



**KORONER ARTER BYPASS GREFT CERRAHİSİ GEÇİREN
HASTALARDA ROY UYUM MODELİNE GÖRE YAPILANDIRILMIŞ
EĞİTİM PROGRAMININ ETKİNLİĞİ**

Berrak BALANUYE FULSER

**DOKTORA TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

TEMMUZ 2024

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Berrak BALANUYE FULSER

..../07/2024

KORONER ARTER BYPASS GREFT CERRAHİSİ GEÇİREN HASTALARDA ROY
UYUM MODELİNE GÖRE YAPILANDIRILMIŞ EĞİTİM PROGRAMININ
ETKİNLİĞİ
(Doktora Tezi)

Berrak BALANUYE FULSER

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Temmuz 2024

ÖZET

Bu araştırma, koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalarda Roy Uyum Modeline göre yapılandırılmış eğitim programının etkinliğini değerlendirmek amacıyla yarı deneysel olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde Eylül 2022-Aralık 2023 tarihleri arasında koroner arter bypass greft ameliyatı olan 52 hasta ile (26 kontrol ve 26 müdahale) yapılmıştır. Hasta Tanılama Formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Baş etme ve Uyum Süreci Ölçeği ve Roy Uyum Alanlarına Göre Taburculuk Sonrası Yaşanan Sorunlara İlişkin Form kullanılmıştır. Veri toplama araçları her iki gruptaki hastalara ameliyat öncesi servise ilk yattıklarında ve taburcu olduktan sonra 2. ve 6. haftalarında kontrole geldiklerinde toplam üç kez uygulanmıştır. Müdahale grubuna veri toplama araçları ile beraber Roy Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim programı uygulanırken, kontrol grubuna ise sadece mevcut klinik bilgilendirme yapılmıştır. Çalışmanın bulgularında BUSÖ ölçeği alt boyutlarından sistematize etme süreci müdahale ve kontrol grupları arasında ameliyat öncesi istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,005$). Kontrol grubunda taburculuk sonrası 6. haftada SF-36 sosyal fonksiyon alt boyut puanı bakımından farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Taburculuk sonrası yaşanan sorunlara bakıldığında kontrol grubunda ateş, ameliyat yerinde akıntı ve kızarıklık, nefes darlığı, merdiven çıkarken zorlanma ve ağrı durumlarının zamanla istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı görülmekte iken müdahale grubunda ise yeterli ve dengeli beslenmenin (%80,8) arttığı ve ağrının azaldığı görülmektedir ($p<0,05$). Müdahale grubunda da anksiyete oranının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı görülmektedir. Sonuç olarak, KABG cerrahisi geçiren hastalara Roy Uyum Modeline göre verilen eğitimin hastaların başetme ve uyumunda etkili olmadığı ancak yaşam kalitesi alt boyutlarında etkili olduğu bulunmuştur.

Bilim Kodu : 1032
Anahtar Kelimeler : Bypass, Koroner arter, Hemşirelik bakımı, Yaşam kalitesi, Uyum, Hemşirelik Modeli, Eğitim
Sayfa Adedi : 158
Danışman : Prof. Dr. Hülya BULUT

EFFECTIVENESS OF THE TRAINING PROGRAM STRUCTURED ACCORDING TO
THE ROY ADAPTATION MODEL IN PATIENTS UNDERGOING CORONARY
ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY

(Ph. D. Thesis)

Berrak BALANUYE FULSER

GAZİ UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

July 2024

ABSTRACT

This study was conducted quasi-experimentally to evaluate the effectiveness of the training program structured according to the Roy Adaptation Model in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. The research was conducted at Başkent University Ankara Hospital between September 2022 and December 2023 with 52 patients (26 control and 26 intervention) who underwent coronary artery bypass graft surgery. Patient Diagnosis Form, SF-36 Quality of Life Scale, Coping and Adaptation Process Scale, and the Form for Problems Experienced After Discharge According to Roy Adaptation Domains were used. Data collection tools were used for the patients in both groups when they were first admitted to the ward before surgery and at the 2nd and 6th months after discharge. It was applied three times in total when they came for control in the following weeks. While the Structured Training Program According to the Roy Adaptation Model was applied to the intervention group along with data collection tools, only the current clinical information was provided to the control group. In the findings of the study, there is a statistically significant difference between the intervention and control groups in the systematization process of the BUSÖ scale sub-dimensions before surgery ($p < 0.005$). There is a difference in the control group in terms of SF-36 social function sub-dimension score at the 6th week after discharge ($p < 0.005$). Considering the problems experienced after discharge, it is seen that fever, discharge and redness at the surgery site, shortness of breath, difficulty climbing stairs and pain decreased statistically significantly over time in the control group, while in the intervention group, adequate and balanced nutrition (80.8%) increased and pain decreased ($p < 0.005$). It is seen that the anxiety rate also decreased at a statistically significant level in the intervention group. As a result, it was found that the education given to patients undergoing CABG surgery according to the Roy Adaptation Model was not effective in the coping and adaptation of the patients, but was effective in the sub-dimensions of quality of life.

Science Code : 1032
Key Words : Coronary artery bypass, Nursing care, Quality of Life, Adaptation,
Nursing model, Education
Page Number : 158
Supervisor : Prof. Dr. Hülya BULUT

TEŞEKKÜR

Doktora tez çalışmam sürecinde yol gösterici olan, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, değerli tez danışmanım sayın hocam Prof. Dr. Hülya BULUT'a,

Doktora ve Yüksek Lisans eğitimim boyunca manevi desteklerini esirgemeyen, beni her zaman destekleyen ve devamlılığımı sağlayabilmem için gerekli izinleri veren, aynı zamanda Tez izleme komitesinde de görev alarak tez çalışmamda beni yönlendiren sayın hocam Prof. Dr. Azize KARAHAN'a,

Tez izleme komitesinde de görev alarak tez çalışmamda beni yönlendiren, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan sayın hocam Prof. Dr. Sevil GÜLER'e,

Araştırmanın yürütülmesi için gerekli izin ve ortamı sağlayan Başkent Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'ne, Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı'na ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne,

Çalışmanın başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için katkıda bulunan tüm hastalarım,

KABG Cerrahisi Geçiren Hastalara Roy Uyum Modeline göre hazırlanan eğitim kitapçığının oluşturulma sürecinde değerli görüşleri ile katkıda bulunan Doktor Öğretim Üyesi Sevcan Avcı Işık'a,

Hastalara ulaşabilmemde destek veren değerli meslektaşlarım Esra SARI, Gülçin ŞAHİN ve Burcu GÜLER'e,

Her zaman yanımda olup desteğini, sevgisini ve hoşgörüsünü esirgemeyen çok sevdiğim kıymetli Ailem'e, motivasyon kaynağım canım kızım Ela'ya ve sabrı ve anlayışı için sevgili eşime en içten dileklerle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1. Koroner Arter Hastalığı ve Risk Faktörleri.....	9
2.2. Koroner Arter Hastalığının Belirtileri ve Bulguları	10
2.3. Koroner Arter Hastalığının Tedavisi.....	11
2.3.1. Koroner arter bypass greft cerrahisi	11
2.4. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Sonrası Hemşirelik Bakımı	12
2.5. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Sonrası Yaşanan Sorunlar	13
2.6. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Sonrası Yaşam Kalitesi	14
2.7. Koroner Arter Bypass Grefti Sonrası Uyum	15
2.8. Koroner Arter Bypass Grefti Sonrası Hasta Eğitimi.....	16
2.8.1. Yapılandırılmış hasta eğitimi.....	17
2.9. Roy Uyum Modeli.....	18
2.9.1. İnsan.....	18
2.9.2. Çevre.....	19
2.9.3. Sağlık	19
2.9.4. Hemşirelik	19

	Sayfa
2.9.5. Sistem	22
2.9.6. Adaptasyon	22
2.9.7. Adaptasyon düzeyi	23
2.9.8. Başetme süreçleri.....	24
2.9.9. Davranış.....	24
2.9.10. Adaptasyon biçimleri.....	24
2.10. Roy Uyum Modeli ve KABG	27
2.11. Roy Adaptation Model ile Temellendirilmiş Yapılandırılmış Eğitim Programı ve Önemi	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1. Araştırmanın Şekli	31
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	31
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	32
3.4. Veri Toplama Araçları	33
3.4.1. Hasta tanıtım formu	33
3.4.2. SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği.....	34
3.4.3. Baş etme ve uyum süreci ölçeği (BUSÖ).....	35
3.4.4. Roy uyum alanlarına göre taburculuk sonrası yaşanan sorunlara ilişkin veri toplama formu.....	37
3.4.5. Roy uyum alanlarına ilişkin yarı yapılandırılmış görüşme formu.....	37
3.5. Eğitim Programının Geliştirilmesi	38
3.5.1. Hasta gereksinimlerinin belirlenmesi	38
3.5.2. Eğitim içeriğinin belirlenmesi	39
3.5.3. Roy uyum modeline göre yapılandırılmış eğitim kitapçığının geliştirilmesi.....	39
3.5.4. Araştırmanın ön uygulaması.....	42
3.6. Araştırmanın Uygulanması	42

	Sayfa
3.6.1. Kontrol grubuna ait verilerin toplanması.....	43
3.6.2. Müdahale grubuna ait verilerin toplanması	43
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	46
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	46
4. BULGULAR	47
5. TARTIŞMA	65
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	71
6.1. Sonuçlar	71
6.2. Öneriler	72
KAYNAKLAR	73
EKLER.....	85
EK-1. Örneklem Hesabı-Güç Analizi	86
EK-2. Hasta Tanılama Formu	89
EK-3. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	91
EK-4. Baş Etme ve Uyum Ölçeği-Türkçe Formu.....	94
EK-5. Roy Uyum Alanlarına Göre Taburculuk Sonrası Yaşanan Sorunlara İlişkin Form.....	96
EK-6. Roy Uyum Alanlarına İlişkin Yarı yapılandırılmış Görüşme Formu	98
EK-7. Nitel Görüşme Yapılan Hastaların Demografik Özellikleri.....	99
EK-8. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı	100
EK-9. Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi	145
EK-10. DISCERN Ölçüm Aracı	146
EK-11. Ölçek İzinleri.....	150
EK-12. Etik Komisyon İzni	152
EK-13. Uygulama İzni	155
EK-14. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	156

Sayfa

ÖZGEÇMİŞ	157
----------------	-----

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 3.1. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt ölçek madde ve puanları	35
Çizelge 3.2. Baş etme ve uyum ölçeği, özgün ölçek Cronbach Alfa güvenirlik katsayısının incelenmesi.....	36
Çizelge 3.3. Baş etme ve Uyum Süreci Ölçeği alt ölçek madde ve puanları	37
Çizelge 3.4. Roy uyum alanlarına göre hasta ifadelerinin gruplandırılması	39
Çizelge 3.5. Eğitim programı planı	44
Çizelge 4.1. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı	48
Çizelge 4.2. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımı	51
Çizelge 4.3. Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların izlem zamanlarına göre BUSÖ toplam ve alt boyut puanlarının dağılımı	52
Çizelge 4.4. Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların izlem zamanlarına göre SF-36 ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı	53
Çizelge 4.5. Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların izlem zamanlarına göre BUSÖ ve SF-36 toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın karşılaştırılması	55
Çizelge 4.6. Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların izlem zamanlarına göre taburculuk sonrası yaşadıkları sorunların dağılımı	57
Çizelge 4.7. Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların izlem zamanlarına göre taburculuk sonrası ile ilgili durumların dağılımı.....	63

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. Roy uyum modeline göre hemşirelik süreci.....	20
Şekil 3.1. Araştırmanın uygulama akış şeması.....	45

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklamalar
AHA	American Heart Association (Amerikan Kalp Derneği)
BUSÖ	Baş Etme ve Uyum Süreci Ölçeği
CAPS	Coping and Adaptation Process Scale
DM	Diyabetes Mellitus
DSÖ	World Health Organisation (Dünya Sağlık Örgütü)
HDL	High Density Lipoprotein (Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein)
KABG	Koroner Arter Bypass Graft
KAH	Koroner Arter Hastalığı
LDL	Low Density Lipoprotein (Düşük Yoğunluklu Lipoprotein)
RUM	Roy Uyum Modeli
TKD	Türkiye Kardiyoloji Derneği

1. GİRİŞ

Problem durumu/konunun tanımı

Kalp damar hastalıkları; koruma ve önleme faaliyetlerine, tanı ve tedavi yöntemlerindeki teknolojik gelişmelere rağmen her yıl dünyada ve ülkemizde yaşamı tehdit eden önemli hastalıklar arasında yer almaktadır. Kardiyovasküler hastalıkların her yıl 17.9 milyon kişinin hayatını kaybetmesine yol açtığı ve dünya genelinde ölüm nedenleri arasında ilk sırada geldiği belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre 2030 yılına kadar her yıl 22.2 milyondan fazla kişinin kardiyovasküler hastalıklardan öleceği tahmin edilmektedir (DSÖ, 2021).

Kalp damar hastalıklarında yaşam tarzı değişiklikleri, ilaç kullanımı ve anjioplasti gibi farklı tedavi yöntemleri uygulansa da cerrahi yöntem hala yaygın ve etkili bir yöntem olarak kabul edilmektedir (TKD, 2015, WHO 2017).Tüm dünyada başarıyla ve sıklıkla uygulanan koroner arter bypass greft cerrahisi (KABG), koroner arter hastalığı (KAH) olan hastaların tedavisinde koroner arterleri revaskülarize etmek için kullanılan cerrahi bir prosedürdür (D'Agostino, Jacobs, Badhwar, Fernandez, Paone,Wormuth ve Shahian, 2018). Bu prosedür ile kan dolaşımı için tıkalı koroner arterleri atlayan ve kalp kasına daha iyi kan akışı ve oksijen iletimi sağlayan yeni kanalların yapımı sağlanmaktadır. KABG cerrahisi aynı zamanda ilaçla veya perkütan koroner girişimle rahatlama sağlanamayan semptomlarda, çoklu damar tıkanıklığı olan koroner arter hastalığında, diyabet veya düşük ejeksiyon fraksiyonu olan ya da olmayan hastalarda yapılmaktadır (Head, Milojevic,Taggart, and Puskas, 2017).

Bireyin yaşamını sadece fizyolojik olarak değil aynı zamanda psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden de etkileyen KABG cerrahisi riskli, stresli ve büyük bir cerrahi girişimdir (Doğrusöz ve Öztürk, 2023). KABG cerrahisi koroner arter hastalıklarına bağlı komplikasyonları önleyerek hastaların yaşam sürelerini uzatmakta ve yaşam kalitesini artırmaktadır (Erdil ve Elbaş, 2016, Pačarić,Turk, Erić, Orkić, Petek,Milostić-Srb, Farčić, Barać, ve Nemčić, 2020). Bunun yanı sıra hastalarda psikososyal ve fiziksel sorunlara neden olabilmektedir (Koçaşlı ve Kanan, 2020; Dağcan, Özden, Gürol, 2023). KABG sonrası hastalarda başta sternum insizyonu, bacak ya da kol greftlerine bağlı ağrı, iştahsızlık, yorgunluk ve uykusuzluk gibi fiziksel problemler sıklıkla görülmektedir (Verwijmeren

Noordzij, Daeter, Van Zaane, Peelen ve Van Dongen, 2018; Koçaşlı ve Kanan, 2020). Hastaların yaşadığı fiziksel problemler kadar psikososyal problemler de iyileşme sürecini etkilemektedir. Ameliyat sonrası hastaların tıbbi bakım ihtiyacının artması, günlük yaşam aktivitelerinin azalması, bağımlılık düzeyinin artması ve duygu durum değişimleri hastaların anksiyete, depresyon, huzursuzluk, sinirlilik, panik atak, kontrol kaybı ve benlik saygısında azalma yaşamalarına yol açabilmektedir (Sadeghi, Hashemi, Sararoudi, Merasi, Molaiezhad, ve Shamsolketabi, 2017; Alcan, Korkmaz, ve Çakmakçı, 2017; Amjadian, Ehsan, Saboni, Vahedi, Rostami, ve Roshani, 2020). Bu nedenle hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları değişime uyum göstermeleri ve günlük yaşama adapte olmaları zaman almaktadır (Aslan ve Tosun, 2015; Razmjoe, Ebadi, Asadi-Lari, ve Hosseini, 2017; Rezaei Shariati, Molavynejad ve Ghanbari Chah anjiri, 2022). KABG ameliyatı olan hastaların tüm günlük yaşam aktivitelerine yeniden başlayabilmesi ve fiziksel iyileşmenin tamamen sağlanabilmesi için haftalar hatta aylar gerekebilmektedir (Alcan ve diğerleri, 2017).

KABG cerrahisi ile sadece yaşam süresinin uzatılması değil, aynı zamanda fonksiyonel hareketliliğin, bireysel bağımsızlığın sürdürülmesi ve yaşam kalitesinin de iyileştirilmesi amaçlanmaktadır. Cerrahi sonrası hastaların fiziksel ve psikososyal sağlık durumlarını değerlendirirken önemli göstergelerden biri de yaşam kalitesidir. Bireyin fiziksel fonksiyonu, mental sağlığı, psikososyal destek alma durumu, uyku düzeni, çalışma hayatı ve yaşamdan aldığı memnuniyet yaşam kalitesini etkilemektedir (Perrotti ve diğerleri, 2019, Pačarić ve diğerleri, 2020).

Yaşam kalitesinin doğrudan etkilendiği cerrahi girişimlerden biri olan KABG cerrahisi sonrası oluşan komplikasyonlar, hastaların özbakım gereksinimlerini tam karşılayamaması, yaygın olarak görülen ağrı, yorgunluk, uyku bozuklukları, yaşanan anksiyete ve stres yaşam kalitesinin azalmasına, tedavinin etkinliğinin de azalmasına neden olmaktadır (Aslan ve Tosun, 2015; Razmjoe ve diğerleri, 2017). Yapılan çalışmalar taburculuk sonrası hastaların yaşam tarzını değiştirmede zorluk yaşadığını ve günlük yaşantısında bu değişikliklere uyum sağlamada zorlandığını göstermektedir (Bjørnnes ve diğerleri, 2017; Amjadian ve diğerleri, 2020; Noor Hanita, Khatijah, Kamaruzzaman, Karuthan, ve Raja Mokhtar 2022; Esmaili, Salehi-Tali, Mazaheri, Hasanpour-Dehkordi, ve Kheiri, 2022). Yaşam kalitesinin yapılan cerrahiden etkilenmemesi ve bireyin uyumunun artırılması için cerrahi sonrası hastaların yakın takip edilmesi, oluşabilecek komplikasyonlara erken müdahale yapılabilmesi ve bakımın planlanması önemlidir (Gashi ve diğerleri, 2021). KABG cerrahisi

sonrası hastaların yakın hemodinamik izlem için yoğun bakım ile başlayan ve sonrasında evde devam eden süreçlerinde hemşireler, hastaların gereksinimlerini göz önünde bulundurarak bütüncül bakımın planlamaktadırlar. Bu süreçte ileri yoğun bakım ve tedavi girişimleri uygulanmasında, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurulmasında, erken dönemde komplikasyonlarının önlenmesinde, günlük yaşama uyumunun artırılıp hızlı iyileşmesinin sağlanmasında hemşireler çok kritik bir pozisyonda yer almaktadırlar (Ayla ve Gürsoy, 2019; Chaudhari, Sankarsan, Anuradha, Anvay, 2022). Hemşireler cerrahi sonrası hastanın kendi bakımına katılımını sağlamayı, günlük yaşam aktivitelerinde uyumunu artırmayı ve hastanın gereksinimlerine göre evdeki bakımını planlamayı amaçlamaktadır (Sutton ve Jarden, 2017).

Hastaların taburculuk ile beraber tedavileri ve bakımları ev ortamına taşınmakta ve bakım sürecine hem hasta hem de hastanın ailesi katılmaktadır. Bu sürecin etkili olabilmesi için hastalara verilecek eğitimin kapsamlı olması gerekmektedir. Yapılan çalışmalarda hastaların KABG sonrası en çok; insizyon/yara bakımı, ağrı kontrolü, günlük yaşam aktiviteleri, ilaç kullanımı ve gelişebilecek komplikasyonlar konularında bilgiye gereksinim duydukları belirlenmiştir (Gashi ve diğerleri, 2021; Noor Hanita ve diğerleri, 2022). Hemşirelerin ameliyat sonrası hastaların evlerinde bağımsızlık düzeyini artırmaya, iyileşme dönemine uyum sağlamaya ve oluşabilecek komplikasyonların erken dönemde müdahale edilerek önlenmesine yönelik bilgileri içeren eğitim materyalleri kullanması gerekmektedir (Sibilitz yapıda olması önemlidir (O'Brien, McKeough, ve Abbasi,2013; Frederiks ve Yau, 2017). Eğitimin belli bir kavramsal çerçevede olması, hastanın gereksinimlerinin belirlenerek uygun çözüm önerileri ile istenen hedefe ulaşılması gerekmektedir (Roy,2009; Demirbağ 2021).

Hastayı bütüncül bakış açısı ile ele almayı sağlayan hemşirelik modellerinden biri de Roy'un Uyum Modelidir. KABG ameliyatı sonrası bireylerin fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan yaşadıkları sorunlar düşünüldüğünde RUM kullanılarak hastaların sosyal ve günlük yaşama uyumunun artırılması, verilecek yapılandırılmış eğitim ile komplikasyonların azaltılması ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Bu model hemşirelik kuramcılarından Sister Callista Roy tarafından 1964 yılında geliştirilmeye başlanmış ve 1968 yılında da uygulamaya geçirilmiştir. İnsanın adaptasyonu (uyum) üzerine odaklanan RUM'ne göre insan, sürekli değişen çevresel uyaranlarla etkileşimde bulunarak, çevresine uyum gösteren bir sistemdir (Birol,2002; Fawcett 2005; Karadağ, Çalışkan, Göçmen, 2017).

Modelin fizyolojik alan, benlik kavramı alanı, rol fonksiyonu alanı ve karşılıklı bağıllık alanı olmak üzere dört temel uyum alanı bulunmaktadır. Roy'a göre hemşire, sağlık ve hastalık durumlarında bireyin bu dört uyum alanında uyumlu davranış göstermesine yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Hemşireler bu alanlara göre bireylerin gereksinimlerini belirleyerek bakımlarını planlamakta ve hastaların hastalık ya da tedaviye bağlı değişen koşullara karşı uyumuna yardım etmektedir (Roy, 2009).

Literatürde yapılan çalışmalarda KABG ameliyatı olan hastaların günlük yaşantılarında bağımsızlığını ve yaşam tarzında meydana gelen değişikliklere uyumunu artırmada RUM göre temellendirilmiş eğitimin kullanıldığı sınırlı sayıda çalışmalara rastlanılmaktadır (Mathew ve Konnur, 2021; Rezaei ve diğerleri, 2022; Esmaili ve diğerleri, 2022; Dağcan ve diğerleri, 2023). Farklı hasta grupları ile RUM üzerine yapılmış çalışmalarda, modelin bu hastaların ameliyat sonrası dönemde daha kısa sürede yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamalarında etkili olduğu görülmüştür. Bununla beraber hastalara uygulanan RUM temelli eğitim programı ve planlı hemşirelik bakımının, hastaların değişen sağlık durumlarına uyum sağlamalarında, yaşam kaliteleri ve bağımsızlıklarının artırılmasında önemli bir yeri olduğunu ortaya koymuştur (Ertem 2019; Yıldız ve Karagözoğlu, 2021; Goudarzi, Khadivzadeh, Ebadi, Babazadeh, 2022). Rezaei ve diğerleri (2022)'de KABG ameliyatı geçiren 60 hasta ile yaptığı yarı deneysel çalışmada RUM dayalı eğitim programının hastaların yaşam kalitesini ve uyum yeteneklerini artırmada etkili olduğu bulunmuştur (Rezai ve diğerleri, 2022).

RUM'a dayalı eğitim programları, hastaların bilgi düzeyini artırarak ameliyat sonrası dönemde karşılaşılabilecekleri sorunlara daha hazırlıklı olmalarını sağlamaktadır. Bu programlar, hastalara ameliyatın ne olduğu, neden yapıldığı ve ameliyat sonrası dönemde neler ile karşılaşılabilecekleri konusunda bilgi vermeyi, beceriler kazandırmayı ve psikososyal destek sağlamayı içermektedir. Böylece modelin kullanıldığı eğitim programları ile hastaların karşılaşılabileceği sorunlar azalmakta, bilinçli kararlar almaları kolaylaşmakta ve iyileşme süreçleri hızlanmaktadır (Fernandes ve Brito, 2020; Mathew ve Konnur, 2021; Rezaei ve diğerleri, 2022; Esmaili ve diğerleri, 2022).

Literatürdeki çalışmalar, RUM'un KABG hastalarında kullanımının etkinliğini ve yararlarını ortaya koymaktadır. Bu çalışmalar, RUM'a dayalı hemşirelik bakımı ve eğitim programlarının hastaların yaşam kalitesini artırdığını, cerrahi sonrası anksiyete ve depresyon

seviyelerini azalttığını göstermektedir. Hastaların KABG cerrahisi sonrası dönemde karşılaştıkları fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimlere uyum sağlamalarını destekleyen bir model olan RUM'nin dört ana adaptasyon modu (fizyolojik, benlik, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağımlılık) kullanılarak hastaların bireysel ihtiyaçlarına göre bakım planları oluşturulabilmektedir. Bu doğrultuda hemşireler, RUM temelli bakım planları ve eğitim materyalleri kullanarak, hastaların cerrahi sonrası iyileşme süreçlerini hızlandırmak, psikolojik destek sağlamak, günlük aktivitelerine dönmelerini desteklemek ve sosyal destek ağlarını güçlendirmek gibi çeşitli müdahalelerle uyum süreçlerine katkıda bulunabilmektedirler (Mathew ve Konnur, 2021; Rezaei ve diğerleri, 2022). Ayrıca RUM'a dayalı hemşirelik girişimleri hastaların ameliyat sonrası dönemde daha bağımsız olmalarını ve yaşam tarzı değişikliklerine daha kolay uyum sağlamalarını desteklediğini ortaya koymaktadır (Esmaili ve diğerleri, 2022; Dağcan ve diğerleri, 2023). Bu nedenle, RUM'nin

KABG cerrahisi geçiren hastalarda kullanımı, hemşirelik uygulamalarında ve hasta bakımında kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşım sunarak hastaların iyileşme süreçlerini ve yaşam kalitelerini önemli ölçüde artırmaktadır.

Bu çalışmada KABG cerrahisi olan hastaların gereksinimleri belirlenmiş ve RUM temel alınarak geliştirilen eğitim materyali doğrultusunda, hastalar en çok sorun yaşadığı ilk 8 haftalık dönemde eğitim verilerek, hastaların uyum düzeylerinde, baş etme becerilerinde ve yaşam kalitesinin tüm boyutlarında artma, yaşadıkları sorunlarda da azalma olması beklenmektedir. Çalışmamızda özellikle RUM temel alanlarına göre eğitim içeriği oluşturulmasında hastaların hem fiziksel hem de psikososyal boyutta iyileşme sağlamaları amaçlanmaktadır.

Araştırmanın amacı

Bu çalışma KABG cerrahisi geçiren hastalarda RUM'a göre yapılandırılmış eğitim programının etkinliğini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın hipotezleri

H01: Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalara RUM'a göre verilen eğitim programının hastaların uyum düzeyini arttırmada etkisi yoktur.

H1₁: Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalara RUM'a göre yapılan eğitim programının hastaların uyum düzeyini arttırmada etkisi vardır.

H0₂: Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalara RUM'a göre verilen eğitim programının yaşam kalitesini arttırmada etkisi yoktur.

H1₂: Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalara RUM'a göre verilen eğitim programının yaşam kalitesini arttırmada etkisi vardır.

H0₃: Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalara RUM'a göre verilen eğitim programının hastaların yaşadıkları sorunu azaltmada etkisi yoktur.

H1₃: Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalara RUM'a göre verilen eğitim programının hastaların yaşadıkları sorunu azaltmada etkisi vardır.

Araştırmanın önemi

Major cerrahi girişimlerden biri olan KABG cerrahisi sonrası hastalarda fizyolojik ve psikolojik değişimler yaşanabilmektedir (Du Toit, Bornman, ve Van Belkum, 2003; Ali, Masih, Rabbi, ve Rasheed, 2021). Cerrahiye bağlı hastalar ciddi sternum ağrısı, yorgunluk, halsizlik ve uykusuzluk gibi fizyolojik değişimler yaşarken; ameliyat ve sonrası ile ilgili belirsizlik, kaygı, anksiyete, özbakımını yerine getirmede bağımlılığın artmasına bağlı korku ve depresyon gibi psikolojik sorunlarla karşılaşabilmektedir (Sadeghi ve diğerleri, 2017; Gashi ve diğerleri, 2021). Hastanın ameliyat sonrası yaşam tarzında meydana gelen değişime bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerinde ve sosyal yaşamlarında uyumunun artırılması ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi oldukça önemlidir. Bu kapsamda hastalara verilecek eğitim ile komplikasyonların azaltılması, hastanın bağımsızlık ve aktivite düzeyinin kademeli artırılması, aile içi ve sosyal alanlarda karşılıklı desteklenmesi gerekmektedir. Literatürde RUM ile yapılan çalışmalara bakıldığında KABG sonrası hastaların uyumunun ve yaşam kalitelerinin arttığı görülmüştür (Bakan ve Akyol 2008; Kılıç ve diğerleri, 2018; Mansouri, Baraz, Elahi, Malehi, ve Saberipour, 2019; Abdolahi, Doustmohamadi ve Sheikhbardsiri, 2020). (Mathew ve Konnur, 2021; Rezaei ve diğerleri, 2022; Esmaili ve diğerleri, 2022; Dağcan ve diğerleri, 2023). Bu çalışmalarda hastaların psikolojik ve fizyolojik sorunları değerlendirilmelerine rağmen anksiyete, depresyon ve fiziksel fonksiyonlarla ilgili ayrıntılı

sonuçlara yer verilmemiştir. Çalışmamızda ise öncelikle hasta gereksinimleri belirlenerek hastalara RUM'a göre yapılandırılmış eğitim verilmiştir. Aynı zamanda Roy'un dört uyum alanına göre hastaların fizyolojik ve psikososyal alanlardaki sorunları da değerlendirilmiş ve hastaların taburculuk sonrası ikinci ve altıncı haftalardaki yaşadıkları sorunları takip edilmiştir. Bu araştırma sonucunda KABG ameliyatı sonrası hastaların fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan yaşadıkları sorunlar düşünüldüğünde RUM'a göre verilecek yapılandırılmış eğitim ile hastaların eğitime gereksinim duyduğu alanların belirlenmesi ve eğitim sonuçlarının da değerlendirilmesine yardımcı olması beklenmektedir. Hastalara verilecek eğitim sonucunda hasta konforunun daha iyi düzeyde olması, yaşanan sorunların azaltılması ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemesi beklenmektedir.

Sınırlılıklar

- Araştırmadan elde edilen bulgular, KABG cerrahisi için araştırmanın yürütüldüğü Başkent Üniversitesi Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Servisine yatışı yapılan ve taburculuk sonrası Erişkin Kalp Damar Cerrahisi Polikliniği'ne kontrol için gelen hasta grubu ile sınırlı kalmıştır. Hastaların taburculuk sonrası izlem sürelerinin de 2. ve 6. haftada kısa süreli yapılması da bu çalışmanın sınırlılığı olarak alınmıştır.
- Araştırma örneklemindeki hastalara RUM göre yapılandırılmış eğitim programı içeriği hazırlandıktan sonra kitapçığın hastalar için okunabilirlik değeri hesaplanmış ve okunabilirliğinin kolay düzeyde olduğu belirlenmiştir. Örneklemdaki hastaların eğitim düzeylerinin yüksek olması da sınırlılık olarak alınmıştır.
- Araştırmada veri toplama araçlarından Baş etme ve uyum süreci ölçeğinin KABG cerrahisi geçiren hastaların baş etme ve uyum süreçlerinde anlamlı değişim yaratmadığı ve ölçek sorularının bu hasta profili için uygunluğunu değerlendirmede sınırlı kaldığı görülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

Sağlık alanındaki teknolojik gelişmelere rağmen KAH mortalite ve morbidite nedenlerinin başında gelmekte olup hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir (WHO, 2017). KAH' nın en sık kullanılan tedavi yöntemlerinden birisi de koroner arter bypass greft (KABG) ameliyatıdır. Bu ameliyat ile miyokard infarktüsü riskinin azaltılması, kalbin sol ventrikül fonksiyonunun korunması ve hastaların egzersiz toleransının artırılması amaçlanmaktadır (Halm, 2016; Sarıcaoğlu ve Uysalel, 2023).

2.1. Koroner Arter Hastalığı ve Risk Faktörleri

Kalbi besleyen koroner damarlarda, aorta ve dallarında vasküler plaklara bağlı daralma ya da tıkanması sonucu oluşan kalp damar hastalıklarından biri de koroner arter hastalığıdır. Hastalığın temel nedeni olan ateroskleroz, orta ve büyük çaplı arterlerin intima tabakasını etkileyerek aterom plağı ile daralmasına ya da tıkanmasına neden olmaktadır. Tıkanma ile koroner arterler tarafından beslenen miyokard tabakasında iskemi ve buna bağlı semptomlar ortaya çıkmaktadır. Hastalığın oluşumunda egzersiz ya da stres tetikleyici olabilmektedir (Sevinç,2017, Akdemir ve Birol 2021).

