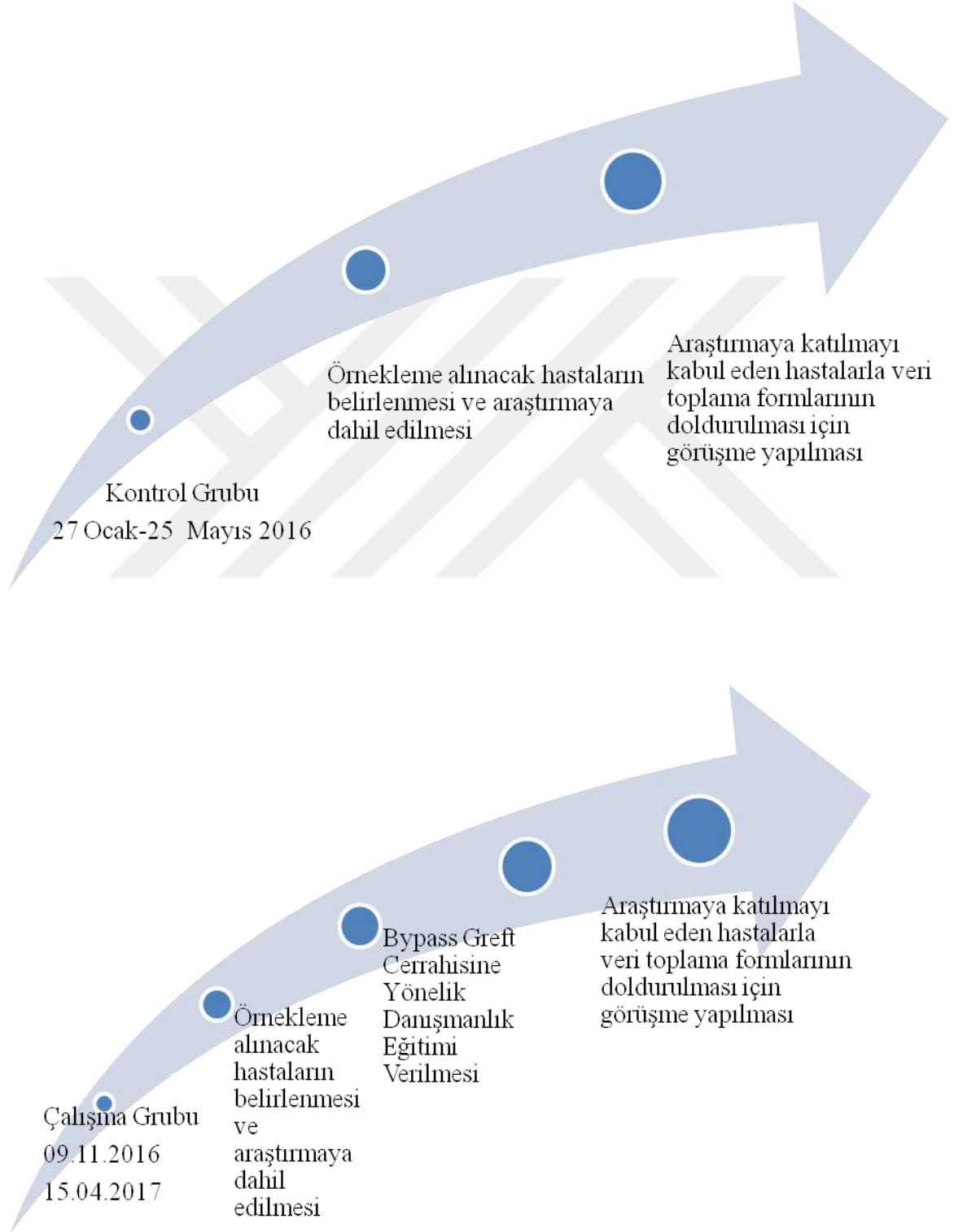
II. Aşama: Bypass Greft Cerrahisine Yönelik Danışmanlık Eğitimi Verilmesi: Örneklem ölçütlerini sağlayan hastalar belirlendikten sonra danışmanlık eğitimi vermek için hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemi ile eğitim verilecektir. Eğitim verilmeden önce hastanın genel durumunu ve anksiyetesini etkileyen kateter bölgesine basınç uygulaması, vital değişiklikler, ağrı, vb. durumlar açısından hasta gözlenecek ve hastanın en uygun olduğu zamanda eğitim yapılacaktır. Hastanın tamamen cerrahi operasyona odaklandığı, cerrahi kararın hastaya anlatıldığı saati takiben 24 saat sonra eğitim yapılmıştır.

Eğitim kapsam olarak hastalığın tanılanması, tedavi yöntemleri, hemşirelik bakım süreçleri ve taburculuk ve rehabilitasyon süreçlerini içermektedir (Ek-7). Yüz yüze görüşme yöntemi ile 15-20 dakikalık zaman diliminde hastaya anlatılmıştır.

Danışmanlık Rolü kapsamında, KABG cerrahisinin seyir şeklini ve etkilerini öğretme, hastalığın yarattığı sorunlar ile baş edebilmek için devreye sokulacak öz kaynakları ve dış kaynakları tanıtmaya ve bunların kullanımını teşvik etme şeklindedir.

III. Aşama: Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla veri toplama formlarının doldurulması için görüşme yapılması: Görüşme yapılmadan önce hastanın genel durumunu ve anksiyetesini etkileyen kateter bölgesine basınç uygulaması, vital değişiklikler, ağrı, kanama, vb. durumlar açısından hasta gözlenecek ve hastanın en uygun olduğu zamanda görüşme yapılacaktır. Hastanın tamamen cerrahi operasyona odaklandığı, cerrahi kararın hastaya anlatıldığı saati takiben 24 saat sonra görüşme yapılmıştır. Bu görüşmede Hasta Tanımlama Formu(Ek-5) ve Spielbergler'in Durumluk/Süreklilik Kaygı Ölçeği (STAI(Ek-5)) uygulanmıştır.

Şekil 2: Araştırmanın Uygulama Şeması



3.6. Araştırma Verilerinin İstatistiksel Analizi

Araştırma sonucunda toplanan veriler SPSS 23 for Windows programına aktararak istatistiksel analizleri yapılmıştır. Araştırmada tanımlayıcı istatistikler olarak sayı (n) ve yüzde (%) değerleri gösterilmiş, sürekli değişkenler için (yaş) ortalama±standart sapma, en az-en çok değerleri hesaplanmıştır. İstatistik önemlilik için $p<0.05$ değeri kabul edilmiştir. Ölçek puanları hesaplanarak uygun karşılaştırma analizleri yapılmıştır.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bu araştırmanın bağımlı değişkenlerini KG ve ÇG hastalarına KABG cerrahi karar sonrası uygulanan Sürekli Durum Anksiyete Envanteri (STAI) oluşturmaktadır.

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini, bypass greft cerrahisine yönelik danışmanlık eğitim konuları, hasta tanılama formundaki sorular oluşturmaktadır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın, örneklem ölçütlerini karşılayan hastalarla yüz yüze görüşme öncesi, araştırmanın amacı, zamanı, araştırma verilerinin gizliliği, istedikleri zaman araştırmadan çıkabilecekleri konusunda bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır (Ek-4). Araştırmanın yapılabilmesi için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 08.11.2016 tarihli ve 2016/27 karar numaralı etik kurul toplantı tutanağı (EK-1) ve 2016/13 etik kurul kararı (Ek-3) ile uygun görülmüş olup, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden (EK-6) yazılı kurum izni alınmıştır.

4.BULGULAR

Bu araştırma,koroner anjiyografi sonrası KABG cerrahisi önerilen hastalarda hemşirenin hasta danışmanlığı rolünün hastanın anksiyete ve cerrahi kararına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmada 40 Kontrol ve 40 Çalışma Grubu olmak üzere toplam 80 hastanın bulgular aşağıdaki başlıklar altında verilmiştir:

4.1.Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Bulguları

4.2.Hastaların anjiyografi ve KABG ameliyatına ilişkin bilgi alma ile KG ve ÇG'nın bu özellikler açısından karşılaştırılması

4.3.Hastaların koroner anjiyografi sonrası önerilen tedaviyi kabul etme ve etmeme durumunun yapılan bilgilendirmenin etkisinin KG ve ÇG grupları açısından karşılaştırılması

4.4. Hastaların STAI-1 ve STAI-2 Anksiyete Puan Dağılımının KG ve ÇG grupları açısından karşılaştırılması

4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Bulguları

Bu bölümde çalışmaya katılan KG ve ÇG hastalarının sosyo-demografik ve hastalıkları ile ilişkili tanıtıcı özelliklerine ait veriler ile ÇG ve KG hastalarının bu veriler açısından karşılaştırılmaları yer almaktadır.

Tablo 4.1.1. Kontrol ve Çalışma Grubu Hastalarının Sosyo-Demografik Tanıtıcı Özellikleri ve Karşılaştırılması (N=80)

Tanıtıcı Özellikler	Kontrol Grubu (n=40)	Çalışma Grubu (n=40)	Test	P
	ortalama±ss* En az:- en çok:	ortalama±ss* En az:- en çok:		
Yaş (yıl)	63.05±8.86 52-85	68.25±8.17 47-79	-2.727**	0.008
Beden Kitle İndeksi	30.55±3.50 25.70-38.60	29.67±2.51 25.50-35.40	1.284**	0.203
	n (%)	n (%)		
Yaş Grupları (yıl)				
52-59	21 (52.5)	9 (22.5)	7.680***	0.006
60 ve üzeri	19 (47.5)	31 (77.5)		
Beden Kitle İndeksi Grupları				
26-30 fazla kilolu	24 (60.0)	25 (62.5)	0.053***	0.818
31-40 şişman	16 (40.0)	15 (37.5)		
Cinsiyet				
Erkek	30 (75.0)	20 (50.0)	5,333***	0.021
Kadın	10 (25.0)	20 (50.0)		
Medeni Durum				
Bekâr	16 (40.0)	22 (55.0)	1.805***	0.179
Evli	24 (60.0)	18 (45.0)		
Eğitim Durumu				
Okuryazar değil+ Okuryazar	16 (40.0)	12 (30.0)	1.129***	0.569
İlköğretim (ilkokul ve ortaokul)	17 (42.5)	18 (45.0)		
Ortaöğretim (lise) ve üzeri	7 (17.5)	10 (25.0)		
Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	33 (82.5)	35 (87.5)	0.392***	0.531
Çalışıyor	7 (17.5)	5 (12.5)		
Sağlık Güvencesi				
Yok	1 (2.5)	3 (7.5)	1.053***	0.305
Var	39 (97.5)	37 (92.5)		
İkametgâh Yeri				
İl merkezi	18 (45.0)	16 (40.0)	2.223***	0.329
İlçe	20 (50.0)	18 (45.0)		
Köy	2 (5.0)	6 (15.0)		
Birlikte Yaşadığı Kişiler				
Yalnız yaşıyor	4 (10.0)	8 (20.0)	5.087*	0.079
Eşi ve çocukları ile	36 (90.0)	29 (72.5)		
Diğer [§]	0 (0.0)	3 (7.5)		
Ekonomik Durumu				
Geliri giderinden fazla	2 (5.0)	3 (7.5)	0.534*	0.766
Geliri giderine eşit	15 (37.5)	17 (42.5)		
Geliri giderinden az	23 (57.5)	20 (50.0)		

ss*: Standart Sapma, **Bağımsız gruplarda t-testi, *** Ki-Kare testi,

Hastaların sosyo-demografik tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguları ile KG ve ÇG hastalarının tanıtıcı özelliklerine göre benzerlik durumlarının istatistiksel karşılaştırmaları Tablo 4.1.1.'de verilmiştir. Tablo'ya göre KG hastalarının yaş ortalaması 63.05 ± 8.86 , ÇG hastalarının 68.25 ± 8.17 yıldır. KG ve ÇG yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında 60 ve üzeri yaştaki hasta oranı ÇG'da daha fazla olup; yaş ortalaması ve yaş grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0.05$). KG hastalarının % 75.0'i, ÇG hastalarının %50.0'si erkek, olup cinsiyete göre dağılımlar açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). KG ve ÇG hastalarının Tablo 4.1.1'de yer alan diğer değişkenler açısından benzer olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$).



Tablo 4.1.2. Kontrol ve Çalışma Grubu Hastalarının Alışkanlıklarına İlişkin Tanıtıcı Özellikleri ve Karşılaştırılması (N=80)

	Kontrol Grubu (n=40)	Çalışma Grubu (n=40)	Test	P
Tanıtıcı Özellikler	Sayı (%)	Sayı (%)		
Sigara Kullanma Durumu				
Evet	10 (25.0)	7 (12.5)	1.461*	0.482
Hayır	13 (32.5)	18 (45.0)		
Bıraktım	17 (42.5)	15 (37.5)		
Alkol Kullanma Durumu				
Evet	2 (5.0)	2 (5.0)	1.013*	0.603
Hayır (Hiç kullanmadım)	38 (95.0)	37 (92.5)		
Bıraktım	0 (0.0)	1 (2.5)		
Fiziksel Aktivite/Spor Yapma Durumu				
Evet (sürekli ve düzenli)	9 (22.5)	9 (22.5)	1.088*	0.581
Hayır	10 (25.0)	14 (35.0)		
Bazen(düzenli değil)	21(52.5)	17 (42.5)		
	Ortalama±ss**	Ortalama±ss**		
Sigara Kullanma Süresi (Yıl)	31.96±8.45	39.22±10.34	2.706***	0.009
Bir Günde İçilen Sigara Sayısı (Adet) (sigara kullanan kişilerin verileridir)	3.37±3.50	5.00±2.13	3.797***	0.000
Sigarayı Bıraktığından Beri Geçen Süre (Yıl) (sigarayı bırakan kişilerin verileridir)	3.65±5.61	13.11±6.79	19.71***	0.023

* Ki-kare test, ss**: Standart Sapma, *** Mann-Whitney U test

Tablo 4.1.2.'de çalışmaya katılan hastaların bazı alışkanlıklarını içeren tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Kontrol grubu hastalarının%25'i, ÇG hastalarının %12.5'inin araştırmanın yapıldığı sırada sigara kullandığını ifade ettikleri görülmektedir. Her iki grupta da halen alkol kullanan hasta oranı eşit (%5.0) bulunmuştur. Her iki grupta da düzenli fiziksel aktivite/spor yapma oranları eşittir (%22.5). Sigara ve alkol kullanma durumları ve fiziksel aktivite/spor yapma durumları açısından KG ve ÇG grupları benzer olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 4.1.2).

Hastaların sigara kullanma süreleri, bir günde içilen sigara sayısı ve sigarayı bıraktıktan sonra geçen süre ortalamaları incelendiğinde; ÇG hastalarının ortalamalarının üç değişken açısından da KG hastalarından yüksek olduğu ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.3. Kontrol ve Çalışma Grubu Hastalarının Hastalıklarına Yönelik Tanıtıcı Özellikleri ve Karşılaştırılması (N=80)

Hastalıkla İlgili Tanıtıcı Özellikler	Kontrol Grubu (n=40) n(%)	Çalışma Grubu (n=40) n(%)	Test	p
Sürekli (kronik) Hastalık Durumu				
Evet	37 (92.5)	36 (90.0)	0.157*	0.692*
Hayır	3 (7.5)	4 (10.0)		
Kronik Hastalıklarının Varlığı (Evet)[§]				
Kalp-damar hastalıkları (kalp yetmezliği, hipertansiyon vs)	34 (85.0)	29 (72.5)	1.867*	0.172
Şeker hastalığı	27 (67.5)	22 (55.0)	1.317*	0.251
Solunum sistemi hastalıkları	17 (42.5)	18 (45.0)	0.051*	0.822
(Diğer**	4(10.0)	14 (35.0)	7.168*	0.007
Sürekli İlaç Kullanma durumu				
Yok	4 (10.0)	3 (7.5)	0.157*	0.692
Var	36 (90.0)	37(92.5)		
Daha önce cerrahi girişim				
Yok	8 (20.0)	14 (35.0)	2.257*	0.133
Var	32 (80.0)	26 (65.0)		
Koroner Arter By-Pass Greft ameliyatı olan bir yakını olma durumu				
Evet	30 (75.0)	27 (67.5)	2.466*	0.291
Hayır	10 (25.0)	13 (32.5)		

* Ki-kare test, §: n katlanmış, Diğer**: Kanser, Sindirim sistemi, Kas ve iskelet sistemi, Endokrin sistem hastalıklarını içermektedir, Solunum Sistemi Hastalıklarını (Kronik bronşit, KOAH, Amfizem, vb) hastalıklar içermektedir.

