

T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KORONER ARTER BYPASS GREFTLEME AMELİYATI OLAN
HASTALARDA ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE AİLE İŞLEVLERİNİN
KANSER AMELİYATI GEÇİREN HASTA GRUBU İLE
KARŞILAŞTIRILMASI

Duygu KES

Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Hemşirelik Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.

DANIŞMANI
Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN

2009- BOLU

Abant İzzet Baysal Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

Duygu KES tarafından hazırlanan ve 24/08/2009 tarihinde savunulan
“Koroner Arter Bypass Greftleme Ameliyatı Olan Hastalarda Algılanan
Sosyal Destek Ve Aile İşlevlerinin Kansere Ameliyatı Geçiren Hasta
Grubu İle Karşılaştırılması” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından
Hemşirelik Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı

Prof.Dr Feray GÖKDOĞAN
(AİBÜ Bolu Sağlık Yüksekokulu
Öğretim Üyesi)

Üye

Prof.Dr Feray GÖKDOĞAN
(AİBÜ Bolu Sağlık Yüksekokulu
Öğretim Üyesi)

Üye

Yrd. Doç.Dr. Yasemin YILDIRIM
(AİBÜ Bolu Sağlık Yüksekokulu
Öğretim Üyesi)

Üye

Yrd. Doç.Dr. Sevim ÇELİK
(Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık
Yüksekokulu Öğretim Üyesi)

ONAY:

Bu tez, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu’nca belirlenen
yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Yönetim
Kurulu’nun kararıyla kabul edilmiştir

(İmza)

Doç.Dr. Serap KÖYBAŞI ŞANAL

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Her zaman kendisini örnek aldığım, tezin tüm aşamalarında hem bilimsel hem de manevi destekleri ile çalışmamda bana yön veren, sabır ve anlayış gösteren danışmanın Prof.Dr. Feray GÖKDOĞAN'a; hayatım boyunca her zaman yanımda olup destek veren aileme ve özellikle kardeşim Eda KES'e; tezimin uygulama aşamasında gerekli yasal desteği ve kolaylığı sağlayan Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi yöneticilerine ve hemşirelerine; tezin tüm aşamasında manevi destekleri ile beni motive eden Bolu Sağlık Yüksekokulu akademik ve idari personeline; ankete katılan tüm hasta ve onların ailelerine teşekkür ederim.

ÖZET

KORONER ARTER BYPASS GREFTLEME AMELİYATI OLAN HASTALARDA ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE AİLE İŞLEVLERİNİN KANSER AMELİYATI GEÇİREN HASTA GRUBU İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Bu araştırma, Koroner Arter Bypass Graftleme (KABG) ve kanser cerrahisi geçiren hastaların algıladıkları sosyal destek ve aile işlevleri karşılaştırılması amacıyla planlanmış analitik bir çalışmadır. Araştırma, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde koroner arter bypass greft yapılmak üzere yatırılan 30 hasta ve 30 aile üyesi, kanser cerrahisi için yatırılan 30 hasta ve 30 aile üyesi ile yürütülmüştür. Veri toplamada hastalar için “Hasta Bilgi Formu”, aile üyeleri için “Aile Üyesi Bilgi Formu” , “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)” ile “Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)” kullanılmıştır. Hastaneye yatışlarının ikinci gününde KABG ameliyatı geçiren hastalara göre kanser cerrahisi geçiren hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri daha yüksektir. Kanser cerrahisi olan hastaların arkadaşlarından algıladıkları sosyal destek daha yüksek, ailelerinden sağladıkları sosyal destek ise daha düşüktür. KABG ameliyatı olan hastanın ailesi “problem çözme” işlevini, kanser cerrahisi olan hasta ailesinden daha sağlıklı olarak yerine getirmektedir. Taburcu olacakları gün KABG ameliyatı geçiren hastalara göre kanser cerrahisi geçiren hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri daha yüksektir. Kanser cerrahisi olan hastaların “özel bir insan” ve “arkadaşlar”ından algıladıkları sosyal destek düzeyi anlamlı derecede daha yüksektir. Kanser cerrahisi olan hasta ailesinin “roller” ve “davranış kontrolünü” daha sağlıklı ve “iletişim” işlevini daha sağlıklı olarak yerine getirdiği saptanmıştır. KABG ameliyatı ve kanser cerrahisi geçiren hastaların hastaneye yatışlarının ikinci gününe göre taburcu olacakları gün algıladıkları sosyal destek düzeyi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Hastaların ailelerinin hastaneye yatışlarının ikinci günü ile taburcu olacakları gün aile işlevlerini algılamaları arasında fark bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Algılanan sosyal destek, aile işlevlerinin algılanması, kanser cerrahisi, koroner arter bypass

ABSTRACT

THE COMPARISON OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT AND FAMILY FUNCTIONS OF PATIENTS UNDERGONE CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY WITH PATIENTS UNDERGONE CANCER SURGERY

This research is an analytical study planned with the aim of comparing the social support and family functions that perceived by patients who have undergone Coronary Artery Bypass Graft (CABG) surgery and cancer surgery. The research was implemented by 30 patients who hospitalized for having coronary artery bypass surgery in Abant İzzet Baysal University Medical Faculty Hospital, and 30 family member, 30 patients hospitalized for having cancer surgery, and 30 family members. In data collection, for patients “Patient Information Form”, for family members “Family Member Information Form”, “Multidimensional Scale of Perceived Social Support” and “Family Assessment Device” are used. In the second day of hospitalizing, the perceived social support level of patients undergone cancer surgery is higher compared to those who have undergone coronary artery bypass surgery (CABG). The perceived social support by friends is high, whereas the perceived social support by families is low of patients undergone cancer surgery. The families of the patients undergone CABG surgery performs the function of “problem solving” more healthily than the families of patients undergone cancer surgery. On the day to be discharged from hospital, the levels of perceived social support of patients undergone cancer surgery are higher than those who had CABG surgery. The levels of perceived social support by the “significant other” and “friends” of patients undergone cancer surgery are significantly higher. It is confirmed that the families of patients undergone cancer surgery performs the “roles” and “behavior control” functions more healthily, and “communication” function less healthily. The levels of perceived social support of patients undergone CABG surgery and cancer surgery are found significantly higher on the day that they are to be discharged from hospital compared to the second day of hospitalizing.

No significant difference was found in the perception of functions of patient families between the second day of hospitalizing and the day to be discharged from hospital.

Keywords: Perceived social support, perception of family functioning, coronary artery bypass graft, cancer surgery

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

Sayfa No

ONAY SAYFASI	ii
TEŞEKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR	ix
TABLolar	x
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	9
2.GENEL BİLGİLER	
2.1. Koroner Kalp Hastalıklarının Tanımı ve Görülme Sıklığı.....	10
2.2. Kanserin Tanımı ve Görülme Sıklığı	11
2.3. KABG ve Kanser Cerrahisinin Birey Üzerindeki Etkisi.....	12
2.4. KABG ve Kanser Cerrahisinin Aile İçinde Yarattığı Değişiklikler	14
2.5. Sosyal Destek	17
2.5.1. Sosyal Desteğin İşlevleri	18
2.6. KABG, Kanser Cerrahisi ve Sosyal Destek	19
2.6.1. Sosyal Destek ve Hemşirelik	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Şekli	27
3.2. Araştırmanın Alt Problemleri.....	27
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	28

3.4. Araştırmanın Evreni	30
3.5. Araştırmanın Örneklemi	30
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	32
3.7.1 Bağımlı değişkenler	32
3.7.2. Bağımsız değişkenler	32
3.8. Araştırmada Kullanılan Tanımlar	32
3.9. Verilerin Toplanması	32
3.9.1. Veri Toplama Formları	32
3.9.2. Veri Toplama Formlarının Uygulanması	35
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	36
4. BULGULAR	37
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	56
7. KAYNAKLAR	58
EKLER.....	70
EK. I. Hasta Bilgi Formu	71
EK. II. Aile Üyesi Bilgi Formu	73
EK. III. Aile Değerlendirme Ölçeği.....	74
EK. IV. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	77
EK. V. Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Yazılı İzin	79
EK. VI. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Yazılı İzin.....	80
EK. VII. Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Tıp Fakültesi Tıbbi Etik Kurulu Yazılı İzin.....	81

SİMGELER ve KISALTMALAR

KAH	Koroner Arter Hastalığı
KABG	Koroner Arter Bypass Greft
KKH	Koroner Kalp Hastalıkları
TEKHARF	Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Fatörleri
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 4.1. Koroner Arter Bypass Greftleme (KABG) Ameliyatı ve Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri	38
Tablo 4.2. Koroner Arter Bypass Greftleme (KABG) Ameliyatı ve Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların Ailelerinin Sosyo-Demografik Özellikleri	41
Tablo 4.3. Hastaların İkinci Gününde Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Karşılaştırılması	43
Tablo 4.4. Hasta Ailesinin Aile İşlevlerini Algılama Biçimlerinin Karşılaştırılması	44
Tablo 4.5. KAGB Ameliyatı ve Kanser Cerrahisi Olan Hastaların Yatışlarının İkinci Gününde Aile Üyelerinin Aile İşlevlerini Algılama Biçimlerinin Karşılaştırılması	45
Tablo 4.6. Hastaların Taburcu Olacakları Gün Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Karşılaştırılması	46
Tablo 4.7. Hasta Ailesinin Taburcu Olacakları Gün Aile İşlevlerini Algılama Biçimlerinin Karşılaştırılması	47
Tablo 4.8. Koroner Arter Bypass Greftleme (KABG) ve Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların Ailelerinin Taburcu Olacakları Gün Aile İşlevlerini Algılama Biçimlerinin Karşılaştırılması	48
Tablo 4.9. Hastaların Hastaneye Yatışlarının İkinci Günü ile Taburcu Olacakları Gün Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Karşılaştırılması ..	49
Tablo 4.10. Hasta Ailesinin İkinci Günü ile Taburcu Olacakları Gün Aile İşlevlerini Algılama Biçimlerinin Karşılaştırılması	50

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Teknoloji ve tedavi olanaklarındaki gelişmeler hastalıklara bağlı ölümlerin azalmasına, yaşam süresinin uzamasıyla birlikte nüfusun yaşlanmasına ve kronik hastalıkların artmasına yol açmıştır (1). Kronik hastalıklar genellikle uzun süreli tedavi gerektiren, maliyeti yüksek, komplikasyonlara ve iş gücü kaybına yol açan, yaşam kalitesini düşüren önemli sağlık sorunlarını oluşturmaktadır. Kalp hastalıkları ve kanser, toplumda sık görülmesi, iş ve güç kaybına yol açması ve ölüme neden olması nedeniyle önemli hastalıkların başında gelmektedir(1). Devlet İstatistik Enstitüsü (1997), Türkiye'de beş ve daha yukarı yaşlarda gerçekleşen ölüm nedenlerinin başında kalp hastalıklarının (%43.5) geldiğini ve bunu kanserden ölümlerin (%21.7) izlediğini bildirmektedir(2). Dünya Sağlık Örgütü (2005), kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle yılda 17.5 milyon insanın öldüğünü, 2015 yılında da yılda 17.5 milyon olan ölüm sayısının 20 milyon kişiye ulaşacağını hesaplamaktadır (3, 4). Ülkemizde geçen 14 yıllık sürede kalp hastalıklarından yılda 420 bin kişinin öldüğü, ölümlerin 165 bin kadarını koroner kalp hastalıklarının oluşturduğu ve 2015 yılında yalnızca koroner nedenle 330 bin kişinin yaşamını kaybedeceği varsayılmaktadır (4). Dünya Sağlık Örgütü, 2005 yılında dünyadaki yeni kanser vakalarının %60'ının, 2020 yılında ise %70'inin gelişmekte olan ülkelerde görüleceğini bildirmektedir. Türkiye'de kanser vakalarında artış gözlenmektedir(5).

Koroner kalp hastalıklarının prevalansının artması, kardiyovasküler hastalıkların erken tanı ve tedavisine yönelik çabaları arttırmıştır. Kardiyovasküler hastalıklar içinde önemli bir yer tutan koroner arter hastalığında (KAH) yaygın kullanılan tedavi yöntemlerinden birisi de koroner arter bypass greftleme ameliyatıdır. Ülkemizde ve dünyada artan koroner kalp hastalıklarına paralel olarak yaşlı ve genç yaş grubu hastalarda giderek artan sayıda operasyon, reoperasyon ve acil ameliyat yapılmaktadır(6,7). Dünyada yıllık uygulanma sayısının ortalama 800.000 civarında olduğu bildirilmektedir. Türkiye'de ellinin üzerinde merkezde

yılda yaklaşık 34.000 açık kalp ameliyatı yapılmakta, bu rakamın yaklaşık 10 000 kadarını KABG ameliyatlarının oluşturduğu tahmin edilmektedir. (8, 9, 10)

Koroner Arter Bypass Graft ameliyatı olan hastalar bedensel, ruhsal ve sosyal güçlüklerle karşılaşmaktadır(11). Koroner Arter Bypass Graft uygulamasının büyük ve riskli girişim olması nedeniyle hastalar birebir bakım ve yakın izlem gerektiren yoğun bakım ünitesinde kalmaktadır. Aile üyelerinin enfeksiyon için risk oluşturdukları, hastada taşikardi, hipertansiyon, aritmi ve anksiyete gibi fizyolojik değişikliklere neden olabileceği düşüncesi yoğun bakım ünitesine ziyaretleri sınırlamakta ya da tamamen yasaklamaktadır. Hasta bireyin aile üyeleri ve arkadaşları ile birlikte olamaması, alışkanlıklarını sürdürememesi yalnızlık ve izolasyon duygularının gelişmesine neden olabilmektedir. Yoğun bakım ünitesindeki hastalar bu nedenlerle sosyal desteğe gereksinim duymaktadır (12).

Bireyler, ameliyattan sonraki ilk üç ay ile bir yıl içinde bedensel sorunların yanı sıra mutsuzluk, stresörlerle baş edememe, aile içinde rol karmaşıklığı, yaşam biçiminde, sosyal ve fiziksel aktivitelerinde, iş yaşamında değişiklikler, aile-arkadaş-evlilik ilişkilerinde ve cinsel yaşamda değişim gibi psikososyal sorunlar yaşamaktadır (9, 13, 14, 15, 16, 17). Aydın (2000), KAGB ameliyatı olan hastaların taburculuk sonrası iki aylık dönemde kişilerden mikrop kapma endişesi, konuşmak istememe, sinirlenme, soru sorulduğunda ağlama, sinirlenme, yorulma gibi nedenlerle arkadaş toplantıları ve ev ziyaretleri gibi sosyal aktivitelere katılmada zorlandıklarını bildirmektedir (11) Akyolcu (1990) ve Hatipoğlu (1995) kalp ameliyatı sonrası hastalar gerek içsel, gerek çevresel stresörler nedeniyle sosyal ilişkilerini sınırlayıp kendilerini yalnızlığa terk edebildiklerini belirtmişlerdir (11, 18).

Koroner arter bypass greftleme ameliyatı sonrası ortalama 6-8 hafta süren iyileşme dönemi vardır(19). Ameliyat sonrası hastalar hareket etme, halsizlik, güçsüzlük, yorgunluk, solunum sıkıntısı, anginal ağrı, boşaltım alışkanlığında ve iştahta değişim gibi sorunlar yaşamaktadır. Bu sorunlar, hastaların günlük performansını sınırlamasına, iş yaşamlarına geri dönmeyi ertelemelerine ve iş yaşantılarında statü kaybına neden olabilmektedir(9, 16, 18, 20) Weis (1989) açık kalp ameliyatı sonrası

hastaların %22.6'sının iş yaşamına döndüğünü diğerlerinin ise işten ayrıldığını (18), Çiftçi (2006) hastaların taburculuk sonrası ilk haftasında %11.1'inin iş değişikliği yapma durumunda kaldığını (10), Bass (1984) ameliyattan önce çalışan hastaların %25'inin ameliyattan sonra emekliye ayrıldığını ya da 1-2 yıldan fazla çalışmadıklarını saptamıştır (18) .

Cerrahi girişimler her ne kadar yaşamın sürdürülmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesini amaçlasa da, bireyin yaşam biçimini ve baş etme yeteneğini önemli ölçüde etkilemektedir. Birey, geçirdiği ciddi ameliyatın yanı sıra işlevlerin kaybı, beden imajının bozulması, bedensel işlevler ve kişisel bakımın değişmesi gibi durumlarla da baş etmek zorunda kalmaktadır. Bu süreçte bireyde, kendini çirkin hissetme, vücuduna bakamama, dokunamama, bireysel bakımını yapmaktan kaçınma, utanma ve damgalanma hissi yaşamaktadır(21, 22, 23). Birey meydana gelen bu değişimin toplumsal yaşamda güçlükler getireceği düşüncesiyle kendini sosyal yaşamdan kısıtlama ve soyutlama davranışları göstermektedir Bu nedenle hastalarda sosyal koşullara uyum sorunları ortaya çıkmakta ve sosyal izalosyon görülmektedir(24). Ortaç (1999), KAGB ameliyatı olan hastaların taburculuk sonrası bir aylık dönemde hastaların sosyal aktivitelere katılmak istememe ve kalabalık ortamdan sıkılma sorunlarını önemli ölçüde yaşadıklarını saptamıştır (25). Karadağ ve arkadaşları (2003) hastanın, ostomisinin sızıntı ve kokuya neden olacağı korkusuyla insanlardan uzak durup içe kapanabilecekleri, yalnız kalmak isteyebileceğini, zamanla sosyal olarak kendini güvende hissedememe ve güven eksikliğinin tam bir sosyal yalıtım ile sonuçlanabileceğini göstermişlerdir. Kuchenhoff ve arkadaşları (1981), aynı tanıyla rezeksiyon yapılan hastalara göre ostomili hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası dönemde daha yüksek oranlarda depresyon ve sosyal faaliyetlerde azalma saptamışlardır. Bu durumda birey sosyal destek kaynağından uzaklaşmakta sosyal desteğe gereksinimi daha da artmaktadır (26).

Kanser tedavisi, genellikle uzun süreli bir tedavi olup çoğu zaman hastanın fiziksel hali, psikolojik durumu ve sosyal yönüne zarar vererek, uzun süreli stres yaşamasına neden olur. Cerrahi tedavi sonucunda beden görünümünün değişmesi, organların bazı işlevlerinin bozulması ya da bir organın cerrahi olarak çıkarılması

bireyin uyum mekanizmalarını etkilemekte ve geleceğe yönelik planlarında değişikliklere neden olmaktadır(27). Cerrahi tedaviye ek olarak uygulanan kemoterapi ve radyoterapi tedavisinin etki mekanizmalarına bağlı olarak ortaya çıkan yan etkiler hastaların yaşam kalitelerini önemli oranda düşürmektedir. Kemoterapi ve radyoterapiden kaynaklanan kemik iliği depresyonu, anemi, hücre hasarına bağlı artık maddelerin vücutta birikmesi, bulantı, kusma, kaşeksi, ateş, enfeksiyon, sıvı-elektrolit dengesindeki değişiklikler, ağrı, hastalık ve tedavi sürecine bağlı olarak bireyin içinde bulunduğu sosyal çevreden uzaklaşmasına neden olmaktadır. Hastalar, daha fazla sosyal desteğe gereksinim duymalarına karşın, hastalıkla baş etme sürecinde yalnız kalabilmekte ve sosyal destek almakta zorlanabilmektedir(28, 29).

Ameliyat sonrası iyileşme döneminde hastalığın nüks etmesi ya da kötüleşmesi hasta ve ailesi için büyük bir travmadır. Hasta bu travmayla başa çıkmaya çalışırken aynı zamanda önemli tedavi kararları vermek, hastalığın ve yan etkilerinin bozduğu yaşantısını yeniden düzenlemek zorunda kalır. Kontrol kaybı ile birlikte rol ve ilişkilerde değişiklikler yaşanmakta; yaşantı hastalık ve tedavi sürecine odaklanmaktadır(30). Tedavi şeklinin ve hastalık sürecinin belirsiz olması kişinin kendi yaşamı üzerindeki özerkliğini kaybetmesine ve başkaları tarafından kontrol edildikleri hissine kapılmalarına neden olabilir(31). Belirsizlik ve bağımsızlığın kaybı sıklıkla bireylerin sosyal destek gereksinimlerinde artışla sonuçlanmaktadır. Tedavi sürecinde sağlık sigortası ve ya güvencesinin olmaması, tedavinin yüksek maliyeti nedeniyle ekonomik sorunlar yaşamaktadır. Özellikle tedavi döneminde hastalar bulantı, ağrı, yorgunluk gibi semptomların etkisi nedeniyle rol ve sorumluluklarını yerine getirememektedir(27). Sağlık koşullarının giderek bozulması, sıkıntıların süreklilik kazanması ve hastalıkla ilgili kaygı yaratan koşulların gittikçe artması kanser hastalarını desteğe daha çok gereksinim duyar hale getirmektedir(32).