KAH'da tedavinin belirlenebilmesi için tüm risk faktörlerinin bilinmesi gerekmektedir. Hastalıkta değiştirilebilen ya da kontrol edilebilen ve kontrol edilemeyen ya da değiştirilemez olmak üzere risk faktörleri sınıflandırılmaktadır (Huang ve Huang, 2023). KAH için kontrol edilemeyen risk faktörleri; yaş, cinsiyet ve ailede KAH öyküsünün olması olarak sıralanmaktadır. Yaş sınırı olarak erkeklerde ≥ 45 yaş iken kadınlarda ≥ 55 yaş olması riski artırmaktadır. Cinsiyet olarak erkeklerde risk daha fazla iken menapozdan sonra kadınlarda östrojenin kandaki alfa ve beta lipoproteinleri düşürücü etkisi azaldığı için kadın erkek farkı ortadan kalkmaktadır. Aile öyküsünde baba veya diğer birinci derece erkek akrabalarda 55 yaşından önce, anne veya diğer birinci derece kadın akrabalarda 65 yaşından önce KAH tanısı alması risk için önemlidir (WHO,2017).

KAH için kontrol edilebilen risk faktörleri olarak sigara içmek, diyabetes mellitus (DM), düşük HDL (High Density Lipoprotein), kolesterol, Yüksek LDL (Low Density Lipoprotein), kan basıncı yüksekliği, hareketsiz yaşam, stres ve obezite yer almaktadır. Sigara içmek, kanda taşınan oksijen miktarını azaltarak kalbin pompalama gücünü olumsuz

etkiler. İçeriğinde yer alan nikotin vazokonstriksiyon etkisi ile koroner arterlere giden kan akımını azaltır ve katekolaminlerin salınımına neden olarak kan basıncını yükseltir (Onat, 2017, John Hopkins Medicine,2018). Aynı zamanda nikotin trombosit agregasyonuna neden olarak trombüsün damar duvarına yapışmasını kolaylaştırır ve trombüs gelişme olasılığı artırır (TKD, 2015; Gaziano,2017; Akdemir ve Birol,2021).

Diyabet, koroner arter hastalığında önemli bir risk faktörü olmakla birlikte hastalığın daha kötü seyretmesine neden olmaktadır. Diyabetin aterotromboz sürecini başlattığı, ilerlettiği ve akut koroner olayların oluşumunda önemli rol oynayan endotel fonksiyon bozukluğuna neden olduğu ileri sürülmektedir (Hacıoğlu ve diğerleri,2014, Punthakee, Goldenberg ve Katz, 2018). Hipertansiyon (140/90 mmHg üzeri) damar endotel fonksiyonunda bozulma, lipoprotein yüksekliği ve anjiyotensin II aktivitesinin artışı gibi mekanizmalar ile koroner arter hastalığını oluşturmaktadır. Yüksek kan basıncı, akut miyokard infarktüsü riskini hem erkek hem kadın da 2-3 kat artırmaktadır (Onat,2017).

Koroner arter hastalığı riskini önemli derecede artıran bir diğer faktör de şişmanlık/obezitedir. Şişmanlık, beden kitle indeksindeki bir birimlik artış koroner arter hastalığı mortalitesinde %4-5 oranda artışa neden olmaktadır (Samur ve Yıldız, 2008, ESC, 2013). Koroner arter hastalığının önemli risk faktörlerinden olan hiperkolesterolemide; LDL kolesterol ≥ 130 mg/dl, (DM olanlarda LDL ≥ 100) ve/veya total kolesterolün ≥ 200 mg/dl olması, ve/veya antihiperlipidemik tedavi alıyor olmak riski artırmaktadır. HDL düzeyinin düşük (<40 mg/dL) olması da hastalık oluşumunda negative risk faktörü yaratmaktadır. Düşük HDL düzeyine hareketsiz yaşam, şişmanlık, trigliserid yüksekliği, tip 2 diyabet gibi faktörler neden olmaktadır (AHA,2011). Hareketsiz yaşam ve stres kontrol edilebilen risk faktörleri arasında yer almaktadır. Hareketsiz yaşam yerine düzenli sporun ve stresin kontrol altına alınmasıyla kan basıncı ve LDL düzeyinin düştüğü, kilonun kontrol altına alındığı belirtilmiştir (Beştepe, Dönderici ve Demirkan 2020).

2.2. Koroner Arter Hastalığının Belirtileri ve Bulguları

Hastalığın belirti ve bulguları arter lümenindeki daralmanın lokalizasyonu ve derecesine göre değişiklik gösterebilmektedir. En yaygın belirtilerinden biri olan anjina pectoris olarak adlandırılan göğüs ağrısı, miyokard tabakasında meydana gelen iskemiye bağlı oluşmaktadır. Göğüs ağrısı sıkıntı, baskı veya ağırlık hissi şeklinde tanımlanabilir.

Genellikle sol omuz, sol kolun iç yüzeyi, bilek, parmak, boyun ve çeneye veya her iki skapuladan her iki kola kadar yayılmaktadır. Ağrıya bulantı, bayılma hissi, fenalık, kalp hızında artış, yorgunluk, soğuk terleme, anksiyete ve huzursuzluk gibi durumlar eşlik edebilmektedir (TKD, 2015; Kanan 2021).

2.3. Koroner Arter Hastalığının Tedavisi

Koroner arter hastalıklarında prognoz ve tedavi KAH ve buna bağlı ortaya çıkan klinik tabloların (akut koroner sendromların) tedavileri çok yönlüdür. Yaşam tarzı değişiklikleri, ilaç tedavileri ve gerektiğinde cerrahi işlemleri içerir. Risk faktörlerinin azalmasına, altta yatan KAH ilerleyişini yavaşlatmaya, göğüs ağrısı ataklarını öngörmeye, kontrol etmeye ve bazen atakları önlemeye yardımcı olmak için yaşam tarzı değişiklikleri önerilmektedir. Bu değişiklikler yüksek kan basıncının kontrolünü, yüksek kolesterol düzeylerini düşürmeyi, zorlu egzersizleri hafifletmeyi, aşırı kiloların kaybını ve sigarayı bırakmayı içerir (İliçin, Biberoğlu, Süleymanlar, ve Ünal, 2012; Paç, Akçevin, Aykut, Büket ve Sarıoğlu, 2013; Solak, Solak, Görmüş, Görmüş ve Solak, 2010)

2.3.1. Koroner arter bypass greft cerrahisi

Bölgesel myokardiyal kanlanma ile myokardiyal oksijen talebi arası uyumsuzluklar revaskülarizasyon için değerlendirilen semptomatik KAH'lı hastalardaki patofizyolojik anomalidir. Medikal tedavi ile afterload ve preload düşürülerek, kalp hızı yavaşlatılarak veya kontraktilesi azaltılarak dengesizlik düzeltilmeye çalışılır. Ancak arz-talep dengesini kurmada ve korumada en iyi uzun dönem sonuçları elde etmek için birçok hastada cerrahi girişime gereksinim duyulmaktadır. Arter ve ven greftleri ya da protez greftler kullanılarak gerçekleştirilen ameliyatlara Koroner Arter Bypass Greft (KABG) ameliyatları denir (İliçin ve diğerleri, 2012; Paç ve diğerleri, 2013; Solak ve diğerleri, 2010). Koroner damarlardaki darlık (stenoz) veya tıkanıklık (oklüzyon) sonucu ortaya çıkan miyokardiyal iskeminin ortadan kaldırılması için, vücudun diğer bölümlerinden alınan arter ve ven greftleri ya da protez greftler kullanılarak gerçekleştirilen ameliyatlara KABG ameliyatları denir (Hardin ve Kaplow 2010, Erdil ve Elbaş, 2016, Rothrock, 2018).

2.4. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Sonrası Hemşirelik Bakımı

Yaygın olarak uygulanan tedavi yöntemlerinden biri olan KABG cerrahisi sonrası hemşireler hasta ile en çok iletişim kuran sağlık profesyonellerinden biridir. Hemşireler hastanın iyileşme sürecinde hastanın ihtiyaçları doğrultusunda hemşirelik bakımını planlamada kritik bir rol oynamaktadır (Jones ve diğerleri, 2022). Hemşireler KABG ameliyatı öncesi hastanın fiziksel ve psikolojik yönden hazırlanmasında multidisipliner ekip ile beraber çalışmaktadırlar (Zaidova, Alzoubi, Jaber, Nazzal, 2022). Hastanın beklentileri, bilgi düzeyi, sosyokültürel durumu ve gereksinimleri doğrultusunda ameliyat öncesi dönemde hastaya vereceği eğitimi planlamalıdır. Hastanın hem fizyolojik hem psikolojik açıdan ameliyata hazır olması, ameliyat sonrası süreçte hemşirelik bakımının daha etkin yönetilmesini sağlamaktadır. (Sadeghi ve diğerleri, 2017). Hastanın fizyolojik hazırlığı; kimlik doğrulaması, açlık süresinin belirlenmesi, kan ürünleri tayini ve tetkiklerin tamamlanması, derin solunum-öksürük egzersizlerinin öğretilmesi, ameliyat ve sonrası ile ilgili bilgilendirme yapılması, hastanın kapsamlı öyküsünün alınması, fizik muayenesinin yapılması ve ameliyat günü hazırlığını (cilt temizliği, açlık kontrolü, antibiyotik profilaksisi, premedikasyon) içermektedir. Hastaların ameliyata psikolojik olarak hazırlanmasında hemşireler, hastaların ameliyat ile ilgili yaşadıkları stres, korku ve kaygı duygularını rahatça ifade edebilmelerine destek olmalıdır (Sutton ve diğerleri, 2017). Hemşireler ameliyat sonrası süreç ile ilgili hastaların fiziksel olarak kısıtlanmaları, kontrol kaybı yaşamaları, günlük yaşamlarına tekrar uyum gösterebilmeleri, oluşabilecek komplikasyonlar ve diğer sorunlar hakkında bilgilendirme yaparak hastaların rahat hissedebilmelerini sağlamalıdır (Rothrock, 2018).

KABG cerrahisi sonrası hemşirelerin bakımdaki temel amacı; hastanın iyileşmesini sağlamak, iyileşmesini hızlandırmak, mümkün olan en kısa zamanda hastayı taburcu etmek, evdeki bakımını planlamak, günlük yaşama uyumunu sağlamak, yaşam kalitesini ve süresini uzatmaktır (Jones ve diğerleri, 2022). Hastalara yoğun bakım ünitesinde invazif ve noninvazif monitörizasyon ile yakın hemodinamik takip yapılmaktadır. Bu nedenle yoğun bakım ünitesinde kalp damar cerrahisi hemşireleri hastada erken dönemde oluşabilecek komplikasyonları önceden farkedebilmeli, hasta takibi ve tedavisinde kullanılacak cihazları kullanabilme becerisine sahip olmalı ve gerektiğinde acil durumlarda hasta için uygun müdahaleleri yapabilmelidir. Hastanın postoperatif dönemde ağrı yönetimi, sıvı elektrolit dengesinin sürdürülmesi, sternum ve greft yerlerindeki yaranın değerlendirilmesi ve bakımı,

mobilizasyonu, hastaya uygun pozisyon verilmesi, derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırılması hemşirenin primer sorumluluklarındandır (Yavuz van Giersbergen, 2023; Rothrock, 2018).

Hemşirelerin KABG cerrahisi sonrası hasta gereksinimlerini belirleyerek hastaya özgü verdikleri bakımın, ameliyat sonrası hastaların iyileşme sürecinde anksiyete ve depresyon seviyelerini azaltmada önemli bir etkisi olduğu bulunmuştur. Smith ve diğerleri (2023)'nın yaptıkları çalışmada, KABG cerrahisi geçiren hastalara hemşireleri tarafından verilen eğitim ile hastaların iyileşme döneminde kendi bakımına daha aktif katıldığı ve hastanede kalış sürelerinin kısaldığı bulunmuştur. Hemşirelerin cerrahi sonrası hastalara verdikleri bütüncül bakım ile komplikasyonların erken dönemde önlendiği ve hastaneye yatış oranlarını azaldığı tespit edilmiştir (Wang, Kim ve Patel, 2022). Bir başka çalışmada da hemşirelerin KABG cerrahisi sonrası hastaları taburculuk dönemine kadar hastaların yakından takip edilmesinde, teknolojiyi hasta bakımlarında aktif kullanmalarında ve komplikasyonların erken tespit edilmesinde önemli rol oynadıkları vurgulanmıştır (Kim, Lee ve Choi, 2023).

2.5. Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Sonrası Yaşanan Sorunlar

Hastaların bypass ameliyatından sonra taburculuk döneminde karşılaşılabilecekleri sorunlara yönelik verilecek danışmanlık ve eğitim konuları; koroner arter hastalığı ve KABG ameliyatının amacı, ameliyattan önce hazırlık ve ameliyat sonrası yara iyileşmesini hızlandırmak için ne yapılması gerektiği, hastaların evde yapması gereken beslenme, aktivite, egzersizler ve eve döndükten sonra kaçınması gerekenler, hekimi ne zaman arayacakları ve hangi ilaçları kullanacakları, takip edecekleri laboratuvar değerleri, ameliyattan sonra duygusal olarak daha iyi hissetmek için yapmaları gerekenler, cinsel hayatlarına veya araba sürmeye ne zaman devam edecekleri, vücut ısısı, nabız ve arteriyel kan basınçlarını ölçmeleri ve kayıt etmeleri, sağlıklı bir kalp için tavsiye edilen ve tavsiye edilmeyen yiyecek listeleri, tedavi ve takip çizelgelerini, acil durumlarda neler yapmaları gerektiğini içermelidir (Halm, 2016; Shahmoradi, Rezaei, Rezayi, Zolfaghari ve Manafi, 2022). Planlı taburculuk eğitimi ve danışmanlık ile hastalık nedeniyle karşılaşılabilecek sorunların ve hastaların kendi kendilerine bakım davranışları ile ilgili karşılaşılabilecek sorunların önüne geçilebilir. KABG ameliyatı, hastaların ve ailelerinin hayatlarına bir yük getiren önemli bir cerrahi girişimdir. Bu nedenle hastaların ve yakınlarının yardımı ihtiyaçları vardır. Ameliyat sonrası hastalar iyileşme süreçlerinin büyük bir kısmını aile

üyeleriyle ve evde geçirirler. Bu nedenle, hastalara gerekli bakım bilgilerinin ve becerilerinin aktarılması ve taburcu olmadan önce bu bilgilerin öğretilmesi gerekir. Verilen eğitim ile hastaların bilgi ve beceri düzeyleri artırılarak kendi kendine bakım davranışları geliştirmelerine yardımcı olunur. Hastalar sağlık sorunlarıyla ilgili gerekli sorumlulukları üstlenir ve karşılaşılacak sorunlarla daha kolay başa çıkabilirler (Barretta,Auda, Barancelli ve Antonioli, 2017; Rezaei ve diğerleri, 2022). Hastanın eve nasıl taburcu edileceğini planlamak taburculuk planlamasının ilk aşamasıdır. Bu planlama yapılırken hasta ve hasta yakınları da planlamaya dahil edilmelidir.

2.6. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Sonrası Yaşam Kalitesi

Koroner arter bypass grefti (KABG) sonrası yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için, başarılı bir cerrahi müdahalenin ötesinde geçerek, hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik hallerinin desteklenmesi gerekir. Yapılan araştırmalar, KABG sonrası hastaların yaşam kalitesinde belirgin iyileşmeler olduğunu, ancak bu iyileşmelerin uzun vadede korunabilmesi için fiziksel, psikolojik ve sosyal desteklerin entegre edildiği multidisipliner yaklaşımların gerekli olduğunu ve hastaların uzun vadeli sağlık sonuçlarını ve genel yaşam kalitesini iyileştirmede kritik bir rol oynadığını göstermektedir. Bu bağlamda, sağlık profesyonellerinin ve ailelerin iş birliği, hastaların iyileşme süreçlerini desteklemede büyük önem taşımaktadır (Noor Hanita ve diğerleri, 2022; Aslam ve diğerleri, 2024).

KABG sonrası hastaların fiziksel iyilik hallerinde, ameliyatın hemen ardından genellikle hızlı bir düzelme gözlenmektedir. Hastaların tam iyileşme süreci yaklaşık birkaç ayı bulabilir ve bu sürede hastaların düzenli egzersiz programlarına katılımı, dengeli beslenme alışkanlıkları edinmeleri ve sigara gibi zararlı alışkanlıklardan uzak durmaları konusunda teşvik edilmelidir (Alcan ve diğerleri, 2017). Bununla birlikte, KABG cerrahisi sonrası hastalarda anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunlar yaygın olarak görülebilmektedir. Hastaların bu süreçte duygularını ifade etmelerine fırsat verilmesi ve psikolojik olarak desteklenmeleri, duygusal iyilik hallerinin iyileştirilmesine önemli katkı sağlamaktadır. Aslam ve diğerleri (2024)'nın yaptıkları bir çalışmada, hastalara yapılan psikososyal müdahalelerin, hastaların yaşam kalitesini arttırmada ve ameliyat sonrası dönemde hastaların stres ve anksiyetelerini azaltmada etkili olduğu bulunmuştur (Aslam ve diğerleri, 2024)

Literatürde yapılan çalışmalarda hastaların ailelerinin desteği olmadan ev işleri ile uğraşma, alışverişe gitme ve araba kullanma gibi günlük yaşam aktivitelerini ilk 4 haftada yalnız yapamadıkları, destekle gerçekleştirdikleri gözlemlenmiştir (Lopez, Ying, Poon ve Wai, 2017; Sadeghi ve diğerleri, 2022) Benzer çalışmalarda da hastaların ameliyat sonrası evdeki yaşamlarında primer bakım vericilerinin bulunması, aile bağlarının güçlü olması, hem psikolojik hem de sosyal olarak desteklenmesinin iyileşmede ve uyum sağlamalarında önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (Demir Korkmaz, Alcan, Eti Aslan ve Çakmakçı, 2015; Alcan ve diğerleri, 2017; Sadeghi ve diğerleri, 2017; Koçaşlı ve Kanan 2020).

Hastaların sosyal yaşamlarına dönüşleri de yaşam kalitesinin önemli bir bileşenidir. KABG cerrahisi sonrası hastalar, aileleri ve sosyal çevreleriyle olan ilişkilerini yeniden yapılandırma sürecinde olabilirler. Bu süreçte sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi, hastaların duygusal ve sosyal iyilik hallerini olumlu yönde etkilemektedir. Sosyal desteğin güçlü olduğu hastalarda, iyileşme sürecinin daha hızlı ve etkin olduğu gözlemlenmiştir (Noor Hanita ve diğerleri, 2022; Aslam ve diğerleri, 2024)

2.7. Koroner Arter Bypass Grafti Sonrası Uyum

KABG cerrahisi sonrası uyum, hastaların ameliyat sonrası yaşamlarını sürdürebilmeleri ve sağlıklarını koruyabilmeleri açısından kritik öneme sahiptir. Bu uyum süreci, fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlarda gerçekleşmekte ve hastaların yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Ameliyat sonrası dönemde hastaların fiziksel aktivitelerini kademeli olarak artırmaları önem taşımaktadır. Kardiyak rehabilitasyon programları, bu süreçte hastalara rehberlik etmekte ve fiziksel kapasitenin yeniden kazanılmasına yardımcı olmaktadır. Yapılan araştırmalar, bu programların hastaların fiziksel iyilik hallerini ve genel sağlıklarını belirgin şekilde iyileştirdiğini göstermektedir (Noor Hanita ve diğerleri, 2022; Aslam ve diğerleri, 2024). KABG sonrası hastaların psikolojik ve sosyal uyumu da iyileşme sürecinde büyük önem taşımaktadır. Hastalar için geçirilen cerrahiye bağlı yaşam tarzı değişiklikleri, çoklu ilaç kullanımı, diyet düzenlemeleri ve egzersiz programı gibi yeni alışkanlıklara uyum sağlamak da zorlayıcı olabilmektedir. Bu nedenle ameliyat sonrası dönemde hem anksiyete, depresyon ve kaygı gibi psikolojik sorunlarla karşı karşıya gelebilmekte iken, hem de sosyal yaşamlarına ve günlük rutinlerine geri dönmeleri gecikebilmektedir. Hastaların aileleri veya arkadaşları tarafından desteklenmesi ve duygularını paylaşması bu sorunların üstesinden gelmelerinde etkili olabilmektedir (Sadeghi ve diğerleri, 2017; Ali ve diğerleri, 2020).

2.8. Koroner Arter Bypass Grefti Sonrası Hasta Eğitimi

Koroner Arter Bypass Grefti (KABG) sonrası hasta eğitimi, hastaların iyileşme sürecini hızlandırmada, komplikasyonları azaltmada ve yaşam kalitesini artırmada kritik bir rol oynamaktadır. Hasta eğitimi sadece tıbbi prosedürlerin doğru anlaşılmasını sağlamakla kalmaz, aynı zamanda hastaların kendilerine olan güvenlerini artırarak, tedavi süreçlerine aktif katılımını sağlamaktadır. KABG sonrası eğitim hastanın ihtiyaçlarına özgü olacak şekilde planlanmalıdır. Smith ve diğerleri (2021)'nın 120 KABG cerrahisi geçiren hasta ile yaptıkları randomize kontrollü çalışmada müdahale grubuna cerrahi sonrası bakım, ilaç kullanımı, diyet ve egzersiz hakkında ayrıntılı bilgi veren yapılandırılmış bir eğitim programı uygulanmıştır. Eğitim programı sonunda müdahale grubunun daha hızlı iyileştiği, daha az komplikasyon yaşadığı ve hastaneye tekrar yatış oranlarının kontrol grubuna göre önemli ölçüde düştüğü bulunmuştur (Smith ve diğerleri, 2021). Benzer bir şekilde 150 KABG cerrahisi yapılan randomize kontrollü bir çalışmada eğitim programının etkinliği değerlendirilmiştir. Taburculuk sonrası hastaların eğitim oturumları ve telefon danışmanlığı devam ettirilmiştir. Çalışmada eğitim programı sonucuna göre müdahale grubundaki hastaların yaşam kalitelerinde ve psikolojik iyilik hallerinde belirgin bir iyileşme olduğu ve hastaneye tekrar başvuruların daha az olduğunu bulunmuştur (Jones ve diğerleri, 2022).

KABG cerrahisi geçiren hastalara verilen eğitimin yöntemi teknolojinin ilerlemesi ile beraber çeşitlilik kazanmıştır. Geleneksel yüz yüze eğitimlerin yanı sıra, çevrimiçi eğitim programları ve mobil sağlık uygulamaları da yaygınlaşmıştır. Bu yöntemler, hastaların eğitim materyallerine kolayca erişebilmesini ve eğitim süreçlerini kendi hızlarında ilerletebilmesini sağlamaktadır. Örneğin, mobil uygulamalar sayesinde hastalar ilaç hatırlatıcıları, egzersiz rehberleri ve beslenme tavsiyelerine anında ulaşabilmekte ve bu da uyumu artırmaktadır (Brown, Smith, ve Johnson, 2023).

Hasta eğitiminin başarısını artırmak için multidisipliner bir yaklaşım benimsenmesi önemlidir. Kardiyologlar, kalp damar doktorları, hemşireler, diyetisyenler ve fizyoterapistler gibi çeşitli sağlık profesyonellerinin katılımıyla oluşturulan eğitim programları, hastaların kapsamlı bir şekilde bilgilendirilmesini ve desteklenmesini sağlamaktadır. Bu tür bir yaklaşım, hastaların tedaviye uyumunu artırırken, yaşam kalitelerinin de artmasına katkıda bulunmaktadır (Miller ve diğerleri, 2020). KABG sonrası hasta eğitiminde aile desteğinin de önemi büyüktür. Aile üyeleri, hastaların tedavi süreçlerinde önemli bir destek kaynağı

olarak rol alabilirler. Araştırmalar, aile desteği ile hastaların iyileşme süreçlerinin hızlandığını ve yaşam kalitelerinin yükseldiğini göstermektedir. Bu nedenle, eğitim programlarının aile üyelerini de kapsamaları, hasta sonuçlarını iyileştirmek adına faydalı olacaktır (Taylor ve Smith, 2021). Bu doğrultuda, KABG sonrası sistematik bir hasta eğitimi, hastaların iyileşme sürecini destekleyen, komplikasyonları azaltan ve yaşam kalitesini artıran hayati bir unsurdur. Güncel araştırmalar, etkili eğitim programlarının multidisipliner yaklaşımlar ve teknolojik yeniliklerle desteklenmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Özdemir ve Önerler 2021, Noor Hanita ve diğerleri, 2022). Bununla beraber sağlık profesyonelleri, hasta ve ailelerinin bu süreçte aktif katılımını sağlayarak, en iyi sonuçların elde edilmesini hedeflemelidir.

2.8.1. Yapılandırılmış hasta eğitimi

Yapılandırılmış hasta eğitimi, KABG sonrası hastaların iyileşme sürecinde önemli bir rol oynar. Bu eğitim, hastaların bilgi düzeylerini artırarak, sağlık davranışlarını olumlu yönde değiştirmelerine ve böylece yaşam kalitelerini iyileştirmelerine yardımcı olur. Yapılandırılmış eğitim programları, hastalara belirli bir plan dahilinde bilgi ve beceri kazandırmayı hedefler. Bu programlar genellikle ameliyat sonrası bakım, beslenme, fiziksel aktivite, ilaç kullanımı ve psikososyal destek gibi konuları kapsar. 2020 sonrası yapılan araştırmalar, yapılandırılmış hasta eğitiminin KABG sonrası olumlu sonuçlar verdiğini ortaya koymaktadır. Örneğin, bir çalışmada, yapılandırılmış eğitim programlarının hastaların kendi kendine bakım becerilerini ve tedaviye uyumlarını artırdığı, hastaneye tekrar yatış oranlarını ise azalttığı bulunmuştur (Smith ve diğerleri, 2021). Başka bir araştırma ise, yapılandırılmış eğitimin, hastaların ameliyat sonrası yaşam kalitesini ve genel sağlık durumlarını iyileştirdiğini göstermektedir (Jones ve diğerleri, 2022).

Hasta eğitiminin başarısını artırmak için multidisipliner bir yaklaşım benimsenmesi önemlidir. Kardiyologlar, hemşireler, diyetisyenler ve fizyoterapistler gibi çeşitli sağlık profesyonellerinin katılımıyla oluşturulan eğitim programları, hastaların kapsamlı bir şekilde bilgilendirilmesini ve desteklenmesini sağlar. Bu tür bir yaklaşım, hastaların tedaviye uyumunu artırırken, yaşam kalitelerinin de artmasına katkıda bulunur (Miller ve diğerleri, 2020).

2.9. Roy Uyum Modeli

Sister Calista Roy tarafından 1976 yılında geliştirilen model hemşireliğin kavramsal temellerinin oluşturulmasında yaygın olarak kullanılan modellerden biridir. Modelin ilk uygulaması 1968 yılında başlamıştır. Daha sonra Roy yazdığı makaleler ile modelin felsefi yapısını ve hemşirelik müfredatında kullanımını açıklamıştır. Modelin anlaşılmayan noktalarını açıklayabilmek için 1984, 1986 ve 2009 yıllarında modeli revize ederek kitaplar yayınlamıştır. Roy adaptasyon modelini geliştirirken Genel sistem kuramı, Helson ve Selye'nin adaptasyon kuramı ve Dorothy Johnson'ın Davranışsal Sistem Modeli'nden yararlanmıştır (Philips ve Harris, 2014).

Modelin temelinde insanın iyileşmesi ve hastalık sonrası yaşamına uyum gösterebilmesi olduğundan insanların fizyolojik, psikolojik ve sosyal sistemleri arasında mutlak bir dengenin olması gerektiği yer almaktadır. Modelde bütünsel bir çerçeve kullanılarak bakımın birçok boyutu ele alınmaktadır (Roy, 2009).

Modelin temelinde dört temel kavram bulunmaktadır.

2.9.1. İnsan

Roy adaptasyon modeline göre insan bir amaç için için bir araya gelen parçalardan oluşan, bilişsel ve düzenleyici alt sistemlere sahip bütüncül adaptif bir sistem olarak tanımlanmaktadır. İnsan çevresiyle sürekli etkileşim halinde olduğundan değişen koşullara karşı sürekli uyum göstermeye çalışmaktadır (Meleis, 2012).

İnsanın değişen çevre koşullarına uyum gösterme becerisi, kendi adaptasyon düzeyine göre değişmektedir. Uyum gösterme becerisi doğuştan ya da sonradan kazanılan baş etme mekanizmaları ile oluşmaktadır. İnsan, çevresel uyaranlara karşı dört adaptasyon biçimi (Fizyolojik adaptasyon biçimi, benlik kavramı adaptasyon biçimi, rol fonksiyon adaptasyon biçimi, karşılıklı bağımlılık adaptasyon biçimi) ile yanıt verebilmektedir (Roy, 2009, Philips ve Harris 2014).

2.9.2. Çevre

Çevre, kişilerin ve grupların gelişimini ve davranışlarını çevreleyen ve etkileyen tüm koşulları ve etkileri ifade etmektedir. İçsel ve dışsal uyaranların bütünü olan çevrenin sürekli değişimi insanı etkilemektedir. Bu etkiye karşı insan kendi uyum düzeyine göre uyaranlara etkili (olumlu) ya da etkisiz (olumsuz) cevap oluşturmaktadır. İnsan sadece fiziki uyaranlara değil sosyal ve psikolojik iç uyaranlara da tepki vererek adaptasyon sürecini başlatmaktadır (Roy 2009, Karadağ ve diğerleri, 2017).

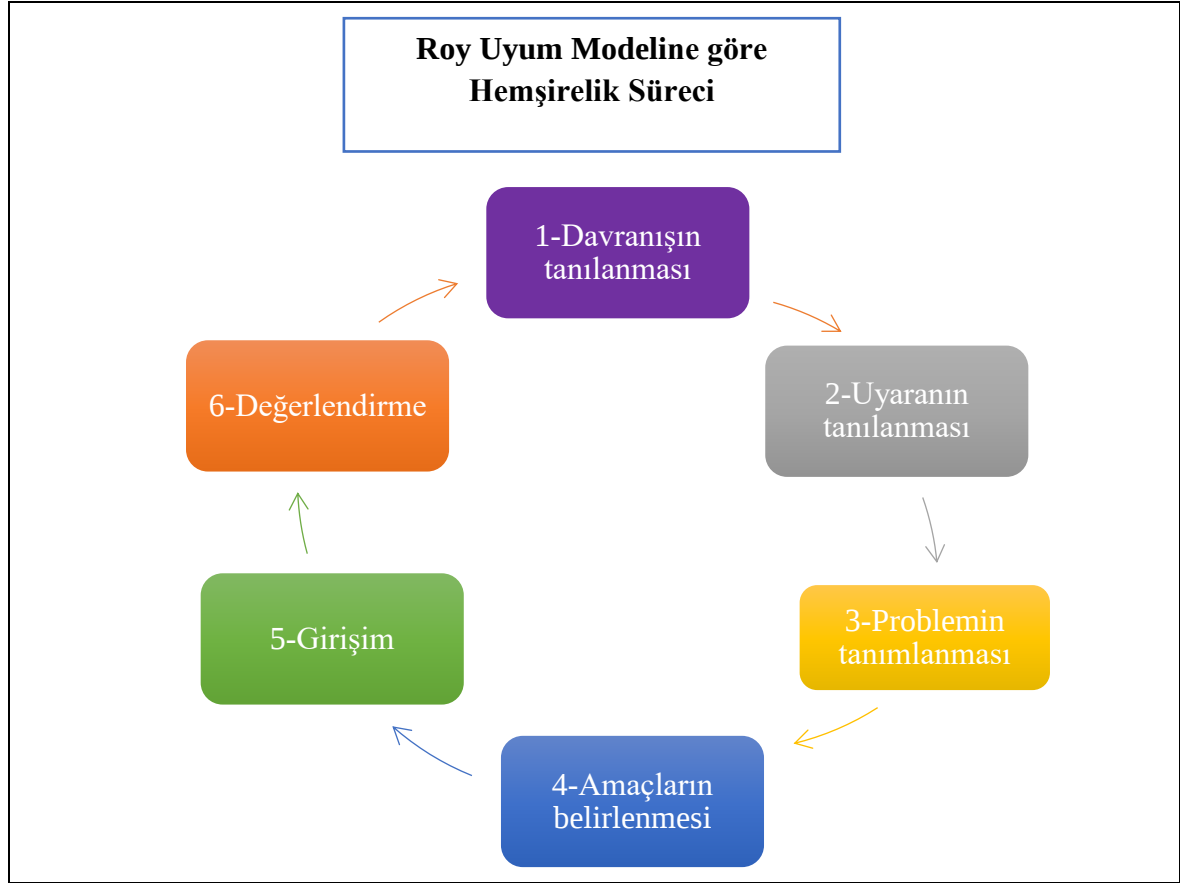
2.9.3. Sağlık

Sağlık, kişi ve çevrenin karşılıklı etkileşimde olduğu bir süreçtir. Karşılıklı etkileşimin sürekliliği, bireyin hasta olduğu durumlarda değişim göstermektedir. Hasta olmayan sağlıklı olan bireyler çevrede meydana gelen değişimlere olumlu yanıt verme yeteneği fazladır. Bu nedenle sağlık, çevresel değişimlerin insanda yarattığı etkilerin sonucu olarak düşünülmektedir. Bireyin çevreye uyumunun azaldığı durumlarda, sağlık ve çevre etkileşimindeki uyum da azalmaktadır. Roy'a göre sağlık; hastalıktan, mutsuzluktan, stresten ve ölüm gerçekliğinden uzak olmak değil, olumsuz durumlar ile başa çıkabilme yeteneği olarak tanımlanmıştır (Roy ve Andrews, 1999).