Araştırmaya Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesinde göğüs ağrısı, anjina ile başvuran ve Miyokardİnfarktüsü (MI) tanısı ya da şüphesi ile yatırılan ve koroner anjiyografi sonucunda planlı KABG cerrahisi önerilen hastalar dahil edilmiştir. Tüm hastalar koroner damarlardaki hastalıklarına bağlı nedenlerle anjiyografiye alınmıştır.

Çalışmaya katılan KG ve ÇG hastalarının mevcut hastalıklarına ilişkin bazı tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.3’de gösterilmiştir. Her iki gruptaki hastaların çoğunda en az bir kronik hastalık mevcuttur (KG: %92.5, ÇG: %90.0). Kalp-damar hastalıkları en sık rastlanan kronik hastalıktır (KG: %85.0, ÇG: %72.5). Hastaların çoğu sürekli ilaç kullanmaktadır (sırasıyla KG: %90.0, ÇG: %92.5). KG hastalarının %80.0’i, ÇG hastalarının %65.0’i daha önce cerrahi bir girişim geçirmiş olup; her iki gruptaki hastaların çoğunun bir yakını KABG cerrahisi geçirmiştir (KG: %75.0, ÇG: %67.5). Tablo 4.1.3’de yer alan hastalıkla ilgili değişkenlere ilişkin özellikler açısından her iki grup hastalarının benzer olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

4.2. Hastaların Anjiyografi ve KABG Ameliyatına İlişkin Bilgi Alma İle KG ve ÇG Gruplarının Bu Özellikler Açısından Karşılaştırılması

Bu bölümde KG ve ÇG hastalarının koroner anjiyografisi, KABG cerrahisi hakkında bilgi ve bilgi kaynakları ile grupların bu veriler açısından karşılaştırılmaları yer almaktadır.

Tablo 4.2.1. Kontrol ve Çalışma Grubu Hastalarının Koroner Anjiyografi Hakkında Bilgi Burumu ve Bilgi Kaynaklarına İlişkin Verilerin Karşılaştırılması (N=80)

Anjiyografi hakkında bilgi durumu	Kontrol Grubu (n=40) n(%)	Çalışma Grubu (n=40) n(%)	Test	P
Koroner Anjiyografi İşlemi Hakkında Bilgi Alma Durumu				
Evet	24(60.0)	40 (100.0)	20.000*	0.000
Hayır	16(40.0)			
Bilgi Kaynağı				
Sadece Hemşire	1 (4.2)	28 (70.0)	36.608*	0.000
Sadece Doktor	9 (37.5)	0 (0.0)		
Hemşire ve Doktor	10 (41.7)	12 (30.0)		
Diğer**	4 (16.7)	0 (0.0)		
Aldığı Bilgiyi Yeterli Bulma Durumu				
Evet tamamen yeterli	3 (12.5)	31 (77.5)	29.005*	0.000
Biraz yeterli	8 (33.5)	7 (17.5)		
Yeterli değil	13 (54.2)	2 (5)		

* Ki-kare test, Diğer **:Sanal ve görsel basın, akraba ve iletişim kurduğu kişilerden

Çalışmada ÇG hastalarına araştırma kapsamında araştırmacı tarafından koroner anjiyografi işlemi hakkında yapılandırılmış bilgi verilmiş olup KG hastalarına rutin klinik prosedürü uygulanmış, araştırmacı tarafından ek bir bilgilendirme yapılmamıştır.

Koroner anjiyografi yapılan ve KABG önerilen KG ve ÇG hastalarının kendilerine uygulanan koroner anjiyografiye ilişkin bilgi durumları ve bu bilgileri edindikleri kaynaklara ilişkin özellikleri ve her iki grubun karşılaştırılmasına ilişkin verileri Tablo 4.2.1.'de yer almaktadır. KG hastalarının çoğunun, ÇG hastalarının ise tamamının koroner anjiyografi işlemi hakkında bilgi sahibi oldukları (KG:%60, ÇG:%100); bu bilginin kaynağına bakıldığında ÇG hastalarının %70'inin, KG hastalarının ise %4.2'sinin sadece hemşireden bilgi aldığı görülmektedir. Hastalarının aldığı bilgiyi yeterli bulma durumuna bakıldığında KG hastalarının %12.5'i bu bilgiyi tamamen yeterli bulurken, ÇG hastalarında bu oran %77.5 olarak gerçekleşmiştir. Tablo 4.2.1'de yer alan koroner anjiyografiye ilişkin bilgi durumları ve bilgi kaynaklarına ilişkin verilerin dağılımı açısından her iki grup hastalarının aralarındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

4.2.2. Kontrol ve Çalışma Grubu Hastalarının Anjiyo Sonrası KABG Cerrahisine İlişkin Bilgi Alma ve Bilgi Kaynaklarının Dağılımı (N=80)

KABG ^a Cerrahisine İlişkin Bilgi Alma Durumu	Kontrol Grubu (n=40) n (%)	Çalışma Grubu (n=40) n (%)	Test	P
Geçireceğiniz Ameliyatla İlgili Bilgi Alma Durumu				
Evet	12(30.0)	40(100.0)	43.077*	0.000
Hayır	28(70.0)	0(0)		
Geçireceği Ameliyatla İlgili Bilgiyi Kimden Aldı***				
Sadece Hemşire	1(8.3)	29 (72.5)	-	
Sadece Doktor	3(25.0)	0 (0)		
Hemşire ve Doktor	6(50.0)	11(27.5)		
Diğer **	2(16.7)	0 (0)		
Aldığı Bilgiyi Yeterli Bulma Durumu				
Evet tamamen yeterli	4(10.0)	28(70.0)	30.522	0.000
Biraz yeterli	16(40.0)	7(17.5)		
Yeterli değil	20(50.0)	5(12.5)		
KABG Ameliyatı İle İlgili Hangi Konularda Bilgi Alındı				
Ameliyatın bölgesi				
Evet aldım	27(67.5)	36(90.0)	6.457*	0.040
Biraz aldım	7(17.5)	3(7.5)		
Hayır almadım	6(15.0)	1(2.5)		
Ameliyatı Hangi Ekibin Yapacağı Hakkında Bilgi				
Evet aldım	24(60.0)	22(55.0)	1.620*	0.044
Biraz aldım	3(7.5)	1(2.5)		
Hayır almadım	13(32.5)	17(47.5)		
Cerrahi teknik Hakkında Genel Bilgi				
Evet aldım	3 (7.5)	30 (75.0)	37.602*	0.000
Biraz aldım	15 (37.5)	4 (10.0)		
Hayır almadım	22(55.0)	6 (15.0)		
Ameliyatın Riskleri				
Evet aldım	4(10.0)	36(90.0)	51.267*	0.000
Biraz aldım	22(55.0)	2(5.0)		
Hayır almadım	14(35.0)	2(5.0)		

^aKABG:Koroner arter bypass greft, * ki-kare test, **Diğer: Sanal ve görsel basın, akraba ve iletişim kurduğu kişilerden, ***Geçireceği ameliyat hakkında bilgi alan hastaların sayısına göre oranlar verilmiştir (KG: 12, ÇG:40 kişi).

4.2.2. Kontrol ve Çalışma Grubu Hastalarının Anjiyo Sonrası KABG Cerrahisine İlişkin Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı (N=80)-Devam

KABG ^a Cerrahisine İlişkin Bilgi Alma Durumu	Kontrol Grubu (n=40) n(%))	Çalışma Grubu (n=40) n(%)	Test	P		
KABG Ameliyatı İle İlgili Aşağıdaki Hangi Konularda Bilgi Alındı						
Yoğun Bakımda Kaç Gün Kalacağı						
Evet aldım Hayır almadım Biraz aldım	10(25) 13(32.5) 17(42.5)	35(87.5) 2(5) 3(7.5)	31.756*	0.000		
Ne Zaman Taburcu Olacağı						
Evet aldım Hayır almadım Biraz aldım	10(25) 10(25) 20(50)	35(87.5) 1(2.5) 4(10)			31.027*	0.000
İş Hayatına Ne Zaman Başlayabileceği						
Evet aldım Hayır almadım Biraz aldım	11(27.5) 11(27.5) 18(45.0)	35(87.5) 1(2.5) 4(10.0)	29.764*	0.000		
Tekrardan Ameliyat Olup Olmayacağı						
Evet aldım Hayır almadım Biraz aldım	11(27.5) 12(30) 17(42.5)	35(87.5) 1(2.5) 4(10)			29.877*	0.000

^aKABG:Koroner arter bypass gerft, * ki-kare test

ÇG hastalarına araştırma kapsamında araştırmacı tarafından koroner anjiyografi sonrası KABG cerrahisine ilişkin araştırma kapsamında hazırlanmış yapılandırılmış bilgi verilmiş olup KG hastalarına rutin klinik prosedürü uygulanmış, araştırmacı tarafından ek bir bilgilendirme yapılmamıştır.Çalışmada KG ve ÇG hastalarına koroner anjiyo sonrası KABG cerrahisine ilişkin bilgi alma durumlarının verileri Tablo 4.2.3.'de yer almaktadır.

KG ve ÇG hastalarına koroner anjiyo sonrası KABG cerrahisine ilişkin bilgi alma durumlarının verileri Tablo 4.2.2.'de yer almaktadır. Hastaların geçireceği ameliyatla ilgili bilgi alma durumuna bakıldığında ÇG hastalarının tümü (%100.0) bilgi aldıklarını belirtirken, KG hastalarının ise %30.0'unun bilgi aldıkları görülmektedir. Bu bilginin kaynağına bakıldığında ÇG hastalarının %72.5'i sadece hemşireden bilgi aldıklarını belirtirken, KG bu oran %8.3'tür. KG hastalarının %10.0'ı, ÇG hastalarının %70.0'ı aldıkları bilgiyi yeterli bulduğunu belirtmiştir. KABG ameliyatının bölgesi hakkında bilgi

durumuna bakıldığında KG hastalarının %67.5'nin, ÇG hastalarının %90.0'nin bu konuda bilgi aldığı görülmektedir. KABG ameliyatını hangi ekibin yapacağı hakkında KG hastalarının %60.0'ı, ÇG hastalarının %55.0'nin bu konuda bilgi aldıkları; cerrahi teknik hakkında genel bilgi alma durumların bakıldığında KG hastalarında bu oran %7.5 iken ÇG hastalarında %75.0 olarak hesaplanmıştır.KABG ameliyatının riskleri hakkında KG hastalarının %10.0' u, ÇG hastalarının %90.0'ı bilgi aldığını belirtmiştir.

ÇG hastalarının çoğunluğunun (%87.5)' i yoğun bakımda kaç gün kalacağı, ne zaman taburcu olacağı, iş hayatına ne zaman başlayabileceği, tekrardan ameliyat olup olmayacağı konuları hakkında bilgi aldıkları görülürken, KG hastalarının yaklaşık üçte birinin (%32.5)'i yoğun bakımda kaç gün kalacağı hakkında bilgi almadıklarını belirtmiştir. KG hastalarının yarısı(%50.0)'ı ne zaman taburcu olacağı hakkında biraz bilgi aldıkları iş hayatına ne zaman başlayacağı hakkında bilgiyi hastaların yaklaşık dörtte birinin (27.5)'i bilgi aldığı görülmektedir.KG hastalarının %30'u tekrardan ameliyat olup olmayacağı hakkında bilgi almadıklarını belirtmiştir.

Tablo.4.2.2.'de yer alan anjiyo sonrası KABG cerrahisine ilişkin bilgi alma durumlarına ilişkin veriler açısından her iki grup hastalarının benzer olmadığı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

4.3. Hastaların Koroner Anjiyografi Sonrası Önerilen Tedaviyi Kabul Etme ve Etmeme Durumuna Yapılan Bilgilendirmenin Etkisinin KG ve ÇG Grupları Açısından Karşılaştırılması

Bu bölümde KG ve ÇG hastalarının önerilen KABG cerrahi tedavisini kabul etme ve etmeme durumlarının karşılaştırılması, ÇG hastalarına verilen eğitimin cerrahi kararına etkisi, KG ve ÇG hastalarının KABG cerrahisini kabul kararına bilgilendirmenin etkisinin karşılaştırması yer almaktadır

4.3.1.Hastaların Koroner Anjiyografi Sonrası Önerilen Tedaviyi Kabul Etme ve Yapılan Bilgilendirmenin Kabul Kararına Etkisine İlişkin Verilerinin Dağılımı(N=80)

Koroner anjiyografi sonrası önerilen tedaviyi kabul etme ve yapılan bilgi durumu	Kontrol Grubu (n=40) n(%)	Çalışma Grubu (n=40) n(%)	Test	P
Size Önerilen Cerrahiye (KABG) Kabul Etme Durumu				
Evet	19(47.5)	25(62.5)	2.455*	0.293
Kararsızım	14(35.0)	8(20.0)		
Hayır	7(17.5)	7(17.5)		
Cerrahiye (KABG) kabul etme kararı almanızda size sağlık personeli tarafından yapılan eğitim ne derecede etkili oldu				
Etkili olmadı	8(42.1)	8(32.0)	0.913*	0.633
Etkili oldu	11(57.9)	17(68.0)		

* Ki-kare test, ** Önerilen KABG cerrahiye kabul eden hastaların sayısına göre oranlar verilmiştir (KG: 19, ÇG:25 kişi)

Tablo 4.3.1' e göre anjiyografi sonrası kendilerine önerilen KABG cerrahisini kabul eden KG hastalarının oranı %47.5,ÇG hastalarının oranı %62.5 olarak gerçekleşmiştir. KG hastalarının %35.0'i, ÇG hastalarının %20.0 si KABG cerrahisini kabul etmeye yönelik kararsız oldukları görülmektedir. Her iki gruptaki hastaların KABG cerrahisini kabul etme durumları açısından aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p>0.005$).

KABG cerrahisini kabul eden KG'da 19, ÇG'da 25 hastaya bu kararlarında kendilerine yapılan bilgilendirmenin etkisi sorulmuştur.Buna göre; KG hastalarının %57.9'u , ÇG hastalarının %68.0'ının yapılan bilgilendirmenin cerrahi kabul etmelerinde etkili olduğunu belirtmiştir ($p>0.05$)(Tablo 4.3.1).