Kişinin yaşamın zorlayıcı yönleriyle başa çıkmasında ve stresin olumsuz etkilerine direnç göstermesinde başkalarıyla olan sosyal ilişkileri önemli rol oynar. Sosyal destek, bireyin çevresinden elde ettiği sosyal ve psikolojik destek olarak tanımlanmaktadır. Thoits (1986) **sosyal desteği** “*genellikle stres altındaki ya da güç*

durumdaki bireye çevresindeki insanlar tarafından sağlanan yardım” olarak tanımlamaktadır (33, 34)

Bireyin sosyal destek sistemi ve sosyal ilişkilerini pekiştiren sosyal, politik ve ekonomik nitelikli bazı destekleyiciler bulunmaktadır. Bu çerçevede bireyin ailesi ve çevresi, arkadaşları, iş ortamındaki arkadaşları, komşuları, ideolojik, dinsel veya etnik gruplar ile bireyin içinde yaşadığı toplum gibi faktörler o bireyin sosyal destek kaynaklarını oluşturmaktadır(33) Rantanen ve arkadaşları (2002), 60–69 yaş grubu koroner arter bypass geçiren 53 hastanın önemli destek kaynaklarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, hastaların destek sistemlerinin %87’sini eşleri, %60’nı kendi çocuk/çocukları , %27’sini arkadaşları, %12’sini sağlık çalışanları, %10’nu komşuları ve %4’ünü iş arkadaşlarının oluşturduğu bulunmuştur (17). Koivula ve arkadaşları (1998) KABG olmak için bekleyen 55–65 yaş grubundaki 207 hasta ile yaptıkları bir çalışmada hastaların destek sistemlerinin %78’ini eşleri, %76’sını çocuk/çocukları, %41’ini arkadaşları, %35’ini kardeşlerinin oluşturduğunu saptamışlardır(35). Flashkerud (2000), kanser hastasına bakım veren kişilerin %70-80’ini eşler, %20’sini çocuklar ve %10’unu da arkadaşlar ve diğer yakınlar oluşturduğu; destek isteği kişilerin de yine çoğunluk sırasıyla aynı kişilerin geldiği ortaya konulmuştur (36)

Sosyal destek, yaşamda meydana gelen olumsuz olayların bedensel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerindeki zarar verici etkisini azaltmaya ve bu olumsuzluklar karşısında strese karşı tampon işlevi görmeye yardımcı olmaktadır(32). Scröder ve arkadaşları (1998) bypass sonrası hastaların algıladıkları sosyal desteğin yüksek olmasının yaşam değişikliklerine uyumu artırdığı, iyileşme sürecini hızlandırdığı ve ameliyat sonrası görülen bedensel semptomların azaldığını bulmuşlardır (37). Kulik ve Mahler (1989), kalp cerrahisi geçiren 56 evli hasta ile yaptıkları çalışmada; düşük sosyal desteğe sahip olan hastalara göre algılanan sosyal desteğin yüksek olduğu hastaların daha çabuk iyileştikleri ve daha az ağrı tedavisi gördüklerini bulmuşlardır. Northouse (1988) ameliyat sonrası 3. ve 30. günlerde meme kanseri hastalarından üst düzey destek alanların, düşük düzeyde sosyal destek alanlardan daha az uyum sorunu yaşadıklarını belirtmiştir (32).

Kalp ameliyatı sonrası, hasta ve ailesinin yeni bir yaşama başlama dönemidir. Hastanın etkileşime girdiği ilk sosyal grup, ailesidir. Hasta, aile yaşamına uyum sağlamaya çalışırken, aile üyeleri de aynı şeyi yapar. Ameliyat sonrası bakım verme sürecinde aile üyeleri zaman yetersizliği, gerekli bakımı vermede zorlanma, hastanın kötüleşmesi ya da ölmesinden korkma, uzun süreli plan yapamama, hasta ile ilişkilerin kalitesinde değişim, kendilerine uygun olmayan role geçmek zorunda kalmaları bazı sorunlar yaratmaktadır (38).

Bakım verme sırasında eşlerin üstlerine aldığı birçok sorumluluk sosyal olarak içinde bulunduğu gruptan uzaklaşmasına ve yalnızlık hissetmesine neden olmaktadır. Eşlerin değişen sosyal etkileşim durumu bakımın süresi uzadıkça sosyal izolasyona neden olmaktadır. Üst üste gelen sorumluluklar ile ev ve iş yerindeki rol değişimleri de eşin bakım yükünü buna paralel olarak artırmakta ve tükenmişliğe neden olmaktadır(39). Artinian (1992), KABG ameliyatı olan hastaların eşlerini taburcu olduktan bir yıl sonra evlerinde izlemiş ve bakım veren eşlerin, evde ve işte yeni sorumluluklar üstlendikleri ve kendi yaşam amaçlarını, biçimlerini hasta eşlerinin gereksinimlerine uydurduklarını belirlemiştir(38). Gürakar (1991) çalışmasında, kalp hastalığının aile üyelerinin birbirine gösterdiği ilgi, bakım ve sevgiyi olumsuz olarak etkilediğini saptamıştır (40). Bu nedenle hasta için en önemli destek kaynağı olan aile üyelerinin de destek gereksinimi ortaya çıkar ve hastanın sosyal destek kaynaklarına daha fazla gereksinimleri olduğu bu sürede, bu desteği almada zorlanabilmektedir.

Kanser tedavisinde çoğu kez hastanın anatomisi, kliniği, labrotuvar sonuçları ve tedavileri öncelik almakta, ailenin yaşadığı sosyal, psikolojik, ekonomik, kültürel zorluklar daha geri planda kalmaktadır. Pitceathyl ve Maguire (1996) eşlerin, hastaların gereksinimlerini karşılamak amacıyla terminal dönemde 24 saat hasta bakımı ile uğraştıklarını ve bunun sonucunda da kendi duygusal ve sosyal sorunlarının hızla arttığını belirlemiştir. Babaoğlu ve Öz (2001), terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal sorunlardan en fazla depresif duygulanım yaşanırken, sosyal sorunlardan ise en fazla değişim sosyal etkileşimde sorunlar yaşadıklarını saptamıştır(39). Uzun süre hastanede kalmanın tedavi ve

bakım maliyetini arttırması nedeniyle karmaşık tedavi protokolleri evde, taburcu edilmiş hastalara da uygulanması kanser tanısı alan birey kadar aile üyelerinin de günlük yaşam düzeninin bozulmasına ve aile üyelerinin stres yaşamasına neden olmaktadır(41). Eşler bakım verme sırasında hastanın yaşamını doğrudan etkileyen tedavi ve bakım gibi konularda da karar vermek durumunda kalmaktadır. Kararların doğruluğundan emin olamayan ve çevresindeki sevdiği bireylerle çatışma yaşayan eşlerde bunun sonucu olarak ümitsizlik, depresyon, anksiyete gibi olumsuz duygulanımlar oluşabilmektedir. Artan sosyal izolasyon ve sosyal etkileşimdeki değişim de bireyin sürekli ölüm gerçeği ile yüz yüze kalmasından ve bunu paylaşamamasından dolayı bakım verme rolü kadar sorunlarla baş etmelerini de olumsuz yönde etkilemektedir(39).Edwards ve arkadaşları (2004), kanser hastalığının hastanın aile içindeki süreçleri olumsuz etkileyerek hasta, eşi ve çocuklarından oluşan aile bütünlüğünü içinde rol, iletişim, sorun çözme ve duygusal tepki verebilme işlevlerini olumsuz yönde etkilediğini bildirmiştir (42).

Bireye ait sorunlu süreçler aileyi harekete geçirdiğinde, sağlıklı işlev gören bir aile, bu yeni duruma uygun rol ve kural değişiklikleri sağlayarak sorunla başa çıkabilmektedir. Aile bireylerinin yakınlığı ve bağlılığı, problem odaklı başa çıkma yollarını kullanmaları, birbirleriyle doğrudan iletişim kurmaları, ailede düzenin, karar verme süreçlerinin açık ve net olması hastalık süreçlerine ve sonuçlarına karşı koruyucu bir işlev görmektedir (43). Smith (1998), kronik hastalığı olan kişilerin aileleri ile yaptığı çalışmasında; ailede, işbirliği, duyarlılık, şefkat, empati, saygı, kişisel olgunluk ve aile birliğinde bütünleşmenin arttığını; ancak, kişiler arası ilişkiler ve görevlerde olumsuzlukların görüldüğünü, kardeşler arasında kıskançlık, rekabet, kızgınlık, düşmanlık ve sosyal içe dönük duyguların da geliştiğini bulmuştur (44). İnoure ve ark (2003) çalışmasında, kanser cerrahi geçirmiş hastaların aile üyelerinin sevgi, mutluluk, neşe, üzüntü, kızgınlık, korku gibi duygularını sözle ya da hareketle ifade edemediklerini belirtmiştir(45).

İşlevsel olmayan bir aile sorun ve çatışmaları tolere edememekte, aile üyelerinin yardım isteklerini reddetmekte, bunun sonucunda aile içinde var olan sorunlar farklı biçimde sürmektedir. Kişilerarası ilişki sorunların, bağımlılığın,

incinebilirliğin, rol ve güç çatışmalarının yoğun yaşandığı bir ortam olan işlevsel olmayan ailenin kendisi bir stres etkeni olarak hastalık belirtilerinin sürmesine ve pekişmesine neden olmaktadır. Bu durum hastanın bakımına direnç göstermesine ve tedavi, bakım girişimlerini reddetmesine neden olabilmektedir (43).

Aile, hastalığın olumsuz etkilerini tamponlama potansiyeline sahip olabileceği gibi hastalık sürecini olumsuzluğa yol açabilecek etkiler de gösterebilir. Zayıf aile bağları, yoğun aile içi anlaşmazlıklar, aşırı sıkı veya aşırı gevşek aile yaklaşımı, ailesel organizasyon düzeyinin düşük olması, soğuk aile ilişkileri, yüksek eleştiri dozu, iletişim yokluğu ve eşler arası ilişkinin az olması birçok kronik hastalıkta kötü seyirle ilişkili bulunmuştur(43). Bazı ailelerde hastayı üzüntü ve kaygılardan uzak tutma çabası ağır basmakta, bu yüzden hastalıktan söz etmek yerine neşeli, rahatlatıcı bir atmosfer yaratılmaktadır. Cooper (1984) çalışmasında, eşlerin pek çoğunun hastayı koruma amacıyla hasta ile ilgili duygularını ve düşüncelerini paylaşmadıklarını ve sessizliğe büründüklerini belirtmiştir(46). Aydın (2000), KABG ameliyatı geçiren hastaların taburculuğun 1. haftasında iletişim konusunda yoğun güçlük yaşadıkları, hastaların duygularını ifade etmede engellendikleri ve ameliyattan sonra hoş tutulmaya başladıkları konusunda güçlük yaşadıklarını saptamıştır. Bu tavır hasta ile aile üyeleri arasındaki iletişime zarar vermekte, hastaların ihtiyaçlarının yeterince karşılanmamasına yol açmaktadır (11, 47).

Toplumun mutluluğu ve refahı bireylerin doyurucu bir yaşam sürdürebilmeleri ile olasıdır. Birey doyurucu bir yaşam için temel gereksinimlerini karşılayabilmeli ve sosyal olarak kendini kavrayabilmelidir. Bu noktadan hareketle bugünkü tıbbi anlayışla hastalıklar sadece kişiyle değil, aile, toplum ve mesleki çevre ile bir bütün olarak değerlendirilmektedir. Hemşirelik bakımının etkinliği hemşirenin insanı bir bütün olarak ele alması ve onu tüm yönleri ile tanıması oranında artar. Bireyin sosyal destek sistemi ile işlevselliği arasındaki ilişkiyi, hastanın sosyal destek sistemi içindeki sorunlarıyla başa çıkmasına, varsa sosyal destek sistemi içerisindeki olumsuz öğeleri değiştirmesine ve sisteminin gelişmesine yardım etmede hemşireye önemli görevler düşmektedir. Sağlıklı bir toplum, sağlıklı ailelerden oluşmuş bir toplumdur.

Yurt dışında ve ülkemizdeki literatür incelendiğinde psikiyatrik bozukluğu olan hastaların sosyal destek ve aile işlevleri ile ilgili çok sayıda araştırma bulunmasına karşın, yaşamı tehdit eden, hastaları fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritual birçok boyutta etkileyen; aile, iş, sosyal yaşamla ilgili rol ve sorumluluklarda, aile sistemi içinde değişikliklere neden olan KABG ameliyatı ve kanser cerrahisi olan hastaların sosyal destek ve aile işlevleri, herhangi bir fark olup olmadığını belirleyen ve karşılaştıran çalışmalara rastlanmamıştır. Bu çalışmanın hasta bakımına daha etkin destek sunmak ve sosyal destek ve aile işlevleri açısından KABG ameliyatı ve kanser cerrahisi olan hastaların durumlarını saptamak ve her iki grubu karşılaştırarak literatüre önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Koroner arter bypass greftleme ameliyatı olan hastalarda yaşamın tehdit edilmesi, bedensel aktiviteleri, rol ve beklentileri, iş ve sosyal yaşamları ile sosyo-ekonomik değişimler; aile işlevlerinde ve aile-evlilik-arkadaş ilişkilerinde sorunlara yol açabilmektedir. Bu nedenle KABG olan kişilerin algıladıkları sosyal destek ve ailesinde yapısal ve işlevsel bozukluk ya da dengesizlikler ile birlikte ailenin işlevlerini yerine getirip getirmediğinin belirlenmesi önemli görünmektedir.

Kanser hastalığının klinik seyrinin belirsiz olması, tedavi sonrası iyileşmenin tam olarak garanti edilememesi, hastalığın tekrarlaması ya da kötüleşmesi hem bireyi hem de ailesini psikolojik ve sosyal açıdan etkileyebilmektedir. Hastaların yaşadıkları fiziksel ve psikolojik sorunlar aile işlevlerinde ya da başkalarıyla olan sosyal ilişkilerinde sorunlara yol açabilmektedir. Bu nedenle hemşirenin hastanın sosyal destek sistemi ile aile işlevlerindeki bozulmaları belirlemesi önemlidir.

Bu araştırmanın amacı, iyileşme ve hastalık dönemleri farklı seyreden, hastaların genel işlevselliğini farklı düzeylerde etkileyen koroner arter bypass greftleme ameliyatı ve kanser cerrahisi olan hastaların algıladıkları sosyal destek ve aile işlevlerini tanımlamak ve aralarında sosyal destek ve aile işlevleri açısından herhangi bir fark olup olmadığını karşılaştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koroner Kalp Hastalıklarının Tanımı ve Görülme Sıklığı

Kalbin kendini besleyen koroner arterlerin beslediği bölgelere herhangi bir nedenle yeterli kan taşıyamaması sonucu miyokardda oluşan iskemi ve nekrozun derecesine göre gelişen hastalıklar, bu hastalıklara bağlı komplikasyonların tümü Koroner Kalp Hastalıkları (KKH) olarak incelenmektedir (48).

Koroner Kalp Hastalıklarının görülme sıklığı ve buna bağlı ölüm oranları yaşa, cinsiyete, bazı risk faktörlerine, toplumlara, ülkelerin gelişmişlik düzeylerine ve coğrafi bölgelere göre farklılık gösterir (48). Amerika’da koroner arter hastalığı (KAH) olan hasta sayısı 15.800.000’dür. Amerikan Kalp Derneği’nin verilerine göre bu sayıya 2004 yılında 1.2 milyon yeni ya da tekrarlayan koroner atak eklenmiştir (49). Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasının 2003/2004 yılında yapılan kesitsel analizlerinde Türkiye’de yaklaşık 2 milyon 800 bin koroner kalp hastası bulunmaktadır. On yıl sonunda koroner kalp hastası sayısının günümüzdeki tahmini 2.8 milyondan ikiye katlanarak 5.6 milyona çıkması beklenmektedir (50).

Koroner Kalp Hastalıklarının görülmesi yaşla yakından ilişkili olup, ateroskleroz oluşumunu hızlandıran önemli risk faktörlerin biridir (48). Ülkemizde prevalansı kırklı yaşlardan itibaren hızla yükselen KKK, bin kişi içinde 40- 49 yaş grubunda 21, 50- 59 yaş grubunda 115, 60- 69 yaş grubunda 192, 70 yaş ve üzerinde 254 kişi olarak bulunmuştur (50). Erkeklerde en çok 50–60, kadınlarda ise 60–70 yaş grubunda rastlanılmaktadır (48). Ülke nüfusu içindeki oranları dikkate alınarak yapılan tahminlere göre 1.3 milyon erkekte ve 1.4 milyon kadında koroner kalp hastalığı bulunmaktadır (51) .

Tüm ölümlerin %33-50’si, kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin ise %50-75’inin nedeni Koroner Kalp Hastalıklarıdır. Ülkemizde kalp hastalıklarından 14

yıllık sürede 165 bin kişi KKK nedeniyle yaşamını kaybetmiştir (6). TEKHARF çalışmasının 10 yıllık izleminde koroner mortalite erkeklerde binde 5.2, kadınlarda 3.2 olarak bildirilmektedir. Aynı çalışmada 45–75 yaş aralığında koroner kalp hastalıklarında ölüm prevalansı erkek ve kadınlarda sırasıyla binde 8.0 ve 4.7 olarak bulunmuştur (52). Bu oranlar, KKK'larının bireylerin ve toplumların sağlığı için önemini, aynı zamanda sık görülen hastalık grubu olduğunu ve ölümlerin önde gelen nedeni olduğunu göstermektedir (48).

Koroner Kalp Hastalıkları sadece öldürücü olmayıp, önemli iş gücü kayıplarına da yol açtırmaktadır. Bu nedenle ülke ekonomisinde ağır yük oluşturmaktadır (6). Almanya'da 1999 yılında yapılan bir araştırmada koroner arter hastalarının maliyeti hesaplanmıştır. Direkt maliyetler adı altında sayılan birincil, ikincil ve üçüncül korunma 25.7 milyar dolar iken, indirekt maliyetler olarak sayılan kısa ve uzun süreli iş göremezlikler ve üretim kaybı 48.1 milyar Dolar olarak hesaplanmıştır ve bir koroner hastasının maliyeti 81.919 Dolar bulunmuştur. Ülkemizde bu konuda yapılmış ayrıntılı bir araştırma yoktur. Ancak ülkemizde Tabipler Odası tarifesinden hesaplanan kalp krizinin iki günlük ilaç ve yoğun bakım gideri 6–7 milyar, anjiyo gideri 1 milyar, balon 2–3 milyar, stent 6–7 milyar, stent takma işlemi 3 milyar, by pass ameliyatı 9–10 milyar'dır. Kalp krizi geçiren ve stent takılması gereken ya da bypass olan bir hastanın maliyeti 20 milyar TL'yi bulmaktadır. Ayrıca bir koroner kalp hastasının aylık ilaç ve diğer giderleri ortalama 150–200 milyon TL dir (53).

2.2. Kanserin Tanımı ve Görülme Sıklığı

Kanser, vücuttaki bir hücre grubunun farklılaşarak, aşırı ve kontrolsüz şekilde çoğalması sonucu meydana gelen bir hücre hastalığıdır (54). Hastalıkların tanı ve tedavisindeki gelişmeler, çevresel karsinojenik faktörlerin artması, modern tanı yöntemlerinin artması ve gelişmesi, beklenen yaşam süresinin uzamasıyla kanser çağımızın önde gelen sağlık sorunlarından biri olmuş ve önemi her geçen gün biraz daha artmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünyada yılda on milyon kişinin kansere yakalandığını ve altı milyon kişinin ise kanserden öldüğünü bildirmektedir.

Erkeklerde en yüksek yüz binde 420.9 ile Avusturya dışında batı Avrupa ülkelerinde, en düşük ise kuzey Avrupa ülkelerinde, yüz binde 356.6 ile İsveç'te, 377.8 ile İngiltere'de görülmektedir. Kadınlarda ise kuzey Avrupa ülkelerinde 315.9, özellikle Danimarka'da 396.2 görülmektedir. Her iki cinste en sık görülen beş kanser türü sırasıyla mide, akciğer, meme, kolon-rektumdur(55).

Kanser gelişmiş ülkelerde olduğu kadar gelişmekte olan ülkelerde de giderek büyüyen, her ülkede, her yaştaki insanda görülen, coğrafi sınır tanımayan evrensel sorun niteliğindedir. Dünya Sağlık Örgütü, 2005 yılında dünyadaki tüm yeni kanser hastalarının %60'nın, 2020 yılında ise %70'nin gelişmekte ve geri kalmış ülkelerde olacağını bildirmektedir. Gelişmekte olan diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de kanser vakalarında artış gözlenmektedir. Türkiye'de bütün ölüm nedenleri arasında kanser ölümleri,1986 yılında üçüncü, 1989 yılında ikinci,1990 yılında dördüncü sırada yer alırken, Devlet İstatistik Enstitüsü 1997 verilerine göre beş ve daha yukarı yaşlarda gerçekleşen ölümlerin yaklaşık yarısını içeren kalp hastalıklarından sonra (%43.53) ikinci sırayı (%21.75) izlemektedir (2, 5).