2.9.4. Hemşirelik

Modelin uygulanma sürecinde yer alan dört metaparadigmadan biri olan hemşirelik kavramı, adaptasyonun sağlanmasında kilit bir role sahiptir. Roy'un modelinde hemşireler bireylerde olumlu adaptif davranışları harekete geçirecek uyaranları tanımlamalıdır.

Bu noktada, Roy Adaptasyon Modeli, hastaların çevresel değişikliklere uyum sağlamalarına yardımcı olmak için hemşirelik bakımı süreçlerini yapılandırmada aşağıdaki gibi etkili bir çerçeve sunar (Şekil 2.1).



Şekil 2.1. Roy uyum modeline göre hemşirelik süreci (Fawcett, 2005a; Roy, 2009)

Hemşireler modeldeki adaptasyon biçimlerini (fizyolojik, benlik alanı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağımlılık) bireyin davranışlarını ve uyumlarını etkileyecek faktörleri değerlendirir. Bireydeki soruna yönelik hemşirelik tanısı ve hemşirelik girişimlerini belirleyerek bakımını planlar. Tanılamadan elde ettiği veriler doğrultusunda bireyin çevre ile etkileşimini artırarak adaptif davranışlar geliştirmesine imkan vermektedir. Hemşireler bu süreçte bireyin etkisiz baş etme mekanizmalarını azaltarak daha iyi sonuçlar elde edilmesini sağlamaktadır (Roy, 2009). Hemşireler, kapsamlı eğitim yoluyla Roy'un modelini tam olarak anlayabildiklerinde, daha etkili ve şefkatli bakım sağlama konusunda güçleneceklerdir (Roy,2011).

Davranışın tanımlanması

Hemşire, hastanın mevcut durumu ve adaptasyon sürecine yönelik davranışlarını değerlendirir. Bu aşamada, fizyolojik belirtiler (ağrı, nabız, tansiyon), psikolojik durum (anksiyete, depresyon), sosyal etkileşimler ve rol fonksiyonları gözlemlenir. Örneğin, koroner arter bypass greft (KABG) cerrahisi geçiren bir hastada ameliyat sonrası ağrı ve

hareket kısıtlılığı gibi fizyolojik davranışlar, hastanın ameliyat sonrası sürece uyumunu etkileyebilir.

Uyaranın tanımlanması

Hemşire, hastanın davranışlarını etkileyen içsel ve dışsal uyaranları belirler. Bu uyaranlar odak uyaran (ana etki), bağlamsal uyaran (çevresel faktörler) ve artık uyaran (belirgin olmayan, geçmişten gelen etkiler) olarak sınıflandırılır. KABG hastalarında odak uyaran genellikle cerrahi müdahale ve iyileşme süreci iken, bağlamsal uyaranlar aile desteği ve hastane ortamı olabilir.

Problemin tanımlanması

Davranış ve uyaranların analizine dayanarak, hemşire hastanın uyum sağlama sürecinde karşılaştığı problemleri tanımlar. Bu aşamada, hastanın fiziksel, psikososyal ve rol fonksiyonlarındaki eksiklikler hemşirelik tanımları olarak belirlenir. Örneğin, "ameliyat sonrası ağrı" veya "aktivite intoleransı" gibi tanımlar konulabilir.

Amaçların belirlenmesi

Hemşire, belirlenen tanımlara yönelik spesifik, ölçülebilir, ulaşılabilir, gerçekçi ve zamana bağlı (SMART) hedefler oluşturur. KABG hastalarında bu hedefler, ağrının yönetilmesi, mobilizasyonun artırılması ve psikososyal iyileşmenin sağlanması gibi amaçları içerebilir.

Hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması

Hedeflere ulaşmak için gerekli olan hemşirelik girişimleri planlanır ve uygulanır. Bu girişimler, ilaç yönetimi, fiziksel aktivite programları, eğitim ve danışmanlık gibi çeşitli müdahaleleri kapsayabilir. Örneğin, ameliyat sonrası ağrının yönetimi için analjezik ilaçlar verilebilir ve hastanın mobilizasyonu için yürüyüş programları başlatılabilir.

Değerlendirme

Son aşamada, hemşire uygulanan girişimlerin etkinliğini değerlendirir ve hastanın hedeflere ulaşmış ulaşmadığını belirler. Bu değerlendirme sonucunda, gerekli ise plan ve girişimlerde

düzenlemeler yapılır. KABG hastalarında, ağrı seviyesindeki azalma, artan fiziksel aktivite düzeyi ve iyileşen psikososyal durum gibi kriterler değerlendirilir.

2.9.5. Sistem

Roy sistem kavramını parçaların birbiri ile karşılıklı etkileşimlerinden dolayı ortak amaçlar için bir araya gelmesi şeklinde tanımlamıştır. Sistem uyaranlar (girdi), davranışlar (çıkı), kontrol ve geri bildirim basamaklarını içeren bir süreçten oluşmaktadır. Sistemin temel bileşeni insan, aile ve toplumdur. İnsanın adaptif sistemde girdi, uyaran olarak tanımlanmıştır. Bireyin uyarana etkili yanıt vermesi uygun baş etme mekanizmaları ile gerçekleşmektedir. Modelde uygun yanıt dört adaptasyon alanındaki davranışlar ile oluşmaktadır (Phillips ve Harris, 2014, Roy,2009).

2.9.6. Adaptasyon

Roy adaptasyonu bireyin emosyonel ve düşünsel özellikleri doğrultusunda bireysel ya da toplumsal olarak çevresi ile bütünleşebilmesi için elde ettiği sonuç ve süreç olarak tanımlamıştır. Roy'a (2009) göre birey adaptif davranışlar gösterdiğinde, sağlıklı ve yaşam kalitesi en üst düzeyde bir hayat yaşarken, saygın bir ölüm ile de yaşama veda etmektedir. Adaptasyonu belirleyen iki etmen vardır; uyaranların toplamı ve adaptasyon düzeyidir. Bireyin çevresinde meydana gelen kriz/çatışma gibi durum değişikliklerinde iç sisteminde gerilim ve çatışma yaşarken, dış dünyasında ise değişime uyum göstermeye çalışır. Süreç sonunda uyum sağladığı uyaranlara karşı ya pozitif tepki verir ya da uyarana karşı cevapsız kalmaktadır. Roy bireyin adaptasyon düzeyini üç çeşit uyaran ile açıklamıştır.

- Fokal (odak) uyaran: bireyin aniden karşı karşıya kaldığı ve tepki-cevap verdiği uyandır. Örneğin hastanede yatan bir hastaya açıklama yapılmadan odasından alınarak girişimsel müdahalede bulunulması (Roy,2011). KABG cerrahisi sırasında bireyin karşılaştığı doğrudan ve odaklanmış uyaranlar fokal uyaranlardır. Örneğin, cerrahi ekibin kalbi durdurması ve bypass greftlerini yerleştirmesi, fokal uyaranlara örnektir. Bu prosedürler doğrudan bireyin fizyolojik durumunu etkiler ve adaptasyonunu gerektirir (Smith ve diğerleri, 2021).
- Bağlamsal (Kontekstüel) uyaran: Odak uyaranın neden olduğu ya da tetiklediği uyaranlardır. Örneğin açıklama yapılmadan odasından alınan hastaya girişimsel

müdahale alanında kendisi ile ilgili konuşmaları duyması, koşturmacayı görmesi, hasta burada heyecan ve korku yaşamaya başlar. KABG cerrahisi sırasında ve sonrasında bireyin çevresel ve durumsal faktörlerle karşılaştığı uyaranlar bağlamsal uyaranlardır. Örneğin, cerrahi ekibin ve hastane personelinin tutumu ve iletişimi, hastane ortamının stresi, aile üyelerinin desteği ve sosyal çevrenin tepkileri bağlamsal uyaranlara örnektir. Cerrahi ekibin ve hastane personelinin pozitif ve destekleyici bir tutumu, bireyin cerrahi sürecini daha olumlu bir şekilde deneyimlemesine ve adaptasyonunu kolaylaştırmasına yardımcı olabilir (Brown ve diğerleri, 2022).

- Rezidüel uyaran: Bireyin daha önceki deneyimleri, buna yönelik davranışları ve tutumları, duygu durumu ile ilgili uyaranlardır. Birey bu uyarıyı daha önce yaşıyorsa eski deneyimlerini hatırlayarak rahatlamaya çalışır ve baş edip probleme karşı uyum göstererek sağlığını sürdürür. Uyum gösteremediği durumlarda olumsuz yanıt vererek uyumsuzluğa neden olmaktadır (Uzun, 2017, Pektekin, 2013, Roy 2009, Velioğlu, 1999). KABG cerrahisi sonrası dönemde, cerrahi müdahaleden kaynaklanan veya cerrahi sonrası yaşam tarzı değişiklikleriyle ilişkili olan uzun süreli uyaranlar rezidüel uyaranlardır. Örneğin, kalıcı fizyolojik değişiklikler, yara izleri, fiziksel rehabilitasyon süreci, ilaç tedavisi ve yaşam tarzı değişiklikleri rezidüel uyaranlara örnektir (Williams ve diğerleri, 2023). Bu faktörler, bireyin cerrahi sonrası uzun vadeli adaptasyonunu etkiler.

2.9.7. Adaptasyon düzeyi

Roy 1976 yılından itibaren adaptasyon düzeyi tanımını güncellemiş ve son olarak adaptasyon düzeyini bireyin çevre ile etkileşime geçebilme ve uyaranlara etkili, adaptif yanıtlar verebilme becerisi olarak tanımlamıştır. Bireyin adaptasyon düzeyi yaşama boyu değişiklik gösterebilmektedir (Ingram, 1995). Roy üç adaptasyon süreci tanımlamıştır:

- Bütünleşmiş (integrated) süreç: Uyum sürecinin, bireyin ihtiyaçlarını karşılamak için bir bütün olarak çalıştığı gösteren düzeydedir.
- Telafi edici (compensatory) süreç: Uyum süreci olumludur ancak bireyin gereksinimi karşılanamamıştır. Uyumu bozan durumlar ile başa çıkabilmek için düzenleyici ve kognitif mekanizmaların devreye girdiği süreçtir.
- Bozulmuş (compromised) süreç: Denge bozulmuş, uyum sorunu yaşanmaktadır. Süreç bireyin gereksinimlerini karşılayamamaktadır (Roy, 2004).

2.9.8. Başetme süreçleri

Roy' a göre baş etme süreçleri değişen çevre şartları ile doğuştan kazanılan ve sonradan kazanılan bilişsel (kognatör) alt sistem ve düzenleyici (regülatör) alt sistem olarak açıklanmıştır (Roy 2009, Masters 2012). Bilişsel alt sistemde bilinçsel ve emosyonel durumlar kullanılır. Bu nedenle bu sistemde baş etme süreçleri bireysel farklılık göstermektedir. Roy'un benlik kavramı, karşılıklı bağımlılık ve rol fonksiyon uyum alanları bilişsel emosyonel aşamalar kullanılarak yanıtlar oluşturulur. Düzenleyici alt sistemde ise uyaranlara karşı birey otomatik olarak doğuştan gelen fizyolojik adaptasyon davranışları ile tepki vermektedir. Bu alt sistemde kullanılan baş etme yöntemleri tüm bireyler tarafından kullanılan yöntemlerdir (Meleis 2012, Uzun 2017).

2.9.9. Davranış

Roy'a göre davranış bireyin içsel ve dışsal olarak verdiği tüm fiziksel ve psikososyal yanıtlardan oluşmaktadır. Bu yanıtlar duygu, düşünce, bilgi, beceri, tutum ve kişisel yeterlilikleri içermektedir. Roy davranışları "adaptif" veya "etkisiz ya da adaptif olmayan" şeklinde ikiye ayırmaktadır. Bireyin adaptasyonunu belirlemede davranışlar önemli bir faktördür. Baş etme mekanizmalarının oluşturduğu yanıt olan davranışlar, Roy'un dört uyum alanından biriyle eşleşerek daha görünür hale gelmektedir (Roy,2009, Phillips ve Harris 2014).

2.9.10. Adaptasyon biçimleri

Roy birey için adaptasyon biçimlerini dört alanda toplamıştır. Her bir alan birbiri ile etkileşim halindedir (Meleis 2012, Roy 2009).

Fizyolojik alan

Fizyolojik bir varlık olan bireyin çevreden gelen uyaranları yanıtlama biçimidir. Bu adaptasyon biçiminde amaç fizyolojik bütünlüğün sağlanmasıdır. Fizyolojik alanda beş temel fizyolojik gereksinim (oksijenlenme, beslenme, boşaltım, aktivite, dinlenme ve korunma) bulunurken, gereksinimlerin karşılanmasını sağlayan dört düzenleyici süreç (sıvı, elektrolit, asit-baz dengesi, nörolojik fonksiyon, endokrin fonksiyon) bulunmaktadır (Fawcett, 2005a; Roy 2009).

KABG cerrahisi sırasında, kalbin durdurulması ve kalp-pulmoner makine kullanılması gibi faktörler, kardiyovasküler sistem üzerinde önemli etkiler yapabilir. Bu, kalp atışlarının geçici olarak durmasına ve kalp ritim bozukluklarına neden olabilir. Ayrıca, solunum sistemi üzerinde anestezi ve ventilasyonun etkisi ve cerrahi müdahale sonrası solunum güçlüğü riski de dikkate alınmalıdır (Smith, Johnson ve Garcia, 2022).

KABG cerrahisi, kan dolaşımını ve metabolizmayı da etkileyebilir. Cerrahi sırasında kanama riski vardır ve cerrahi sonrası dönemde kan damarları ve kan akışıyla ilgili komplikasyonlar oluşabilir. Ayrıca, cerrahi stres ve iyileşme süreci, bireyin metabolizmasını etkileyebilir ve doku iyileşmesi için artan enerji ihtiyacına neden olabilir (Williams ve diğerleri, 2023). Nörolojik fonksiyonlar da KABG cerrahisi sırasında veya sonrasında etkilenebilir. Cerrahi müdahale sırasında veya sonrasında inme, geçici iskemik ataklar veya bilişsel fonksiyonlarda değişiklikler gibi nörolojik komplikasyonlar gelişebilir (Jones ve diğerleri, 2024). Sonuç olarak, KABG cerrahisi bireyin fizyolojik alanını çeşitli şekillerde etkileyebilir. Bu nedenle, cerrahi müdahale öncesinde ve sonrasında bireyin durumu dikkatlice takip edilmeli ve uygun tedavi sağlanmalıdır. Bu, cerrahi sonrası komplikasyonların minimize edilmesine ve bireyin sağlıklı bir iyileşme süreci geçirmesine yardımcı olabilir.

Benlik alanı

Bu alan bireyler için benlik kavramı, grup için ise grup kimlik kavramı olarak tanımlanmaktadır. Bireyin kendisini nasıl gördüğü, kendi hakkında edindiği duygu, düşünce ve algıların bütünüdür (Roy,2011). Benlik alanı kendi içinde fiziksel benlik ve kişisel benlik olarak iki alt gruba ayrılmaktadır.

Fiziksel benlik; bireyin fiziki özellikleri, görünüşü, hareketi, sağlık ve hastalık halini içerirken, kişisel benlik ise davranışları, ahlaki değerleri ve hedeflerini içermektedir (Roy, 2009; Velioğlu, 1999).

KABG geçiren bireylerde, cerrahi müdahale sonrası benlik alanı etkilenebilir. Benlik, bireyin kendisi hakkındaki algıları, kimlik duygusu ve kişisel değerleri içeren önemli bir kavramdır. KABG geçiren bireylerde, bu cerrahi prosedür ve iyileşme süreci, benlik algısını ve kişisel kimliği etkileyebilir (Ali ve diğerleri, 2021). Cerrahi müdahale sonrası dönemde,

bireylerin fiziksel durumları ve yaşadıkları deneyimler, benlik algısını etkileyebilir. Özellikle, KABG geçiren bireylerin yaşadığı fiziksel zorluklar ve iyileşme sürecindeki sınırlamalar, benlik saygısını olumsuz etkileyebilir ve kendine olan güveni azaltabilir (Brown ve diğerleri, 2021). Ayrıca, KABG geçiren bireylerin yaşadığı stres, endişe ve belirsizlik duyguları, benlik algısını ve kişisel kimliği etkileyebilir (Smith, Johnson ve Garcia, 2022). Aile, toplum ve sağlık uzmanlarının tutumu ve beklentileri de KABG geçiren bireylerin benlik algısını etkileyebilir. Olumsuz bir sosyal çevre veya stigmatize edici tutumlar, bireyin kendisine olan güvenini ve benlik saygısını olumsuz yönde etkileyebilir (Jones ve diğerleri, 2023). Bununla birlikte, destekleyici bir sosyal çevre ve olumlu bir destek ağı, bireyin benlik algısını güçlendirebilir ve psikolojik iyilik halini destekleyebilir (Garcia, Williams ve Adams, 2024). KABG geçiren bireylerde cerrahi müdahale ve iyileşme süreci, benlik algısını etkileyebilir. Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin ve sosyal destek ağının, KABG geçiren bireylerin benlik saygısını ve kişisel kimliklerini güçlendirmeye yönelik destekleyici bir rol oynaması önemlidir.

Rol fonksiyon alanı

Bireyin toplum içinde rolleri, beklentilerini karşılamak ve bütünleşmesi için yapması gereken davranışları içermektedir. Bu davranışların gerçekleşebilmesi için bireyin toplumdaki diğer bireyler ile etkileşimde olması gerekmektedir. Roy bu alanda rolleri üç grupta toplamıştır. Birincil rol; bireyin seçe şansı yoktur. Yaşa, cinsiyete ve gelişim dönemlerine göre tanımlanmış roldür. İkincil rol; bireyin birincil rolleriyle ilişkili görevlerin tanımlandığı roldür. Üçüncül rol ise birey tarafından seçilen geçici rollerdir (Masters, 2012, Roy 2009). KABG geçiren bir bireyin rol fonksiyon alanı, cerrahi müdahale sonrası dönemde kısıtlanabilir veya etkilenebilir. Örneğin, iyileşme sürecinde bireyin fiziksel olarak aktif olma yeteneği sınırlanabilir, bu da işyerinde veya evdeki rollerini yerine getirme konusunda zorluklar yaşamasına neden olabilir (Jones et al., 2022). Ayrıca, cerrahi müdahale sonrası dönemde bireyin yaşadığı yorgunluk, enerji düzeyindeki düşüş ve fiziksel kısıtlamalar, sosyal etkinliklere katılımını azaltabilir veya engelleyebilir. Bu durum, bireyin sosyal ve aile içi rollerini yerine getirme yeteneğini etkileyebilir. Örneğin, KABG geçiren bir bireyin aile içindeki rollerini yerine getirme yeteneği, fiziksel kısıtlamalar nedeniyle sınırlı olabilir (Brown ve diğerleri, 2023). İşte, yardımcı olmaları gereken günlük işlerde veya aile içindeki bakım görevlerinde zorluklar yaşayabilirler. KABG geçiren bir bireyin işyerindeki rollerini yerine getirme yeteneği de etkilenebilir. İyileşme sürecindeki fiziksel

kısıtlamalar, iş performansını olumsuz etkileyebilir ve bireyin işe dönüş sürecini geciktirebilir. Bu da işyerindeki rollerini yerine getirme konusunda zorluklar yaşamasına neden olabilir.

Sonuç olarak, KABG geçiren bireylerin rol fonksiyon alanı, cerrahi müdahale sonrası dönemde etkilenebilir. Fiziksel kısıtlamalar ve iyileşme sürecindeki zorluklar, bireyin sosyal ve aile içi rollerini yerine getirme yeteneğini etkileyebilir. Bu nedenle, KABG geçiren bireylerin iyileşme sürecinde sosyal destek alması ve gerektiğinde yardım alması önemlidir.

Karşılıklı bağlılık alanı

Bireyin karşılıklı yakın ilişkilerdeki davranışları ile ilgili olan alanda amaç; ilişkilerin bütünlüğünün, devamının sağlanarak korunması, güven duygusunun hissedilmesidir. Bu alanda adaptif davranışların olabilmesi ve dengenin korunabilmesi için bireyin değer verdiği bireyler ile ve destek sistemleri ile ilişkilerinde alma-verme dengesinin sağlanması gerekmektedir. Roy karşılıklı bağlılık alanında bireyin kendisi için anlam taşıyan, diğerleri ile ilgili ilişkileri ve destek sistemleri yer almaktadır. Birey için önemli olan kişilerin anne, baba, eş ve çocuk ile sınırlı olmayıp arkadaşlar, akrabaların da olabileceğini vurgulanmıştır (Roy, 2009).

Karşılıklı bağlılık alanının KABG geçiren bireylerin iyileşme sürecindeki önemi büyüktür. Sağlıklı ve destekleyici ilişkiler, KABG sonrası stresi azaltabilir, motivasyonu artırabilir ve iyileşme sürecini olumlu yönde etkileyebilir (Smith ve diğerleri, 2020). Aynı zamanda, bu ilişkiler, bireyin duygusal destek almasını sağlayarak psikolojik iyilik halini güçlendirebilir. Dolayısıyla, KABG geçiren bireylerin karşılıklı bağlılık alanında sağlıklı ilişkiler geliştirmesi ve bu destek ağını etkili bir şekilde kullanması, iyileşme sürecini kolaylaştırabilir ve psikolojik olarak güçlü kalmalarına yardımcı olabilir.

2.10. Roy Uyum Modeli ve KABG

KABG cerrahisi hastaların günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesini etkileyebilen büyük cerrahi girişimlerdir (Pačarić ve diğerleri, 2020, Bishawi ve diğerleri, 2018). Cerrahi sonrası hastaların yaşadıkları fizyolojik ve psikososyal problemlere bağlı iyileşmeleri de uzun ve stresli bir süreçtir. Hastaların bu süreci rahat atlatabilmeleri için hem fiziksel hem de

psikososyal uyum sağlamaları ve stres yaratan durumlara karşı etkili baş etme yöntemlerini uygulamaları önemlidir (Çatal,2014, Esmaili ve diğerleri, 2022, Dağcan ve diğerleri, 2023).

Roy Uyum Modeli'nin ana kavramı uyumdur. Modelde birey çevresi ile sürekli etkileşim halindedir ve çevresel değişikliklerden etkilenmektedir. KABG cerrahisi geçiren hastanın cerrahiye bağlı yaşanan fizyolojik ve psikososyal değişimler sonucu etkili ya da etkisiz uyum davranışları geliştirmesi beklenmektedir. Hastanın bu değişimlere uyum sağlamasında değişimin derecesi, baş etme becerileri, deneyimleri ve destek mekanizmaları etkili olmaktadır (Roy,2009, Fawcett 2005).

Ülkemizde RUM, KABG cerrahisi geçiren hasta grubunda kullanıldığı az sayıda çalışmaya rastlanılmıştır ancak model tip 2 diyabet, kanser ve mental sağlık problemleri olan hastalar gibi farklı hasta gruplarında birçok çalışmada kullanılmıştır. Kalp yetmezliği olan hastalarda Roy uyum modeli doğrultusunda hazırlanan uyum programı ile modelin hastalıkta etkili olduğu, hastaların üç aylık süreçte yaşam kalitelerinin yükseldiği, fonksiyonel kapasitelerinde iyileşme olduğu ve sosyal destek düzeylerinde gelişme sağladığı bulunmuştur (Bakan,2008). Benzer şekilde Amini ve diğerleri (2012) yaptığı Roy temelli bakım programının hemodiyaliz hastalarında yorgunluğu azalttığı belirlenirken, Roy uyum modelinin kullanıldığı Multiple sklerozlu hastalar ile yapılan bir çalışmada, uyum modelinin fizyolojik koşulların iyileştirilmesinde olumlu etkiye sahip olduğu bulunmuştur (Amini ve diğerleri, 2012, Maleki ve diğerleri, 2016).

KABG cerrahisi gerçekleştirilen hastaların benlik kavramı ve rol fonksiyon alanlarında da değişimler yaşanabilmektedir. Yapılan çalışmalarda ameliyat sonrası hastaların aile içi dinamiklerinin değiştiği ve aile içi rollerini yerine getirmede zorlandıkları bulunmuştur (Sadeghi ve diğerleri, 2017, Koçaşlı ve Kanan,2020). Sadeghi ve diğerleri (2017) KABG cerrahisi olan 250 hasta ile yaptıkları çalışmada, evli hastaların duygusal, maddi ve manevi yönden daha çok destek görmeleri nedeniyle iyileşme oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

2.11. Roy Adaptation Model ile Temellendirilmiş Yapılandırılmış Eğitim Programı ve Önemi

Ciddi koroner arter hastalığı olan hastalar için KABG cerrahisi hayati bir tedavi seçeneği olabilmektedir, ancak cerrahi sonrası iyileşme süreci çeşitli zorluklar içerebilmektedir.

Özellikle KABG sonrası cerrahinin getirdiği fizyolojik ve psikososyal değişimlerin hasta üzerinde yarattığı sorunlara bağlı olarak hastaların yaşam kalitelerinde ve günlük yaşama uyumlarında değişim yaşanabilmektedir. Ameliyat öncesinden başlayıp hastanın taburculuk sonrası evdeki dönemine kadar hem hasta hem ailesini içeren kapsamlı bir eğitim planı kritik önem taşımaktadır. Bu doğrultu da eğitim planının sistematik ve planlı olması, hasta gereksinimlerinin ön planda tutulması ve bütüncül bir bakış açısı benimsemesi gerekmektedir. RUM temelli yapılandırılmış eğitim programları, hastaların uyum ve yaşam kalitesini önemli ölçüde artırmaktadır. Yapılan çalışmalar, RUM temelli eğitim programlarının hastaların fiziksel ve psikolojik uyumunu artırdığını, hastaneye tekrar yatış oranlarını azalttığını ve genel sağlık sonuçlarını iyileştirdiğini göstermekte ve sağlık profesyonellerinin bu model doğrultusunda hasta eğitimini planlamalarının önemli olduğunu vurgulamaktadır (Mathew ve Konnur, 2021; Rezaei ve diğerleri, 2022 Esmali ve diğerleri, 2022; Dağcan ve diğerleri, 2023).

Sonuç olarak, KABG cerrahisi geçiren hastaların cerrahi sonrası yaşadıkları fizyolojik ve psikososyal değişim süreci, hastaların yaşam kalitelerini ve günlük yaşama uyumlarını etkilemektedir. Hastalar cerrahi sonrası yaşadıkları değişim sürecine bağlı olarak birçok sorunu bir arada yaşayabilmektedirler. Bu nedenle KABG cerrahisi geçiren hastalara verilen RUM'a dayalı eğitimin hastaların stres yönetimi becerilerini geliştirmelerinde ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlıklarını artırmalarında etkili olmaktadır. Bu çalışmada da RUM dayalı hasta gereksinimlerine göre planlanmış eğitim programının hastaların uyum sürecini etkileyeceği ve yaşam kalitesini artıracakı düşünülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalarda Roy Uyum Modeli'ne göre yapılandırılmış eğitim programının etkinliğini değerlendirmek amacıyla randomize olmayan müdahale çalışması olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi 1985 yılından beri faaliyet göstermekte olup özellikle donanımlı yoğun bakım üniteleri ve yataklı servisleri ile deneyimli multidisipliner ekip tarafından hastalara hizmet vermektedir. Koroner arter bypass greft ameliyatlarının sık yapılması ve hastaların alanında deneyimli hemşireler tarafından izlenmesi, hemşirelik bakımının bütüncül bir şekilde verilmesi nedeniyle bu araştırma, Eylül 2022- Aralık 2023 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Erişkin Kalp Damar Cerrahisi Servisi ve ameliyat sonrası hastaların kontrole geldikleri Erişkin Kalp Damar Cerrahisi Polikliniği'nde gerçekleştirilmiştir. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesinde 65'i yoğun bakım olmak üzere 288 yatak ve 14 ameliyathane odası bulunmaktadır. Hemşireler, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğüne bağlı 08:00-20:00 ve 20:00-08:00 saatleri arasında vardiya şeklinde çalışmaktadır. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Erişkin Kalp Damar Cerrahisi Servisi dokuz odadan oluşmakta olup, her odada iki hastanın yatışı yapılmaktadır. Erişkin Kalp Damar Cerrahisi Servisinde sorumlu hemşire dışında yedi hemşire vardiyalı olarak görev yapmaktadır. Erişkin Kalp Damar Cerrahisi Polikliniği ise 08:00-17:00 saatleri arasında pazar günü hariç her gün hizmet veren bir birimdir. Poliklinikte hasta takibinde üç hemşire yer almaktadır.

Koroner arter bypass greft ameliyatı planlanan hastaların, genellikle bir ya da iki gün öncesinde Erişkin Kalp Damar Cerrahi Servisi'ne (Covid döneminde PCR testi negatif olma koşuluyla) yatışı yapılmaktadır. Hastalara tam kan sayımı, biyokimya, koagülasyon testleri yapılmakta ve EKG (Elektrokardiyografi) çekilerek ameliyat öncesi tetkik ve hazırlıkları tamamlanmaktadır. Hastalara ameliyat öncesinde doktoru tarafından cerrahi işlem ile ilgili bilgi verilmektedir. Aynı zamanda anestezi işlemleri ile ilgili preoperatif hasta değerlendirmesi anestezi doktoru tarafından yapılarak hastanın risk düzeyi belirlenmektedir.

Hastalar ameliyat sonrası Erişkin Kalp-Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi'nde 1-2 gün izlenmektedir. Yoğun bakımda hemşireler hastaların durumlarına göre öz bakım ihtiyaçlarını planlayarak bakımlarını vermektedirler. Hemodinamik stabilizasyonu sağlanan ve göğüs tüpü çıkarılan hastalar servise alınarak tedavi ve bakımlarına devam edilmektedir. Hastalar serviste 2-3 gün kaldıktan sonra herhangi bir komplikasyon gerçekleşmediğinde taburculukları planlanmaktadır. Hastalar cerrahi sonrası evlerine taburcu olurken, klinik hemşiresi ve doktoru tarafından taburculuk süreci ile ilgili bilgilendirme yapıp 2 hafta sonra polikliniğe kontrol randevusuna çağırılmaktadır. Hastaların ikinci poliklinik kontrolleri ise taburculuk sonrası 5-7. haftalar arasında planlanmaktadır. Taburculuk sonrası 2. haftada hastaların Erişkin Kalp Damar Cerrahisi Polikliniğine gelmeleri istenmektedir. KABG cerrahisi geçiren hastalara multidisipliner ekip (doktor, hemşire, diyetisyen ve fizyoterapist) tarafından taburculuk sonrası ile ilgili bilgilendirme yapılmaktadır. Hastalara hem hemşire hem de doktoru tarafından sözel olarak taburculuk sonrası kullanacağı ilaçlar, beslenme düzeni, yara bakımı, ameliyat sonrası uygun pozisyon ve hareketler, dikkat etmesi gereken durumlar, olası komplikasyonlar ve kontrole gelme zamanları hakkında bilgi verilmekte ve bu bilgileri içeren bilgilendirme formu verilmektedir. Bu süreçte hasta ve yakınlarının soruları hemşireler tarafından yanıtlanmakta ve hastalara taburculuk sonrası evde bakıma ve uyum sürecine yönelik kapsamlı yazılı eğitim kitapçığı verilmemektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Eylül 2022-Aralık 2023 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde koroner arter bypass greft ameliyatı olup, sonrasında kontrol/izlem amacıyla Erişkin kalp damar cerrahi polikliniğine başvuran hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü Roy'un kullanıldığı benzer çalışmalardan elde edilen değerler referans alınarak hesaplanmıştır (Özcan ve Korkmaz 2013; Yıldız ve Sivrikaya, 2019). G-Power 3.1 paket programı kullanılarak yapılan güç analizi sonucuna göre $\beta=0.80$ güç, $\alpha=0.05$ hata payı ve 0,80 etki büyüklüğünün sağlanabilmesi için 26 kontrol ve 26 müdahale grubu olmak üzere toplam 52 hasta örneklem sayısı yeterli bulunmuştur. Çalışma 52 hasta ile tamamlanmıştır. Literatürde çalışmamıza benzer olarak yapılan çalışmalarda hasta kaybı dikkate alındığında örneklem büyüklüğü %10 artırılarak 29 müdahale ve 29 kontrol grubundan toplam 58 hasta ile çalışma planlanmıştır. Hastalardan çalışmayı reddeden(n=3), durumu kötüleştiği için değerlendirilmeye alınmayan (n=2) ve vefat etmesi

nedeniyle (n=1) çalışmadan 6 hasta çıkarılmıştır. Çalışma 52 hasta ile tamamlanmıştır (Ek-1 Örneklem Hesabı-Güç Analizi).

