



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**AÇIK KALP AMELİYATI OLAN HASTALARIN
ÖZ ETKİLİLİK VE SOSYAL DESTEK
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Ebru GÜNER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Prof. Dr. Dilek ÇİLİNGİR

TRABZON-2020



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**AÇIK KALP AMELİYATI OLAN HASTALARIN
ÖZ ETKİLİLİK VE SOSYAL DESTEK
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Ebru GÜNER
ORCID: 0000-0002-6216-3505

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Prof. Dr. Dilek ÇİLİNGİR
ORCID: 0000-0002-0660-8426

TRABZON-2020

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak hazırlanarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

28/10/2020

Ebru GÜNER

İthaf

Bu yüksek lisans tezimi, beni bugünlere getirmek için çabalayan, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, sevgi ve saygıları ile beni ben yapan değerli aileme ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışma sürecim boyunca bilgi ve deneyimleriyle desteğini esirgemeyen kıymetli danışman hocam Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan Yardımcısı ve Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Dilek ÇİLİNGİR'e,

İstatistik analizi katkılarından dolayı Öğr. Gör. Hande ŞENOL'a,

Eğitim sürecimde emeği geçen tüm öğretim elemanlarına,

“Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği Kardiyak Cerrahi Versiyonu” Türkiye geçerlik güvenirlik çalışmasını yapan Sevcan AVCI'ya,

“Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin” Türkiye geçerlik güvenirlik çalışmasını yapan Doğan EKER'e ve Haluk ARKAR'a,

Çalışmanın yürütülmesine olanak sağlayan hastane yönetimine, Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Eğitim Sorumlusu Prof. Dr. İlker MATARACI'ya,

Çalışmanın yürütülmesi esnasında desteklerini esirgemeyen Uzm. Hemşire Semiha ALKAN KAYHAN ve Uzm. Dr. Aşkın KILIÇ'a,

Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden tüm hastalara teşekkürlerimi sunarım.

Ebru GÜNER

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

vi

TABLolar DİZİNİ

ix

ŞEKİLLER DİZİNİ

x

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

xi

ÖZET

xiii

ABSTRACT

xiv

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

2. GENEL BİLGİLER

4

2.1. Cerrahi Tedavi Gerektiren Kalp Hastalıkları

4

2.1.1. Koroner Arter Hastalığı

4

2.1.2. Kapak Hastalıkları

5

2.1.3. Kalp Tümörleri

6

2.1.4. Kalp Travması

6

2.1.5. Kalbin Konjenital Lezyonları

6

2.2. Kalp Hastalıklarının Cerrahi Tedavisi

7

2.2.1. Kapalı Kalp Cerrahisi

7

2.2.2. Açık Kalp Cerrahisi

7

2.2.2.1. Koroner Arter Bypass Graft (KABG) Cerrahisi

9

2.2.2.2. Kapak Cerrahisi

9

2.2.2.3. Kalp Transplantasyonu

10

2.2.2.4. Konjenital Kalp Hastalıklarının Cerrahi Tedavisi

10

2.3. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Gelişebilecek Komplikasyonlar

10

2.3.1. Kardiyak Komplikasyonlar

11

2.3.2. Nörolojik Komplikasyonlar

11

2.3.3. Solunumsal Komplikasyonlar

11

2.3.4. Kanama

12

2.3.5. Ameliyat Sonrası Ateş

12

2.3.6. Ağrı	12
2.3.7. Renal Komplikasyonlar	12
2.3.8. Gastrointestinal Sistem Komplikasyonları	13
2.3.9. Enfeksiyon	13
2.4. Öz Etkililik	13
2.4.1. Tanımı	13
2.4.2. Öz Etkililik Algısını Etkileyen Etmenler	13
2.5. Sosyal Destek	14
2.5.1. Tanımı	14
2.5.2. Sosyal Destek Türleri	15
2.5.3. Algılanan Sosyal Destek	16
2.6. Öz Etkililik ve Sosyal Desteğe İlişkin Hemşirelik Yaklaşımı	16
2.6.1. Öz Etkililiğe İlişkin Hemşirelik Yaklaşımı	16
2.6.2. Sosyal Desteğe İlişkin Hemşirelik Yaklaşımı	18
3. GEREÇ ve YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Tipi	19
3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.4. Veri Toplama Araçları	20
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	20
3.4.2. Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği Kardiyak Cerrahi Versiyonu	20
3.4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeği	20
3.5. Veri Toplama Yöntemi	21
3.6. Araştırmanın Etik Yönü	21
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	22
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	22
3.9. Araştırmanın Planı	22
4. BULGULAR	23
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	47
7. KAYNAKLAR	50
EKLER	61
EK 1. Kişisel Bilgi Formu	62

EK 2. Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği Kardiyak Cerrahi Versiyonu	63
EK 3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeği	64
EK 4. Kurum İzni	66
EK 5. Etik Kurul İzni	67
EK 6. Etik Kurul Başlık Değişikliği Onayı	70
EK 7. Gönüllü Onam Formu	73
ÖZGEÇMİŞ	74



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Hastaların tanıtıcı özellikleri	23
Tablo 2. Hastaların hastalığa ve ameliyata ilişkin özellikleri	24
Tablo 3. Hastaların BEBÖ ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları	24
Tablo 4. Hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre BEBÖ ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları	26
Tablo 5. Hastaların hastalığa ve ameliyata ilişkin özelliklerine göre BEBÖ ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları	30
Tablo 6. Hastaların ÇBASDÖ ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları	33
Tablo 7. Hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre ÇBASDÖ ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları	35
Tablo 8. Hastaların hastalığa ve ameliyata ilişkin özelliklerine göre ÇBASDÖ ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları	38
Tablo 9. Hastaların BEBÖ ve ÇBASDÖ puanları arasındaki ilişki	41

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa
Şekil 1. Kalp akciğer makinesi	8
Şekil 2. Araştırma planı	22



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

ASD	Atrial Septal Defekt
AV	Atriyoventriküler
BEBÖ	Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği
ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DM	Diyabetes Mellitüs
ECC	Ekstrakorporeal Sürkölasyon
HDL	Yüksek yoğunluklu lipoprotein
HT	Hipertansiyon
KABG	Koroner Arter Bypass Greft
KPB	Kardiyopulmoner Bypass
KKH	Konjenital Kalp Hastalıkları
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KTÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
LDL	Düşük yoğunluklu lipoprotein
METSAR	Türkiye Metabolik Sendrom Araştırması
MRG	Manyetik Rezonans Görüntüleme
PDA	Patent Duktus Arteriozis
PTKA	Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti
SBÜ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
SPSS	Statistical Package for The Social Sciences
SS	Standart sapma
TEKHARF	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
Vb	Ve benzeri
VSD	Ventriküler Septal Defekt

Simgeler

F	Tek Yönlü Varyans Analizi
KW	Kruskal Wallis Varyans Analizi
r	Spearman Korelasyon Katsayısı

t	İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi
$\bar{X}$	Ortalama
Z	Mann Whitney U Testi
$\geq$	Büyük eşit



ÖZET

Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaların Öz Etkililik ve Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi

Çalışma, açık kalp ameliyatı olan hastalarda öz etkililik ve sosyal destek düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Çalışmanın örneklemini Trabzon İl merkezinde yer alan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde açık kalp ameliyatı olup, araştırmaya katılmaya gönüllü olan 242 hasta oluşturdu. Çalışmada veriler araştırmacı tarafından hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu”, “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği Kardiyak Cerrahi Versiyonu” ve “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeği” kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde yüzdelik, ortalama, standart sapma, maksimum ve minimum değerler, bağımsız gruplarda t testi, Mann-Whitney U testi, Oneway ANOVA, Kruskal-Wallis Varyans Analizi ve Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı.

Çalışmaya alınan hastaların öz etkililik düzeylerinin orta düzeyde olduğu ve yüksek düzeyde sosyal desteğe sahip oldukları bulundu. Hastaların BEBÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, birlikte yaşanan kişiler, çalışma durumu, hastalık ve ameliyatla ilgili eğitim alma durumu, eğitim veren kişiler, eğitimi yeterli bulma durumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Hastaların ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamalarında cinsiyet, medeni durum, ameliyat türü ve eğitim alınan kişiler yönünden anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Hastaların algılanan sosyal destek toplam puanları ile tüm öz etkililik alt boyut puanları ve toplam öz etkililik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişki bulundu. Hastalarda sosyal destek arttıkça öz etkililik düzeyleri arttığı için hemşirelik bakım sürecinde değerlendirilmesi ve hastanın evde bakım ve hastaya verilen eğitimle desteklenmesi hemşirelerin kalp hastalarında olumlu davranış değişikliği kazandırarak, hastanın öz etkililik inancının yükseltilmesi yönünde desteklenmesi, hastaların bakım sürecine katkı sağlayabilir ve iyileşmeyi hızlandırabilir.

Anahtar Sözcükler: Kardiyak cerrahi, öz etkililik, postoperatif hemşirelik, sosyal destek

ABSTRACT

Determination of Self-Efficacy and Social Support Levels of Open-Heart Surgery Patients

This study was carried out in a descriptive design to determine the self-efficacy and social support levels of open-heart surgery patients. The sample was composed of a total of 242 voluntary patients who had open heart surgery at the Health Sciences University Ahi Evren Thoracic and Cardiovascular Surgery Training and Research Hospital located in the city center of Trabzon. The data were collected using the “Personal Information Form”, the “Bernason Efficacy Expectation Scale Cardiac Surgery Version (BEES)”, and the “Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)” prepared by the researcher. In the analysis of the data, percentage, mean, standard deviation, maximum and minimum values, independent groups t-test, Mann-Whitney U test, One-way ANOVA, Kruskal-Wallis Variance Analysis, and Spearman Correlation Analysis were used.

The study revealed that the patients had a moderate level of self-efficacy and had a high level of social support. A statistically significant difference was found in the mean BEES total score and sub-dimension mean scores of the patients in terms of age, gender, education level, people living together, employment status, the status of receiving education about disease and surgery, people who provided education, and the status of finding the education sufficient ($p<0.05$). A significant difference was found in the mean MSPSS total score and sub-dimension mean scores in terms of gender, marital status, type of surgery, and those who received education ($p<0.05$). A statistically significant and positive correlation was found between the patients' perceived social support total scores and the total self-efficacy score and all self-efficacy subscale scores. As the level of self-efficacy increases as social support increases in patients, the evaluation of open-heart surgery patients by nurses in the nursing care process, supporting them with home care education, helping them gain positive behavioral changes, and increasing their self-efficacy beliefs can contribute to the care process of patients and accelerate their recovery.

Key Words: Cardiac surgery, postoperative nursing, self efficacy, social support

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Tanı ve tedavide son yıllardaki gelişmelere karşın, kalp damar hastalıkları en önemli morbidite ve mortalite nedenleri arasında yerini korumaktadır. Yirminci yüzyılın ortalarından itibaren kalp damar hastalıklarının tüm ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer aldığı bilinmektedir (1). Toplum nüfusunun yaşlanması ve yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak gelişmiş ülkelerde kalp ve damar hastaları sayısının artmasına rağmen, kalp ve damar hastalıklarının neden olduğu ölümler gelişmiş batılı ülkelerde azalmaktadır. Bunun yanı sıra gelişmekte olan ülkelerde kalp ve damar hastalıkları artış göstermektedir (1).

Her yıl 17.7 milyon birey kalp damar hastalıkları nedeniyle yaşamını kaybetmekte ve bu oran tüm dünyadaki ölümlerin %31'ini oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, 2030 yılında 23.6 milyon bireyin kalp damar hastalıkları nedeniyle yaşamını yitireceği tahmin edilmektedir (2). Ülkemizde de, kalp damar hastalıkları ölüm nedenleri içerisinde birinci sırada bulunmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin sayısı her yıl artmaktadır (3). Kardiyovasküler hastalıkları tetikleyen nedenler arasında tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, sedanter yaşam ve aşırı alkol kullanımı gibi sağlığı olumsuz etkileyen davranışlar yer almaktadır. Ülkemizde yapılan TEKHARF ve METSAR çalışmaları ile, tütün kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite, alkol kullanımı, dengesiz beslenme, obezite, hipertansiyon, diyabet ve yüksek kan kolesterolü kalp hastalıkları için önemli risk faktörleri olarak bildirilmektedir (1).

Günümüzde kalp hastalıklarının tedavisinde, tıbbi ve cerrahi tedavi uygulanmaktadır. Açık kalp ameliyatı koroner arter hastalıkları, kalp kapak hastalıkları, konjenital lezyonlar ve kalp transplantasyonunda sıklıkla kullanılan bir cerrahi tedavi yöntemidir (4). Açık kalp ameliyatı olan hastalar herhangi bir sorun yaşanmadığı takdirde, ameliyattan yaklaşık yedi gün sonra taburcu olmakta ve iki ayın sonunda tek başına rutin günlük aktivitelerini yerine getirebilmektedir. Açık kalp ameliyatının iyileştirici etkilerinin yanında, ameliyattan sonraki süreçte hastalarda ağrı, fiziksel, emosyonel ve sosyal farklılıklar görülebilmektedir. Bu nedenle, hastaların taburcu edildikten sonra alışması gereken yeni yaşam tarzı ve günlük aktiviteler arasında denge sağlaması gerekmektedir. Açık kalp ameliyatı geçiren hastalarda anksiyete, depresyon, cinsel işlev bozukluğu, ev ve iş hayatında rol değişikliği gibi problemlerin yaşandığı bilinmektedir (4, 5).

Hastanın ameliyat sonrası değişen yaşam koşullarına uyum sağlaması ve oluşabilecek komplikasyonlarla baş edebilmesi bireysel özellikleri ile yakından ilişkilidir. Hastalara verilen sosyal destek ile ameliyat sonrasında hastaların öz etkililik beklentilerinin yükseldiği ve aktivite geliştirmelerini de olumlu yönde etkilediği ortaya çıkmıştır. Yapılan bir çalışmada, koroner bypass greft yapılan hastalara evde verilen hemşirelik bakımının öz etkililik puanını yükselttiği, yüksek egzersiz uyumu ve düşük stres oluşturduğu bildirilmiştir (6, 7).

Öz etkililik, bireyin hastalığına uyumunda davranış değişikliği oluşturabilecek bir faktördür. Bandura öz etkililiği, özellikle kronik hastalığı bulunan bireylerde uyum ve öz bakım davranışları olarak tanımlamıştır (8). Öz etkililik seviyeleri, bireyin hastalığına uyum sürecinde sağlıklı eylemleri yerine getirmede önemli bir belirleyicidir. Yapılan bir çalışmada, diyabet hastalarının kendilerine bakım vermedeki davranış değişikliklerinden %4-10'unun öz etkililik algısı ile ilgili olduğu bulunmuştur (9). Öz etkililik algısı, hastanın davranışlarına ışık tutar ve davranışı yerine getirmede bireyin kendine olan inancını yansıtır. Hasta bireyin öz etkililik algısı ne kadar gelişmiş ise, sağlığı ile ilgili davranışlarını değiştirme gücü ve çabası da o denli gelişir (10). Konuyla ilgili yapılan bir çalışmada, ev ziyaretleriyle hastalara verilen bakım ve eğitimin öz etkililik algısını geliştirdiği bulunmuş ve öz etkililik algısının eğitimle güçlendirilebileceği belirlenmiştir (11).

Sosyal destek, bireylerin stresle başa çıkmak zorunda oldukları bir durumda yakınları tarafından verilen maddi ve manevi destek olarak tanımlanmaktadır. Sosyal destek bireylerin stresle başa çıkmasında, özgüveninin artırılmasında ve sağlıklı davranış biçimlerinin ortaya çıkmasında önemli bir yere sahiptir (12). Sosyal destek aynı zamanda bireyin psikolojisini de etkilemektedir. Sosyal destek bireyin sosyal gelişimine katkı sağlayarak, benlik saygısını geliştirir ve hastalığı nedeniyle değişen yaşam koşullarına uyumunu artırır. Konuyla ilgili yapılan bir çalışmada, sosyal destek düzeyinin miyokard infarktüsü sonrasında sağ kalımı olumlu etkilediği, ek kronik hastalığı olan ve düşük düzeyde sosyal desteğe sahip hastalarda, mortalite görölme oranının daha fazla olduğu bulunmuştur (13).

Açık kalp ameliyatı sonrası bireyin tedaviye ve değişen yaşam koşullarına uyum göstermesi ve olumlu sağlık biçimi davranışlarını sürdürmesi için öz etkililik algısının ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu anlamda açık

kalp ameliyatı olmuş bireyde öz etkililik ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesiyle, hastanın öz etkililik algısı güçlendirilerek hastanın olumlu sağlık davranışlarını başlatması ve sürdürmesi sağlanabilecek, ailesinin vereceği sosyal destek sistemleri harekete geçirilecek, hastanın yeni durumuna uyumu sağlanabilecek ve yaşam kalitesi artabilecektir.

Literatür incelendiğinde Türkiye’de kalp cerrahisine yönelik çalışmalar bulunmakla birlikte, mevcut çalışmaların daha çok koroner arter bypass greft (KABG) ile ilgili olduğu ve açık kalp cerrahisine ilişkin çalışmaların sayıca daha az olduğu görülmektedir. Ayrıca açık kalp ameliyatı ile ilgili çalışmaların ise, daha çok yaşam kalitesi, taburculuk süreci ve ameliyat sonrası eğitim gereksinimlerine yönelik olduğu ve açık kalp ameliyatı olan hastalarda öz etkililik ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesine yönelik çalışmaya rastlanamamıştır. Açık kalp ameliyatı olan bireyler ameliyat sonrası dönemde birçok sorunla karşılaşabilmektedir. Ameliyatın etkisiyle hastada fiziksel ve psikolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Hemşire, hastalar için önemli bir sosyal destek kaynağı olabilir. Ayrıca danışmanlık rolüyle hastaların sosyal destek sistemlerini değerlendirerek, ihtiyacı olan desteği sağlayabilir. Çalışma bu bilgilerden yola çıkılarak açık kalp ameliyatı olan hastaların öz etkililik ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cerrahi Tedavi Gerektiren Kalp Hastalıkları

Cerrahi girişim gerektiren kalp hastalıkları koroner arter hastalığı, kapak hastalıkları, kalp tümörleri, kalp travmaları ve konjenital lezyonları içermektedir (14).

2.1.1. Koroner Arter Hastalığı

Koroner arter hastalığı, koroner arterlerdeki lezyonların özellikleriyle ilişkili olarak dinlenme durumunda ya da efor sırasında koronerlere giden kan akımının azalmasıyla meydana gelen, angina pectoristen ani kardiyak ölüme kadar farklı belirti ve bulgularla ortaya çıkan bir hastalıktır. Koroner arter hastalığı ateroskleroz gelişmesiyle ortaya çıkar ve aterosklerozun ilerlemesiyle damar lümenini daraltır ve buna bağlı olarak vasküler olay geçirme riskini yükseltir (15).

Ateroskleroz, arter intimasında plazmadan kaynaklanan lipoproteinlerin birikmesiyle oluşan inflamatuvar bir yanıttır. Lipoproteinler damar intimasında biriktiğinde immünhücreler bu alana toplanarak ve sitokinler salgılayarak inflamatuvar bir süreç başlatır; damar duvarı kalınlaşır ve esnekliğini kaybeder. Çeşitli risk faktörleri buna eşlik ettiğinde ise damar intimasında plaklar oluşur (16, 17). Damar lümenine ve media tabakasına uzanan lezyonlar revaskülarizasyon eşliğinde nekrotik kısımlar oluşturur ve zamanla gelişim göstererek lümenin daralmasına ve klinik belirtilerin ortaya çıkmasına neden olur (18, 19).

Aterosklerozun başlamasına ve ilerlemesine neden olan birçok risk faktörü bulunmaktadır. Bu faktörler değiştirilebilir ve değiştirilemeyen risk faktörleri olarak tanımlanmıştır. Değiştirilemeyen risk faktörleri; yaş (erkeklerde ≥ 45 , kadınlarda 55 yaş ya da erken menopoz), aile öyküsü, cinsiyet, küreselleşme ve şehirleşme, düşük doğum ağırlığı olarak tanımlanmıştır (1).

Değiştirilebilir risk faktörleri ise yaşam tarzı değişiklikleriyle değiştirilebilir olan hipertansiyon (kan basıncı $\geq 140/90$ mmHg ya da antihipertansif tedavisi almak), hiperkolesterolemi (total kolesterol ≥ 200 mg/dl, LDL kolesterol ≥ 130 mg/dl), düşük HDL-kolesterol değeri (<40 mg/dl), diyabetes mellitus, obezite, sağlıksız beslenme, sigara kullanımı, alkol kullanımı ve yetersiz fiziksel aktivite olarak tanımlanmıştır (1).

Koroner arter hastalığı tedavisinde hedef, miyokardın oksijen gereksinimini azaltmak ve miyokard oksijenasyonunu artırmaktır. Tıbbi tedavi ile oksijen dengesizlikleri düzeltilmeye çalışılır. Tıbbi tedavinin yanısıra tıkalı olan damara, perkütan transluminal

koroner anjiyoplasti (PTKA) ya da stent uygulaması gibi girişimsel müdahaleler ve koroner arter bypass greft ameliyatı gibi cerrahi girişim de uygulanabilir (20).

2.1.2. Kapak Hastalıkları

Kalp kapakları atriyo ventriküler kapak ve semilunar kapaklardır; bu kapaklar basınç değişikliği ile birlikte açılıp kapanarak kanın tek yönde akmasını sağlarlar. Triküspit ve mitral kapaklar (AV kapaklar), sistol sırasında kanın atriyumlara, aort ve pulmoner arter kapakları (semilunar kapaklar) ise, diyastol sırasında kanın aort ve pulmoner arterlerden ventrikül içine geri kaçmasını engeller (21).

Kalp kapak hastalıklarında en sık yetmezlik ve stenoz görülür. Kapakta yetmezlik oluştuğunda tek yönde akması gereken kan geriye doğru kaçır, kalbin iş yükü artar yetmezlik gelişir. Stenoz oluşması durumunda ise vücuda giden kan akımı etkilenir. Vücuda giden kan akımı azaldığında yetmezlik oluşur. Kapakta oluşan soruna yönelik cerrahi kapak tamiri ya da replasman tedavisi uygulanır (22).

Aort Stenozu: Aort kapağının normal alanı 2-4 cm² dir. Aort darlığı sol ventrikül ile aort arasındaki açıklığın daralmasıyla karakterizedir. Açıklık daraldıkça vücuda giden kan miktarı azalır ve sol ventrikülde basınç artışı olur. Bu da sol ventrikül hipertrofisine neden olur. Etiyolojisinde sıklıkla dejeneratif, romatizmal ateş ve konjenital anomaliler yer alır. Genellikle efor dispnesi ve yorgunlukla ortaya çıkar (23).