Geçen 10 yıl içinde kanser alanındaki önemli gelişmelere karşın kansere neden olan faktörler tam olarak belirlenememiş, bu konudaki araştırmalar ise hızla sürmektedir. ABD'de kanserin teşhis ve tedavisi için 72 milyar Dolar harcanmaktadır. Kanser hastalığının teşhisi ve tedavisi yüksek tıbbi teknolojiyi gerektirmekte, bu da sağlık harcamalarının ve kaynaklar üzerindeki baskının artmasına neden olmaktadır. Sadece tanı ve tedavi değil, aynı zamanda koruma amaçlı geliştirilen programlar da önemli ölçüde kaynak gerektirmektedir (56).

2.3. KABG ve Kanser Cerrahisinin Birey Üzerindeki Etkisi

Yaşam boyunca bireyler, zaman zaman sağlıklı olma durumundan uzaklaşarak tedavi ve bakımı gerekli kılan hastalık durumları ile karşı karşıya kalmaktadır. Hastalık, bireyin homeostatik dengesinin bozulmasına ve buna bağlı çok sayıda fizyolojik, ruhsal ve sosyal sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Böyle bir değişim karşısında farklı tepkiler gösteren bireylerde hastalık, hastaneye

yatma ya da ameliyat olma gibi durumlar kendi kendine ve ailesine eskisi gibi yetememe, sağlığın tehlikeye girmesi, iş yapma potansiyelini kaybetme olarak algılanan olumsuz deneyimlerin yaşandığı dönem olarak değerlendirilmektedir (57).

Koroner arter bypass greft ameliyatı, hastaların yaşam sürelerini uzatmasına karşın ameliyatın yaşamsal bir organla ilgili olması nedeniyle hastanın kalp-akciğer makinesine bağlı kalma süresinin uzaması, değişen damar sayısının fazla olması ve mikroembolizm gibi durumlar işlemlle ilgili komplikasyon riskini arttırmakta ve hastaların iyileşme sürelerini uzatmaktadır (58). Ameliyat olan bireyler, herhangi bir komplikasyon gelişmezse, ameliyattan sonraki 3 ila 7. günlerde evlerine taburcu edilmektedir (19). Hastaneden eve dönüş olumlu bir gelişme olarak görölse de, birey yorgunluk, uykuda dengesizlik, boşaltım alışkanlığında değişim, iştahta değişim, göğüs ve bacak insizyon bölgesinde rahatsızlık, solunum sıkıntısı ve anginal ağrı gibi sorunlar nedeniyle oldukça zor bir dönem geçirir. Bu sorunlar hastaların aktivitelerini sınırlamasına ve önceki rollerine dönmeyi ertelemesine neden olabilmektedir (14, 15, 16, 59). Hastalar sternumda, kol ya da bacakta insizyon kesisinin olması, sternumun kaynaması için takılan korse, ameliyat sonrası ödem ve derin ven trombozunu önlemek için giyilen varis çorabının görünüşte yarattığı değişiklik nedeniyle cerrahi girişim öncesi yaptıkları sosyal aktiviteleri cerrahi girişim sonrası yapmaktan vazgeçebilmektedir (23, 60).

Cerrahi tedavi sonucu dıştan görülen bir organın kayba uğraması ve beden görünümünün değişmesi hastaların mesleki kariyerlerinde, çalışma yaşamlarında ve ekonomik durumlarında da önemli sorunlara neden olmaktadır. Tedavi döneminde hastalar izin alma, ücret yetersizliği, istenmeyen nakillerin olması, tekrar iş yaşamına girememe, çalışma aktiviteleri ve önceliklerindeki değişimler, iş ayrımcılığı, bulantı, kusma, ağrı gibi hastalık belirtileri nedeniyle çalışma yeteneklerinin azalması ve performans düşüklüğü gibi sorunlar yaşamaktadır (61, 62). Clancy ve arkadaşları (1984) hastaların %43.6'sının ameliyat öncesi emekli olduğunu ve %44.7'sinin ameliyattan sonra işe geri dönmediğini belirlemiştir. İşe geri dönmeyen bireyler üretici konumlarını yitirmekte bedensel ve sosyal sorunlarına ekonomik sorunların da eklenmesiyle bireyin hastalığa uyumu daha da güçleşmektedir (18).

Bireylerin sağlığındaki bozulmalar yaşamdan aldıkları doyumunu etkileyebilmektedir. Sağlıktaki bozulmaları düzeltmek için yapılan tıbbi ve cerrahi girişimler bireyin yaşam biçimini değiştirmesini zorunlu kılabilir. Cerrahi olarak ostomi açılması da bu girişimlerden biridir (63). Ostomi açılan hastalar, başkalarının kendileri hakkında olumlu izlenimler edinmesi için durumlarını açığa çıkarmak istemediklerinden yalan söylemek ya da durumlarını gizlemek için çaba göstermek zorunda kalabilir. Ostomisi olduğunu kime açıklayıp, kime açıklamayacağı ile ilgili sorular ya da normal görünüp öyle olmama durumu ile ilgili çatışmadan doğan gerginlik nedeniyle hasta utanma ve damgalanma hissi yaşamaktadır. Ostomi beden imgesinin değişmesine neden olarak kişinin kendisini normal birisi olarak kabul etmemesine, işe yaramadığını, artık normal bir yaşam sürdüremeyeceğini düşünmesine ve yetersizlik duygusuna yol açabilir (26). Gaz çıkarma, koku ve dışkı sızıntısı gibi fiziksel sorunlarla karşılaşma, sosyal yaşantının olumsuz yönde etkilenmesi, kendini toplumdan soyutlama gibi sosyal sorunların yaşamaktadır (22).

Aile ve toplumsal yaşam içinde sahip olunan rollerin yıpratıcı olan tedaviler sırasında değişikliğe uğraması, bireyin hem aile hem de sosyal rol ve statüsünden zorunlu olarak vazgeçmiş olması, kişinin kendine olan güvenini kaybetmesine ve benlik saygısının azalmasına neden olur. Benlik saygısının azalması kişinin iş beceri ve başarısını, stres ile başa çıkma etkinliğini, arkadaş ve dostluk ilişkilerinin gelişmesini, canlılık ve eğlenebilirlik derecesini etkilemektedir. Sosyal, ailesel ve çevresel ilişkilerini olumsuz etkileyerek depresyon gelişimine rol açar ve hastalıkla savaşı bırakmasına neden olabilir (64).

2.4. KABG ve Kanser Cerrahisinin Aile İçinde Yarattığı Değişiklikler

Toplumun en küçük birimi olan ailenin, insan yaşamında önemli bir yeri vardır. Aile, bireyin içinde yaşadığı, beslendiği, toplumsallaştığı, bireysel büyüme-gelişme ve otonomisini sağladığı sosyal sistemdir. Açık bir sistem olan ailenin her bir üyesi diğer aile üyelerle ilişkileri ve aile içi sosyal rolleri ile bağlıdır. Aile

üyelerinden birinin yaşamında meydana gelen değişim, diğerlerinin de yaşamını kaçınılmaz bir şekilde etkiler (65).

Bireyin yaşam kalitesini etkileyen önemli hastalıklardan biri, koroner arter hastalığıdır. Bu hastalığın en sık başvuru tedavi yöntemi ise, koroner arter bypass ameliyatıdır. Koroner arter bypass ameliyatı, ölüm olasılığının her an yaşandığı, bireyi olduğu kadar yakınlarını da olumsuz yönde etkileyen bir yaşam deneyimidir (58). Anksiyete ve korkuya neden olan ameliyat öncesi ve sonrası dönem bireyin olduğu kadar ailesinin de kriz yaşamasına neden olur (66).

Kalp ameliyatı sonrası hasta ve ailesinin yeni bir yaşama başlama dönemidir. Greftleme ameliyatı yapılan damarın 10 yıl içinde tıkanma olasılığı nedeniyle hastaların postoperatif dönemde yaşam biçimlerini ameliyat öncesi döneme göre değiştirip yeniden düzenlemeleri gerekir. Bu yeni düzenlemeler beslenme alışkanlıklarını değiştirmeyi, aktivitelerin bazılarında sınırlamalar getirmeyi (koşma, tenis vb), sigara içiyorsa bırakmayı, çalışma ve boş zamanlarını değerlendirmede yeni düzenlemeler yapmayı, aşırı stres veren etkinliklerden kaçınmayı, ayrıca hastaların çoğunda uzun süreli ilaç kullanma zorunluluğunu içerir. Bu durum aile üyelerinin alışkanlıklarını ve uyumlarını bozabilir ya da bazı rollerinin değişmesine neden olabilir (58). Aile içinde rol alan kişilerin eksilmesi ya da aileye katılması, kişilerin yaşamında esas rollerinde değişiklik olması veya kendilerine uygun olmayan bir role geçmek zorunda kalmaları bazı sorunlar yaratarak sağlıksız davranışlara yol açabilir. Aile ilişkilerindeki bozulmalar, hastalığın denetimini daha da güçleştirir (43).

Kanser tanısı birey için olduğu kadar onun yakın çevresi, ailesi ve arkadaşları için de zor bir deneyimdir. Hasta ve yakınlarının hastalık tanısını öğrenmesiyle birlikte birbirlerinden tanıyı saklama çabaları güvensizlik olarak algılanıp, aile içi iletişimin bozulmasına ve kişilerin kendilerini kötü hissetmelerine neden olmaktadır. Pensiore (1995), hasta birey ile aile üyeleri arasındaki yetersiz iletişimin, hastayla birlikte aile üyelerini yalnızlığa ve kimsesizliğe sürüklediğini belirtmiştir (67,68).

Eşlerin sosyal etkileşimlerinin değişmesi, bakımın süresi uzadıkça sosyal izolasyona yol açmaktadır. Üst üste gelen sorumluluklar ile ev ve iş yerindeki rol değişimleri de eşin bakım yükünü buna paralel olarak artırmaktadır. Özellikle bu sorunlar eşler orta yaşta ise çocuk bakımı, ev işleri ve mesleki rollerin de devreye girmesiyle daha da artmaktadır. Andersen'e göre (1996) kanser hastasına bakım veren bireylerde işe devam durumu ve günlük çalışma süresi arttıkça rol performansındaki değişimler daha şiddetli yaşanmaktadır. Bu sorumlulukların yanı sıra eğer eşler tüm gün boyunca hastalarına bakım veriyorlarsa, bakımla ve evdeki sorumlulukları sürdürme ile ilgili gereksinimleri daha da artmaktadır. Kanser hastasına bakım veren eşlerin günlük yaşamları hastaya aktif bakım verme nedeniyle kesintiye uğramakta, rollerinde farklılaşmalar meydana gelmektedir. Var olan rollere eklenen yeni rol ve sorumluluklar eşlerin tüm enerji ve zamanını alarak bireylerde depresyon ve ümitsizlik gibi olumsuz duygulanımların oluşmasına neden olmaktadır. Bu durum hastanın kriz durumuyla baş etme sürecinde yalnız kalmasına neden olabilmektedir (39).

Kanserin cerrahi olarak tedavisi sonucunda bireyde oluşan bedensel ve işlevsel değişimler eşlerin evlilik ilişkilerini de etkilemektedir. Cassileth ve Steinfeld (1987), mastektomi ameliyatı ile memesi alınan kadının kocasına karşı kendisini cinsel açıdan yetersiz ve eksik hissedip ondan uzaklaştığını, kocasının ise çoğu kez eşinin üzerine gereğinden fazla düştüğünü, zaman zaman ise eşinin dişilik özelliğini yitirdiği endişesi ile cinsel yakınlaşmadan kaçtığını belirtmektedir. Persson ve arkadaşları (1983), rektal kanser tanısıyla ostomi uygulanan hastaların eşlerinin belirsizlik duygusu, yeni bir yaşam şeklini öğrenme ve ona uyum sağlama ve değişen bedenle ilgili zorluklar yaşadıklarını, ostomiye bağımlı yaşamının aile ve sosyal yaşantılarını etkilediğini ve kısıtladığını göstermişlerdir (26, 69).

Sorunlarla başa çıkma kapasitesi genellikle bir ailenin uyum düzeyinin göstergesidir. Sağlıklı aileler karşılaştığı sorunları gerekli aşamalardan geçerek çözebilen ailelerdir. Bir ailenin krizle başa çıkma yetisi, kuşkusuz krizin özellikleri kadar ailenin kriz öncesi ilişkileri ve uyum düzeyleri ile ilişkilidir. Bütün işlerde hem pratik hem de duygusal özellikler çoğunlukla birbiriyle ilişkili olmasına karşın

aralarında belli bir hiyerarşik ilişki gösterilebilir. Pratik sorunlarının üstesinden gelemeyen ailede duygusal boyutun tanımlanması ve çözümlenmesi genellikle zordur (70).

İyi işlev gören ve sorunlarını çözebilen bir ailede herhangi bir sorunun çözümü şu evrelerden geçer; önce sorun tanımlanır, seçenekler ortaya konur, seçeneklerden biri benimsenir, eyleme geçirilir ve belli zamanlarda durum değerlendirilir. İşlevleri iyi olan aileler yukarıda tanımlanan sorun çözme aşamalarını basamak basamak aşabildiği, işlevsiz olan ailelerin ise birinci basamakta kaldıkları ve sorunu ortaya koyup adlandıramadıkları gözlenir. Eski sorunlar, sağlık sorunları ile birleşerek ciddi boyutlara ulaşır, hasta ve ailesi için yaşamı katlanılması zor bir noktaya getirebilir (70).

2.5. Sosyal Destek

Sosyal destek, sağlık üzerindeki olumlu etkisi nedeniyle hemşireler açısından önemli bir kavram olmuştur. Florence Nightingale (1860) hemşirelerin hasta ve ailelere destek vermenin önemini vurgulamasıyla sosyal destek hemşirelik bakımında yer almış ve hemşirelik girişimlerinin birincil işlevlerinden birini oluşturmuştur (71). Kavramın ilk ele alınışından günümüze kadar geçen sürede, konu ile ilgili birçok çalışma yapılmış olsa da, sosyal desteğin tanımı ve işleyişi konusunda görüş ayrılıkları bulunmaktadır. Carl Roger 1950’lerde sosyal desteği, terapötik ilişkilerinin ana içeriğine benzeterek empati, dürüstlük, olumlu bakış ve yargısız yaklaşım olarak ifade etmiştir. Cassel 1974’te sosyal desteği, bir baş etme kaynağı görerek özellikle kaygı yaratan çevresel koşullar altında bireyi koruyucu bir tampon görevi gördüğünü ve bundan dolayı sosyal bağlardaki kopmaların hastalığa yatkınlığı artırdığını ileri sürmüştür. Sosyal destek 1980’li yıllardan itibaren “*stres altındaki ya da zor durumdaki bireye çevresindeki insanlar tarafından sağlanan yardım*’ olarak tanımlanmıştır. Günümüzde sosyal destek “*zor durumdaki bireye yakından bağlı olduğu eş, aile, arkadaş gibi insanlar tarafından sağlanan maddi ve manevi yardım*” olarak kabul edilmektedir (72).

Sosyal destek, sosyal ilişkinin algılayış biçimi, yani sosyal ağın kişi üzerinde bıraktığı etki ile yakından bağlantılıdır. Sosyal ağ, bireylere sosyal desteği iletmek için kullanılan temel araçtır. Sosyal ağın yeterince destekleyici olup olmadığı konusunda kişinin genel izlenimi “algılanan destek” olarak tanımlanır. Bir başka deyişle algılanan sosyal destek, stresli yaşam durumları içerisinde olan bireyin gereksinimi olduğunda her zaman yanında yardıma hazır ve ona değer veren birilerinin olması ve bu kişilerle ilişkilerinden nitelikli yararlar elde etmiş olmanın bilincinde olarak bu durumu kendi yararına bir destek biçiminde yorumlaması şeklinde tanımlanmaktadır (73). Wethington ve Kessler (1986) stresli yaşamsal olaylarla mücadelede, bireyin algıladığı sosyal desteğin, bireyin aldığı sosyal destekten daha önemli olduğunu belirlemişlerdir (74).

2.5.1. Sosyal desteğin işlevleri

Alıcı ve verici olarak adlandırılan ve iki kişi arasında kaynak alış verişleri olarak tanımlanan sosyal destekte, bu takasın alıcı ya da verici tarafından alıcının iyilik durumunu artırmaya yönelik olduğunu anlaması gerekmektedir (75). Sosyal desteği ifade eden dört işlev üzerinde durulmaktadır. Bu işlevler şöyle tanımlanmaktadır:

a) Duygusal destek: Empatinin, bakımın ve bireye olan ilginin ifade edilmesidir. Kaygılı bireye sevilme, rahatlık, şefkat, yakınlık gibi duygular verir. Bu davranışlar bireyin kaygı yaratıcı olayların sonuçları ile duygusal yönden baş edebilmelerini sağlar. Duygusal destek içeren davranışlar bireyin çevresindekiler kadar sevildiği, sayıldığı ve anlaşıldığı duyguları uyandırır. Bunun sonucu olarak, kişilerde özgüven artışı ve sorunlarla baş etmede güdülenmeyi artırma gibi olumlu etkilere neden olur(75, 76, 77).

b) Yardım (araçsal) desteği: Kaygılı bireyin yapmakla yükümlü olduğu günlük işleri (alışveriş, fatura ödemesi, çocuk bakımı vb) yapmak, ödünç para vermek gibi doğrudan yardımları içermektedir. Bireyin sorunu doğrudan onun adına çözmek gibi bir yararı vardır (75, 76, 77).

c) Bilgi desteği: Bilgi, öğüt, yönlendirme, öneri içerir. Bireyin ailesinden, doktoru ya da hemşirelerinden hastalık ve tedavi sürecine ilişkin bilgi alması, hastalığı tanıması, neden ve süreci algılaması, bunun sonucu olası stres kaynaklarını daha kolay tanımlaması ve sunulan destekten yüksek doyum almasını sağlayacaktır.

Ameliyata hazırlanan bireyi ameliyat hakkında bilgilendirme, taburculuk sonrası evde bakım konusunda eğitim verme bilgi desteğine verilebilecek bir örnektir(76, 77).

d) Güven desteği: Çevresindekilerin bireyi desteklemesi, onunla aynı duygu ve düşünceleri paylaştıklarını bildirmeleri ya da kendisinden daha kötü durumda olanlarla karşılaştırılmasına olanak sağlanması gibi davranışları içerir. Bu tür destek, kişinin rekabet edebileceğini ve kendisinin değerli olduğunu düşündürerek bir tür güven duygusu oluşturmaktadır. Güven desteği, özellikle bireyin kaygı düzeyini düşürmede olumlu sonuçlar doğurmaktadır (76).

2.6. KABG, Kanser Cerrahisi ve Sosyal Destek

Sağlık, sadece bir hastalığın veya sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda beden, zihnen ve sosyal yönden tam bir huzur ve iyilik içinde olmaktır. Dolayısıyla sosyal ilişkiler ile bedensel ve ruhsal sağlık arasında bağlantılar vardır(65).

Kişinin yaşamı zorlayıcı yönleriyle başa çıkmasında ve stresin olumsuz etkilerine direnç göstermesinde başkalarıyla olan sosyal ilişkilerin önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Zor durumda ya da sıkıntı içinde olan bireye aile üyelerinin, akrabalarının, arkadaşlarının yanı sıra diğer toplumsal ilişkilerinin sağladığı kaynaklar olarak kavramlaştırılan sosyal desteğin, bedensel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde etkili olduğu vurgulanmaktadır. Sosyal destek ile ilgili çalışmalar 1970’li yıllarda başlamış ve günümüzde sağlık alanında konu ile ilgili çalışmalar artmıştır. Sosyal destek ile sağlık ilişkisini açıklayan iki önemli görüş vardır. Tampon etki kuramına göre, sosyal desteğin yaşam olayları ve yaşam güçlüklerinin yarattığı psikolojik zararları azaltarak tampon görevi gördüğünü savunur. Yani sosyal destek stres yaratan yaşam olaylarının algılanan önemini azaltarak ve bireyin duygusal gerginliğinin üstesinden gelmesine yardım ederek tampon rolü oynar. Temel ya da doğrudan etki kuramı ise, yeterli sosyal desteği olan bireyler hastalıkların oluşmasına neden olacak kadar yüksek düzeyde stres yaşamayacakları için sosyal desteğin stresi doğrudan kontrol altında tuttuğu kabul edilir. Bireyin ait olma, kendine güven, benlik saygısı gibi duygularını olumlu

duygularını olumlu yönde destekleyerek her koşulda sağlıklı kalmasını ve kendini iyi hissetmesini sağlamaktadır (70, 78, 79)

Koroner bypass ameliyatlarından sonra hastaların çoğu, gelişen psikososyal sorunların üstesinden gelebilmek için yakın gözlemi gerektiren riskli gruptandır. Hastalarda ameliyat öncesi işsizlik, geçmişte ya da yeni oluşan anksiyete ve depresyon gibi emosyonel bozukluklar, pasif istem dışı gelişen davranışlar, ameliyat sonrası hastanın ortama ve yeni duruma uyumunu güçleştiren durumlardır (18). Ameliyat sonrası hastalar bedensel, ruhsal ve sosyal güçlüklerle karşılaşmaktadır. Jenkins(1983), hastaların 1/5'inin ameliyat sonrası gelirlerinde %25 oranında azalma olduğunu, Grundle(1980), ameliyat sonrası cinsel işlevlerinde önemli ölçüde yetersizlik olduğunu, Bruer ve arkadaşları ameliyat sonrası farklı oranda ruhsal sorunlar yaşadığını (18), Fadiloğlu ve Ergün hastaların %44'ünün ameliyattan sonra aile ve arkadaş ilişkilerinde sorun yaşadıklarını saptamıştır. Bu nedenle bireyin ameliyat öncesi ve sonrası dönemde sosyal desteğe olan gereksinimi daha fazla artmaktadır (10).