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- İlk defa KABG ameliyatı olacak hastalar
- 18 yaş ve üzerinde olan hastalar
- Okuma- yazma bilen, iletişim engeli bulunmayan
- Tanılanmış herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü hastalar

Araştırmadan dışlanma kriterleri

- KABG dışında kardiyak cerrahi girişim uygulanan hastalar (kapak onarımı, anevrizma hastaları)

Araştırmadan çıkarılma kriterleri,

- İzlem sürecinde genel durumu kötüleşip (KABG sonrası komplikasyon gelişen, ek girişim yapılan ve yoğun bakım izlem süreci uzayan hastalar) tedavisine yoğun bakımda devam edilen hastalar
- Bypass sonrası intraaortik pompa, Ekstrakorporal membran oksijenizasyonu gibi kalbi destekleyici cihazlarla takip edilen hastalar
- Çalışma sürecinde vefat eden hastalar
- İzlem sürecinde çalışmadan ayrılan hastalar

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında “Hasta Tanıtım Formu”, “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği”, “Baş etme ve Uyum Süreci Ölçeği”, “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu”, Taburculuk Sonrası Yaşanan Sorunlara İlişkin Veri Toplama Formu” kullanılmıştır.

3.4.1. Hasta tanıtım formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan bu form ile hastaların sosyo-demografik özellikleri ve hastalığa ilişkin bilgileri belirlenmiştir. Bu formda kardiyak

cerrahi girişim geçiren hastaların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu, aile tipi vb.) ve hastalığa ilişkin bilgilerini (başka kronik hastalık varlığı, ailede kalp hastalığı öyküsü vb.) içeren 23 soru yer almaktadır (EK-2) (Amjadian ve diğerleri, 2020; Esmaili ve diğerleri, 2022; Gashi ve diğerleri, 2021, Altinbas and Yavuz van Giersbergen, 2021, Mansouri ve diğerleri, 2019, Verwijmeren ve diğerleri, 2018, Sadeghi ve diğerleri, 2017).

3.4.2. SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği

Ware ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilen bu ölçek yaşam kalitesini ölçmede en yaygın kullanılan jenerik ölçeklerden biridir. Ölçeğin 1995 yılında Rukiye Pınar tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Pınar,1995). Ölçek, sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirmesi ve çok kısa sürede doldurulabilmesi bakımından diğer jenerik ölçeklere göre avantajlıdır. Ölçek, 2 ana boyut ve 8 alt boyutu değerlendiren 36 ifade içerir. SF-36’da yer alan 2 ana boyut ve 8 alt boyut aşağıdaki gibidir (Ware ve ark., 1987).

1. Fiziksel Boyut

- Fiziksel Fonksiyon
- Rol Kısıtlanması-fiziksel
- Bedensel Ağrı
- Enerji / Canlılık
- Genel Sağlık Algısı

2. Mental Boyut

- Sosyal Fonksiyon
- Rol Kısıtlanması-emosyonel
- Mental Sağlık
- Enerji / Canlılık
- Genel Sağlık Algısı

Ölçek likert tip puanlamaya sahiptir. Ölçekte yer alan 36 ifadeden 35’i son 4 hafta göz önüne alınarak değerlendirilir. Ölçekteki son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içeren “Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda şimdiki sağlığınıza nasıl buluyorsunuz?” ifadesi değerlendirmede dikkate alınmaz. Ölçek tek bir toplam puana sahip olmayıp, her bir boyutun

puanı ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Her bir alt boyut ve iki ana boyutun puanı 0 ile 100 arasında değişir. Pozitif puanlamaya sahip SF-36, her boyutun puanı yükseldikçe; sağlıklı ilişkili yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir.

Örneğin, ağrı skalasındaki yüksek puan, azalmış ağrı durumunu gösterecektir. Ölçek ile 8 alt boyut ayrı ayrı değerlendirilebildiği gibi, yaşam kalitesi fiziksel ve mental boyut olmak üzere iki ana boyutta da değerlendirilebilir. Ana boyut puanlarının hesaplanmasında her bir ana boyutun altında bulunan alt boyut puanları toplanıp boyut sayısına bölünerek puan hesaplanır. Örneğin fiziksel boyut puanı hesaplanırken; fiziksel fonksiyon, rol kısıtlanması- fiziksel, bedensel ağrı, enerji/canlılık ve genel sağlık algısı puanları toplanır ve 5'e bölünür. Genel sağlık algısı ve enerji/canlılık her iki ana boyutta da yer alır (EK-3). SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt ölçeklerinin madde sayısı, madde numaraları ve ölçek ve alt ölçeklerden alınabilecek en düşük ve en yüksek değerlere ilişkin bilgiler Çizelge 3.1'de gösterilmiştir.

Çizelge 3.1. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt ölçek madde ve puanları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Madde Sayısı	Madde Numaraları	Alabilecek En Düşük ve En Yüksek Değerler
Fiziksel fonksiyon	10	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	10-20
Sosyal fonksiyon	2	20,32	2-8
Fiziksel rol kısıtlaması	4	13,14,15,16	0-4
Emosyonel rol kısıtlaması	3	17,18,19	0-3
Mental sağlık	5	24,25,26,28,30	5-25
Enerji/canlılık	4	23,27,29,31	4-20
Bedensel ağrı	2	21,22	2-10
Genel sağlık algısı	5	1,33,34,35,36	5-20

3.4.3. Baş etme ve uyum süreci ölçeği (BUSÖ)

Callista Roy (2004) tarafından geliştirilen Baş etme ve Uyum Ölçeği (Coping and Adaptation Processing Scale), kritik ve zor durumlarda bireylerin baş etme ve uyum stratejilerinin tanımlanmasını sağlayan bir ölçektir (Roy, 2004). Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Çatal (2015) tarafından yapılmış olup teorik olarak ölçeğin temelinde Roy Uyum Modeli ve Roy'un Kognitif Süreç Hemşirelik Modeli yer almaktadır (Çatal,2015). Ölçek 47 madde ve beş alt ölçekten oluşmaktadır (EK-4). Ölçeğin faktör analizi sonucu

ortaya konan beş faktörlü yapı, ölçekteki toplam varyansın %45.3' ünü açıklamaktadır. Ölçeğin ve alt ölçeklerin cronbach alfa değerleri Çizelge 3.2.'de görülmektedir.

Çizelge 3.2. Baş etme ve uyum ölçeği, özgün ölçek Cronbach Alfa güvenirlik katsayısının incelenmesi

Ölçek ve Alt Ölçekler	Özgün Ölçek Cronbach Alfa (α) Güvenirlik Katsayısı	Türkçe Cronbach Alfa (α) Güvenirlik Katsayısı
Çözüm bulma ve odaklanma (resourceful and focused)	0.84	0.77
Fiziksel ve karara bağlama (physical and fixed)	0.86	0.70
Dikkat süreci (alert processing)	0.84	0.69
Sistematize etme süreci (systematic processing)	0.78	0.72
Öğrenme ve ilişki kurma (knowing and relating)	0.79	0.65
Toplam Ölçek	0.94	0.82

Ölçek maddeleri 1 ile 4 arasında (1=hiçbir zaman, 2=arada sırada, 3=sıklıkla, 4=her zaman) likert tipi değerlendirilmektedir. Baş etme ve Uyum Ölçeği ve alt ölçeklerinin madde sayısı, madde numaraları ve ölçek ve alt ölçeklerden alınabilecek en düşük ve en yüksek değerlere ilişkin bilgiler Çizelge 3.3'de gösterilmiştir. Ölçeğin kesme noktası ya da kritik değeri tanımlanmamıştır; ölçek ve alt ölçeklerden elde edilen puanlar yükseldikçe, etkili baş etme yöntemlerinin kullanımının arttığı şeklinde değerlendirildiği belirtilmektedir. Ölçeğin hesaplanmasında “fiziksel ve karara bağlama” alt boyutunun tüm maddeleri ters puanlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0.82, alt boyutlar için 0.65-0.77 arasındadır (Çatal, 2015). Bizim çalışmamızda ölçeğin cronbach alpha güvenirlik katsayısı sırasıyla ameliyat öncesi 0.84, taburculuk sonrası 2. hafta 0,80, taburculuk sonrası 6. hafta 0,82 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler genelde kabul edilebilir değer olan 0,700'den yüksektir (Nunnally, 1978).

Çizelge 3.3. Baş etme ve Uyum Süreci Ölçeği alt ölçek madde ve puanları

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

*Maddeler ters çevrilerek yeniden puanlanır ve hesaplanır.

3.4.4. Roy uyum alanlarına göre taburculuk sonrası yaşanan sorunlara ilişkin veri toplama formu

Bu form, KABG ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası evdeki yaşamlarında yaşadıkları sorunları belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuştur (Koçaşlı ve Kanan, 2020; Tuna ve Emre, 2020; Acar ve Fındık, 2021; Totur Dikmen ve Yavuz Van Giersbergen, 2022; Nour ve ark., 2022, Kim ve ark., 2022). Formda hastaların taburculuk sonrası 2. ve 6. haftada evde yaşayabilecekleri sorunları belirlemeye yönelik Roy'un 4 temel uyum alanına göre; fizyolojik alandan 30, benlik alanından 8, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık alanından da 13 madde yer almaktadır (EK-5). Veri toplama aracındaki tüm soruların anlaşılabilirlik ve içerik açısından değerlendirilmesi için 6 hemşirelik bölümü öğretim üyesinden uzman görüşü alınmıştır. Öğretim üyeleri 4'lü likert tipi ölçek ile (1= Uygun değil, 2=Maddenin uygun şekilde getirilmesi gerekir, 3= Uygun ancak ufak değişiklik gerekiyor, 4=Çok uygun) maddelere puan vermiş ve her bir maddenin altında yer alan açıklama kısmına önerilerini yazmışlardır. Davis yöntemi kullanılarak kapsam geçerlilik oranı hesaplanmış ve veri toplama aracından elde edilen oran 0,80'den büyük bulunmuştur (Davis,1992). Bu nedenle formdan herhangi bir madde çıkarılmamıştır.

3.4.5. Roy uyum alanlarına ilişkin yarı yapılandırılmış görüşme formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan bu form KABG ameliyatı olup taburculuk sonrası 6. haftası dolan hastaların eğitim gereksinimlerini belirlemek için Roy'un dört temel uyum alanına göre fizyolojik ve benlik alanından dört, rol fonksiyon alanından 3 ve karşılıklı bağlılık alanından 2 açık soru yer almaktadır (EK-6).

3.5. Eğitim Programının Geliştirilmesi

3.5.1. Hasta gereksinimlerinin belirlenmesi

Roy Uyum Modeline göre yapılandırılmış eğitim kitapçığının geliştirilmesinde ilk olarak KABG ameliyatı olan hastaların eğitim içeriği gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla taburculuk sonrası 6 haftalık süreç içinde erişkin kalp damar cerrahi polikliniğine kontrol için gelen 13 hasta ile nitel görüşme gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmelerde hastalara “Roy Uyum Alanlarına İlişkin Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” kullanılarak toplam 13 soru sorulmuştur. Görüşmeler erişkin kalp damar cerrahi polikliniğinde hastalar ve yakınları için ayrılan görüşme odasında yapılmıştır. Görüşme öncesi hastalara çalışma hakkında bilgi verilerek onamları alınmıştır. Görüşmelere ait verilerin daha sonra yazıya dökümü için ses kaydı alınacağı, verilerin gizliliğinin korunacağı ve hastalar istedikleri zaman görüşmenin sonlandırılabilceği bilgisi verilmiştir. Görüşmeler verilen cevaplar tekrar edene kadar sürdürülmüştür. Görüşmeler sırasında iki hasta ses kayıt onayı vermemiştir ve görüşmeler direkt yazıya dökülmüştür. Görüşme süreleri yirmi-otuz dakika arasında değişmiştir. Görüşmelerden elde edilen cevaplar tekrar etmeye başlayınca (verilerin doygunluk düzeyine ulaşması) görüşmeler sonlandırılmıştır (n=13 hasta). Görüşmeler sırasında araştırmacı tarafından soruların cevaplarıyla ilgili notlar alınmıştır. Hastaların bazı sosyo-demografik özellikleri EK- 7’de verilmiştir. Görüşmelerden elde edilen verilerin yazıya dökümü sonrası Roy uyum modeli temel alınarak içerik analizi yapılmış ve alt temalar belirlenerek Çizelge 3.4’te gösterilmiştir.

Çizelge 3.4. Roy uyum alanlarına göre hasta ifadelerinin gruplandırılması

Hasta İfadeleri	Roy Uyum Alanları	Alt temalar
“Ameliyat sonrası göğsümde ve bacaklarımda ağrı devam etti” “Banyo yaparken ameliyat yerimi temizlerken tedirgin oluyorum” “Kendimi yorgun ve bitkin hissediyorum...” “Eski uyku düzenim kalmadı, hiç dinlenemiyorum...”	1.Fizyolojik Alan - Oksijenasyon - Beslenme - Boşaltım - Aktivite ve dinlenme - Korunma - Duyular - Sıvı elektrolit ve asit baz dengesi - Nörolojik - Endokrin fonksiyonlar	• Ağrı • Yara bakımı • yorgunluk, halsizlik • Hareket • Uyku • Banyo • İlaç kullanımı
“Kollarımdaki ve göğsümdeki ameliyat izleri çok fazla, baktıkça kendimi kötü hissediyorum...” “Kendimle ilgili karar veremiyorum, sürekli birilerine bağımlı durumdayım...” “Tekrar hasta olmaktan ve iyileşememekten korkuyorum...”	2.Benlik Kavramı Alanı Fiziksel benlik (fiziksel nitelikler, fiziksel fonksiyon, cinsellik ve fiziksel görünüm) ve Kişisel benlik (karakter özellikleri, kendi değerleri, kendine güvenme, toplumda var olan benimsenen değerler)	• Stres, endişe, korku yönetimi • Duygu değişimi
“Tüm yük eşime kaldı, hiçbir şeye yardımın olmuyor...” “Hastalıktan dolayı işe tekrar ne zaman döneceğim belli değil...” “Ev işlerini yapacak gücüm yok...” “Ameliyat sonrası örgü örerken, el işi yaparken zorlanıyorum...”	3.Rol Fonksiyon Alanı *Birincil rol: Erkek / kadın olmak *İkincil rol: Ebeveyn olma, işe gitme, ev işlerini yürütme *Üçüncül rol: Derneğe gitme, yüzme ve resim yapma gibi hobiler	Ev işlerinin nasıl ve kimin yapacağı, anne-baba-eş rolleri işe başlama zamanı
“Aileme kendimi çok bağımlı hissediyorum...” “Eskiye göre arkadaşlarımla görüşmelerim azaldı, bu durum beni çok üzüyor...” “Akraba ve dostlarımla buluşmalarım çok azaldı...” “Pandemi ve ameliyat sürecimin üst üste gelmesi iyice eve hapsetti...” “Banyo yapma ve diğer bakım işlerinde aileme yük oluyorum...”	4.Karşılıklı Bağlılık Alanı *Destek sisteminde yetersizlik *İlişkilerde güven kaybı *Etkisiz iletişim *Yalnızlık	Aile içi ilişkilerde destek sistemi Sosyal yaşama katılım

3.5.2. Eğitim içeriğinin belirlenmesi

Roy Uyum Modeli kavramsal çerçevesi temel alınarak KABG ameliyatı olan hastalar ile yapılan görüşmelerden hasta sorun ve gereksinimleri belirlenerek ve literatür bilgileri taranarak eğitim kitapçığının içeriği oluşturulmuştur (John Hopkins Medicine 2018; Engelman ve ark., 2019; Salzman ve ark., 2020; Acar ve Fındık, 2021; Waard ve ark., 2021; Rezai ve ark., 2022).

3.5.3. Roy uyum modeline göre yapılandırılmış eğitim kitapçığının geliştirilmesi

Eğitim kitapçığında Roy'un 4 temel uyum alanı olan Fizyolojik uyum alanı, Benlik kavramı alanı, Rol fonksiyon alanı ve Karşılıklı bağlılık uyum alanına göre hastaların koroner bypass

ameliyatı sonrası sıklıkla karşılaşılan durumlara karşı evde günlük yaşama uyum sağlamalarına yardımcı olabilecek kısa bilgiler yer almaktadır (EK-8).

Kitapçığın ilk bölümünde “Fizyolojik Gereksinimler” ana başlığı altında konu içerikleri; KAH ve ameliyat ile ilgili bilgiler ve ameliyat ve sonrası süreçlerle ilgili genel bilgiler, bypass sonrası yaşanan fizyolojik değişikliklerin yönetimi, ikinci bölüm konu içerikleri; stres, korku ve endişe ile baş edebilme ve ameliyat sonrası duygu değişimlerine uyum sağlama, üçüncü bölüm konu içerikleri aile içi rollerin dağılımı, ev işlerinin paylaşımı, işe dönüş, cinsel yaşam ve son bölüm içerikleri ise sosyal yaşama katılım, ameliyat sonrası dönemde uyumu artıracak genel öneriler, kontrole gelme zamanı ve dikkat edilmesi gereken durumlar” şeklindedir (EK-8). RUM göre yapılandırılmış eğitim kitapçığına göre hastalara verilen eğitimin amacı, süresi, eğitimin verildiği yer ve eğitim programına ait diğer özellikler EK-9’da yer almaktadır. Eğitim kitapçığı içeriği oluşturulduktan sonra, kitapçığın anlaşılabilirlik ve içerik değerlendirmesi için cerrahi hastalıkları hemşireliği alanında uzman 6 öğretim üyesinden görüş alınmıştır. Öğretim üyeleri 4’lü likert tipi ölçek ile (1= Uygun değil, 2=Maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir, 3= Uygun ancak ufak değişiklik gerekiyor, 4=Çok uygun) maddelere puan vermiş ve her bir maddenin altında yer alan açıklama kısmına önerilerini yazmışlardır (EK-10). Kapsam geçerlilik oranı, 3 ve 4 puan veren uzman sayısı, toplam uzman sayısına bölünerek Davis yöntemi ile hesaplanmıştır. Bu yöntemle göre kapsam geçerlilik oranının 0,80’den büyük olması gerekmektedir ve kitapçık maddelerinden elde edilen oran 0,80’den büyük bulunmuştur (Davis,1992). Bu sonuca göre kitapçığın maddeleri ile ilgili öneriler yapıp son hali verilmiştir.

Yazılı materyallerin uygunluğunun değerlendirilmesi formu

Form, hastalara yönelik kullanılan eğitim kitapçığının okuryazarlık açısından uygunluğunu değerlendirmek için Doak ve ark. (1995) tarafından geliştirilmiştir. Formdaki 27 soru; içerik (4 madde), okur-yazarlık durumu (5 soru), resim, grafik, tablo ve liste (5 soru), plan ve tipi (8 soru), öğrenme ve motivasyon (3 soru), kültürel uygunluk (2 soru) olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır. Değerlendirmede evet için 1 puan, hayır için 0 puan verilerek toplam 1-27 puan üzerinden hesaplanmaktadır (EK-11). Puanın yüksek olması, eğitim kitapçığının okunabilirlik düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (Doak ve Meade, 1996). Yazılı eğitim kitapçığının uygunluğu cerrahi hastalıkları hemşireliği alanında uzman bir kalp damar

cerrahi, servis hemşiresi ve üç öğretim üyesi tarafından değerlendirilmiş ve puan ortalamasının $\bar{X} = 24,25 \pm 3,07$ (min.=21, maks.=27) olduğu belirlenmiştir.

DISCERN ölçüm aracı

Eğitim Kitapçığı'nın güvenilirlik ve bilgi kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçek Chernock ve ark.(1997) tarafından geliştirilmiş, ülkemizde ise Gökdoğan ve ark.(2003) tarafından Türkçe'ye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek, 15 maddeden oluşmakta olup en düşük puan 15, en yüksek puan 75'tir. Ölkeden alınan 15 puan eğitim kitapçığının bilgi kalitesinin düşük olduğunu, 75 puan ise bilgi kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir (Gökdoğan ve ark., 2003). Uzmanların eğitim kitapçığını değerlendirmeleri sonucunda elde edilen puan ortalaması $\bar{X} = 71 \pm 7,25$ (min.=68, maks.=73) bulunmuştur.

Ateşman okunabilirlik formülü

Ateşman (1997)'a göre okunabilirlik, okuyan tarafından metinlerin kolay ya da güç anlaşılır olmasıdır. Okunabilirlik, yoğunlukla metinlerin nicel özellikleri yani cümle ve kelime uzunlukları ve bilinmeyen kelime sayısı göz önüne alınarak metnin güçlüğüne belirlemeyi amaçlamaktadır (Ateşman,1997). Bu amaçla Flesch'in Ateşman (1997) tarafından Türkçe'ye uyarlanan formülü kullanılmıştır.

Eğitim kitapçığı hazırlandıktan sonra hastalar tarafından okunabilirliği Ateşman Okunabilirlik Değeri (1997) formülüne göre; $198,825 - [40,175 * A - 2,610 * B]$ hesaplanmıştır.

A: Hece olarak ortalama kelime uzunluğu (toplam hece / toplam kelime)

B: Kelime olarak ortalama cümle uzunluğu (toplam kelime / toplam cümle)

Ateşman Okunabilirlik sayısı = $198,825 - [40,175 * 2,42 - 2,610 * 12,11] = 70$

Ateşman okunabilirlik değeri 1-29 “çok zor”, 30-49 “zor”, 50-69 “orta güçlükte”, 70-89 “kolay” ve 90-100 “çok kolay” olarak tanımlanmaktadır. Formüle göre okunabilirlik değeri 70 bulunmuş olup eğitim kitapçığının hastalar için okunabilirliğinin kolay düzeyde olduğu belirlenmiştir.

3.5.4. Araştırmanın ön uygulaması

Veri toplama araçlarının ve Roy Uyum Modeline Göre hazırlanan Yapılandırılmış Eğitim Programı Kitapçığının anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla gerekli izinler alındıktan sonra araştırma kriterlerine uyan ve araştırmayı kabul eden 5 hasta ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası veri toplama formlarında herhangi bir değişiklik yapılmazken, eğitim kitapçığının anlaşılabilirliği açısından gerekli düzeltmeler yapıldığı için bu hastalar araştırma örneklem kapsamına alınmamıştır.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma için gerekli izinler alındıktan sonra araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastalara araştırma hakkında bilgi verilerek yazılı onamları alınmıştır. Onamları alınan hastalara Hasta Tanıtım Formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Baş etme ve Uyum Süreci Ölçeği uygulanmıştır. Hastalara (müdahale grubuna-Roy uyum modeline göre yapılandırılmış) / (kontrol grubuna- mevcut klinik bilgilendirmeye göre) eğitim verilmiştir. Araştırmada hastalar arası etkileşimi ve bulaşı azaltmak için öncelikle kontrol grubu ile çalışmaya başlanmıştır. Kontrol grubu tamamlandıktan sonra müdahale grubundan veriler toplanmıştır. Araştırmada hasta takip zamanlarının belirlenmesinde hem literatürdeki çalışmalar değerlendirilmiş hem de verilerin toplandığı kurumdaki süreç göz önünde bulundurulmuştur. Yapılan çalışmalara bakıldığında KABG ameliyatı sonrası hastaların ağrı, hareket kısıtlılığı, ödem, sternum ve greft yerlerindeki yaraları, uykusuzluk, iştahsızlık ve önceki rollerine dönmeyi ertelememe gibi sorunları genellikle ilk 6 haftada ortaya çıktığı belirlenmiştir (Direk ve Çelik,2012; Biancari ve diğerleri, 2015; Glance ve diğerleri, 2015; Akbari ve Çelik, 2018).

Araştırmanın yapılacağı kurumda hastalar cerrahi sonrası evlerine taburcu olurken, servis hemşiresi tarafından taburculuk süreci ile ilgili bilgilendirme yapıp 2 hafta sonra polikliniğe kontrol randevusuna çağırılmaktadır. Hastaların ikinci izlemleri ise taburculuk sonrası 5-7. haftalar arasında planlanmaktadır (Şekil 3.1) .

3.6.1. Kontrol grubuna ait verilerin toplanması

Kontrol grubundaki hastalar ile ilk görüşme hastalar ameliyat için kalp damar cerrahisi kliniğine yatışı yapıldığında, yüzyüze görüşme yöntemi kullanılarak Hasta Tanıtım Formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Baş etme ve Uyum Süreci Ölçeği uygulanmıştır. İkinci görüşme ameliyat sonrası hasta yoğun bakımdan servise çıktığında mevcut klinik bilgilendirmesi yapılmıştır.

Üçüncü ve dördüncü izlemler ise hastalar taburcu olduktan iki hafta sonra kalp damar cerrahisi polikliniğe kontrole geldiklerinde SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Baş etme ve Uyum Süreci Ölçeği uygulanmış ve Roy Uyum Alanlarına Göre Taburculuk Sonrası Yaşanan Sorunlara İlişkin Veri Toplama Formu ile yaşadıkları sorunlar değerlendirilmiştir.

Kontrol grubundaki hastalara ameliyat öncesi, sonrası ve taburculuk sonrası ikinci ve altıncı haftada bakımlarına ve gereksinimlerine yönelik klinikteki mevcut bilgilendirme süreci dışında bilgi verilmemiştir. Taburculuk sonrası altıncı haftada kontrol grubu hastalarına RUM göre yapılandırılmış eğitim kitapçığı paylaşılmıştır.

3.6.2. Müdahale grubuna ait verilerin toplanması

Müdahale grubuna dahil edilen hastalar ile ilk izlem kontrol grubuna benzer şekilde hastalar ameliyat için kalp damar cerrahisi kliniğine yatışı yapıldığında, yüzyüze görüşme yöntemi kullanılarak Hasta Tanıtım Formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Baş etme ve Uyum Süreci Ölçeği uygulanmıştır. Hastalara hasta tanıtım formu dışındaki veri toplama araçları taburculuk sonrası 2. ve 6. haftada kontrole geldiklerinde tekrar uygulanmıştır. Ayrıca hastalara taburculuk sonrası polikliniğe kontrole geldiklerinde Roy Uyum Alanlarına Göre Taburculuk Sonrası Yaşanan Sorunlara İlişkin Veri Toplama Formu uygulanarak yaşadıkları sorunlar görüşülmüştür.

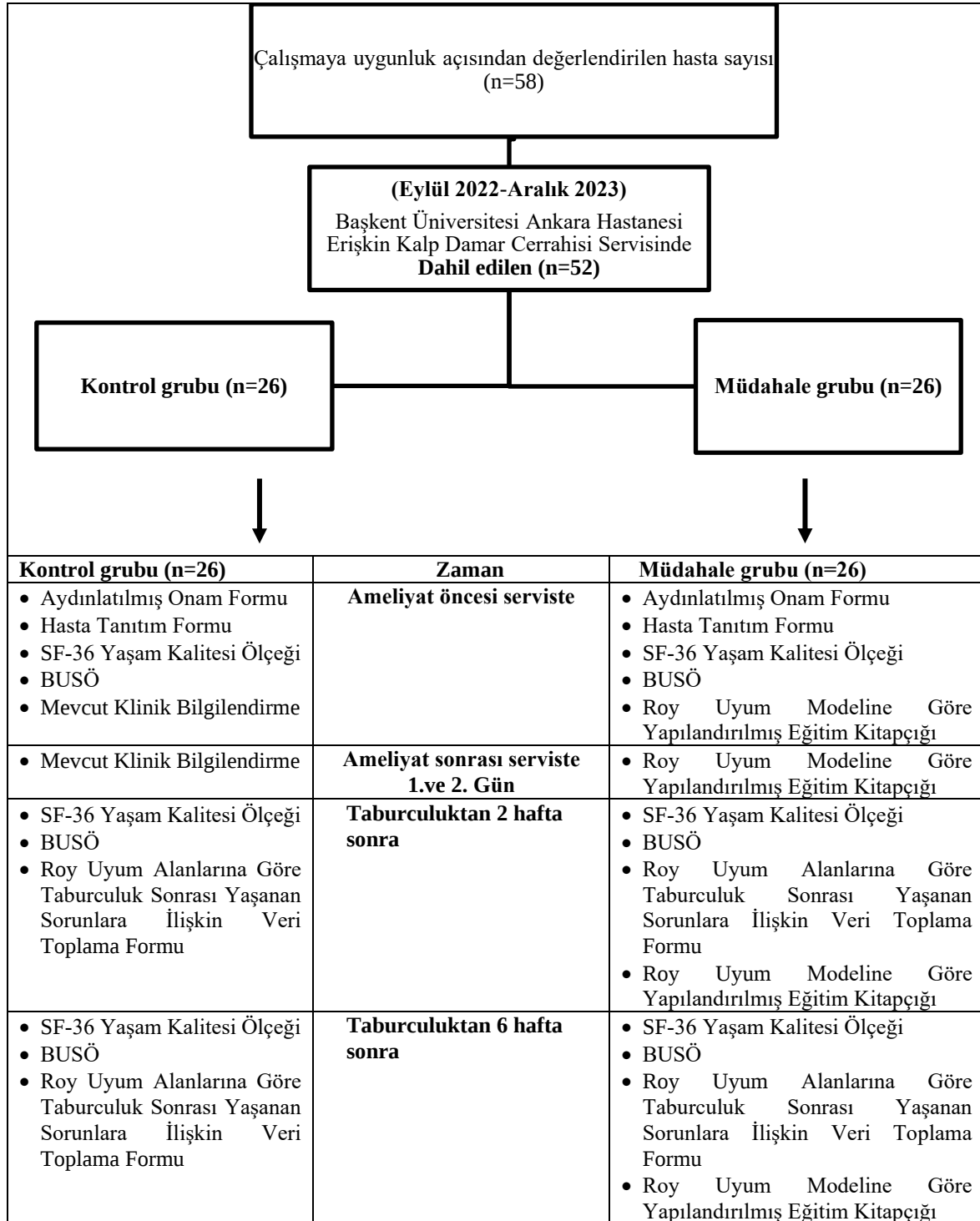
Müdahale grubu ile yapılan ilk görüşmede hastalara araştırmacı tarafından Roy uyum modeline göre hazırlanan eğitim kitapçığında ve eğitim planında yer alan ameliyat ile ilgili bilgiler anlatılmıştır (Çizelge 3.5).

Çizelge 3.5. Eğitim programı planı

Görüşmeler		Süre	Etki edilmesi planlanan Roy'un alt boyutu	Eğitim konusu/içeriği	*Öğretim araç gereçleri/ İnteraktif Yöntemler	Ölçüm Araçları
1. Görüşme	Ameliyat öncesi serviste yatış günü	30-45dk	Fizyolojik Alan	-KAH ve KABG ameliyatı ve sonrası süreçlerle ilgili genel bilgilendirme	*Powerpoint Düz anlatım, soru-cevap ve geri bildirim yöntemleri Kitapçık verilecek	-Tanışma -Aydınlatılmış Onam -Hasta Tanıtım Formu -SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği -BUSÖ
2. Görüşme	Ameliyat sonrası serviste yoğun bakımdan sonraki gün	30 dk	-Fizyolojik Alan -Benlik Kavramı -Rol fonksiyon ve -Karşılıklı bağıllık alanı	Ağrı, hareket,yara bakımı, uyku, pozisyon, halsizlik	*Powerpoint Düz anlatım, soru-cevap ve geri bildirim yöntemleri	
3. Görüşme	Taburculuk öncesi serviste	30dk	-Fizyolojik Alan -Benlik Kavramı Alanı -Rol Fonksiyon Alanı -Karşılıklı Bağıllık Alanı	Kitapçık tüm bölümler	*Powerpoint Düz anlatım, soru-cevap ve geri bildirim yöntemleri	
4. Görüşme	Taburculuk sonrası 2. Hafta Poliklinikte	30-45dk	-Fizyolojik Alan -Benlik Kavramı Alanı -Rol Fonksiyon Alanı -Karşılıklı Bağıllık Alanı	Kitapçık tüm bölümler	*Powerpoint Düz anlatım, soru-cevap ve geri bildirim yöntemleri	• SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği • BUSÖ • Roy Uyum Alanlarına Göre Taburculuk Sonrası Yaşanan Sorunlara İlişkin Form
5. Görüşme	Taburculuk sonrası 6.Hafta Poliklinikte	30 - 45 dk	-Fizyolojik Alan -Benlik Kavramı Alanı -Rol Fonksiyon Alanı -Karşılıklı Bağıllık Alanı	Kitapçık tüm bölümler	*Powerpoint Düz anlatım, soru-cevap ve geri bildirim yöntemleri	• SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği • BUSÖ • Roy Uyum Alanlarına Göre Taburculuk Sonrası Yaşanan Sorunlara İlişkin Form

Ameliyat sonrası hastalar yoğun bakım ünitesinden kalp damar cerrahisi kliniğine çıktıktan sonraki gün yapılan ikinci görüşmede hastalara öncelikli olarak fizyolojik gereksinimleri, daha sonra yapılan üçüncü görüşmede ise hastanın hem fizyolojik gereksinimleri hem de diğer uyum sorunlarına göre Roy'un diğer alanları (Benlik kavramı, Rol fonksiyon ve Karşılıklı bağıllık alanı) ile ilgili bilgiler eğitim kitapçığı doğrultusunda anlatılmıştır. Kitapçıkta yer alan bilgiler hastanın uygun olduğu saatlerde, düz anlatım, soru-cevap ve geri bildirim yöntemleri kullanılarak aktarılmıştır. Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmeleri sırasında konu hakkında soru sormalarına fırsat verilip soruları cevaplandırılmıştır. Bu esnada hastanın yorulması, ağrısının olması ve dikkatinin dağılması durumunda eğitime ara verilmiştir. Hastalar taburcu olduktan sonra 2. ve 6. haftalarında kalp damar polikliniğine kontrole geldiklerinde kendileri ve yakınları için ayrılan görüşme odasında görüşmeler yapılarak uyum ihtiyaçlarına göre eğitim verilmiştir. Hastalar ile taburculuk sonrası yaşanan

sorunların görüşülmesi, eğitim boyunca geri bildirim alınması ve gereksinim duydukları konularda bilgilerin verilmesi, önceden anlatılan bilgilerin hatırlanması ve doğru bilgilerin pekiştirilmesi sağlanmıştır.