Aort Yetmezliği: Aort yetersizliği diyastolde kapak yaprakçıklarının tam kapanamaması sonucunda kanın sol ventriküle geri kaçmasıdır. Yetmezlikte darlıktan farklı olarak sol ventrikülde hem basınç hem volüm yüklenmesi ortaya çıkar. Uzun yıllar asemptomatik olarak seyredebilir. Akut aort yetmezliği genellikle endokardit, aort diseksiyonu ve toraks travması sonrası ani gelişen bir komplikasyondur. Akut aort yetmezliğinin sonucu olarak pulmoner ödem, dolaşım kollapsı ve ventriküler aritmiler görülebilir. Bu nedenle cerrahi girişim geciktirilmemelidir. Kronik aort yetmezliğinde cerrahi müdahale ise ileri derecede yetmezlik söz konusu olduğunda planlanır (24).

Mitral Stenoz: Mitral darlık kapak açıklığının immobilitesi ya da deformitesi nedeniyle kapağın daralması sonucu sol ventrikül kan akımının azalmasıyla karakterizedir. Mitral darlık, akut romatizmal ateşin yıllar sonra geç dönem komplikasyonu olarak ortaya çıkar. Mitral darlıkta sağ ventrikül yetmezliği, yorgunluk, nefes darlığı semptomları görülür (25, 26).

Mitral Yetmezlik: Mitral yetmezlik, mitral yaprakçıkların mitral açıklığı tam kapatamaması ve sistol esnasında sol ventrikülden sol atriya kanın geri kaçmasıyla oluşur. Etiyolojisinde akut eklem romatizması vardır. Yetmezlik ilerledikçe sol atriya geri kaçan kan sol atriya da dilatasyona neden olur ve akciğerlerde basınç artar, sol ventrikül artan basıncı kompanse etmek için hipertrofiye uğrar. Bu yüzden mitral yetmezlik uzun süre asemptomatik seyreder (27, 28).

Triküspit Yetmezlik: Triküspit yetmezliği tek başına nadir görülür. Genellikle mitral ve aort kapak hastalıkları ile birlikte gelişir. Triküspit yetmezlikte belirtiler geç ortaya çıkar, boyun toplardamarlarında genişleme ve karaciğerde büyüme görülür (29).

2.1.3. Kalp Tümörleri

Kalp tümörleri nadir görülür ancak klinik çeşitlilikleri ve tedavileri açısından ilgi çekmektedir. Benign formlarının cerrahi tedavisinin başarılı olması konuya olan ilgiyi artırmıştır. Kalp tümörleri, primer ve sekonder (metastatik) tümörler olarak ikiye ayrılır. Primer tümörler nadirdir ve çoğunluğu benigndir. Benign tümörlerin büyük kısmını miksomalar oluşturur. En sık görülen malign tümörler ise anjiyosarkom ve rabdomiyosarkomdur. Kalp tümörleri önemli ve öldürücü komplikasyonlara sebep olduğundan benign olsa da cerrahi önerilir (30).

2.1.4. Kalp Travmaları

Kalp travmaları künt ve penetran olmak üzere iki gruptan oluşmaktadır. Künt travmalar; trafik kazası, yüksekten düşmeler ve darp gibi delici olmayan nedenler sonucu oluşur. Penetran travmalar ise, toraksta oluşan delici yaralanmalar sonucu meydana gelir. Penetran yaralanmalar travma olmaksızın kalp pili takılması, perikardiosentez, kateter uygulaması gibi işlemlerin komplikasyonu olarak da ortaya çıkabilir. Penetran travmalar sonrasında kardiak tamponad, perikardit, septal defekt, trombüs, enfektif endokardit ve iletim bozukluğu gibi ciddi durumlar görülebilir (31).

Kalp travmaları önemli klinik sonuçlara neden olduğu için mortalitesi yüksektir. Bu nedenle hayatta kalım şansını artırmak için hastanın tedavi edileceği merkeze hızlı bir şekilde sevk edilmesi çok önemlidir (32).

2.1.5. Kalbin Konjenital Lezyonları

Konjenital kalp hastalıkları (KKH), doğumdan itibaren var olan kalbin yapısal ve fonksiyonel bir sorunudur. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte hastalığa neden

olan birden fazla faktör bulunmaktadır. Kromozom anomalileri (Turner, Marfan vb.) ve çevresel faktörler (enfeksiyon, ilaçlar vb.) bu nedenler arasında sayılabilir (33).

Konjenital kalp hastalıklarında lezyon tipleri basit ve kompleks lezyonlar olarak iki gruba ayrılır. Atriyal septal defekt (ASD), ventriküler septal defekt (VSD), patent duktus arteriosus (PDA), aort darlığı, pulmoner darlık ve aort koarktasyonu basit lezyonlardır. Ebstein anomalisi, büyük damarların transpozisyonu, büyük damarların konjenital düzeltilmiş transpozisyonu, Fallot tetralojisi ve Eisenmenger sendromu ise, kompleks lezyonlardır (34).

Konjenital kalp hastalıklarında bazı olgular doğumda ortaya çıkarken bir kısmı erişkinlik döneminde ortaya çıkabilir. Transtorasik ve transözefageal eko-kardiyografi ve pulseoksimetre ölçümü tanıda ilk başvuru tetkikleri olmasına karşın morfolojik ve fonksiyonel değerlendirmede yetersiz kalmaktadır. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile kalbin anatomisi, fonksiyonu ve akım bilgileri net bir şekilde ortaya koyulduğu için doğru ve etkili bir tedavi planlamada önemlidir (33, 35).

2.2. Kalp Hastalıklarının Cerrahi Tedavisi

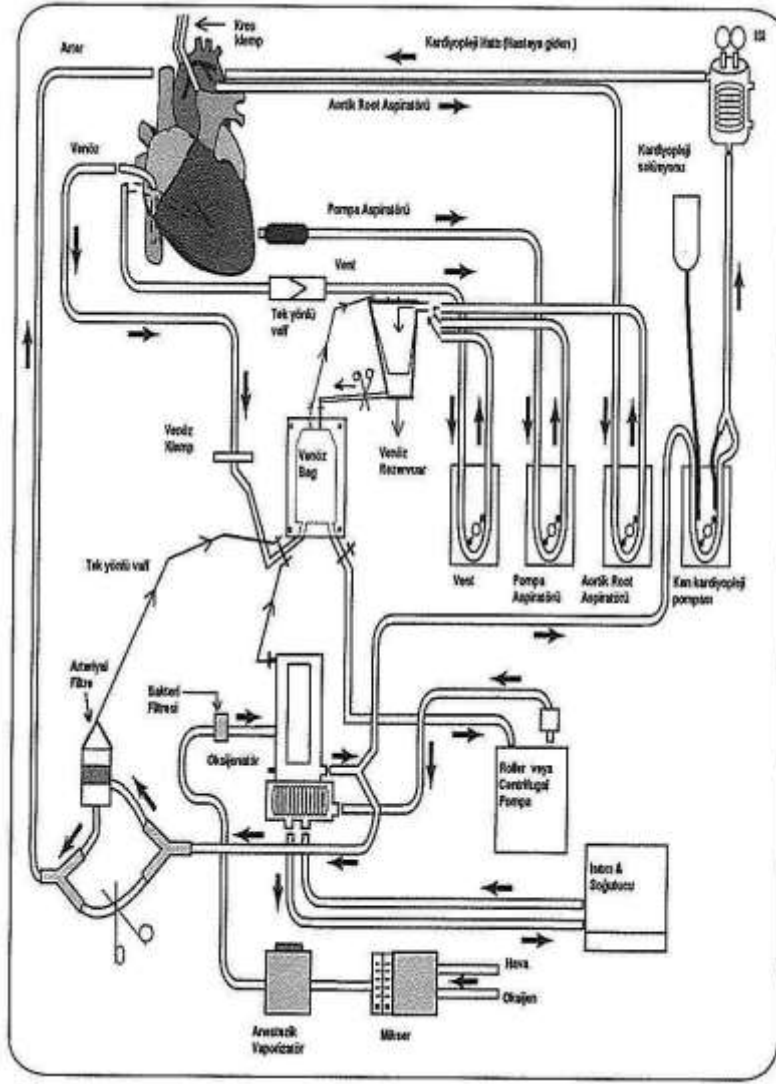
Günümüzde kalp hastalıklarının tedavisinde, tıbbi ve cerrahi tedavi uygulanmaktadır. Kalp hastalıklarının cerrahi tedavisi kapalı ve açık kalp cerrahisi olarak iki şekilde uygulanır (35, 36).

2.2.1. Kapalı Kalp Cerrahisi

Kapalı kalp cerrahisi, kalp akciğer makinesi ya da Ekstrakorporeal Sirkülasyon (ECC) kullanılmadan, torakotomi ya da minimal invaziv girişimle çalışan kalpte uygulanan cerrahi işlemdir. Genellikle yüksek riskli hastalarda kardiyopulmoner bypassın getirdiği ciddi komplikasyonları önlemek için kullanılan bir yöntemdir (36).

2.2.2. Açık Kalp Cerrahisi

Açık kalp cerrahisi koroner arter bypass greft, kalp kapak tamirleri, konjenital lezyonların tamiri ve kalp transplantasyonu gibi ameliyatlarında kullanılan yöntemdir. Ameliyat sürecinde kalp ve akciğerlerin işlevini geçici olarak yerine getirmek için Kardiyopulmoner Bypass (KPB) ya da ECC adı verilen makineler kullanılır (Şekil 1) (37).



Şekil 1. Kalp akciğer makinesi (Demirkılıç'tan, 37)

Açık kalp ameliyatı tekniğinde amaç; kalbi hareketsiz hale getirerek ve cerraha kansız bir ortam sağlayarak kalbe girişimde bulunmayı sağlamaktır. Bu teknikle kalp ve akciğerlerin fonksiyonu geçici süre ile durdurulur ve kan vücut dışında tutulur. Kardiyopulmoner bypass sistemi venöz kanül, venöz rezervuar, kalp akciğer pompası, oksijenatör, arteriyel filtre, arteriyel kanül ve ısı değiştiriciden oluşmaktadır. Venöz kan, venöz kanüller aracılığıyla venöz rezervuara boşalır, kan bir pompa aracılığıyla oksijenatöre gönderilir. Isı değiştirici cihaz aracılığıyla yeterli ısı sağlandıktan sonra arterial filtreden geçerek arter kanülü ile arteriyel sisteme gönderilir (38-40).

2.2.2.1. Koroner Arter Bypass Greft (KABG) Cerrahisi

Koroner arter cerrahisi, miyokardda oluşan hasar, iskemi ve bunlara bağlı olarak gelişen semptomları, miyokardinfarktüsü gelişme olasılığını ve ani ölüm riskini azaltmak amacıyla uygulanmaktadır. Bunların yanı sıra solventrikül fonksiyonunu sürdürmeyi ve bireylerin egzersiz toleransını artırmayı sağlayan etkileri de vardır. Koroner arter hastalığında miyokardın revaskülarizasyonunda en etkili ve uzun süreli tedavi bypass cerrahisidir (41, 42). Bypass cerrahisi, medyan sternotomiye ya da minimal invaziv tekniklerle mini torokotomiye takiben, internal mamarian arter ile safen ven ya da radyal arterin greft olarak hazırlanmasıyla kalp akciğer pompası (on pump) ya da beating (of pump) yöntemleriyle anastomozların yapılmasıdır (25).

Koroner arter bypass greft, miyokarda kan akımını sağlayarak, miyokardın oksijenlenmesi için hastanın darlık ya da tıkanıklık olan damarına greft koyulması ve kan akımı için yeni bir köprü oluşturulmasıdır. Greftin bir ucu çıkan aortaya, diğer ucu ise darlık olan koroner arterin distal kısmına anastomoz yapılarak koroner arterlerdeki darlık ortadan kalkmış olur ve miyokardın perfüzyonu sağlanır (43).

Greft seçiminde hedef, en uzun süre perfüzyon sağlayacak damarın seçilmesidir. Bu seçimi hastanın yaşı, belirti ve bulguları, tıkalı damar yapısı ve greft bulunabilirliği etkiler. Çoğunlukla safen venler, sağ ve sol internal mammarian arterler, gastroepiploik arter ve radyal arter kullanılmaktadır. Uzun dönemde arter greftlerinde ateroskleroz oluşma olasılığı venlerle karşılaştırıldığında daha azdır (44).

2.2.2.2. Kapak Cerrahisi

Kalp kapak cerrahisinde, kapakta oluşan soruna yönelik cerrahi tedavi uygulanmaktadır. Kapak cerrahisinde annüloplasti, valvuloplasti, kommissürotomi ve kapak replasmanı uygulanmaktadır.

Annüloplasti: Kapak yetmezliklerinde genişlemiş kapak halkasının cerrahi olarak tamir edilmesidir.

Valvuloplasti: Yırtılan kalp kapağı yaprakçıklarının dikilerek tamir edilmesidir.

Kommissürotomi: Dar olan kalp kapağının genişletilmesidir (45).

Kapak Replasmanı: Kapak replasmanı onarım cerrahisinin yetersiz olduğu durumlarda, kapak yerine mekanik ya da biyolojik kapak takılmasıdır. Kapak replasman ameliyatları genel anestezi ile ve kardiyopulmoner bypass kullanılarak uygulanır (46).

Kalp kapak replasmanlarında biyolojik ve mekanik olmak üzere iki çeşit kapak kullanılır. Mekanik kapaklarda dayanıklılık diğer gruba göre daha uzundur. Ömür boyunca warfarin kullanımı gerektirir. Tromboemboli riski %1, kanama riski ise %0,5'tir. Biyolojik kapaklarda ise tromboemboli riski daha düşüktür, bu yüzden ömür boyu antikoagülan tedavisine ihtiyaç yoktur. Ancak mekanik kapaklara göre daha sık replasman gerektirirler. Hastaya uygulanacak kapak seçimi yapılırken yaş, ilaç uyumu, ek kronik hastalıkları ve yaşam tarzı gibi faktörler göz önünde bulundurularak karar verilir (46-48).

2.2.2.3. Kalp Transplantasyonu

Kalp nakli, koruyucu önlemler ile düzeltilemeyen son dönem kalp yetmezliği hastalığında gerekli olan tedavi şeklidir. Deneyimli nakil ekibi tarafından yapılır. İleri dönem kalp yetmezliği olan hastalarda ilaç tedavisi ile elde edilen bir yıllık sağ kalım %50 iken, kalp nakli olan hastalarda bir yıllık sağ kalım oranı %85'in, beş yıllık sağ kalım oranı %70'in üstündedir (49, 50).

2.2.2.4. Konjenital Kalp Hastalıklarının Cerrahi Tedavisi

Konjenital kalp hastalarının çoğuna çocukluk döneminde girişim uygulanmış olsa bile erişkinlik döneminde de gerekiyorsa cerrahi işlem uygulanır. Önceden cerrahi onarım uygulanan fakat yeni ortaya çıkan hemodinamik komplikasyonu olan hastalara, tanı koyulamamış ya da çocukluk döneminde cerrahi tedaviye kliniği uymayan hastalara, daha önce yalnızca palyatif tedavi uygulanan hastalara erişkin dönemde cerrahi uygulanması gerekebilir. Konjenital lezyonların cerrahi tedavisinde amaç anomalilerin düzeltilmesidir. Düzeltmenin geciktiği ya da yapılması mümkün olmadığı durumlarda palyatif cerrahi girişimler uygulanabilir. Palyatif girişimler temel patolojiyi düzeltmeden, hastanın kliniğini rahatlatmayı amaçlayan girişimlerdir (51, 52).

2.3. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Gelişebilecek Komplikasyonlar

Açık kalp cerrahisi medyan geniş sternotomi, 12-24 saat mekanik ventilatöre bağlı kalma, 5-6 gün hastanede yatis ve 6-8 hafta iyileşme dönemi nedeni ile yaşamsal komplikasyonların gelişebileceği ciddi ve önemli bir ameliyattır. Komplikasyonlar

genellikle ilk altı hafta içinde görülmektedir. Postoperatif dönemde hasta bakımının amacı, komplikasyonların erken tanınmasının ve önlenmesinin sağlanmasıdır (53).

2.3.1. Kardiyak Komplikasyonlar

Açık kalp cerrahisi sonrası ritim bozuklukları ve tamponad en sık meydana gelen semptomlardır. Perioperatif miyokard infarktüsü, geçici sol ventrikül disfonksiyonu ve düşük kardiyak output sendromu, hipertansiyon gibi komplikasyonlar da ortaya çıkabilir (54).

2.3.2. Nörolojik Komplikasyonlar

Kalp ameliyatı sonrası ortaya çıkan nörolojik komplikasyonlar yaşanan cerrahi popülasyon için artan bir öneme sahiptir. Ameliyat sonrası dönemde karşılaşılan en önemli nörolojik sorunlar iskemik atak, deliryum ve kognitif bozukluklardır. Postoperatif dönemde nörolojik sorunların patofizyolojisi henüz tam anlamıyla açıklanamamıştır. Mikroemboli, hipoperfüzyon ve enflamatuvar yanıtın sekonder nöral hasara neden olabileceği düşünülmektedir (55, 56).

Hasta morbidite ve mortalitesinin artmasını önlemek ve kanıta dayalı stratejiler geliştirmek için nörolojik komplikasyonların sıklığını azaltmaya yönelik önlemleri değerlendiren çok merkezli klinik çalışmalara gereksinim duyulmaktadır (57).

2.3.3. Solunumsal Komplikasyonlar

Koroner arter bypass greft cerrahisinde KPB'nin kullanılması, hastaların akciğerlerle ilgili geçirilmiş hastalık öyküsü olması, toraksa işlem uygulanarak dren yerleştirilmesi, ameliyat sırasında entübe edilmesi ve uzun süre entübe kalması gibi faktörlere bağlı olarak hastalarda akciğerlerle ilgili komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. En sık karşılaşılan komplikasyonlar; hipoksemi, atelektazi, pulmoner ödem, plevral efüzyon, pnömoni ve pulmoner embolidir (58, 59).

Açık kalp ameliyatı sonrasında hastaların akciğer hacimlerinde azalma, solunum mekanizmasında hasarlar ve solunum yükünün artması hipoksemi ve difüzyon değişikliklerine sebep olabilir. Hastalar cerrahi girişim sonrasında yoğun bakım ünitesine kabul edildiklerinde amaç, en kısa sürede hastanın anestezi etkisinden çıkması, bilinçli olarak uyanması ve en kısa zamanda ekstübe edilerek spontan solunuma geçmesini sağlamaktır (60, 61).

2.3.4. Kanama

Ameliyat sonrası dönemde kanamaya genellikle yetersiz cerrahi kanama kontrolü, rezidüel heparin etkisi, uzamış KPB süresinin etkisiyle trombosit disfonksiyonu, pıhtılaşma faktörlerinin eksikliği, hipotermi ve ameliyat sonrası dönemde tansiyon yüksekliği neden olmaktadır. Ameliyat sonrası dönemde hastanın tansiyonu kontrol altına alınmış ve hastada herhangi bir koagülasyon bozukluğu olmamasına karşın ilk saatte 500 ml, 3 saatte 300 ml üzerinde kanama olması halinde revizyona alınmalıdır. Ameliyat sonrası dönemde fazla miktarda kanama hastada kalp yetmezliği, aritmi, inme ve enfeksiyon gibi komplikasyonların da gelişmesine neden olabilir. Ayrıca yoğun bakımda kalış süresinin ve entübe kalma süresinin uzamasına neden olur. Bu nedenle kanama tedavi edilmediğinde hemorajik şok ve tamponad gelişebilir ve mortaliteye sebep olabilir (62, 63).

2.3.5. Ameliyat Sonrası Ateş

En sık nedeni hastada gelişen atelektazidir. Plöroperikardit ve flebit sonucunda da görülebilir. Postoperatif dönemde hastalara ateş takibi yapılmalı ve 38.5°C'nin üzerine çıkması durumunda hastadan kan, balgam ve idrar kültürleri alınmalıdır (64).

2.3.6. Ağrı

Açık kalp ameliyatı sırasında sternotomi yapılmasıyla, yumuşak dokular ve sinirler zarar görerek ameliyat sonrası dönemde göğüs duvarında rahatsızlıklara neden olmaktadır. Koroner arter bypass greft ameliyatlarında safen ven grefti kullanılan hastaların bacak insizyonuna bağlı olarak da ağrı şikayetleri olmaktadır (65).

Ağrı derin solunum ve öksürüğü kısıtlamakta ve hastanın etkin solunum yapmasını engellemektedir. Bunun sonucunda hastada hipoksi, atelektazi ve pnömoni gibi solunumsal komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Aynı zamanda şiddetli ağrı ameliyat sonrası dönemde hastalarda mobilizasyonu engeller. Hareketliliğin azalması alt ekstremitelerde kan akımını azaltır, derin ven trombozu ve tromboemboli riskini artırır (66).

2.3.7. Renal Komplikasyonlar

Açık kalp ameliyatı sonrasında ortaya çıkan renal yetmezliklerin birincil nedeni düşük kardiyak debidir. Ameliyat sonrası dönemde renal disfonksiyon %30 oranında ortaya çıkar. Diyaliz gerektiren renal problemlerin oranı %1-5 arasındadır (67).

2.3.8. Gastrointestinal Sistem Komplikasyonları

Tam olarak sebebi bilinmemekte olup, genellikle KPB sırasında ya da travmaya cevap olarak meydana gelen vazokonstriksiyon sonucunda splenik arterin perfüzyonunun azalması ile gastrointestinal mukozanın zarar görmesine bağlı olarak meydana geldiği düşünülmektedir (68).

2.3.9. Enfeksiyon

Açık kalp ameliyatları sonrasında enfeksiyon riski oluşturan en önemli neden; kardiyopulmoner bypass ve ekstrakorporeal dolaşım kullanımına bağlı oluşan stres reaksiyonunun inflamatuvar bir yanıt oluşturmamasıdır. Ayrıca açık kalp ameliyatlarında birden fazla ve geniş insizyon bölgesinin olması, ameliyat süresinin uzunluğu, invaziv ekipmanların kullanılması ve hastane personeli ile yakın temasın olması hastaların enfeksiyona yatkınlığını artırır (69).