Hasta için cerrahi girişim, kendisine olan saygısını ve kişilik kavramını tehlikeye sokan, beden bütünlüğünden kayıpları içerebilen bir işlem olarak algılanabilir. Cerrahi girişim beklentisinin değişim korkusu ve gerçekçi olmayan bir beden imajı yaratabileceği, beden imajında değişiklik olasılığının suçluluk, utanma, yalnızlık, keder hissi yarattığı bilinmektedir. Aniden değişen bir beden imajı, bireyin kendini diğerlerinden farklı görmesine, aile ve arkadaşları tarafından reddedilme korkusu hissetmesine, kendine güvenin azalmasına, sosyal izolasyona ve depresyona neden olabilmektedir (22). KABG sonrası tekrarlayan kardiyak olaylar, yeniden hastaneye yatışlar ile kardiyak mortalitede depresyonun bağımsız risk faktörü olduğu bildirilmektedir. Frasure-Smith ve arkadaşları (1999), depresyona yetersiz sosyal desteğin eşlik etmesi miyokard enfarktüsü sonrası bir yıllık dönemde mortalite riskini arttırdığını ve sosyal desteğin yüksek olmasının ölüm ve yineleyen miyokard enfarktüsü riskini azalttığını belirtmiştir (80).

Kanser tanısının şoku, hem aile sistemini hem de diğer sosyal destek sistemlerini değiştirebilmektedir. Hastalık sürecinde bazı aile üyeleri birbirine daha çok yakınlaşmakta, bazıları ise birbirinden uzaklaşmaktadır. Belirsizlik ve korku sıklıkla bireylerin sosyal destek gereksinimlerinde artışla sonuçlanmaktadır. Kanserde hastaların sosyal destek gereksinimlerini olumsuz yönde etkileyen bir diğer sorun damgalama (stigma)'dır. Kansere yönelik olarak bireylerin sahip olduğu olumsuz düşünceler ve damgalayıcı tutumlar, kanserli bireyi gerekli desteklerden yoksun bırakabilir. Kanser olmayan bireyler, kendi kanser veya ölüm korkuları nedeniyle kanser hastalarından uzaklaşabilir. Aile üyeleri ve arkadaşlar kendi şaşkınlıkları, kararsızlıkları ve nasıl davranacakları hakkındaki rahatsızlıkları nedeniyle hasta ile temas kurmaktan ve açıkça tartışmaktan kaçınabilir. Diğer yandan kansere yönelik damgalayıcı tutumlar sonucu diğerlerinden gelen yıkıcı geri bildirimler, hastalarda da tutarsızlığa ve şaşkınlığa neden olabilir (27, 81).

Böylesine bir engellenme ve sıkıntı yaşayan birey için hastalığının farklı zamanlarda verilen duygusal, araçsal ve bilgisel destek bireyi stresli durumun zararlı etkilere karşı hafifletici işlev görür. Emosyonel gerginlik durumlarında bireyler, doğal yardımcı olarak görülen aile üyeleri, akraba, komşu ve arkadaşlarına dayanma gereksinimindedir. Bu formal olmayan yardımcıların oluşturduğu destek ağı bireyin uyum süreci ve sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (82).

Sosyal desteğin hastalık ve sağlık davranışları üzerinde olumlu etkileri vardır. Sosyal desteğin davranış örüntülerini değiştirerek vücuttaki biyolojik süreçleri ve hastalık durumlarını etkileyebileceği öne sürülmektedir. Yüksek düzeyde sosyal desteği olan bireylerin tedavinin gereklerine daha sadık kaldıkları, sağlık hizmetlerine daha sık başvurdıkları ve bu hizmetlerden daha çok yararlandıkları ortaya konmuştur. Sosyal desteğin sağlıkla ilgili daha sağlıklı bir egzersiz ve diyet uygulama, sigara ve alkol kullanımını azaltma, medikal tedaviye uyum gibi davranışları arttırdığıdır (83). Hartel ve arkadaşları (1988), sosyal iletişim ve sosyal ağı fazla olan bireylerin daha az sigara içtikleri (84), Doherty ve arkadaşları (1983) eşleri tarafından sağlanan sosyal desteğin kalp hastalarının tıbbi tedaviye uyumlarını kolaylaştırdığı (84), Oka ve arkadaşları (1995) aile üyeleri ve arkadaş desteği ile

egzersiz programlarına uyumun kolaylaştığı (85), Kang ve arkadaşları (1993) sosyal desteğin kanser tarama testlerinin özellikle mammografi ve gaitada gizli kan testlerinin yaptırılmasını artırdığı (84), Erarpand ve Ory (1979), özel bir insan ya da ailesiyle yaşayan hipertansiyon hastalarının, yalnız yaşayan hastalara göre kan basıncını kontrol altında tutmak için verilen önerilere daha çok uyduğunu saptanmıştır (86).

2.6.1. Sosyal Destek ve Hemşirelik

Hastalık, hastaneye yatma ve özellikle ameliyat olma insan yaşamında önem taşıyan olaylardır. Ameliyat olmak için hastaneye gelen kişi kendisi için yabancı ve değişik bir çevre içine girmektedir. Çevre değişimi ve ameliyatın taşıdığı belirsizlik hastanın kaygı duymasına yol açmaktadır. Ameliyat hasta için ağrı, bağımsızlığın kaybı, beden imajında değişim anlamı taşır. Birey bedensel ve yaşamsal düzenine yönelen bu tehdit karşısında yoğun korku ve stres yaşar (66). Bu nedenle bireyin ameliyat öncesi ve sonrası dönemde sosyal desteğe olan gereksinimi artmaktadır. Hemşireler hastalarla en fazla zaman geçiren ve onları en doğru biçimde gözlemleyebilen sağlık profesyonelleridir. Hemşire bireyin destek kaynaklarını, hastanın sosyal destek sistemi içinde sorun olup olmadığını ve stres yaşayan bireyin ne tür desteğin yarar sağlayacağını belirlemelidir.

Sosyal destek sistemlerinin bilinmesi yaşam durumları olumsuz bireylere şu şekilde yardım ettiği ileri sürülmektedir:

- a) Bireyin yaşam durumlarını olumsuz etkileyen bazı elementleri ortadan kaldırarak ya da etkilerini azaltarak,
- b) Olumsuz yaşam durumları karşısında bireyin dayanma gücünü artırarak ve böylece sağlık durumunun iyileşmesine katkıda bulunarak,
- c) Çevresel stresörlerin etkilerine karşı kısmen ve ya tümüyle tampon görevi yaparak,
- d) Bireyin psikobiyolojik kaynaklarını harekete geçirmesine, isteklerinin karşılanmasına, beceriler kazandırarak maddi ve parasal kaynaklara ulaşmasına yardım ederek,
- e) Bireye rehberlik ederek ve bilgi sunarak yardım sağlar (33).

Hemşireler tarafından verilen duygusal destek, bireyin yaşamında algıladığı stresörlere, değişikliklere ve tehditlere uyum sağlamasına yardım ederek, tedavi stresiyle baş etme yeteneklerini artırabilir(27). Koivula (2002), KABG geçirecek olan hastaların hastanede kaldıkları süre içinde hemşirelerden duygusal destek olarak kendilerini dinlemeleri, korku ya da anksiyete gibi duygularını tartışmalarını ve duyguları hakkında soru sormalarını istediklerini saptamıştır (35).

KABG ameliyatı sonrası ortalama altı hafta süren iyileşme dönemi vardır. Bu nedenle birey ve aile evde birçok sorun yaşayabilmektedir. Hastalara taburcu olmadan hemşire tarafından verilecek olan bilgisel destek hastaların en önemli sosyal destek kaynağını oluşturur. Hemşire tarafında planlanan ve uygulanan hasta eğitimi bilgi desteğinin temel bileşenini oluşturur. Rantanen ve arkadaşları (2002), KABG ameliyatı sonrası hastalar hastanedeki tedavi süreci hakkında, iyileşme ve evde bakım, sorun yaşadıklarında ne yapmaları gerektiği konusunda hemşirelerden bilgi gibi destek almak istediklerini belirtmiştir (17).

Uzun bir tedavi sürecinde hastalar, çoğu zaman sosyal ilişkilerini devam ettirmek için gerekli enerjiyi bulmakta zorlanmakta ve en çok gereksinim duydukları zamanda sosyal destekten yoksun kalabilmektedir. Hemşire, hasta ve ailesinin tedavi sürecine bağlı ortaya çıkan psikososyal sorunlarla baş etmelerini sağlama ve hastanın sosyal destek sistemlerini geliştirmede önemli roller üstlenebilir (87). Hastanın duygusal, ailesel, sosyal mesleki, beden imajı, cinsel yaşamı, sağlık durumunu kabul etme, gelecekle ilgili ve manevi sorunlarına yönelik hemşirelik girişimleri şunlardır;

- ❖ Hastalık sürecinde genel olarak inkâr, anksiyete, belirsizlik, öfke, tedaviyi reddetme, güçsüzlük, utanç, yetersizlik, suçluluk, gizleme, yalnızlık, sosyal geri çekilme, umutsuzluk, yas gibi duyguların yaşandığı ve bu duyguları hasta ile birlikte ifade etmenin ve paylaşmanın önemi hakkında konuşulur.
- ❖ Hastanın yaşadığı duyguları anlamaya çalışmak, dürüst, empatik ve yargılayıcı olmayan bir tutum sergilemek, hastanın duygu ve düşüncelerini

ifade etmesini ve olumsuz duygularla baş etmesini kolaylaştırır. Duygularını ifade etme durumunda hastaya olumlu geri bildirim verilir.

- ❖ Hastanın geçmiş deneyimlerindeki baş etme yollarını ifade etmesi sağlanır ve hasta bir arkadaşı veya akrabayı aramak, hasta olan bir başkasına destek olmak, kendisi veya bir başkası için iyi bir şey yapmak, benzer sorunları olan kişilerle bir araya gelmek, gevşeme egzersizleri yapmak gibi, etkili baş etme yöntemleri kullanması yönünde desteklenir.
- ❖ Hasta ile kendi aile yapısı, aile destek kaynakları ve bu destek kaynaklarının hastalıkla baş etmedeki önemi tartışılır.
- ❖ Hastalığın ailenin iletişimi üzerindeki etkisi değerlendirilir.
- ❖ Hastanın hastalık nedeniyle aile içindeki rollerinin etkilenip etkilenmediği ve değişen rollerine uyumu belirlenir.
- ❖ Hastalık sürecinde hastanın yanı sıra diğer aile üyelerinin de rol ve sorumlulukları değişebilir. Aile sürecinde meydana gelen bu değişimlerin diğer aile üyeleri üzerindeki etkisi tartışılır.
- ❖ Hasta, aile sürecinde meydana gelen sorunların çözümünde, etkili baş etme yöntemleri geliştirmesi (aile üyeleriyle birlikte zaman geçirme, sorunları paylaşma ve çözüm yolları üretme gibi) ve aile üyeleriyle iletişim ve etkileşimini sürdürmesi yönünde cesaretlendirilir.
- ❖ Hastaya, hastalıkla baş etmede sosyal desteğin önemi vurgulanır.
- ❖ Hastalık nedeniyle sosyal yaşamında meydana gelen sorunları ifade etmesi için hasta cesaretlendirilir.

- ❖ Hastanın var olan sosyal destek ağı belirlenir ve destek ağı içinde en fazla kimlerle (eş, arkadaşlar, komşular, akrabalar, dernekler gibi) iletişim kurduğu ve yaşadığı sorunlar tartışılır.
- ❖ Hastanın aile, arkadaş ve akranlarla ilişkilerini güçlendirmesi, var olan sosyal faaliyetlerini devam ettirmesi, sosyal ve toplumsal aktivitelere katılması ve benzer ilgi ve amaçları paylaşan kişilerle bir araya gelmesi için teşvik edilir.
- ❖ Hoşlanılan özel aktivitelerin planlaması ve uygulanması hastalıkla baş etmede yararlıdır. Bu doğrultuda hastayla var olan boş zaman aktiviteleri, hobi ve uğraşları konusunda konuşulur ve bunları ne sıklıkta yaptığı değerlendirilir. Eğer yoksa yeni hobiler edinmesi yönünde cesaretlendirilir.
- ❖ Hastalığın tanı ve tedavi sürecinde, hastaların mesleki yaşamlarında kesintiler meydana gelebilir. Hastanın bu süreçte mesleki amaçları, öncelikleri değişebilir, iş ve kazanç kaybı nedeniyle aile ekonomisine katkısı azalabilir ve ekonomik güçlükler ortaya çıkabilir. Hastanın mesleki sorunlarına ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade etmesi, yeni rollerini kabul etmesinde ve uyum sağlamasında yardımcı olur. Ekonomik yardım sağlayan kuruluşlar belirlenerek bireyin bu hizmetlerden yararlanmaları sağlanmalıdır.
- ❖ Hastalarda cerrahi girişim sonrası bedeni bir bütün olarak algılayamama, ameliyat bölgesine bakamama çeşitli duygular yaşanabilir. Bu doğrultuda hastanın duyarlılığına dikkat edilerek, meydana gelen fiziksel değişimlerle ilgili olarak duygularını ifade etmesi cesaretlendirilir.
- ❖ Cinsel yaşamında meydana gelen değişimler varsa, bu değişimlerin hastanın eşi üzerindeki etkisi tartışılır. Hastanın eşiyle ilişkileri gözden geçirilerek, hastaya yakın ilişkilerini derinleştirmesi yönünde destek verilir. Hastanın cinsel yaşamındaki sorunlarıyla baş etmede destek kaynaklarını belirlemesine yardım edilir.

- ❖ Hastanın umut, güven, sevgi, yalnızlık ve güçsüzlükle ilgili duygularını ifade etmesine olanak verilir.
- ❖ Hasta yaşam ve ölüm hakkındaki duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilir. Hastanın sahip olduğu inanç ve değerler tartışılır.
- ❖ Hasta isteği doğrultusunda ailesi ve arkadaşlarıyla zaman geçirme, başkalarıyla arkadaşlık, birlik ve ibadet için ilişkilerini arttırma, inançlarına uygun olarak dini açıdan anlamı olan yerleri ziyaret etme, dua etme, inançlarını yazma, meditasyon gibi aktivitelere katılma yönünde teşvik edilir.
- ❖ Hastanın sağlık durumu hakkındaki duygu ve düşüncelerini ifade etmesi cesaretlendirilir.
- ❖ Hastanın genel olarak problem çözme yöntemleri ve karar verme yeteneği değerlendirilir. Sorunların nasıl ve kimin tarafından çözümleneceğine karar vermede hastaya yardım edilir.
- ❖ Hastaya yaşama bakış açısını netleştirmede, gelecekle ilgili planlarını, kısa ve uzun süreli amaçlarını belirlemede destek olunur.
- ❖ Taburculuk sonrası iyileşme dönemini sağlıklı ve nitelikli geçirmeleri için gerekli durumlarda hizmet ve danışmanlık yapılmalıdır (27).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, Koroner arter bypass greftleme ameliyatı ve kanser cerrahisi olan hastaların algıladıkları sosyal destek ve aile işlevleri açısından herhangi bir fark olup olmadığını belirlemek ve karşılaştırmak üzere planlanmış analitik bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Alt Problemleri

1. Koroner arter bypass greft ameliyatı ve kanser cerrahisi olan hastaların ve ailelerinin sosyo-demografik özellikleri nelerdir?
2. Koroner arter bypass greft ameliyatı ve kanser cerrahisi olan hastaların yatışlarının ikinci gününde algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
3. Koroner arter bypass greft ameliyatı ve kanser cerrahisi olan hastaların yatışlarının ikinci gününde aile üyelerinin aile işlevlerini algılama biçimleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
4. Koroner arter bypass greft ameliyatı ve kanser cerrahisi geçiren hastaların taburcu olacakları gün algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
5. Koroner arter bypass greft ameliyatı ve kanser cerrahisi geçiren hastaların ailelerinin taburcu olacakları gün aile işlevlerini algılama biçimleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
6. Koroner arter bypass greftleme ameliyatı ve kanser cerrahisi geçiren hastaların hastaneye yatışlarının ikinci günü ile taburcu olacakları gün algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
7. Koroner arter bypass greftleme ameliyatı ve kanser cerrahisi geçiren hasta ailelerinin hastaneye yatışlarının ikinci günü ile taburcu olacakları gün aile işlevlerini algılama biçimleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kasım 2003 tarihinde hizmete açılmıştır. Hastanede toplam 294 yatak, sekiz klinik ve 15 poliklinik vardır. Bolu’da koroner arter bypass greft ameliyatı yapılan tek hastane olması nedeniyle, araştırma evreni olarak bu hastane seçilmiştir.

Adı geçen hastanede toplam 90 hemşire görev yapmaktadır. Hemşirelerin günlük çalışma saati 8.00 -17.00 ve 16.00–8.00 olmak üzere iki vardiya şeklindedir. Kalp-damar cerrahisi, kendine ait bir servisi olmayıp, Cerrahi II servisi içerisinde kadın-doğum ve kulak-burun-boğaz bölümleri ile birlikte aynı serviste yer almaktadır. Cerrahi servisi 21 yataklı olup, kalp-damar cerrahisine ait beş yatak bulunmaktadır. Kalp-damar cerrahisi ameliyatları salı, perşembe ve cuma olmak üzere haftada üç gün yapılmaktadır. Koroner arter greft ameliyatlarına Aralık 2005 yılında başlanmıştır. Yılda ortalama 50 koroner arter bypass greft ameliyatı yapılmaktadır.

Kalp damar cerrahisi bölümünde iki öğretim görevlisi, beş asistan hekim görev yapmaktadır. Cerrahi II servisinde bir önlisans, dört lisans ve iki lise mezunu olmak üzere yedi hemşire çalışmaktadır. Hemşireler kalp hastalıkları ve kalp hastaları bakımı konusunda mezuniyet sonrası herhangi bir eğitim almamışlardır. Hekim tarafından koroner arter bypass cerrahisi endikasyonu konulan ve bu ameliyatı olmayı kabul eden hastalar, işlem için randevu almakta ve randevu günü servise gelmektedir. Servise geldiğinde koroner arter bypass ameliyatı olacak hastalar, 08.30–09.00 saatleri arasında yatış işlemleri yapılmakta, hastanede kaldıkları süre içinde bir refakatçiye izin verilmektedir.

Hastalar ameliyat öncesi tetkiklerini yaptırmak için ameliyattan ortalama dört gün önce hastaneye yatmaktadır. Yatış işlemi yapılan hastalar hemşireler tarafından odalarına yerleştirilmekte ve hekim tarafından aydınlatılmış onam formu doldurulmaktadır. Ameliyat öncesinde hastalardan rutin olarak karotis doppler, elektrokardiyografi (EKG), ekokardiyografi (EKO), laboratuvar tahlilleri (hemogram, biyokimya, sedimentasyon, koagülasyon, tam idrar tahlili), akciğer filmi, solunum

fonksiyon testi ve anestezi hazırlığı yapılmaktadır. Ameliyattan önceki gece hastanın cilt hazırlığı banyo ve traş yapılarak cilt hazırlığı, mesane ve barsak boşaltımı sağlanmakta, enfeksiyon kontrolü için antibiyotik uygulaması, geceyi dinlenerek ve yeterince uyumaları için sedatif ilaç verilmektedir.