Şekil 3.1. Araştırmanın uygulama akış şeması

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler IBM SPSS Statistics 26 programına aktararak tamamlanmıştır. Çalışma 52 kişi üzerinden gerçekleştirilmiştir. Veriler değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımları (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) verilmiştir. Ölçümler bakımından zamana göre farklılıkların incelenmesinde bağımlı örneklem testi tekrarlı ölçümler varyans analizi ve McNemar testinden, gruplar arasındaki farklılıkların incelenmesinde ise bağımsız örneklem t testi ve ki kare testinden, ölçek güvenilirlikleri için ise Cronbach alfa değerinden yararlanılmış ve $p < 0,05$ anlamlılık kabul edilmiştir. Ölçek güvenilirliğinin değerlendirilmesi sırasında en sık kullanılan kriterlerden biri içsel tutarlılık ölçüsü olan Cronbach's alfa'dır. Ölçekler için hesaplama yapılmış, Cronbach's alfa değeri hesaplanmıştır.

Çalışma verileri değerlendirilirken ölçek skorlarının normal dağılıma uygunluğu için Kolmogrov-Smirnov testine bakılmış, uygun olmayan parametrelerin ise aritmetik ortalama, mod ve medyanın eşit ya da yakın olması, çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 1 sınırları içinde 0'a yakın olması, çarpıklık ve basıklık katsayılarının kendi standart hatalarına bölünmesi ile hesaplanan çarpıklık ve basıklık indekslerinin $\pm 1,96$ sınırları içinde 0'a yakın olması sebebiyle normal dağılımın uygunluğu kanıt olarak değerlendirilerek parametrik testlerden yararlanılmıştır (Tabachnick ve Fidell, 2013; McKillup, 2012; Wilcox, 2012b; Howitt ve Cramer, 2011; Lind, vd. 2006).

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulamasına başlamadan önce Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih:26.07.2019, Sayı:91610558-302.08.01) (EK-12) izin alınmıştır. Çalışmanın uygulaması için Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan yazılı izin alınmıştır (Tarih:23/10/2021, Sayı: 51173401-100/18244) (EK-13). Çalışmada kullanılan ölçekler için ölçek sahiplerinden mail yoluyla yazılı izinler alınmıştır (EK- 11). Veriler toplanmadan önce çalışmaya katılan hastalara araştırmanın amacı açıklanmış ve araştırmayı kabul eden hastalardan yazılı onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular;

1. Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların tanımlayıcı özellikleri ve hastalığa ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması
2. Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların izlem zamanlarına göre BUSÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması
3. Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların izlem zamanlarına göre SF-36 ölçeği alt boyut puanlarının dağılımının karşılaştırılması
4. Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların izlem zamanlarına göre BUSÖ ve SF-36 toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın karşılaştırılması
5. Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların izlem zamanlarına göre taburculuk sonrası ile ilgili durumların dağılımının incelenmesi olarak ele alınmıştır.

Çizelge 4.1. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı

Değişkenler		Kontrol		Müdahale		test	p
		n	%	n	%		
Yaş	$\bar{X} \pm SS.$ (min-maks)	64,50±9,16 (48-83)		66,12±10,36 (46-85)		-0,595 ^t	0,554
Yaş Aralığı	40-60 yaş	10	38,5	10	38,5	0,000 ^k	1,000
	61 ve üzeri	16	61,5	16	61,5		
Cinsiyet	Kadın	8	30,8	9	34,6	0,087 ^k	0,768
	Erkek	18	69,2	17	65,4		
Eğitim düzeyi	İlköğretim	8	30,8	10	38,5	2,574 ^k	0,276
	Lise mezunu	9	34,6	12	46,2		
	Yükseköğretim	9	34,6	4	15,3		
Medeni durum	Evli	21	80,8	16	61,5	2,342 ^k	0,126
	Bekar	5	19,2	10	38,5		
Gelir durumu	Gelir=Gider	9	34,6	9	34,6	0,000 ^k	1,000
	Gelir>gider	17	65,4	17	65,4		
Çalışma durumu	Çalışıyor	6	23,1	10	38,4	-	-
	Çalışmıyor	20	76,9	16	61,6		
Birlikte yaşadığınız kişiler	Var	22	84,6	16	61,5	3,519 ^k	0,061
	Yok	4	15,4	10	38,5		
	Çocuklar	11	42,3	11	42,3		
	Aile büyükleri	2	7,7	4	15,4		
Evde bakıma destek olan kişi	Var	26	100,0	26	100,0	-	-
	Yok	0	0,0	0	0,0		
Bakımınıza destek olan kişilerin destek şekli**	Fiziksel	25	96,2	24	92,3	-	-
	Ekonomik	4	15,4	5	19,2		
	Manevi	24	92,3	19	73,1		
Aile içindeki rolü	Anne	6	23,1	6	23,1	8,533 ^k	0,014*
	Baba	19 ^a	73,1	11 ^b	42,3		
	Diğer	1 ^b	3,8	9 ^a	34,6		
Önceden sigara içme alışkanlığı	Var	14	53,8	8	30,8	2,836 ^k	0,092
Alkol tüketim alışkanlığı	Yok	12	46,2	18	69,2		
	Yok	21	80,8	21	80,8		
Düzenli egzersiz yapma alışkanlığı	Var	8	30,8	7	26,9	0,094 ^k	0,760
	Yok	18	69,2	19	73,1		

Çizelge 4.1. (devam) Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı

Değişkenler		Kontrol		Müdahale		test ^k	p
		N	%	n	%		
Kronik hastalık bulunma durumu	Var	22	84,6	22	84,6	0,000	1,000 ^c
	Yok	4	15,4	4	15,4		
Kronik hastalık tanısı*	Hipertansiyon	14	53,8	9	34,6	-	-
	Diyabet	11	42,3	7	26,9		
	Koroner arter hastalığı	23	88,5	20	76,9		
	Hiperlipidemi	9	34,6	9	34,6		
	Kronik böbrek yetmezliği	0	0,0	3	11,5		
	Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	4	15,4	6	23,1		
	Kanser	0	0,0	1	3,8		
Ailede kalp hastalığı öyküsü	Var	17	65,4	10	38,5	3,775	0,052
	Yok	9	34,6	16	61,5		
İlaç kullanma durumu	Evet	23	88,5	23	88,5	0,000	1,000 ^c
	Hayır	3	11,5	3	11,5		
Daha önce ameliyat olma durumu	Var	18 ^a	69,2	7 ^b	26,9	9,321	0,002*
	Yok	8	30,8	19	73,1		

a,b: Gruplar arasında farklılıkları gösterir (a: en büyük yüzde).

c: Fisher Exact test

t:Bağımsız örneklem t testi, k:Ki kare testi, *:p<0,05 ** Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Çizelge 4.1’de çalışmaya katılan müdahale ve kontrol grubundaki hastaların tanımlayıcı özellikleri yer almaktadır. Her iki grubun yaş aralığı min=48, maks.=83 arasında iken müdahale grubunun yaş ortalamasının 64,50±9,16, kontrol grubunun ise 66,12 ±10.36 olduğu ve her iki grupta da çoğu hastanın erkek olduğu bulunmuştur. Hastaların eğitim durumuna bakıldığında müdahale grubundaki hastaların yarısından fazlasının ilköğretim ve lise düzeyinde eğitim aldıkları görülürken, kontrol grubunda hastaların eğitim düzeyleri birbirine benzerdir. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunun evli ve emekli olduğu, gelirinin giderinden fazla olduğu iletilmiştir. Hem müdahale hem kontrol grubundaki tüm hastalar çekirdek aile yapısına sahip olup, evde bakımlarına destek olacak yakınları ve sosyal güvenceleri bulunmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %53.8’i sigara içerken, müdahale grubunda ise sigara içme alışkanlığı %30,8’dir. Her iki grupta da çoğunluğun alkol tüketim ve düzenli egzersiz yapma alışkanlığına sahip olmadığı bulunmuştur.

Kontrol ve müdahale gruplarının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, gelir düzeyi, birlikte yaşadığınız kişiler, aile tipi, önceden sigara kullanımı, alkol tüketim alışkanlığı, düzenli egzersiz yapma alışkanlıkları gibi sosyodemografik özellikleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bu sonuç, her iki grupta da bireylerin benzer özellikler taşıdığını ve grupların homojen dağıldığını göstermektedir.

Hastaların aile içindeki rolü bakımından ise istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, kontrol grubunda aile içindeki rolü baba olan hastalar (73,1), müdahale grubuna göre (%42,3) daha yüksek iken, müdahale grubunda ise aile içindeki rolü diğer olanlar (%34,6), kontrol grubuna (%3,8) göre daha yüksektir. Kontrol grubunda aile içinde diğer rolü olan hastaların %3,8'i kayınpeder ($n=1$) iken, müdahale grubunda ise %19,2'si kayınvalide ($n=5$), %7,6'sı teyze ($n=2$) ve %7,6'sı kayınpeder ($n=2$) olarak bulunmuştur.

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların %84,6'sının kronik hastalığının olduğu, kontrol grubunun %88,5'inin ve müdahale grubunun %76,9 'unun KAH tanısı aldığı ve her iki grubun %88,5'unun ilaç kullandığı belirlenmiştir. Ailede kalp hastalığı öyküsü kontrol grubunda %65,4 iken müdahale grubunda %38,5 oranında bulunmaktadır. Çalışmaya katılan kontrol grubunun %69,2'sinin, müdahale grubunun ise %26,9'unun daha önce ameliyat deneyimi olduğu bulunmuş ve bu durum sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların arasında kronik hastalık bulunma durumu, ailede kalp hastalığı öyküsü ve ilaç kullanma gibi sağlık durumları ile ilgili yapılan değerlendirme sonucunda gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Ancak ameliyat olma durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, kontrol grubunda ameliyat olma oranı (%69) müdahale grubuna (%26,9) göre daha yüksektir. Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların daha önce kırık, apandektomi, kitle eksizyonu ve kolesistektomiye yönelik cerrahi girişim geçirdiği belirtilmiştir. Çizelge 4.1'deki sonuçlara bakıldığında her iki gruptaki bireylerin benzer özellikler taşıdığını ve grupların homojen dağıldığını göstermektedir.

Çizelge 4.2. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımı

Değişkenler		Kontrol		Müdahale		Test ^k	p
		n	%	N	%		
Bypass ameliyatına yönelik bilgi alma durumu	Evet	18	69,2	16	61,5	0,340	0,560
	Hayır	8	30,8	10	38,5		
Bilgi kaynakları*	Doktor	16	61,5	13	50,0	-	-
	Hemşire	13	50,0	8	30,8		
	TV	2	7,7	4	15,4		
	İnternet	2	7,7	9	34,6		
	Daha önce ameliyat olmuş bireyler	3	11,5	4	15,4		
	Doğal, normal bir süreç olarak	13	50,0	10	38,5	-	-
Bypass ameliyatının sizin için anlamı*	Bağımlılığın artması	8	30,8	19	73,1		
	Yaşam kalitesinin azalması	6	23,1	11	42,3		
	Yaşlandığını hissetme	7	26,9	12	46,2		
	Ölümüne yaklaşmak	8	30,8	17	65,4		

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

c:Fisher Exact test, k:Ki kare testi

Çizelge 4.2’de Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların hastalığa ilişkin özellikleri yer almaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %69,2’sinin müdahale grubunun da %61,5’inin bypass ameliyatına yönelik bilgi aldığı ve her iki grubun da en çok bilgiyi doktor ve hemşirelerden aldığı belirlenmiştir. Hastalara göre KABG ameliyatı, kontrol grubunun %50’sinde normal bir süreç olarak, müdahale grubunun %73,1’inde bağımlılığın artması ve %65,4’ünde ölümün yaklaştığı anlamlarını ifade etmektedir. Hastaların KABG ameliyatına yönelik bilgi alma durumları gibi sağlık durumları ile ilgili yapılan değerlendirme sonucunda gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.3. Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların izlem zamanlarına göre BUSÖ toplam ve alt boyut puanlarının dağılımı

BUSÖ alt boyutları		Ameliyat öncesi	Taburculuktan 2 hafta sonra	Taburculuktan 6 hafta sonra	İstatistiksel analiz*
Çözüm bulma ve odaklanma	Kontrol	24,58±3,83	24,31±3,46	24,31±3,72	F=0,646 p=0,533
	Müdahale	23,62±2,84	23,73±3,04	24,50±3,82	F=0,438 p=0,650
	İstatistiksel analiz**	t=1,028 p=0,309	t=0,639 p=0,526	t=-1,028 p=0,855	
Fiziksel ve karara bağlama	Kontrol	41,88±4,94	41,04±4,27	41,50±3,78	F=1,379 p=0,271
	Müdahale	39,62±4,49	39,73±4,75	41,73±4,95	F=1,457 p=0,253
	İstatistiksel analiz**	t=1,733 p=0,089	t=1,045 p=0,301	t=-0,189 p=0,851	
Dikkat süreci	Kontrol	21,23±2,82	21,19±2,77	21,15±2,75	F=0,047 p=0,954
	Müdahale	20,50±3,33	20,92±3,43	21,00±2,83	F=0,494 p=0,616
	İstatistiksel analiz**	t=0,855 p=0,397	t=0,311 p=0,757	t=0,199 p=0,843	
Sistematize etme süreci	Kontrol	14,69±2,40	14,42±2,10	14,58±2,06	F=0,978 p=0,390
	Müdahale	13,42±2,02	13,42±2,08	14,62±2,28	F=1,338 p=0,281
	İstatistiksel analiz**	t=2,064 p=0,044	t=1,724 p=0,091	t=-0,064 p=0,949	
Öğrenme ve ilişki kurma	Kontrol	20,50±3,74	20,19±3,66	20,38±3,60	F=0,505 p=0,610
	Müdahale	19,23±2,63	19,19±3,03	20,69±3,60	F=1,291 p=0,293
	İstatistiksel analiz**	t=1,415 p=0,163	t=1,073 p=0,288	t=-0,308 p=0,759	
BUSÖ toplam	Kontrol	122,88±13,30	121,15±10,95	121,92±11,17	F=1,886 p=0,174
	Müdahale	116,38±11,40	117,00±11,46	122,54±12,97	F=1,586 p=0,225
	İstatistiksel analiz**	t=1,892 p=0,064	t=1,336 p=0,188	t=-0,183 p=0,855	

*F:Tekrarlı ölçümler varyans analizi, **: Bağımsız örneklem t testi
BUSÖ:Baş etme ve Uyum Süreci Ölçeği

Müdahale ve kontrol grubunun BUSÖ alt boyutlarına ait puan ortalamalarının farklı izlem dönemlerine göre karşılaştırılması çizelge 4.3'te verilmiştir. BUSÖ alt boyutları çözüm bulma ve odaklanma, fiziksel ve karara bağlama, dikkat süreci, sistematize etme süreci, öğrenme ve ilişki kurmadır. Müdahale ve kontrol grubu arasında baş etme ve uyum süreci ölçek ve alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Ayrıca baş etme ve uyum süreci ölçek ve alt boyut puanlarında izlem zamanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir değişim tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

BUSÖ ölçeği alt boyutlarından sistematize etme süreci müdahale ve kontrol grupları arasında ameliyat öncesi istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,005$). Kontrol grubundaki hastaların ameliyat öncesi sistematize etme süreci alt boyut puanları ($14,69\pm2,40$), müdahale grubundaki hastaların ameliyat öncesindeki sistematize etme süreci alt boyut puanlarından ($13,42 \pm 2,02$) daha yüksek belirlenmiş olup, puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($t=2,064$; $p<0,005$).

Çizelge 4.4. Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların izlem zamanlarına göre SF-36 ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı

Alt boyutlar	Kontrol ort $\pm$ ss	Müdahale ort $\pm$ ss	t	p
Fiziksel fonksiyon (1.izlem)	56,35 $\pm$ 28,23	51,15 $\pm$ 28,47	0,660	0,512
Fiziksel fonksiyon (2. izlem)	49,42 $\pm$ 23,64	52,31 $\pm$ 25,23	-0,425	0,672
Fiziksel fonksiyon (3.izlem)	54,25 $\pm$ 21,62	55,77 $\pm$ 28,34	-0,218	0,828
F/p	1,627/0,217	0,147/0,864		
Rol kısıtlanması fiziksel (1.izlem)	70,19 $\pm$ 43,02	51,92 $\pm$ 45,23	1,492	0,142
Rol kısıtlanması fiziksel (2.izlem)	60,58 $\pm$ 43,69	55,77 $\pm$ 45,99	0,386	0,701
Rol kısıtlanması fiziksel (3.izlem)	59,62 $\pm$ 44,76	71,15 $\pm$ 43,41	-0,944	0,350
F/p	1,226/0,311	1,211/0,316		
Rol kısıtlanması emosyonel (1.izlem)	75,64 $\pm$ 32,05	73,08 $\pm$ 34,02	0,280	0,781
Rol kısıtlanması emosyonel (2.izlem)	74,36 $\pm$ 34,39	75,64 $\pm$ 30,63	-0,142	0,888
Rol kısıtlanması emosyonel (3.izlem)	71,79 $\pm$ 33,59	75,64 $\pm$ 32,05	-0,422	0,675
F/p	0,192/0,826	0,125/0,883		
Enerji (1.izlem)	45,19 $\pm$ 15,46	46,92 $\pm$ 19,03	-0,360	0,720
Enerji (2.izlem)	37,12 $\pm$ 11,24	41,54 $\pm$ 18,21	-1,054	0,297
Enerji (3.izlem)	37,88 $\pm$ 11,24	45,77 $\pm$ 17,53	-1,930	0,059
F/p	3,151/0,061	2,083/0,146		
Mental sağlık (1.izlem)	56,15 $\pm$ 16,02	57,69 $\pm$ 15,31	-0,354	0,725
Mental sağlık (2.izlem)	54,46 $\pm$ 14,27	57,08 $\pm$ 13,88	-0,670	0,506
Mental sağlık (3.izlem)	53,69 $\pm$ 13,91	55,23 $\pm$ 16,24	-0,367	0,715
F/p	1,651/0,213	0,165/0,849		
Sosyal fonksiyon (1.izlem)	70,79 $\pm$ 21,31	61,88 $\pm$ 21,54	1,498	0,140
Sosyal fonksiyon (2.izlem)	57,69 $\pm$ 22,66	61,77 $\pm$ 25,88	-0,604	0,548
Sosyal fonksiyon (3.izlem)	50,96 $\pm$ 22,34	67,54 $\pm$ 21,79	-2,709	0,009*
F/p	6,401/0,006*	0,316/0,732		
Ağrı (1.izlem)	61,73 $\pm$ 25,22	55,00 $\pm$ 21,87	1,028	0,309
Ağrı (2.izlem)	48,46 $\pm$ 28,30	50,67 $\pm$ 26,11	-0,293	0,771
Ağrı (3.izlem)	50,58 $\pm$ 24,06	61,35 $\pm$ 25,40	-1,570	0,123
F/p	4,183/0,028*	1,127/0,340		
Genel sağlık algısı (1.izlem)	51,73 $\pm$ 11,66	42,50 $\pm$ 12,83	2,716	0,009*
Genel sağlık algısı (2.izlem)	46,35 $\pm$ 11,62	42,69 $\pm$ 11,68	1,131	0,264
Genel sağlık algısı (3.izlem)	48,46 $\pm$ 10,37	51,73 $\pm$ 11,40	-1,082	0,285
F/p	3,086/0,064	3,168/0,060		
Fiziksel ana boyut (1.izlem)	57,04 $\pm$ 13,47	49,50 $\pm$ 14,54	1,939	0,058
Fiziksel ana boyut (2.izlem)	48,38 $\pm$ 14,79	48,60 $\pm$ 14,44	-0,052	0,959
Fiziksel ana boyut (3.izlem)	50,16 $\pm$ 13,91	57,15 $\pm$ 13,85	-1,818	0,075
F/p	4,660/0,020*	2,334/0,118		
Mental ana boyut (1.izlem)	59,90 $\pm$ 10,93	56,42 $\pm$ 9,81	1,210	0,232
Mental ana boyut (2.izlem)	53,99 $\pm$ 10,43	55,74 $\pm$ 9,80	-0,623	0,536
Mental ana boyut (3.izlem)	52,56 $\pm$ 10,37	59,18 $\pm$ 10,64	-2,273	0,027
F/p	4,574/0,021*	0,447/0,645		

t:Bağımsız örneklem t testi, F:Tekrarlı ölçümler varyans analizi, *:p<0,05

1.izlem Ameliyat öncesi , 2.izlem:Taburculuktan 2 hafta sonra , 3.izlem: Taburculuktan 6 hafta sonra

Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların SF-36 ölçeği alt boyutlarına ait puan ortalamalarının farklı izlem dönemlerine göre karşılaştırılması Çizelge 4.4'te verilmiştir. SF-36 alt boyutları; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlanması, emosyonel rol kısıtlanması, enerji, mental sağlık, sosyal fonksiyon, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ve mental ana boyuttur. Müdahale ve kontrol grubu arasında fiziksel fonksiyon, rol kısıtlanması fiziksel, rol kısıtlanması emosyonel, enerji ve mental sağlık alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Ayrıca fiziksel fonksiyon, rol kısıtlanması fiziksel, rol kısıtlanması emosyonel, enerji ve mental sağlık alt boyut puanlarında zamana göre istatistiksel olarak anlamlı derecede bir değişim tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Müdahale ve kontrol grupları arasında sosyal fonksiyon (ameliyat öncesi) ve sosyal fonksiyon (taburculuktan 2 hafta sonra) alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Kontrol grubunda ise taburculuk sonrası sosyal fonksiyon alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubunda sosyal fonksiyon alt boyut puanı (taburculuktan 6 hafta sonra), kontrol grubuna göre daha yüksektir. Ayrıca müdahale grubunda sosyal fonksiyon alt boyut puanında zamana göre istatistiksel olarak anlamlı derecede bir değişim bulunmamakta ($p>0,05$) iken kontrol grubunda sosyal fonksiyon alt boyut puanı taburculuktan 2 hafta sonra, ameliyat öncesine göre anlamlı derecede bir azalma göstermektedir ($p<0,05$).

Müdahale ve kontrol grupları arasında ağrı alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Ayrıca müdahale grubunda ağrı alt boyut puanında zamana göre istatistiksel olarak anlamlı derecede bir değişim bulunmamakta ($p>0,05$) iken kontrol grubunda ağrı alt boyut puanı taburculuktan 2 hafta sonra, ameliyat öncesine göre anlamlı derecede bir azalma göstermektedir ($p<0,05$).

Müdahale ve kontrol grupları arasında genel sağlık algısı (taburculuktan 2 hafta sonra) ve genel sağlık algısı (taburculuktan 6 hafta sonra) alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) genel sağlık algısı (ameliyat öncesi) alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, kontrol grubunda genel sağlık algısı (ameliyat öncesi)

alt boyut puanı müdahale grubuna göre daha yüksektir. Ayrıca genel sağlık algısı alt boyut puanında zamana göre istatistiksel olarak anlamlı bir değişim bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Müdahale ve kontrol grupları arasında fiziksel ve mental ana alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Ayrıca müdahale grubunda fiziksel ve mental ana alt boyut puanlarında zamana göre istatistiksel olarak anlamlı derecede bir değişim bulunmamakta ($p>0,05$) iken kontrol grubunda fiziksel ve mental ana alt boyut puanları taburculuktan 2 hafta sonrası, ameliyat öncesi zamana göre anlamlı derecede bir azalma göstermektedir ($p<0,05$).

Çizelge 4.5. Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların izlem zamanlarına göre BUSÖ ve SF-36 toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın karşılaştırılması

BUSÖ alt boyutları	Kontrol ort±ss	Müdahale ort±ss	t	p
Çözüm bulma ve odaklanma (1.izlem-2.izlem)	0,27±1,34	-0,88±4,89	1,161	0,255
Çözüm bulma ve odaklanma (1.izlem-3.izlem)	0,00±1,39	-0,77±5,25	0,723	0,476
Fiziksel ve karara bağlama (1.izlem-2.izlem)	0,38±2,73	-2,12±6,20	1,882	0,068
Fiziksel ve karara bağlama (1.izlem-3.izlem)	-0,46±2,32	-2,00±6,77	1,096	0,282
Dikkat süreci (1.izlem-2.izlem)	0,08±1,41	-0,50±4,72	0,597	0,555
Dikkat süreci (1.izlem-3.izlem)	0,04±1,28	-0,08±4,74	0,120	0,905
Sistematize etme süreci (1.izlem-2.izlem)	0,12±1,18	-1,19±3,66	1,736	0,093
Sistematize etme süreci (1.izlem-3.izlem)	-0,15±1,22	-1,19±3,69	1,363	0,183
Öğrenme ve ilişki kurma (1.izlem-2.izlem)	0,12±1,07	-1,46±4,74	1,654	0,110
Öğrenme ve ilişki kurma (1.izlem-3.izlem)	-0,19±1,58	-1,50±4,88	1,301	0,203
Baş etme ve uyum süreci ölçeği (1.izlem-2.izlem)	0,96±5,47	-6,15±17,59	1,970	0,058
Baş etme ve uyum süreci ölçeği (1.izlem-3.izlem)	-0,77±4,93	-5,54±17,86	1,313	0,200
SF-36 alt boyutları				
Fiziksel fonksiyon (1.izlem-2.izlem)	6,92±22,14	-1,15±20,65	1,360	0,180
Fiziksel fonksiyon (1.izlem-3.izlem)	2,10±21,61	-4,62±43,29	0,708	0,484
Sosyal fonksiyon (1.izlem-2.izlem)	13,10±21,94	0,12±12,99	2,596	0,013
Sosyal fonksiyon (1.izlem-3.izlem)	19,83±27,8	-5,65±35,63	2,875	0,006

t:Bağımsız örneklem t testi

1.izlem Ameliyat öncesi , 2.izlem:Taburculuktan 2 hafta sonra , 3.izlem: Taburculuktan 6 hafta sonra

Çizelge 4.5'te BUSÖ ölçeği alt boyutlarının kontrol ve müdahale grubundaki hastalarda farklı izlem zamanlarında BUSÖ ve SF-36 ölçekleri alt boyutlarındaki puan ortalamaları arasındaki farkın karşılaştırılması için verilmiştir.

Çizelgede SF-36 alt boyutlarından sosyal fonksiyon puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,005$). Sosyal fonksiyonda kontrol grubu hastalarında ameliyat öncesi dönemden taburculuk sonrası 2. haftaya kadar 13,10 puan, ameliyat öncesi dönemden taburculuk sonrası 6. haftaya kadar 19,83 puan azalmıştır. Müdahale grubunda ise ameliyat öncesi dönemden taburculuk sonrası 2. haftaya 0,12 puan azalma, ameliyat öncesi dönemden taburculuk sonrası 6. haftaya kadar 5,65 puan artmıştır.

Çizelge 4.6. Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların izlem zamanlarına göre taburculuk sonrası yaşadıkları sorunların dağılımı

Taburculuk sonrası 2. Hafta						İstatistiksel Analiz		Taburculuk sonrası 6. Hafta				
Yaşanan sorunlar		Kontrol		Müdahale		p*	Yaşanan sorunlar		Kontrol		Müdahale	
Fizyolojik Alan		n	%	n	%		Fizyolojik Alan		n	%	n	%
Çarpıntı	Var	9	34,6	7	26,9	0,548	Çarpıntı	Var	6	23,1	4	15,4
	Yok	17	65,4	19	57,7	0,482		Yok	20	23,1	22	84,6
p**		0,508		0,508			p**		0,508		0,508	
Ateş	Var	7	26,9	6	23,1	0,749	Ateş	Var	1	3,8	3	11,5
	Yok	19	73,1	20	57,7	0,61		Yok	25	3,8	23	11,5
p**		0,031*		0,375			p**		0,031*		0,375	
Kan basıncında değişim	Var	14	53,8	13	50	0,781	Kan basıncında değişim	Var	11	42,3	11	42,3
	Yok	12	46,2	13	50,00	1.000		Yok	15	57,7	15	57,7
p**		0,508		0,727			p**		0,508		0,727	
Ameliyat yerinde akıntı	Var	6	23,1	4	15,4	0,482	Ameliyat yerinde akıntı	Var	0	0	0	0
	Yok	20	76,9	22	84,6	-		Yok	26	100,00	26	100,00
p**		0,031*		0,125			p**		0,031*		0,125	
Ameliyat yerinde kızarıklık	Var	16	61,5	11	42,3	0,165	Ameliyat yerinde kızarıklık	Var	6	23,1	6	23,1
	Yok	10	38,5	15	57,7	1.000		Yok	20	76,9	20	76,9
p**		0,002*		0,18			p**		0,002*		0,18	
Ameliyat yerinde ödem	Var	7	26,9	4	15,4	0,308	Ameliyat yerinde ödem	Var	3	11,5	2	7,7
	Yok	19	73,1	22	84,6	1.000		Yok	23	88,5	24	92,3
p**		0,219		0,625			p**		0,219		0,625	
Ameliyat yerinde ağrı	Var	16	61,5	11	42,3	0,165	Ameliyat yerinde ağrı	Var	7	26,9	9	34,6
	Yok	10	38,5	15	57,7	0,548		Yok	19	73,1	17	65,4
p**		0,012*		0,727			p**		0,012*		0,727	
Halsizlik	Var	23	88,5	22	84,6	1.000	Halsizlik	Var	19	73,1	19	73,1
	Yok	3	73,1	4	15,4	1.000		Yok	7	26,9	7	26,9
p**		0,125		0,453			p**		0,125		0,453	
Nefes darlığı	Var	16	61,5	12	46,2	0,266	Nefes darlığı	Var	6	23,1	8	30,8
	Yok	10	38,5	14	53,8	0,532		Yok	20	76,9	18	69,2
p**		0,006*		0,125			p**		0,006*		0,125	
Öksürük	Var	12	46,2	12	46,2	1.000	Öksürük	Var	9	34,6	7	26,9
	Yok	14	53,8	14	53,8	0,548		Yok	17	65,4	19	73,1
p**		0,508		0,125			p**		0,508		0,125	

p*:Ki kare testi testi, p**:McNemar testi, p***:Bağımsız örneklem t testi, *:p<0,05

Çizelge 4.6. (devam) Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların izlem zamanlarına göre taburculuk sonrası yaşadıkları sorunların dağılımı

Taburculuk sonrası 2. Hafta						İstatistiksel Analiz		Taburculuk sonrası 6. Hafta				
Yaşanan sorunlar		Kontrol		Müdahale		p*	Yaşanan sorunlar		Kontrol		Müdahale	
Fizyolojik Alan		n	%	n	%		Fizyolojik Alan		n	%	n	%
Balgam	Var	7	26,9	10	38,5	0,375	Balgam	Var	3	11,5	5	19,2
	Yok	19	73,1	16	61,5	0,703		Yok	23	88,5	21	80,8
p**		0,219		0,125			p**		0,219		0,125	
Kabızlık	Var	6	23,1	7	26,9	0,749	Kabızlık	Var	13	50	4	15,4
	Yok	20	76,9	19	73,1	0,008*		Yok	13	50,00	24	84,6
p**		0,092		0,508			p**		0,092		0,508	
Yorgunluk	Var	14	53,8	11	42,3	0,405	Yorgunluk	Var	12	46,2	7	26,9
	Yok	12	46,2	15	57,7	0,15		Yok	14	53,8	19	73,1
p**		0,727		0,219			p**		0,727		0,219	
Yetersiz ve dengesiz beslenme	Var	17	65,4	11	42,3	0,095	Yetersiz ve dengesiz beslenme	Var	20	76,9	21	80,8
	Yok	9	34,6	15	57,7	0,734		Yok	6	23,1	5	19,2
p**		0,453		0,002*			p**		0,453		0,002*	
İştahsızlık	Var	16	61,5	17	65,4	0,773	İştahsızlık	Var	15	57,7	16	61,5
	Yok	10	38,5	9	34,6	0,777		Yok	11	42,3	10	38,5
p**		1.000		1.000			p**		1.000		1.000	
Bulantı kusma	Var	2	7,7	5	19,2	0,419	Bulantı kusma	Var	0	0	1	3,8
	Yok	24	92,3	21	80,8	1.000		Yok	26	100,00	26	96,2
p**		0,5		0,125			p**		0,5		0,125	
Öğünleri bitirememe	Var	17	65,4	14	53,8	0,397	Öğünleri bitirememe	Var	11	42,3	10	38,5
	Yok	9	34,6	12	46,2	0,777		Yok	15	57,7	16	61,5
p**		0,109		0,344			p**		0,109		0,344	
Ameliyat sonrası nasıl bes, bilememe	Var	9	34,6	0	0	0,002*	Ameliyat sonrası nasıl bes, bilememe	Var	6	23,1	2	7,7
	Yok	17	65,4	26	100,00	0,248		Yok	20	76,9	24	92,3
p**		0,581		0,5			p**					
Hareket kısıtlılığı	Var	3	11,5	0	0	0,235	Hareket kısıtlılığı	Var	0	0	1	3,8
	Yok	0	0,00	26	3,8	1.000		Yok	26	100,00	25	96,2
p**		0,25		1.000			p**					
Tek başına yürüyememe	Var	5	19,2	1	3,8	0,191	Tek başına yürüyememe	Var	0	0	0	0
	Yok	0	0,00	0	0	-		Yok	26	100,00	26	100,00
p**		0,063		1.000			p**					

p*:Ki kare testi testi, p**:McNemar testi, p***:Bağımsız örneklem t testi, *:p<0,05