2.4. Öz Etkililik

2.4.1. Tanımı

Öz etkililik, ilk olarak Albert Bandura tarafından “Bilişsel Davranış Değişimi Kuramı” kapsamında ortaya çıkarılmıştır. Öz etkililik bireyin hayatta karşılaştığı güçlüklerin üstesinden gelebilme kabiliyeti ve inancı olarak tanımlanır. Bandura öz etkililiği, özellikle kronik hastalığı bulunan kişilerde uyum ve öz bakım davranışları olarak tanımlamıştır. Bandura öz etkililik algısı yüksek kişileri başarısızlık durumunda yılmayan hızlı bir şekilde yeniden ayağa kalkıp eylemlerini devam ettirebilen kişiler olarak da tanımlar (8, 70).

2.4.2. Öz Etkililik Algısını Etkileyen Etmenler

Öz etkililik algısı, bireyin kendisiyle ilgili davranışları seçmesini, kendi becerilerini farketmesini, bir zorlukla karşı karşıya geldiğinde ortaya koyacağı çabayı, tavrı ve sabrı, hissedeceği endişe ve güven duygusunu etkiler. Öz etkililik düzeyi yüksek olan birey karşısına çıkan zorlu bir işin altından kalkmak için gayret eder. Kuvvetli ve yüksek bir öz etkililik algısı, bireyin daha sağlıklı olmasını, başarılı olmasını ve çevresiyle daha fazla sosyalleşmesini sağlar. Öz etkililik düzeyi yüksek olan birey, sağlığıyla ilgili tutum ve alışkanlıklarını değiştirip iyileştirmek için gayret gösterir ve bir zorlukla karşılaştığında üstesinden gelebilmek için savaşı (71, 72).

Öz etkililik, bireyin hastalığına uyumunda belirli davranış değişikliği oluşturacak faktördür. Öz etkililik seviyeleri, bireyin hastalığına uyum sürecinde sağlıklı eylemleri yerine getirmede önemli bir belirleyicidir. Özetkililik, sağlığın sürdürülmesine yönelik davranışlara adapte olmayı sağlar ve düzeyi yükseldikçe tedaviye uyum ve sağlığı iyileştirici alışkanlıklar artar, fiziksel ve psikolojik sorunlar azalır (73, 74).

Öz etkililik algısı, hastanın davranışlarına ışık tutar ve davranışı yerine getirmede bireyin kendine olan inancını yansıtır. Hasta bireyin öz etkililik algısı ne kadar gelişmiş ise, sağlığı ile ilgili davranışlarını değiştirme gücü ve çabası da o denli gelişir.

Öz yeterlilik beklentisi, aynı zamanda hastanın hedef etkinliği gerçekleştirmesi için kendi algıladığı özgüvendir. Öz yeterlilik teorisine göre, farklı bilgi kaynakları bireyin öz yeterlilik algısını etkileyebilir. Bu kaynaklar;

1. Bireyin performans başarısı; yani daha önce deneyimlediği olumlu olumsuz deneyimleri,
2. Sosyal ikna; örneğin sözel olarak hemşireler, hekimler ve aile gibi çeşitli bireylerden ikna edici bilgiler alması,
3. Kendisiyle benzer durumda olan kişilerin deneyimleri; örneğin, açık kalp ameliyatından sonra iyileşen hastalar gibi diğer kişiler tarafından gerçekleştirilen etkinlikleri deneyimlemesi,
4. Kendisinin yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişimler (cerrahi ağrı ve anksiyete) gibi durumlar hastanın öz yeterlilik algısını değiştirebilir ve geliştirebilir (75).

2.5. Sosyal Destek

2.5.1. Tanımı

Sosyal destek, bireylerin stresle başa çıkmak zorunda oldukları bir durumda yakınları tarafından verilen maddi ve manevi destek olarak tanımlanmaktadır. Sosyal destek bireylerin stresle başa çıkmasında, özgüveninin artırılmasında ve sağlıklı davranış biçimlerinin ortaya çıkmasında önemli bir yere sahiptir (12).

Sosyal destek aynı zamanda bireyin psikolojisini de etkilemektedir. Bireyin sosyal gelişimine katkı sağlayarak, benlik saygısını geliştirir ve hastalığı nedeniyle değişen yaşam koşullarına uyumunu artırır. Konuyla ilgili yapılan bir çalışmada, sosyal destek düzeyinin miyokard infarktüsü sonrasında sağ kalımı olumlu etkilediği, ek kronik hastalığı olan ve

düşük düzeyde sosyal desteğe sahip hastalarda, mortalite görülme oranının daha fazla olduğu bildirilmiştir (14). Bunun yanı sıra sosyal destek, bireyin ruh sağlığıyla yakından ilişkilidir. Bireyin kaygı ve çaresizlik hissini azaltır, stresle başa çıkmak için farklı yöntemler denemesi hususunda gönüllü olmasını sağlar, bireyin özgüvenini artırır, strese karşı tolerans sağlar (76).

Sosyal destek sağlığın geliştirilmesini sağlamada önemli bir destektir ve yeterli sosyal destek düzeyi bireyin sağlığının korunmasını, geliştirilmesini, tedavi ve rehabilitasyonu pozitif yönde etkileyerek, hastalık sürecine uyumu destekler ve bireyin yaşam kalitesini artırır. Aile ve sosyal destek düzeyinin düşüklüğü ise kişide uyum problemleri oluşturur ve tedaviyi olumsuz etkiler (77, 78).

2.5.2. Sosyal Destek Türleri

Literatürde sosyal destek kavramının birçok türü tanımlanmaktadır. Cohen ve Wills (79), sosyal desteğin dört ayrı türü olduğunu açıklamaktadır;

1. Saygı Desteği: Bireyin kendisine karşı saygı duyulduğu ve toplumda kabul gördüğü ile ilgili bilgisidir.
2. Bilgi Desteği: Bir sorun karşısında bireyin, anlaşılması ve bu durumu çözebilmesi için edilen yardımdır. Bireye nasihat verme, sorunu değerlendirme ve rehberlik yapma gibi özellikleri bulunur.
3. Sosyal Arkadaşlık: Başkalarıyla birlikte sosyal etkinlikte bulunmaktır. Bu tarz ilişkilerin başkalarına yakın olma gereksinimini karşıladığı; bireyi, sürekli sorundan uzaklaştırdığı ve pozitif duygu durumuna yol açtığı için stresi azaltıcı etkisi bulunur.
4. İşlevsel Destek: Maddi destek, çevresel kaynakların kullanımı ve gereksinim oluşan hizmeti görme olarak tanımlanmaktadır. İşlevsel desteğin, işlevsel problemleri çözümüyle bireyi rahatlatması ya da eğlenceye ayırabileceği vakit yaratması sebebiyle stresi azaltıcı etkisi bulunur.

Caplan (80), sosyal destek türlerini şöyle açıklamaktadır;

1. Duygusal Destek: Bireye ilgi, sevgi ve güven duygularının iletilmesiyle oluşur.
2. Takdir Desteği: Bireyin olduğu gibi kabul edildiği ve ona karşı duyulan saygıyı gösteren destek türüdür.
3. Maddi Destek: Bireye maddi yönden yardım ve hizmet verilmesine bağlı destek türüdür.

4. Bilgisel Destek: Sorunların çözümüne katkı sağlayacak bilgilerin verildiği destek türüdür.
5. Beraberlik Desteği: Boş vakitlerin birlikte geçirilmesine yönelik destektir.

Terzi (81) sosyal destek kaynaklarının bireylere farklı yollarla katkı sağladığını belirterek, özellikle önem verilmesi gereken desteklerin maddi, duygusal ve zihinsel destekler olduğunu açıklamıştır. Bu destekler aşağıda yer almaktadır.

1. Maddi Destek: Günlük gereksinimlerin yerine getirilebilmesi için başka bireyler aracılığıyla yerine getirilen eylem veya araçlardır (başkasına para ya da eşya ödünç verme, fırsat sağlama gibi).
2. Duygusal Destek: Bireyin, kişiler arası temel sosyal gereksinimlerini açıklar (sevgi, şefkat, saygı, empati gibi).
3. Zihinsel Destek: Bireyin problemlerini çözmesi için bilgi, öğüt verme ve rehberlik etme eylemleri ile aldığı destektir.

2.5.3. Algılanan Sosyal Destek

Algılanan sosyal destek, bireyin kendine biçtiği değerdir. Birey, çevresindeki bireyler tarafından sevildiğini, değer gördüğünü, ihtiyaç duyduğunda destek alabileceğini ve kişisel ilişkilerini tatmin edici buluyorsa algıladığı destek fazladır (82, 83).

2.6. Öz Etkililik ve Sosyal Desteğe İlişkin Hemşirelik Yaklaşımı

Hemşirelerik bakımının temel öğeleri arasında; bireylerin yaşam kalitesini iyileştirme, hastalıklarını nasıl yönetmeleri gerektiği konusunda destek olma, ameliyattan sonraki süreçle baş etme mekanizmalarını güçlendirme ve bireylerin yaşamdan aldıkları doyumun artmasını sağlamak yer almaktadır. Kalp ameliyatı sonrası hastaların yaşamlarında fizyolojik, psikolojik ve sosyal olarak bazı değişimler meydana gelmektedir. Bu nedenle hemşire hastalara holistik yaklaşmalı, onları bir bütün olarak ele alarak yaşam kalitelerini iyileştirmeye yönelik katkı sağlamalıdır. Hastaların, fizyolojik, psikolojik ve sosyal olarak meydana gelecek olan değişimler hakkında bilgilendirilmesi ve eğitimlerinin bu yönde yapılması gerekmektedir (84).

2.6.1. Öz Etkililiğe İlişkin Hemşirelik Yaklaşımı

Kronik hastalıklarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının başlatılması ve devam ettirilmesinde önemli bir yeri olan öz etkililik, sağlığı geliştirme davranışlarının önemli bir faktördür (85). Bandura'ya (8) göre, davranışı etkileyen etmenler etkililik ve sonuç

beklentisidir. Bireyin belli bir davranışı başarılı bir biçimde yerine getirme inancı öz etkililik ilkesini anlatır, bir davranışın sonucunda gelişebilecek durumu tahmin etmek de sonuç beklentisini anlatır. Öz etkililiği yüksek olan bireyler genellikle yapılan etkinliklerde olumlu sonuçlar alırken daha az engel oluşturmaktadır. Öz etkililik, bireyin başarılarından, deneyimlerden, sözlü ikna ve fizyolojik tepkilerden etkilenmektedir (8, 86).

Öz etkililik algısı yüksek olan bireyler bir sorunla karşılaştıklarında, öz etkililiği düşük olanlara göre karar alıp, uygulamaya koymakta daha başarılı olacakları ifade edilmektedir. Öz etkililik, sağlığa zarar verecek olumsuz davranışlardan korur ve sağlığı geliştiren olumlu davranışlar edinmesinde bireye yardım eder (87, 88).

Öz etkililik algısı geliştirilebilir bir kavramdır. Hemşireler, bireylerin öz etkililik algısını olumlu yönde etkileyebilir, hasta bireylerin öz etkililiğinin geliştirilmesi için girişimlerde bulunabilir ve bireyin sağlığına ilişkin davranış değişikliği oluşturması için başarılı olma algısını güçlendirebilir (88). Yapılan bir araştırmada, kalp ameliyatından sonra yüksek öz etkililik ile aktivite arasında pozitif ilişki bulunmuş ve öz etkililiğin bir sonraki aktiviteyi de desteklediği görülmüştür (89, 90). Konuyla ilgili yapılan bir başka çalışmada ise ev ziyaretleriyle hastalara verilen bakım ve eğitimin öz etkililik algısını geliştirdiği bulunmuş ve öz etkililik algısının eğitimle güçlendirilebileceği belirlenmiştir (91).

Diyabet hastalarıyla yapılan diğer bir araştırmada ise diyabet ile ilgili eğitim alan hastaların öz yeterlilik düzeylerinin, eğitim almayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmış, öz etkililik düzeyi yüksek olan hastaların ise egzersiz uyumu yüksek bulunmuştur (92).

Hemşireler hasta bireylerin öz etkililik algısını değerlendirmeli, uyumlu davranışlarını takdir ederek kalıcı davranış değişikliği oluşturması için hastayı teşvik etmelidir. Öz etkililik algısını olumsuz etkileyebilecek kaygı ve stres durumlarını tanımlayarak hastaya destek olmalıdır. Bu nedenle hemşireler bireylerin öz bakımını ne kadar yerine getirebildiğini değerlendirmeli, bireylerin tedavi ve bakımlarında temel belirleyicilerinin kendileri olduğunu hissettirmeli ve bu konuda bilgi ve becerilerini geliştirmeleri için onları desteklemelidir (93, 94).

2.6.2. Sosyal Desteğe İlişkin Hemşirelik Yaklaşımı

Sosyal destek yeterince karşılanamadığında insan sağlığında olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Hemşirelik bakımının bir parçası olarak sosyal destek önemli bir sağlık değişkenidir. Hemşire hasta ve yakınlarının içinde bulundukları tüm ortamlarda (ev, iş gibi) fizyolojik, emosyonel ve sosyal potansiyellerini belirlemeli, değerlendirmeli ve bunları yaparken hasta ve yakınlarını da dahil etmelidir. Bu nedenle, bireylerin sosyal olarak ihtiyaç duydukları her türlü gereksinimleri saptayarak destek olmak hemşirelerin bakım planlarının bir parçası olmalıdır (95).

Hemşireler, sosyal destek danışmanlığı yaparken öncelikle bireyin yaşadığı güçlükleri tanımlaması gerekir. Sonrasında bireyin yaşadığı en önemli zorluğu ortaya koyması, hangi tür sosyal desteğin eksik olduğuna ve hangi tür destek verileceğine karar vermesi gerekir. Hemşire tarafından verilen sosyal desteğin, bireyin yaşadığı sorunun çözülmesine katkısı olup olmadığı ortaya konulmalıdır. Sosyal destek sorunun çözülmesinde etkili değilse, desteğin neden yetersiz kaldığı çözülmelidir. Sosyal desteğin etkisini birey ya da birey dışı kaynaklar engelleyebilir. Sosyal desteği etkileyen tüm faktörlerin belirlenmesi birey açısından ve hemşirelerin vereceği sosyal destek bakımından oldukça önemlidir. Bunun yanı sıra hemşirelerin, bireye danışmanlığı boyunca oldukça sabırlı ve ilgili olması, empati yapabilmesi ve bireye güven vermesi gerekmektedir. Hemşire, bireyin kendini ifade etmesini sağlayarak endişelerini, duygularını ve düşüncelerini paylaşması yönünde bireyi destekler. Ayrıca aile içi ilişkileri değerlendirerek güçlü ilişkiler kurma konusunda bireyi teşvik eder ve hastanın destek sistemlerini harekete geçirir (96, 97).

Hemşireler hasta bireylere ameliyat öncesi dönemde danışmanlık ve eğitim vererek, ameliyat sonrası dönemde ise rehberlik ederek, hastaların endişe ve içinde bulunduğu stresi azaltmaya, yaşam biçimi değişikliklerine, hastalığa uyumlu uygun baş etme yöntemlerini kullanmalarına ve kaliteli bir yaşam düzeyine ulaşmalarına yardımcı olabilir (98).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, açık kalp ameliyatı olan hastaların öz etkililik ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırmanın veri toplama aşaması 01.05.2019-01.11.2019 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Trabzon Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi kalp ve damar cerrahi kliniğinde gerçekleştirildi. Kalp ve damar cerrahisi kliniği iki ayrı klinikten oluşmaktadır. Kalp ve damar cerrahisi kliniği 23 yataklı olup, 20 hemşire çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini ve örneklemi Trabzon İl merkezi içinde yer alan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Trabzon Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde açık kalp ameliyatı olan, araştırmaya katılmaya gönüllü ve kabul ölçütlerini taşıyan hastalar oluşturdu. Araştırmanın evrenini, hastaneye 2017 yılı içinde bir yıllık dönemde açık kalp ameliyatı olan 651 hasta oluşturmaktadır. Örneklemi belirlemek için, OpenEpi programında %95 güven aralığında yapılan güç analizi doğrultusunda araştırmaya 242 hasta dahil edildi (99).

Araştırmaya kabul edilme ölçütleri;

1. İlk kez açık kalp ameliyatı olan,
2. 18 yaş ve üzeri olan,
3. Sözel iletişim kurabilen,
4. Ameliyat sonrası dönemde sedatif ilaç kullanmayan,
5. Psikiyatrik rahatsızlığı olmayan ya da psikiyatrik ilaç kullanmayan,
6. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar olarak belirlendi.

Araştırmaya kabul edilmeme ölçütleri;

1. Ameliyat sonrasında bireyin hareketini etkileyecek ek hastalığının olması.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler “Kişisel Bilgi Formu”, “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği Kardiyak Cerrahi Versiyonu” ve “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeği” kullanılarak toplandı.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür incelemesi (100, 101) yapılarak geliştirilen Kişisel Bilgi Formu, hastaların sosyodemografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer vb.) özelliklerini belirlemeye yönelik sekiz ve hastalık ve ameliyata ilişkin özelliklerini (tanı, uygulanan ameliyat türü vb.) belirlemeye yönelik altı soru olmak üzere toplam 14 sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

3.4.2. Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği Kardiyak Cerrahi Versiyonu

Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği Kardiyak Cerrahi Versiyonu (BEBÖ), 2002 yılında Susan Barnason ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir ölçektir (102). Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği Kardiyak Cerrahi Versiyonu, Avcı ve Karahan tarafından 2011 yılında Türkçe’ye uyarlanmış, geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (101). Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği Kardiyak Cerrahi Versiyonu, KABG sonrası fiziksel fonksiyon, psikososyal fonksiyon, diyet modifikasyonu, egzersiz aktivite modifikasyonu ve öz bakım modifikasyonu gibi konularda bireylerin öz etkililiklerinin belirlenmesinde kullanılmaktadır ve 15 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde hastanın belirtilen davranışı yerine getirebileceğine olan güven algısı üzerine temellenmiştir. Ölçekte “1=Uygun değil, 2= Biraz uygun, 3= Uygun, 4= Çok uygun” olmak üzere dört puanlık likert puanlaması kullanılmaktadır. Ölçekten 15-60 arasında puan alınabilmekte, alınan puanın yüksek olması bireyin öz etkililik beklentisinin yüksek olduğunu açıklamaktadır (101). Türkiye için geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yapan Avcı ve Karahan BEBÖ’nin cronbach alfa kat sayısını 0.83 olarak belirtmiştir (101). Bizim çalışmamızda ise, BEBÖ’nin cronbach alfa kat sayısı 0.89 bulundu (Ek 2).

3.4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeği (ÇBASDÖ), 1988 yılında Zimet ve arkadaşları tarafından algılanan sosyal destek düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (103). Ölçeğin Türkiye için geçerlilik ve güvenirliği 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır (104). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeği,

hastaların sosyal destek yeterliliklerini belirlemek amacıyla geliştirilmiş ve toplam 12 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte üç ayrı destek grubu tanımlanmıştır ve bu gruplara göre her alt boyut dört maddeden oluşmaktadır. Aile desteği 3., 4., 8 ve 11'inci maddeler, arkadaş desteği 6., 7., 9 ve 12'nci maddeler ve özel bir insan desteği 1., 2., 5 ve 10'uncumaddelerden oluşmaktadır. Özel insan desteği, aile ve arkadaşlar dışında olan örneğin flört, nişanlı, akraba, komşu, hemşie, doktor gibi kişiler olarak tanımlanmıştır.

Ölçekte her bir madde için yanıtlar 1-7 puan arasında likert tipinde değerlendirilmektedir. Toplam puanı hesaplamak için her alt ölçekteki dört maddenin puanları toplanır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 84 ve en düşük puan 12'dir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması sosyal destek düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Eker ve arkadaşları ÇBASDÖ'nin cronbach alfa değerini 0.89 olarak belirtmiştir (12). Bizim çalışmamızda ise, ÇBASDÖ'nin cronbach alfa kat sayısı 0.81 olarak bulundu (Ek 3).

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Hastaların ameliyat sonrası dönemlerinde yoğun bakımdan kliniğe transferi gerçekleşikten sonra, taburcu olmadan bir gün önce uygulandı. Kişisel Bilgi Formu dolduruldu, öz etkililik seviyelerini belirlemek için "Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği" ve sosyal destek düzeylerini belirlemek amacıyla "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" uygulandı. Formlar araştırmacı tarafından uygulandı ve yaklaşık 20 dakika sürdü.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, evrensel etik ilkelere dikkat edilerek yapıldı. Araştırmaya başlamadan önce Sağlık Bilimleri Üniversitesi Trabzon Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 26/10/2018 tarihinde kurum izni (Sayı: 96975576-604.01.01) (Ek 4), Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 04/04/2019 tarihinde etik kurul onayı (Sayı: 23618724) (Ek 5) alındı. Anketler uygulanmadan önce hastalara araştırmanın amacı, yöntemi, bilgilerinin yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacağı ve kimlik bilgilerinin paylaşılmayacağı konusunda açıklama yapıldı gönüllü onam formu dolduruldu. (Ek 6).

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri Statistical Package for The Social Sciences (SPSS) 25 paket programı kullanılarak değerlendirildi. Hastaların sosyodemografik özellikler bağımsız değişkenleri, BEBÖ ve ÇBASDÖ puanları bağımlı değişkenleri oluşturdu.