**4.3.2. KABG Cerrahisini Kabul Etmeyen ve Kararsız Olan KG ve ÇG Hastalarının
Bu Kararlarında Etkili Olan Durumların Karşılaştırılması**

Cerrahiye (KABG) kabul etmemenizde ve kararsız kalmanızda ne etkili oldu	Kontrol Grubu (n=21) n(%)	Çalışma Grubu (n=15) n(%)	Test	P
KABG Ameliyat Hakkında Yeterli Bilginin Olmaması				
Çok etkili oldu	8(38.1)	4(26.7)	6.981*	0.030*
Biraz etkili oldu	12(57.1)	5(33.3)		
Etkili olmadı	1(4.8)	6(40.0)		
KABG Ameliyatının Gerekli Olduğuna Yönelik Endişelerimin Olması				
Çok etkili oldu	3(14.3)	3(20.0)	1.216*	0.545
Biraz etkili oldu	6(28.6)	2(13.3)		
Etkili olmadı	12(57.1)	10(66.7)		
KABG Ameliyata İlişkin Korkularımın Olması				
Çok etkili oldu	19(90.5)	15(100)	1.513*	0.219
Biraz etkili oldu	2(9.5)	0(0)		
Yakınlarımla KABG Ameliyatı Olmamı İstememesi				
Çok etkili oldu	14(66.7)	9(60.0)	0.204*	0.903
Biraz etkili oldu	2(9.5)	2(13.3)		
Etkili olmadı	5(28.3)	4(26.7)		
Başka Bir Sağlık Kuruluşunda Yeniden Muayene Olmak İstemem				
Çok etkili oldu	7(33.3)	11(73.3)	7.007*	0.030
Biraz etkili oldu	5(23.8)	0(0.0)		
Etkili olmadı	9(42.9)	4(26.7)		
KABG Ameliyat Maliyetini Karşılayamayacağımı Düşünmem				
Biraz etkili oldu	0(0.0)	2(13.3)	2.965*	0.085
Etkili olmadı	21(100.0)	13(86.7)		
Ameliyat Sonrası Yeniden Çalışamayacağımı Düşünmem				
Çok etkili oldu	9(42.9)	4(26.7)	8.938*	0.011
Biraz etkili oldu	11(52.4)	4(26.7)		
Etkili olmadı	1(4.8)	7(46.7)		

* ki-kare test

KABG cerrahisini kabul etmeyen ve kararsız olan KG ve ÇG hastalarının bu kararlarına neden olan durumların karşılaştırmaları Tablo 4.3.2'de yer almaktadır. KG hastalarının %38.1'i KABG cerrahisini kabul etmemesi ve kararsız kalmasında yeterli bilgisinin olmamasının çok etkili olduğunu belirtirken, bu oran ÇG (%26.7) hastalarında daha azdır ($p<0.05$). KG hastalarının %42.9'u KABG ameliyatının gerekli olduğuna yönelik endişelerimin olmasının cerrahi karara olumsuz bakmada etkili olduğunu belirtirken, bu oran KG hastalarında %33.3'dür ($p>0.05$).

KABG ameliyatından korkmalarının cerrahi karara olumsuz bakmalarında hastaların çoğunun çok etkili olduğunu düşündüğü görülmektedir (KG: %90.5, ÇG: %100.0). Hastaların yarısından fazlası cerrahi karara olumsuz bakmasında yakınlarının KABG ameliyatını olmasını istememesinin çok etkisi olduğunu belirtmiştir (KG: %66.7, ÇG: %60.0). KABG ameliyatına olumsuz bakmasındabaska bir sağlık kuruluşunda yeniden muayene olmak istemesinin etkisine bakıldığında KG hastalarının %57.1'nin , ÇG hastalarının %73.3'ünün çok etkili olduğunu ifade ettikleri görülmektedir.

KG hastalarının %100.0'ünün, ÇG hastalarının %86.7'sinin cerrahi maliyetinin bu karar almasında etkili olmadığını belirttiği görülmüştür. KG hastalarının %42.9'u, ÇG hastalarının %26.7'si ameliyat sonrası yeniden çalışamayacağını düşünmesinin bu karar almasında çok etkili olduğunu belirtmişlerdir.

4.4. Hastaların STAI-1 ve STAI-2 Anksiyete Puan Dağılımının KG ve ÇG Grupları Açısından Karşılaştırılması

Bu bölümde koroner anjiyografi sonrası hastalara anjiyografi sonucunun iletilmesi ve hastalara bilgilendirme yapılması sonrasında uygulanan STAI-1 ve STAI-2 Anksiyete Puanlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması yer almaktadır.

4.4.1.Kontrol ve Çalışma Grubu hastalarının STAI-1 ve STAI-2 Anksiyete Puanlarının Dağılımı (N=80)

STAI-1 ve STAI-2 Anksiyete Puan Dağılımı	Kontrol Grubu N=40	Çalışma Grubu N=40	Test	p
	Ortalama±ss**	Ortalama±ss**		
STAI 1 PUAN (Durumluk Anksiyete)	57.27±9.16	53.50±9.70	1.788*	0.078
STAI 2 PUAN (Sürekli Anksiyete)	51.94±6.14	50.67±6.90	0.865*	0.390
	Sayı (%)	Sayı (%)		
STAI 1 PUAN Durumluk Anksiyete Puan Grupları				
20–39 Puan Hafif Anksiyete	0 (0)	4 (10)		
40–59 Puan Orta Düzeyde Anksiyete	23 (57.5)	25 (62.5)	6.924*	0.031
60–79 Puan Ağır Düzeyde Anksiyete	17 (42.5)	11 (27.5)		
STAI 2 PUAN (Sürekli Anksiyete Puan Grupları)				
0–19 puan Anksiyete yok	0(0)	7(17.5)		
20–39 puan Hafif Anksiyete	2(5)	29(72.5)		
40–59 puan Orta Düzeyde Anksiyete	33(82.5)	4(10)	3.312**	0.191
60–79 puan Ağır Düzeyde Anksiyete	5(12.5)	0(0)		
80 ve üstü puan Panik	0(0)			

* Bağımsız gruplarda *t* testi ** Ki-kare testi

Çalışmaya katılan hastaların STAI-1 ve STAI-2 anksiyete puanlarının dağılımına ilişkin veriler ve istatistiksel karşılaştırmalar Tablo 4.4.1' de gösterilmiştir. Tabloya göre kontrol grubu hastalarının STAI-1(durumluk anksiyete) puan ortalamasının (57.27 ± 9.16), ÇG hastalarının puan ortalamasından (53.50 ± 9.70) yüksek olmakla beraber KG hastalarının STAI-1 puan ortalamalarının arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p > 0.05$). KG hastalarının STAI-2 (sürekli anksiyete) puan ortalaması 51.94 ± 6.14 iken, ÇG hastalarının puan ortalaması ise 50.67 ± 6.90 'dır ($p > 0.05$).

Tablo 4.4.1'de STAI-1 alt grup puanlarının KG ve ÇG'na göre oranları incelendiğinde KG hastalarının hiçbirinde hafif düzeyde anksiyete gözlenmezken, ÇG hastalarında %10 hafif düzeyde anksiyete görülmektedir. KG hastalarının %57.5'inde, ÇG hastalarında ise %62.5'inde orta düzeyde anksiyete saptanmıştır. Ağır düzeyde anksiyete KG hastalarında %42.5 iken, ÇG hastalarında %27.5 dir. Kontrol ve çalışma grubu hastalarının STAI-1 puan gruplarının durumu karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p < 0.05$).

STAI-2 puan grupları incelendiğinde KG hastalarının % 5 de hafif düzeyde anksiyete varken, ÇG hastalarının %17.5 de hafif düzeyde anksiyete görülmektedir. Orta düzeyde anksiyete KG hastalarında %82.5 iken ÇG hastalarında %72.5 dir. Kontrol ve çalışma grubu hastalarının STAI-2 puan gruplarının durumu karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p > 0.05$).

5. TARTIŞMA

Koroner anjiyografi sonrası KABG cerrahisi önerilen hastalarda hemşirenin hasta danışmanlığı rolünün hastanın cerrahi kararına ve anksiyetesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptığımız çalışmanın bulgularının tartışması aşağıdaki başlıklar altında toplanmıştır:

5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine ve Hastalık Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde KG ve ÇG hastalarının yaş ortalaması hariç diğer değişkenler açısından homojen bir özellik gösterdiği saptanmıştır(Tablo 4.1.1). Bu da araştırmanın yanlılığını azaltmakta ve sonuçların güvenilirliğini arttırmaktadır.KABG, KAH'da ve MI'da koroner anjiyografi sonrası endikasyonu olan hastalarda sık kullanılan cerrahi bir tedavi şeklidir (37). Bu çalışmada koroner anjiyografi uygulanan ve KABG önerilen hastaların tamamının tıbbi tanısının MI olması literatür ve güncel tedavi yaklaşımları ile uyumludur. Kronik hastalıkların MI gelişmesi riskini artırdığı bilinmektedir (20). Çalışmamızda KG ve ÇG hastalarının büyük bir kısmının da en az bir kronik hastalığının olması bu hastaların MI riskini artırmış olabilir. Çalışmaya alınan hastaların kronik hastalıklarının dağılımı incelendiğinde; hipertansiyonun her iki grupta da (KG: %85.0, ÇG: %72.5) ilk sırada olduğu görülmektedir(Tablo 4.1.3). Benzer şekilde Ertem'in (61) kardiyak cerrahi geçiren hastalarla yaptığı çalışmasında hastaların yarısından fazlasının kronik hastalığa sahip olduğu, hipertansiyonun (%30.4) kronik hastalıklar içerisinde ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Cebeci'nin (7) çalışmasında da hipertansiyon kronik hastalıklar arasında en yaygın olan tanı olarak belirtilmiştir. Çalışmamız literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda KG hastalarının %75'i, ÇG hastalarının %67.5'inin ailesel KABG cerrahisi öyküsünün olduğu görülmektedir (Tablo 4.1.3). Benzer şekilde Cebeci'nin (7) çalışmasında da KG hastalarının %56.1'inin ÇG hastalarının %46.2'sinin akrabalarında KAH olduğu belirlenmiştir. Literatürde ailesel KAH ve KABG cerrahisi öyküsü KAH ve MI için bir risk olarak ifade edilmektedir (17). Çalışmamız literatür ile benzerlik göstermektedir. Ailesel KAH ve KABG cerrahi öyküsü bulunan kişilerin yakından izlenmesinin yararlı olacağı değerlendirilmiştir.

Araştırmamızda KG hastalarının %80.0'i, ÇG hastalarının %65.0'inin daha önce cerrahi bir girişim geçirdiği görülmektedir(Tablo 4.1.3). Benzer şekilde Ciğerci'nin (62) çalışmasında KG hastalarının %55,9'unun, ÇG hastalarının %50'sinin daha önceden cerrahi girişim geçirdiği görülmüştür. Hastanın daha önceki cerrahi girişim deneyiminin geçireceği şu andaki cerrahi girişime bağlı anksiyete düzeyini de etkileyebileceği araştırmalarda (17-70) vurgulanmaktadır. Bu yüzden hastada görülen cerrahi deneyimin anksiyeteyi etkileyerek KABG cerrahi kararı etkileyeceği düşünülmektedir.

5.2. Hastaların Anjiyografi ve KABG Ameliyatına İlişkin Bilgi Alma ve Bilgi Kaynakları İle KG ve ÇG Hastalarının Bu Özellikler Açısından Karşılaştırılmasının Tartışılması

Çalışmada, KG hastalarının %60'ının, ÇG hastaların ise tamamının (%100.0) koroner anjiyografi işlemi hakkında bilgi sahibi oldukları görülmektedir(Tablo 4.2.1). Benzer olarak Vizeli'nin (63) çalışmasında hastaların %74'ünün koroner anjiyografi işlemi hakkında bilgisinin olduğu görülmektedir. Çalışmamız literatür ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamıza katılan hastaların tamamının KAH ve MI tanısının olması nedeniyle koroner anjiyografi planlanmasına bağlı olarak temel bir bilgilendirmelerinin olduğu; ÇG hastalarının tamamının bilgisinin olmasında ise bu çalışma kapsamında yapılan bilgilendirmenin etkisinin olduğu sonucuna varılmıştır.

Hastalara verilen koroner anjiyografi hakkında bilginin kaynağına bakıldığında; ÇG hastalarının %70.0'i koroner anjiyografi hakkında “sadece hemşireden” bilgi aldıklarını ve bu hastaların %77.5'inin de aldıkları bilgiyi yeterli bulduğunu belirtmiştir. KG hastalarının ise %4.2'si koroner anjiyografi hakkında “sadece hemşireden” bilgi aldıkları ve bu hastaların %12.5'inin aldıkları bilgiyi yeterli bulduğunu belirttiği görülmektedir (Tablo 4.2.1). ÇG hastalarının KG hastalarına göre daha fazla oranda “sadece hemşireden” bilgi aldığını belirtmesi ve büyük bir kısmının bilgilendirmeyi yeterli bulmasının araştırma kapsamında yapılan bilgilendirmenin yararlı ve etkili olduğunu düşündürmüştür.

Çalışmada KG hastalarının %30'unun, ÇG hastalarının ise tamamının (%100.0) KABG ameliyatı hakkında bilgi sahibi oldukları görülmektedir (Tablo 4.2.2). Benzer olarak Özcan'ın (25) çalışmasında hastaların açık kalp ameliyatı hakkında bilgi alma durumlarına bakıldığında %32; Güneş'in (64) çalışmasında hastaların bilgi alma oranları %25 bulunmuştur. Bu çalışma bulguları bizim çalışmamızda KG hastalarının oranlarına benzerdir. Kulakaç'ın (65) çalışmasında bahsedilen Nigel ve arkadaşlarının çalışmasına

göre, hemşireler tarafından eğitim verilen deney grubunun bilgi düzeyinin kontrol grubuna göre yüksek olduğu bulunmuştur. Başka bir çalışma olan Ciğerci'nin (62) çalışmasında çalışmanın gerçekleştiği kurumda yapılacak ameliyata ilişkin standart bir ameliyat öncesi eğitim programı yürütülmemekte olup; deney grubu hastaların %61,8'inin, kontrol grubu hastaların ise %32,4'nün bilgi aldığı bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ÇG grubu hastalarının tamamının bilgi almış olduğunu bildirmesi bu çalışmada ve diğer çalışmalarda verilen eğitimin etkisini göstermesi açısından önemli bulundu. KG hastalarının hemşireden bilgi alamamasında hemşirelerin iş yoğunluğunun fazla olması, ağırlıklı olarak hastaların tedavi ve takipleriyle ilgilenmeleri ve daha önemli olarak hasta eğitimi konusundaki rollerinin bilincinde olmamalarının bu sonucun ortaya çıkmasında etkili olmuş olabilir.

Hastaların KABG ameliyatı hakkında verilen bilginin kaynağına ve aldığı bilgiyi yeterli bulma durumuna bakıldığında ÇG hastalarının %72,5'inin “sadece hemşireden” bilgi aldığı ve %70'inin bilgiyi yeterli bulduğu belirlenmiştir. KG hastalarının ise %8,3'ünün “sadece hemşireden” bilgi aldığı ve %10'nun bilgiyi yeterli bulduğu görülmektedir (Tablo 4.2.2). Bizim çalışmamızdaki KG hastalarına benzer örnekleme olan Özcan'nın (28) çalışmasında da hastaların %12,75'inin hemşireden bilgi aldığı saptanmıştır. Kulakaç'ın (65) çalışmasında benzer şekilde hastaların %78'inin yeterli düzeyde bilgi almadığı, bilgi alan hastaların %42'sinin hekim ve hemşireden, %57'sinin ise sadece hekimden bilgi aldığı belirlenmiştir. Vural'ın (63) çalışmasında da eğitim aldığını ifade eden hastalara, aldıkları eğitimi kimden aldıkları ve içeriği sorulduğunda bu eğitimi KABG cerrahisini yapacak hekimlerinden cerrahi girişimin nasıl yapılacağı konusunda aldıklarını belirttikleri görülmektedir. Kalp ameliyatları yüksek riskli ameliyatlardır ve hastalıkların tanınması, tedavisi, komplikasyonları hakkında hastaların bilgi almaları doğaldır. ÇG hastalarının çoğunluğunun sadece hemşire tarafından bilgilendirilmiş olmasının, bu çalışmada hastalara yönelik araştırmacı tarafından eğitim verilmesinin etkisini göstermesi açısından önemli bir sonuç olduğu kanısına varılmıştır. Ayrıca

çalışmanın yapıldığı kurumda cerrahi girişime yönelik belirli bir ameliyat öncesi eğitim programı yürütülmemesi, KG hastalarının aldığı eğitimi yeterli bulmamalarında etkili olmuş olabilir. Bu çalışmada ÇG hastalarının çoğunun hemşireden aldığı bilgiyi hatırlaması ve yeterli bulması nedeniyle hemşirelerin hastalara planlı ve yapılandırılmış bir eğitim programı sunmaları, hastaların hastalıkları ve önerilen tedaviye yönelik bilgi ihtiyaçlarını gidermede etkili olacağı düşünülmüştür. Bunun yanında hemşirelerin

danışman ve eğitici rollerini etkin olarak kullanması ile daha kaliteli bir bakım sunulabileceği değerlendirilmiştir.