Çizelge 4.6. (devam) Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların izlem zamanlarına göre taburculuk sonrası yaşadıkları sorunların dağılımı

Taburculuk sonrası 2. Hafta						İstatistiksel Analiz		Taburculuk sonrası 6. Hafta				
Yaşanan sorunlar		Kontrol		Müdahale		p*	Yaşanan sorunlar		Kontrol		Müdahale	
Fizyolojik Alan		n	%	n	%		Fizyolojik Alan		n	%	n	%
Yürümede güçlük yaşama	Var	2	7,7	5	19,2	0,419	Yürümede güçlük yaşama	Var	0	0	3	11,5
	Yok	0	0,00	3	11,5	0,235		Yok	26	100,00	23	88,5
p**		0,5		0,625			p**					
Merdiven çıkarken zorlanma	Var	20	76,9	14	53,8	0,08	Merdiven çıkarken zorlanma	Var	10	38,5	16	61,56
	Yok	10	38,5	16	61,5	0,096		Yok	16	61,5	10	38,44
p2p**		0,002*		0,625			p2p**					
Uykusuzluk	Var	3	11,5	3	11,5	1,000	Uykusuzluk	Var	6	23,1	1	3,8
	Yok	6	23,1	1	3,8	0,099		Yok	20	76,9	25	96,2
p**		0,453		0,5			p**					
Uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetmeme	Var	13	50,00	15	57,7	0,578	Uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetmeme	Var	14	53,8	14	53,8
	Yok	14	53,8	14	53,8	1,000		Yok	12	46,2	12	46,2
p**		1,000		1,000			p**					
Uykuya dalmada güçlük	Var	7	26,9	3	11,5	0,159	Uykuya dalmada güçlük	Var	4	15,4	5	19,2
	Yok	4	15,4	5	19,2	1,000		Yok	22	84,6	21	80,8
p2		0,453		0,687			p2					
Uyku süresinde azalma	Var	13	50,00	4	15,4	0,008*	Uyku süresinde azalma	Var	6	23,1	6	23,1
	Yok	6	23,1	6	23,1	1,000		Yok	20	76,9	20	76,9
p**		0,065		0,727			p**					
Gün içinde kestirme	Var	19	73,1	15	57,7	0,244	Gün içinde kestirme	Var	13	50	12	46,2
	Yok	13	50,00	12	46,2	0,781		Yok	13	50,00	14	53,8
p**		0,18		0,549			p**					
Uyku hali	Var	6	23,1	4	15,4	0,482	Uyku hali	Var	1	3,8	0	0
	Yok	1	76,9	0	84,6	1,000		Yok	25	96,2	26	100,00
p**		0,063		0,125			p**					
Ağrı		3,46±0,99		3,12±0,82		0,1754	Ağrı		1,81±0,75		2,08±0,80	
p***						0,2154	p***					
		p<0,001*		p<0,001*								

p*:Ki kare testi testi, p**:McNemar testi, p***:Bağımsız örneklem t testi, *:p<0,05

Çizelge 4.6. (devam) Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların izlem zamanlarına göre taburculuk sonrası yaşadıkları sorunların dağılımı

		Taburculuk sonrası 2. Hafta				İstatistiksel Analiz			Taburculuk sonrası 6. Hafta				
Yaşanan sorunlar		Kontrol		Müdahale		p*	Yaşanan sorunlar		Kontrol		Müdahale		
Benlik Kavramı Alanı		n	%	n	%		Benlik Kavramı Alanı		n	%	n	%	
Anksiyete	Var	13	50,00	10	38,5	0,402	Anksiyete	Var	6	23,1	4	15,4	
	Yok	13	50,00	20	61,5	0,482		Yok	20	76,9	22	84,6	
p**		0,016*		0,031*			p**						
Bağımlı olmaktan korkma	Var	13	50,00	7	26,9	0,087	Bağımlı olmaktan korkma	Var	2	7,7	3	11,5	
	Yok	13	50,00	19	73,1	1.000		Yok	24	92,3	23	88,5	
p**		0,001*		0,289			p**						
Kontrol kaybı yaşama	Var	12	46,2	5	19,2	0,039*	Kontrol kaybı yaşama	Var	2	7,7	0	0	
	Yok	14		21	80,8	0,49		Yok	24	92,3	26	100,00	
p**		0,006*		0,063			p**						
Ölüm iyileşememe korkusu	Var	7	26,9	9	34,6	0,548	Ölüm iyileşememe korkusu	Var	4	15,4	7	26,9	
	Yok	19		17	65,4	0,308		Yok	22	84,6	19	73,1	
p**		0,375		0,687			p**						
Gelecek kaygısı	Var	4	15,4	3	11,5	1.000	Gelecek kaygısı	Var	2	7,7	1	3,8	
	Yok	22		23	88,5	1.000		Yok	24	92,3	25	96,2	
p**		0,687		0,5			p**						
Ümitsizlik	Var	3	11,5	0	0	0,235	Ümitsizlik	Var	0	0	0	0	
	Yok	23		26	100	-		Yok	26	100	26	100	
p**		0,25		-			p**						
Çabuk sinirlenme	Var	2	7,7	1	3,8	1.000	Çabuk sinirlenme	Var	0	0	1	3,8	
	Yok	24		25	96,2	1.000		Yok	26	100	25	96,2	
p**		0,5		1.000			p**						
Tek başına evden çıkamama korkusu	Var	4	15,4	1	3,8	0,35	Tek başına evden çıkamama korkusu	Var	0	0	1	3,8	
	Yok	22		25	96,2	1.000		Yok	26	100	25	96,2	
p**		0,125		1.000			p**						
Rol Fonksiyon ve Karşılıklı Bağlılık Alanı							Rol Fonksiyon ve Karşılıklı Bağlılık Alanı						
Kendi banyo yapmada güçlükle yaşama	Var	6	23,1	7	26,9	0,749	Kendi banyo yapmada güçlükle yaşama	Var	0	0	3	11,5	
	Yok	18		19	73,1	0,235		Yok	26	100	23	88,5	
p**		0,031*		0,125			p**						

p*:Ki kare testi testi, p**:McNemar testi, p***:Bağımsız örneklem t testi, *:p<0,05

Çizelge 4.6. (devam) Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların izlem zamanlarına göre taburculuk sonrası yaşadıkları sorunların dağılımı

		Taburculuk sonrası 2. Hafta				İstatistiksel Analiz		Taburculuk sonrası 6. Hafta			
Yaşanan sorunlar		Kontrol		Müdahale		p*	Yaşanan sorunlar	Kontrol		Müdahale	
Kendi giyinmede güçlük yaşama	Var	2	7,7	1	3,8	1.000	Kendi giyinmede güçlük yaşama	Var	0	0	0
	Yok	24		25	96,2	-		Yok	26	100,00	26
p**		0,5		1.000			p**				
İş kaybı yaşama	Var	5	19,2	3	11,5	0,703	İş kaybı yaşama	Var	2	7,7	0
	Yok	21		23	88,5	0,49		Yok	24	92,3	26
p**		0,25		0,25			p**				
Maddi sıkıntı yaşama	Var	2	7,7	0	0	0,49	Maddi sıkıntı yaşama	Var	1	3,8	0
	Yok	24		26	100,00	1.000		Yok	25	96,2	26
p**		1.000		-			p**				
Sosyal etkileşimin azalması	Var	12	46,2	9	34,6	0,572	Sosyal etkileşimin azalması	Var	5	19,2	4
	Yok	14		17	65,4	1.000		Yok	21	80,8	22
p**		0,039*		0,125			p**				
Sosyal etkileşimin artması	Var	0	0,00	0	0	-	Sosyal etkileşimin artması	Var	6	23,1	3
	Yok	26				0,465		Yok	20	76,9	23
p**		0,031*		0,25			p**				
Yaşam tarzı değişime uyumda zorlanma	Var	5	19,2	2	7,7	0,419	Yaşam tarzı değişime uyumda zorlanma	Var	2	7,7	0
	Yok	21		24	92,3	0,49		Yok	24	92,3	26
p**		0,453		0,5			p**				
Anne baba eş rollerinde zorlanma	Var	11	42,3	8	30,8	0,388	Anne baba eş rollerinde zorlanma	Var	3	11,5	2
	Yok	15		18	69,2	1.000		Yok	23	88,5	24
p**		0,021*		0,07			p**				

p*:Ki kare testi testi, p**:McNemar testi, p***:Bağımsız örneklem t testi, *:p<0,05

Çizelge 4.6'da hastaların taburculuk sonrası 2. ve 6. hafta yaşadıkları sorunlara ilişkin dağılım verilmiştir. Kontrol grubundaki hastalar 2. hafta sonunda en fazla sırasıyla halsizlik, yetersiz ve dengesiz beslenme, öğünlerini bitirememe, iştahsızlık, nefes darlığı, ameliyat yerinde ağrı ve kızarıklık; 6. haftanın sonunda sorunların yüzdesi azalmakla birlikte en fazla sırasıyla halsizlik, yetersiz ve dengesiz beslenme, iştahsızlık, kabızlık, öğünlerini bitirememe, yorgunluk ve kan basıncında değişim gibi sorunlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Müdahale grubundaki hastalar 2. hafta sonunda en fazla sırasıyla halsizlik, iştahsızlık, öğünlerini bitirememe, kan basıncında değişim; 6. hafta sonunda sorunların yüzdesi azalmakla birlikte en fazla sırasıyla yetersiz ve dengesiz beslenme, halsizlik, iştahsızlık ve kan basıncında değişim gibi sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Çizelge incelendiğinde; müdahale ve kontrol grupları arasında çarpıntı, kan basıncında değişim, ameliyat yerinde ödem, ameliyat yerinde ağrı, halsizlik, öksürük, balgam, yorgunluk, iştahsızlık, bulantı kusma, öğünleri bitirememe, hareket kısıtlılığı, tek başına yürüyememe, yürümede güçlük yaşama, uykusuzluk, uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetmeme, uykuya dalmada güçlük, gün içinde kestirme, uyku hali durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Ayrıca bu sorunlarda zamana göre istatistiksel olarak anlamlı bir değişim göstermediği tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Müdahale ve kontrol grupları arasında kabızlık (taburculuk sonrası 6. haftada), kilo kaybı (taburculuk sonrası 2. haftada), ameliyat sonrası nasıl besleneceğini bilememe (taburculuk sonrası 2. haftada), uyku süresinde azalma (taburculuk sonrası 2. haftada) sorunları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmakta ($p<0,05$) ve bu sorunlar müdahale grubuna göre sık görüldüğü tespit edilmiştir. Ayrıca kontrol grubunda ateş, ameliyat yerinde akıntı, ameliyat yerinde kızarıklık, nefes darlığı, merdiven çıkarken zorlanma ve ağrı durumlarının zamanla istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı görülmekte iken müdahale grubunda ise yetersiz ve dengesiz beslenme oranının artış gösterdiği ve ağrının azaldığı görülmektedir ($p<0,05$).

Çizelge 4.6'da Roy uyum modelinin uyum alanlarından Benlik kavramı ve Rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık alanına göre hastaların taburculuk sonrası 2. ve 6. hafta yaşadıkları sorunlara ilişkin dağılım verilmiştir. Kontrol grubundaki hastalar 2. hafta sonunda en fazla sırasıyla anksiyete, bağımlı olmaktan korkma, kontrol kaybı yaşama, sosyal etkileşimin

azalması, ebeveyn/eş rollerinde zorlanma; 6. haftanın sonunda sorunların yüzdesi azalmakla birlikte en fazla sırasıyla anksiyete ve sosyal etkileşim artması gibi sorunlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Müdahale grubundaki hastalar 2. hafta sonunda en fazla sırasıyla anksiyete, ölüm/iyileşememe korkusu, sosyal etkileşimin azalması, ebeveyn/eş rollerinde zorlanma; 6. hafta sonunda sorunların yüzdesi azalmakla birlikte en fazla sırasıyla ölüm/iyileşememe korkusu ve sosyal etkileşimde azalma gibi sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Müdahale ve kontrol grupları arasında ölüm iyileşememe korkusu, gelecek kaygısı, ümitsizlik, çabuk sinirlenme, tek başına evden çıkamama korkusu, kendi giyinmede güçlük yaşama, iş kaybı yaşama, maddi sıkıntı yaşama, yaşam tarzı değişime uyumda zorlanma bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Ayrıca bu sorunlarda zamana göre istatistiksel olarak anlamlı bir değişim göstermediği tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Müdahale ve kontrol grupları arasında taburculuk sonrası 2. haftada kontrol kaybı yaşama sorunu bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, kontrol grubunda taburculuk sonrası 2. haftada kontrol kaybı yaşama sorununun müdahale grubuna göre sık görüldüğü tespit edilmiştir. Ayrıca kontrol grubunda anksiyete, bağımlı olmaktan korkma, kontrol kaybı yaşama, kendi banyo yapmada güçlük yaşama, sosyal etkileşimin azalması ve anne baba eş rollerinde zorlanma durumlarının zamanla istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı görülmekte iken müdahale grubunda ise anksiyete oranının azaldığı görülmektedir ($p<0,05$).

Çizelge 4.7. Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların izlem zamanlarına göre taburculuk sonrası ile ilgili durumların dağılımı

	Kontrol		Müdahale		p*
	N	%	n	%	
Taburculuk sonrası hastaneye tekrar başvurma (2.izlem)	3	11,5	2	7,7	1,000
Taburculuk sonrası hastaneye tekrar başvurma (3.izlem)	0	0,0	0	0,0	-
p**	0,250		0,500		
İlaçları düzenli kullanmama (2.izlem)	3	11,5	1	3,8	0,610
İlaçları aksatma durumu (3.izlem)	0	0,0	1	3,8	1,000
p**	0,250		1,000		

*:Ki kare testi testi, **:McNemar testi, *:p<0,05

1.izlem Ameliyat öncesi , 2.izlem:Taburculuktan 2 hafta sonra , 3.izlem: Taburculuktan 6 hafta sonra

Çizelge 4.7’de Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların taburculuk sonrası 2. ve 6. haftada hastaneye tekrar başvurma, kontrole gelme zamanları ve ilaç kullanımında sorun yaşama durumları ele alınmıştır. Müdahale (%7,7) ve kontrol grubundaki(%11,5) hastaların taburculuk sonrası 2. haftada yaşadıkları sorun nedeniyle hastaneye tekrar başvurdıkları, çoğunluğunun ilaçlarını düzenli kullandığı ve her iki gruptaki hastaların hepsinin kontrol zamanlarını atlamadan polikliniğe geldikleri belirlenmiştir. Gruplar arasında taburculuk sonrası hastaneye tekrar başvurma, kontrole zamanında gelme ve ilaç alma durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Ayrıca bu durumların zamana göre istatistiksel olarak anlamlı bir değişim göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, RUM doğrultusunda yapılandırılmış eğitim programına dahil olan müdahale grubu ile mevcut klinik bilgilendirme alan kontrol grubu arasında uyum düzeyi, yaşam kalitesi ve taburculuk sonrası yaşanan sorunların karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Mortalite ve morbidite oranı yüksek olan ve tüm dünyada hala önemli bir sağlık sorunu olarak öne çıkan KAH'nın kontrol edilebilen ve edilemeyen olmak üzere risk faktörleri bulunmaktadır (WHO,2017). Yaş, cinsiyet ve ailede KAH öyküsünün olması, sigara ve alkol kullanımı, dengesiz beslenme, HT, DM, düşük HDL ve yüksek LDL'ye sahip olma, sedanter yaşam şekli gibi bazı faktörler KAH riskini artırmaktadır (TKD,2015). Çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunda KAH'nın kontrol edilebilir risk faktörlerinden hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi gibi ek hastalıklara sahip oldukları ve KAH'nın kontrol edilemeyen risk faktörlerinden yaş, cinsiyet ve ailede KAH öyküsüne sahip oldukları belirlenmiştir. Çalışmamızda kontrol grubundaki hastaların bilgi aldıkları kaynak %50 hemşireler iken müdahale grubundaki hastaların kaynağı %50 doktor olduğu görülmektedir. Literatürde yapılan çalışmalarda KABG ameliyatı öncesinde hemşirelerin hastalara hastalık ve planlanan cerrahi işlem hakkında bilgi vermesi, ameliyatla ilgili bilinmeyen korkuları ve anksiyeteyi azaltarak, ameliyat sonrası döneme uyumu kolaylaştırmakta ve iyileşme sürecini hızlandırdığı belirtilmektedir (Johnny ve ark., 2017). Ayrıca bu süreçte hemşireler, hasta ve aileleri ile iyi iletişim kurabilmekte, onların psikolojik, sosyal ve ailevi sorunlarını iyi gözlemleyebilmektedir (Oğulcan ve Ergin, 2020). Başka bir çalışmada da hastaların hemşireler ile daha fazla zaman geçirmesi ve bu nedenle hemşireleri kendilerine daha yakın hissetmelerinden ve duygularını daha rahat paylaşabilmelerinden vurgulanmaktadır

Çalışmamızda daha önce ameliyat olma durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, kontrol grubunda daha önce ameliyat olma oranı müdahale grubuna göre daha yüksektir (%69,2). Bununla beraber kontrol grubunda anksiyete, bağımlı olmaktan korkma, kontrol kaybı yaşama durumları zamanla istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda daha önce ameliyat deneyimi yaşayan hastaların, hiç ameliyat olmayan hastalara göre bilinmeyen korkusu ve ağırlı işlemlerle karşılaşma gibi nedenlerle daha az kaygı yaşadıkları görülmüştür. Her yeni ameliyatın hasta için yeni bir risk faktörü olarak algılanmasından

dolayı bu deneyimleri daha önceden yaşayan kişilerin aynı durumlarla tekrar karşılaştıklarından dolayı kaygı düzeylerinde artış meydana gelebileceği düşünülmektedir (Okyar ve ark. 2022).

Her büyük cerrahi girişimde olduğu gibi KABG ameliyatı da hastalar için stresli, anksiyete yaratan, kendine özgü fizyolojik ve psikososyal etkileri olan büyük cerrahi girişimlerdir. Ameliyat olacak hasta popülasyonu genel olarak 65 yaş ve üzeri olduğu için hastaların ameliyata karşı verdikleri tepkiler farklılık gösterebilmektedir (Jones ve ark., 2022). Hastalar yaş ile beraber fizyolojik olarak hareketliliğin azalması, ölümün yaklaşması, yaşlandığı hissetme ve başkalarına bağımlılığın artması şeklinde yapılan cerrahi girişime anlam yüklemektedirler (Smith ve ark., 2023). Çalışmamızda kontrol grubu hastaları KABG ameliyatını normal, doğal bir süreç olarak görürken, müdahale grubundaki hastalar ise yapılan cerrahi girişimi bağımlılığın artması ve ölüme yaklaşmak olarak anlamlandırmaktadır (Çizelge 4.2)

KABG cerrahisi hastaların baş etme ve uyum sürecini etkileyen bir girişimdir. Ameliyat sonrası hastalar ilk altı haftalık dönemde günlük yaşamlarına uyum sağlamaya çalışırken zorlanmakta, daha fazla stres yaşamakta ve daha çok desteğe ihtiyaç duymaktadır. Hastalara sağlanacak en iyi destek eğitimsel müdahaleler ile hastaların baş etme becerilerini arttırmaktır. Çalışmada, RUM doğrultusunda yapılandırılmış eğitim programı ile hastaların baş etme ve uyum düzeylerinin artması amaçlanmıştır ancak araştırma sonuçları değerlendirildiğinde; baş etme ve uyum süreci ölçek ve alt boyut puanları zamana göre istatistiksel olarak anlamlı derecede bir değişim tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer olarak literatürde RUM'a dayalı bir eğitim programının KABG geçiren hastaların uyum düzeylerine etkisi incelenmiş ve eğitim programının müdahale grubu üzerindeki etkisinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı bir fark yaratmadığı belirlenmiştir (Rezaei ve ark. 2022). Bu durum, özellikle hastaların psikososyal uyumunda belirgin bir iyileşme sağlanamaması ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca KABG cerrahisi geçiren hastaların deneyimlerini içeren bir çalışmada, hastalara verilen eğitimin hastaların iyileşme süreci üzerindeki etkisi değerlendirildiğinde, kontrol ve müdahale grubu arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Ameliyat sonrası hastaların hareketlerinin kısıtlanması, gelecekleri ile ilgili kaygı duymaları, psikolojik stres, işe dönme korkusu, destek sistemlerinin yetersiz olması gibi sorunlar yaşamıştır. Bu bulgular ile eğitim programlarının yeterince etkili olmadığını hastaların günlük yaşantılarına uyum göstermede zorlandığını göstermiştir

(Zaidova ve ark 2022). Literatürde çalışmamızla benzer bulgular gösteren çalışmalar olduğu gibi, Rum temelli eğitim programı uygulanan farklı hasta gruplarında eğitimin uyumu ve baş etmeyi artırırken, anksiyeteyi azalttığını gösteren çalışmlarda bulunmaktadır (Esmaili ve ark., 2022,Kavuran ve Camcı,2022).

Fizyolojik ve psikolojik sağlık durumunun etkilendiği KABG ameliyatlarında, hastaların sosyal yaşam aktiviteleri ve mental durumlarının da değerlendirilmesi gerekmektedir. Çok boyutlu bir kavram olan yaşam kalitesi, KABG cerrahisi sonrası hastanın fizyolojik ve psikososyal değişiminden dolayı etkilenmektedir. Hastaların yaşam kalitesinde cerrahinin genellikle bir düzelme sağladığı ancak bazı hastalarda önemli düşüşe yol açtığı belirtilmektedir (Esmaili ve ark., 2022). Çalışmamızda kontrol grubunda ameliyat sonrası sosyal fonksiyon alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunurken ($p<0,05$), müdahale grubunda taburculuk sonrası 6. haftada sosyal fonksiyon alt boyut puanı kontrol grubuna göre daha yüksektir. Çalışmamıza benzer sonuçlar gösteren bir çalışmada KABG ameliyatı olan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitesinin değerlendirildiğinde, hastaların ameliyattan altı hafta sonraki sosyal fonksiyon puan ortalamalarının ameliyat öncesi göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (Demir Korkmaz ve ark., 2015). Çalışmamızda kontrol grubu ameliyat öncesi mental ana boyut puan ortalamasının taburculuk sonrasında 2. ve 6. haftalarda azaldığı bulunmuştur. Çalışmamıza paralel olarak KABG sonrası yaşam kalitesi değerlendirilen başka bir çalışmada da hastaların mental ana boyut puanlarının azaldığı görülmüştür (Doğu ve ark., 2015). Bu durum KABG sonrası hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir (Dirimeşe ve ark., 2016). Yaşam kalitesi alt boyutlarından sosyal fonksiyon hastaların günlük sosyal yaşama katılımı ve bireyin toplumsal etkileşimini gösterirken mental boyut ise sinirlilik, sakinlik, rahatlık ve mutluluk ruh halini tanımlamaktadır. Hastaların ameliyat sonrası bu boyutlardaki puanının azalması cerrahinin hastayı hem fizyolojik hem de psikososyal açıdan etkilediği ve aktivitelerini gerçekleştirmede zorlandığı ya da kısıtlandığını göstermektedir (Pačarić ve ark., 2020,Creber ve ark., 2021).

KABG cerrahi sonrası hastaların yaşadıkları sorunlara bakıldığında bulantı-kusma, kilo kaybı, konstipasyon, bacakta ödem, aritmi, uyku sorunları, insizyon bölgesinde ağrı, yorgunluk fiziksel; mutsuz olma, stresle baş edememe, anksiyete, depresyon, aile/arkadaş ilişkilerinde bozulma ve cinsel yaşamda sorun gibi psikolojik boyutta ele alınmaktadır (Oshvandi ve ark., 2020; Yaman Aktaş ve ark., 2021). Aydın ve Gürsoy'un yaptığı

çalışmada (2019), KABG cerrahisi geçiren hastaların taburculuk sonrası %86'sının uyku bozukluğu, %75,7'inin ağrı, %64,5'inin solunum problemi, %63,6'sının sindirim sistemi ile ilgili, %15,9'unun yara yeri ile ilgili problem, %49,5'inin aktivitelerde zorluk, %37,4'ünün uyum sorunu ve %36,4'ünün emosyonel sorun yaşadıkları belirtilmiştir. Roy uyum alanlarına göre taburculuk sonrası hastaların fizyolojik alanda yaşadığı sorunlar dikkate alındığında; hem kontrol hem müdahale grubunda hastaların ateş yüksekliği, kan basıncında değişim, ameliyat yerinde akıntı, kızarıklık, ameliyat yerinde ağrı, nefes darlığı, balgam ve öğünlerinin tamamını bitirememe durumları istatistiksel olarak anlamlı derecede taburculuk sonrası 2. haftadan 6. haftaya kadar sorunların azaldığı görülmüştür. Literatürde de çalışmamıza benzer olarak KABG ameliyatı sonrası hastaların en çok sorun yaşadığı zaman aralığı genellikle ilk 6 haftada olarak belirlenmiştir (Direk ve Çelik, 2012; Biancari ve diğerleri, 2015; Glance ve diğerleri, 2015; Akbari ve Çelik, 2018). Çalışmamızda kontrol grubundaki hastalarda müdahale grubuna göre taburculuk sonrası 2. haftada kilo kaybı, ameliyat sonrası nasıl besleneceklerine bilememe ve cerrahiye bağlı uyku süresinde azalma daha sık yaşanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Kontrol grubunda buna bağlı konstipasyon yaşanması da taburculuk sonrası 6. haftada müdahale grubuna göre daha çok karşılaşılmıştır. Müdahale grubunda taburculuk sonrası 2. hafta itibarıyla hastaların yeterli ve dengeli beslenme oranlarında artış olduğu ve ağrının istatistiksel olarak anlamlı azaldığı görülmektedir ($p<0,05$). Özen ve Seviğ'in (2017)'de KABG cerrahisi sonrası telefon ile danışmanlık alan 48 hastanın dahil edildiği çalışmada, hastaların en çok birinci ve altıncı haftalarda araştırmacıyı yoğun olarak aradıkları; Dale ve ark. (2018)'de yaptıkları çalışmada ise hastaların cerrahi sonrası sağlık kuruluşuna başvuru oranının %60 olduğu ve en yaygın başvuru nedenlerinin endişeli hissetme, ilaç kullanımı, ameliyat yaraları, ağrı, varis çorabı, fiziksel aktiviteler ve benzer konular hakkında olduğu bildirilmiştir. Cerrahi sonrası yaşanan sorunlar hastanın günlük aktivitelerini, uykusunu ve iyilik halini etkileyerek, yara iyileşmesinde gecikme ve hatta ölüm gibi durumlara yol açabileceği bulunmuştur (Oshvandi ve diğerleri, 2020).

Lie ve ark. (2012)'de KABG olan hastalara ikinci ve dördüncü haftada yaptıkları ev ziyaretlerinde hastaların ağrı, uyku problemi, depresyon, anksiyete gibi sıkıntılar yaşadıkları belirlenmiştir. Çalışmamızda taburculuk sonrası hastaların yaşadıkları soruna bakıldığında Roy'un benlik kavramı alanında yer alan hastaların taburculuk sonrası 2. haftada kontrol kaybı yaşamaları hem müdahale hem de kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna ek olarak kontrol grubundaki hastalarda

ameliyat sonrası kontrol kaybı yaşama durumu müdahale grubuna göre daha sık yaşandığı görülmektedir. Ayrıca kontrol grubunda anksiyete, bağımlı olmaktan korkma ve kontrol kaybı yaşama durumlarının zamanla istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı görülmektedir ($p<0,05$). (Çizelge 6). Literatürde de çalışma sonucumuza benzer şekilde, KABG ameliyatı sonrasında yapılan tekrarlı ölçümlerde hastaların bağımsızlık kaybı, anksiyete, ve iyileşememe korkusu yaşadıkları bildirilmiştir (Tuna ve Emre,2020, Tully ve ark., 2015). Çalışma sonucuna göre müdahale grubunda da anksiyete oranının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı görülmektedir ($p<0,05$).

KABG ameliyatı sonrası hastalar hem fiziksel hem psikososyal değişim yaşamakta ve bu değişime uyum sağlayıp eski rutinlerine dönmeleri zaman almaktadır ve bu durum yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Ameliyat sonrası hastalarda rol performansında azalma ve anne baba eş rollerinde zorlanma gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Kara ve Yılmaz,2020, Dilek ve Çelik, 2012). Çalışmada literatüre paralel olarak Roy'un rol fonksiyon ve karşılıklı bağlanma alanında hastaların yaşadığı sorunlarda kontrol grubundaki hastaların kendi kendine banyo yapmada güçlük yaşaması, sosyal etkileşimin azalması ve anne baba eş rollerinde zorlanma durumlarının taburculuk sonrası zamanla istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı görülmektedir ($p<0,05$).

Taburculuk sonrası günlük aktivitelerin bağımsız olarak gerçekleştirilmesi yaklaşık dört-altı hafta sürdüğünden, hastaların taburculuğa hazırlığının yeterince yapılamaması nedeniyle, ameliyat sonrası normal günlük aktivitelere ve işe dönüş sürelerinin geciktiğini, yaşam kalitesinin azaldığını, taburculuk sonrası ilk 30 gün boyunca plansız yeniden yatışların olduğunu ve 30 günlük ölüm riskinin arttığını gösteren çalışma sonuçları da bulunmaktadır (Weiss ve ark., 2014; Kaya ve diğerleri, 2018; Aydın ve Gürsoy, 2019). KABG ameliyatı sonrası hastalar taburculuk sonrası yaklaşık 1 ay içerisinde solunum sistemi, dolaşım sistemi, ağrı kontrolü, insizyon bölgesi, ilaç kullanımı, beslenme, boşaltım, egzersiz, öz bakım gibi konularda tekrar hastaneye başvuruda bulunmaktadır (Glance ve diğerleri, 2015; Lewis ve diğerleri, 2016). Yapılan diğer çalışmalara bakıldığında da hastaların ameliyat yerinde akıntı ve sızıntının arttığı, ameliyat yerinin çevresinde kızarıklık, ödem, ısı artışı olduğu ve ameliyat yerinde ağrısında artma yaşayıp tekrardan hastaneye başvurdıkları belirlenmiştir (Alghafees ve ark., 2020 ; Shawon ve ark., 2021). Çalışmamızda hastaların %10'u (kontrol %11,5, müdahale %7,7) taburculuk sonrası 2. haftada tekrar hastaneye başvurdıkları görülmektedir. Kontrol grubundaki hastalar 2. hafta sonunda en fazla sırasıyla halsizlik,

yeterli ve dengeli beslenememe, öğünlerini bitirememe, iştahsızlık, nefes darlığı, ameliyat yerinde ağrı ve kızarıklık; müdahale grubundaki hastalar 2. hafta sonunda en fazla sırasıyla halsizlik, iştahsızlık, öğünlerini bitirememe, kan basıncında değişim sorunları yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hastaların cerrahi sonrası evde bakımında fiziksel, psikolojik, sosyal gereksinimlerinin karşılanması ve gereksinim duydukları bilgilerin tekrar edilmesi hem yaşam kalitesini artıracak hem de hasta ve yakınlarının endişelerini azaltarak acil servise gereksiz başvuruları önleyecek, hastaların hastane kontrollerinin sürdürülmesine destek olacaktır (Halm, 2016 Chen ve diğerleri, 2017, Alimadadi ve ark., 2020).