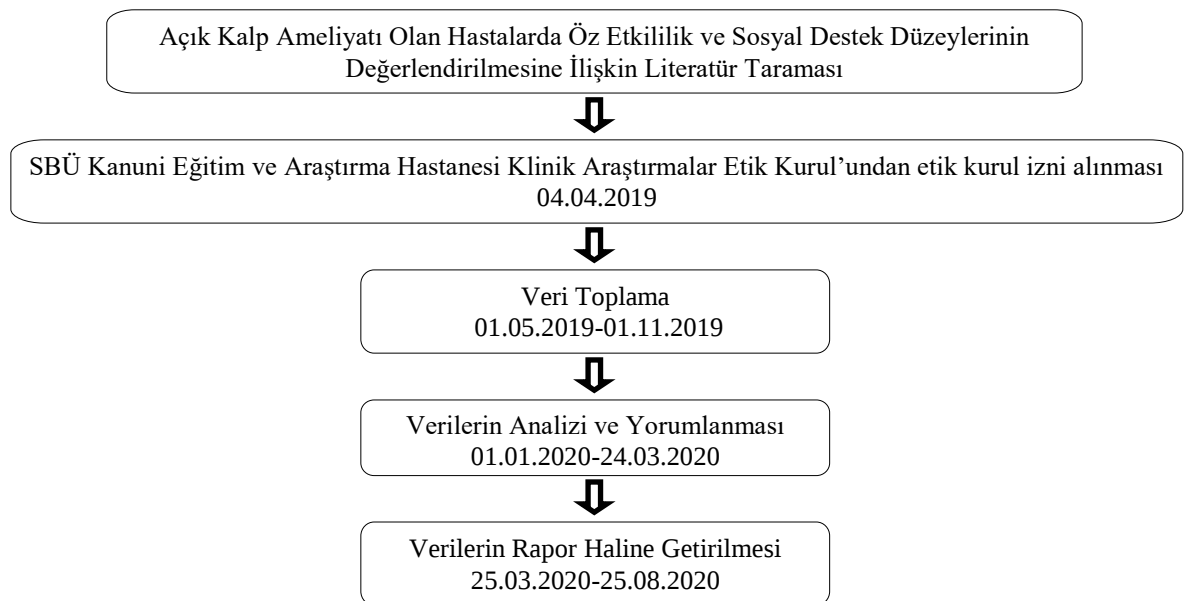
Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk ve Kolmogorov Smirnov testleri ile incelendi. Bağımsız gruplarda t testi ile normal dağılım gösteren iki grubun, Mann Whitney U testi ile normal dağılım göstermeyen iki grubun, Tukey düzeltmeli Oneway ANOVA testi ile normal dağılıma uyan üç ve üzeri grubun, Kruskal-Wallis Varyans Analizi ile normal dağılıma uymayan üç ve üzeri grubun karşılaştırması yapıldı. Öz etkililik ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Spearman Korelasyon testi uygulandı. Veriler %95 güven aralığında, $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde, yüzdelik, standart sapma, minimum-maksimum değerler ve ortalama kullanılarak değerlendirildi.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma tek bir merkezde açık kalp ameliyatı geçiren hastalara uygulandığı için tüm hastalara genellenemez. Ayrıca formların araştırmacı tarafından uygulanması yanıtları etkileyebileceğinden sınırlılık oluşturabilir.

3.9. Araştırma Planı

Araştırmanın planı Şekil 2’de yer almaktadır.



Şekil 2. Araştırma planı

4. BULGULAR

Bu bölümde, açık kalp ameliyatı olan hastaların tanıtıcı özellikleri, hastalığa ve ameliyata ilişkin bilgileri, BEBÖ ve ÇBASDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları, tanıtıcı özelliklerine, hastalık ve ameliyata ilişkin özelliklerine göre BEBÖ ve ÇBASDÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ile BEBÖ ve ÇBASDÖ ve alt boyutları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular yer almaktadır.

Tablo 1. Hastaların tanıtıcı özellikleri (n=242)

Tanıtıcı Özellikler		n	%
Yaş	30 - 50 yaş	35	14.5
	51 - 70 yaş	148	61.2
	71yaş ve üzeri	59	24.4
Cinsiyet	Kadın	71	29.3
	Erkek	171	70.7
Medeni durum	Evli	226	93.4
	Bekar	16	6.6
Eğitim	İlköğretim	179	74.0
	Lise	39	16.1
	Üniversite	24	9.9
Yaşadığı Yer	İl	121	50.0
	İlçe	90	37.2
	Köy	31	12.8
Algılanan Gelir Düzeyi	İyi	82	33.9
	Orta	147	60.7
	Düşük	13	5.4
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Yalnız	17	7.0
	Eşi ile	93	38.4
	Eşi ve Çocukları ile	118	48.8
	Akrabaları ile	14	5.8
Çalışma Durumu	Çalışıyor	71	29.3
	Çalışmıyor	171	70.7

Tablo 1’de açık kalp ameliyatı geçiren hastaların tanıtıcı bilgileri yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların %61.2’sinin 51-70 yaş aralığında, %70.7’sinin erkek, %93.4’ünün evli, %74’ünün ilköğretim mezunu olduğu, %50’sinin ilde yaşadığı, %48.8’inin eşi ve çocuklarıyla yaşadığı ve %70.7’sinin çalışmadığı saptandı.

Tablo 2. Hastaların hastalığa ve ameliyata ilişkin özellikleri (n=242)

Hastalığa ve Ameliyata İlişkin Özellikler		n	%
Kronik Hastalık Varlığı	Evet*	123	50.8
	Hayır	119	49.2
Ameliyat Türü	KABG	164	67.8
	Kapak Ameliyatı	63	26.0
	Kapak+KABG	15	6.2
Daha Önce Ameliyat Geçirme Durumu	Evet	132	54.5
	Hayır	110	45.5
Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu	Evet	183	75.6
	Hayır	59	24.4
Hastalık ve Ameliyatla İlgili Eğitim Alma Durumu	Evet**	233	96.3
	Hayır	9	3.7
Eğitimi Veren Kişi (n=233)	Hemşire	119	51
	Hemşire ve Hekim	114	49
Eğitimi Yeterli Bulma Durumu (n=233)	Yeterli	228	97.9
	Yetersiz	5	2.1

*Diyabet mellitus, Hipertansiyon.

**Ameliyat, solunum-öksürük egzersizleri, korse kullanımı, ağrı kontrolü, beslenme, egzersiz, ilaç kullanımı.

Tablo 2’de hastaların hastalığa ve ameliyata ilişkin bilgileri yer almaktadır. Hastaların %50.8’inin kronik bir hastalığı olduğu, tabloda yer almamakla birlikte hastaların %35.1’inin diyabet, %25.1’inin hipertansiyon hastası olduğu, %67.8’inin KABG ameliyatı geçirdiği, %54.5’inin daha önce ameliyat geçirdiği, %75.6’sının daha önce hastanede yatma deneyimi olduğu, %96.3’ünün hastalık ve ameliyata ilişkin bilgi aldığı ve %50.9’unun bu bilgiyi hemşirelerden aldığı ve %94.2’sinin de verilen eğitimi yeterli bulduğu saptandı.

Tablo 3. Hastaların BEBÖ ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları (n=242)

BEBÖ* ve Alt Boyutları	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (Min-Max)
Fiziksel Fonksiyon	8.0±2.8	8 (3-12)
Öz Bakım Modifikasyonu	11.6±2.9	12 (4-16)
Psikososyal Fonksiyon	8.8±2.4	9 (3-12)
Egzersiz Aktivite Modifikasyonu	9.7±1.8	10 (3-12)
Diyet Modifikasyonu	6.5±1.5	6 (2-8)
BEBÖ Toplam Puan	44.7±8.5	45 (18-60)

*BEBÖ: Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği

Tablo 3'te hastaların BEBÖ ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları yer almaktadır. Hastaların BEBÖ toplam puan ortalamasının 44.7 ± 8.5 ; “fiziksel fonksiyon” alt boyut puan ortalamasının 8.0 ± 2.8 , “öz bakım modifikasyonu” alt boyut puan ortalamasının 11.6 ± 2.9 , “psikososyal fonksiyon” alt boyut puan ortalamasının 8.8 ± 2.4 , “egzersiz aktivite modifikasyonu” alt boyut puan ortalamasının 9.7 ± 1.8 ve “diyet modifikasyonu” alt boyut puan ortalamasının 6.5 ± 1.5 olduğu bulundu.



Tablo 4. Hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre BEBÖ ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları (n=242)

		BEBÖ ve Alt Boyutları						
Sosyodemografik Özellikler		n (%)	Fiziksel Fonksiyon	Öz Bakım Modifikasyonu	Psikososyal Fonksiyon	Egzersiz Aktivite Modifikasyonu	Diyet Modifikasyonu	Toplam
			$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Yaş	30-50 Yaş	35 (14.5)	8.4±2.6	12.7±2.6	9.0±2.2	10.0±1.7	6.8±1.4	47.0±6.6
	51-70 Yaş	148 (61.2)	8.2±2.8	11.6±2.8	9.0±2.4	9.8±1.7	6.5±1.5	45.2±8.5
	71 Yaş ve Üzeri	59 (24.4)	7.3±2.8	10.8±3.2	8.3±2.6	9.2±1.8	6.5±1.6	42.2±9.1
	İstatistiksel Analiz		p=0.15 KW=3.788	p=0.013 KW=8.705	p=0.219 KW=3.040	p=0.032 KW=6.887	p=0.563 KW=1.147	p=0.018 F=4.103
Cinsiyet	Kadın	71 (29.3)	6.7±2.6	10.2±3.1	7.2±2.5	9.0±1.8	6.6±1.4	39.9±8.4
	Erkek	171 (70.7)	8.5±2.7	12.2±2.6	9.5±2.0	10.0±1.7	6.5±1.6	46.8±7.7
	İstatistiksel Analiz		p=0.0001 Z= 4.443	p=0.0001 Z=4.584	p=0.0001 Z=6.444	p=0.0001 Z=4.155	p=0.554 Z=0.591	p=0.0001 Z=6.158
Medeni Durum	Evli	226 (93.4)	8.0±2.8	11.6±2.9	8.8±2.4	9.7±1.8	6.6±1.5	44.8±8.6
	Bekar	16 (6.6)	8.2±2.7	11.3±2.9	8.9±2.2	9.1±1.7	5.8±1.6	43.5±7.6
	İstatistiksel Analiz		p=0.753 t=0.315	p=0.698 Z=0.388	p=0.942 Z=0.073	p=0.135 Z=1.495	p=0.066 Z=1.841	p=0.409 Z=0.827
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	179 (74)	7.8±2.8	11.2±3.1	8.5±2.6	9.5±1.8	6.6±1.5	43.8±8.9
	Lise	39 (16.1)	8.9±2.6	12.4±1.9	9.7±1.6	9.9±1.5	6.0±1.8	47.1±6.6
	Üniversite	24 (9.9)	8.1±2.9	12.9±2.0	9.9±1.8	10.3±1.5	6.7±1.3	48.0±6.3
	İstatistiksel Analiz		p=0.124 KW=4.174	p=0.007 KW=9.983	p=0.0003 KW=11.767	p=0.13 KW=4.078	p=0.231 KW=2.931	p=0.018 KW=8
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Yalnız	17 (7)	6.7±2.5	10.1±3.6	7.9±2.5	9.3±1.7	6.1±1.9	40.3±8.0
	Eşi ile	93 (38.4)	7.9±3.0	11.4±2.9	8.6±2.6	9.7±1.8	6.6±1.5	44.3±8.9
	Eşi ve Çocukları ile	118 (48.8)	8.3±2.7	12.1±2.7	9.2±2.2	9.8±1.7	6.5±1.5	46.0±8.0
	Akrabaları ile	14 (5.8)	8.2±2.6	10.6±2.9	8.6±2.6	8.9±2.2	6.8±1.1	43.0±9.2
	İstatistiksel Analiz		p=0.162 KW=5.142	p=0.06 KW=7.395	p=0.089 KW=6.527	p=0.268 KW=3.94	p=0.768 KW=1.138	p=0.004 KW=8.294
Çalışma Durumu	Çalışıyor	71 (29.3)	8.4±2.7	12.4±2.5	9.5±2.1	10.2±1.5	6.6±1.6	47.3±6.9
	Çalışmıyor	171 (70.7)	7.8±2.8	11.2±3.0	8.5±2.5	9.4±1.8	6.5±1.5	43.7±8.9
	İstatistiksel Analiz		p=0.146 Z=1.452	p=0.0006 Z=2.732	p=0.0006 Z=2.729	p=0.002 Z=3.128	p=0.553 Z=0.593	p=0.001 t=3.391

Tablo 4'te hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre BEBÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları gösterilmektedir. BEBÖ toplam puanı 30-50 yaş grubunda 47.0 ± 6.1 ; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 8.4 ± 2.6 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı 12.7 ± 2.6 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 9.0 ± 2.2 , egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 10.0 ± 1.7 ve diyet modifikasyonu alt boyut puanı 6.8 ± 1.4 'tür. BEBÖ toplam puanının 51-70 yaş grubunda 45.2 ± 8.5 ; fiziksel fonksiyon alt boyut puanının 8.2 ± 2.8 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanının 11.6 ± 2.8 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanının 9.0 ± 2.4 , egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanının 9.8 ± 1.7 ve diyet modifikasyonu alt boyut puanının 6.5 ± 1.5 olduğu saptandı. BEBÖ toplam puanı 71 yaş ve üzeri grubunda 42.2 ± 9.1 ; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 7.3 ± 2.8 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı 10.8 ± 3.2 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 8.3 ± 2.6 , egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 9.2 ± 1.8 ve diyet modifikasyonu alt boyut puanı 6.5 ± 1.6 'tır.

Yaş gruplarına göre öz bakım modifikasyonu ($p=0.013$), egzersiz aktivite modifikasyonu ($p=0.032$) ve toplam BEBÖ puanlarında ($p=0.018$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Farkın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında, 30-50 yaş grubunun öz bakım modifikasyonu alt boyutu ve toplam puan ortalamalarının, 71 yaş ve üzeri grubunun puanlarına göre anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı. Egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanlarında ise, 71 yaş ve üzeri grubun puan ortalamalarının, 30-50 yaş grubuna ve 51-70 yaş grubuna göre anlamlı şekilde düşük olduğu bulundu.

Cinsiyete göre kadınların BEBÖ toplam puanı 39.9 ± 8.4 ; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 6.7 ± 2.6 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı 10.2 ± 3.1 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 7.2 ± 2.5 , egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 9.0 ± 1.8 ve diyet modifikasyonu alt boyut puanı 6.6 ± 1.4 'tür. Erkeklerin, BEBÖ toplam puanı 46.8 ± 7.7 ; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 8.5 ± 2.7 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı 12.2 ± 2.6 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 9.5 ± 2.0 , egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 10.0 ± 1.7 ve diyet modifikasyonu alt boyut puanı 6.5 ± 1.6 'dır. Cinsiyete göre BEBÖ toplam puan ($p=0.001$), fiziksel fonksiyon ($p=0.001$), öz bakım modifikasyonu ($p=0.001$), psikososyal fonksiyon ($p=0.001$), egzersiz aktivite modifikasyonu ($p=0.001$) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulundu. Kadınların BEBÖ ve tüm alt boyut puan ortalamalarında erkeklere göre anlamlı şekilde düşük puanlara sahip oldukları saptandı.

Medeni duruma göre bakıldığında, evlilerin BEBÖ toplam puanı 44.8 ± 8.6 ; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 8.0 ± 2.8 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı 11.6 ± 2.9 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 8.8 ± 2.4 , egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 9.7 ± 1.8 ve diyet modifikasyonu alt boyut puanı 6.6 ± 1.5 olarak saptandı. Bekar hastaların, BEBÖ toplam puanı 43.5 ± 7.6 ; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 8.2 ± 2.7 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı 11.3 ± 2.9 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 8.9 ± 2.2 , egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 9.1 ± 1.7 ve diyet modifikasyonu alt boyut puanı 5.8 ± 1.6 olarak belirlendi. Hastaların medeni durumlarına göre BEBÖ toplam puanı ve alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Eğitim düzeyine göre, açık kalp ameliyatı olan hastaların BEBÖ'den aldıkları toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında, ilköğretim mezunlarının BEBÖ toplam puanı 43.8 ± 8.9 ; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 7.8 ± 2.8 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı 11.2 ± 3.1 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 8.5 ± 2.6 , egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 9.5 ± 1.8 ve diyet modifikasyonu alt boyut puanı 6.6 ± 1.5 'tir. Lise mezunlarının BEBÖ toplam puanı 47.1 ± 6.6 ; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 8.9 ± 2.6 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı 12.4 ± 1.9 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 9.7 ± 1.6 , egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 9.9 ± 1.5 ve diyet modifikasyonu alt boyut puanı 6.0 ± 1.8 'dir. Üniversite mezunlarının BEBÖ toplam puanı 48.0 ± 6.3 ; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 8.1 ± 2.9 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı 12.9 ± 2.0 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 9.9 ± 1.8 , egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 10.3 ± 1.5 ve diyet modifikasyonu alt boyut puanı 6.7 ± 1.3 'tür. Eğitim düzeyine göre öz bakım modifikasyonu ($p=0.007$), psikososyal fonksiyon ($p=0.003$) alt boyut puan ortalamaları ve toplam öz etkililik puan ortalamaları ($p=0.018$) arasında anlamlı fark bulundu. Öz bakım modifikasyonu puanlarında, ilköğretim mezunlarının üniversite mezunlarına göre anlamlı şekilde düşük puan aldığı görüldü. Psikososyal fonksiyon alt boyutu ve toplam öz etkililik puanlarında, ilköğretim mezunlarının hem lise hem de üniversite mezunlarına göre anlamlı şekilde düşük puan aldığı saptandı.

Yalnız yaşayan bireylerin BEBÖ toplam puanı 40.3 ± 8.0 ; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 6.7 ± 2.5 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı 10.1 ± 3.6 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 7.9 ± 2.5 , egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 9.3 ± 1.7

ve diyet modifikasyonu alt boyut puanı 6.1 ± 1.9 'dur. Eşi ile yaşayan bireylerin BEBÖ toplam puanı 44.3 ± 8.9 ; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 7.9 ± 3.0 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı 11.4 ± 2.9 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 8.6 ± 2.6 , egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 9.7 ± 1.8 ve diyet modifikasyonu alt boyut puanı 6.6 ± 1.5 'tir. Aynı şekilde eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan bireylerin BEBÖ toplam puanı 46.0 ± 8.0 ; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 8.3 ± 2.7 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı 12.1 ± 2.7 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 9.2 ± 2.2 , egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 9.8 ± 1.7 ve diyet modifikasyonu alt boyut puanı 6.5 ± 1.5 'tir. Akrabaları ile yaşayanların BEBÖ toplam puanı 43.0 ± 9.2 ; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 8.2 ± 2.6 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı 10.6 ± 2.9 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 8.3 ± 2.6 , egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 8.9 ± 2.2 ve diyet modifikasyonu alt boyut puanı 6.8 ± 1.1 'dir. Birlikte yaşanan kişilere göre BEBÖ toplam puanı (**$p=0.04$**) anlamlı bulundu. Yalnız yaşayan bireylerin BEBÖ puanlarının eşi ve çocuklarıyla yaşayan kişilere göre anlamlı şekilde düşük olduğu saptandı.

Çalışma durumuna göre çalışan bireylerin BEBÖ toplam puanı 47.3 ± 6.9 ; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 8.4 ± 2.7 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı 12.4 ± 2.5 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 9.5 ± 2.1 , egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 10.2 ± 15.0 ve diyet modifikasyonu alt boyut puanı 6.6 ± 1.6 'dir. Çalışmayan bireylerin BEBÖ toplam puanı 43.7 ± 8.9 ; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 7.8 ± 2.8 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı 11.2 ± 3.0 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 8.5 ± 2.5 , egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 9.4 ± 1.8 ve diyet modifikasyonu alt boyut puanı 6.5 ± 1.5 'tir. Çalışma durumu yönünden toplam BEBÖ puanı (**$p=0.001$**), öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı (**$p=0.006$**), psikososyal fonksiyon alt boyut puanı (**$p=0.006$**), egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı (**$p=0.002$**) ve BEBÖ (**$p=0.001$**) toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı. Çalışan kişilerin BEBÖ toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları çalışmayanlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu bulundu.

Tablo 5. Hastaların hastalığa ve ameliyata ilişkin özelliklerine göre BEBÖ ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları (n=242)

Hastalığa ve Ameliyata İlişkin Özellikler		n (%)	BEBÖ ve Alt Boyutları					Toplam
			Fiziksel Fonksiyon	Öz Bakım Modifikasyonu	Psikososyal Fonksiyon	Egzersiz Aktivite Modifikasyonu	Diyet Modifikasyonu	
			$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Kronik Hastalık Varlığı	Evet*	123 (50.8)	8.0±2.7	11.7±2.8	8.8±2.3	9.6±1.8	6.6±1.5	44.9±8.2
	Hayır	119 (49.2)	8.0±2.9	11.5±3.1	8.8±2.5	9.7±1.8	6.4±1.6	44.6±8.9
	İstatistiksel Analiz		p=0.967 Z=0.042	p=0.645 Z=0.461	p=0.953 Z=0.059	p=0.852 Z=0.187	p=0.479 Z=0.707	p=0.76 t=0.306
Ameliyat Türü	KABG	164 (67.8)	8.1±2.7	11.6±3.0	9.0±2.3	9.7±1.9	6.5±1.5	45.1±8.7
	Kapak Ameliyatı	63 (26)	7.5±2.9	11.5±2.8	8.2±2.6	9.6±1.6	6.5±1.5	43.5±8.3
	Kapak+KABG	15 (6.2)	8.8±3.1	11.2±1.9	9.4±2.6	10.2±1.2	6.8±1.6	46.6±7.7
	İstatistiksel analiz		p=0.173 KW=3.504	p=0.762 KW=0.545	p=0.056 KW=5.747	p=0.474 KW=1.493	p=0.732 KW=0.625	p=0.32 F=1.146
Daha Önce Ameliyat Geçirme Durumu	Evet	132 (54.5)	8.0±3.0	11.7±3.0	8.7±2.6	9.8±1.8	6.7±1.4	45.1±8.8
	Hayır	110 (45.5)	8.0±2.6	11.5±2.8	8.9±2.2	9.5±1.7	6.3±1.6	44.4±8.15
	İstatistiksel analiz		p=0.811 Z=0.239	p=0.614 Z=0.505	p=0.945 Z=0.069	p=0.322 Z=0.991	p=0.145 Z=1.457	p=0.524 t=0.637
Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu	Evet	183 (75.6)	8.0±2.9	11.6±2.9	8.8±2.5	9.8±1.8	6.6±1.5	44.9±8.7
	Hayır	59 (24.4)	7.9±2.5	11.5±3.0	8.9±2.2	9.4±1.8	6.3±1.6	44.1±8.13
	İstatistiksel analiz		p=0.929 Z=0.009	p=0.999 Z=0.001	p=0.966 Z=0.042	p=0.13 Z=1.516	p=0.214 Z=1.244	p=0.532 t=0.626
Hastalık ve Ameliyatla İlgili Eğitim Alma Durumu	Evet**	233 (96.3)	8.1±2.8	11.7±2.8	8.9±2.4	9.8±1.7	6.5±1.5	45.2±8.2
	Hayır	9 (3.7)	5.0±1.6	7.4±2.7	6.2±2.3	7.5±1.3	5.7±1.5	32.0±4.9
	İstatistiksel analiz		p=0.0001 t=3.322	p=0.0001 Z=3.802	p=0.002 Z=3.078	p=0.0001 Z=3.639	p=0.1 Z=1.645	p=0.0001 Z=4.213
Eğitimi Veren Kişi (n=233)	Hemşire	119 (51)	7.6±2.5	11.0±2.5	8.5±2.3	9.4±1.7	6.5±1.4	43.2±7.2
	Hemşire ve Hekim	114 (49)	8.6±2.9	12.4±3.0	9.3±2.4	10.1±1.8	6.6±1.7	47.2±8.9
	İstatistiksel analiz		p=0.003 Z=2.949	p=0.0001 Z=3.617	p=0.006 Z=2.727	p=0.0001 Z=3.409	p=0.213 Z=1.246	p=0.0001 Z=4.207
Eğitimi Yeterli Bulma Durumu (n=233)	Yeterli	228 (97.9)	8.1±2.8	11.8±2.8	8.9±2.4	9.7±1.8	6.5±1.5	45.2±8.3
	Yetersiz	5 (2.1)	6.1±2.1	8.9±3.3	6.8±2.5	8.5±1.6	6.2±0.7	36.7±7.3
	İstatistiksel Analiz		p=0.011 Z=2.547	p=0.001 Z=3.207	p=0.002 Z=3.057	p=0.008 Z=2.64	p=0.176 Z=1.354	p=0.0001 Z=3.539

*Diyabetes mellitus, Hipertansiyon.