5.3. Hastaların Koroner Anjiyografi Sonrası Önerilen Tedaviye Yönelik Kararına Yapılan Bilgilendirmenin Etkisinin KG ve ÇG Grupları Açısından Karşılaştırılmasının Tartışılması

Çalışmamızda KABG ameliyatı hakkında bilgi alan ÇG hastalarının, KG hastalarına oranla cerrahiyi daha fazla kabul ettikleri görülmüştür. KABG ameliyatını kabul eden hasta sayısında artış olduğu (KG:%47.5, ÇG:%62.5) kararsızların oranında ise azalma olduğu (KG:%35.0, ÇG:%20) görülmektedir. Çalışmamızda KABG cerrahisini kabul eden KG'da 19, ÇG'da 25 hastaya bu kararlarında kendilerine yapılan bilgilendirmenin etkisi sorulmuştur. Buna göre; KG hastalarının %57.9'u , ÇG hastalarının %68.0'ının yapılan bilgilendirmenin cerrahiyi kabul etmelerinde etkili olduğunu belirtmiştir(Tablo 4.3.1). Çalışmamızda ÇG hastalarına verilen KABG ameliyatı öncesi hasta eğitiminin hastaları bilgilendirdiği, KABG cerrahisini kabul etme ya da etmeme kararını daha bilinçli olarak vermelerinde etkili olduğu söylenebilir.

Hastaların cerrahiyi kabul etmemelerinde birçok sebep olabilir. Budak'ın (66) çalışmasında Feuchtinger ve arkadaşlarının çalışmasından aktardığı bilgilere göre; KABG ameliyatı öncesi yapılan görüşmelerde hastalar korku nedenleri olarak; belirsizlik, tıbbi müdahaleler ve yoğun bakımda kullanılan tıbbi araçlar, ameliyat sonrası fiziki kısıtlamalar ve hareketsiz kalma, ölüm, aileden uzak kalma veya onları kaybetme ve ağrı olarak belirtmiştir. Çalışmamızda ÇG hastalarında oran KG hastalarına göre daha az olmakla beraber hastaların KABG cerrahisini kabul etmemesi ve kararsız kalmasında ameliyat hakkında yeterli bilgisinin olmamasının etkili olduğu görülmektedir. Ayrıca hastaların korkularının da bu duruma katkı sağladığı söylenebilir(Tablo 4.3.2). Hastalara hastalığı, geçireceği cerrahi hakkında bilgi verilmesinin hastaların korku ve endişelerini azaltarak cerrahi öneriye uyumu arttırabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların KABG cerrahisini kabul etmemesinin ve kararsız kalmasında hasta yakınlarının da etkili oldukları görülmektedir (Tablo 4.3.2). Erdoğan'ın (67) çalışmasında aile hastalığımla ilgili neleri bilmesi gerekir?" konusu hastalar tarafından çoğunlukla orta derecede önemli olarak seçilirken; ailenin özelliklerinin kronik hastalığın kontrolünü olumsuz yönde etkilediği veya hastalığa bağlı stresin artmasına neden olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle aile, hastanın bakım ve eğitiminin her aşamasına dahil

edilmelidir. Hasta yanında bulunan aile üyelerine de KABG cerrahisi hakkında eğitim verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda KABG cerrahisini kabul etmemesinin ve kararsız kalmasının bir başka önemli nedeni de hastaların başka bir sağlık kuruluşunda yeniden muayene olmak istemesidir (Tablo 4.3.2). Lizbon bildirisinin 3. maddesi uyarınca hasta yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra önerilen tedaviyi kabul veya reddetme hakkına sahiptir. ÇG hastalarının başka bir sağlık kuruluşuna gitmek isteme oranının fazla olmasında; bilgilenen hastanın diğer tedavi seçeneklerini öğrenmek istemesinin etkisi olmuş olabilir. Yine de KABG cerrahisi gibi hayat kurtarıcı ve yaşam kalitesini artırıcı bir tedavinin geciktirilmesinin olumsuz etkilerinin yeterli şekilde hastaya iletilmesi de gereklidir. Bu çalışmada hastaların diğer seçenekleri araştırmak istemesi doğal kabul edilmekle birlikte yapılan bilgilendirmede bu hususun yeterince vurgulanmamış olduğu ortaya çıkmıştır. Hemşirelerin hastaya yönelik bilgilendirme ve danışmanlık eğitimlerinde hastalığın ve cerrahi tedavinin gerekliliğinin yeterince vurgulandığından emin olunması gerektiği önerilmektedir.

5.4. Hastaların STAI-1 ve STAI-2 Anksiyete Puan Dağılımının KG ve ÇG Grupları Açısından Karşılaştırılmasının Tartışılması

Ameliyat öncesi anksiyete ölçümünde kullanılan testlerden STAI literatürde altın standart olarak gösterilmektedir. Cerrahi birimlerde anksiyete ölçümlerinde genellikle STAI-I kullanılır(57). Çalışmamızda da ameliyata bağlı anksiyete (STAI I-Durumluluk) ve genel anksiyete (STAI II-Süreklilik) belirlemede STAI kullanılmıştır.

Çalışmamızda KG hastalarının durumlulukanksiyete puan ortalaması 57.27 ± 9.16 ; ÇG hastalarında 53.50 ± 9.70 olarak bulunmuştur. Durumlulukanksiyetesi KG hastalarında daha düşük olmakla birlikte iki grupta da hastaların cerrahiye bağlı orta düzeyde anksiyetesi olduğu ve aralarında istatistiksel olarak fark olmadığı görülmektedir (Tablo 4.4.1). Çalışmamıza benzer olarak literatürde (4) ameliyat öncesi durumlulukanksiyete puanları deney ve kontrol gruplarında yüksek bulunmuştur. Koşucu'nun(4) çalışmasında bahsi geçen Szekely ve arkadaşlarının KABG cerrahisi bekleyen hastalarda anksiyeteyi belirlemek amacıyla yaptığı araştırmada, hastaların durumlulukanksiyete puanlarının 45 ve üzerinde olduğu belirtilmektedir. Yapılan bir başka çalışmada da kalp ameliyatı olan hastaların %32'sinin ameliyat öncesi anksiyete yaşadıkları saptanmıştır (4).

Heikkila (68) ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da, en yüksek kaygıya KABG kararı verilen bireylerde rastlanmıştır. Durumluk anksiyete puanlarına göre çalışmamızın literatürlerle benzerlik gösterdiği görülmektedir. KABG cerrahi öncesinde hastaların anksiyete yaşadığı, anksiyetenin istatistiksel olarak anlamlı olmasa da KG hastalarına verilen eğitim ile azaldığı düşünülmektedir.

Durumlulukanksiyete puan ortalamaları her iki grupta da benzer olmakla birlikte alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; KG hastalarından ağır anksiyete puanına sahip olanların oranı (%42.), ÇG hastalarına göre (%27.5) daha fazla bulunmuştur(Tablo 4.1.1).Bu durum ÇG hastalarının almış oldukları eğitimin hastaların endişelerinin azalarak daha az şiddette anksiyete yaşamasında etkili olduğu değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda KG ve ÇG hastalarının süreklilik anksiyete puan ortalamaları birbirine yakın olup (sırasıyla KG: 51.94 ± 6.14 ; ÇG: 50.67 ± 6.90) hastaların orta düzeyde süreklilik anksiyetesi olduğu görülmektedir(Tablo4.1.1). Benzer olarak Cserép ve arkadaşlarının (69) kalp ameliyatı olan hastalarda ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamasının 43.7 ± 10.8 olduğunu saptamışlardır. Yıldız'ın(70) ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerini belirlemek için yaptıkları çalışmada da, hastaların ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamalarının 49.28 ± 7.05 olduğu belirtilmektedir. Çalışmamızın literatürlerle benzerlik gösterdiği görülmektedir. Süreklilik anksiyete düzeyi, durağan kişilik eğilimidir ve durumlulukanksiyete puanının sürekli anksiyete puanını etkilediği belirtilmektedir (71). KG hastalarında süreklilik anksiyete düzeyinin daha yüksek olmasının nedeninin literatürde de belirtildiği üzere (71) KG hastalarının durumlulukanksiyete düzeyinin süreklilik anksiyete durumunu etkilediği düşünülmektedir.

Ciğerci'nin (62) çalışmasında bahsi geçen Ku ve arkadaşlarının çalışmasında kalp cerrahisi geçirecek hastaların cerrahi öncesinde bilgilendirilmesinin hastaların ameliyat öncesi anksiyetesini azaltacağı ve cerrahi başarıyı artıracığı bildirilmiştir.Çalışmamızda görüldüğü gibi hemşire tarafından ÇG hastalarına verilen eğitim sonucu hastaların bilgilendikleri ve buna bağlı durumlulukanksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu; bunun sonucunda da hastaların cerrahi karar süreçlerinin olumlu yönde etkilendiği düşünülmektedir.

Bilgilendirilen hastalarda kaygı ve anksiyetenin azalacağı ve böylece bilgilendirmenin cerrahi sürece olumlu katkı sağlayacağı ifade edilmektedir (62). Çalışmamızda planlı bir şekilde hemşire tarafından verilen eğitim ile hastaların bilgi seviyelerinin arttığı ve bilgilendirilmiş hastalarda ameliyata bağlı anksiyetenin azalarak hastanın kendisine önerilen tedaviyi daha bilinçli bir şekilde değerlendirmesine katkı sağlanabileceği kanısına varılmıştır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

Araştırma, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma (KSÜ SUA) Hastanesinde Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde anjiyografi olan ve KABG önerilen hastalarda hemşirenin hasta danışmanlığı rolünün hastanın cerrahi kararına ve anksiyetesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacı ile kontrol ve çalışma gruplu yarı deneysel araştırma tasarımı kullanılarak yapılmıştır. Elde edilen bulgular ışığında aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- ✓ KABG ameliyatı olan deney ve çalışma grubunda yer alan hastaların tanımlayıcı özelliklerinden yaş ortalaması hariç diğer değişkenler (BKİ, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi, ikametgâh yeri, birlikte yaşadığı kişiler, ekonomik durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, fiziksel aktivite yapma durumu) açısından homojen bir özellik gösterdiği saptanmıştır(Tablo 4.1.1).
- ✓ Çalışmaya alınan hastaların çoğunda en az bir kronik hastalık mevcuttur (KG: %92.5, ÇG: %90.0). Kronik hastalıklarının dağılımı incelendiğinde; hipertansiyonun her iki grupta da (KG: %85.0, ÇG: %72.5) ilk sırada olduğu görülmektedir(Tablo 4.1.3).
- ✓ KG hastalarının %60'ının, ÇG hastaların ise tamamının (%100.0) koroner anjiyografi işlemi hakkında bilgi sahibi oldukları saptanmıştır Hastalara verilen koroner anjiyografi hakkında bilginin kaynağına bakıldığında; ÇG hastalarının %70.0'i koroner anjiyografi hakkında “sadece hemşireden” bilgi aldıklarını ve bu hastaların %77.5'inin de aldıkları bilgiyi yeterli bulduğunu belirtmiştir. KG hastalarının ise %3.2'si koroner anjiyografi hakkında “sadece hemşireden” bilgi aldıkları ve bu hastaların %7.5'inin aldıkları bilgiyi yeterli bulduğunu belirttiği görülmektedir (Tablo 4.2.1).
- ✓ KG hastalarının %30'u, ÇG hastalarının ise tamamının (%100.0) KABG ameliyatı hakkında bilgi sahibi oldukları görülmektedir. ÇG hastalarının %72.5'inin “sadece hemşireden” bilgi aldığı ve %70'inin bilgiyi yeterli bulduğu belirlenmiştir. KG hastalarının ise %8.3'ünün “sadece hemşireden” bilgi aldığı ve %10'nun bilgiyi yeterli bulduğu görülmektedir (Tablo 4.2.2).
- ✓ KABG ameliyatı hakkında bilgi alan ÇG hastalarının, KG hastalarına oranla cerrahiye daha fazla kabul ettikleri görülmüştür. KABG ameliyatını kabul eden hasta sayısında artış olduğu (KG:%47.5, ÇG:%62.5) kararsızların oranında ise azalma olduğu (KG:%35.0,

ÇG:%20)), cerrahiye kabul etmeyenlerin oranında ise değişme olmadığı görülmektedir (Tablo 4.3.1).

- ✓ KABG cerrahisini kabul eden KG'da 19, ÇG'da 25 hastaya bu kararlarında kendilerine yapılan bilgilendirmenin etkisine bakıldığında; KG hastalarının %57.9'u , ÇG hastalarının %68.0'ının yapılan bilgilendirmenin cerrahi kabul etmelerinde etkili olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.3.1).
- ✓ Hastaların KABG cerrahisini kabul etmemesi ve kararsız kalmasında birçok etken rol almaktadır. Bu araştırmaya göre aşağıdaki etmenlerin hastalar üzerinde çok etkisinin olduğu görülmüştür (Tablo 4.3.2):
 - Ameliyat hakkında yeterli bilgisinin olmamasının etkisi (KG %38.1, ÇG %26.7)
 - Ameliyatının gerekli olduğuna yönelik endişelerinin olmasının etkisi (KG %14.3, ÇG %20.0).
 - Ameliyata ilişkin korkmalarının etkisi (KG:90.5, ÇG:%100).
 - Yakınlarının KABG ameliyatı olmasını istememesinin etkisi (KG:%66.7, ÇG:%60.0).
 - Başka bir sağlık kuruluşunda yeniden muayene olmak istemesinin etkisi (KG:33.3, ÇG:73.3).
 - Ameliyat sonrası yeniden çalışamayacağını düşünmesinin etkisi (KG:42.9, ÇG:%26.7).
- ✓ KG hastalarının durumlulukanksiyete puan ortalaması 57.27 ± 9.16 ; ÇG hastalarında 53.50 ± 9.70 olarak bulunmuştur. Durumlulukanksiyete puan ortalamaları her iki grupta da benzer olmakla birlikte alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; KG hastalarından ağır anksiyete puanına sahip olanların oranı (%42.), ÇG hastalarına göre (%27.5) daha fazla bulunmuştur(Tablo 4.1.1).
- ✓ Çalışmamızda KG ve ÇG hastalarının süreklilik anksiyete puan ortalamaları birbirine yakın olup (sırasıyla KG: 51.94 ± 6.14 ; ÇG: 50.67 ± 6.90) hastaların orta düzeyde süreklilik anksiyetesi görülmektedir(Tablo4.1.1).
- ✓ Sonuç olarak bu araştırmada ÇG hastalarına araştırmacı tarafından yapılan danışmanlık eğitiminin hastaların koroner anjiyografi, KABG cerrahisi hakkında bilgi sahibi olmalarında, KABG cerrahisini kabul etmelerinde ve durumlulukanksiyete puanlarında azaltmada etkili olduğu kanısına varılmıştır.