Çalışmamızda kontrol ve müdahale grubundaki hastalar arasında kontrole zamanında gelme ve ilaçları düzenli kullanma bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bu süreçte hastaların kontrollerine düzenli ve zamanında gitmesi, ilaçlarını düzenli kullanması, yeterli ve dengeli beslenmeye dikkat etmesi iyileşme sürecine uyum sağladığının göstergelerindendir. Bu çalışmadan elde ettiğimiz sonuca göre, Roy Uyum Modeline göre verilen eğitim programının KABG cerrahisi geçiren hastaların baş etme ve uyumunda etkili olmadığı bulunmuştur. Bu bağlamda “ $H0_1$: Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalara RUM’a göre verilen eğitim programının hastaların uyum düzeyini arttırmada etkisi yoktur” hipotezimiz kabul edilmiş olmaktadır. Roy Uyum Modeline göre verilen eğitim programının KABG hastalarının genel yaşam kalitesini de artırmadığı ancak yaşam kalitesi ölçeği alt yaşam boyutlarından sosyal fonksiyon da değişim yarattığı bulunmuştur. Bununla beraber “ $H0_2$: Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalara RUM’a göre verilen eğitim programının yaşam kalitesini arttırmada etkisi yoktur” hipotezi desteklenmektedir. Literatürde KABG cerrahisi geçiren hastalara RUM göre yapılandırılmış eğitim programının etkinliğini araştıran az sayıda çalışma olması nedeniyle literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalarda Roy uyum modeline göre yapılandırılmış eğitim programının etkinliğini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

6.1.Sonuçlar

- Ameliyat öncesi kontrol grubu BUSÖ ölçeği alt boyutlarından sistematize etme süreci alt boyut puanının müdahale grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiş, puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,005$) (Çizelge 4.3).
- Yaşam kalitesi alt boyutu olan genel sağlık algısı alt boyut puanı ameliyat öncesi dönemde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, kontrol grubunda genel sağlık algısı ameliyat öncesi alt boyut puanı, müdahale grubuna göre daha yüksektir (Çizelge 4.4.).
- Kontrol grubunda ağrı, fiziksel ve mental ana alt boyut puanları taburculuk sonrası 2. Haftada ameliyat öncesi döneme göre anlamlı derecede bir azalma göstermektedir taburculuk sonrası 2. haftada, ameliyat öncesine göre anlamlı derecede bir azalma göstermektedir ($p<0,05$) (Çizelge 4.4.).
- Her iki gruptaki hastaların taburculuk sonrası 2. haftada kontrol kaybı yaşamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık yaratmıştır ($p<0,05$). Buna ek olarak kontrol grubundaki hastalarda ameliyat sonrası kontrol kaybı yaşama durumu deney grubuna göre daha sık yaşandığı belirlenmiştir (Çizelge 4.6).
- Kontrol grubunda anksiyete, bağımlı olmaktan korkma ve kontrol kaybı yaşama durumlarının taburculuk sonrası 2. haftada istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı görülmektedir ($p<0,05$). Müdahale grubunda da anksiyete oranının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı görülmektedir ($p<0,05$) (Çizelge 4.6).
- Kontrol grubundaki hastaların kendi kendine banyo yapmada güçlük yaşaması, sosyal etkileşimin azalması ve anne baba eş rollerinde zorlanma durumlarının taburculuk sonrası zamanla istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı görülmektedir ($p<0,05$) (Çizelge 4.6).
- Roy uyum modeline göre verilen eğitimin hastaların baş etme ve uyumunda etkili olmadığı bulunmuştur.

- Hastaların genel yaşam kalitesini de artırmadığı ancak yaşam kalitesi ölçeği alt yaşam boyutlarından sosyal fonksiyon alt boyut puanında taburculuk sonrası 6. haftada daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,005$) (Çizelge 4.4.)

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

1. Hemşirelerin KABG ameliyatı geçiren hastalara bakım verirken Roy uyum modeli doğrultusunda bakımı planlamaları için bilgilendirilip desteklenmesi
2. Roy uyum modeline göre yapılandırılmış eğitim kitapçığının klinikte kullanımının yaygınlaştırılması ve eğitimin rutin bakıma entegre edilmesi
3. Araştırmanın farklı örneklem gruplarında ve daha uzun süreli izlemler ile tekrarlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Aydın, A., Gürsoy, A. (2019). The Care Needs and Care Dependency of Coronary Artery Bypass Graft (CABG) Patients After Hospital Discharge. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(1), 8-14.
- Abdolahi, M., Doustmohamadi, M.M., Sheikhbardsiri, H. (2020). The Effect of an Educational Plan Based on the Roy Adaptation Model for Fatigue and Activities of Daily Living of Patients with Heart Failure Disease. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 30(4), 559.
- Acar, E.Z., Fındık, Ü.Y. (2021). The Problems of The Patients That After Surgery Living at Home and Post-Surgery Patients Problems at Home on İlness Perception. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37(3), 197-206.
- Akbari, M., Çelik, Ş.S. (2018). The effects of discharge training and postdischarge counseling on quality of life after coronary artery bypass graft surgery. *Nursing and Midwifery Studies*, 7, 105-10.
- Akdemir, N., Birol, L. (2021). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, Güncellenmiş 7. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi, 280-285
- Alcan, A.O., Korkmaz, F.D., ve Çakmakçı, H. (2017). Koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 25(1), 045-051.
- Alghafees, M.A, Alsubaie, A.N, Alsadoon, L.K., Aljafari, A.S., Alshehri, E.A., and Ihab F. Suliman, F.I. (2020). Thirty-day readmission rates and associated risk factors after coronary artery bypass grafting. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 15(4), 292-297.
- Ali, A., Masih, S., Rabbi, F., and Rasheed, A. (2021). Effect of nurse led education on anxiety level among coronary artery bypass grafting pre-operative patients. *The Journal of the Pakistan Medical Association*, 71(238), 238-242.
- Altınbaş, Y., Yavuz Van Giersbergen, M. (2021). Experiences of patients who had undergone coronary artery bypass surgery with strengths-based nursing care. *Marmara Medical Journal*, 34(1), 57-65.
- Amini, Z., Fazel, A., Zeraati, A., and Esmaeili, H. (2012). The effect of care plan based on the Roy adaptation model on activities of daily living of hemodialysis patients. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*, 4(2), 154.
- Amjadian, M., Ehsan, H.B., Saboni, K., Vahedi, S., Rostami, R., and Roshani, D. (2020) A pilot randomized controlled trial to assess the effect of Islamic spiritual intervention and of breathing technique with heart rate variability feedback on anxiety, depression and psycho-physiologic coherence in patients after coronary artery bypass surgery. *Annals of general psychiatry*, 19, 46.

- Aslam S., Masih S., and Mukhtar M. (2024). Effectiveness of Discharge Education on Self Efficacy among Patients with Coronary Artery Disease. (2024). *Journal of Health and Rehabilitation Research*, 4(1),633-638.
- Aslan, E.O., Tosun, B.(2015). Cardiovascular surgery patients: Intensive care experiences and associated factors. *Asian Nursing Research*, 9, 336-341.
- Ateşman, E. (1997). Türkçede okunabilirliğin ölçülmesi. *Ankara Üniversitesi Tömer Dil Dergisi*, 58, 171-174.
- Barretta, J.C., Auda, J.M., Barancelli, M.D.C., and Antonioli, D. (2017). Postoperative in cardiac surgery: reflecting about nursing care. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 9(1), 259-264.
- Bakan, G. (2008). *Kalp yetmezliği olan hastaların hastalığa uyumunda Roy Adaptasyon Modeli'nin etkisinin incelenmesi* ,Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ege,26-40.
- Bakan, G., Akyol, D. (2008). Theory-guided interventions for adaptation to heart failure. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6), 596–608.
- Beştepe, N., Dönderici, Ö., ve Demirkan, B. (2020). Koroner Arter Hastalığı Riskini Öngörmeye Major Risk Faktörleri ve Metabolik Sendrom Kriterlerinin Değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, (4),844-857.
- Biancari, F., Ruggieri, V. G., Perrotti, A., Svenarud, P., Dalén, M., Onorati, F., Faggian, G., Santarpino, G., Maselli, D., Dominici, C., Nardella, S., Musumeci, F., Gherli, R., Mariscalco, G., Masala, N., Rubino, A. S., Mignosa, C., De Feo, M., Della Corte, A., Bancone, C., Chocron, S., Gatti, G., Gherli, t., Kinnunen, EM., and Juvonen, T. (2015). European Multicenter Study on Coronary Artery Bypass Grafting (E-CABG registry): Study Protocol for a Prospective Clinical Registry and Proposal of Classification of Postoperative Complications. *Journal of cardiothoracic surgery*, 10(1),90.
- Birol L. (2002). *Hemşirelik süreci, hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım*, genişletilmiş 5. baskı. İzmir: Etki Matbaacılık, 56-65.
- Bishawi, M., Hattler, B., Almassi, G.H., Spertus, J.A., Quin, J.A., Collins, J.F., Grover, F.L., and Shroyer, A.L.(2018).Preoperative factors associated with worsening in health-related quality of life following coronary artery bypass grafting in the randomized on/off bypass (ROOBY) trial. *American Heart Journal*, 198, 33–38.
- Bjørnnes, A.K., Parry, M., Lie, I., Fagerland, M.W., Watt-Watson, J., Rustøen, T., Stubhaug, A., Leegaard, M.(2017). The impact of an educational pain management booklet intervention on postoperative pain control after cardiac surgery. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, (1),18-27.
- Brown, E., Smith, A., and Johnson, B. (2023). The influence of family support on role function domain after coronary artery bypass grafting: A mixed-methods study. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, 45(3), 210-225.

- Chaudhari, J.M., Sankarsan, P., Anuradha, M., Anvay, M.(2022). Effect of nursing care by using Extended Nursing Care Model on quality of life of patients after coronary artery bypass graft. *MGM Journal of Medical Sciences*,9(1),48-60.
- Chernock, D., Shepperd, S., Needham, G., and Gann, R. (1999). DISCERN: An instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53(2), 105-111.
- Cohen, J. (1977). "Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (Revised ed.).
- Creber, M., Dimagli, A., Myers, A.,Moscarelli, M., Spadaccio, C.,Demetres, M.,Fremes, S., and Gaudino, M. (2021). Effect of coronary artery bypass grafting on quality of life: a meta-analysis of randomized trials..*European Heart Journal - Quality of Care and Clinical Outcomes*, 8(3), 259–268.
- Çatal, E., Dicle, A. (2014). Teori-Araştırma Bileşeni: Roy'un Uyum Modeli Örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(1), 33-45.
- D'Agostino, R.S., Jacobs, J.P., Badhwar, V., Fernandez, F.G., Paone, G., Wormuth, D.W., & Shahian, D.M. (2018). The Society of Thoracic Surgeons Adult Cardiac Surgery Database: 2018 Update on Outcomes and Quality. *The Annals of Thoracic Surgery*, 105(1), 15-23.
- Dağcan, N., Özden, D., Gürol, A.G. (2023). Pain perception of patients in intensive care unit after cardiac surgery: A qualitative study using Roy's Adaptation Model. *Nursing Critical Care*, 1-9.
- Dale, L.P., Whittaker, R., Eyles, H., Mhurchu, C. N., Ball, K., Smith, N., and Maddison, R. (2014). Cardiovascular disease self-management: pilot testing of an mHealth healthy eating program. *Journal of Personalized*,4(1),88-101.
- Davis, L.L. (1992). Instrument review: getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5, 194-197.
- Demir Korkmaz F, Alcan O.K., Eti Aslan, ve F.,Çakmakçı, H. (2015). An evaluation of quality of life following coronary artery bypass graft surgery. *Türk Gogus Kalp Damar*, 23(2),285-294.
- Direk, F., Çelik, S.S. (2012). Postoperative problems experienced by patients undergoing coronary artery bypass graft surgery and their self-care ability after discharge. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 20(3),530-535.
- Doak, L.G., Doak, C.C., and Meade, C.D. (1996). Strategies to improve cancer education materials. *Oncology Nursing Forum*, 23(8), 1305-1312.
- Doğu,Ö., Güngörsün, Ç.H., ve Erkorkmaz, Ü. (2015).Koroner By-Pass Ameliyatı Olan Hastalarda Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *J hum rhythm*, 1(3),155-161.

- Engelman, D.T., Ben Ali, W., Williams, J.B., Perrault, L.P., Reddy, V. S., Arora, R.C., Roselli, E.E., Khoynezhad, A., Gerdisch, M., Levy, J.H., Lobdell, K., Fletcher, N., Kirsch, M., Nelson, G., Engelman, R.M., Gregory, A.J., and Boyle, E.M. (2019). Guidelines for Perioperative Care in Cardiac Surgery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations. *JAMA surgery*, 154(8), 755–766.
- Erdil, F., Elbaş, Ö.N.(Editörler)(2016). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*, Ankara: Aydoğdu Ofset, 322-324.
- Ertem, S.G (2019). *Tip 1 Diyabetli Ergenelerin Hastalığa Uyumunda Roy Adaptasyon Modeline Göre Temellendirilmiş Eğitimin Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Balıkesir.
- Esmaili, M., Salehi-Tali, S., Mazaheri, E., Hasanpour-Dehkordi, A., and Kheiri, S. (2022). The Effect of the Nursing Care Based on the Roy Adaptation Model on the Level of the Quality of Life and Fatigue in the Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Critical care nursing quarterly*, 45(1), 35–41.
- European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care 2012 1: 7. DOI: 10.1177/2048872612461726. http://acc.sagepub.com/content/1/1_suppl/7
- Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP). Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III).(2001). *Journal of American Medical Association*, 285,2486–97.
- Fawcett, J. (2005). Contemporary nursing knowledge analysis and evaluation of nursing models and theories. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Fawcett, J. (2005a).Middle –range nursing theories are necessary for the advancement of the discipline. *Aquichan*, 5(1),32-43.
- Fernandes, C.P., Brito, C.S.(2020). Effect of a Stoma Nursing Care Program on the Adjustment of Patients with an Ostomy. *Aquichan*, 20(1),2014.
- Fredericks, S., Yau,T.(2017). Clinical effectiveness of individual patient education in heart surgery patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 65,44–53.
- Garcia, F., Williams, C., and Adams, L. (2024). Social support and self-concept in the context of coronary artery bypass grafting: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 61, 102-115.
- Gashi, B., Ejupi, V., Jasiqi, E., Gashi, F., Reshtani, E., Behluli, S. and Ismaili, A. (2021) The Role of Nursing Care in Drug Compliance and Quality of Life in Patients after Coronary Artery “Bypass” Surgery. *Open Journal of Nursing*, 11, 331-348.
- Glance, L. G., Kellermann, A. L., Hannan, E. L., Fleisher, L. A., Eaton, M. P., Dutton, R. P., Lustik, S. J., Li, Y., and Dick, A. W. (2015). The impact of anesthesiologists on coronary artery bypass graft surgery outcomes. *Anesthesia and analgesia*, 120(3), 526–533.

- Goudarzi, F., Khadivzadeh, T., Ebadi, A., and Babazadeh, R. (2022). Women's interdependence after hysterectomy: a qualitative study based on Roy adaptation model. *BMC women's health*, 22(1), 40.
- Du Toit, C., Bornman, J., and Van Belkum, C. (2003). Lifestyle adaptation of the patient post coronary artery bypass surgery (CABG). *Critical Care Journal*, 7 (Suppl 2).
- Gökdoğan, F., Özcan, A., Kır, E., Yıldırım, Y., Akbal, S.ve Cerit, B. (2003). *Eğitim kitapçıları okunabilir mi? 2. Uluslararası 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi Müdürlüğü, 545-549.
- Hacıoğlu, M.B., Altunoğlu, G.E., Erdenen F.,Ülgen, E., ve Müderrisoğlu C. (2014). Diyabetik ve Diyabetik Olmayan Koroner Arter Hastalarında Fibrinojen ve Ortalama Trombosit Hacminin Aterosklerozdaki Yeri Diabetic and Nondiabetic Coronary Heart Disease with Patient Fibrinogen and Middle Platelet Volume for Atherosclerosis. *İstanbul Medikal Journal*,15,161-5.
- Halm, M.A. (2016). Specific needs, concerns, strategies and advice of caregivers after coronary artery bypass surgery. *Heart & Lung*, 45(5), 416-422.
- Hardin, S.R. and Kaplow, R. (Editors) (2010). *Cardiac Essentials for Critical Care Nursing*, Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 115-127.
- Head, S.J., Milojevic, M., Taggart, D.P., and Puskas, J.D. (2017). Current Practice of State-of-the-Art Surgical Coronary Revascularization. *Circulation*, 136(14), 1331–1345.
- Demirbağ C.B.(Editör) (2021).Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla. Ankara:Nobel Kitabevi,450-485.
- Howitt, D., and Cramer, D. (2011). *Introduction to SPSS statistics in psychology: For version 19 and earlier*. London: Pearson Education Limited.
- Huang, L., Huang, W. (2023). Risk factor management in coronary artery disease: The role of Roy Adaptation Model in patient education and nursing care. *International Journal of Nursing Practice*, 29(1), e12967.
- Gaziano, T.A.(2017). Lifestyle and cardiovascular disease: More work to do. *Journal of American College of Cardiology*, 69,1126-1128.
- Ingram, L. (1995). Roy's adaptation model and accidentand emergency nursing. *Accident and Emergency Nursing*, 3(3),150-153.
- İliçin, G., Biberoğlu, K., Süleymanlar, G., ve Ünal, S. (2012). *Temel İç Hastalıkları*. İstanbul: Güneş Kitabevi, 407-424.
- İnternet: Türkiye Kardiyoloji Derneği (2015). Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önlem ve Kontrol Programı Eylem Planı 2015-2020. Web: <https://tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf> adresinden 18 Mart 2020'de alınmıştır.

İnternet: World Health Organization (2021). Cardiovascular diseases (CVDs). Web: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) adresinden 12 Şubat 2024'de alınmıştır.

John Hopkins Medicine (2018). Heart and vascular Institute cardiac surgery a guide for patients and their families. Web: www.hopkinsmedicine.org/heart_vascular_institute/downloads/cardiac_surgery_patient_guide.pdf. adresinden 15 Ağustos 2021'de alınmıştır.

Johny, S.A., Moly, K.T., Sreedevi, P.A., and Nair, R.R. (2017). Effectiveness of nursing process based clinical practice guideline on quality of nursing care among post CABG patients. *International Journal of nursing education*, 9(2), 120-126.

Jones, A., Smith, B., and Lee, C. (2022). Personalized Nursing Care in Postoperative Cardiac Surgery Patients: Effects on Anxiety and Depression. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 37(1), 15-22.

Jones, D., Garcia, F., and Williams, C. (2024). Neurological complications of coronary artery bypass grafting: A retrospective study. *International Journal of Nursing Studies*, 62, 89-102.

Kanan, N. (2021). Kalp ve damar sisteminin cerrahi hastalıkları ve bakımı. Akyolcu, N, Kanan, N ve Aksoy, G. (Editörler), *Cerrahi Hemşireliği II* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 95-115.

Kara, D., Yılmaz, E. (2020). Açık kalp cerrahisi yapılan hastalarda öz yeterliliğin ilaç uyumu ve yaşam kalitesine etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 34 (1), 55-62.

Karadağ, A., Çalışkan, N., Göçmen, B.Z. (2017). Hemşirelik Teori ve Modelleri. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, 370-437.

Kavuran, E., Camcı, B.C. (2022). Determination of Adaptation of Type 2 Diabetic Patients to the Disease and Affecting Factors According to Roy Adaptation Model: Descriptive Study. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 14(2), 454-63.

Kaya, S., Sain Guven, G., Teleş, M., Korku, C., Aydan, S., Kar, A., Kartal, N., Koca, G.Ş ve Yıldız, A. (2017). Validity and reliability of the Turkish version of the readiness for hospital discharge scale/short form. *Journal of Nursing Management*, 26, 295-301.

Kılıç, D., Türkoğlu, N., Baysal, H.Y., Adıbelli, D., Bilgin, S., ve Akyıl, R.C. (2018). The Effect of Education Provided Using the Roy's Adaptation Model on Hypertension Management. *International Journal of Caring Sciences*, 11 (1); 333-341.

Kim, H., Lee, J., and Choi, Y. (2023). The Role of Digital Health Technologies in Post-CABG Nursing Care: A Systematic Review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(4), 210-220.

Koçaşlı, S., Kanan, N. (2020). Açık kalp cerrahisi sonrası hastaların fiziksel ve psikososyal iyileşme durumları. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 146-158.

- Lie, I., Bunch, E.H., Smeby, N.A., Arnesen, H., and Hamilton, G. (2012). Patients' experiences with symptoms and needs in the early rehabilitation phase after coronary artery bypass grafting. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11(1): 14-24.
- Lind, D. A., Marchal, W. G., & Wathen, S. A. (2006). Basic statistics for business and economics. United States: McGraw-Hill Companies.
- Lopez, V., Ying, S., Poon, CY., Wai, Y. (2017). Physical, psychological and social recovery patterns after coronary artery bypass graft surgery: A prospective repeated measures questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44 (2007), 1304–1315.
- Maleki, F., Khalkhali, H., Hemmati, M., and Pak, M. (2016). Study of the effect of performance Roy adaptation model on intensity and effects of fatigue in multiple sclerosis patients. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*, 14(6), 571-579.
- Mansouri, A., Baraz, S., Elahi, N., Malehi, A.S., and Saberipour, B. (2019). The effect of an educational program based on Roy's adaptation model on the quality of life of patients suffering from heart failure: A clinical trial study. *Japan Journal of Nursing Science*, 16(4), 459-467.
- Masters, K. (2012). Roy Adaptation Model: Sister Calista Roy. In *Nursing Theories: A Framework For Professional Practice*, Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Learning, 127-142.
- Mathew, A.M., Konnur, R.G. (2021). Effectiveness of Awareness Module On Knowledge Regarding Maintenance of Health And Prevention of Complications Related to CABG Among Caregivers of CABG Patients Admitted In Selected Hospitals of Gujarat. *IDC International Journal*, 8(1), 72-76.
- McKillup, S. (2012). *Statistics explained: An introductory guide for life scientists* (Second edition). United States: Cambridge University Press.
- Meleis, A. (2012) *Theoretical Nursing Development & Progress*. Philadelphia :Lippincott William & Wilkins, Wolters Kluwer.
- Miller, R.J.H., Bonow, R.O., Gransar, H., Park, R., Slomka, P.J., Friedman, J.D., Hayes, S., Thomson, L., Tamarappoo, B., Rozanski, A., Doenst, T., and Berman, D.S. (2020). Percutaneous or surgical revascularization is associated with survival benefit in stable coronary artery disease. *European heart journal. Cardiovascular Imaging*, 21(9), 961–970.
- Noor Hanita, Z., Khatijah, L.A., Kamaruzzaman, S., Karuthan, C., and Raja Mokhtar, R.A. (2022). A pilot study on development and feasibility of the 'My Education: CABG application' for patients undergoing coronary artery bypass graft (CABG) surgery. *BMC nursing*, 21(1), 40.
- Nunnally, J. C. (1978), *Psychometric Theory*. New York: McGrawHill.
- O'Brien, L., McKeough, C., and Abbasi, R. (2013). Pre-surgery education for elective cardiac surgery patients: A survey from the patient's perspective. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60, 404–409.

- Okyar, P., Şen Tepe, Ç., ve Durat, G. (2022). Ameliyat Öncesinde Yaşanan Kaygının Uyku Kalitesine Etkisi. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 5(2), 112-121.
- Onat, A. (2017). *Toplumumuzda Kan Basıncı ve Hipertansiyon TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük*. İstanbul: Logos Yayıncılık Tic. A.Ş.,104-117.
- Oshvandi, K., Pakrad, F., Mohamadi Saleh, R., Seif Rabiei, M.A., and Shams, A. (2020). Postoperative symptoms and complications in patients having undergone coronary artery bypass graft in hamadan: a descriptive cross-sectional study. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 9(4), e104180.
- Özcan, Z. (2013). *Meme Kanseri Hastalarında Roy Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitimin Hastalığa Uyuma Etkisinin İncelenmesi* (Doktora Tezi),Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ege.
- Özdemir, B., Önler, E. (2021). The effect of a structured patient education intervention on the quality of life for coronary artery bypass grafting patients: a prospective randomised controlled study. *Journal of Perioperative Practice*, 31(4), 124-131.
- Özen, B., Seviğ, E.Ü. (2017). The impact of planned hospital discharge program on complications and hospital readmissions in patients undergoing coronary artery bypass grafting. *Türk Gogus Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 25, 353-62.
- Pačarić, S., Turk,T., Erić, I., Orkić, Ž., and Petek, E.A., Milostić-Srb, A., Farčić, N., Barać, I., and Nemčić, A.(2020). Assessment of the Quality of Life in Patients before and after Coronary Artery Bypass Grafting (CABG): A Prospective Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4),1417.
- Paç, M., Akçevin, A., Aykut, A.S., Büket, S., ve Sarıoğlu, T. (2013) *Kalp ve Damar Cerrahisi* Ankara: Nobel Kitabevi, 2179-2189.
- Pektekin Ç. 2013. Hemşirelik Felsefesi Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar.İstanbul:İstanbul Kitabevi,111-118.
- Perrotti, A., Ecartot, F., Monaco, F., Dorigo, E., Monteleone, P., Besch, G., and Chocron, S.(2019). Quality of life 10 years after cardiac surgery in adults: a long-term follow-up study. *Health Qual. Life Outcomes*, 17, 88.
- Philips, K.D.,Harris R. (2014). Adaptation model. In M.R. Aligopd (Editors). *Nursing :Theorist and Their Work*. St Louis, Missouri:Elseiver Inc.,Mosby Inc, 303-320.
- Pınar, R. (1995). Sağlık Araştırmalarında Yeni bir Kavram:Yaşam Kalitesi-Bir Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kronik Hastalarda Geçerlilik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. *Hemşirelik Bülteni*, 9(38), 85-94.
- Punthakee, Z., Goldenberg, R., and Katz, P.(2018). Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Definition, Classification and Diagnosis of Diabetes, Prediabetes and Metabolic Syndrome. *Canadian Journal of Diabetes*, 42 (Suppl 1), 10-15.

- Razmjoei, N., Ebadi, A., Asadi-Lari, M., and Hosseini, M. (2017). Does a “continuous care model” affect the quality of life of patients undergoing coronary artery bypass grafting?. *Journal Vascular Nursing*, 35,21-26.
- Rezaei A., Shariati A., Molavynejad S., and Ghanbari Chah anjiri S.(2022). The Effect of a Training Program Based on Roy’s Adaptation Model on the Adaptation of Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft in Intensive Care Units. *Jundishapur J Chronic Dis Care*,11 (1):e118237.
- Rothrock, J. C. (2018). Alexander’s care of the patient in surgery. Elsevier - Health Sciences Division.
- Roy, C., Andrews H.A.(1999). The Roy Adaptation Model: The Definitive Statement. (2 nd Eds) Stanford, Ct:Appleton an Lange Press.
- Roy, C. (2011). Extending the Roy adaptation model to meet changing global needs . *Nursing Science Quarterly*, 24(4),345-351.
- Roy, S.C.(2009). The Roy adaptation model. 3rd ed, New Jersey: Upper Saddle River Pearson Prentice Hall Health.
- Sadeghi, M., Hashemi, M., Sararoudi, R.B., Merasi, M.R., Molaeinezhad, M., and Shamsolketabi, H. (2017). Demographic and psychological predictors of recovery from coronary artery bypass graft. *Journal of education and health promotion*, 6, 92.
- Salzmann S, Salzmann-Djufri M, Wilhelm M, and Euteneuer F.(2020). Psychological Preparation for Cardiac Surgery. *Curr Cardiol Rep*, 22(12),172.
- Samur, G., Yıldız, E.(2008). Obezite ve Kardiyovasküler Hastalıklar/Hipertansiyon. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Ankara: Klasmat matbaacılık,7-11.
- Sarıcaoglu, F., Uysalel, A. (2023). Impact of Nursing Care on Myocardial Infarction Risk and Ventricular Function Post-CABG Surgery. *Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 32(2), 14-22.
- Sevinç, S. (2017). Cardiovascular Diseases and Nursing Management. Ovasolu ve Ovasolu Ö (editörler). *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*, Genişletilmiş 2. Baskı. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, 129-133.
- Shahmoradi, L., Rezaei, N., Rezayi, S. Zolfaghari,M., and Manafi B.(2022). Educational approaches for patients with heart surgery: a systematic review of main features and effects. *BMC Cardiovasc Disord*, 22, 292.
- Shawon, M.S.R., Odutola, M., Falster, M. O., and Jorm, L. R. (2021). Patient and hospital factors associated with 30-day readmissions after coronary artery bypass graft (CABG) surgery: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, 16(1), 172.
- Shosha, G.A., Al kalaldehy, M.(2012). A critical analysis of using Roy’s adaptation model in nursing reserach. *International Journal of Academic Research*, 4(4),26-31.

- Sibillitz, K.L., Berg, S.K., Thygesen, L.C., Hansen, T.B., Kober, L., Hassager, C., and Zwisler, A.D. (2015). High readmission rate after heart valve surgery: a nationwide cohort study. *International journal of cardiology*, 189, 96–104.
- Smith, A., Johnson, B., and Williams, C. (2021). The impact of coronary artery bypass grafting on role function domain: A qualitative study. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 36(4), 123-135.
- Smith, D., Wang, Y., and Roberts, E. (2023). The Impact of Educational Programs on Recovery and Quality of Life in Post-CABG Patients. *Nursing Research and Practice*, 15(2), 45-53.
- Smith, J., Johnson, B., and Garcia, F. (2022). The role of social support in post-coronary artery bypass grafting recovery: A qualitative study. *Journal of Cardiac Surgery*, 44(2), 123-135.
- Solak, H., Solak, Görmüş I., Görmüş, N., ve Solak, T. (2010) *Koroner Arter Hastalıkları ve Cerrahisi* (İkinci Baskı). İstanbul: Efil Yayınevi, 1-176.
- Sutton, L.J., Jarden, R.J. (2017). Improving the quality of nurse-influenced patient care in the intensive care unit. *Nursing in critical care*, 22(6), 339–347.
- Tabachnick, B.G., Fidell, L.S. (2013). Using multivariate statistics (Sixth edition). United States: Pearson Education.
- Taylor, E., Smith, Y. (2021). Family Support and Recovery Outcomes in CABG Patients. *Journal of Family Nursing*, 27(3), 317-332.
- Totur, D.B., Yavuz Van Giersbergen, M. (2022). Home Care Needs of Patients Undergoing The Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Gevher Nesibe Journal of Medical and Health Sciences*, 6(13), 68-73.
- Tully, P.J., Winefield, H.R., Baker, R.A., Denollet, J., Pedersen, S.S., Wittert, G.A., and Turnbull, D.A. (2015). Depression, anxiety and major adverse cardiovascular and cerebrovascular events in patients following coronary artery bypass graft surgery: A five year longitudinal cohort study. *BioPsychoSocial Medicine*, 9(1), 110.
- Tuna, A., Emre, Ö. (2020). The Effect of Tele-Nursing to Care Results After Discharged to Patient with Coronary Arter Bypass Graft. *Journal of Paramedic and Emergency Health Services*, 2(1):44-53
- Uzun, Ş. (2017). Sister Callista Roy: Adaptasyon Modeli. Karadağ, A., Çalışkan, N., Baykara Göçmen, Z. (Ed.), *Hemşirelik Teorileri ve Modelleri* İstanbul: Vizyon Basımevi, 1. Baskı. Bölüm 17, 370-437
- Verwijmeren, L., Noordzij, P.G., Daeter, E.J., Van Zaane, B., Peelen, L.M., and Van Dongen, E.P.A. (2018). Preoperative determinants of quality of life a year after coronary artery bypass grafting: a historical cohort study. *Journal of Cardiothorac Surgery*, 13 (1), 118.

- Waard, D.D., Fagan, A., Minnaar, C., and Horne, D. (2021). Management of patients after coronary artery bypass grafting surgery: a guide for primary care practitioners. *Canadian Medical Association Journal*, 193, E689-94.
- Wang, L., Kim, S., and Patel, R. (2022). Multidisciplinary Nursing Teams in Postoperative Cardiac Care: A Meta-Analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 60(3), 120-130.
- Ware, J.E., Jr, Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30(6), 473–483.
- Weiss, M.E., Costa, L.L., Yakusheva, O., Bobay, K.L. (2014). Validation of Patient and Nurse Short Forms of the Readiness for Hospital Discharge Scale and Their Relationship to Return to the Hospital. *Health Services Research*, 49(1), 304.
- Wilcox, R. R. (2012b). Modern statistics for the social and behavioral sciences: A practical introduction. United States: Chapman & Hall/CRC Press.
- Williams, C., Smith, J., & Brown, E. (2023). Metabolic changes after coronary artery bypass grafting: A longitudinal analysis. *Journal of Cardiac Surgery*, 45(4), 210-225.
- World Health Organization (2017). Cardiovascular diseases (CVDs). URL: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)), Son Erişim Tarihi: 10.06.2020.
- Yaman Aktas, Y., Gök Uğur, H., ve Sevcan Orak, O. (2021). A randomized controlled study on the effectiveness of discharge training in patients following cardiac surgery. *Central European Journal of Nursing And Midwifery*, 12(1), 225-234.
- Yavuz van Giersbergen, M.(2023). *Cerrahi Hemşireliği* (1. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitapevi, 710.
- Yıldız, E., Karagözoğlu, Ş. (2021). The Effects of Nursing Education Constructed According to Roy Adaptation Model on Adaptation Process of Patients Undergoing Bariatric Surgery. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*, 16(2), 98-108.
- Zaidova, N., Alzoubi, R., Jaber, A., Nazzal, M. (2022). Lived Experiences of Individuals With Coronary Artery Bypass Graft Surgery in Jordan. *The American Journal of Occupational Therapy*, 76(Supplement_1), 7610505123p1.

EKLER



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

İSTATİSTİK DANIŞMANLIK VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

17/09/2021

ÇALIŞMA BİLGİLERİ

Çalışmanın Adı: Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Hastalarında Roy Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Programının Etkinliği

Araştırmacının Adı-Soyadı: Öğr.Gör. Berrak Balanuye

Bölümü/Anabilim Dalı: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

BİYOİSTATİSTİK ÖN DEĞERLENDİRME

“Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Hastalarında Roy Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Programının Etkinliği” isimli proje çalışmasının proje özeti ve araştırma hipotezleri detaylı olarak incelenmiştir. İncelenen proje özetine göre, Araştırmacı Koroner Arter Bypass Greft ameliyatı geçiren hastalarda Roy Uyum Modeline göre verilecek olan yapılandırılmış eğitim programının etkinliğini incelemek istemektedir. Çalışma ve kontrol grubu ile çalışılacak bu araştırmanın evrenini koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastalar ve kontrol/izlem amacıyla kalp damar polikliniğine başvuran hastalar oluşturacaktır. Çalışma kapsamında, Hasta Tanıtım Formu, Roy Başetme ve Uyum Ölçeği, Kısa Form (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği, Roy Uyum Alanlarına İlişkin Sorun Belirleme Formlarıyla hastalardan veriler elde edilecektir. Hasta ve kontrol grupları arasında sayısal ölçümler bakımından farklılıklar incelenecek olup Ameliyattan hemen sonra, ameliyat sonrası 2. Hafta ve ameliyat sonrası 4.hafta ölçümleri yalnızca çalışma grubundan alınacaktır. Çalışma grubunda zamanlara göre ölçek skorlarının değişimi incelenecektir.