**Ameliyat, solunum-öksürük egzersizleri, korse kullanımı, ağrı kontrolü, beslenme, egzersiz, ilaç kullanımı.

Tablo 5’te hastaların hastalığa ve ameliyata ilişkin özelliklerine göre BEBÖ’den aldıkları toplam puan ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Kronik hastalık varlığına göre, kronik hastalığı olanların BEBÖ toplam puanı 44.9 ± 8.2 ; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 8.0 ± 2.7 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı 11.7 ± 2.8 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 8.8 ± 2.3 , egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 9.6 ± 1.8 ve diyet modifikasyonu alt boyut puanı 6.6 ± 1.5 ’tir. Kronik hastalığı olmayanların ise, BEBÖ toplam puanı 44.6 ± 8.9 ; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 8.0 ± 2.9 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı 11.5 ± 3.1 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 8.8 ± 2.5 , egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 9.7 ± 1.8 ve diyet modifikasyonu alt boyut puanı 6.4 ± 1.6 ’dır. Kronik hastalık varlığı yönünden BEBÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmadığı görüldü ($p > 0.05$).

Ameliyat türüne göre, KABG ameliyatı olanların BEBÖ toplam puanı 45.1 ± 8.7 ; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 8.1 ± 2.7 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı 11.6 ± 3.0 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 9.0 ± 2.3 , egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 9.7 ± 1.9 ve diyet modifikasyonu alt boyut puanı 6.5 ± 1.5 ’tir. Kalp kapak ameliyatı olanların ise BEBÖ toplam puanı 43.5 ± 8.3 ; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 7.5 ± 2.9 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı 11.5 ± 2.8 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 8.2 ± 2.6 , egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 9.6 ± 1.6 ve diyet modifikasyonu alt boyut puanı 6.5 ± 1.5 ’tir. KABG ve kapak ameliyatı olanların BEBÖ toplam puanı 46.6 ± 7.7 ; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 8.8 ± 3.1 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı 11.2 ± 1.9 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 9.4 ± 2.6 , egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 10.2 ± 1.2 ve diyet modifikasyonu alt boyut puanı 6.8 ± 1.6 ’dır. Ameliyat türüne göre BEBÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmadığı görüldü ($p > 0.05$).

Daha önce ameliyat geçirme durumuna göre, daha önce ameliyat geçirenlerin BEBÖ toplam puanı 45.1 ± 8.8 ; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 8.0 ± 3.0 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı 11.7 ± 3.0 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 8.7 ± 2.6 , egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 9.8 ± 1.8 ve diyet modifikasyonu alt boyut puanı 6.7 ± 1.4 ’tür. Aynı şekilde daha önce ameliyat geçirmeyenlerin BEBÖ toplam puanı 44.4 ± 8.1 ; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 8.0 ± 2.6 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı 11.5 ± 2.8 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 8.9 ± 2.2 , egzersiz aktivite

modifikasyonu alt boyut puanı 9.5 ± 1.7 ve diyet modifikasyonu alt boyut puanı 6.3 ± 1.6 'dır. Daha önce ameliyat geçirme durumuna göre BEBÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı saptandı ($p > 0.05$).

Daha önce hastanede yatma durumuna göre, daha önce hastanede yatan kişilerin BEBÖ toplam puanı 44.9 ± 8.7 ; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 8.0 ± 2.9 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı 11.6 ± 2.9 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 8.8 ± 2.5 , egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 9.8 ± 1.8 , diyet modifikasyonu alt boyut puanı 6.6 ± 1.5 'tir. Daha önce hastanede yatmayan kişilerin BEBÖ toplam puanı 44.1 ± 8.1 ; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 7.9 ± 2.5 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı 11.5 ± 3.0 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 8.9 ± 2.2 , egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 9.4 ± 1.8 ve diyet modifikasyonu alt boyut puanı 6.3 ± 1.6 'dır. Daha önce hastanede yatma durumuna göre BEBÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptandı ($p > 0.05$).

Hastalık ve ameliyatla ilgili eğitim alma durumuna göre, eğitim alan kişilerin BEBÖ toplam puanı 45.2 ± 8.2 ; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 8.1 ± 2.8 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı 11.7 ± 2.8 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 8.9 ± 2.4 , egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 9.8 ± 1.7 ve diyet modifikasyonu alt boyut puanı 6.5 ± 1.5 'tir. Eğitim almayan kişilerin BEBÖ toplam puanı 32.0 ± 4.9 ; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 5.0 ± 1.6 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı 7.4 ± 2.7 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 6.2 ± 2.3 , egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 7.5 ± 1.3 ve diyet modifikasyonu alt boyut puanı 5.7 ± 1.5 'tir. Hastalık ve ameliyatla ilgili bilgi alma durumlarına göre BEBÖ ($p=0.0001$), fiziksel fonksiyon ($p=0.0001$), öz bakım modifikasyonu ($p=0.0001$), psikososyal fonksiyon ($p=0.006$) ve egzersiz aktivite modifikasyonu ($p=0.001$) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu. Hastalık ve ameliyatla ilgili eğitim alma durumlarına göre diyet modifikasyonu alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0.05$). Eğitim alan kişilerin puan ortalamaları daha yüksek bulundu.

Eğitim veren kişilere göre, hemşirelerden eğitim alanların BEBÖ toplam puanı 43.2 ± 7.2 ; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 7.6 ± 2.5 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı 11.0 ± 2.5 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 8.5 ± 2.3 , egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 9.4 ± 1.7 ve diyet modifikasyonu alt boyut puanı 6.5 ± 1.4 'tür. Hemşire ve hekimden eğitim alanların BEBÖ toplam puanı 47.2 ± 8.9 ; fiziksel fonksiyon alt

boyut puanı 8.6 ± 2.9 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı 12.4 ± 3.0 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 9.3 ± 2.4 , egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 10.1 ± 1.8 ve diyet modifikasyonu alt boyut puanı 6.6 ± 1.7 'dir. Eğitim veren kişiler yönünden BEBÖ ($p=0.0001$), fiziksel fonksiyon ($p=0.003$), öz bakım modifikasyonu ($p=0.0001$), psikososyal fonksiyon ($p=0.002$) ve egzersiz aktivite modifikasyonu ($p=0.0001$) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı. Hem doktor hem de hemşireden eğitim alan hastaların BEBÖ puanlarının, sadece hemşireden eğitim alan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu bulundu. Eğitim veren kişiler yönünden diyet modifikasyonu alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Eğitimi yeterli bulma durumuna göre, eğitimi yeterli bulan hastaların BEBÖ toplam puanı 45.2 ± 8.3 ; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 8.1 ± 2.8 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı 11.8 ± 2.8 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 8.9 ± 2.4 , egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 9.7 ± 1.8 ve diyet modifikasyonu alt boyut puanı 6.5 ± 1.5 'tir. Eğitimi yeterli bulmayan kişilerin BEBÖ toplam puanı 36.7 ± 7.3 ; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 6.1 ± 2.1 , öz bakım modifikasyonu alt boyut puanı 8.9 ± 3.3 , psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 6.8 ± 2.5 , egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 8.5 ± 1.6 ve diyet modifikasyonu alt boyut puanı 6.2 ± 0.7 'dir. Eğitimi yeterli bulma durumu yönünden BEBÖ toplam puan ($p=0.0001$), fiziksel fonksiyon ($p=0.011$), öz bakım modifikasyonu ($p=0.001$), psikososyal fonksiyon ($p=0.002$) ve egzersiz aktivite modifikasyonu ($p=0.008$) alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı. Eğitimi yeterli bulan hastaların puanlarının yeterli bulmayan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu bulundu. Eğitimi yeterli bulma durumuna göre diyet modifikasyonu alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6. Hastaların ÇBASDÖ ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları (n=242)

ÇBASDÖ* ve Alt Boyutları	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Maks)
Aile destek	25.6 ± 3.3	27 (4-28)
Arkadaş destek	20.6 ± 6.4	22 (4-28)
Özel insan destek	24.1 ± 4.9	26 (4-28)
ÇBASDÖ Toplam Puan	70.2 ± 11.4	73 (29-84)

* ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Tablo 6’da hastaların ÇBASDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Hastaların ÇBASDÖ puan ortalamalarının 70.2 ± 11.4 ; “aile desteği” alt boyut puan ortalamasının 25.6 ± 3.3 , “arkadaş desteği” alt boyut puan ortalamasının 20.6 ± 6.4 ve “özel insan desteği” alt boyut puan ortalamasının 24.1 ± 4.9 olduğu bulundu



Tablo 7. Hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre ÇBASDÖ ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları (n=242)

ÇBASDÖ ve Alt Boyutları						
Sosyodemografik Özellikler		n (%)	Aile Destek	Arkadaş Destek	Özel İnsan Destek	Toplam
			$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Yaş	30-50 Yaş	35 (14.5)	24.6±5.0	22.0±6.2	24.2±4.8	71.0±13.3
	51-70 Yaş	148 (61.2)	25.6±3.1	20.4±6.3	24.2±4.8	70.0±10.0
	71 Yaş ve Üzeri	59 (24.4)	26.4±2.7	20.2±6.5	23.7±5.3	70.4±11.6
	İstatistiksel Analiz		p=0.201 KW=3.212	p=0.241 KW=2.842	p=0.802 KW=0.441	p=0.663 KW=0.823
Cinsiyet	Kadın	71 (29.3)	25.8±3.1	18.3±7.3	23.9±4.5	68.2±12.2
	Erkek	171 (70.7)	25.6±3.4	21.5±5.7	24.1±5.1	71.1±11.0
	İstatistiksel Analiz		p=0.738 Z=-0.335	p=0.004 Z=-2.866	p=0.427 Z=-0.795	p=0.094 Z=-1.672
Medeni Durum	Evli	226 (93.4)	25.8±3	20.3±6.3	24.2±4.9	70.2±11.0
	Bekar	16 (6.6)	24.0±6.5	23.6±5.9	23.0±5.6	70.6±16.3
	İstatistiksel Analiz		p=0.716 Z=-0.363	p=0.024 Z=-2.262	p=0.676 Z=-0.418	p=0.335 Z=-0.964
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	179 (74)	26.0±2.8	20.5±6.5	24.2±4.8	70.6±11.2
	Lise	39 (16.1)	24.3±5.1	21.3±5.9	22.9±6.2	68.5±13.5
	Üniversite	24 (9.9)	25.0±3.1	20.0±6.3	25.5±2.8	70.5±9.1
	İstatistiksel Analiz		p=0.047 KW=6.102	p=0.734 KW=0.618	p=0.31 KW=2.342	p=0.756 KW=0.558
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Yalnız	17 (74)	24.2±6.4	19.1±6.7	23.4±5.0	66.8±14.5
	Eşi ile	93 (38.4)	25.8±3.0	19.7±6.6	24.1±5.1	69.7±11.4
	Eşi ve Çocukları ile	118 (48.8)	25.7±3.1	21.2±5.9	24.1±4.9	70.8±10.9
	Akrabaları ile	14 (5.8)	26.5±2.3	22.4±7.4	24.7±4.0	73.7±10.8
	İstatistiksel Analiz		p=0.795 KW=1.024	p=0.118 KW=5.88	p=0.896 KW=0.603	p=0.416 KW=2.848
Çalışma Durumu	Çalışıyor	71 (29.3)	24.9±4.3	20.7±5.7	24.3±4.6	70.1±11.4
	Çalışmıyor	171 (70.7)	25.9±2.8	20.5±6.6	24.0±5.0	70.3±11.4
	İstatistiksel Analiz		p=0.215 Z=-1.239	p=0.955 Z=-0.057	p=0.668 Z=-0.429	p=0.853 Z=-0.186

Tablo 7’de hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre ÇBASDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları gösterilmektedir. Hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre ÇBASDÖ ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde; 30-50 yaş grubunun ÇBASDÖ toplam puanı 71.0 ± 13.3 ; aile desteği alt boyut puanı 24.6 ± 5.0 , arkadaş desteği alt boyut puanı 22.0 ± 6.2 ve özel insan desteği alt boyut puanı 24.2 ± 4.8 ’dir. Aynı şekilde 51-70 yaş grubunun ÇBASDÖ toplam puanı 70.0 ± 10.9 ; aile desteği alt boyut puanı 25.6 ± 3.1 , arkadaş desteği alt boyut puanı 20.4 ± 6.3 ve özel insan desteği alt boyut puanı 24.2 ± 4.8 ’dir. 71 yaş ve üzeri yaş grubunun ÇBASDÖ toplam puanı 70.4 ± 11.6 ; aile desteği alt boyut puanı 25.8 ± 3.1 , arkadaş desteği alt boyut puanı 20.2 ± 6.5 ve özel insan desteği alt boyut puanı 23.7 ± 5.3 ’tür. Yaş gruplarına göre algılanan sosyal destek ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0.05$).

Cinsiyete göre, kadınların ÇBASDÖ toplam puanı 68.2 ± 12.2 ; aile desteği alt boyut puanı 24.6 ± 5.0 , arkadaş desteği alt boyut puanı 18.3 ± 7.3 ve özel insan desteği alt boyut puanı 23.9 ± 4.5 ’tir. Erkeklerin ÇBASDÖ toplam puanı 71.1 ± 11.0 ; aile desteği alt boyut puanı 25.6 ± 3.4 , arkadaş desteği alt boyut puanı 21.5 ± 5.7 ve özel insan desteği alt boyut puanı 24.1 ± 5.1 ’dir. Cinsiyete göre yalnızca arkadaş desteği alt boyut (**$p = 0.004$**) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu. Kadınların arkadaş desteği alt boyut puan ortalamalarının erkeklere göre anlamlı şekilde düşük olduğu saptandı.

Medeni duruma göre, evli olanların ÇBASDÖ toplam puanı 70.2 ± 11.0 ; aile desteği alt boyut puanı 25.8 ± 3.0 , arkadaş desteği alt boyut puanı 20.3 ± 6.3 ve özel insan desteği alt boyut puanı 24.2 ± 4.9 ’dur. Bekarların ÇBASDÖ toplam puanı 70.6 ± 16.3 ; aile desteği alt boyut puanı 24.0 ± 6.5 , arkadaş desteği alt boyut puanı 23.6 ± 5.9 ve özel insan desteği alt boyut puanı 23.0 ± 5.6 ’dır. Medeni duruma göre yalnızca arkadaş desteği (**$p = 0.024$**) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görüldü. Evli kişilerin arkadaş desteği alt boyut puan ortalamalarının bekar kişilere göre anlamlı şekilde düşük olduğu saptandı.

Eğitim durumuna göre, ilköğretim mezunu olanların ÇBASDÖ toplam puanı 70.6 ± 11.2 ; aile desteği alt boyut puanı 26.0 ± 2.8 , arkadaş desteği alt boyut puanı 20.5 ± 6.5 ve özel insan desteği alt boyut puanı 24.2 ± 4.8 ’dir. Lise mezunlarının ÇBASDÖ toplam puanı 68.5 ± 13.5 ; aile desteği alt boyut puanı 24.3 ± 5.1 , arkadaş desteği alt boyut puanı

21.3±5.9 ve özel insan desteği alt boyut puanı 22.9±6.2'dir. Üniversite mezunlarının ÇBASDÖ toplam puanı 70.5±9.1; aile desteği alt boyut puanı 25.0±3.1, arkadaş desteği alt boyut puanı 20.0±6.3 ve özel insan desteği alt boyut puanı 25.5±2.8'dir. Eğitim durumu ile aile desteği (**p=0.047**) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı. İlköğretim mezunu olan kişilerin aile desteği alt boyut puan ortalamalarının lise mezunu olan kişilere göre anlamlı şekilde yüksek olduğu bulundu.

Birlikte yaşanılan kişilere göre, yalnız yaşayan bireylerin ÇBASDÖ toplam puanı 66.8±14.5; aile desteği alt boyut puanı 24.2±6.4, arkadaş desteği alt boyut puanı 19.1±6.7 ve özel insan desteği alt boyut puanı 23.4±5.0'dır. Eşi ile yaşayan bireylerin ÇBASDÖ toplam puanı 69.7±11.4; aile desteği alt boyut puanı 25.8±3.0, arkadaş desteği alt boyut puanı 19.7±6.6 ve özel insan desteği alt boyut puanı 24.1±5.1'dir. Eşi ve çocuklarıyla yaşayan bireylerin ÇBASDÖ toplam puanı 70.8±10.9; aile desteği alt boyut puanı 25.7±3.1, arkadaş desteği alt boyut puanı 21.2±5.9 ve özel insan desteği alt boyut puanı 24.1±4.9'dur. Akrabaları ile yaşayan kişilerin ÇBASDÖ toplam puanı 73.7±10.8; aile desteği alt boyut puanı 26.5±2.3, arkadaş desteği alt boyut puanı 22.4±7.4 ve özel insan desteği alt boyut puanı 24.7±4.0'dır. Birlikte yaşanılan kişilere göre ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Çalışma durumuna göre, çalışan bireylerin ÇBASDÖ toplam puanı 70.1±11.4; aile desteği alt boyut puanı 24.9±4.3, arkadaş desteği alt boyut puanı 20.7±5.7 ve özel insan desteği alt boyut puanı 24.3±4.6'dır. Çalışmayan bireylerin ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları 70.3±11.4; aile desteği alt boyut puanı 25.9±2.8, arkadaş desteği alt boyut puanı 20.5±6.6 ve özel insan desteği alt boyut puanı 24.0±5.0'dır. Çalışma durumuna göre ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 8. Hastaların hastalığa ve ameliyata ilişkin özelliklerine göre ÇBASDÖ ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları (n=242)

Hastalığa ve Ameliyata İlişkin Özellikler		ÇBASDÖ ve Alt Boyutları				
		n (%)	Aile Destek	Arkadaş Destek	Özel İnsan Destek	Toplam
			$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Kronik Hastalık Varlığı	Evet*	123 (50.8)	25.7±3.2	20.4±6.6	24.0±5.4	69.9±12.2
	Hayır	119 (49.2)	25.6±3.5	20.7±6.1	24.2±4.4	70.5±10.5
	İstatistiksel analiz		p=0.731 Z=0.344	p=0.877 Z=-0.155	p=0.552 Z=-0.595	p=0.983 Z=-0.021
Ameliyat Türü	KABG	164 (67.8)	25.9±3.0	20.8±6.3	24.1±5.1	70.7±10.8
	Kapak Ameliyatı	63 (26)	24.8±4.2	19.3±6.6	23.6±4.9	67.8±12.7
	Kapak+KABG	15 (6.2)	26.5±2.7	23.0±5.7	26.2±2.5	75.8±9.3
	İstatistiksel analiz		p=0.075 KW=5.188	p=30.073 KW=5.223	p=30.154 KW=3.743	p=10.041 KW=6.41
Daha Önce Ameliyat Geçirme Durumu	Evet	132 (54.5)	25.7±3.4	20.1±6.6	24.8±3.9	70.4±11.4
	Hayır	110 (45.5)	25.5±3.3	21.1±6.1	23.2±5.8	70.0±11.4
	İstatistiksel analiz		p=0.883 Z=-0.147	p=0.255 Z=-1.138	p=0.215 Z=-1.241	p=0.769 Z=-0.294
Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu	Evet	183 (75.6)	25.6±3.4	20.3±6.4	24.5±4.3	70.2±11.3
	Hayır	59 (24.4)	25.9±3.1	21.4±6.2	22.9±6.4	70.3±11.7
	İstatistiksel analiz		p=0.212 Z=-1.249	p=0.228 Z=-1.206	p=0.699 Z=-0.387	p=0.833 Z=-0.211
Hastalık ve Ameliyatla İlgili Eğitim Alma Durumu	Evet**	233 (96.3)	25.6±3.4	20.5±6.4	24.0±5.0	70.1±11.5
	Hayır	9 (3.7)	26.7±1.9	21.3±5.2	25.8±3.5	74.0±8.8
	İstatistiksel analiz		p=0.574 Z=-0.562	p=0.874 Z=-0.158	p=0.158 Z=-1.414	p=0.363 Z=-0.909
Eğitimi Veren Kişi (n=233)	Hemşire	119 (51)	25.4±3.2	20.1±6.8	23.0±5.6	68.6±12.0
	Hemşire ve Hekim	114 (49)	25.8±3.5	21.0±5.9	25.1±3.9	71.6±10.7
	İstatistiksel analiz		p=0.201 Z=-1.28	p=0.524 Z=-0.637	p=0.003 Z=-2.935	p=0.065 Z=-1.847
Eğitimi Yeterli Bulma Durumu (n=233)	Yeterli	228 (97.9)	25.6±3.4	20.5±6.4	24.1±4.9	70.2±11.4
	Yetersiz	5 (2.1)	26.3±2.5	21.0±6.2	23.7±4.9	71.2±10.7
	İstatistiksel Analiz		p=0.71 Z=-0.372	p=0.797 Z=-0.257	p=0.957 Z=-0.054	p=0.799 Z=-0.254

*Diyabetes mellitus, Hipertansiyon.

**Ameliyat, solunum-öksürük egzersizleri, korse kullanımı, ağrı kontrolü, beslenme, egzersiz, ilaç kullanımı.

Tablo 8’de hastaların hastalığa ve ameliyata ilişkin özelliklerine göre ÇBASDÖ ve alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamaları yer almaktadır. Kronik hastalık varlığına göre, kronik hastalığı olanların ÇBASDÖ toplam puanı 69.9 ± 12.2 ; aile desteği alt boyut puanı 25.7 ± 3.2 , arkadaş desteği alt boyut puanı 20.4 ± 6.6 ve özel insan sosyal destek alt boyut puanı 24.0 ± 5.4 ’tür. Kronik hastalığı olmayanların ise, ÇBASDÖ toplam puanı 70.5 ± 10.5 ; aile desteği alt boyut puanı 25.6 ± 3.5 , arkadaş desteği alt boyut puanı 20.7 ± 6.1 ve özel insan sosyal destek alt boyut puanı 24.2 ± 4.4 ’tür. Kronik hastalık varlığına göre ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptandı ($p > 0.05$).