Koroner arter bypass greft sonrasında hastalar yoğun bakım ünitesine gelmekte, komplikasyon gelişmemesi halinde yaklaşık dört gün kadar kaldıktan sonra servise transfer edilmektedir. Hekim ve hemşireler tarafından hastalara akşam ve sabah olmak üzere en az iki ziyaret yapılmaktadır. Hastalarda herhangi bir komplikasyon gelişmemesi halinde ortalama altı ya da yedi günde taburcu olmaktadır.

Genel cerrahi bölümünün kendine ait bir servisi olmayıp, Cerrahi I servisi içerisinde üroloji bölümü ile birlikte aynı serviste yer almaktadır. Cerrahi servisi 21 yataklı olup, genel cerrahiye ait on yatak bulunmaktadır. Genel cerrahi ameliyatları pazartesi, çarşamba ve cuma olmak üzere haftada üç gün yapılmaktadır. Yılda ortalama 25 kanser cerrahisi ameliyatı yapılmaktadır.

Genel cerrahi bölümünde beş öğretim görevlisi, beş asistan hekim görev yapmaktadır. Cerrahi I servisinde bir önlisans ve altı lisans mezunu olmak üzere yedi hemşire çalışmaktadır. Hemşireler stoma bakım hemşireliği, onkoloji hemşireliği konusunda mezuniyet sonrası herhangi bir eğitim almamışlardır. Genel cerrahi polikliniğine başvuran kanser ön tanısı konulan hastalar ileri tetkik için hastaneye yatırılmakta, kanser tanısı kesinleştiğinde tedavi türüne karar verilmektedir. Hekim tarafından kanser cerrahisi endikasyonu konulan ve bu ameliyatı olmayı kabul eden hastalara, işlem için hekim tarafından aydınlatılmış onam formu doldurulmaktadır.

Ameliyat öncesinde hastaların kanser türlerine göre tetkik yapılmaktadır. Ameliyat öncesi hastalardan endoskopi, kolonoskopi, gastroskopi, gastroduodenoskopi, protosigmoidoskopi, mamografi, biyopsi, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, gaitada gizli kan testi, manyetik rezonans görüntüleme elektrokardiyografi (EKG), ekokardiyografi (EKO), laboratuvar tahlilleri (hemogram,

biyokimya, sedimantasyon, koagülasyon, tam idrar tahlili), akciğer filmi, solunum fonksiyon testi ve anestezi hazırlığı yapılmaktadır. Ameliyattan önceki gece hastanın cilt hazırlığı banyo ve traş yapılarak cilt hazırlığı, mesane ve barsak boşaltımı sağlanmakta, enfeksiyon kontrolü için antibiyotik uygulaması, geceyi dinlenerek ve yeterince uyumaları için sedatif ilaç verilmektedir.

Kanser cerrahi sonrasında hastalar servise gelmekte, hekim ve hemşireler tarafından hastalara akşam ve sabah olmak üzere en az iki ziyaret yapılmaktadır.. Kolorektal kanser cerrahi geçiren hastalar stoma bakımı ve torba değiştirme; meme cerrahisi geçiren hastalar lenf ödem konusunda eğitim aldıktan sonra, herhangi bir komplikasyon gelişmemesi halinde ortalama on ya da on iki günde taburcu olmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi kalp-damar cerrahi servisine koroner arter bypass greftleme ameliyatı yapılmak üzere yatırılan ve genel cerrahi servisine kanser cerrahisi için yatırılan tüm hastalar ile onların aile üyelerinden oluşmaktadır. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesine 2006 yılında 53 hasta koroner arter bypass greftleme ameliyatı ve 28 hasta kanser ameliyatı geçirmiştir.

3.5. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, Şubat 2008-Şubat 2009 tarihleri arasında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesine koroner arter bypass greft ve kanser cerrahisi endikasyonu ile hastaneye yatırılan hastalar ile hastalarla aynı sayıda onlara hastanede yatışının en az ikinci gününden itibaren refakat eden 15 yaşından büyük, aile üyelerinden ardışık ve seçkisiz olarak seçilen, araştırma konusunda bilgilendirilen araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar ve aile üyeleri oluşturmuştur.

Araştırma süresince koroner arter bypass greft endikasyonu ile yatırılan 40 hasta ve 40 aile üyesine ulaşılmıştır. Exitus olan (n=1), acil opere olan (n=1), iletişim sorunu olan (n=1), araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar (n=3), araştırmaya katılmayı kabul etmeyen aile üyeleri (n=4) çalışma dışında bırakılmıştır ve araştırmaya katılmayı kabul eden 30 hasta ve 30 aile üyesi araştırma kapsamına alınmıştır.

Meme (n=12), tiroid (n=1), mide (n=11) ve kolorektal (n=10) kanser cerrahisi endikasyonu ile 34 hasta ve 34 aile üyesine ulaşılmıştır. Exitus olan (n=1), acil opere olan (n=2), hemodinamisi bozuk olan (n=1) hastalar çalışma dışında bırakılmıştır ve araştırmaya katılmayı kabul eden 30 hasta ve 30 aile üyesi araştırma kapsamına alınmıştır.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi
2. Acil olarak KABG ve kanser cerrahisi olan hastalar araştırmaya dâhil edilmeyecektir.
3. Aile üyeleri için 15 yaşından büyük olma, aktif bir ruhsal bozukluğa sahip olmama
4. Meme, tiroid, mide ve kolorektal kanser cerrahi olan hastalar araştırmaya dâhil edilmiştir.
5. Hastalar için hemodinamisi iyi olma, konuşabilme özellikleri aranmıştır.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

3.7.1 Bağımlı değişkenler: Koroner arter bypass greft ve kanser cerrahisi olan hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyi ve aile üyelerinin aile işlevlerini algılama biçimleri.

3.7.2. Bağımsız değişkenler: Yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum, sosyal güvence, aile yapısı, gelir durumu gibi

3.8. Araştırmada Kullanılan Tanımlar

Algılanan sosyal destek: Stresli yaşam durumları içerisinde olan bireyin gereksinimi olduğunda yanında yardıma hazır ve ona değer veren birilerinin olması ve bu kişilerle ilişkilerinden nitelikli yararlar elde etmiş olmanın bilincinde olarak bu durumu kendi yararına bir destek biçiminde yorumlaması olarak tanımlanmaktadır.

Aile işlevlerinin algılanması: Aile üyelerinin aile işlevlerini yerine getirip getiremediğini algılamalarıdır.

Koroner arter bypass greft: Tıkalı olan bir ya da daha fazla koroner artere safen ven ya da internal mammariyan arter ile bypass yapılarak miyokardın revaskülarizasyonunun sağlanmasıdır.

Kanser cerrahisi: Erken tanı konan ve metastaz yapmış kanser türlerinin cerrahi yöntemlerle tedavi edilmesidir.

3.9. Verilerin Toplanması

3.9.1. Veri Toplama Formları

Veri toplamada hastalar için “Hasta Bilgi Formu”, aile üyeleri için “Aile Üyesi Bilgi Formu”, “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)” ile “Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)” kullanılmıştır.

Hasta Bilgi Formu. Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, mesleği, medeni durumu, yattığı klinik, yatış tanısı, gelir düzeyi, sosyal güvencesi, geçirilecek ameliyatın türü, aile içindeki konumu, ailedeki birey sayısı, aile yapısı, birlikte yaşadığı kişilere ilişkin toplam 14 sorudan oluşmaktadır.

Aile Üyesi Bilgi Formu. Aile üyesinin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, mesleği, aile içindeki konumu, medeni durumu ile ilgili toplam altı sorudan oluşmaktadır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ). Zimmet ve arkadaşları tarafından 1988’de geliştirilen ölçek, Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında Türkçe’ye uyarlanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı ve güvenirliği oldukça yüksek bulunmuş, Cronbach’s alpha katsayısı 0.89 olarak belirlenmiştir. Alt boyut Cronbach’s alpha katsayıları aile için 0.85, arkadaş için 0.88, özel insan 0.92’dir. Ölçek, üç farklı kaynaktan algılanan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendirmekte ve 12 kısa maddeden oluşmaktadır. Aile ve insan gibi özel terimleri ayırt etmek için çalışma Eker, Arkar ve Yaldız tarafından 2001 yılında yenilenmiştir.

Aile; eş, çocuk, kardeşler, ebeveynler olarak, özel insan; aile ve arkadaş dışındaki kişiler (nişanlı, doktor, hemşire, flört) olarak tanımlanmıştır. Ölçek birden yediye kadar sıralanan bir puanlama sistemine sahiptir. Her biri dört maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin üç grubu içerir. Bunlar, aile (3, 4, 8, 11. maddeler), arkadaş (6, 7, 9, 12. maddeler) ve özel insan (1, 2, 5, 10. maddeler) dir. Ölçekte ters ifade yoktur. Ölçek “*tamamen katılıyorum*”, “*çoğunlukla katılıyorum*”, “*katılıyorum*”, “*kararsızım*”, “*katılmıyorum*”, “*çoğunlukla katılmıyorum*” ve “*hiç katılmıyorum*” şıklarından oluşur. Puanlamada şıklara “*Tamamen katılıyorum 7*”, “*Çoğunlukla katılıyorum 6*”, “*Katılıyorum 5*”, “*Kararsızım 4*” “*Katılmıyorum 3*”, “*Çoğunlukla katılmıyorum 2*” ve “*Hiç katılmıyorum 1*” puan alır.

Her alt ölçekte dört maddenin puanlaması ile alt ölçek puanı elde edilir ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin tam puanlaması verilir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Ölçeğin bütününden elde edilecek en düşük toplam puan 12, en yüksek toplam ise 84’dir.

Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu, puanın düşük olması da desteğin algılanmadığını ya da destekten yoksun olduğunu gösterir.

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ). Amerika Birleşik Devleti Brown Üniversitesi Butler Hastanesi tarafından geliştirilmiş ve Türkiye için geçerlilik güvenilirliği Bulut (1990) tarafından yapılmıştır. Alt ölçeklerin Cronbach-alfa katsayıları 0.38 ile 0.86 arasında değişmektedir. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) ailenin işlevlerini yerine getirip getiremediğini, aile üyelerinin algılarına göre değerlendirmeyi sağlayan, problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler olmak üzere yedi alt ölçekten oluşan 60 sorulu bir öz bildirim ölçeğidir.

“Problem Çözme”, ailenin bütünlüğünü tehdit eden sorunları ailenin işlevselliğini sürdürecektir düzeyde çözebilme yeteneğine işaret etmektedir. *“İletişim”*, aile bireyleri arasında bilginin değişimi olarak tanımlanır, mesajın içeriği ve kimin amaçlandığı ile ilgili olarak sözel mesajın açık ve doğrudan olup olmadığına odaklanır. *“Roller”*, ailenin farklı aile görevlerini ele alışlarını ve bu görevlerin nasıl dağıldığı ve yerine getirildiğiyle ilgili davranış modelleri oluşturma ve sürdürme becerilerine ilişkindir. *“Duygusal Tepki Verebilme”*, aile bireylerinin duygularını açıkça ifade edip edemediğini değerlendirir. *“Gerekli İlgiyi Gösterme”*, aile bireylerinin birbirlerinin etkinliklerine ve onları ilgilendiren şeylere karışma boyutu ile ilgilendirir. *“Davranış Kontrolü”*, bir ailenin bireylerinin davranış standartlarının belirleme ve sürdürme yollarını değerlendirir. *“Genel İşlevler”*, ailenin önceki tüm alanlardaki genel işlevselliğini değerlendirir. ADÖ 12 yaş üzerindeki tüm aile üyelerine bireysel olarak uygulanır. Ölçeğin cevaplanması ortalama 20 dakika almaktadır. Ancak eğitim düzeyi düşük olanlarda ve okuma yazma bilmeyenlere maddelerin uygulamacılar tarafından okunduğu durumlarda bu süre 30 dakikayı aşabilmektedir. Ölçek puanları 1.00 (sağlıklı) ile 4.00 (sağlıksız) arasında değişir. . 2.00 sağlıklı ve sağlıksız işlevleri ayırt eden bir puan olup, 2.00’nin üzerindeki puan ortalamalarının aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru bir gidişin göstergesidir. Her alt ölçek için hesaplanan puan ortalamaları 4.00’e yaklaştıkça o işlev açısından sağlıksızlığın arttığı yolunda yorum yapılmaktadır.

3.9.2. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Araştırmanın verileri, Şubat 2008- Şubat 2009 tarihleri arasında araştırmacı tarafından Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde kalp-damar cerrahi servisine koroner arter bypass greft yapılmak üzere yatırılan 30 hasta ve 30 aile üyesi, genel cerrahi servisine kanser cerrahisi için yatırılan 30 hasta ve 30 aile üyesinden toplanmıştır. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Uygulama Hastanesi Etik Kurulu, Başhekimliği'nden yazılı olarak araştırmanın yapılacağı Kalp Damar Cerrahi Anabilim Dalı ve Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlarından yazılı ve sözlü olarak onam alınmıştır.

Araştırmacı, verileri toplamadan önce hastalara ve hastalara refakat eden aile üyelerine kendini tanıtmış, yaptığı araştırma konusunda bilgilendirmiş, araştırmaya katılımın gönüllü olduğunu ve verdiği bilgilerin sadece araştırma için kullanılacağını, bilgilerin gizli tutulacağını, başka hiçbir yerde kullanılmayacağını, istedikleri anda çalışmadan ayrılma hakkına sahip olduklarını açıklamış ve araştırmaya katılma konusunda onamlarını almıştır.

Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile hastanede toplanmıştır. Çalışma 'hasta grubu' ve aile üyelerinin oluşturduğu 'aile üyesi grubu' olmak üzere iki grup halinde yürütülmüştür. Kalp-damar cerrahi servisine koroner arter bypass greft yapılmak üzere ve genel cerrahi servisine kanser cerrahisi için yatırılan tüm hastalara hastaneye yatışlarının ikinci gününde hasta odasında Hasta Bilgi Formu, Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), aynı gün onlara hastanede refakat eden aile üyesine de bekleme salonunda Aile Üyesi Bilgi Formu ve Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) uygulanmıştır. Ölçeklerin toplam uygulama süreleri ortalama 35–45 dakika sürmüştür. Hastalar koroner arter bypass greft ameliyatı ve kanser cerrahisi geçirdikten sonra hastalara taburcu olacakları gün hasta odasında Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği, eş zamanlı olarak onlara hastanede refakat eden aynı aile üyesine de bekleme salonunda Aile Değerlendirme Ölçeği tekrar uygulanmıştır.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu araştırmada elde edilen veriler kodlanarak bilgisayara aktarılmış ve SPSS 11.0 (Statistical Package for Social Science) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Hastaların ve aile üyelerinin bazı sosyo-demografik verileri değerlendirmek için frekans, ki-kare testi ve yüzdelik gibi tanımlayıcı istatistik kullanılmıştır. KABG ve kanser cerrahisi geçiren hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyi ve aile üyelerinin aile işlevlerini algılama biçimlerini tanımlamak için ortalama değerler kullanılmıştır. KABG ve kanser cerrahisi geçiren hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile aile üyelerinin aile işlevlerini algılama biçimleri arasındaki fark için bağımsız iki grup ortalamaları *t-test*; hastaların hastaneye yatışlarının ikinci günü ile taburcu olacakları günde algıladıkları sosyal destek ile aile üyelerinin aile işlevlerini algılama biçimleri *paired samples t-test* kullanılarak analiz edilmiştir. 0.05 den küçük değerler önemli kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları yedi bölüm halinde sunulmuştur. Birinci bölümde; koroner arter bypass greftleme (KABG) ameliyatı ve kanser cerrahisi olan hastaların ve ailelerinin bazı sosyo-demografik özellikleri; ikinci bölümde KABG ameliyatı ve kanser cerrahisi olan hastaların yatışlarının ikinci günündeki algıladıkları sosyal destek düzeylerinin karşılaştırılması; üçüncü bölümde KABG ve kanser cerrahisi olan hastaların yatışlarının ikinci günündeki aile üyelerinin aile işlevlerini algılama biçimlerinin karşılaştırılması; dördüncü bölümde KABG ve kanser cerrahisi olan hastaların taburcu olacakları gün algıladıkları sosyal destek düzeylerinin karşılaştırılması; beşinci bölümde KABG ve kanser cerrahisi olan hastaların aile üyelerinin taburcu olacakları gün aile işlevlerini algılama biçimlerinin karşılaştırılması; altıncı bölümde KABG ve kanser cerrahisi geçiren hastaların hastaneye yatışlarının ikinci günü ile taburcu olacakları gün algıladıkları sosyal destek düzeylerinin karşılaştırması ve yedinci bölümde KABG ve kanser cerrahisi olan hasta ailelerinin hastaneye yatışlarının ikinci günü ile taburcu olacakları gün aile işlevlerini algılama biçimlerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

4.1. Koroner Arter Bypass Greftleme (KABG) Ameliyatı ve Kanser Cerrahisi Olan Hastaların ve Ailelerinin Sosyo-Demografik Özellikleri

Bu alt başlıkta; KABG ve kanser cerrahisi olan hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer, gelir durumu, sosyal güvence, ailedeki birey sayısı, aile tipi, birlikte yaşadığı kişiler ile ailelerin cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu gibi bazı sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Koroner Arter Bypass Greftleme (KABG) Ameliyatı ve Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri (N:60)

Özellikler	KABG Sayı (%)	Kanser Cerrahisi Sayı (%)	TOPLAM Sayı (%)	X ² p Değeri
Cinsiyet				
Kadın	9 (30.0)	21 (70.0)	30 (50.0)	X ² : 9.600
Erkek	21 (70.0)	9 (30.0)	30 (50.0)	P: 0.002*
Yaş				
< 60	12 (40.0)	8 (26.7)	20 (33.3)	X ² : 1.200
≥ 60	18 (60.0)	22 (73.3)	40 (67.7)	P: 0.273
Medeni Durumu				
Evli	25 (83.3)	21 (70.0)	46 (76.7)	X ² : 1.725
Bekâr / Dul	5 (16.7)	9 (30.0)	14 (23.3)	P: 0.222
Eğitim Durumu				
Okur-yazar değil	4 (13.3)	6 (20.0)	10 (16.7)	X ² : 1.568
Okur-yazar / İlkokul	19 (63.3)	20 (66.7)	39 (65.0)	P: 0.667
Ortaokul/ Lise	4 (13.3)	3 (10.0)	7 (11.7)	
Üniversite	3 (10.0)	1 (3.3)	4 (6.7)	
Yaşadığı Yer				
Köy / Kasaba	15 (50.0)	10 (33.3)	25 (41.7)	X ² : 1.725
İl merkezi	10 (33.3)	13 (43.3)	23 (38.3)	P: 0.422
İlçe merkezi	5 (16.7)	7 (23.3)	12 (20.0)	

* p< 0.05

“ Devam Ediyor”

Gelir Durumu				
Az gelir	3 (10.0)	2 (6.7)	5 (8.3)	X ² : 0.218
Orta / Üst gelir	27 (90.0)	28 (93.3)	55 (91.7)	P: 0.640
Sosyal Güvence				
SSK	13 (43.3)	17 (56.7)	30 (50.0)	X ² : 6.533
Yeşil kart	1 (3.3)	- -	1 (1.7)	P: 0.163
Emekli Sandığı	6 (20.0)	10 (33.3)	16 (26.7)	
Bağ -Kur	9 (30.0)	3 (10.0)	12 (20.0)	
Özel Sigorta	1 (3.3)	- -	1 (1.7)	
Aile Tipi				
Çekirdek aile	21 (70.0)	18 (60.0)	39 (65.0)	X ² : 0.659
Geniş aile	9 (30.0)	12 (40.0)	21 (35.0)	P: 0.417
Ailedeki Birey Sayısı				
1 -3 kişi	1 (3.3)	2 (6.7)	3 (5.0)	X ² : 2,204
4 -6 kişi	18 (60.0)	22 (73.3)	40 (66.7)	P: 0,332
7- 9 kişi	11 (36.7)	6 (20.0)	17 (28.3)	
Birlikte Yaşadığı Kişiler				
Ailesi ile birlikte	28 (93.3)	29 (96.7)	57 (95.0)	X ² : 0.351
Yalnız	2 (6.7)	1 (3.3)	3 (5.0)	P: 0.554
TOPLAM	30 (100.0)	30 (100.0)	60 (100.0)	

* p< 0.05

KABG ameliyatı ve kanser cerrahisi geçiren hastaların bazı sosyo-demografik özellikleri karşılaştırıldığında, KABG ameliyatı geçiren hastaların %70.0'i erkek, kanser cerrahisi geçiren hastaların ise %70.0'i kadındır. KABG ameliyatı ve kanser cerrahisi geçiren hastaların çoğu 60 ve üzeri yaş grubunda (sırasıyla %60.0 ve %73.3) yer almaktadır. Cinsiyet açısından KABG ameliyatı ve kanser cerrahisi olan hastalar aralarında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