6.2. ÖNERİLER

Çalışmanı sonuçları dikkate alındığında;

- ✓ Koroner anjiyografi öncesi hastalara klinik hemşiresi tarafından anjiyografi işlemi hakkında planlı bir eğitim ve danışmanlık hizmetinin verilmesi,
- ✓ KABG ameliyatı planlanan hastalara ve yakınlarına klinik hemşireleri tarafından KABG cerrahisi hakkında planlı bir eğitim ve danışmanlık hizmetinin verilmesi,
- ✓ İleriki çalışmalarda daha büyük hasta grupları ile çalışma yapılması önerilmektedir.

6.3. SINIRLILIKLAR

Bu tez araştırması yarı deneysel bir araştırma tasarımı yapılmıştır. Çalışmada araştırmacı tarafından koroner anjiyografi ve KABG cerrahisi hakkında hazırlanan danışmanlık eğitimi verilmiştir. Çalışmanın yarı deneysel tasarımı nedeniyle hastalar, eğitim uygulaması ve veri toplama aşamasına bağlı koşullar tüm katılımcılar için standart hale getirilememiştir. Çalışmada yer alan hastaların çoğunun yaşlı olması nedeniyle unutma faktörünün etkili olabileceği de değerlendirilmelidir. Çalışma sonuçları Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma (KSÜ SUA) Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde koroner anjiyografi olan ve KABG cerrahisi önerilen ve sınırlı sayıda hastada yapıldığından çalışma sonuçları genellenemez. Çalışma sırasında araştırmacı tarafından hasta yakınlarının hastaları etkiledikleri görülmüştür. Bu çalışma tasarımı hasta yakınları çalışmaya dahil edilmemiştir. İleriki çalışmalarda hasta yakınlarına yönelik KABG cerrahisi hakkında eğitim verilmesi ve hasta yakınlarının da çalışmaya dahil edilmesi sonuçlar üzerinde etkiye sahip olabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Türk Kardiyoloji Derneği. (2015).*Kalp krizi ve perkütan koroner girişim sonrası hasta bilgilendirme kitapçığı*, s.9
2. Sarıcaoğlu C. M. (2016). *Koroner arter bypass greftleme cerrahisi yapılan 70 yaş ve üzeri hastalarda morbiditeyi ve mortaliteyi etkileyen faktörler*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara
3. Kaya S. (2014). *Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastaların yorgunluk durumu ve sağlık algısındaki değişimi belirlemek ve aralarındaki ilişkiyi incelenmek*, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
4. Koşucu N. S.(2013). *Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisinde eğitim ve müziğin anksiyete düzeyi, iyileşme süreci ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek*, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
5. Black J.M.,Hawks J.H. (2009). *Medical Surgical Nursing: Clinical Management forPositiveOutcomes*
6. Çobanoğlu A.,İsbir S. (2004). *Koroner Arter Bypass Cerrahisi.İçinde: Kalp ve Damar Cerrahisi*, Ankara Medikal Nobel Tıp Kitabevi, s.657-667
7. Cebeci F.(2004). *Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastalara verilen taburculuk eğitimi ve danışmanlık hizmetinin özbakım gücüne, anksiyete ve depresyon durumuna etkisi*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
8. Taylan ve ark. (2012). *Hemşirelik Roller ve Özerklik, Hemşirelikte araştırma dergisi*, 2012-2
9. Özçelik Ü. E.(2009). *Sağlık ekibinin hemşirenin rolüne yönelik düşüncesi*, Yüksek lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
10. Erdemir F. (1998). *Hemşirenin rol ve işlevleri ve hemşirelik eğitiminin felsefesi*, Cumhuriyet üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt (2):s. 59-64
11. Demirkıran ve ark. (2012). *Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi*, Ege Üniversitesi hemşirelik fakültesi dergisi 28 (1) s. 1-12
12. Pieper,ve ark. (2006). *Discharge Information Needs of PatientsAfterSurgery. Journal of WoundCare*, 33

13. Tansı T. (2009) *Koroner Arter Bypass Yapılan Hastalarda Sosyal Destek ile Umutsuzluk Düzeyi İlişkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
14. Yıldırım ve ark. (2002) *Koroner arter bypass ameliyatı olan hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*, *Hemşirelik araştırma dergisi* 4/1
15. Ergene T. (2012) *Koroner arter bypass cerrahisi geçiren ve post-operatif kardiyopulmoner fizyoterapi uygulanan hastalarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeklerinin karşılaştırılması*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
16. Yava A. (2000) *Açık kalp cerrahisi geçiren bireylerde postoperatif nöropsikolojik değişikliklerin değerlendirilmesi*, Yüksek lisan tezi, GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
17. Vural ve ark. (2014). *Koroner arter bypass greft uygulamasında düşünme ve müziğin iyileşme sürecine etkisi*, *Türkiye Klinikleri* 6(1)
18. Mallik, S. (2005). *Patient with depressive symptoms have lower health status benefits after coronary artery bypass surgery*. *circulation*, 111, s. 271-277
19. Arslangiray D (2010) *Koroner arter bypass greft (KABG) ameliyatı öncesi spirometre ile yapılan derin solunum egzersiz eğitiminin ameliyat sonrası ventilasyona etkisini incelemek*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
20. Badır, A. Demir Korkmaz, F. (2010). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım* Karadakovan, A., Eti Aslan, F. (Editörler) Adana, Nobel Kitapevi s:499–533
21. Dressler, D.K., (2010). *Management of Patients With Coronary Vascular Disorders*. *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing*. (12th edition, p:775–779
22. Lloyd ve ark. (2010).). *American heart association strategic planning task force and statistics committee* 121(4), 586–61
23. Kale A. (2011). *Koroner arter bypass greft (KABG) ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası bilgi gereksinimlerinin ve aile destek düzeylerinin belirlenmesi*, Yüksek lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
24. Solak ve ark. (2010) *Koroner arter hastalıkları ve cerrahisi*. Ankara 2. Baskı, Efil Yayıncılık
25. Özcan N. (1997) *Koroner Kalp Hastalıkları*. Ankara GATA Yayınları

26. Paç M. (2004) *Kalp damar cerrahisi*. Ankara MN Medikal ve Nobel kitabevi, s:116-225
27. Demir ve ark.(2014)*Koroner anjiyografi ve perkütantransluminal koroner angioplasti işlemi öncesi uygulanan progresif kas gevşeme ve müzik dinlemenin bireylerin anksiyete düzeylerine olan etkisinin belirlenmesi*, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 5(3):113-121
28. Ildızlı ve ark (2004). *Koroner arter hastalığında güncel tedavi yaklaşımlarını ne düzeyde gerçekleştirebiliyoruz Türk Kardiyoloji Dernegi Arsivi*, 32, s.542-549
29. Baghmisheh ve ark.(2014), *Koroner arter bypass greftli tip 2 DM hastalarında peroperatif sıkı glikoz kontrolünün bakım sonuçlarına etkisi*, *Türk göğüs kalp damar cerrahi dergisi*, Özel sayı 1
30. Abrahamov ve ark. (2006) *Cerrahi ne zaman endikedir*Çev: Erentuğ V. Polat A. *Kalp cerrahisi sırları*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, s 82-87.
31. Kumbay E. (2001) *Anjio koroner balon anjioplasti strent endikasyonları*.*Kardiyoloji yoğun bakım hemşireliği kongresi kitabı*2 Bursa s. 45-53.
32. Yel P. (2009). *Koroner anjiyografi uygulanacak hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek*, Yüksek lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Edirne
33. Akbayrak ve ark. (2007) *Hemşirelik bakım planları* Ankara alter yayıncılık
34. Akdemir N.(2005) *Kardiyovasküler sistem hastalıkları ve hemşirelik bakım planları*, Ankara, Alter Yayıncılık
35. Gökgündüz Ö. (2005). *Koroner anjiyografi uygulanacak hastalara verilecek eğitimin kaygı düzeylerine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kayseri
36. Bayraktutan Ü. (2007).*Koroner arter bypass greftlerinin patensisinin belirlenmesinde 16 dedektörlü bilgisayarlı tomografi ile konvansiyonel anjiyografinin karşılaştırılması*, Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyodiagnostik Anabilim Dalı, Erzurum
37. ACCF/AHA (2011) *Guideline for coronary artery bypass graft Surgery. A report of the American College of Cardiology Foundation*Sayı 6 s 58.
38. Dilek F. (2008). *Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin belirlenmesi*, Yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık bilimleri enstitüsü, Edirne

39. Bakalım T. (2005). *Açık kalp cerrahisi sonrası sık karşılaşılan komplikasyonlar*, , İstanbul Çapa Tıp Kitabevi 2. Baskı
40. Aşkar F Z, Çetin HY. (2004). *Kalp cerrahisi hastalarının yoğun bakım izlemi. içinde: kalp damar cerrahisi*, Ankara, Medikal&Nobel Kitabevi, s.293-319
41. Çiftçi Ö.(2011) *Koroner arter bypass ameliyatı geçiren hastaların semptom deneyimi ve eğitimin önemine ilişkin algılarının değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,
42. Karakuş T. (2009) *Koroner arter bypass grefti uygulanan hastalarda taburculuk süresinin depresyon üzerine etkisi*. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
43. Yavuz M. (2010) *Ameliyat öncesi bakım*. Eds: Karadakovan A, Eti Aslan F. Nobel Tıp Kitapevi, Adana, s:299-293
44. Sönmez A. (2013). *Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı uygulanan hastaların konfor ve kaygı deneyimlerinin değerlendirilmesi*, Yüksek lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne
45. Demir N. (2010) *Klinik Beceriler, Sağlığın Değerlendirilmesi Hasta Bakımı ve Takibi*. İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri, s: 626-649.
46. Bulut H. (2012) *Ameliyat öncesi esnası ve sonrası hemşirelik bakımı*, İstanbul Akademi Kitabevi, s: 698-718
47. Ertem TÜ. (2007). *Eğitim ve öğrenme. içinde: temel hemşirelik kavramlar ilkeler uygulamalar*. İstanbul Medikal Yayıncılık, s.49-51.
48. Nayır N. (2012). *Açık kalp ameliyatı preoperatifanksiyete ile postoperatifkomplikasyonlar arasındaki ilişki*, Yüksek lisans tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar
49. Türk Dil Kurumu Sözlüğü (2011) Ankara
50. Bayad A. (2017). *Preoperatif cerrahi hastalarında hastalık algısı ve anksiyete düzeyinin saptanması*, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İzmir
51. Yüksel A. (2014). *Hemşirenin Öfke Düzeyi ve verimliliğe ilişkin tutumlarının incelenmesi*, Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
52. Ejder S. (2007). *Amniyosentez uygulanan gebelerin anksiyete düzeylerinin incelenmesi*, Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

53. Sertbaş G.,Bahar A. (2004) *Anksiyete ve anksiyete ile başetmede hemşirelik girişimleri*Nursing forum,Eylül-Ekim 2004, s 39-44
54. Şıvgın S. (2013). *Elektif operasyon planlanan hastalarda psikolojik ve farmakolojikpremedikasyonunpreopretifanksiyete düzeyi ölçülerek karşılaştırılması*, Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İzmir
55. Elmastaş D. (2015). *Elektif cerrahi planlanan kadın hastalarda sezeryan ve diğer elektif cerrahiler arasında preoperatifanksiyete karşılaştırılması*, Uzmanlık tezi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Diyarbakır
56. Yıldırım N. (2010) *Sağlık bakım profesyonelleri ile hasta iletişimi. içinde: klinik beceriler, sağlığın değerlendirilmesi*, Hasta Bakım ve Takibi. Eds: Sabuncu N, Akça Ay F, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, s: 179-183
57. Yazar M. (2011). *Açık kalp cerrahisi olacak hastalarda ameliyat öncesi yapılan eğitimin anksiyete düzeyine etkisi*, Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
58. ATİK, E.H, (2007) *Psikiyatri hastalarında anestezi ile elektrokonvülsif tedavi uygulama öncesi ortaya çıkan anksiyetenin giderilmesinde bilgilendirmenin etkinliği*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
59. Karaveli ve ark. (2012) *İmplant port takılacak hastaların işlem öncesi bilgilendirilmesinin anksiyete üzerine etkisinin değerlendirilmesi* Ege Üniversitesi hemşirelik fakültesi dergisi, Cilt 28/3 s. 51-64
60. Okanlı ve ark. (2006) *Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 9(4) s. 38-44
61. Ertem ve ark. (2013) *Kardiyak cerrahi geçiren hastaların ameliyat öncesi dönemde kendilerine verilen aydınlatılmış onam hakkındaki görüş ve önerilerinin belirlenmesi*, Türk göğüs kalp damar cerrahisi dergisi, 21(2) s.378-391
62. Cığerci ve ark. (2016) *KABG ameliyatı uygulanan hastalarda müzik terapinin yaşam bulguları, ağrı,anksiyete ve hastanede kalış sürelerine etkisi*, Türk göğüs kalp damar cerrahisi dergisi, 24(1),s. 44-50
63. Doğan V. ve ark. (2012). *Koroner anjiyografi uygulanacak hastalarda müzik terapisinin, anksiyete düzeyine etkisini incelemek*, Hemşirelik Açık Dergisi, 2, 165-169

64. Güneş P. (2001) *Açık kalp ameliyatı olan hastaları taburculuk öncesi bilgilendirmenin anksiyete düzeyine etkisi*, Cumhuriyet Üniversitesi. Sağlık. Bilimleri. Enstitüsü, Sivas
65. Kulakaç Y. N. (2011) *Açık kalp ameliyatında hemşirelik eğitiminin yaşam kalitesine etkisini*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi . Sağlık. Bilimleri. Enstitüsü, İstanbul
66. Budak E. (2008)*Açık kalp ameliyat öncesi anksiyetelerinin giderilmesinin, ameliyat sonrası anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık. Bilimleri. Enstitüsü, İstanbul
67. Erdoğan M. (2012). *Açık kalp ameliyatı olaan hastaların bilgilendirme gereksiniminin belirlenmesi*, Yüksek lisans tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık. Bilimleri. Enstitüsü, İstanbul
68. Heikkilä J, Paunonen M, Laippala P. (1999)*Patients Fears in Coronary Arteriography. Scand J CaringSci 13 (1)*s. 3-10
69. Cserép ve ark. (2012)*The impact of preoperative anxiety and education level on long-term mortality after cardiac surgery. Journal of cardio thoracic surgery 7*, s.86
70. Yıldız D. *Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaların kaygı düzeylerinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. K.K.T.C. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Lefkoşa, 2011
71. Öner N, Le Compte A (1998). *Süreksiz (durumluk) sürekli kaygı envanteri el kitabı*, İstanbul 2. Baskı, , Boğaziçi Üniversitesi Yayınları

8. EKLER

Ek 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı

Ek 1. Etik Kurul Onay Formu (Seminer Çalışması)

Ek 2. Etik kurul Karar Formu (Tez Çalışması)

Ek 3. Gönüllüleri Bilgilendirme ve Rıza Formu

Ek 4. Hasta Tanılama Formu

Ek 5. KSU SUA Hastanesi İzin Belgesi

Ek 6. Eğitim Konuları

Ek 7. İntihal Rapor Formu

Ek 8. Kısa Özgeçmiş

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU TOPLANTI TUTANAĞI

Karar no : 2016/027

Karar tarihi : 08.11.2016

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Enstitü Yönetim Kurulu 08.11.2016 tarihinde toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

1- Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi 154101086 numaralı **Kayhan AVSEREN**'in kayıt dondurma formu incelenmiş ve mazeretine istinaden Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığının uygun görüşü alınarak, 2016 – 2017 “Güz” yarıyılında izinli sayılmasına,

2- Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi 154115006 numaralı **Sezer AVCI** 02.11.2016 tarihinde yapılan Doktora Yeterlik yazılı ve sözlü sınavında başarılı olmuştur. Adı geçen öğrencinin Anabilim Dalının önerisi ile Tez İzleme Komitesinin oluşturulmasına;

3- Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONUSU
154101049 Sibel CANBAL	0 – 1 yaş grubu bebeği olan annelerin ani bebek ölüm sendromu risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi
154101025 Nurten ÖZÇALKAP	Farklı yaş grubundaki gebelerin gebelik ve anneliğe uyumlarının karşılaştırılması
154101006 Mehmet Eren GÖKÇEN	Cerrahi hemşireliği alanında yüksek lisans tez çalışmasını tamamlayan bireylerin tez çalışması sırasında karşılaştıkları güçlüklerin belirlenmesi
154101032 Mustafa ŞAHİN	Cerrahi yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların algıladıkları çevresel stresörlerin belirlenmesi
154101052 Fatih DOĞAN	Pediatric kliniğinde çocuğu tedavi gören ebeveynlerin çocuklarının hastalıkları ile ilgili internet kullanım durumlarının belirlenmesi
154101026 Mehmet AHRAZ	Koroner anjiyografi sonrası koroner arter bypass greft cerrahisi önerilen hastalarda hemşirenin eğitici hasta danışmanlığı rolünün hastanın anksiyete ve cerrahi kararına etkisi
154101046 Fazilet İSLAMTÜRK	Kolostomili hastaların stomalı yaşama uyumlarının ve yaşam kalitelerinin incelenmesi
154101047 Esra KÖK	Gastrointestinal onkolojik cerrahi geçiren hastalarda spiritualite ve yaşam kalitesinin belirlenmesi

4- Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

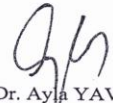
ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONUSU
154102011 Begümhan TURHAN	Fizyoterapistlik mesleğine yönelik tutum ölçeğinin geliştirilmesi

(2016/027 Sayı ve 08.11.2016 Tarihli Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı 2. Sayfasıdır.)

5- Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

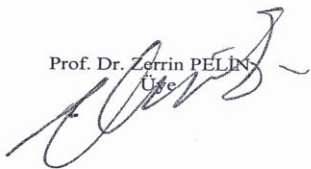
ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONUSU
154103003 Bedriye AYATA	Gaziantep Nizip ilçesinde yaşayan obez ve insülin direnci olan kadınlarda ağırlık kaybının insülin direncine etkisi
154103014 Elif Ezgi SAĞLAM	Gaziantep ilinde yaşayan farklı sosyoekonomik düzeydeki yetişkin kadınların beslenme durumunun sağlıklı yeme indeksi ile değerlendirilmesi
154103025 Almila KUYUCU	Bariatrik cerrahi uygulanmış hastalarının ameliyat sonrası altı ay ve üzeri sürede vücut ağırlığı kaybının, besin tüketim durumunun ve bazı biyokimyasal bulgularının belirlenmesi
154103026 Ceren DİNÇER	İlköğretim öğrencilerinin beslenme durumunu ve içecek tercihini etkileyen etmenlerin incelenmesi
154103016 Ufuk Ayşe KEPKEP	Anne ile yenidoğan bebeğin serum D vitamini düzeylerinin ve etkileşimlerinin belirlenmesi
154103017 Merve ELHATUSARU	Özel bir okul yemekhanesinde oluşan besin artık miktarlarının ve maliyetinin saptanması

Oy birliği ile karar verilmiştir.


Prof. Dr. Ayşe YAVA
Başkan
(Enstitü Müdürü)


Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR
Üye
(Enstitü Müdür Yardımcısı)




Prof. Dr. Zerrin PELİN
Üye


Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye


Aylin FİLİZ
Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sekreteri


Doç. Dr. Tülay ORTABAĞ
Üye

ASLI GİBİDİR

**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Yüksekokulu)**

27.01.2016

Sayın Mehmet AHRAZ

“Kroner Anjiyografi Sonrası Kroner Arter Bypass Greft Cerrahi Önerilen Hastalarda Anksiyetenin Hastanın Cerrahi Kararına Etkisinin Belirlenmesi” konulu çalışmanız 27.01.2016 tarih ve 2016-01 nolu girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Zerrin PELİN
Rektör Yardımcısı
Etik Kurul Başkanı

**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ YÜKSEKOKULU
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARARI**

Karar No : 2016/01
Karar Tarihi : 27.01.2016

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

Mehmet AHRAZ'ın "...Kroner Anjiyografi Sonrası Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Önerilen Hastalarda Anksiyetenin Hastanın Cerrahi Kararına Etkisinin Belirlenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Doç. Dr. Ayla YAVA'nın "... Açık Kalp Cerrahisi Yöntemi İle Koroner Arter Bypass Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Ağrı Pompasının Postoperatif Ağrı Algısı Üzerindeki Etkileri..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Zerrin BELİN
Başkan

Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye

Doç. Dr. Ayla YAVA
Üye

Doç. Dr. Tülay ORTABAĞ
Üye

Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR
Üye

ASLIĞIBİDİR

Güven HOŞ
T.C. Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Sekreteri

Yrd. Doç. Dr. Hatice YAKUT
Üye



T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Yüksekokulu)

09.11.2016

Sayın Mehmet AHRAZ

“Koroner Anjiyografi Sonrası Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Önerilen Hastalarda Hemşirenin Eğitici Hasta Danışmanlığı Rolünün Hastanın Anksiyete ve Cerrahi Kararına Etkisi” konulu çalışmanız 09.11.2016 tarih ve 2016-13 nolu girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Zerrin PELİN
Rektör Yardımcısı
Etik Kurul Başkanı

**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ YÜKSEKOKULU
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARARI**

Karar No : 2016/13
Karar Tarihi : 09.11.2016

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu aşağıdaki kararları almıştır.

Murat ERTEN'in "...Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının El Yıkama Durumlarının Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Mehmet AHRAZ'ın "... Koroner Anjiyografi Sonrası Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Önerilen Hastalarda Hemşirenin Eğitici Hasta Danışmanlığı Rolünün Hastanın Anksiyete ve Cerrahi Kararına Etkisi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

İbrahim KÜÇÜKCAN'ın "...Telli, Vurmalı ve Yaylı Ensturman Kullanan Müzisyenlerde Palmar Deri Rezistansının El Becerisi ve İnce Motor Kavrama Üzerine Etkisinin Araştırılması ..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Fazilet İSLAMTÜRK'ün "...Kolostomili Hastaların Stomalı Yaşama Uyumlarının ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Bedriye AYATA MARANGOZ'un "...Gaziantep Nizip İlçesinde Yaşayan Obez ve İnsülin Direnci Olan Kadınlarda Ağırılık Kaybının İnsülin Direncine Etkisi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Esra KÖK'ün "...Gastrointestinal Onkolojik Cerrahi Geçiren Hastalarda Spiritualite ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Elif Ezgi SAĞLAM'ın "...Gaziantep İlinde Yaşayan Farklı Sosyoekonomik Düzeydeki Yetişkin Kadınların Beslenme Durumunun Sağlıklı Yeme İndeksi ile Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Almila KUYUCU'nun "... Bariatrik Cerrahi Uygulanmış Hastalarının Ameliyat Sonrası Altı Ay ve Üzeri Sürede Vücut Ağırlığı Kaybının, Besin Tüketim Durumunun ve Bazı Biyokimyasal Bulgularının Belirlenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Fatih DOĞAN'ın "...Pediatrida Kliniğinde Çocukları Tedavi Gören Ebeveynlerin Çocuklarının Hastalıkları ile İlgili İnternet Kullanım Durumlarının Belirlenmesi..." konulu çalışmanın yürütülmesinin,

Mustafa ŞAHİN'in "... Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörlerin Belirlenmesi..." konulu çalışmanın yürütülmesinin,

Suzan HAVLIOĞLU'nun "...Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne Gelen Gebelerin Sağlık Okur Yazarlığı ve Doğum Öncesi Bakıma Yönelik Gereksinimlerinin Belirlenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Mehmet Eren GÖKÇEN'in "...Cerrahi Hemşireliği Alanında Yüksek Lisans Tez Çalışmasını Tamamlayan Bireylerin Tez Çalışması Sırasında Karşılaştıkları Güçlüklerin Belirlenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Öğr. Gör. Begümhan TURHAN'ın "...Fizyoterapistlik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Hakan POLAT'ın "...Fibromiyalji Hastalarında Skapular Stabilizasyon Egzersiz Eğitiminin Postür ve Ağrı Üzerindeki Etkisi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Nurten ÖZÇALKAP'ın "...Farklı Yaş Grubundaki Gebelerin, Gebelik ve Anneliğe Uyumlarının Karşılaştırılması..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Sibel CANBAL'ın "...0-1 Yaş Grubu Bebeği Olan Annelerin Ani Bebek Ölümü Sendromu Risk Faktörleri Hakkında Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Ceren DİNÇER'in "...İlköğretim Öğrencilerinin Beslenme Durumunu ve İçecek Tercihini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Bircan UÇAN'ın "...Sualtı Hokeyi Yapan Sporcuların Fiziksel Performans Düzeylerinin İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Ufuk Ayşe KEPKEP'in "...Anne İle Yeni Doğan Bebeğin Serum D Vitamini Düzeylerinin Belirlenmesi ve Etkileşimlerinin İrdelenmesi..." konulu çalışmasının reddinin,

Uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Zerrin PELİN
Başkan

Prof. Dr. Yasemin BEYHAN
Üye

Prof. Dr. Yavuz YAKUT
Üye

Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye

Prof. Dr. Ayşe YAVA
Üye

Doç. Dr. Tülay ORTABAĞ
Üye

Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR
Üye

ASLIĞIBİDİR



Güven HOŞ

T.C. Haseki Kocatepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Sekreteri

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma “**Koroner Anjiyografi Sonrası Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Önerilen Hastalarda Hemşirenin Eğitici Hasta Danışmanlığı Rolünün Hastanın Anksiyete Ve Cerrahi Kararına Etkisi**” amacı ile yapılmaktadır. Araştırma kapsamında sizden araştırmacı tarafından sorulacak soruları yanıtlamanız istenecektir. Araştırmaya katılma tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Vereceğiniz bilgiler gizli tutulacak ve bu araştırmada ve araştırma dışında kimliğiniz belirtilerek herhangi bir yerde yayınlanmayacak, bilgileriniz üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmanız durumunda sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek, size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmanız veya katılmamanız sizin alacağınız tedavi ve bakım uygulamalarında herhangi bir değişikliğe yol açmayacaktır.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası

A. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLER

1. **Cinsiyetiniz :** 1. Erkek 2. Kadın
2. **Doğum Tarihi :**yıl
3. **Boy:**cm
4. **Kilo :**kg
5. **Medeni Durumunuz :**
 1. Bekâr(Dul ve boşanmış dahil) 2. Evli
6. **Eğitim Durumunuz :**
 1. Okuryazar değil
 2. Okuryazar
 3. İlköğretim (ilkokul-ortaokul) mezunu
 4. Ortaöğretim (lise) mezunu
 5. Üniversite (ön lisans ve lisans mezunu)
 6. Lisansüstü (yüksek lisans / doktora / uzmanlık)
7. **Çalışma Durumu** 1. Çalışmıyor
2. Çalışıyor a) özel b) kamu
8. **Sağlık Güvencesi** 1. Yok 2. Var SGK () Özel ()
9. **İkametgah Yeri** 1. il merkez 2. ilçe.... 3.köy.....
10. **Birlikte Yaşadığı Kişiler** 1.Yalnız yaşıyor.....
2.Eşi ve çocukları ile yaşıyor.....
3.Diğer.....
11. **Ekonomik Durumu** 1.Geliri giderinden fazla
2.Geliri giderine eşit
3.Geliri giderinden az
12. **Sigara kullanıyor musunuz?**
 1. Evet (cevabınız “evet” ise 13. soru’ya geçiniz)
 2. Hayır (hiç kullanmadım)
 3. Bıraktım (cevabınız “bıraktım” ise soru 15’e geçiniz)
13. **Kaç yıldır sigara kullanıyorsunuz?**yıl
14. **Sigara kullanıyorsanız ne sıklıkta ve ortalama günde kaç adet?**

Gündeadet

Haftadaadet

15. Sigarayı bıraktıysanız kaç yıl önce bıraktınız?..... yılay önce

16. Alkol kullanıyor musunuz?

1. Evet (*cevabınız “evet” ise 17. soru’ya geçiniz*)
2. Hayır (Hiç kullanmadım)
3. Bıraktım (*cevabınız “bıraktım” ise soru 18. geçiniz*)

17. Kaç yıldır alkol kullanıyorsunuz?yıl

18. Alkol kullanmayı bıraktıysanız kaç yıl önce bıraktınız?..... yılay önce

19. Düzenli olarak (belli aralıklarla ve belli sürelerde) fiziksel aktivite/egzersiz/spor yapıyor musunuz?

- 1.Evet
- 2.Hayır
3. Bazen

20.Cevabınız evet ise (fiziksel aktivite yapıyorsanız) hangi aktiviteyi/aktiviteleri yapıyorsunuz? (birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

1. Yürüyüş
2. Bahçe işleri
3. Koşu
4. Futbol
5. Yüzme
6. Kondisyon aleti kullanma
7. Diğer(belirtiniz)

B. HASTALIKLA İLGİLİ VERİLER

1. Tıbbi tanısı :

2. Hastalığı Hakkında bilginiz var mı ? 1.Evet 2. Hayır (*cevabınız hayır ise 4.soruya geçiniz*)3.Biraz

3. Cevabınız evet ise (bilgiyi kimden aldınız) ?

- 1.Hemşire
- 2.Doktor
- 3.Hemşire- Doktor
4. Yakınından
5. Diğer.....

4.Aldığınız bilgiyi yeterli buluyor musunuz?

- 1.Evet tamamen yeterli

2. Biraz yeterli
3. Yeterli değil

5. Hekim tarafından teşhisi konulmuş kronik (sürekli) herhangi bir hastalığınız var mı?

- 1.Evet
- 2.Hayır(*cevabınız hayır ise 7.soruya geçiniz*)

6.Cevabınız evet ise teşhis edilen hastalığınız aşağıdakilerden hangisi / hangileridir? (Birden fazla şıkki işaretleyebilirsiniz.)

1. Kalp-damar hastalıkları (kalp yetmezliği, hipertansiyon vs)
2. Şeker hastalığı
3. Kanser
4. Sindirim sistemi hastalıkları (karaciğer, safra kesesi, mide vb.)
5. Solunum sistemi hastalıkları (kronik bronşit, KOAH, Amfizem, vb)
6. Kas iskelet sistemi problemleri (romatizma, osteoporoz, eklem hastalıkları)
7. Endokrin (hormonal) hastalıklar

7.Sürekli Kullandığınız İlaçlar 1. Yok 2. Var (.....)

8.Daha önce geçirilmiş cerrahi girişim 1. Yok 2. Var (.....)

9. Ailenizde Koroner Arter By-Pass Graft ameliyatı olan bir yakınınız var mı?

- 1.Evet (kim/ler.....)
2. Hayır

C.CERRAHİ (KABG) VERİLERİ

1.Geçireceğiniz ameliyatla ilgili bilginiz var mı? 1.Evet(*cevabınız hayır ise 2.soru*

2. Hayır(*cevabınız hayır ise 3.soruya geçiniz*)

2. Cevabınız evet ise bilgiyi kimden aldınız?

- 1.Hemşire
- 2.Doktor
- 3.Hemşire- Doktor
4. Diğer.....