Ameliyat türüne göre, KABG olanların ÇBASDÖ toplam puanı 70.7 ± 10.8 ; aile desteği alt boyut puanı 25.9 ± 3 , arkadaş desteği alt boyut puanı 20.8 ± 6.3 ve özel insan sosyal destek alt boyut puanı 24.1 ± 5.1 ’dir. Kapak ameliyatı olanların ÇBASDÖ toplam puanı 67.8 ± 12.7 ; aile desteği alt boyut puanı 24.8 ± 4.2 , arkadaş desteği alt boyut puanı 19.3 ± 6.6 ve özel insan sosyal destek alt boyut puanı 23.6 ± 4.9 ’dur. KABG ve kapak ameliyatı olanların, ÇBASDÖ toplam puanı 75.8 ± 9.3 ; aile desteği alt boyut puanı 26.5 ± 2.7 , arkadaş desteği alt boyut puanı 23.0 ± 5.7 ve özel insan sosyal destek alt boyut puanı 26.2 ± 2.5 ’tir. Ameliyat türüne göre ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü (**$p = 0.041$**). Yalnızca kapak ameliyatı olan hastaların ÇBASDÖ toplam puan ortalamalarının hem kapak hem KABG ameliyatı olan gruba göre anlamlı şekilde düşük olduğu saptandı. Ameliyat türü yönünden alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0.05$).

Daha önce ameliyat geçirme durumuna göre, daha önce ameliyat geçirenlerin ÇBASDÖ toplam puanı 70.4 ± 11.4 ; aile desteği alt boyut puanı 25.7 ± 3.4 , arkadaş desteği alt boyut puanı 20.1 ± 6.6 ve özel insan sosyal destek alt boyut puanı 24.8 ± 3.9 ’dur. Daha önce ameliyat geçirmeyenlerin ÇBASDÖ toplam puanı 70.0 ± 11.4 ; aile desteği alt boyut puanı 25.5 ± 3.3 , arkadaş desteği alt boyut puanı 21.1 ± 6.1 ve özel insan sosyal destek alt boyut puanı 23.2 ± 5.8 ’dir. Daha önce ameliyat geçirme yönünden ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0.05$).

Daha önce hastane deneyimine göre, daha önce hastanede yatan hastaların ÇBASDÖ toplam puanı 70.2 ± 11.3 ; aile desteği alt boyut puanı 25.6 ± 3.4 , arkadaş desteği alt boyut puanı 20.3 ± 6.4 ve özel insan sosyal destek alt boyut puanı 24.5 ± 4.3 ’tür. Daha önce hastanede yatmayanların ÇBASDÖ toplam puanı 70.3 ± 11.7 ; aile desteği alt boyut

puanı 25.9 ± 3.1 , arkadaş desteği alt boyut puanı 21.4 ± 6.2 ve özel insan sosyal destek alt boyut puanı 22.9 ± 6.4 'tür. Daha önce hastaneye yatma durumuna göre ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0.05$).

Hastalık ve ameliyatla ilgili eğitim alma durumuna göre, hastalık ve ameliyatla ilgili eğitim alanların ÇBASDÖ toplam puanı 70.1 ± 11.5 ; aile desteği alt boyut puanı 25.6 ± 3.4 , arkadaş desteği alt boyut puanı 20.5 ± 6.4 ve özel insan sosyal destek alt boyut puanı 24.0 ± 5.0 'dır. Hastalık ve ameliyatla ilgili eğitim almayanların ÇBASDÖ toplam puanı 74.0 ± 8.8 ; aile desteği alt boyut puanı 26.7 ± 1.9 , arkadaş desteği alt boyut puanı 21.3 ± 5.2 ve özel insan sosyal destek alt boyut puanı 25.8 ± 3.5 'tir. Hastalık ve ameliyatla ilgili eğitim alma durumuna göre ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0.05$).

Eğitim alınan kişilere göre, hemşirelerden eğitim alanların ÇBASDÖ toplam puanı 68.6 ± 12.0 ; aile desteği alt boyut puanı 25.4 ± 3.2 , arkadaş desteği alt boyut puanı 20.1 ± 6.8 ve özel insan sosyal destek alt boyut puanı 23.0 ± 5.6 'dır. Hem hemşire hem de hekimden eğitim alanların ÇBASDÖ toplam puanı 71.6 ± 10.7 ; aile desteği alt boyut puanı 25.8 ± 3.5 , arkadaş desteği alt boyut puanı 21.0 ± 5.9 ve özel insan sosyal destek alt boyut puanı 25.1 ± 3.9 'dur. Eğitim alınan kişilere göre özel insan desteği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (**$p = 0.003$**). Hem hemşire hem de hekimden eğitim alan hastaların puan ortalamalarının sadece hemşireden eğitim alan hastalara göre anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür. Eğitim alınan kişilere göre ÇBASDÖ toplam puan ortalaması, aile destek alt boyut, arkadaş desteği alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0.005$).

Eğitimi yeterli bulma durumuna göre, eğitimi yeterli bulanların ÇBASDÖ toplam puanı 70.2 ± 11.4 ; aile desteği alt boyut puanı 25.6 ± 3.4 , arkadaş desteği alt boyut puanı 20.5 ± 6.4 ve özel insan sosyal destek alt boyut puanı 24.1 ± 4.9 'dur. Eğitimi yeterli bulmayanların ÇBASDÖ toplam puanı 71.2 ± 10.7 ; aile desteği alt boyut puanı 26.3 ± 2.5 , arkadaş desteği alt boyut puanı 21.0 ± 6.2 ve özel insan sosyal destek alt boyut puanı 23.7 ± 4.9 'dur. Eğitimi yeterli bulma durumuna göre ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0.05$).

Tablo 9. Hastaların BEBÖ ve ÇBASDÖ puanları arasındaki ilişki (n=242)

		Fiziksel Fonksiyon	Öz Bakım Modifikasyonu	Psikososyal Fonksiyon	Egzersiz Aktivite Modifikasyonu	Diyet Modifikasyonu	BEBÖ* Toplam
Aile destek	r	0.127	0.088	0.066	0.037	0.112	0.132
	p	0.049	0.170	0.308	0.568	0.083	0.040
Arkadaş destek	r	0.337	0.288	0.309	0.188	0.116	0.361
	p	0.0001	0.0001	0.0001	0.003	0.071	0.0001
Özel insan destek	r	0.182	0.047	0.228	0.187	0.183	0.209
	p	0.004	0.464	0.0001	0.004	0.004	0.0001
ÇBASDÖ** Toplam	r	0.294	0.194	0.281	0.221	0.204	0.326
	p	0.0001	0.002	0.0001	0.001	0.001	0.0001

*Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği

**Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Tablo 9’da hastaların BEBÖ ve ÇBASDÖ puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular yer almaktadır. Aile desteği alt boyut puanları ile fiziksel fonksiyon alt boyutu ve toplam BEBÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve zayıf düzeyde ilişki bulunmaktadır.

Arkadaş desteği alt boyut puanı ile yalnızca diyet modifikasyonu alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Arkadaş desteği alt boyut puanları ile fiziksel fonksiyon, öz bakım modifikasyonu, psikososyal fonksiyon, egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır.

Özel insan desteği alt boyut puanları ile fiziksel fonksiyon, psikososyal fonksiyon, egzersiz aktivite modifikasyonu, diyet modifikasyonu ve BEBÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve zayıf düzeyde ilişki bulunmaktadır.

Algılanan sosyal destek toplam puanı ile BEBÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki mevcutken fiziksel fonksiyon, öz bakım modifikasyonu, psikososyal fonksiyon, egzersiz aktivite modifikasyonu ve diyet modifikasyonu alt boyut puanları ile olan ilişkilerin de istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve zayıf düzeyde olduğu görülmektedir.

5. TARTIŞMA

Literatürde öz etkililik ve sosyal destek ile ilgili çok sayıda çalışmalar yer almakta ancak açık kalp ameliyatı olan hastalarda bu konuyla ilgili yapılan araştırmalara rastlanamamıştır. Öz etkililik ile ilgili çalışmalar genel olarak kronik hastalığı bulunan hasta grupları ile ilgili yapılmışken, sosyal destek ile ilgili yapılan çalışmalar ise genel olarak psikiyatri alanında yapılmıştır (105-108). Aynı zamanda Türkiye’de kardiyak cerrahide öz etkililik ve sosyal desteği birlikte değerlendiren çalışmalar sınırlı sayıdadır. Çalışmamızda açık kalp ameliyatı olan hastaların öz etkililik ve sosyal destek düzeyleri belirlendi.

Çalışmamızda açık kalp ameliyatı olan bireylerin öz etkililiklerinin orta düzeyde olduğu ve bireylerin öz etkililik düzeyini yaş, cinsiyet, eğitim durumu, birlikte yaşanan kişiler, çalışma durumu, hastalık ve ameliyatla ilgili eğitim alma durumu, eğitim veren kişiler ve eğitimi yeterli bulma durumunun etkilediği bulundu. Çalışmamızda açık kalp ameliyatı olan bireylerde 30-50 yaş grubu hastaların öz etkililik puanlarının 71 yaş ve üzeri olan gruba göre anlamlı şekilde yüksek olduğu bulundu. Kronik Obstrüktif Akciğer (KOA) hastalarıyla yapılan bir çalışmada öz etkililik düzeylerinin yaşla azaldığı bildirilmiştir (109). Yaşlanmayla birlikte hem fizyolojik hem de psikolojik olarak meydana gelen bazı değişimler nedeniyle bireylerin öz bakım davranışlarını yerine getirmede güçlük yaşamalarının öz etkililik algısını etkilediği düşünülebilir.

Çalışmamızda açık kalp ameliyatı geçiren kadınların BEBÖ toplam puan ortalamalarının erkeklere göre daha düşük ve aradaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu bulundu. Öz etkililik algısı bireyin bir durum karşısında sergilediği sabır, duygu, kaygı ya da kendine olangüvenle ilgili bir durumdur. Kadınların erkeklere göre daha duygusal bir yapıya sahip olmaları nedeniyle daha yoğun duygularla kaygı yaşamaları öz etkililik düzeylerini etkileyebilir.

Çalışmamızda yer alan ilköğretim mezunu hastaların BEBÖ toplam puan ortalamalarının lise ve üniversite mezunu olan hastalardan daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Eşlik ve Çetinkaya’nın benzer şekilde koroner arter bypass ameliyatı sonrası yaptığı çalışmada da eğitim düzeyinin öz etkililik üzerinde olumlu etkisi olduğu bulunmuştur (110). Eğitim düzeyinin yükselmesiyle birlikte bireyin daha iyi ekonomik şartlara sahip olması, bilgiye daha kolay ulaşması,

farkındalığının artması ve bireyin sağlığına daha çok önem vermesi gibi nedenlerden dolayı öz etkililik algısı olumlu yönde etkilenebilir.

Çalışmamızda açık kalp ameliyatı olan ve yalnız yaşayan bireylerin BEBÖ toplam puan ortalamalarının eşi ve çocuklarıyla yaşayan bireylere göre daha düşük olduğu bulundu. Multiple Sclerosis hastalarıyla yapılan bir çalışmada da yalnızlık algısı yüksek olan bireylerin öz etkililiği düşük bulunmuş ve eğitimle güçlenen öz etkililiğin aynı zamanda yalnızlık algısını azalttığı gösterilmiştir (111). Bireyin yalnız olması çevresinden yeteri kadar destek alamamasına sebep olur ve birey yalnızken kendisini duygusal olarak boşlukta hissedebilir. Bu da motivasyon düşüklüğüne sebep olacağından öz etkililik algısını düşürebilir.

Çalışmamızda çalışan bireylerin BEBÖ toplam puan ortalamalarının çalışmayan bireylere göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu. Çalışan bireyler, çalışmayan bireylerden farklı olarak işleri gereği sosyal ortamlarda bulunmaları nedeniyle ameliyat öncesi görünümüne ve yaptıkları işe daha hızlı iyileşerek kavuşmak isteyebilir. Bu düşünce sağlığı geliştirici davranışlarına ve kendi öz bakımlarına katkılarını olumlu yönde etkileyebilir.

Çalışmamızda hastalık ve ameliyatla ilgili eğitim alan bireylerin BEBÖ toplam puan ortalamalarının eğitim almayanlara göre daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu. Literatürde öz etkililik düzeyinin eğitimle birlikte yükseldiği bildirilmiştir (11, 109). Bireyin hastalığını ve ameliyatıyla ilgili karşılaşacağı zorlukları tanınması bakım sürecine etkili olarak katılabilmesi için yol göstericidir. Eğitim alan bireyler ameliyat sonrası süreçte sağlığı geliştirmek için neler yapması gerektiğini bilir ve aktif olarak bakıma katılabilir. Bu nedenle kişinin bilgilendirilmesi ve gerekli eğitimler verilmesiyle öz etkililik algısının yüksek bulunması beklenen bir durumdur.

Çalışmamızda hem hekim hem de hemşireden eğitim alan hastaların BEBÖ toplam puan ortalamalarının yalnızca hemşireden eğitim alan kişilere göre anlamlı şekilde yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu. Hasta hekim ilişkisinin iyi olmasının tanı ve tedavi sürecinde başarı getirdiği bildirilmiştir (112). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde hekimlerin eğitime katılmasının öz etkililik üzerinde önemli ve olumlu katkısı olduğu bulundu. Ameliyat öncesi ya da sonrasında hastalar durumları hakkında belirsizlik yaşayabilmektedirler. Bu amaçla hastalara anlaşılır bir dille aydınlatıcı eğitimlerin verilmesi, hastaların tüm sorularının cevaplanması ve bu

eğitimlerin ekip halinde (hekim, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist gibi) profesyonel olarak verilmesi hastaların kendilerini daha iyi hissetmesini sağlayabilir.

Çalışmamızda hastaların yüksek düzeyde sosyal destek aldığı ve en yüksek sosyal desteği aileden aldığı bulundu. Bu anlamda çalışmamız literatürde yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir (113, 114). Çalışmamıza katılan hastaların çoğunluğunun evli ve ailesiyle birlikte yaşıyor olması bu sonuçta etkili olabilir. Ayrıca Türk toplumunda aile bağlarının güçlü olması ve kültürel olarak aile yapısına verilen önem de bu sonuçta etkili olabilir.

Çalışmamızda hastaların cinsiyete göre algılanan sosyal destek puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunmazken arkadaş desteği alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Buna göre kadınların algıladığı arkadaş desteği alt boyut puan ortalamaları erkeklere göre düşük bulundu. Çalışmamızın popülasyonunda kadın hasta sayısının erkeklere oranla düşük olması bu sonuçla ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda hastaların medeni durumuna göre algılanan sosyal destek toplam puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunmazken, arkadaş desteği alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak farklılık bulundu. Bekar bireylerin arkadaş desteği alt boyut puan ortalamaları evli bireylere göre anlamlı şekilde yüksek bulundu. Çalışmamızla benzer şekilde yapılan bir araştırmada bekarların arkadaş desteği evlilere göre yüksek bulunmuştur (114). Evli bireyler hayatının her anını eşleri ile devam ettirdiği için duygu, düşünce, endişe ve korkularını en yakın buldukları eşleri ile paylaşabilir ve arkadaş desteğine ihtiyaç duymayabilir. Bekar bireylerin ise arkadaşlık paylaşım ve desteği evlilere göre daha güçlü olabilir. Bu durum bekarların algıladıkları arkadaş sosyal desteğinin evlilere göre daha yüksek olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızdan farklı olarak literatürde eğitim düzeyi yükseldikçe algılanan sosyal destek düzeyinin arttığı birçok çalışmayla gösterilmiştir (109, 115, 116). Çalışmamızda hastaların eğitim düzeyine göre algılanan sosyal destek puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunmazken aile desteği alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. İlköğretim mezunu olanların aile desteği alt boyut puanlarının lise mezunu olanlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu bulundu. Çalışmamızda ilkokul mezunu hasta birey sayısının lise ve üniversite mezunlarına oranla oldukça fazla olması bu sonuç ile ilişkilendirilebilir. Ayrıca bireyler lise ya da üniversite

eğitimi için ailelerinden ayrılmış olabilir ve bu durum aile hayatından uzaklaşmaya neden olarak eğitim düzeyi arttıķa aile desteğinin azalması ile sonuçlanabilir.

Çalışmamızda yalnız yaşayanların algılanan sosyal destek puan ortalamalarının diğer gruplara göre düşük olmasına karşın gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Sosyal destek hem aile bireyleri hem de sosyal çevreden kazanılan bir kavramdır. Aile bireylerinden uzakta yaşamak, aile bireylerinin kaybı, emekli olmak, okul yaşantısının olmaması, sağlık sorunları gibi durumlar yalnız yaşamanın bir sonucu olarak sosyal destek kaybına neden olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda hastaların ameliyat türüne göre algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu. Yalnızca kapak ameliyatı olan hastaların toplam sosyal destek puanlarının kapak ve KABG ameliyatı olan gruba göre anlamlı şekilde düşük olduğu bulundu. Koroner arter bypass ameliyatı olan bireylerdeki bacak insizyonu varlığı yalnızca kapak ameliyatı olan hastalara göre daha fazla ağrı hissetmelerine neden olabilir. Ayrıca KABG ameliyatı geçiren hastaların mobilizasyonda daha fazla desteğe gereksinim duydukları düşünüldüğünde çevrelerinden aldıkları sosyal desteğin daha yüksek bulunması bu farklılıklarla ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda hem hekim hem de hemşireden eğitim alan hastaların özel insan alt boyut puanlarının yalnızca hemşireden eğitim alan kişilere göre anlamlı şekilde düşük olduğu bulundu. Toplumumuzda hekime verilen değer dikkate alındığında, bireylerin hekim tarafından bilgilendirilmiş olması onlara kendilerini özel hissettirmiş olabilir.

Çalışmamızda aile desteği alt boyut puanları ile fiziksel fonksiyon alt boyutu, öz bakım modifikasyonu ve egzersiz aktivite modifikasyonu, psikososyal fonksiyon puanları ve toplam öz etkililik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve zayıf düzeyde ilişkiler bulunmaktadır. Özel insan desteği alt boyut puanları ile fiziksel fonksiyon, psikososyal fonksiyon, egzersiz aktivite modifikasyonu, diyet modifikasyonu ve toplam öz etkililik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve zayıf düzeyde ilişkiler bulunmaktadır. Çalışmamızın sonucuna göre, hasta bireylerin sosyal destek sistemleri öz etkililik inancını artırmakta ve geliştirmektedir. Aile desteği; fiziksel fonksiyon, öz bakım modifikasyonu egzersiz aktivite fonksiyonunda etkili olurken, arkadaş desteği; fiziksel fonksiyon, öz bakım modifikasyonu, psikososyal fonksiyon, egzersiz aktivite modifikasyonu üzerinde ve özel insan desteği; fiziksel fonksiyon, psikososyal fonksiyon, egzersiz aktivite fonksiyonu ve diyet modifikasyonunda etkisi olduğu görüldü.

Bu durum hasta bireylerin öz bakım davranışlarını geliştirmede sosyal desteğinin önemli olduğunu göstermektedir.

Algılanan sosyal destek toplam puanları ile tüm öz etkililik alt boyut puanları ve toplam öz etkililik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Yalnızca toplam öz etkililik puan ortalamaları ile sosyal destek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki mevcutken, BEBÖ'nün alt boyut puan ortalamaları ile istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve zayıf düzeyde ilişki görülmektedir. Bu sonuç, algılanan sosyal destek düzeyi artışının öz etkililik algısını da artırdığını göstermektedir. Çalışmamıza benzer olarak literatürde algılanan sosyal desteğin bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yerine getirmede önemli bir yeri olduğunu gösteren çalışmalar yer almaktadır. Bennet ve arkadaşlarının kalp yetmezliği olan hastalar üzerinde yaptıkları araştırmada, algılanan sosyal desteğin yaşam kalitesi ile ilişkisi olduğu bildirilmiştir (117). Sayers ve arkadaşları, kalp yetmezliği hastalarında yapmış olduğu bir araştırmada, yüksek düzey sosyal desteğin bireylerin öz bakım davranışlarıyla olumlu ilişkisinin bulunduğunu bildirmişlerdir (118). Özdemir ve arkadaşları diyabet hastalarıyla yaptıkları araştırmada algılanan sosyal desteğin artmasıyla öz etkililik düzeylerinin de yükseldiğini bildirmişlerdir (6). Bireylerin çevrelerinden aldıkları sosyal destek daha güçlü hissetmelerini sağlayabilir. Bireyin algıladığı sosyal destek duygusal anlamda moral ve motivasyon sağlayarak hastalığa ve tedaviye uyumu artırabilir. Aynı zamanda algılanan sosyal destek sistemlerine karşı duydukları güven de kendilerine olan güveni geliştireceğinden öz etkililik seviyesini yükseltebilir (6, 117, 118).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Açık kalp ameliyatı olan hastaların öz etkililik ve algılanan sosyal destek düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan ortaya çıkan sonuçlar şu şekildedir.

- Hastaların %61.2'sinin 51-70 yaş aralığında olduğu, %70.7'sinin erkek olduğu, %93.4'ünün evli olduğu, %74'ünün ilköğretim mezunu olduğu, %50'sinin ilde yaşadığı, %48.8'inin eşi ve çocuklarıyla yaşadığı ve %70.7'sinin çalışmadığı saptandı (Tablo 1).
- Hastaların %50.8'inin kronik bir hastalığı olduğu, %67.8'inin KABG ameliyatı geçirdiği, %54.5'inin daha önce ameliyat geçirdiği, %75.6'sının daha önce hastanede yatma deneyimi olduğu, %96.3'ünün hastalık ve ameliyata ilişkin bilgi aldığı ve %50.9'unun bu bilgiyi hemşirelerden aldığı, %94.2'sinin de verilen eğitimi yeterli bulduğu saptandı (Tablo 2).
- Hastaların BEBÖ toplam puan ortalamasının 44.7 ± 8.5 , “fiziksel fonksiyon” alt boyut ortalamasının 8.0 ± 2.8 , “öz bakım modifikasyonu” alt boyut ortalamasının 11.6 ± 2.9 , “diyet modifikasyonu” alt boyut ortalamasının 6.5 ± 1.5 , “psikososyal fonksiyon” alt boyut ortalamasının 8.8 ± 2.4 , “egzersiz aktivite modifikasyonu” alt boyut ortalamasının 9.7 ± 1.8 olduğu ve öz etkililik düzeylerinin orta düzeyde olduğu bulundu (Tablo 3).
- Hastaların BEBÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları ile medeni durum yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, birlikte yaşanılan kişiler ve çalışma durumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Yaş gruplarından 30-50 yaş grubunun, erkeklerin, evlilerin, üniversite mezunlarının, eşi ve çocuklarıyla yaşayan bireylerin ve çalışanların BEBÖ toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4).
- Hastaların BEBÖ ve alt boyut puan ortalamaları ile kronik hastalık varlığı, ameliyat türü, daha önce ameliyat geçirme, daha önce hastanede yatma deneyimi yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken, hastalık ve ameliyatla ilgili eğitim alma durumu, eğitim veren kişiler ve eğitimi yeterli bulma yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Kronik hastalığı olanların, kapak ve KABG ameliyatı olanların, daha önce ameliyat geçirenlerin, daha önce hastaneye yatma deneyimi olanların, hastalık ve ameliyatla ilgili

eğitim alanların, hem hekim hem hemşireden eğitim alanların ve eğitimi yeterli bulanların BEBÖ toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 5).