KABG ameliyatı ve kanser cerrahisi geçiren hastaların çoğu evli (sırasıyla %83.3 ve %70.0) olup, okuryazar/ilkokul mezunu (sırasıyla %63.3 ve %66.7), orta/üst gelir düzeyinde (sırasıyla %90.0 ve %93.3) ve SSK sosyal güvencesine sahip oldukları (sırasıyla %43.3 ve %56.7) belirlenmiştir. KABG ameliyatı olan hastaların çoğu köy/kasaba da yaşarken (%50.0), kanser cerrahisi geçiren hastaların %43.3'ü il merkezinde, 4–6 kişilik bir ailede (sırasıyla %60.0 ve %73.3), çekirdek aile (sırasıyla %70.0 ve %60.0) olup, çoğu ailesi ile birlikte (sırasıyla %93.3 ve %96.7) yaşamaktadır. Her iki hasta grubunun medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu sosyal güvence, yaşadığı yer, ailedeki birey sayısı aile tipi ve birlikte yaşadığı kişiler bakımından aralarında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.2.Koroner Arter Bypass Greftleme (KABG) Ameliyatı ve Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların Ailelerinin Sosyo-Demografik Özellikleri (N:60)

Özellikler	KABG Sayı (%)	Kanser Cerrahisi Sayı (%)	TOPLAM Sayı (%)	X ² p Değeri
Cinsiyet				
Kadın	20 (66.7)	22 (73.3)	42 (70.0)	X ² : 0.317 P: 0.573
Erkek	10 (33.3)	8 (26.7)	18 (30.0)	
Yaş Grubu				
< 60	18 (60.0)	21 (70.0)	39 (65.0)	X ² :0.659 P: 0.417
≥ 60	12 (40.0)	9 (30.0)	21 (35.0)	
Eğitim Durumu				
Okur-yazar değil	4 (13.3)	1 (3.3)	5 (8.3)	X ² : 3.400 P: 0.334
Okur-yazar / İlkokul	14 (46.7)	18 (60.0)	32 (53.3)	
Ortaokul/ Lise	9 (30.0)	6 (20.0)	15 (25.0)	
Üniversite	3 (10.0)	5 (16.7)	8 (13.3)	
Medeni Durumu				
Evli	27 (90.0)	28 (93.3)	55 (91.7)	X ² : 0.218 P: 0.640
Bekâr / Dul	3 (10.0)	2 (6.7)	5 (8.3)	
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	13 (43.3)	12 (40.0)	25 (41.7)	X ² : 0.69 P: 0.793
Çalışmıyor	17 (56.7)	18 (60.0)	35 (58.3)	
TOPLAM	30 (100.0)	30 (100.0)	60 (100.0)	

* p< 0.05

KABG ameliyatı ve kanser cerrahisi geçiren hastaların ailelerinin bazı sosyo-demografik özellikleri karşılaştırıldığında, çoğunun kadın (sırasıyla %66.7 ve %73.3) olup, 60 yaş altı grubunda (sırasıyla %60.0 ve %70.0) yer aldığı, okuryazar/ ilkokul (sırasıyla % 46.7 ve % 60.0) mezunu, evli (sırasıyla % 90.0 ve % 93.3) ve çalışmadığı (sırasıyla % 56.7 ve % 60.0) saptanmıştır. Her iki hasta grubunun cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.2. KABG Ameliyatı ve Kanser Cerrahisi Olan Hastaların Hastaneye Yatışlarının İkinci Gününde Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Karşılaştırılması

Bu alt başlıkta KABG ameliyatı ve kanser cerrahisi olan hastaların hastaneye yatışlarının ikinci gününde algıladıkları sosyal destek düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almıştır.

Tablo 4.3. Hastaların İkinci Gününde Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Karşılaştırılması (N:60)

	KABG (n:30) X±SD	Kanser Cerrahisi (n:30) X±SD	t Değeri	p Değeri
Özel insan	13.0 ± 5.9	18.3 ± 6.3	3.308	0.002*
Arkadaş	15.7 ± 6.6	17.9 ± 6.4	1.285	0.204
Aile	24.5 ± 2.6	22.9 ± 4.7	1.645	0.105
TOPLAM	51.0 ± 9.6	58.4 ± 16.1	2.156	0.036*

* p< 0.05

KABG ameliyatı ve kanser cerrahisi olan hastaların hastaneye yatışlarının ikinci gününde algıladıkları sosyal destek düzeyleri Tablo 4.3'te karşılaştırılmaktadır. KABG ameliyatı geçiren hastalara göre, kanser cerrahisi geçiren hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri daha yüksektir ve istatistiksel açıdan anlamlıdır (t:2.156; p< 0.05).

Kanser cerrahisi olan hastaların “özel bir insan”dan algıladıkları sosyal destek düzeyi, KABG ameliyatı olan hastalardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (t:3.308; p<0.05).

KABG ameliyatı olan hastalara göre, kanser cerrahisi olan hastaların arkadaşlarından algıladıkları sosyal destek daha yüksek, ailelerinden sağladıkları sosyal destek daha düşük olmasına karşın, her iki grup arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır (sırasıyla t: 1.285 ve t:1.645; p>0.05).

4.3. KABG Ameliyatı ve Kanser Cerrahisi Olan Hastaların Yatışlarının İkinci Gününde Aile Üyelerinin Aile İşlevlerini Algılama Biçimlerinin Karşılaştırılması

Bu alt başlıkta KABG ameliyatı ve kanser cerrahisi olan hastaların hastaneye yatışlarının ikinci gününde aile üyelerinin aile işlevlerini algılama biçimleri karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almıştır.

Tablo 4.4. Hasta Ailesinin Aile İşlevlerini Algılama Biçimlerinin Karşılaştırılması (N:60)

	KABG (n:30) X±SD	Kanser Cerrahisi (n:30) X±SD	t Değeri	p Değeri
Problem çözme	1.63 ± 0.57	2.16 ± 0.66	3.315	0.002*
İletişim	1.97 ± 0.39	2.17 ± 0.45	1.761	0.084
Roller	1.98 ± 0.58	2.11 ± 0.56	0.872	0.387
Duygusal tepki verebilme	1.83 ± 0.66	2.13 ± 0.75	1.598	0.115
Gereken ilgiyi gösterme	2.50 ± 0.49	2.45 ± 0.44	0.436	0.665
Davranış kontrolü	2.11 ± 0.38	2.15 ± 0.45	0.419	0.676
Genel işlevler	1.70 ± 0.54	1.73 ± 0.59	0.193	0.848
TOPLAM	1.96 ± 0.37	2.11 ± 0.38	1.582	0.119

* p< 0.05

KABG ameliyatı ve kanser cerrahisi olan hastaların yatışlarının ikinci gününde aile üyelerinin aile işlevlerini algılama biçimleri Tablo 4.4'te karşılaştırılmaktadır. KABG ameliyatı olan hasta ailesi “problem çözme” işlevini,

anlamlı olarak kanser cerrahisi olan hasta ailesinden daha sağlıklı olarak yerine getirmektedir (t:3.315; p< 0.01).

KABG ameliyatı olan hastanın ailesine göre, kanser cerrahisi olan hastanın ailesi “iletişim”, “roller”, “duygusal tepki verebilme”, “davranış kontrolü” işlevlerini sağlıklı bir biçimde yerine getirdiği bulunmuştur (t:1.761, t:0.872, t:1.598, t:0.419; p> 0.05). KABG ameliyatı olan hastanın ailesi “gereken ilgiyi gösterme” işlevini benzer şekilde yerine getirmekte olup, istatistiksel yönden fark bulunmamıştır (t:0.436; p > 0.05). Kanser cerrahisi olan hastanın ailesine göre, KABG ameliyatı olan hastanın ailesinin “genel işlevleri” daha sağlıklı olarak yerine getirmelerine karşın, her iki grup arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır (t: 0,193; p > 0.05)

Tablo 4.5. KABG Ameliyatı ve Kanser Cerrahisi Olan Hastaların Yatışlarının İkinci Gününde Aile Üyelerinin Aile İşlevlerini Algılama Biçimlerinin Karşılaştırılması (N:60)

	KABG	Kanser Cerrahisi	Toplam	X²
	Sayı %	Sayı %	Sayı %	p Değeri
Sağlıklı	18 (60.0)	12 (40.0)	30 (50.0)	X ² : 2.400
Sağlıksız	12 (40.0)	18 (60.0)	30 (50.0)	P: 0.121
Toplam	30 (100.0)	30 (100.0)	60 (100.0)	

* p> 0.05

KABG ameliyatı ve kanser cerrahisi olan hastaların yatışlarının ikinci gününde aile üyelerinin aile işlevlerini algılama biçimlerinin dağılımı Tablo 4.5’te verilmiştir. KABG ameliyatı olan hastaların aile üyelerinin %60.0’ı, kanser cerrahisi olan hastaların ise aile üyelerinin %40.0’ı aile işlevlerini sağlıklı olarak yerine getirdiği saptanmış ve her iki grup arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır (p>0.05)

4.4. Koroner Arter Bypass Greftleme (KABG) Ameliyatı ve Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların Taburcu Olacakları Gün Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Karşılaştırılması

Bu alt başlıkta KABG ameliyatı ve kanser cerrahisi geçiren hastaların taburcu olacakları gün algıladıkları sosyal destek düzeyleri karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almıştır.

Tablo 4.6. Hastaların Taburcu Olacakları Gün Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Karşılaştırılması (N:60)

	KABG (n:30) X±SD	Kanser Cerrahisi (n:30) X±SD	t Değeri	p Değeri
Özel insan	17.0 ± 6.2	20.4 ± 5.3	2.271	0.027*
Arkadaş	16.4 ± 5.2	19.5 ± 5.6	2.175	0.034*
Aile	24.7 ± 2.1	23.4 ± 4.5	1.381	0.175
TOPLAM	57.0 ± 8.5	63.4 ± 10.6	2.555	0.013*

* p< 0.05

KABG ameliyatı ve kanser cerrahisi olan hastaların taburcu olacakları gün algıladıkları sosyal destek düzeyleri Tablo 4.6’da karşılaştırılmaktadır. KABG ameliyatı geçiren hastalara göre, kanser cerrahisi geçiren hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri daha yüksektir ve istatistiksel açıdan anlamlıdır (t: 2.555; p< 0.05).

Kanser cerrahisi olan hastaların “özel bir insan” ve “arkadaşlar”ından algıladıkları sosyal destek düzeyi, KABG ameliyatı olan hastalardan anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (t: 2.271 ve t:1.285; p< 0.01). KABG ameliyatı olan hastalara göre, kanser cerrahisi olan hastaların ailelerinden algıladıkları sosyal destek daha düşük olup, her iki grup arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır (t: 1,381; p > 0.05)

4.5. Koroner Arter Bypass Greftleme (KABG) Ameliyatı ve Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların Ailelerinin Taburcu Olacakları Gün Aile İşlevlerini Algılama Biçimlerinin Karşılaştırılması

Bu alt başlıkta KABG ameliyatı ve kanser cerrahisi geçiren hastaların ailelerinin taburcu olacakları gün aile işlevlerini algılama biçimleri karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almıştır.

Tablo 4.7. Hasta Ailesinin Taburcu Olacakları Gün Aile İşlevlerini Algılama Biçimlerinin Karşılaştırılması (N:60)

	KABG (n:30) X±SD	Kanser Cerrahisi (n:30) X±SD	t Değeri	p Değeri
Problem çözme	1.74 ± 0.59	1.97 ± 0.63	1.442	0.155
İletişim	1.92 ± 0.59	2.05 ± 0.52	0.901	0.372
Roller	1.96 ± 0.53	2.24 ± 0.47	2.135	0.037*
Duygusal tepki verebilme	1.90 ± 0.57	1.95 ± 0.74	0.319	0.751
Gereken ilgiyi gösterme	2.63 ± 0.41	2.58 ± 0.48	0.483	0.631
Davranış kontrolü	2.10 ± 0.44	2.37 ± 0.47	2.215	0.031*
Genel işlevler	1.79 ± 0.56	1.84 ± 0.52	0.315	0.754
TOPLAM	2.00 ± 0.38	2.12 ± 0.41	1.213	0.230

* p< 0.05

KABG ve kanser cerrahisi olan hastaların aile üyelerinin taburcu olacakları gün aile işlevlerini algılama biçimleri Tablo 4.7’de karşılaştırılmaktadır. Kanser cerrahisi olan hastanın ailesinin “roller” ve “davranış kontrolünü”, KABG ameliyatı olan hastanın ailesinden daha sağlıklı olarak yerine getirdiği bulunmuştur (sırasıyla t: 2.135 ve 2.215; $p < 0.01$).

Kanser cerrahisi olan hasta ailesine göre, KABG ameliyatı olan hastanın ailesinin “problem çözme”, “genel işlevler” ve “duygusal tepki verebilme” işlevini daha sağlıklı bir biçimde yerine getirdiği saptanmış, ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir (sırasıyla t:1.442, t:0.315 ve t:0.319; $p > 0.05$).

KABG ameliyatı olan hastanın ailesinin “gereken ilgiyi gösterme” işlevini (t: 0.483; $p > 0.05$); kanser cerrahisi geçiren hastanın ailesinin de “iletişim” işlevini daha sağlıklı yerine getirdiği bulunmuştur (t: 0.901; $p > 0.05$).

Tablo 4.8. Koroner Arter Bypass Greftleme (KABG) ve Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların Ailelerinin Taburcu Olacakları Gün Aile İşlevlerini Algılama Biçimlerinin Karşılaştırılması (N:60)

	KABG Sayı %	Kanser Cerrahisi Sayı %	Toplam Sayı %	X² p Değeri
Sağlıklı	17 (56.7)	13 (43.3)	30 (50.0)	X ² : 1.067
Sağlıksız	13 (43.3)	17 (56.7)	30 (50.0)	P: 0.302
Toplam	30 (100.0)	30 (100.0)	60 (100.0)	

* $p < 0.05$

KABG ameliyatı ve kanser cerrahisi geçiren hastaları ailelerinin taburcu olacakları gün aile işlevlerini algılama biçimlerinin dağılımı Tablo 4.8’de verilmiştir. KABG ameliyatı olan hastaların aile üyeleri (%56.7) aile işlevlerini sağlıklı olarak yerine getirirken, kanser cerrahisi olan hastaların aile üyeleri (%56.7) ise aile

işlevlerini sağlıklı olarak yerine getirdiği saptanmıştır ve her iki grup arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$)

4.6. Koroner Arter Bypass Greftleme (KABG) ve Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların Hastaneye Yatışlarının İkinci Günü ile Taburcu Olacakları Gün Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Karşılaştırılması (N:60)

Bu alt başlıkta KABG ameliyatı ve kanser cerrahisi olan hastaların yatışlarının ikinci günü ile taburcu olacakları gün algıladıkları sosyal destek düzeyleri karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.9. Hastaların Hastaneye Yatışlarının İkinci Günü ile Taburcu Olacakları Gün Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Karşılaştırılması (N:60)

	KABG (n:30) X±SD	Kanser Cerrahisi (n:30) X±SD
İkinci Gün	51.0 ± 9.6	58.4 ± 16.1
Taburculuk Günü	57.0 ± 8.5	63.4 ± 10.6
t Değeri	2.829	2.172
p Değeri	0.008*	0.038 *

* $p<0.05$

Hastaların hastaneye yatışlarının ikinci günü ile taburcu olacakları gün algıladıkları sosyal destek düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 4.9 incelendiğinde, KABG ameliyatı geçiren hastaların hastaneye yatışlarının ikinci gününe göre taburcu olacakları gün algıladıkları sosyal destek düzeyi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($t:2.829$; $p<0.01$). Kanser cerrahisi geçiren hastaların algıladıkları

sosyal destek düzeyleri de benzer şekilde taburcu olacakları gün daha yüksek bulunmuştur (t: 2.172; $p < 0.05$).

4.7. Koroner Arter Bypass Greftleme (KABG) Ameliyatı ve Kanser Cerrahisi Geçiren Hasta Ailelerinin Hastaneye Yatışlarının İkinci Günü ile Taburcu Olacakları Gün Aile İşlevlerini Algılama Biçimlerinin Karşılaştırılması

Bu alt başlıkta KABG ameliyatı ve kanser cerrahisi geçiren hasta ailelerinin hastaneye yatışlarının ikinci günü ile taburcu olacakları gün aile işlevlerini algılama biçimlerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.10. Hasta Ailesinin İkinci Günü ile Taburcu Olacakları Gün Aile İşlevlerini Algılama Biçimlerinin Karşılaştırılması (N:60)

	KABG (n:30) X±SD	Kanser Cerrahisi (n:30) X±SD
İkinci Gün	1.96 ± 0.37	2.11 ± 0.38
Taburculuk Günü	2.00 ± 0.38	2.12 ± 0.41
t Değeri	0.777	0.188
P Değeri	0.443	0.852

* $p < 0.05$

Hasta ailesinin hastaneye yatışlarının ikinci günü ile taburcu olacakları gün aile işlevlerini algılama biçimlerinin karşılaştırılması Tablo 4.10 incelendiğinde, KABG ameliyatı ve kanser cerrahisi olan hastaların ailelerinin aile işlevlerini algılamaları arasında fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) .

5. TARTIŞMA

Bu bölümde KABG ameliyatı ve kanser cerrahisi olan hastaların yatışlarının ikinci ve taburcu olacakları gündeki algıladıkları sosyal destek ve aile işlevlerini algılama biçimleri literatürle karşılaştırılarak tartışılmıştır.

5.1. KABG Ameliyatı ve Kanser Cerrahisi Olan Hastaların Yatışlarının İkinci Günü ve Taburcu Olacakları Gün Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Karşılaştırılması

Hastaların yatışlarının ikinci günü ile taburcu olacakları gün kanser cerrahisi olan hastalara göre KABG ameliyatı olan hastaların ailelerinden sağladıkları sosyal destek daha yüksek bulunmuştur. Ranten (2004), KABG ameliyatı geçiren hastaların aile üyeleri arasından en çok eş ve çocuklarından destek gördüklerini saptamıştır(17). Öz (2006) miyokard enfarktüsü geçiren hastalara en fazla sosyal desteğin aile tarafından sağlandığını belirtmiştir(87). Lien ve ark (2008), kanser cerrahisi geçiren hastalara ameliyat öncesi ve sonrası en fazla sosyal desteğin aile tarafından sağlandığını belirtmiştir(88). Hastalar hastaneye yattıklarında bedensel ve ruhsal yönden uyum sağlamada zorluk çekmekte, bu nedenle aile üyelerinin desteğine gereksinim duymaktadır. Cerrahi girişim büyük ya da küçük, acil ya da planlanmış olsun hastanın fizyolojik, sosyal ve ruhsal açıdan çeşitli sorunların yaşamasına neden olabilir. Bireyler hastalık sonucu rol değişikliği yaşarken kardeş, anne, baba gibi ailenin diğer üyelerine görevlerini devretmektedir. Var olan rollere eklenen yeni rol ve sorumluluklar aile üyelerinde tükenmişliğe yol açabilmektedir. Buna bağlı olarak KABG ve kanser cerrahisi geçiren hastaların sosyal destek sisteminde bozulmaların dikkatle izlenmesi hemşirelik açısından önemlidir.

Çalışmamızda, yatışlarının ikinci gününde KABG ameliyatı olan hastalara göre kanser cerrahisi olan hastaların “özel bir insan” ve taburcu olacakları gün de benzer şekilde “özel insan” ve arkadaşlarından algıladıkları sosyal destek düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Uzun (2004) kanser tanısı ile kanser dışı tanıya sahip olan hastalar arasında, arkadaş ve özel insan alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark

olduğu, kanser tanısına sahip hastaların diğerklerinden daha fazla sosyal destek aldıklarını saptamıştır(89). Çalışkan (2007), meme kanseri tanısı konulan 48 hastayla yaptığı çalışmada hastaların arkadaşlarından algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğunu saptamıştır(90). Eker ve ark (2000), cerrahi müdahale yapılan hastaların arkadaşlarından algıladıkları sosyal destek düzeylerini yüksek bulmuştur(91). Akın ve ark (2007), kemoterapi alan kanser hastalarının özel insan ve arkadaşlarından algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğunu saptamışlardır(92). Aydın (2004), kanser hastalarının aile, arkadaş ve özel insandan aldığı sosyal desteğin yüksek olduğunu saptamıştır ($X \pm SD$: 72.06 ± 0.58)(93). Kanser tanı ve tedavisi hastaların çevresindeki kişiler şaşkınlık, kararsız ve nasıl davranacaklarına ilişkin belirsizlik ve rahatsızlıkları nedeniyle hasta ile temas kurmaktan ve açıkça tartışmaktan kaçınmalarına yol açabilir. Kansere yönelik damgalayıcı tutumlara bağlı olarak hastalar kanser olduğunu gizleme davranışları gösterebilir ve bu durumda sosyal destek gereksinimlerini sırdaş olarak kabul ettiği özel insanlarla karşılamak isteyebilir.