3.Aldığınız bilgiyi yeterli buluyor musunuz?

- 1.Evet tamamen yeterli
2. Biraz yeterli
3. Yeterli değil

4. KABG Ameliyatı ile ilgili hangi konuda/konularda bilgi aldınız?

	Evet aldım	Hayır almadım	Biraz aldım
Ameliyatın yeri ve bölgesi			
Ameliyatı hangi hekimin yapacağı			
Cerrahi teknik hakkında genel bilgi			
Ameliyatın riskleri			
Yoğun bakımda kaç gün kalacağı			
Ne zaman taburcu olacağı			
İş hayatına ne zaman başlayabileceği			
Tekrardan ameliyat olup olmayacağı			

5. Size önerilen cerrahiyi (KABG) kabul ettiniz mi?

- 1.Evet
2. Kararsızım
- 3.Hayır *(cevabınız hayır ise 6.soruya geçiniz)*

6.Cevabınız evet ise bu kararı almanızda size sağlık personeli tarafından yapılan açıklamalar ne derecede etkili oldu?

- 1.Etkili olmadı
- 2.Biraz etkili oldu
- 3.Çok etkili oldu

7.Cevabınız hayır ise cerrahi tedaviyi kabul etmemenizde aşağıdaki durum ve düşüncelerin ne derecede etkisi oldu? (Aşağıdakilerin dışında etkenler varsa belirtiniz)

	Çok etkili oldu	Biraz etkili oldu	Etkisi olmadı
Ameliyat hakkında yeterli bilgimin olmaması			
Ameliyatın gerekli olduğuna yönelik endişelerimin olması			
Ameliyata ilişkin korkularımın olması			
Yakınlarımla ameliyat olmamı istememesi			
Başka bir sağlık kuruluşunda yeniden muayene olmak istemem			
Ameliyatın maliyetini karşılayamayacağımı düşünmem			
Ameliyat sonrası yeniden çalışamayacağımı düşünmem			

İsim:.....

Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:.....

Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HIÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMİYLE
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

İsim:.....

Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:.....

Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemenher hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)



KİŞİYE ÖZEL
T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 92860489-903.99-2315
Konu : Anket Çalışması

07/11/2016

Sayın Mehmet AHRAZ
(Hemşire)

İlgi : 02/11/2016 tarihli ve 982 sayılı yazı.

İlgi yazıya istinaden, yüksek lisans eğitiminiz için tez çalışması amacı ile Hastanemizde anket çalışması talebiniz tarafımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. İsrail ORHAN
Başhekim

KİŞİYE ÖZEL

Evrakı Doğrulamak İçin: <http://ebys.ksu.edu.tr/enVision/Dogrula/BLB27B>

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Avşar Kampüsü, 46100 -

Onikişubat/Kahramanmaraş

Telefon No: +90 (344) 280 40 57 Faks No: +90 (344) 280 40 68

E-Posta: hastane@ksu.edu.tr İnternet Adresi: <http://hastane.ksu.edu.tr>

Bilgi İçin: Şeyma KÜÇÜKKÜRTÜL

Unvan: Bilgisayar İşletmeni

Telefon No: 2804058





KİŞİYE ÖZEL
T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 92860489-903.99-2314
Konu : Anket Çalışması

07/11/2016

Sayın Mehmet AHRAZ
(Hemşire)

İlgi : 02/11/2016 tarihli ve 981 sayılı yazı,

İlgi yazıya istinaden, seminer dersiniz için Hastanemizde anket çalışması talebiniz tarafımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. İsmail ORHAN
Başhekim

KİŞİYE ÖZEL

Evrakı Doğrulamak İçin: <http://ebys.ksu.edu.tr/enVision/Dogrula/4MB2ES>

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Avşar Kampüsü, 46100 -
Onikişubat/Kahramanmaraş
Telefon No: +90 (344) 280 40 57 Faks No: +90 (344) 280 40 68
E-Posta: hastane@ksu.edu.tr İnternet Adresi: <http://hastane.ksu.edu.tr>

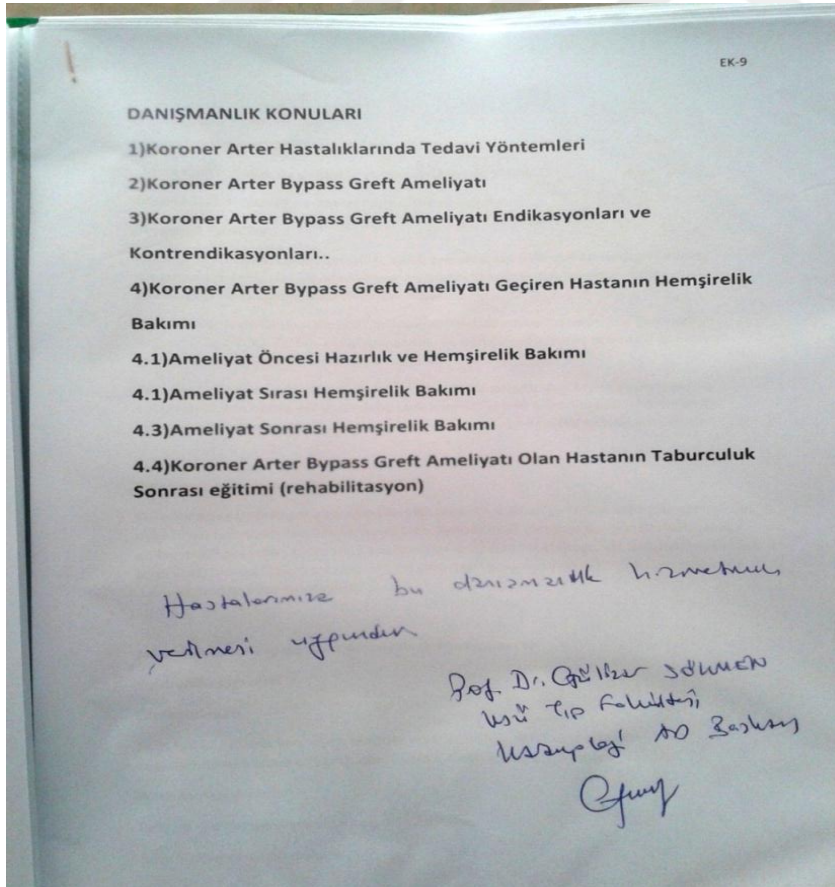
Bilgi İçin: Şeyma KÜÇÜKKÜRTÜL

Unvan: Bilgisayar İşletmeni
Telefon No: 2804058



DANIŞMANLIK KONULARI

1. Koroner Arter Hastalıklarında Tedavi Yöntemleri
2. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı
3. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Endikasyonları ve Kontrendikasyonları..
4. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastanın Hemşirelik Bakımı
- 4.1. Ameliyat Öncesi Hazırlık ve Hemşirelik Bakımı
- 4.1. Ameliyat Sırası Hemşirelik Bakımı
- 4.3. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı
- 4.4. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olan Hastanın Taburculuk Sonrası eğitimi (rehabilitasyon)



1. Koroner Arter Hastalıklarında Tedavi Yöntemleri

KAH tedavisi tıbbi ya da girişimsel yöntemlerle yapılmaktadır. Tıbbi Tedavi: Antiagregan- antitrombotik tedavi uygulanır. Girişimsel Tedaviler: Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi: KABG cerrahisi, koroner ateroskleroz nedeniyle kanlanamayan miyokardın arter ve vengreftler kullanılarak, kanlanmasının dolayısıyla beslenmesi ve oksijenlenmesinin sağlanmasıdır.

Perkütanöz Translüminal Koroner Anjioplasti (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty; PTCA): Ciltten girilip damar yolu ile ilerlenerek koroner arterdeki darlıkların giderilmesi için geliştirilmiş invaziv bir işlemdir. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı KABG uygulamasında, açık kalp ameliyatı tekniği kullanılarak, tıkalı olan bir ya da daha fazla koroner artere safenven, radial arter ya da internalmamariyan arter ile bypass yapılır ve miyokardın revaskülarizasyonu sağlanır.

2. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı

Koroner arter baypas greft cerrahisi ileri koroner arter hastalığı tedavisinde standart olarak uygulanan tedavi yöntemidir. Koroner arter baypas greft cerrahisi için günümüzde tavsiye edilen **endikasyonlar**; anlamlı sol ana koroner arter (LMCA) stenozu, sol anteriordesendan arter (LAD) ve sol sirkumfleks arter (LCX) proksimal bölümlerinde %70'den fazla stenoz ile 3 damar koroner arter hastalığıdır.

3. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Endikasyonları ve Kontrendikasyonları

Endikasyonları: Tıbbi tedaviye yanıt vermeyen koroner arter hastalığı, Miyokardiskemisi, PTCA uygulamasının başarılı olmadığı durumlarda, KABG cerrahisi uygulanır.,

Kontrendikasyonları: Belirgin debilite ve sınırlı aktivitesi olan hastalar, anjina ve iskemisi olmayanlar, zayıf sol ventrikül fonksiyonu, ejeksiyon fraksiyonunun %30'dan düşük olması, kalp yetmezliği bulgularının olması, koroner arterlerin greft konulmaya uygun olmaması, hastada uyumsuzluk ve cerrahi girişim için istekli olmama

4. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastanın Hemşirelik Bakımı

KABG ameliyatı olacak hastaların ameliyat öncesi, sonrası bakım ile taburculuk planlamasına yönelik hemşirelik girişimleri; ameliyata hazırlığı, ameliyat sonrası hasta bakımını, komplikasyonların önlenmesi ve taburculuk sonrası evde bakıma yönelik hasta ve aile üyelerinin desteği ve bakım konusunda bilgilendirilmeleri gibi konuları içermektedir

4.1. Ameliyat Öncesi Hazırlık ve Hemşirelik Bakımı

Hastanın sorunsuz bir KABG ameliyatı geçirmesi ve cerrahi girişim sonrası komplikasyonların en aza indirilerek iyileşmenin hızlandırılabilmesi için cerrahi girişim öncesi hazırlığının en üst düzeyde yapılması gerekmektedir.

Elektif cerrahi girişim uygulanacak hastaların

- Cerrahi Girişim Öncesi Hastanın Cerrahi Kliniğe Kabulü
- Fizyolojik Hazırlık
- Psikolojik Hazırlık
- Cerrahi Girişim Öncesi Egzersiz Eğitimi
- Yasal Hazırlık
- Cerrahi girişim öncesi gece hazırlığı
- Ameliyat günü ameliyathaneye gitmeden önce hasta hazırlığı

Cerrahi Girişim Öncesi Hastanın Cerrahi Kliniğe KabulüEndikasyonları

Hemşire hastayı klinikte kabul ederken hastanın endişe ve korkularını anlayarak yaklaşımda bulunmalı ve hastanın bireysel özelliklerini ön planda tutarak kabul sürecini gerçekleştirmelidir. Hasta bireyin servise kabul sürecinde hemşirenin kendini, diğer personeli, kliniği tanıtmaları bireye bildiği bir ortamda kendini güvende ve rahat hissetmesi konusunda yardımcı olacak ve bakım aşamasında bu alanlara bağlı olarak çıkabilecek sorunları en aza indirebileceği gibi hastanın hastanede yatma süresinin kısılması konusunda da etkili olacaktır.

Fizyolojik Hazırlık

Cerrahi girişim öncesi dönemde; hastanın genel sağlık durumunun değerlendirilmesi ve kapsamlı bir sağlık öyküsünün alınması gerekmektedir. Fizyolojik

değerlendirme ve sağlık öyküsü şunları içermelidir; yaş, ağrı, beslenme durumu, sıvı elektrolit dengesi, enfeksiyon, sigara kullanımı, beslenme alışkanlıkları, kardiyovasküler, pulmoner, renal, gastrointestinal, karaciğer, endokrin, nörolojik, hematolojik fonksiyon ve kullanılan ilaçları içermektedir. Aynı zamanda hastanın öyküsü; sistemik ve fizik muayenesi; kan, idrar tetkiklerini içeren laboratuvar incelemeleri; göğüs radyografisi ve elektrokardiyografinin değerlendirilmesi fiziksel hazırlığın eksiksiz yapılmasını sağlayacaktır.

Psikolojik Hazırlık:

Koroner bypass ameliyatı, bireyin yaşamını tehdit eden ve yaşamında değişikliklere neden olan önemli bir girişimdir ve bireyde anksiyeteye neden olur. Hastaneye yatmak ve ameliyatı beklemek hastalarda anksiyetenin yükselmesinin başlıca nedeni olarak kabul edilmektedir. Bunun yanı sıra, ameliyatın hasta için anlamı, ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası ile ilgili olası sorunlar, bilinmeyen korkusu gibi nedenler de hastalarda anksiyeteyi yükseltmektedir. Bu nedenlerden dolayı cerrahi girişim öncesi dönemde psikolojik hazırlıkta öncelikle hastanın kendini ifade etmesine fırsat verilmeli, soruları yanıtlanmalı, cerrahi girişimle ilgili gerekli açıklamalar yapılarak rahatlaması sağlanmalıdır.

Cerrahi Girişim Öncesi Egzersiz Eğitimi

Cerrahi girişim öncesi olası komplikasyonları önlemek amacıyla hastalara eğitim yapılması ve onların bu sürece katkılarının sağlanması gerekir. Bu bağlamda, cerrahi girişim öncesi dönemde hastalara derin solunum, öksürme ve dönme egzersizleri uygun zamanlarda ve hastanın anlayacağı şekilde öğretilerek olası solunum ve dolaşım sistemi komplikasyonlarının önlenmesi sağlanmalıdır. Aynı zamanda KABG ameliyatı sonrasında bu egzersizlerin uygulanmasının iyileşme sürecini hızlandıracağının önemli olduğu hastaya açıklanmalıdır.

Yasal Hazırlık:

Cerrahi girişim yapılacak her hastadan bilgilendirilmiş onam alınır. Bilgilendirilmiş onam, bilinci yerinde, 18 yaş ve üzerindeki hastaların kendilerinden, karar verebilecek durumda olmayan ve çocuk hastalarda ise aile ya da yasal olarak hastadan sorumlu olan kişilerden alınır. Bilgilendirilmiş onam, hastaya KABG ameliyatının tüm yönlerinin

anlaşılır bir dille açıklanması ve komplikasyonların neler olabileceğinin anlatılmasından sonra alınmalıdır. Hasta ameliyathaneye alınmadan önce bilgilendirilmiş onam alınıp alınmadığı mutlaka kontrol edilmelidir. Bilgilendirilmiş onam, hem hasta ve sağlık bakım ekibi açısından yasal güvence anlamını taşımakta hem de hastanın işlem hakkında bilgilenebilmesine olanak sağlayarak korku ve kaygılarını gidermektedir.

Cerrahi girişim öncesi gece hazırlığı

Planlı cerrahi girişimlerde cerrahi girişimden birkaç gün önce cerrahi kliniğe kabul edilen hastaya cerrahi girişimden bir gün önce cerrahi girişim listesinde olduğu bildirilir. Bu dönemde yapılması gerekenler: Genel vücut temizliği ve ağız bakımı yapılır; gastrointestinal sistem hazırlığı kapsamında hastanın uygun sürelerde sıvı ve besin alması engellenir, gereken konularda hasta bilgilendirilir ve anksiyetesi giderilir; hastanın fiziksel olarak rahat ve güvenli bir çevre içinde rahat uyuması sağlanır; ayrıca hastanın anesteziist ile görüşmesi sağlanır.