- Hastaların ÇBASDÖ toplam puan ortalamalarının 70.2 ± 11.4 , “aile desteği” alt boyut ortalamasının 25.6 ± 3.3 , “arkadaş desteği” alt boyut ortalamasının 20.6 ± 6.4 ve “özel insan desteği” alt boyut ortalamasının 24.1 ± 4.9 olduğu, en fazla desteği aileden aldığı ve sosyal destek düzeyinin yüksek olduğu bulundu (Tablo 6).
- Hastaların ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, birlikte yaşanan kişiler ve çalışma durumu yönünden ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Arkadaş desteği alt boyut puan ortalamalarında cinsiyet ve medeni durum yönünden, aile desteği alt boyut puan ortalamalarında eğitim yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Yaş gruplarında 30-50 yaş grubunun, erkeklerin, bekarların, ilköğretim mezunu olanların, eşi ve çocukları ile yaşayanların ve çalışmayanların ÇBASDÖ toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 7).
- Açık kalp ameliyatı olan hastaların ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında; kronik hastalık varlığı, daha önce ameliyat geçirme, daha önce hastanede yatma, hastalık ve ameliyatla ilgili eğitim alma ve eğitimi yeterli bulma yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Ameliyat türü yönünden ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları, eğitim alınan kişilere göre özel insan desteği alt boyut puan ortalamaları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Kronik hastalığı olmayanların, kapak ve KABG ameliyatı olanların, daha önce ameliyat geçirenlerin, daha önce hastaneden yatmayanların, hastalık ve ameliyat ile ilgili eğitim almayanların, hemşire ve hekimden eğitim alanların ve eğitimi yetersiz bulanların ÇBASDÖ toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 8).
- Algılanan sosyal destek toplam puanları ile tüm öz etkililik alt boyut puanları ve toplam öz etkililik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulundu. Yalnızca toplam öz etkililik puanı ile istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki mevcutken diğer tüm ilişkilerin de

istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve zayıf düzeyde olduğu bulundu (Tablo 9).

Çalışmamızda ortaya çıkan sonuçlara göre şu önerilerde bulunuldu.

- Çalışmamızda açık kalp ameliyatı olan hastaların öz etkililik düzeyinin orta düzeyde bulunması nedeniyle, hastaların ameliyat öncesi ve sonrasında bakımından sorumlu hemşire tarafından öz etkililik düzeyi değerlendirilmelidir.
- Hastaların öz etkililik algısını etkileyebilecek faktörler göz önünde bulundurularak, hasta ile iletişime geçerek hastaya zaman ayrılmalıdır.
- Hasta eğitiminin öz etkililikte önemli olması nedeniyle öz etkililik algısı eğitimle güçlendirilmelidir.
- Çalışmamızda algılanan sosyal desteğin yüksek düzeyde olduğu bulundu. Sosyal destek öz etkililiği olumlu yönde etkilediği için, hastanın bakımından sorumlu hemşire hastanın sosyal destek düzeyini değerlendirmeli, hangi desteğin eksik olduğunu ve bu desteği etkileyen etmenleri belirlemeli, hastaya danışmanlık yapmalı ve destek olmalıdır.
- Ayrıca sosyal destek sistemleri değerlendirilirken hasta yakınlarına gerekli desteği sağlamaları konusunda eğitim verilmelidir.
- Cerrahi hemşireleri holistik yaklaşım kapsamında kaliteli bir bakım sunabilmek için hastanın öz etkililik ve sosyal destek düzeylerini değerlendirmeli, gerekiyorsa hastaya destek olmalı, hastaya yönelik etkili bakım planı oluşturmalı ve hastanın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını devam ettirmesi açısından etkili taburculuk eğitimi vermelidir.

7. KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2015). Türkiye kalp ve damar hastalıkları önleme ve kontrol programı 2015-2020 [online]. Erişim Adresi: <https://www.tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf>. [Erişim Tarihi 1 Haziran 2018].
2. World Health Organization (2018). Cardiovascular diseases [online]. Available from: www.who.int/cardiovascular_diseases/en/. [Accessed 01 June 2018].
3. Türkiye İstatistik Kurumu (2016). Ölüm nedeni istatistikleri [online]. Erişim Adresi: tük.gov.tr/. [Erişim Tarihi 01 June 2018].
4. Sidar A, Dedeli Ö, İşkesen A (2013). Açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların kaygı ve ağrı distressi ağrı düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi. Yoğun Bakım Dergisi 4: 1-8.
5. Direk F, Şenol Çelik S (2012). Postoperative problems experienced by patients undergoing coronary artery bypass graft surgery and their self-care ability after discharge. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 20(3): 530-535.
6. Özdemir A, Kavak F, Gültekin A (2019). Tip II diyabet hastalarında algılanan sosyal destek ile öz etkililik durumunun belirlenmesi. Türkiye Klinikleri Journal Nursing Science 11(3): 305-12.
7. Barnason S, Zimmerman L, Nieveen J, Schmaderer M, Corronza B, Reilly S (2003). Impact of a home communication intervention for coronary artery by-pass graft patients with ischemic heart failure on self efficacy, coronary disease risk factor modification, and functioning. The Journal of Acute and Critical Care 32(3): 147-158.
8. Bandura A (1977). Self efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 84(2): 191-215.
9. Vatansever Ö, Ünser S (2014). Determination of medical treatment adherence, self efficacy levels of patients with essential hypertension and affecting factors. Turkish Journal of Cardiovascular Nursing 5: 66-74.
10. Özkaptan BB (2013). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylere öz bakım modellerine göre verilen hemşirelik bakımının öz etkililik üzerine etkisi. Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara.

11. Doğan N, Göriş S, Demir H (2016). Levels of pain and self efficacy of individuals with osteoarthritis. *Ağrı* 28: 25-31.
12. Eker D, Arkar H, Yıldız H (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 12: 18-25.
13. Korkmaz T, Tel H (2010). KOAH'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 13(2): 79-86.
14. Seco M, Edelman JJ, Forrest P, Ng M, Wilson MK, Fraser J, et al (2014). Geriatric cardiac surgery: Chronology vs biology. *Heart Lung and Circulation* 23(9): 794-801.
15. Mageed L (2018). Coronary artery disease: pathogenesis, progression of atherosclerosis and risk factors. *Open Journal of Cardiology & Heart Diseases* 2(4): 1-7.
16. Koplay M, Erol C (2013). Koroner arter hastalığı. *Türk Radyoloji Seminerleri* 1: 57-69.
17. Tanrıverdi B, Savaş Tetik Ş (2017). Aterosklerozun patofizyolojisi ve risk faktörleri. *Marmara Pharmaceutical Journal* 21: 1-9.
18. Ambrose AJ, Singh M (2015). Pathophysiology of coronary artery disease leading to acute coronary syndromes. *F1000 Prime Reports* 7: 08.
19. Koroner arter hastalık tedavisi rehberi. Cleveland Clinic [online]. Erişim Adresi: https://my.clevelandclinic.org/ccf/media/files/ghs/Turkish%20Guides/158339-CAD%20Guide%20for%20GPS_TR.pdf. [Erişim Tarihi 20 Haziran 2020].
20. Heitkemper MM, Dirksen SR, Lewis SM, Bucher L, Harding M (2014). Assessment and management of clinical problems. Lewis S (Ed.), *Medical-surgical nursing*. 9th ed. Elsevier-Mosby Yayınevi, Missouri, Sayfa: 730-776.
21. Guyton AC, Hall JE (2017). *Textbook of Medical Physiology*. Tıbbi Fizyoloji. 13th ed. Çeviren: Bayrak S, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, Sayfa: 115-116.
22. Karadakovan A, Eti Aslan F (2017). Yapısal enfeksiyöz ve enflamatuvar kalp hastalıkları. Demir Korkmaz F (Ed.), *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. Akademisyen Kitabevi, Ankara, Sayfa: 475-477.

23. CammJA, Lüscher TF, Maurer G, Serruys PW (2018).Valvular heart disease. Vahanian A, Lung B, Pierard L, Dion R, Pepper J (Ed.), ESC textbook of cardiovascular medicine. 3rd ed. Oxford University Press, France, Sayfa: 626-627.
24. Paç M, Akçevin A, Aka AS, Büket S, Sarıoğlu T (2013). Erişkin kalp cerrahisi. Çobanoğlu A, İspir S (Ed.), Kalp ve damar cerrahisi. 2'nci baskı. MN Medikal & Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, Sayfa: 665-675.
25. Motiwala SR, Delling FN (2015). Assessment of mitral valve disease: a review of imaging modalities. Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine 17: 30.
26. Türk kardiyoloji derneği kalp kapak hastalıkları tedavi kılavuzu (2012) [online]. Erişim Adresi: <https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k08/2fbd0.htm?wbnum=1402>. [Erişim Tarihi 17 Mart 2020].
27. Ray R, Chambers J (2014). Mitral valve disease. International Journal of Clinical Practice 68: 1216–1220.
28. Karadakovan A, Eti Aslan F (2017). Yapısal enfeksiyöz ve enflamatuvar kalp hastalıkları. Demir Korkmaz F (Ed.), Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Akademisyen Kitabevi, Ankara, Sayfa: 480-481.
29. Kardiyovasküler akademi derneği kalp kapak hastalıkları (2017) [online]. Erişim Adresi: http://www.kvakademi.org/halk_homepage/halk_pages_detail/54. [Erişim Tarihi 17 Mart 2020].
30. Duran E (2004). Kalp tümörleri. Şirin H (Ed.), Kalp ve damar cerrahisi. Çapa Tıp Kitabevi, İstanbul, Sayfa: 1751-1753.
31. Karakuş A, Kuvandık G, Fansa İ (2014). Travma ve kalp. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi 5(20): 38-44.
32. Görmüş N, Dereli Y, Tanyeli Ö (2013). Künt ve penetran kalp yaralanmaları. Türkiye Klinikler Journal Cardiovascular Surgical-Special Topics 5(2): 5-10.
33. Erişkinlerdeki doğumsal kalp hastalığının tedavisi için ESC kılavuzları yeni versiyon (2010). Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 38(4): 67-111.
34. Polat C, Enç N (2015). Erişkinlerde konjenital kalp hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 6(11): 138-150.

35. Arıbal S, Önder H (2018). Pediyatrik konjenital hastalıkları. Türk Radyoloji Seminerleri 6: 233-248.
36. Afilalo J, Rasti M, Ohayon SM, Shimony A, Eisenberg MJ (2012). Off-pump vs. on-pump coronary artery bypass surgery: an updated meta-analysis and meta-regression of randomized trials. European Heart Journal 33(10): 1257-67.
37. Demirkılıç U (2008). Kalp akciğer pompası. Özmen Ö (Ed), Ekstrakorporeal dolaşım. Eflatun Yayınevi, Ankara, Sayfa: 282.
38. Ak K (2015). Kardiyopulmoner bypass ve optimal koşulları. Kalp ve anestezi. İntertıp Yayınevi, İzmir, Sayfa: 121-140.
39. Erdil F, Elbaş ÖN (2012). Cerrahi hastalıklar hemşireliği. Altıncı Baskı, Aydoğdu Ofset, Ankara, Sayfa: 324-328.
40. Milli Eğitim Bakanlığı (2013). Biyomedikal cihaz teknolojileri, kalp akciğer makineleri [online]. Erişim Adresi: http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/KalpAkciğer%20Makineleri.pdf. [Erişim Tarihi 10 Haziran 2020].
41. Jonge de N, Kirkels JH, Klöpping C, Lahpor JR, Caliskan K, Maat APWM, Brügemann J, Erasmus ME, Klautz RJM, Verwey HF, Oomen A, Peels CH, Golüke AEJ, Nicastia D, Koole MAC, Balk AHMM (2008). Guidelines for heart transplantation. Netherlands Heart Journal 16: 79-87.
42. Taylor DO, Edwards LB, Aurora P, Christie JD, Dobbels F, Kirk R, Rahmel AO, Kucheryavaya AY, Hertz MI (2008). Registry of the international society for heart and lung transplantation: twenty-fifth official adult heart transplant report-2008. Journal Heart Lung Transplant 27: 943- 956.
43. Erişkinlerdeki doğumsal kalp hastalığının tedavisi için ESC kılavuzları yeni versiyon (2010). Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 4: 70-110.
44. Körükmez E (2017). Tek ve çift ventrikül fizyolojili siyanotik hastalarda uygulanan kardiyopulmoner bypass'ın serum parametrelerine etkisinin karşılaştırılması. Yüksek lisans tezi, T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Perfüzyon Anabilim Dalı, İstanbul.

45. 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, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul.
46. Duran E (2004). Koroner arter hastalığının cerrahi tedavisi. Sönmez B, Arbatlı H, Demirsoy E, Yağan N, Yılmaz O, Arpaz M, Tükenmez F, Şener D (Ed.), Kalp ve damar cerrahisi. Çapa Tıp Kitabevi, İstanbul, Sayfa: 1345.
47. Hillis LD, Smith PK, Anderson JL (2011). ACCF/AHA guideline for coronary artery bypass graft surgery: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Journal of the American College of Cardiology 58: 123-210.
48. Duran E (2004). Koroner arter hastalığının cerrahi tedavisi. Sönmez B, Arbatlı H, Demirsoy E, Yağan N, Yılmaz O, Arpaz M, Tükenmez F, Şener (Ed.), Kalp ve damar cerrahisi. Çapa Tıp Kitabevi, İstanbul, Sayfa: 1347-1351.
49. Koçaşlı S (2011). Açık kalp cerrahisi sonrası hastaların fiziksel ve psikososyal iyileşme durumları. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
50. Demir Korkmaz F (2017). Yapısal enfeksiyöz ve enflamatuvar kalp hastalıkları. Karadakovan A, Eti Aslan F (Ed.), Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Akademisyen Kitabevi, Ankara, Sayfa: 480-481.
51. Bojar R (2007). Erişkin Kalp Cerrahisinde Perioperatif Yaklaşım. 4th ed. Çeviren: Sarıgül A, Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, Sayfa: 4-9.
52. Kalp kapak hastalıkları tedavi kılavuzu (2012). Türk Kardioloji Derneği Arşivi 3: 83-128.
53. Jones B (2010). Postoperative complications of cardiac surgery and nursing interventions. Hardin SR, Kaplow R (Eds.), Cardiac surgery Essentials for critical care nursing. Jones and Bartlett Publishers, London, Sayfa: 257-286.
54. Mavili İ, Şahutoğlu C, Pestilci Z, Kocabaş S, Aşkar Z (2016). Etiological factors concerning the early complications the occur following coronary artery bypass graft surgery. Göğüs Kalp Damar Anestezi Dergisi 22: 16-23.

55. Koster S, Hensens AG, Schuurmans MJ, van der Palen J (2012). Consequences of delirium after cardiac operations. *The Annals of Thoracic Surgery* 93(3): 705-711.
56. Bakker RC, Osse RJ, Tulen JH, Kappetein AP, Bogers AJ (2012). Preoperative and operative predictors of delirium after cardiac surgery in elderly patients. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery* 41(3): 544-549.
57. McDonagh DL, Berger M, Mathew JP, Graffagnino C, Milano CA, Newman MF (2014). Neurologic complications of cardiac surgery. *Lancet Neurology* 13(5): 490-502.
58. Devecel AG (2015). Açık kalp ameliyatı öncesi verilen solunum egzersizlerinin solunum egzersizlerinin ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek atelektazi ile ilişkisinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
59. El Diasty M, Taberham R, Walcot, N (2017). Postoperative care of adult cardiac surgery patients. *Surgery* 36: 57-62.
60. Cavenaghi S, Ferreira LL, Marino LHC, Lamari NM (2011). Respiratory physiotherapy in the pre and postoperative myocardial revascularization surgery. *The Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery* 26(3): 455-461.
61. Pour HA, Demir Korkmaz F (2010). Açık kalp cerrahisi sonrası hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 26(1): 77-86.
62. Lopes CT, Santos TR, Brunori EHFR, Moorhead SA, Lopes JL, Barros ALBL (2015). Excessive bleeding predictors after cardiac surgery in adults: integrative review. *Journal of Clinical Nursing* 24: 3046-3062.
63. Paç M, Akçevin A, Aka AS, Büket S, Sarıoğlu T (2013). Kalp cerrahisinde hemorajik ve trombotik komplikasyonlar. Yorgancıoğlu AC, Tokmakoğlu H (Ed.), Kalp ve damar cerrahisi. 2'nci baskı. MN Medikal & Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, Sayfa: 370-371.
64. Hanözü M, (2006). Açık kalp cerrahisi sonrası gelişen torasik komplikasyonlar. Tıpta uzmanlık tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul.

65. Huang AP, Sakata RK (2016). Pain after sternotomy. *Brazilian Journal of Anesthesiology* 66(4): 395-401.
66. Faydalı S (2010). Cerrahi hastalarında analjeziklerin kaliteli kullanımı. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 17(2): 83-91.
67. Bakalım T (2004). Açık kalp cerrahisi sonrası sık karşılaşılan komplikasyonlar. Duran E (Ed.), *Kalp ve damar cerrahisi*. Çapa Tıp Kitabevi, İstanbul, Sayfa: 1156-1157.
68. Ankay Yılbaş A, Akça B, Kanbak M (2017). Konjenital kalp cerrahisi ve gastrointestinal sistem etkileri. *Anestezi Dergisi* 25(2): 59-64.
69. Şimşek YS (2003). Kardiyoloji ve kardiyak cerrahi ünitelerinde görülen hastane enfeksiyonları. *Hastane Enfeksiyonları Dergisi* 7: 168-88.
70. Gözüm S, Aksayan S (1999). Öz etkililik-yeterlik ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi* 2(1): 35-43.
71. Scholz U, Dona BG, Sud S, Schwarzer R (2002). Is general self-efficacy a universal construct psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment* 3: 242-521.
72. Bandura A (2002). Self-efficacy. *Encyclopedia of Human Behavior* 4: 71-81.
73. Shafiei Z, Babaee S, Nazari A (2014). Relationship between self efficacy and quality of life in coronary artery bypass graft surgery in Isfahan Chamran Hospital. *Iranian Journal of Surgery* 22(1): 64-72.
74. Kavrakım SD, Özer Z (2018). Koroner kalp hastalıklarının yönetiminde uyum ve öz yeterlik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 10(3): 334-345.
75. Özkaptan BB (2013). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylere öz bakım modellerine göre verilen hemşirelik bakımının öz etkililik üzerine etkisi. Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara.
76. Eker D, Arkar H, Yıldız H (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 12: 18-25.

77. Hendryx M, Green CA, Perrin NA (2009). Social support, activities, and recovery from serious mental illness. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 36: 320-329.
78. Hutchison C (1999). Social support: factors to consider when designing studies that measure social support. *Journal of Advanced Nursing* 29: 1520-1526.
79. Cohen S, Wills TA (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin* 98: 310-357.
80. Caplan N, Nelson SD (1973) On being useful: the nature and consequence of psychological research on social problems. *American Psychologist* 28: 199-211.
81. Terzi G (2013). Üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 3: 1-11.
82. Lepore SJ, Evans GW, Schneider ML (1991). Dynamic role of social support in the link between chronic stress and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology* 61(6): 899-909.
83. Heller KRW, Swindle LD (1986). Components of social support process: comment and integration. *Journal of Clinical Psychology* 54: 466-470.
84. Yıldırım N, Atalay M (2002). Koroner arter bypass ameliyatı olan hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi* 4: 52-64.
85. Yount SE, Choi SW, Victorson D et al (2011). Brief, valid measures of dyspnea and related functional limitations in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Value Health* 14: 307-315.
86. Kara M, Mirici A (2002). KOAH öz-etkililik ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliği. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi* 34: 61-66.
87. Bandura A (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior* 31: 143-164.
88. Aksayan S, Gözüm S (1998). Olumlu sağlık davranışının başlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkililik (kendini etkileme) algısının önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2: 35-41.

89. Jenkins LS, Gortner SR (1988). Correlates of self-efficacy expectation and prediction of walking behavior in cardiac surgery elders. *Annals of Behavioral Medicine* 20(2): 99-103.
90. Bandura A, Adams NE (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research* 1: 287-308.
91. Doğan N, Göriş S, Demir H (2016). Levels of pain and self efficacy of individuals with osteoarthritis. *Ağrı* 28: 25-31.
92. Tekin Yanık Y (2011). Tip 2 diyabetlilerin öz yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, Edirne.
93. Stuifbergen AK, Seraphine A, Roberts G (2000). An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. *Nursing Research* 49: 122-129.
94. Schaffer S (2008). Perception of general health and self efficacy for the coronary artery bypass graft patient [online]. Erişim adresi: https://minds.wisconsin.edu/bitstream/handle/1793/34326/Schaffer_ClinicalPaper_08.pdf?sequence=1&isAllowed=y. [Erişim Tarihi 10 Kasım 2020].
95. Ökdem Ş, Yardımcı F (2010). Üniversite öğrencilerinin algılanan sosyal destek düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Anadolu Psikiyatr Dergisi* 1: 228-234.
96. Dilek F, Ünal A, Ünsan S (2017). İleri evre demans hastasında hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Journal of Health Science and Profession* 4(2): 125-131.
97. Hurdle DE (2001). Social support: a critical factor in women's health and health promotion. *Health & Social Work* 26: 72-79.
98. Topçu S, Bölüktaş RP (2012). İnmeli hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal desteğin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi* 9: 159-164.
99. Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health (2018) [online]. Erişim Adresi: <http://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>. [Erişim Tarihi 1 Haziran 2018].