Buna karşın, Contrada ve ark (2008) ise, KABG ameliyatı geçiren 546 hastayla yaptıkları çalışmada hastaların algıladıkları sosyal destek düzeylerini oldukça yüksek olduğunu saptamıştır(94). Bu çalışmada kanser cerrahisi geçiren hastalarla karşılaştırılrsa idi, yüksek çıkabileceği varsayılmaktadır. Ancak her ne olursa olsun, cerrahi girişim hastayı fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden etkileyen ve kişinin hayatındaki en önemli deneyimlerden biridir. Ameliyat olan hastaların yeni yaşam biçimine uyum sağlaması vücut imajındaki değişikliği kabullenmesi ve sonraki yaşamını olabildiğince bağımsız sürdürebilmesi bireylerin algılanan sosyal destek ve sosyal ağ üyelerince sağlanan yardımla olasıdır.

Çalışmamızda, KABG ameliyatı ve kanser cerrahisi geçiren hastaların yatışlarının ikinci gününe göre taburcu olacakları gün algıladıkları sosyal destek düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla t :2.829, t : 2.172; $P < 0.01$). Bu sonuca göre, hastaneye yattıkları ilk günlerde hastalık durumun stresi ile aileler hastalarına yeterince sosyal destek sağlayamamakta ya/ya da hastalar ailesi yerine sağlık bakım personeli ve hemşirelerden daha fazla sosyal destek beklemekte; hastaların taburcu

oldukları gün algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek bulunması, hastaların bakım ve sosyal desteği taburculuk sonrası döneceği ev ortamındaki aile üyelerinden beklемelerine bağlanabilir.

5.2. KABG ve Kansер Cerrahisi Olan Hastaların Yatışlarının İkinci Günü ile Taburcu Olacakları Günde Aile Üyelerinin Aile İşlevlerini Algılama Biçimlerinin Karşılaştırılması

Yatışlarının ikinci günü ile taburcu olacakları gün KABG ameliyatı olanlara göre kanser cerrahisi olan hasta ailesinin “roller” ve “davranış kontrolü” işlevlerini “sağlıksız” bir biçimde yerine getirdiği bulunmuştur. Atlı (1997), kanser hastalığının hastanın aile içindeki rollerini bozduğunu saptamıştır (68). Kissane ve ark (2003), kanser hastası olan hasta ailelerinin aile içindeki rollerini “sağlıksız” olarak yerine getirdiği bulunmuştur(95). İnoure ve ark (2003) ise, meme kanseri cerrahisi olan hastaların eşlerinin “roller” ve “davranış kontrolü” işlevlerini “sağlıklı” bir biçimde yerine getirdiği saptamıştır(45). Bu farklılığın da çalışmaların yapıldığı aile üyelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu çalışma benzer bulgular içeren çalışmada genel kanser hastalarının hem kadın hem erkek aile üyeleri ele alınırken, farklılık gösteren çalışmada ise kadına özgü kansere sahip olan hastaların sadece erkek aile üyeleri ele alınmıştır. Hastalık süreci ile birlikte hasta ve ailesi içinde rol ve sorumluluklar değişebilmekte, aileler hastasının ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla hastanede beklerken, evinde hastasından başka ilgilendiği aile bireylerinin olması nedeniyle sorumlulukları artmaktadır. Bu nedenle aile düzeninde bozulma ve aile içi ilişkilerde sorun yaşanabilmektedir.

Yatışlarının ikinci günü ile taburcu olacakları gün KABG ameliyatı olan hasta ailesinin “gereken ilgiyi gösterme” işlevini “sağlıksız” yerine getirdiği bulunmuştur. Gürakar (1991) da, kalp hastalığı olan hastaların aile üyelerinin tedavi süreci boyunca “gereken ilgiyi gösterme” işlevlerini “sağlıksız” olarak yerine getirdiklerini saptamıştır(40). Bu sonuç, aile üyelerinin birbirlerinin etkinliklerine ve onları ilgilendiren şeylere karşı gereken ilgiyi göstermediğini ortaya koymaktadır. Buna göre aile üyelerinin hastalık durumunda hasta bireyin rol ve sorumluluklarını paylaşmada isteksiz olmaları, hastalık nedeniyle ailenin yeni değişimlere uyum

göstermede zorluk çekmeleri, bakım verme sürecinde kendilerini yeterli görmemeleri nedeniyle hastadan uzaklaşma davranışlarına bağlanabilir.

Yatışlarının ikinci günü ile taburcu olacakları gün KABG ameliyatı olan hasta ailesine göre, kanser cerrahisi geçiren hasta ailesinin “iletişim” işlevini “sağlıksız” yerine getirmektedir. Edwards and Clarke (2004) da, kanser hastalarının aile üyelerinin hastalık süresince “iletişim” işlevini “sağlıksız” olarak yerine getirdiklerini bildirmiştir(42). İletişim, aile bireyleri arasında bilginin değişimidir, mesajın içeriği ve kimin amaçlandığı ile ilgili olarak sözel mesajın açık ve doğrudan olup olmadığına odaklanır. Sağlıklı ailelerde üyeler arasındaki sözlü ve sözsüz iletişim doğrudan gerçekleşir ve aynı zamanda iletişim açık, uygun ve yeterli olarak gerçekleşir. Bu sonuca göre, özellikle kanser hastaların aile üyeleri arasında hastalığın doğasına bağlı olarak hastayı rahatsız etmemek amacıyla konuşmama ve paylaşmama nedeniyle iletişim sorunları yaşanıyor olabilir.

Bizim çalışmamızda yatışlarının ikinci günü ile taburcu olacakları gün KABG ameliyatı olan hasta ailesinin “problem çözme” işlevini sağlıklı bir biçimde yerine getirdiği bulunmuştur. Gürakar (1991) kalp hastalığı olan hastaların aile üyelerinin tedavi süreci boyunca problem çözme işlevlerini “sağlıklı” olarak yerine getirdiklerini saptamıştır (40). Northouse (1996), terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin hastayı içinde bulunduğu fiziksel ve duygusal durumda görmeye hazırlıklı olmadıkları ve değişen rolleri nedeniyle problem çözmede ve durumla baş etmede zorlandıklarını ifade etmiştir (96) Bu sonuca göre, KABG ameliyatı olan hasta ailelerinin ailenin bütünlüğünü tehdit eden sorunları ailenin işlevselliğini sürdürecektür düzeyde çözebilme yetenekleri olmasına karşın, kanser cerrahisi geçiren ailelerin problem çözmede yetersiz kaldıklarını göstermektedir. Bunun nedeni, kanser hastalığının daha uzun süreli ve sorunlarının hasta ailesinin çözebileceğinden çok fazla olmasına bağlanabilir. Bu durumda bu ailelere problem çözmede destek olmak hemşirenin önemli sorumlulukları arasında olmalı ve uzman kişilere yönlendirebilmelidir.

Hastaların yatışlarının ikinci günü ile taburcu olacakları gün kanser cerrahisi olan hasta ailesine göre, KABG ameliyatı olan hasta ailesinin “genel işlevleri” daha “sağlıklı” biçimde yerine getirdiği bulunmuştur. Gürakar (1991) kalp hastalığı olan hastaların aile üyelerinin tedavi süreci boyunca “genel işlevleri” sağlıklı olarak yerine getirdiklerini bulmuştur(40). Mantani ve ark (2006) ise, meme kanseri cerrahisi geçiren hastaların eşlerinin “genel işlevleri” sağlıklı olarak yerine getirdiğini saptamışlardır(97). Bu, ailenin tüm alanlardaki genel işlevselliğini değerlendirir. Buna göre, KABG ve kanser cerrahisi geçiren hastaların ailelerinin genel olarak işlevselliğini sağlıklı olarak sürdürdükleri ancak bazı alt gruplarda gruplar arasında fark oluştuğu belirlenmiştir.

Yatışlarının ikinci günü kanser cerrahisi olan hasta ailesi ‘duygusal tepki verebilme’ işlevini “sağlıksız” olarak yerine getirirken, hastaların taburcu olacakları gün KABG ameliyatı olan hasta ailesi ‘duygusal tepki verebilme’ işlevini “sağlıklı” olarak yerine getirmektedir. Atlı (1997), kanser hastalarının aile üyelerinin birbirlerinin davranışlarına uygun duygusal tepki vermede zorlandıklarını saptamıştır(68). Mantani ve ark (2006), meme kanseri cerrahisi geçiren hastaların eşlerinin “duygusal tepki verebilme” işlevini “sağlıksız” olarak yerine getirdiğini saptamıştır(97). “Duygusal tepki verebilme”, aile bireylerinin duygularını açıkça ifade edip edemediğini değerlendirir. Hastalık durumunda korku, öfke, panik, umutsuzluk, çaresizlik hayal kırıklığı, sevgi, mutluluk gibi tepkileri ifade edebilen aileler, işlevlerini sağlıklı olarak yerine getiren aileler olarak tanımlanmaktadır. Kanser hastalarının birçoğu yaşadıkları ile ilgili olarak duygularını açıkça ifade edememekte ve duygular, genellikle yorum ve değerlendirmelerin altında gizli kalmaktadır. Aile içindeki bireylerde genellikle birbirlerini üzmeme çabasıyla duygularını ifade edemedikleri ya da birbirleriyle paylaşmadıkları düşünülebilir.

Çalışmamızda KABG ameliyatı ve kanser cerrahisi olan hastaların ailelerinin aile işlevlerini algılamaları arasında fark bulunmamıştır. Cerrahi işlemin türü ne olursa olsun aile üyelerinin rollerini, yaşam biçimlerini, ruhsal durumlarını ve tüm uyum mekanizmalarını değiştirir. Bu durumun geçici de olsa, aile işlevlerinde bozulmalara yol açabileceğini düşündürmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada iyileşme ve hastalık dönemleri farklı seyreden, hastaların genel durumunu farklı düzeylerde etkileyen KABG ve kanser cerrahisi geçiren hastaların algıladıkları sosyal destek ve aile işlevleri karşılaştırılmıştır.

Hastaların hastaneye yatışlarının ikinci gününde KABG ameliyatı geçiren hastalara göre kanser cerrahisi geçiren hastaların algıladıkları sosyal destek ve “özel bir insan”dan algıladıkları sosyal destek düzeyi daha yüksektir. Kanser cerrahisi olan hastaların arkadaşlarından algıladıkları sosyal destek daha yüksek, ailelerinden sağladıkları sosyal destek ise daha düşüktür. KABG ameliyatı olan hastanın ailesi “problem çözme” işlevini, kanser cerrahisi olan hasta ailesinden daha sağlıklı olarak yerine getirmektedir. Kanser cerrahisi olan hasta ailesinin “iletişim”, “roller”, “duygusal tepki verebilme”, “davranış kontrolü” işlevlerini daha sağlıklı bir biçimde yerine getirmektedir. KABG ameliyatı olan hasta ailesi “gereken ilgiyi gösterme” işlevini benzer şekilde; “genel işlevleri” ise kanser cerrahisi olan hastanın ailesine göre daha sağlıklı olarak yerine getirmelerine karşın, her iki grup arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır. KABG ameliyatı olan hastaların aile üyelerinin %60.0’ı, kanser cerrahisi geçiren hastaların aile üyelerinin %40.0’ı aile işlevlerini “sağlıklı” olarak yerine getirmektedir.

Hastaların taburcu olacakları gün KABG ameliyatı geçiren hastalara göre kanser cerrahisi geçiren hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri daha yüksektir. Kanser cerrahisi olan hastaların “özel bir insan” ve “arkadaşlar”ından algıladıkları sosyal destek düzeyi anlamlı derecede daha yüksektir.

Taburcu olacakları gün kanser cerrahisi olan hasta ailesinin “roller” ve “davranış kontrolünü” daha sağlıklı ve “iletişim” işlevini daha sağlıklı olarak yerine getirdiği; KABG ameliyatı olan hasta ailesinin “problem çözme”, “genel işlevler” ve “duygusal tepki verebilme” işlevini daha sağlıklı ve “gereken ilgiyi gösterme” işlevini daha sağlıklı bir biçimde yerine getirdiği saptanmıştır. KABG ameliyatı olan hastaların aile üyeleri (%56.7) aile işlevlerini sağlıklı olarak yerine getirirken,

kanser cerrahisi olan hastaların aile üyeleri (%56.7) ise aile işlevlerini sağlıklı olarak yerine getirmektedir.

KABG ameliyatı ve kanser cerrahisi geçiren hastaların hastaneye yatışlarının ikinci gününe göre taburcu olacakları gün algıladıkları sosyal destek düzeyi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Hastaların ailelerinin hastaneye yatışlarının ikinci günü ile taburcu olacakları gün aile işlevlerini algılamaları arasında fark bulunmamıştır.

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Hastaya ve ailesine sosyal, ruhsal ve diğer açılardan destek sağlamak amacıyla hemşire ve diğer sağlık bakım çalışanları iş birliği içerisinde çalışmalı,
- ✓ Hastanın ailesinden sağladığı sosyal desteğin önemli ve güçlü olması nedeniyle bu faktörün göz önünde tutulması, sosyal destek sistemini güçlendirmek için hasta bireyin ailesi ve çevresiyle bir bütün olarak ele alınması,
- ✓ Hasta ve ailelerin kendine yardım ya da destek gruplarına katılımı yönünde cesaretlendirilmeli,
- ✓ Hastalık süresince aile içinde meydana gelen sorunları belirlenmeli, gereksinimler doğrultusunda aileye rehberlik ve danışmanlık yapılması ve uzman kişilere yönlendirilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Tezcan S, Altıntaş H, Kaya M, Koçoğlu G, Kahveci F, Alpu M, Karagöz E, Kevlekçi C, Kart C. Onursal Gazetede Yayınlanan Koroner Arter Hastalığı ve Risk Faktörleri İle İlgili Yazılar, Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005, cilt:4; sayı:5, 253–264
2. Özyılkan Ö. Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesinin Önemi. <http://www.bayar.edu.tr>, Erişim tarihi: 12.07.08
3. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/. Erişim tarihi: 11.11.2007
4. Erol Ç, Kozan Ö, Ulusal Kalp Sağlığı Politikası, <http://www.tkd.org.tr/pages.asp?pg=276>. Erişim tarihi:09.08.2007
5. Özet A, Türkiye ve Dünyada Kanser Epidemiyolojisi, http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/onkoloji/kk_index.htm Erişim tarihi:13.03.09
6. Tokmakoglu H, Kandemir Ö, Farsak B, Günaydın S, Yorgancıoğlu C, Y Zorlutuna Y. Genç Yaş Grubu Hastalarda Koroner Arter Bypass Cerrahisi, Turkish J Thorac Cardiovasc Surg, 2002; 10: 1–4
7. Kutsal A, Çeliç E, Tansal S, Metin M, Aksoy A. Yaşlılarda Gerçekleştirilen Açık Kalp Ameliyatları: Risk Faktörleri ve Sonuçlar, Geriatri Dergisi, 2002;1(1):33–35
8. Rank J, Coronary Artery Bypass Graft Surgery, <http://www.surgeryencyclopedia.com/Ce-Fi/Coronary-Artery-Bypass-Graft-Surgery.html> Erişim tarihi 12. 04.09

9. Cebeci F, Çelik S. Discharge Training and Counselling Increase Self-Care Ability and Reduce Postdischarge Problems in CABG Patients., Journal of Clinical Nursing ,2002,17, 412–420
10. Çiftçi S. Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Bireylerin Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisan Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 2006
11. Aydın F. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası İki Aylık Dönemde Yaşadığı Güçlükler, Yüksek Lisans, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2000.
12. Taşdemir N, Özşeker E , Yoğun Bakım Ünitesinde Ziyaret Uygulaması: Ziyateri Hasta, Hasta Ailesi ve Hemşire Üzerine Etkileri, C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007; 11 (1):27-31
13. Smeltzer SC, Bare BG . Brunner and Suddarth's Textbook of M-S N, Eight Edition, Lippincott- Roven Publishers, 1996:81
14. Brunner S .Textbook of Medical Surgical Nursing, 10 th Edition, St Louis, Mosby, Company, 2005: 673-680.
15. Goodman H . Patients Perceptions of Their Education Needs in the First Six Weeks Following Discharge After Cardiac Surgery, Journal of Advanced Nursing, 1997, 25: 1241–1251.
16. Moore S The Effect of a Discharge Information Intervention on Recovery Outcomes Following Coronary Artery Bypass Surgery, Int.J. Stud, 1996,33(2):181-189.
17. Rantanen A, Kavnonen M, Kurki-Astedt P, Tarkka T.M. Coronary artery bypass grafting social support for patients and their significant other .Journal of Clinical Nursing, 2002,13:158-166

18. Akyolcu N. Koroner Bypass Ameliyatından Sonra Görülen Psikososyal Sorunlar, Hemşirelik Bülteni, 1990,4(16): 63–69
19. Lewis S M, Collier CI, Heitkemper MM. Medical Surgical Nursing, Fourth Edition, Mosby, 1998: 957–961
20. Theobald K. İnfluence on Post- Discharge Recovery Following Coronary Artery Bypass Grafting Surgery. Master's Thesis, University of Griffith, 2001
21. Comb J. Role of the Stoma Care Nurse: Patients with Cancer and Colostomy, Br J Nurs, 2003, 12: 852–856.
22. Ayaz S. Stomalı Bireylerde Hemşirenin Rolü, Türkiye Klinikleri J Med Sci, 2007, 27: 86–90
23. Cronin E. Best Practice in Discharging Patients with a Stoma. Nurs Times, 2005; 10(1):67–68
24. Sprangers M.A. G, Taal B.G, Aaronson N.K, Velde A. Quality of Life in Colorectal Cancer, Dis Colon Rektum, 1995, 38 (4): 361–369.
25. Ortaç E. Koroner Bypass Ameliyatı Olan Hastaların Taburcu Olduktan Sonra İlk Bir Ay İçinde Karşılaştıkları Sorunların Saptanması, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1999
26. Kılıç E, Taycan O, Belli A, Özmen M. Kalıcı Ostomi Ameliyatının Beden Algısı, Benlik Saygısı, Eş ve Cinsel İşlevler Üzerine Etkisi, Türk Psikiyatri Dergisi, 2007; 18 (4): 302–310

27. am O, Gümüş A. Meme Kanseri Kadınlar İçin Duygusal Destek Odaklı Hemşirelik Girişimleri, C .Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006; 10 (3):52–59
28. avio M, Milon I, Trelli U. Cancer –Related Fatigue . İnternational Journal of Oncology , 2002; 21: 1093-1099
29. hlberg K, Elman T, Gatton F, Mock V , Assessment and Management of Cancer Related Fatigue in Adults , The Lancet , 2003; (362): 640-650
30. flaz F, Onkoloji Kliniğinde Yatan Kanser Hastalarının Psikiyatrik Semptom Düzeyleri ve Destek Gereksinimlerinin Saptanması, Hemşirelik Araştırma Dergisi, 2002; 4 (1):65–79
31. Fıdıllıoğlu , Kanser ve Bakım, II. Ege Dâhili Tıp Günleri Kronik Hastalıklarda Bakım II Kitabı, 2003; S:83–128, İzmir.
32. zyurt B.E. Kanser Hastalarının Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyine İlişkin Betimsel Çalışma, Kriz Dergisi, 2007, 15(1),1–15
33. Yıldırım İ. Algılanan Sosyal Destek leğinin Geliştirilmesi, Güvenilirliği ve Geçerliliği. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 1997; (13), 81–87
34. Özbesler C. Çocukluk ağı Lösemileri ve Sosyal Destek Sistemlerinin Aile İşlevleri zerine Etkisi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü , Ankara, 1997
35. Koivula M, Ilmonen M, Tarkka M. T, Tarkka M, Laippala P. Social Support and its Relation to Fear and Anxiety in Patients Awaiting Coronary Artery Bypass Grafting, Journal of Clinical Nursing, 2002;11, 622–633

36. Flaskerud JC , Carter P.A, Lee P, Distressing Emotions in Female Caregives of People with AIDS, Age- Related Demantion and Advanced Stage Cancer , Perspective's in Psychiatric Care , 2000; 36 (4) :121-130
37. Schmits G. The Role of Perceived Social Support for Cardiac Patients and their Spouses in their Dyadic Coping with Bypass Surgery http://userpage.fu-berlin.de/~gschmitz/Vienna/titel_e.htm Erişim tarihi:19.10.2007
38. Brennan P.F, Moore S.M, Bjornsdottir G. Heart care: Heart Care: an Internet -Based Information and Support System for Patient Home Recovery After Coronary Artery Bypass Graft Surgery, Journay of advanced nursing, 2001; 35 (5) : 699–708
39. Babaoğlu E, Öz F. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2003; 5(2), 24–33
40. Gürakar L. İntihar ve Aile İşlevleri Üzerinde Karşılaştırmalı Bir Çalışma, Yüksek Lisans Tezi Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1991
41. Yarbra CH, Fragge H, Goodman SL, Cancer Nursing Principles and Practice 5 th ed. London , Jones and Barlett Publishers, 2006; p:352-486
42. Edward B, Clarke V. The Psychological Impact of a Cancer Diagnosis on Families: The Influence of Family Functioning and Patients' İllness Characteristics on Depression and Anxiety , Psycho-Oncology, 2004; 13: 562–576 .
43. Ünal S, Kaya B, Çekem B, Özışık H, Çakıl G, Kaya M. Şizofreni, İki Uçlu Duygu Durum Bozukluğu ve Epilepsi Hastalarda Aile İşlevlerinin Karşılaştırılması, Türk Psikiyatri Dergisi, 2004; 15(4):291–299

44. Fisher L, Weihs K. Can addressing family relationships improve outcomes in chronic disease?, Report of the National Working Group on Family- Based Interventions in Chronic Disease J Family Practice, 1991; 49, 561–566

45. İnoue S, Saeki T, Mantani T, Okamura H, Yamawaki S. Factors Related to Patient's Mental Adjustment to Brest Cancer : Patient Characteristics and Family Function , Support Care ,2003 ; 11: 178-184

46. Cooper E.T. A Pilot Study on The Effects of The Diagnosis of Lung Cancer on Family Relationships, Cancer Nursing, 1984; 7: 301–308.