Ameliyat günü ameliyathaneye gitmeden önce hasta hazırlığı

Ameliyat günü, endişe ve korkunun en yoğun yaşandığı dönemdir. Hastanın anksiyetesinin azaltılması için önemli bir dönemdir. Cerrahi girişim sabahı uygulanması gereken girişimler şunlardır; ameliyata gidecek ilk hastalar genellikle premedikasyon yapılma saatinden bir saat önce uyandırılır ve hazırlıkları yapılır. Hastaların varsa soruları yanıtlanır. Hasta ameliyathaneye gönderilmeden önce yapılacak hazırlıklar şunlardır:

- Hastanın yaşam bulguları alınıp kaydedilir. Kan basıncı ve kalp atım hızı anksiyete nedeniyle biraz yüksek olabilir. Normalden sapmalar cerrahi ekibe bildirilmelidir.

Tüm laboratuvar sonuçlarının hazır olduğu kontrol edilir.

Cerrahi girişime yönelik olarak kullanılacak özel malzemeler varsa hazırlanarak hastayla birlikte gönderilir.

Hastanın idrarını yapması sağlanmalı, gerekliyse idrar miktarı ve dansitesi kaydedilir.

Diş, gözlük, lens ve diğer tüm protezler, çıkarılır, kaydedilir ve uygun şekilde korunur.

Yüzük, küpe, saat gibi takıları varsa çıkarılır, ayrıca parası varsa takılarıyla birlikte bunlar da teslim alınıp tutanak karşılığında hasta ya da yakınlarına verilmek üzere uygun bir yerde saklanır.

Kadın hastalar için makyaj ya da oje varsa silinir.

Ameliyathane gömleği ve bone giydirilir. Son kontrol listesi son kez kontrol edildikten sonra, hasta ameliyathaneye gönderilir.

4.2. Ameliyat Sırası Hemşirelik Bakımı

Hastanın cerrahi kliniğinden ameliyathaneye alınmasıyla başlayıp, ameliyat tamamlandıktan sonra bakım verilecek bölüme nakil edilmesiyle sona eren ameliyat sırası bakımında;hastanın ameliyathaneye kabulü, ameliyat bölgesinin temizliği, pozisyon ve anestetik ilaç verilmesi, ameliyathanenin uygun şartlarda olması, ameliyat sonrası nakil önemli yer tutmaktadır.KABG ameliyatı olacak hasta ameliyathane odasına alındıktan sonra hastaya periferikvenözkateter, jugularkateter, radial arter kateteri, femoral arter kateteri ve foleykateter takılır. Anestezist tarafından uygun anestezi verilerek hasta entübe edilir, monitörize edilir ve cerrahlar mediansternotomiye başlar. Hastalar genel anestezi altında entübe ve mekanik ventilasyona bağlıdır. Hemşire, cerrahi işlem süresince cerraha yardımcı olmakla birlikte, hastanın güvenliğinden ve rahatından da sorumludur. Bu dönemde hemşire, hastaya pozisyon verir, deri kontrolü yapar ve hastayı komplikasyon belirti ve bulguları yönünden izlenir

4.3. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı

Cerrahi girişim sonrası dönemde yoğun bakıma kabul edilecek olan genel ve tıbbi bilgileri önceden alınmalıdır. Hasta için yoğun bakımda kullanılacak olan ilaç ve malzemeler (monitör, ventilatör, acil arabası, aspirasyon sistemi vb) hasta gelmeden önce hazır hale getirilmelidir. Yoğun bakımdaki hastanın yaşamsal fonksiyonları tüm yönleri ile monitörde izlenir. Başlangıçta solunum cihazına bağlı olan hasta, yaklaşık 6-8 saat sonra uygun kriterler sağlanırsa solunum cihazından ayrılır. Solunum yeterliğini sağlayıp sürdürmek amacıyla hastaya solunum egzersizleri yaptırılır. Hastadaki drenler göğüs kafesi içinde biriken kan ve sıvının boşalmasını sağlar ve 24-36 saat sonra kanama kuşkusu ortadan kalktığında çekilir ve başka herhangi anormal bir durum yoksa hasta servisteki odasına gönderilir.Hemşireler, koroner bypass cerrahisi sonrası dönemde hastada görülebilecek sorunların erken dönemde belirlenmesi ve giderilmesine yönelik olarak

hemşirelik sürecinin hasta değerlendirmesi, tanınması, uygun girişimleri planlama, uygulama ve sonuçları değerlendirme basamaklarını kullanarak hasta bakım planlarını yapmalı ve girişimleri uygulamalıdır. KABG ameliyatı geçiren hastalarda öncelikle ele alınması gereken hemşirelik tanıları şunlardır:

- Azalan kan hacmine bağlı kardiakoutputta azalma,
- Yaygın göğüs cerrahisi travmasına bağlı gaz değişiminde bozulma,
- Aşırı çevresel uyarı, uyku yoksunluğu, elektrolit dengesizliğine bağlı duygusal algılamada bozulma,
- Değişen kan volümüne bağlı sıvı volüm yetersizliği ve elektrolit dengesizliği riski,
- İnsizyon, invazivmonitorizasyon girişimleri, göğüs tüpü ve foleykatetere bağlı olası enfeksiyon riski,
- Öz bakım aktiviteleri hakkında yetersiz bilgi,
- İnternalmammarian arter diseksiyonuna ve göğüs tüpünün neden olduğu plevralirritasyon ve cerrahi travmaya bağlı şiddetli ağrı,
- Azalan kardiyak output, kan akımı veya vazopresör ilaç tedavisine bağlı etkisiz renal doku perfüzyonu,
- Enfeksiyon ya da postperikardiotomisendromu sonrası etkisiz ısı düzenlenmesi

4.4. Koroner Arter Bypass Graft Ameliyatı Olan Hastanın Taburculuk Sonrası eğitimi(rehabilitasyon)

KABG ameliyatı olan hastalar genel durum ve laboratuvar sonuçları normal ise ortalama 4-7 gün sonra taburcu olurlar ve hastaların ameliyat sonrası iyileşip normal aktivitelerine dönmeleri ortalama 6 hafta sürer . Taburcu edildikten sonra hastanın özellikle evdeki ilk günlerinde çok yakından gözlenmesi ve kendini olabilecek tehlikelere karşı koruması önemlidir.

Hastanın hastaneye yatması ile başlayan taburculuk süreci hastanın tedavi gördükten sonra hastaneden ayrılması ile sona erer. Hastalar evde kendi bakım ihtiyaçlarını karşılayabilecek bilgi ve becerilere sahip olarak taburcu olmalıdırlar. Taburculuk sırasında hasta ve ailesinin eğitiminden sağlık ekibinin bütün üyeleri sorumlu olmakla birlikte, taburculuk planlaması hemşirenin sorumluluğundadır. Taburculuk sonrasında; hastanın evde yara bakımını, komplikasyon belirti ve bulgularını bilmesi ve risk faktörlerini azaltmaya yönelik davranış geliştirmesi planlanır.

KABG ameliyatı olan hastaların en çok gereksinim duydukları eğitim konuları, genel olarak günlük yaşam aktiviteleri (beslenme, banyo yapma, ev işi yapma, hareket cinsellik, uyku, dinlenme vb), cihaz kullanımı, ilaç kullanımı, yara bakımı, ağrı kontrolü, sosyal aktiviteler, olası sorunlar ve kontrol zamanıdır. Hemşirelerin, KABG ameliyatı geçiren hastaya taburculuk planlaması kapsamında aşağıdaki konularda yeterli ve uygun şekilde eğitim vermesi, ameliyat sonrası olası sorunları önlemede ve hastanın evde bakımını bağımsız olarak yapmasında etkili olacaktır. Hasta eğitimi yazılı ve sözel olarak yapılmasının yanı sıra, hastalara eğitim kitapçıkları ya da işitsel-görsel eğitim materyallerinin de verilmesi eğitimin etkinliğini arttıracaktır.

Genel Bilgilendirme: Yapılan işlem ve sonuçları hakkında kısa bilgiler verilir, cerrahi girişim öncesi ve sonrası verilen eğitimdeki bilgilerin düzeyi, eksik kalan konular ve yanlış anlaşılan durumlar belirlenir ve gerekli durumlarda tekrar eğitim verilir, taburculuk sırasında aile bireylerinden birisinin hazır bulunması sağlanır.

İlaç Kullanımı: KABG ameliyatı olan hastaların ilaçlarını düzenli alması önemlidir. Bu ilaçlar genellikle; kalp, kan basıncı, ritm sorunlarına, kanın pıhtılaşmasını geciktirmeye yönelik ilaçlardır. Kapak ameliyatlarından sonra, bazen koroner bypass sonrası veya ritm bozukluklarında kullanılan Coumadin adlı kanın pıhtılaşmasını geciktiren ilaçlar için hastaya göre, uygun dozda ilaç ayarlaması yapılmaktadır. İlacın her gün aynı saatte alınması gerekmektedir.

Yara bakımı ve ağrı kontrolü: Kesi yerleri temiz ve kuru ise pansuman gerekmez, doktor izni olmadan bu bölgelere pomad, yumuşatıcı kremler sürülmemelidir. Ameliyat yerleri tam iyileşene kadar temiz ve kuru tutulmalı, bu bölgelerin hava alması sağlanmalıdır. Normal iyileşme döneminde; hafif yanma, kaşınmalar olabilir. Ancak enfeksiyon belirtileri olduğunda doktorla bağlantı kurulmalıdır. Hastanın göğüs ön kemiğinin tam olarak kaynaması için gerekli süre 8 haftadır. Bu zamana kadar sırtüstü yatılması, yan dönülmemesi, ağırlık kaldırılmaması göğüs adalelerini zorlayan hareketlerden uzak durulması önerilmektedir. Yaraya bağlı ağrılar altı hafta, adale ağrıları ise 3-4 ay sürebilir.

Varis çorabı: Hastanın bacağından damar alındığında, genellikle ameliyattan sonraki ilk 6 ay varis çorabı giymesi gereklidir. Varis çorabının yataktan kalkmadan önce giyilmesi ve gün boyunca çıkarılmaması gerektiği hastaya anlatılır.

Banyo, duş: Tüm yara yerleri temiz ve kuru ise ameliyattan 10-14 gün sonra banyo yapılabilir veya istenilen kadar duş alınabilir. Eğer hasta kendini yorgun hissediyorsa başka

birinden yardım almalıdır. Yara yerlerinin fazla nemlenmemesi, bu bölgelerin ovulmaması dikişler açısından önemlidir.

Sosyal aktivite ve seyahat: Taburcu olduktan sonraki ilk on günde ziyaretçiler ve telefon görüşmeleri kısıtlanmalıdır. Onuncu günden itibaren hasta gittikçe güçlendiğini ve kuvvetlendiğini fark edecektir, kendisi ve çevresi için gerekli sosyal faaliyetlere katılabilir. Hasta iyileştikten sonra sakıncası yoksa, istediği şekilde seyahat edebilir.

Otomobil kullanma: Hasta, altıncı haftadan itibaren araba kullanabilir. Eğer uzun bir yola gitmek gerekiyorsa, 2 saatte bir arabadan inip 5-10 dakikalık yürüyüş yapılmalıdır.

Ev işleri yapma: Bayan hastalar için iyileştiğinin bir göstergesi de ev işlerini yapabilmeleridir. Çamaşır yıkama, yemek hazırlama, temizlik, çocuk bakımı, etraf düzenleme gibi aktiviteleri yerine getirmek için 8 haftadan sonra yapılacak kontrolün ve doktorun kararına göre hareket edilmelidir. Hasta kendini iyi hissettiği müddetçe 8. haftadan itibaren çalışmalara katılabilir.

Yürüyüş ve spor: İyileşme döneminde aktif olmak, yürüyüşler yapmak kas gücünün yerine gelmesi ve adele ağrılarının geçmesi için önemlidir. Hasta, çok sıcak, çok soğuk veya çok rüzgârlı havalar dışında kısa yürüyüşlere başlamalı ve mesafeler giderek artırılmalıdır. İlk dönemlerde; merdiven çıkarken katlar arasında ve uzun yürüyüşler sırasında arada dinlenilmelidir. Spor yaparken, göğüs ön kemiğini zorlayıcı hareketlerden kaçınılmalıdır.

İşe başlama: Bypass ameliyatlarında, işe geri dönmek hastanın sosyal ve psikolojik rahatlığını sağlama açısından çok önemlidir. Çalışma hayatına hafif tempolu işlerde, günde dört saati geçmemesi koşuluyla ilk 4 haftadan sonra, zorlamaların olduğu özellikle ellerin kullanıldığı işlerde 3. aydan sonra başlanması önerilmektedir.

Beslenme:Eğer doktorun başka bir önerisi yoksa diyabet hastaları hariç, hastaların hızla iyileşmeleri için ilk bir ayda yiyeceklerinde herhangi bir kısıtlama yoktur. Ancak kan basıncı yüksek olan veya doktoru tarafından önerilen hastaların az tuzlu yemeleri gereklidir. Ayrıca mümkün olduğu kadar diyetle doymuş yağlar ve kolesterol azaltılarak koroner risk faktörleri azaltılmaya çalışılmalıdır. Yeterli ve dengeli beslenmenin yanı sıra, kilo kontrolünün önemi de hastaya anlatılmalıdır

İçki-sigara: Sigara ve alkol ameliyat tarihinden itibaren kesinlikle bırakılmalı ve kullanılmamalıdır.

Cinsel Yaşam: Ameliyattan sonra ilk 4-8 hafta süreyle cinsel ilişkinin kısıtlı olmasına özen gösterilmelidir. Bu dönemdeki hareket kısıtlılıkları, genel ağrı ve yakınmaları geçtikten sonra cinsel hayata devam edilmesi gerektiği hastaya anlatılır.

Kontrol Gelme: Hastalar taburculuk sonrası, eğer soruları olursa telefon edecekleri kişiyi bilmelidirler. Hastalara önemli durumlar ve randevu tarihleri açık bir dille anlatılmalıdır.



HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI İNTİHAL RAPORU FORMU

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Tarih: 06/12/2017

Tez Başlığı / Konusu: Koroner Anjiyografi Sonrası Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Önerilen Hastalarda Hemşirenin Eğitici Hasta Danışmanlığı Rolünün Hastanın Anksiyete ve Cerrahi Kararına Etkisi

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 57 sayfalık kısmına ilişkin, 06/12/2017 tarihinde Enstitü Sekreterliği tarafından **TURNİTİN** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı alıntılar dahil % 23 ' dir. (Benzerlik oranı; alıntılar dahil %30'un üzerindeyse açıklama gerekmektedir).

Uygulanan filtrelemeler:

- ☒ Kaynakça hariç
- ☒ Alıntılar dahil
- ☒ 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Açıklamalar

Hasan Kalyoncu Üniversitesi **TURNİTİN** adlı intihal tespit programı sonucunda; azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Adı Soyadı: Mehmet AHRAZ
Öğrenci No: 154101026
Anabilim Dalı: HEMŞİRELİK
Programı: TEZLİ YÜKSEK LİSANS
Statüsü: ☒ Y.Lisans ☐ Doktora

Tarih ve İmza

06.12.2017
u. d.

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR

Prof. Dr. Ayta YAVA

(Ünvan, Ad Soyad, İmza)

ÖZGEÇMİŞ

1. Adı Soyadı: Mehmet Ahraz

İletişim Bilgileri

Telefon:05380751505

Mail: ahraz_046otmail.com

2. Doğum Tarihi: 20.08.1990

3. Unvan: Hemşire

4. Öğrenim Durumu: Yüksek Lisans

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2008-2012
Yüksek lisans	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelikte Yüksek Lisans Programı	2015-2017