100. Köse S (2018). Açık kalp cerrahisi yapılan hastalarda erken ve düzenli mobilizasyonun yaşam bulguları ve oksijen saturasyonu üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Erzurum.
101. Avcı S, Karahan A (2013). Barnason etkililik beklenti ölçeği kardiyak cerrahi versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 21: 691-698.
102. Barnason S (2002). Development of a self efficacy instrument for coronary artery by passgreft patients. Journal of Nursing Measurement 10: 123-133.
103. Zimet GD, Dahlen NW, Zimet SG, Farley GK (1998). The multidimensional scale of perceived social support. Journal of Personality Assessment 52: 30-41.
104. Eker D, Arkar H (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi 10: 45-55.
105. Budak M (2019). İki uçlu duygu durum bozukluğu tanısı alan hastalara uygulanan tedaviye uyum programının tedaviye uyum, öz etkililik ve benlik saygısı üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi, Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Erzincan.
106. Evcimen H (2018). Tip 1 diabetes mellituslu ergenlerde motivasyonel görüşmenin öz etkililik düzeylerine olan etkisinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Elazığ.
107. İlker C (2010). İlköğretim öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek düzeyleri. Doktora tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Sınıf Öğretmenliği Anabilim Dalı, İstanbul.
108. Özdemir A, Kavak F, Gültekin A (2019). Tip II diyabet hastalarında algılanan sosyal destek ile öz etkililik durumunun belirlenmesi. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Science 11(3): 305-312.
109. Güçlü H (2018). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin öz etkililik ve ölüm kaygısı düzeyleri. Yüksek lisans tezi, Bozok Üniversitesi-Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yozgat.

110. Eşlik M, Çetinkaya A (2019). Self-efficacy perceptions in coping of the patients post-coronary artery bypass graft surgery. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 10(22): 41-49.
111. Kaline JT, Hinojosa J, Strober L, Bacon J, Donnely S, Goverover Y (2018). Randomized controlled trial to improve self-efficacy in people with multiple sclerosis: The Community Reintegration for Socially Isolated Patients (CRISP) Program. *American Journal of Occupational Therapy* 72(5): 1-8.
112. Gültekin E (2017). Etik açıdan doğru hekim-hasta iletişimi nasıl olmalıdır? *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics* 24(3): 111-115.
113. Arslantaş H, Adana F, Kaya F, Turan D (2010). Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 18(2): 87-97.
114. Aras A, Tel H (2009). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin sosyal destek gereksinimlerinin belirlenmesi. *Türk Toraks Derneği* 10: 63-68.
115. Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E (2010). Evaluation of perceived social support levels in pregnancy and postpartum periods. *Journal of Psychiatric Nursing* 1(2): 71-76.
116. Gao J, Wang J, Zheng P, Haardörfer R, Kegler MC, Zhu Y, Fu H (2013). Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. *BMC Family Practice* 14(1): 66.
117. Bennet SJ, Perkins SM, Lane KA, Deer M, Brater DC, Murray MD (2001). Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients. *Quality of Life Research* 10: 671-682.
118. Sayers SL, Riegel B, Pawlowski S, Coyne JC, Samaha FF (2008). Social support and self care of patients with heart failure. *Annals of Behavioral Medicine* 35(1): 70-79.



EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaların Öz Etkililik ve Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi

Değerli Katılımcı,

Öz etkililik, bireyin hayatında karşılaşılabileceği güç durumların üstesinden gelmekte ne kadar başarılı olabileceğine ilişkin kendine olan inancıdır. Sosyal destek, bireyin stres altında ya da güç durumdayken çevresindeki insanlardan aldığı maddi ve manevi destek konularını içerir.

Araştırmanın amacı, açık kalp ameliyatı olan hastaların öz etkililik ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirmektir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar, cerrahi hemşirelerine öz etkililiğin güçlendirilmesi ve sosyal destek düzeylerinin artırılmasına yönelik bakımı planlamada ve bu sorunlara neden olan etkenleri ortadan kaldırmak için öncelikleri belirlemede yardımcı olacaktır.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

I. TANITICI BİLGİLER

1. Yaş:.....
2. Cinsiyet : ☐ Kadın ☐ Erkek
3. Medeni Durumu : ☐ Evli ☐ Bekar
4. Eğitim Durumu : ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite
5. Yaşadığı Yer : ☐ İl ☐ İlçe ☐ Köy
6. Aylık Gelir Düzeyi : ☐ İyi ☐ Orta ☐ Düşük
7. Birlikte Yaşadığı Kişiler: ☐ Yalnız ☐ Eşi ile ☐ Eşi ve çocukları ile ☐ Akrabalarıyla
8. Çalışma Durumu : ☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor

II. HASTALIĞA ve AMELİYATA İLİŞKİN BİLGİLER

9. Ameliyat olduğu hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalık (şeker hastalığı, kalp hastalığı, tansiyon vb.) varlığı

- ☐ Evet ise, ☐ Hayır
- ☐ Şeker hastalığı ☐ Kalp hastalığı
- ☐ Yüksek tansiyon ☐ Diğer.....

10. Daha önce ameliyat geçirme durumu: ☐ Evet ☐ Hayır

11. Daha önce hastaneye yatma durumu: ☐ Evet ☐ Hayır

12. Uygulanan ameliyat türü:

13. Hastalık ve ameliyat ile ilgili eğitim alma durumu:

- ☐ Evet ise; Hangi eğitimler verildi? ☐ Hayır
- ☐ Ameliyat ☐ Solunum-öksürük egzersizleri
- ☐ Korse kullanımı ☐ Ağrı kontrolü
- ☐ Beslenme ☐ Egzersiz
- ☐ İlaçlar ☐ Kontrole gelme zamanı
- ☐ Diğer

14. Eğitimi veren kişi: ☐ Hemşire ☐ Hekim ☐ Diğer

15. Verilen eğitimi yeterli bulma durumu: ☐ Yeterli ☐ Kısmen yeterli ☐ Yetersiz

Ek 2. Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği Kardiyak Cerrahi Versiyonu

Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEES): Kalp Cerrahisi Versiyonu

Açıklama: Kalp ameliyatı sonrası kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıda verilen ifadeleri cevaplayınız. Her bir ifadenin karşısında yer alan seçeneklerden kendinize en uygun olan daireyi işaretleyiniz.

Kalp ameliyatı olduğumdan bu yana şunları bileceğime/yapabileceğime güveniyorum:	1- Kesinlikle Katılmıyorum	2- Katılmıyorum	3- Katılıyorum	4- Kesinlikle Katılıyorum
1. Evde gündelik alışkanlıklarımı gerçekleştirme.	☐	☐	☐	☐
2. Normal ev işlerini gerçekleştirme (örn. yemek yapma, temizlik, ev tamirati, market alışverişi, bahçede çalışma, çim biçme).	☐	☐	☐	☐
3. Ailem ve/veya arkadaşlarımla her zamanki faaliyetlerime katılma.	☐	☐	☐	☐
4. Her zamanki hobilerimi/eglençe faaliyetlerimi gerçekleştirme.	☐	☐	☐	☐
5. Ailem/arkadaşlarım aşırı korumacı olurlarsa bununla başa çıkabilme.	☐	☐	☐	☐
6. Olabilecek üzüntü/depresyon duygularının üstesinden gelme.	☐	☐	☐	☐
7. Kalp kasımı güçlendirmeye yardımcı egzersizleri yapma.	☐	☐	☐	☐
8. Benim için ne tür egzersizin önerildiğini bilme.	☐	☐	☐	☐
9. Öğünlerime sodyum (tuz) ve kolesterolden düşük yiyeceklerin nasıl ekleneceğini bilme.	☐	☐	☐	☐
10. Dışarıda yemek yediğimde sodyum (tuz) ve kolesterolden düşük besinleri seçme.	☐	☐	☐	☐
11. Anjina veya göğüs ağrım olursa ne yapacağımı bilme.	☐	☐	☐	☐
12. Kullandığım ilaçların ne işe yaradığını anlama.	☐	☐	☐	☐
13. İlaçlarımı ne zaman almaya ihtiyacım olduğunu bilme.	☐	☐	☐	☐
14. Ameliyat yerimin bakımının nasıl yapıldığını bilme.	☐	☐	☐	☐
15. Sorunlarım olduğunda doktorumu ne zaman arayacağımı bilme.	☐	☐	☐	☐

Ek 3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşlarımdışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

Ek 3. (Devam)

7. İşlerkötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

Ek 4. Kurum İzni



T.C.
TRABZON VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

S.B.Ü. Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliği



Sayı : 96975576-604.01.01
Konu : Araştırma İzni Ebru GÜNER

TRABZON İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
Personel, Destek Hizmetleri Başkanlığı

İlgi : 25.10.2018 tarihli ve 79446491 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınız gereği; Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ebru GÜNER'in "Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaların Öz Etkililik ve Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi" adlı çalışmasını Hastanenizde yapma talebi tarafımızca değerlendirilmiş ve uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Doç.Dr.İsmet DURMUŞ
Başhekim

Faks No:

e-Posta: turan.ozturk@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Bilgi için: Turan ÖZTÜRK

Unvan: BİYÖLOG

Telefon No: 0 462 231 04 67 - 2407

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 3f911fe2-7116-4136-b729-0d5d3d600e08 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 5. Etik Kurul İzni

T.C.
TRABZON VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı: 23618724 /
Konu: Etik Kurul Karar Belgesi

Doç.Dr. Dilek ÇİLİNGİR
Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

İlgi: 08.11.2018 tarih ve 23618724-000-16520 sayılı dilekçeniz.

İlgi tarihli ve sayılı dilekçenizde belirtilen “Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaların Öz- Etkililik ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi” başlıklı etik kurul 2018/69 protokol numaralı araştırma başvurunuz raportör ve Etik Kurul görüşleri doğrultusunda değerlendirilmiş olup, tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Uzer RÜÇÜKTÜLÜ
Etik Kurul Başkanı

Ek: Etik Kurul Karar Formu (2 sayfa)

Ek 5. (Devam)

**SBÜ KANUNİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	SBÜ KANUNİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ	Kanuni E.A.H. 1.Kat Kaşüstü/YOMRA-TRABZON
	TELEFON	0 462 341 5656
	FAKS	0 462 341 5653
	E-POSTA	kanunietikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaların Öz-Etkililik ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi		
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	2018/69		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Sorumlu Araştırmacı: Doç.Dr.Dilek ÇİLİNGİR Yardımcı Araştırmacı: Yüksek Lisans Öğrencisi Ebru GÜNER		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi		
	DESTEKLEYİCİ	YOK		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	YOK		
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐	
		FAZ 2	☐	
		FAZ 3	☐	
		FAZ 4	☐	
		Gözlemsel İlaç Çalışması	☐	
		İlaç Dışı Klinik Araştırma	☒	
		Diğer ise belirtiniz		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐ ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	08.11.2018	2018/69	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	GEREKİYOR	GEREKİYOR	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	GEREKİYOR	GEREKİYOR	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	GEREKİYOR	GEREKİYOR	Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Ek 5. (Devam)

**SBÜ KANUNİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	SİGORTA	☐	GEREKMIYOR
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	GEREKMIYOR
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	GEREKMIYOR
	İLAN	☐	GEREKMIYOR
	YILLIK BİLDİRİM	☐	GEREKMIYOR
	SONUÇ RAPORU	☐	GEREKMIYOR
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	GEREKMIYOR
	DİĞER: (BAŞVURU DİLEKÇESİ, HELSINKİ BİLDİRGESİ, ÖZGEÇMİŞLER, İDARE ONAYI)	☒	İDARE ONAY BELGESİ BAŞVURU FORMU ARAŞTIRMACI ÖZGEÇMİŞ FORMU SORUMLU ARAŞTIRMACI ÖZGEÇMİŞ FORMU VERİ TOPLAMA FORMU ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU İMZA HELSINKİ BİLDİRGESİ İMZA SON VERSİYON İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KILAVUZU
	KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2018/69	Tarih: 04.04.2019

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr. Uzer KÜÇÜKTÜLÜ (Genel Cerrah-SBÜ KANUNİ EAH)

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof.Dr. Ersin YARIŞ	Farmakoloji	KTÜ TIP FAKÜLTESİ	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof.Dr. Uzer KÜÇÜKTÜLÜ	Genel Cerrahi	SBÜ KANUNİ EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Gökhan PEKER	Ortopedi ve Travmatoloji	SBÜ KANUNİ EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Şenol ARDIÇ	Acil Tıp	SBÜ KANUNİ EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Seyfi KARTAL	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	SBÜ KANUNİ EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Uzm. Dr. Serhat UYSAL	Enf.Hast.ve Klin. Mik.	SBÜ KANUNİ EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr.Öğr. Üyesi Rahman KÖSEOĞLU	İç Hastalıkları	SBÜ KANUNİ EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr.Öğr. Üyesi Deniz KULAKSIZ	Kadın Hastalıkları ve Doğum	SBÜ KANUNİ EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Uzm. Dr. Mesut YUR	Cerrahi Onkoloji	SBÜ KANUNİ EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Uzm.Dr.Selen GÜRİSOY TURAN	Halk Sağlığı	TRABZON İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Av. Kerem SEVİM	Avukat	TRABZON İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Reyhan AKBULUT	Biyomedikal Mühendisi	TRABZON İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
İsmail OMAK	Sağlık Dışı Üye	SERBEST MESLEK SAHİBİ	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Ek 6. Etik Kurul Başlık Değişikliği Onayı

TRABZON T.C. SB. SBÜ. KANUNİ EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - TRABZON KANUNİ EAH
EVRAK KAYIT BİRDİM - 14.07.2020 08:38 -
23618724.000.8191



Gelen Belge Kayıt

T.C.
TRABZON VALİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı: 23618724 /

Konu: Etik Kurul Karar Belgesi
(İsim Değişikliği Talebi)

Prof. Dr. Dilek ÇİLİNGİR
Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

İlgi: 29.06.2020 tarih ve 23618724-000-7879 sayılı dilekçeniz.

İlgi tarihli ve sayılı dilekçenizde; “Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaların Öz-Etkililik ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi” başlıklı ve 2018/69 protokol numaralı etik kurul onayı aldığınız çalışmanız için isim değişikliği talep ettiğiniz belirtilmiştir.

İsim değişikliği konusundaki başvurunuz 01.07.2020 tarihinde etik kurul toplantısında değerlendirilmiştir. Araştırmanın amacı, sonlanım noktası, niteliği, tasarımı, yöntemi, hasta popülasyonu, örneklem sayısı, dahil edilme kriterleri, araştırma protokolü, veri toplama formu, araştırma bütçesi ve araştırmacılar gibi araştırmanın içeriğinde hiçbir değişiklik yapmadığınıza dair taahhütünüz dikkate alınarak 2018/69 protokol numaralı araştırma başvurunuzun adının “Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaların Öz Etkililik ve Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi” olarak değiştirilmesi bilimsel, tıbbi, etik açıdan uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Uzer KÜÇÜKTÜLÜ
Etik Kurul Başkanı

Ek:

Etik Kurul Karar Formu (2 sayfa)

..01/ 07 / 2020 Hemşire: İlknur AKYÜZ

..../ 07 / 2020 İdari ve Mali İşler MÜd.Yrd.: Özgür GÜLCAN

Tel:0462-341 56 30 Dahili: 3555 Ayrıntılı bilgi için irtibat: İlknur AKYÜZ e-posta: ilknurakyuz78@hotmail.com

Ek 6. (Devam)

**SBÜ KANUNİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	SBÜ KANUNİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ	Kanuni E.A.H. 1.Kat Kaşüstü/YOMRA-TRABZON
	TELEFON	0 462 341 5656
	FAKS	0 462 341 5653
	E-POSTA	kanunietikkurul@gmail.com

BASVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaların Öz Etkililik ve Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	2018/69			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Dilek ÇİLİNGİR Yardımcı Araştırmacı: Yüksek Lisans Öğrencisi Ebru GÜNER			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ	YOK			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	YOK			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel İlaç Çalışması	☐		
		İlaç Dışı Klinik Araştırma	☒		
		Diğer ise belirtiniz			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUŞAL ☐	ULUŞLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	08.11.2018	2018/69	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	GEREKİYOR	GEREKİYOR	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	GEREKİYOR	GEREKİYOR	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	GEREKMİYOR	GEREKMİYOR	Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:
İmza:

Trabzon Kanuni Eğitim ve
Araştırma Hastanesi
Prof. Dr. Uğur KÜÇÜKTÜLÜ
Dipl. Tes. no: 49928-39177
Gözetim Kurulu üyesi

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Ek 6. (Devam)

**SBÜ KANUNİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	SİGORTA	☐	GEREKMIYOR
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	GEREKMIYOR
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	GEREKMIYOR
	İLAN	☐	GEREKMIYOR
	YILLIK BİLDİRİM	☐	GEREKMIYOR
	SONUÇ RAPORU	☐	GEREKMIYOR
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	GEREKMIYOR
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2018/69 -2	Tarih: 01.07.2019	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr. Uzer KÜÇÜKTÜLÜ (Genel Cerrah-SBÜ KANUNİ EAH)

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof.Dr. Ersin YARIŞ	Farmakoloji	KTÜ TIP FAKÜLTESİ	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr. Uzer KÜÇÜKTÜLÜ	Genel Cerrahi	SBÜ KANUNİ EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Feride Sena SEZEN	Farmakoloji	KTÜ ECZACILIK FAKÜLTESİ	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Gökhan PEKER	Ortopedi ve Travmatoloji	SBÜ KANUNİ EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Şenol ARDIÇ	Acil Tıp	SBÜ KANUNİ EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Seyfi KARTAL	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	SBÜ KANUNİ EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Rahman KÖSEOĞLU	İç Hastalıkları	SBÜ KANUNİ EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Deniz KULAKSIZ	Kadın Hastalıkları ve Doğum	SBÜ KANUNİ EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Recep ERİN	Kadın Hastalıkları ve Doğum	SBÜ KANUNİ EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Uzm. Dr. Selen GÜRSOY TURAN	Halk Sağlığı	TRABZON İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Av. Rafia ÇEKİRDEKÇİ	Avukat	TRABZON İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Reyhan AKBULUT	Biyomedikal Mühendisi	TRABZON İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
İsmail OMAK	Sağlık Dışı Üye	SERBEST MESLEK SAHİBİ	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:
İmza:

Trabzon Kanuni Eğitim ve
Araştırma Hastanesi
Prof. Dr. Uzer KÜÇÜKTÜLÜ
Dipl. No: 49428-19177
Ünvanlı Üyelerin Adı Soyadı

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Ek 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Sizi Ebru GÜNER tarafından yürütülen “Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaların ÖzEtkililik ve Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi”başlıklı ankete dayalı bir çalışmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyup isterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sormak istediğiniz sorularınız varsa bize sorunuz.

Anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülüğe dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. **Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onamverdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **anket formlarındaki** soruları cevaplarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma Sorumlusu
AdıSoyadı-Ünvanı-İmzası

Ebru GÜNER

Araştırmanın Amacı:

Açık kalp ameliyatı olan bireyler ameliyat sonrası dönemde birçok sorunla karşılaşabilmektedir. Ameliyatın etkisiyle hastada fiziksel ve psikolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Çalışma, açık kalp ameliyatı olan hastaların öz etkililik ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılacaktır.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

Araştırma, açık kalp ameliyatı olan hastaların öz etkililik ve sosyal destek düzeylerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılacaktır. Veri toplamada hastaların kişisel bilgilerini içeren Kişisel Bilgi Formu, “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği Kardiyak Cerrahi Versiyonu” ve “ Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeği”kullanılacaktır. Kişisel Bilgi Formu, hastaların sosyodemografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer, aylık gelir düzeyi vb.) özelliklerini belirlemeye yönelik dokuz ve hastalık ve ameliyata ilişkin özelliklerini (tanı, uygulanan ameliyat türü vb.) belirlemeye yönelik sekiz soru olmak üzere toplam 17 sorudan oluşmaktadır. BarnasonEtkililik Beklenti Ölçeği Kardiyak Cerrahi Versiyonu, KABG sonrası fiziksel fonksiyon, psikososyal fonksiyon, diyet modifikasyonu, egzersiz-aktivite modifikasyonu ve öz bakım yönetimi gibi konularda bireylerin öz-etkililiklerinin belirlenmesinde kullanılmaktadır ve 15 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 15 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde hastanın belirtilmiş davranışı gerçekleştirebileceğine olan güven algısı üzerine temellenmiştir. Ölçekte 1=Uygun değil, 2= Biraz uygun, 3= Uygun, 4= Çok uygun olmak üzere 4 puanlık Likert puanlaması kullanılmaktadır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeği, hastaların sosyal destek yeterliliklerini belirlemek amacıyla geliştirilmiş ve toplam 12 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte üç ayrı destek grubu tanımlanmıştır ve bu gruplara göre her soru dört maddeden oluşmaktadır. Aile grubu (3., 4., 8 ve 11. maddeler), arkadaşlar (6., 7., 9 ve 12. maddeler) ve özel bir insan (1., 2., 5 ve 10. maddeler). Her maddede yedi aralıklı bir ölçek kullanılmıştır. Anket süresi yaklaşık 30 dakikadan oluşmaktadır.

Araştırmanın Süresi:6 ay

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı:242

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Trabzon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ahi Evren Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar:EbruGÜNER

I. Gönüllü (birden fazla gönüllü bu formu okuyup imzalayabilir.)

Ad Soyadİmza

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı : Güner, Ebru
Uyruğu : T.C
Doğum Tarihi ve Yeri :1992, Trabzon
Telefon (İş) :0(462) 231 04 67
E-Posta : ebruguner.ege@gmail.com
Yazışma Adresi (İş) : Soğuksu Mah. Vatan Cad. No:9 61040/TRABZON

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2015
Lise	Affan Kitapçıoğlu Lisesi, Trabzon	2010

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl -Yıl)
1. Hemşire	SBÜ Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2015-
2. Doku ve Organ Nakli Koordinatörü	SBÜ Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2020-

YABANCI DİL

İngilizce

UZMANLIK ALANI

Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği

BİLDİRİLER

1. Alkan Kayhan S. Topal Çolak E. Güner E. Çağlar S (2018). Yaşama Tutunurken Tebessüm: Bir Olgu Sunumu. 15. Türk Kalp ve Damar Cerrahisi Derneği Kongresi, Antalya, Türkiye, 26-29 Ekim 2018, ss.293-312.
2. Güner E. Alkan Kayhan S. Süer A. Çağlar S. Hanedan MO. Mataracı İ (2018). Preoperatif Anksiyete Düzeyi Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastalarda Atrial Fibrilasyonu Etkiler mi? 15. Türk Kalp ve Damar Cerrahisi Derneği Kongresi, Antalya, Türkiye, 26-29 Ekim 2018, ss.273-278.