47. Özkan M, Kronik Hastalıkların Aileler Üzerindeki Psikiyatrik ve Psikososyal Etkileri <http://www.psikiyatriktip.com/index.asp?id=35> Erişim tarihi : 10.03.2009

48. Özcan N. Koroner Kalp Hastalıkları, S: 1–58, 473–532, GATA yayınları, Ankara, 1997

49. http://www.wrongdiagnosis.com/c/coronary_heart_disease/basics.htm
Erişim tarihi: 12.03.2009

50. <http://www.dsm.gov.tr/list.php?c=gokmen&s=date&w=desc&o=&p>.
Erişim tarihi:10.08.2007

51. Onat A., Albayrak S., Karabulut A., Ayhan E., Kaya Z., Küçükdurmaz Z., Bulur S., Eribilen E., Tuncer M .TEKHARF 2006 Taramasında Ölüm ve Koroner Olaylar: Kadınlarda Mortalitede Azalma, Koroner Kalp Hastalığı Genel Prevelansında Artma, Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 2007, Cilt:35, Sayı:5, 253–264

52. Esin N, Bulduk S. Koroner Arter Hastalığında Risk Tanımlama: Birinci Basamak Uygulama Örneği, Nursing Forum, 2005; Vol:79, S: 40–45

53. <http://kalpriskim.com/kvem.htm> Erişim tarihi:11.04.09
54. Birol L. İç Hastalıkları Hemşireliği, Vehbi Koç Vakfı Yayınları No: 6, 1990: 96–97
55. http://turkkanser.org.tr/newsfiles/61dunya_kanser_istatistikleri.pdf
Erişim tarihi: 28.02.09
56. <http://www.ukdk.org/pdf/kitap/9.pdf> Erişim tarihi: 13.04.09
57. Akyolcu N, Yardakçı R. Ameliyat Öncesi Dönemde Yapılan Hasta Ziyaretlerinin Hasta Anksiyete Düzeyine Etkisi, Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi, 2004; Vol:6, 1(2), 7–14
58. Atalay M, Yıldırım N Koroner Arter Bypass Ameliyatı Olan Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, 2002;4(1): 52–64
59. Kanan N. Cerrahi Hastasında Erken Taburculuk, Ulusal Cerrahi Kongresi Kitabı. Antalya, Ege Üniversitesi Basımevi, 2002: 18
60. Hatipoğlu S. Kalbiniz ve Siz, Damla Yayınevi, Ankara,1994
61. Fredette SL. Breast Cancer Survivors: Concerns and Coping, Cancer Nursing,1995; 18(1):35–46
62. Rendle K Survivorship and breast cancer: the psychosocial issues, Journal of Clinical Nursing,1997; 6: 403–410
63. Şelimen D, Akgün M, Erdim A. Stoma Bakımı. Marmara Üniversitesi Teknik Eğitim Fakültesi Döner Sermaye İşletmesi Matbaa Birimi, İstanbul, 1998

64. Polat A. Düzce İlindeki Hemodiyaliz Hastalarının Beden İmajı ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisan Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce, 2007
65. Hatipoğlu S, İnanç N. Sağlıklı Toplumlar İçin Sağlıklı Aile, Damla Yayınevi, Ankara, 1995
66. Gürsoy A. Ameliyat Öncesi Hastaların Kaygı Düzeyleri ve Kaygıya Neden Olabilecek Etmenlerin Belirlenmesi, Hemşirelik Araştırma ve Geliştirme Dergisi, 2001; 3(1):1-7
67. Berterö C. Types and Sources of Social Support for People Afflicted with Cancer, Nursing and Health Sciences, 2000; 2, 93-101
68. Atılı H. Sosyal Çalışma Açısından Kanserin Aile İçinde Yarattığı Sorun Alanlarının Belirlenmesi ve Sosyal Desteğin Gerçekleşmesinde Etkili Unsurlar, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul, 1997
69. Arıkan R. Travmatik Bir Yaşantı: Meme Kanseri ve Mastektomi, Kriz Dergisi, 2000; 9(1) :39-46
70. Bulut I. Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı, Özel İş Matbası, Ankara, 2000
71. Anthony J, Nurses providing Social Support Now and in the Future <http://findarticles.com/p/articles/ml1> Erişim tarihi.17.10.08
72. Güni Ö. Kanserli Birey ve Ailelerinin Sosyal Destek Algılarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilgiler Enstitüsü, Ankara, 2005

73. Sorias O. Toplumdan Seçilmiş Bir Örneklemde Sosyal Ağın Yapısal Özellikleri ile Algılanan Sosyal Destek, Psikoloji Seminer Dergisi, 1989;(7):27–40
74. Wethington E, Kessler RC. Perceived Support, Received Support, and Adjustment to Stressful Life Events, Journal of Health and Social Behavior, 1986, 27: 78–89.
75. Hupcey J, Clarifying the social support theory-research linkage, Journal of Advanced Nursing, 1998, 27, 1231–1241
76. Eylen B. Bilgi Verici Danışmanlığın Kansere Hastalarının Ailelerinin Sosyal Destek Becerileri Üzerine etkisi, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2001
77. Shirey M, Social Support in the Workplace: Nurse Leader Implications, http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSW/is_6_22/ai_n17207958/? Erişim tarihi: 17.10.08
78. Sorias O, Sosyal Destegın Değerlendirilmesi: Kullanılan Ölçüm Araçlarının Gözden Geçirilmesi, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları, Seminer Psikoloji, 6.16–22
79. Uchino N.,Uno D, Holt-Lunstad J. Social Support, Physiological Processes, and Health, Current Direction in Psychological Science,1999;8(5):145-148
80. Frasure-Smith N, Lespe'rance F, Gravel G, Mason A, Juneau M, Talajic M, Bourassa M. Social Support, Depression, and Mortality During the First Year After Myocardial Infarction, Circulation, 2000; 101;1919–1924
81. Flanagan J, Holmes S. Social Perceptions of Cancer and Their Impacts: Implications for Nursing Practice Arising from the Literature, Journal of Advanced Nursing, 2000; 32(3), 740–749

82. Şahin D. Sosyal Destek ve Sağlık, Sağlık Psikolojisi: Giriş, Türk Psikologlar Derneği, 1990: 78–99
83. Lett H, Blumenthal J, Babyak M, Strauman T, Robins C, Sherwood A. Social Support and Coronary Heart Disease: Epidemiologic Evidence and Implications for Treatment, Psychosomatic Medicine, 2005; 67: 869–878
84. Kang S, Bloom J. Social Support and Cancer Screening Among Older Black Americans, JNCI Journal of the National Cancer Institute, 1993, 85(9):737–742
85. Oka RK, King AC, Young DR. Sources of Social Support as Predictors of Exercise Adherence in Women and Men Ages 50 to 65 Years. Womens Health 1995;1:161–75.
86. Byrd E. Understanding Adherence to the Typical Anti-Hipertensive Treatment Regimen: an Expanded Self-Regulation Theory Based Prediction Model. PhD Thesis, University of Florida, Florida, 2004
87. Öz H. Miyokart İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Umut, Moral ve Algılanan Sosyal Desteğin Yaşam Kalitesine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2006
88. Lien C, Lin H, Kuo I, Chen M, Perceived uncertainty, social support and psychological adjustment in older patients with cancer being treated with surgery, Journal of Clinical Nursing, 17:(11); 735–746

89. Uzun Ö. Stomalı Hastalarda Sosyal Destek ile Özbakım Gücü Arasındaki İlişki, Ulusal Cerrahi Kongresi, Bildiri Özet Kitabı, Antalya, 2004
90. Çalışkan Z. Erken Evre Meme Kanseri Kadınlarında Ameliyat Tercihleri Etkileyen Değişkenler, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2007
91. Eker H, Arkar H. Yaldiz. Generality of Support Sources and Psychometric Properties of a Scale of Perceived Social Support in Turkey, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2000; 35: 228–233
92. Arslan S, Akın B, Koçoğlu. Kemoterapi Alan Hastalarda Hastalık ve Tedaviye Bağlı Yaşanan Semptomların Sosyo-Demografik Özellikler ve Algılanan Sosyal Destek İlişkisi. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi, 2008;vol:10, sayı:1, s:47–56
93. Aydın D. Kanser Hastalarında Posttravmatik Stres Bozukluğu, Sosyal Destek, Stresle Başa Çıkma Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 2004
94. Contrada R, Boulifard D, Spruill T. Psychosocial Factors in Heart Surgery: Presurgical Vulnerability and Postsurgical Recovery, Health Psychology, 2008; Vol. 27, No. 3, 309–319
95. Kissane D, Psychosocial Morbidity Associated with Patterns of Family Functioning in Palliative Care: Baseline Data from the Family Focused Grief Therapy Controlled Trial, *Palliative Medicine* 2003; 17: 527–537

96. Northouse L, Sharing the Cancer Experience: Husbands of Women with Initial and Recurrent Breast Cancer , Cancer and The Family , 1996, John Willey & Son, England , s: 305-317

97. Mantani T, Saeki T, Inoue S, Okamura H, Daino M, Kataoka T, Yamawaki S. Factors Related to Anxiety and Depression in Women with Breast Cancer and Their Husbands: Role of Alexithymia and Family Function, Support Care Cancer, 2007, 15: 859–868

EK-I

KORONER ARTER BYPASS GREFTLEME AMELİYATI OLAN HASTALARDA ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE AİLE İŞLEVLERİNİN KANSER AMELİYATI GEÇİREN HASTA GRUBU İLE KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN SORU FORMU

Sayın katılımcı,

Bu araştırma koroner arter bypass greftleme ameliyatı ve kanser cerrahisi olan hastaların algıladıkları sosyal destek ve aile işlevlerini tanımlamak ve aralarında sosyal destek ve aile işlevleri açısından herhangi bir fark olup olmadığını karşılaştırmak amacıyla yapılmaktadır.

Bu araştırmadan elde edilecek bilgiler yalnızca bilimsel bir çalışma için kullanılacaktır. Size tekrar ulaşabilmek için adınız, soyadınız gereklidir ancak gizli kalacaktır. Vereceğiniz bilgilerin doğruluğu araştırmamızın geçerliliği ve size gelecekte verilecek hizmetlerin planlanabilmesi açısından önem taşımaktadır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Duygu KES
AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Dâhiliye Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

EK-I

KORONER ARTER BYPASS GREFTLEME AMELİYATI OLAN HASTALARDA ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE AİLE İŞLEVLERİNİN KANSER AMELİYATI GEÇİREN HASTA GRUBU İLE KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN SORU FORMU

Hastanın Adı ve Soyadı:

Tarih:

Denek No:

A. Hasta Bilgi Formu

1- Doğum tarihi:/...../.....

2- Cinsiyetiniz:

☐ Kadın ☐ Erkek

3- Eğitim durumunuz:

- | | |
|---|---|
| ☐ Okur-yazar değil | ☐ Ortaokul mezunu |
| ☐ Okur-yazar | ☐ Lise/dengi okul mezunu |
| ☐ İlkokul mezunu | ☐ Fakülte/ Yüksekokul mezunu |

4- Medeni durumunuz:

- | | |
|--------------------------------|--|
| ☐ Evli | ☐ Dul |
| ☐ Bekâr | ☐ Ayrı yaşıyor / boşanmış |

5- Yaşadığınız yer:

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Köy | ☐ Kasaba |
| ☐ İl merkezi | ☐ İlçe merkez |

6- Mesleğiniz:

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Ev Hanımı | ☐ Emekli |
| ☐ İşçi | ☐ Diğer |

7- Gelir durumu düzeyiniz:

- a) Az gelir b) Orta gelir c) Üst gelir

8- Herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı mısınız?

- | | |
|---|--|
| ☐ SSK | ☐ Yeşil kart |
| ☐ Emekli Sandığı | ☐ Özel sigorta |
| ☐ Bağ-Kur | ☐ Diğer (ise açıklayınız: |

9- Yatış tanısı :.....

10- Geçirilecek Ameliyatın Türü

11- Aile yapınız nedir?

- a) Çekirdek aile b) Geniş aile c) Parçalanmış aile (Boşanma,ölüm)

12- Ailedeki birey sayısı.....

13- Aile içindeki konumunuz nedir?

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Anne | ☐ Kardeş |
| ☐ Baba | ☐ Eş |
| ☐ Çocuk | ☐ Diğer |

14- Kiminle yaşıyorsunuz?

- | | |
|------------------------------------|---|
| ☐ Ailesiyle | ☐ Arkadaşlarıyla |
| ☐ Yalnız | ☐ Diğer |

EK-II

B- Aile Üyesi Bilgi Formu

1- Doğum tarihi:/...../.....

2- Cinsiyetiniz:

☐ Kadın ☐ Erkek

3- Eğitim durumunuz:

- | | |
|---|---|
| ☐ Okur-yazar değil | ☐ Ortaokul mezunu |
| ☐ Okur-yazar | ☐ Lise/dengi okul mezunu |
| ☐ İlkokul mezunu | ☐ Fakülte/ Yüksekokul mezunu |

4- Medeni durumunuz:

- | | |
|--------------------------------|--|
| ☐ Evli | ☐ Dul |
| ☐ Bekar | ☐ Ayrı yaşıyor / boşanmış |

5- Mesleğiniz:

- | | |
|------------------------------------|---|
| ☐ Ev Hanımı | ☐ Emekli |
| ☐ İşçi | ☐ Memur ☐ Diğer |

6- Aile içindeki konumunuz nedir?

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Anne | ☐ Kardeş |
| ☐ Baba | ☐ Eş |
| ☐ Çocuk | ☐ Diğer |

EK- III

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Aşağıda 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi okuduktan sonra, sizin ailenize ne derece uyduğuna karar veriniz. Önemli olan sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür. Her cümle için dört seçenek söz konusudur.

Aynen Katılıyorum Eğer cümle sizin ailenize tamamen uyuyorsa işaretleyiniz.

Büyük Ölçüde Katılıyorum Eğer cümle sizin ailenize çoğunlukla uyuyorsa

Biraz Katılıyorum Eğer cümle sizin ailenize çoğunlukla uymuyorsa işaretleyiniz.

Hiç Katılmıyorum Eğer cümle sizin ailenize hiç uymuyorsa işaretleyiniz.

Her cümlenin yanında 4 seçenek içinde ayrı yerler ayrılmıştır. Size uyan seçeneğe (X) işareti koyunuz. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Duygu KES

Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Bolu Sağlık Yüksekokulu

Yüksek Lisans Öğrencisi

CÜMLELER	Aynen Katlıyorum	Büyük Ölçüde Katlıyorum	Biraz Katlıyorum	Hiç Katılmıyorum
1. Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.				
2. Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.				
3. Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenini bilir.				
4. Bizim evde kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.				
5. Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.				
6. Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda birbirimize destek oluruz.				
7. Ailemizde acil bir durum olsa şaşırıp kalırız.				
8. bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.				
9. Birbirimize karşı olan sevgi, şevkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.				
10. Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.				
11. Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.				
12. Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.				
13. Bizim evdekiler ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğinizde sizi dinlerler.				
14. Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.				
15. Ailemizde eşit görev dağılımı yoktur.				
16. Ailemiz üyeleri birbirine hoşgörülü davranırlar.				
17. Evde herkes başına buyruktur.				
18. Bizim evde herkes söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirinin yüzüne söyler.				
19. Ailede bazılarımız duygularımızı belirtmeyiz.				
20. Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.				
21. Ailecek korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.				
22. Sevgi, şevkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.				
23. Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.				
24. Ailemiz bir problemi çözdükten sonra bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.				

25. Bizim ailede herkes kendini düşünür.				
26. Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.				
27. Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz duramaz.				
28. Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.				
29. Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.				
30. Ailemizde her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.				
31. Aile içinde genellikle birbirimizle pekiyi geçinmeyiz.				
32. Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.				
38. Ailemizde bir dert varsa kendi içimizde hallederiz.				
39. Ailemizde sevgi, şevkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.				
40. Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.				
41. Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.				
42. Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterirler.				
43. Evde birbirimize karşı açık sözlüyüz.				
44. Ailemizde hiçbir kural yoktur.				
45. Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve hatırlatılması gerekir.				
46. Aile içinde herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.				
47. Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilemeyiz.				
48. Bizim evde aklınıza gelen herşey olabilir.				
49. Sevgi, şevkat gibi olumlu duyguları birbirimize ifade edebiliriz.				
50. Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.				
51. Evde birbirimizle pek geçinemeyiz.				
52. Sinirlenince birbirimize küseriz.				
53. Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.				
54. Kötü bir niyetle olmasa da birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.				
55. Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike (Yangın, kaza gibi) karşısında ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.				
56. Aile içinde birbirimize güveniriz.				
57. Ağlamak istediğimizde birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.				
58. İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.				
59. Aile içinde biri hoşlanmadığımız bir şey yaptığında bunu ona açıkça söyleriz.				
60. Problemlerimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.				

EK-IV

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki 12 cümle ve her birinde de cevaplamanızı işaret etmeniz için 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirleme için o cümle altındaki rakamlardan yalnız 1 tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine birer işaret koyarak işaretleyiniz.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Duygu KES

AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Dâhiliye Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek lisans Öğrencisi

1) İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2) Sevinç ve kederimi paylaşabileceğim özel bir insan var

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3) Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4) İhtiyacım olan duygusal yardımı ve sosyal desteği ailemden alırım.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5) Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6) Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olur.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7) İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8) Sorunlarımı ailemle 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) Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11) Kararlarımı vermede ailem 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

T.C
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KALP ve DAMAR CERRAHİSİ ANABİLİM DALI
BOLU

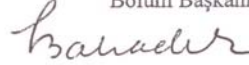
Sayı :11/2008
Konu: Tez çalışması

18.03.2008

İZZET BAYSAL TIP FAKÜLTESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Kalp-Damar Cerrahisi ABD'ında Duygu KES'in tez çalışmasını yapması uygun görülmüştür.

Prof.Dr.Bahadır DAĞLAR
Kalp-Damar Cerrahisi ABD
Bölüm Başkanı



ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
İZZET BAYSAL TIP FAKÜLTESİ
GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

20.03.2008

Sayı : B.30.2.ABÜ.0.02.03.00/211-13

Konu : Duygu KES'İN anket çalışması,

BOLU ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

İlgi: 13.02.2008 tarih ve 217 sayılı yazınız,

İlgi yazı ile Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Dahiliye Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi 263202 nolu Duygu KES'in "Koroner Arter Bypass Greftleme Ameliyatı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek Ve Aile İşlevlerinin Diğer Hasta Gruplarıyla Karşılaştırılması" konulu tez çalışması için anket uygulayarak veri toplaması için izin istenmektedir.

Yüksek Lisans Öğrencisi 263202 nolu Duygu KES'in tez çalışması için anket uygulayarak veri toplaması kliniğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arzederim.


Prof. Dr. Hayri ERKOL
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanı



T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
İZZET BAYSAL TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ETİK KURULU
BOLU

SAYI : 135
KONU: Sonuç

16.10.08

Sayın, Duygu KES
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Dahiliye Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Klinik ve Laboratuar Araştırmaları Etik Kurul Alt Kurulu tarafından 2008/100-76 no.lu "Koroner Arter Bypass Greftleme Ameliyatı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve Aile İşlevlerinin Kanser Ameliyatı Geçiren Hasta Grubu ile Karşılaştırılması" isimli tez çalışmanız etik olarak uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunulur. Saygılarımla.

Prof. Dr. AYSEL KÜKNER
Tıbbi Etik Genel Kurul Başkanı