Çalışmada kullanılması planlanan uygun hipotez testi yöntemi, çalışma ve kontrol grubunun ölçek skorları açısından karşılaştırılmasında parametrik test varsayımlarının sağlandığı durumda “Student t testi”, sağlanmıyorsa “Mann-Whitney U testi” olarak belirlenmiştir. Ölçümlerin zamana göre değişip değişmediğinin incelenmesinde test varsayımlarının sağlandığı durumda “Tekrarlı Ölçümler Varyans Analizi”, sağlanmadığı durumda “Friedman Testi” ile incelenecektir.

EK-1. (devam) Örneklem Hesabı-Güç Analizi

- “Student t testi” için etki genişliği $d=0.80^*$ olmak üzere %80 test gücünü %95 güven düzeyinde sağlayacak minimum 52 kişidir (26 çalışma, 26 kontrol grubu).
- “Tekrarlı Ölçüm Varyans Analizi” için etki genişliği $f=0.25^*$ olmak üzere %80 test gücünü %95 güven düzeyinde sağlayacak 28 kişidir.

Müdahale ve kontrol grubu karşılaştırılmasında **26 çalışma ve 26 kontrol grubunda olmak üzere toplam 52 kişi gerekmektedir.**

t tests - Means: Difference between two independent means (two groups)

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input: Tail(s) = Two

Effect size d = 0.8

α err prob = 0.05

Power ($1-\beta$ err prob) = 0.80

Allocation ratio $N2/N1$ = 1

Output: Noncentrality parameter δ = 2.8844410

Critical t = 2.0085591

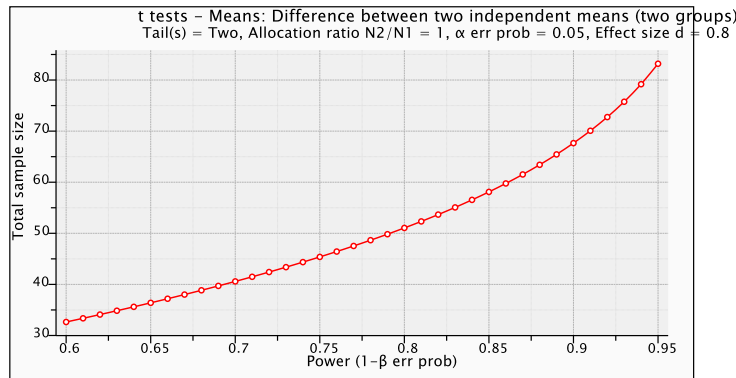
Df = 50

Sample size group 1 = 26

Sample size group 2 = 26

Total sample size = 52

Actual power = 0.8074866



F tests - ANOVA: Repeated measures, within factors

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input: Effect size f = 0.25

α err prob = 0.05

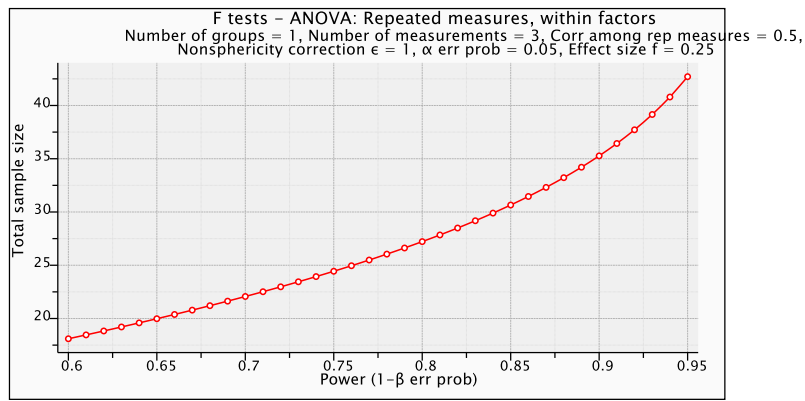
Power ($1-\beta$ err prob) = 0.80

Number of groups = 1

Number of measurements = 3

EK-1. (devam) Örneklem Hesabı-Güç Analizi

Corr among rep measures = 0.5
 Nonsphericity correction ϵ = 1
Output: Noncentrality parameter λ = 10.5000000
 Critical F = 3.1682460
 Numerator df = 2.0000000
 Denominator df = 54.0000000
 Total sample size = **28**
 Actual power = 0.8124546



* COHEN, J., “Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (Revised ed.)”, 1977.

Araş. Gör. Eylem GÜL
 Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
 Biyoistatistik Anabilim Dalı

EK-2. Hasta Tanılama Formu

- 1) Yaş.....
- 2) Cinsiyet () Kadın () Erkek
- 3) Eğitim Durumunuz:

() Okur yazar değil	() Lise mezunu
() İlkokul mezunu	() Yüksek öğretim mezunu
() Ortaokul mezunu	
- 4) Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar () Dul () Boşanmış
- 5) Gelir Durumunuz: () Gelir <Gider () Gelir=Gider () Gelir >Gider
- 6) Çalışıyor musunuz?

() Evet	() Hayır	() Emekli
----------	-----------	------------
- 7) Mesleğiniz nedir?

() Çalışmıyor	() Memur	() Emekli
() Ev Hanımı	() İşçi	() Serbest meslek
- 8) Sosyal Güvenceniz: () Var () Yok
- 9) Evinizde birlikte yaşadığınız kişiler

() Var;	() Eşi	() Çocukları	() Aile büyükleri	() Diğer...
() Yok				
- 10) Evinizde sizinle birlikte yaşayan kişilerden bakımınıza destek olanlar var mı?

() Evet	() Hayır
----------	-----------
- 11) 10.soruya cevabınız 'evet' ise, bakımınıza destek olan kişiler sizi hangi açılardan destekliyorlar? (Cevaplarken birden fazla şık seçilebilir.)

a) Fiziksel açıdan	b) Ekonomik açıdan	c) Ruhsal açıdan
--------------------	--------------------	------------------
- 12) Aile içindeki konumunuz?

() Anne	() Baba	() Kayınvalide-Kayınpeder	() Diğer
----------	----------	----------------------------	-----------
- 13) Aile tipiniz nedir?

a) Çekirdek	b) Geniş (aile üyelerini belirtiniz.....)
-------------	---
- 14) Hastaneye yatmadan önceki dönemde;

a) Sigara içme durumu: () Evet; Süresi: Miktarı:sayı/gün
() Hayır
b) Alkol alma durumu: () Evet Süresi:.....Sıklığı:.....Miktarı:.....bardak veya kadeh/gün
() Hayır
- 15) Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? () Evet () Hayır

EK-2. (devam) Hasta Tanılama Formu

16) Kalp hastalığınız dışında başka kronik hastalık bulunma durumu:

() Evet () Hayır

17) 16.soruya cevabınız 'evet' ise, Var olan kronik hastalıklar ve süreleri:

- () Hipertansiyon
- () Diyabet (☐ Tip I, ☐ Tip II).....
- () Koroner Arter Hastalığı
- () Hiperlipidemi
- () Kronik böbrek yetmezliği.....
- () KOAH
- () Kanser (Tipi.....)

18) Ailede kalp hastalığı bulunma durumu () Var () Yok**19) İlaç kullanma durumu:** () Evet (Açıklayınız.....) () Hayır**20) Daha önce ameliyat olma durumu:** () Evet (Açıklayınız.....) () Hayır**21) Bypass ameliyatına yönelik bilgi aldınız mı?**

() Evet () Hayır

22) Bilgiyi kimden/nereden aldınız? (Birden fazla madde işaretlenebilir)

- () Doktor
- () Hemşire
- () TV
- () İnternet
- () Ameliyat olmuş bireyler
- () Diğer (Açıklayınız.....)

23) Bypass ameliyatı sizin için ne ifade ediyor? (Birden fazla yanıt verilebilir.)

- () Doğal, normal bir süreç olarak
- () Bağımlılığın artması, hareketlerin kısıtlanması
- () Üretkenliğin bitmesi/ Yaşam kalitesinin azalması
- () Yaşlandığını hissetme
- () Ölüme yaklaşmak
- () Diğer (Açıklayınız.....)

EK-3. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Aşağıda son 4 hafta içinde sağlığınıza hakkında görüşlerinizi belirlemek için sorular bulunmaktadır. Lütfen her bir soruyu dikkatle okuyarak altında bulunan cevap seçeneklerinden sizin için en uygun cevabı işaretleyiniz.

1. Genel olarak sağlığınıza

1. Mükemmel 2. Çok iyi 3. İyi 4. Orta 5. Kötü

SAĞLIĞINIZ VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda, şimdiki sağlığınıza genel olarak nasıl buluyorsunuz?

- Bir yıl öncesinden çok daha iyi 1
 Bir yıl öncesinden biraz daha iyi 2
 Hemen hemen aynı 3
 Bir yıl öncesinden biraz daha kötü 4
 Bir yıl öncesinden çok daha kötü 5

Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. Sağlığınıza aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer engelliyorsa, ne kadar engelliyor? (Her satırda uygun rakamı işaretleyiniz)

AKTİVİTELERİNİZ

	Evet çok engelliyor	Evet biraz engelliyor	Hayır pek engellemiyor
3. Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde	1	2	3
4. Masayı, elektrik süpürmesini itmek gibi orta/hafif hareketlerde	1	2	3
5. Paket veya çanta taşıırken	1	2	3
6. Birkaç kat merdiven çıkarken	1	2	3
7. Bir kat merdiven çıkarken	1	2	3
8. Eğilirken, çömelirken	1	2	3
9. Bir kilometreden fazla yürürken	1	2	3
10. Birkaç yüz metre yürürken	1	2	3
11. Yüz metrelik bir mesafeyi yürürken	1	2	3
12. Giyinirken veya yıkanırken	1	2	3

Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak, aşağıdaki problemlerin herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu?

	Evet	Hayır
13. İşinizde ve diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
14. İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
15. İş ve aktivitelerinizi zahmetsiz (kolay) olanlarla sınırladınız mı?	1	2
16. İş ve aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi? (örneğin ekstra çaba harcadınız mı?)	1	2

EK-3. (devam) SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak (örneğin sinirli veya stresli), aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz)

	Evet	Hayır
17. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
18. İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
19. İşlerinizi ve diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az dikkatli mi yaptınız?	1	2

20. Geçen 4 hafta boyunca, fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi?

Pek etkilemedi	1
Çok az	2
Orta	3
Oldukça	4
Aşırı	5

AĞRI

21. Geçen 4 hafta boyunca, vücudunuzda ne kadar ağrı oldu? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)	
Hiç	1
Çok hafif	2
Hafif	3
Orta	4
Fazla	5
Çok fazla	6

22. Geçen 4 hafta boyunca ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi? (Evdeki ve dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere) (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Çok değil	1
Az	2
Orta	3
Oldukça fazla	4
Aşırı	5

DUYGULARINIZ

Bu sorular geçen ay boyunca, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır. Her soru için, size en uygun gelen seçeneği yuvarlak içine alarak cevaplandırınız.

	Her zaman	Çoğunlukla	Biraz fazla	Bazen	Çok az	Hiç
23. Tam enerjik (zinde) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
24. Çok sinirli biriydiniz	1	2	3	4	5	6
25. Hiçbir şeyin sizi neşelendirmeyeceği kadar canınız sıkındı	1	2	3	4	5	6
26. Sakin ve huzurluydunuz	1	2	3	4	5	6
27. Fazla enerjiniz vardı	1	2	3	4	5	6
28. Moralsız ve kederli hissettiniz	1	2	3	4	5	6
29. Çok yorgun (bitkin) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
30. Hiç mutlu oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
31. Tükenmiş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
32. Sağlığınız akraba veya arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?	1	2	3	4	5	6

EK-3. (devam) SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

GENEL OLARAK SAĞLIĞINIZ

Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
33. Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim	1	2	3	4	5
34. Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
35. Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum	1	2	3	4	5
36. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK-4. Baş Etme ve Uyum Ölçeği-Türkçe Formu

BAŞ ETME VE UYUM ÖLÇEĞİ

Açıklama: İnsanlar bazen hayatlarında çok zor olaylar ya da kriz durumları yaşarlar. Aşağıda insanların bu gibi durumlarda verdikleri tepkilerin sıralandığı bir liste var. Listedeki her bir madde için sizin kişisel olarak vereceğiniz tepkiye en yakın cevabı daire içine alın.

1=HIÇBİR ZAMAN

2=ARADA SIRADA

3= SIKLIKLA

4=HER ZAMAN

“Bir kriz durumu ya da çok zor bir olay yaşadığımda; Ben.....”	1 Hiçbir zaman	2 Arada sırada	3 Sıklıkla	4 Her zaman
1. Bir kriz durumunda bile, birçok talimatı aynı anda sürdürebilirim.				
2. Yeni soruna genellikle yeni bir çözüm getirebilirim.				
3. Sorunun ne olduğunu tanımlar ve sorunu bütünüyle görmeye çalışırım.				
4. Seçeneklerimi arttırmak için mümkün olduğunca daha fazla bilgi toplarım.				
5. Sıkıntılı olduğumda yapmam gerekenleri bitirmede zorluk çekerim.				
6. Geçmişte işe yarayan çözümleri hatırlamaya çalışırım.				
7. Genellikle her türlü şeyi benim için en yararlı olacak şekilde yapmaya çalışırım.				
8. Beni rahatsız eden şeyin dışında başka bir şey düşünemem.				
9. Sorunu elimden gelen en iyi şekilde ele alabilirsem kendimi iyi hissederim.				
10. Durumun nasıl sonlanmasını istediğimi belirlerim ve sonra hedefe nasıl ulaşacağıma bakarım.				
11. Stresli olduğumda verimim azalır.				
12. Bir durumla karşılaştığımda kendime biraz zaman veririm ve durumu tam kavrayana kadar harekete geçmem.				
13. Bir kriz durumunu baş edebileceğimden çok daha fazla karmaşık bulurum.				
14. Problemi adım adım düşünerek karar veririm.				
15. Ortada hiçbir sebep yokken yavaşlamaya başladığımı hissederim.				
16. Duygularımı yeniden olumlu şekle sokmak için çok çalışırım.				
17. Kriz boyunca gün içinde kendimi sürekli tetikte ve aktif hissederim.				
18. Duygularımı bir kenara bırakır ve olup bitenlerle ilgili son derece tarafsız olurum.				
19. Olayla ilgili her şey için gözümlü kulağımı açık tutarım.				
20. İlk başta aşırı tepki vermeye meyilliyim.				
21. Başka durumlarda işe yarayan şeyleri hatırlarım.				
22. Olayları olduğu gibi görerek, sorunu doğru açıdan değerlendiririm.				

EK-4. (devam) Baş Etme ve Uyum Ölçeği-Türkçe Formu

Ben.....”	Hiçbir zaman	Arada sırada	Sıklıkla	Her zaman
23. En azından bir süre için donup kalırım ve kafam karışır.				
24. Problemin ne olduğunu söylemek aslında benim için çok güçtür.				
25. Çok boyutlu problemleri ele alma konusunda iyiyimdir.				
26. Sorunla başa çıkmak için daha fazla destek/kaynak bulmaya çalışırım.				
27. Bilmediğim yerlere gitmek zorunda kaldığımda pek çok kişiye göre yolumu daha iyi bulabilirim.				
28. Durumu ele alırken mizahı kullanırım.				
29. Krizi atlatacak için yapacağım köklü değişikliklerle hayatımı altüst etmem olasıdır.				
30. (Egzersiz gibi) fiziksel aktivite ve dinlenme zamanımı dengelemeye çalışırım.				
31. Stresli olduğumda verimim artar.				
32. Olup biten her şeyi geçmiş deneyimlerimle ya da gelecek planlarımla ilişkilendirebilirim.				
33. Yaşadığım güçlükler ne olursa olsun kendimi suçlamaya meyilliyim.				
34. Yaratıcı olmaya ve yeni bir çözüm bulmaya çalışırım.				
35. Bazı nedenlerle tecrübelerimden yeterince yararlanamıyorum.				
36. Başkalarının işine yarayan çözümlerden yararlanırım.				
37. Olaya bir fırsat ya da aşılması gereken zorluk gibi gördürüm ve olumlu yönden bakarım.				
38. Daha fazla çözüm üretebilmek için, tüm seçenekler üzerinde düşündürüm.				
39. (Egzersiz gibi) fiziksel aktivitelerimde değişiklikler yaşarım.				
40. Olay meydana gelir gelmez detayları öğrenerek, olayın kontrolünü ele alırım.				
41. Herhangi bir şey yapmadan önce olabilecek her tür belirsizliği açıklamaya çalışırım.				
42. Krize, büyük ihtimalle doğrudan müdahale ederim.				
43. Hasta olacağımı hissederim.				
44. Yaşadığım zorluğu çözebilen yeni bir beceriyi oldukça çabuk öğrenir ve kullanırım.				
45. Çok sık olarak yaptığım işten kolayca vazgeçerim.				
46. Olayla başa çıkmak için bir dizi aktiviteyi içeren bir plan geliştiririm.				
47. Birçok şeyin nasıl sonuçlanacağı hakkında iyi niyetli/olumlu düşündürüm.				

EK-5. Roy Uyum Alanlarına Göre Taburculuk Sonrası Yaşanan Sorunlara İlişkin Form

Alanlar	Taburculuktan 2 hafta sonra		Taburculuktan 6 hafta sonra	
Fizyolojik	Var	Yok	Var	Yok
Çarpıntı				
Ateş				
Kan basıncında değişim				
Ameliyat yerinde akıntı				
Ameliyat yerinde kızarıklık/ısı artışı				
Ameliyat yerinde şişlik				
Ameliyat yerinde ağrı				
Halsizlik				
Nefes darlığı				
Öksürük				
Balgam				
Kabızlık				
Yorgunluk/halsizlik				
Yeterli ve dengeli beslenme				
İştahsızlık				
Bulantı-kusma				
Öğünlerini bitirememe				
Kilo kaybı				
Ameliyat sonrası nasıl beslenmesi gerektiğini yeterince bilmeme				
Hareket kısıtlılığı				
Tek başına yürüyememe				
Yürümede güçlük yaşama				
Merdiven çıkarken zorlanma				
Ameliyat sonrası dönemde fiziksel aktivitelerini sürdürürken dikkat edeceği noktaları yeterince bilmeme				
Uykusuzluk				
Uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetmeme				
Uykuya almada güçlük				
Uyku süresinde azalma				
Gün içinde kestirme/ara ara uyuma				
Uyku hali				
Diğer (...)				
(Ağrınız var ise; lütfen ağrınızı en doğru yansıtabilecek numarayı yuvarlak içine alınız)				
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ağrı yok Dayanılmaz ağrı				

EK-5. (devam) Roy Uyum Alanlarına Göre Taburculuk Sonrası Yaşanan Sorunlara İlişkin Form

Benlik kavramı Alanında;		Taburculuktan 2 hafta sonra		Taburculuktan 6 hafta sonra	
		Var	Yok	Var	Yok
Anksiyete					
Bağımlı olmaktan korkma					
Kontrol kaybı yaşama					
Ölüm/iyileşememe korkusu					
Gelecek kaygısı					
Ümitsizlik					
Çabuk sinirlenme					
Tek başına evden dışarı çıkma korkusu					
Diğer (...)					
Rol Fonksiyon ve Karşılıklı Bağlılık Alanında;		Var	Yok	Var	Yok
Kendi kendine banyo yapmada güçlük yaşama					
Kendi kendine giyinmede güçlük yaşama					
Kendi kendine el yüz ve ağız bakımını yapmada güçlük yaşama					
İş kaybı yaşama					
Maddi sıkıntı yaşama					
Sosyal etkileşimin azalması					
Sosyal etkileşimin artması					
Sosyal etkileşimde bozulma					
Aile içi ilişkilerde bozulma					
Yaşam tarzında değişime uyum göstermede zorlanma					
Anne/Baba/Eş rollerini yerine getirmede zorlanma					
Taburculuk sonrası hastaneye tekrar başvurma durumu					
Kontrollere zamanında gelme					
İlaçları düzenli alma	1. İlaçlarını almıyor 2. Düzensiz aksatarak alıyor 3. Düzenli alıyor	1. İlaçlarını almıyor 2. Düzensiz aksatarak alıyor 3. Düzenli alıyor			
Diğer problemler (...)					

EK-6. Roy Uyum Alanlarına İlişkin Yarı yapılandırılmış Görüşme Formu

Hasta Ad-Soyad:	Yaş:	Cinsiyet:	Eğitim durumu:	Medeni durum:	Tanı:	Yapılan Cerrahi İşlem:	Kronik hastalıklar:

Fizyolojik Alan;

- Koroner bypass cerrahisi geçirdikten sonra vücunuzdaki değişimlerden bahsedermisiniz?
- Sizi rahatsız eden değişimler neler? Şikayetleriniz en çok ne zaman artıyor?
- Yapılan cerrahi girişim yaşam kalitenizi nasıl etkiledi?
- Cerrahi sonrası beslenme şeklinizden bahsedebilir misiniz? İştahınızda değişim oldu mu?

Benlik Alanı;

- Ameliyat sonrası dönemde kendinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
- İnsizyon ve greft yerlerinize baktığınızda kendinizi nasıl görüyorsunuz/hissediyorsunuz?
- Cerrahi sonrası kendinizi duygusal olarak nasıl hissediyorsunuz?
- Cerrahiye bağlı gelişen sorunların üstesinden gelebilme konusunda ne düşünüyorsunuz?

Rol Fonksiyon Alanı;

- Cerrahi sonrası ev içindeki sorumluluklarınız nasıl etkilendi?
- Cerrahi sonrası aileniz destek oldu mu?
- Cerrahi sonrası günlük yaşama uyum sağlama konusunda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Karşılıklı Bağlılık Alanı;

- Cerrahi sonrası çevrenizdeki insanlarla ilişkileriniz nasıl etkilendi?
- Cerrahi sonrası sosyal yaşamınızda değişiklik yaşadınız mı?

EK-7. Nitel Görüşme Yapılan Hastaların Demografik Özellikleri

Tablo 5. Hasta sorun ve gereksinimlerinin belirlenmesi aşamasında görüşme yapılan hastaların demografik özellikleri

Hasta No	
1	57,SS, erkek, ortaokul mezunu, evli, diyabet+ Akut koroner sendrom,5'li bypass
2	77,YST, erkek, ilkokul mezunu, evli, diyabet+ hiperlipidemi, KAH, 4'lü bypass
3	65,AE, erkek, lise mezunu, evli, diyabet+ hiperlipidemi, KAH, 6'lı bypass
4	58, AG, kadın, lise mezunu, evli, diyabet+ hipertansiyon, KAH, 5'li bypass
5	88, FS, kadın, ortaokul mezunu, evli, hipertansiyon, KAH, 5'li bypass
6	75,RY, erkek, ilkokul mezunu, diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi, KAH, 6'lı bypass
7	74, AD, lisantüstü eğitim, evli, diyabet, hipertansiyon, KAH, 6'lı bypass
8	68, HS, erkek, ortaokul mezunu, KOAH, hipertansiyon, BPH, KAH,6'lı bypass
9	65, AE, erkek, lise mezunu, diyabet, hiperlipidemi, KAH, 6'lı bypass
10	71, AE, erkek, ortaokul mezunu, diyabet, hipertansiyon, KAH, 6'lı bypass,
11	67,HB, kadın, diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi, KAH, 5'li bypass
12	65,AK, erkek, lise mezunu, KAH, 2'li bypass
13	63,DE, kadın, ilkokul mezunu, diyabet, hipertansiyon, over kanseri, KAH, 4'lü bypass

|

EK-8. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

KORONER BYPASS AMELİYATI SONRASI YAŞAMA YENİDEN UYUM



EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

ÖNSÖZ

Bu eğitim kitapçığında sizi ameliyata hazırlarken ve ameliyat sonrası erken dönemde klinikte yapılan uygulamalar, ameliyat sonrası dönemde evde dikkat edilmesi gereken noktalar ve sıklıkla karşılaşılan durumlar hakkında kısa bilgiler yer almaktadır. Kitapçıkta size anlatılan bilgiler, koroner bypass ameliyatınızdan sonra günlük yaşama uyumunuz ve uyum sürecinizde yaşadığınız sorunlarla baş etme ve iyileşme sürecine daha kolay uyum sağlamanıza yardımcı olacaktır.

Kitapçığın size ve ailenize faydalı olması dileğiyle.

Saygılarımızla

Hazırlayanlar

Öğr. Gör. Berrak BALANUYE FULSER

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik İngilizce Bölümü

Prof. Dr. Hülya BULUT

Gazi Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

Kitapçığın Amacı; Koroner bypass ameliyatı olan hastalara ameliyat ve sonrası süreçlerle ilgili dikkat edilmesi gereken durumları ve alınması gereken önlemleri öğretmek ve hastaların ev ortamındaki uyum sürecine hazırlamasını içermektedir.

Kazanımları;

- Koroner arter hastalığı ile ilgili temel bilgileri (KAH nedir, risk faktörleri, belirtileri, bypass ameliyatı nedir? ve kimlere uygulanır) açıklayabilme
- Ameliyat öncesi ve ameliyat sırasında yapılacak işlemler hakkında bilgi sahibi olabilme
- Ameliyat sonrasında yaşanabilecek ağrının giderilmesine yönelik girişimleri yapabilme
- Yara bakımında dikkat edilmesi gereken noktaları sıralayabilme
- Göğüs kemiğinin iyileşmesinde dikkat edilecek noktaları sıralayabilme
- Koroner bypass ameliyatı sonrası fiziksel bakımı uygun ve doğru şekilde gerçekleştirebilme
- Beslenmede dikkat edilmesi gereken durumları açıklayabilme
- İlaç kullanımı ile ilgili dikkat edilmesi gereken durumları söyleyebilme
- Koroner bypass ameliyatı sonrası yaşanabilecek stres ve duygu değişimleriyle etkili bir şekilde baş edebilme
- Koroner bypass ameliyatı sonrası aile içi rol ve sorumlulukları paylaşabilme
- Koroner bypass ameliyatı sonrası ne zaman ise baslayabileceğini söyleyebilme,
- Koroner bypass ameliyatı sonrası ne zaman araba kullanabileceğini söyleyebilme
- Koroner bypass ameliyatı sonrası aile ve çevre ile iletişimi sağlıklı bir şekilde sürdürebilme
- Taburcu olduktan sonra ne zaman kontrollere geleceğini söyleyebilme,
- Taburculuk sonrası hangi durumlarda hastaneye başvuracağını söyleyebilme,

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

İÇİNDEKİLER

<u>Bölüm 1- Fizyolojik Gereksinimler</u>	<u>Sayfa No</u>
➤ Koroner Arter Hastalığı (KAH) ve Koroner Bypass Ameliyatı ile ilgili Bilgiler	5
➤ Ameliyat ve Sonrası Süreçlerle İlgili Genel Bilgiler	8
➤ Ağrı İle Baş Edebilme	11
➤ Solunum Güçlüğü İle Baş Edebilme	12
➤ Yara Bakımında Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar	14
➤ Ameliyat Sonrası Beslenmem Nasıl Olacak?	17
➤ Yorgunluk ve Halsizlikle Baş Edebilme	20
➤ Uyku Düzeni	21
➤ Hareket – Aktivite	23
➤ İlaç Kullanımı	31
 <u>Bölüm 2- Benlik Kavramı Alanı</u>	
➤ Stres, Korku ve Endişe ile Baş Edebilme	34
➤ Ameliyat sonrası duygu değişimlerine uyum sağlama	35
 <u>Bölüm 3- Rol Fonksiyon Alanı</u>	
➤ Ev İşlerinin Paylaşımı	37
➤ Aile İçi Rollerin Dağılımı	37
➤ İşe Başlama Zamanı	37
➤ Cinsel Yaşam	38
 <u>Bölüm 4- Karşılıklı Bağlılık Alanı</u>	
➤ Aile ve Çevre İle İlişkiler	40
➤ Sosyal Yaşama Katılım	41
➤ Kontrol Zamanları	42
➤ Günlük Yaşantıda Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar	

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

Koroner bypass ameliyatınız ile yaşamınızda farklı bir dönem başlayacaktır.

Ameliyat sonrası evinize döndüğünüzde iyileşme sürecinizi daha rahat geçirebilmeniz ve oluşabilecek sorunların azaltılması ya da önlenmesi için aşağıda size bazı bilgiler verilmiştir.

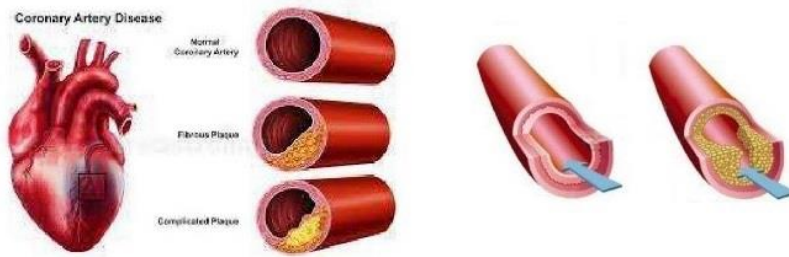


Bölüm 1- Fizyolojik Gereksinimler

1-Koroner Arter Hastalığı ve Koroner Bypass Ameliyatı ile İlgili Bilgiler

Koroner Arter Hastalığı, kalp kasını besleyen damarların daralması veya tıkanması ile kalbe gelen kan akımının kısmi ya da tam kesilmesine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıktır.

Koroner arter hastalığının en önemli nedeni damar sertliği olarak bilinen "ateroskleroz"dur. Bu hastalığın en önemli özelliği ileri evrelerde hayatı tehdit edebilen kalp krizine yol açmasıdır.



Resim 1. Ateroskleroz oluşum aşamaları

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri

Koroner arter hastalığında tedavinin belirlenebilmesi için tüm risk faktörlerinin bilinmesi gerekmektedir. Hastalıkta kontrol edilebilen ve kontrol edilemeyen olmak üzere risk faktörleri bulunmaktadır.

Kontrol edilebilen	Kontrol edilemeyen
♥ Sigara içme	♥ İleri yaş
♥ Hipertansiyon (yüksek tansiyon)	♥ Erkek cinsiyet
♥ Yüksek kolesterol düzeyleri	♥ Ailede 55 yaşından önce damar tıkanıklığı öyküsünün olması
♥ Hareket azlığı	♥ Şeker hastalığı (Diyabet)
♥ Alkol tüketimi	
♥ Stres	

Koroner Arter Hastalığının Belirtileri

♥ En yaygın belirti göğüs ağrısıdır.

(Ağrı sol omuz, kollar, boyun, sırt veya alt çenede hissedilebilir).

♥ Aynı zamanda göğüste sıkıntı hissi; ağırlık, daralma, baskı, yanma, uyuşma veya sıkıştırma şeklinde hissedilebilir.



Damarlardaki tıkanıklıklar ileri seviyeye gelmeden hastalık belirti vermeyebilir ya da efor sarfedildiğinde hastalık belirtileri ortaya çıkabilir ve dinlenme ile geçebilir. Hastalık ilerledikçe belirtiler dinlenme halinde bile ortaya çıkabilmektedir. Hastalık belirtilerinin her kişide farklı şekillerde ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır.

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

Koroner arter hastalığında tedavi nasıl planlanır?

Koroner arter hastalığı tanısı konan hastalarda tedavi planı kişiye özeldir.	
Her hasta için tedavi, o hastanın özel şartlarına göre belirlenir	



Şekil 1. Koroner arter hastalığı tedavi planını belirleyen faktörler

Tedavi planınız yapılırken tedavi basamaklarının oluşturulmasında, şikâyetleriniz, hastalık ile ilgili belirtileriniz; tıkali damar sayınız, hastalığınızın seyri, damarınızdaki tıkanıklığın derecesi, kalbin kasılma gücü, hastalık sonrasında ilaç tedavisinden alınan yanıt ve yaşıınız önemli kriterlerdir.

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

Koroner arter bypass ameliyatı nedir, kimlerde uygulanır?

♥ Koroner arter bypass ameliyatı, en sık yapılan kalp ameliyatıdır.	
♥ Kalbi besleyen damarlar olan koroner atardamarlar zaman içinde çeşitli risk faktörleri ile etkilenecek daralabilir ya da tamamen tıkanabilirler.	
♥ Koroner arter bypass ameliyatı ile tıkanan damara yeni bir damar ilave edilerek kan akımına yeni bir yol açılmış olur. Böylece kalp, ihtiyacı olan kanı bu yeni damar aracılığı ile alarak uygun şekilde çalışmasına devam edebilir.	
♥ Koroner bypass ameliyatı genel olarak stent takılması için uygun olmayan, ilaç tedavisi ile damar tıkanıklığı açılmayan veya tekrar eden hastalarda tercih edilmektedir.	

2-Ameliyat ve Sonrası Süreçlerle İlgili Genel Bilgiler

Ameliyat öncesinde

♥ Koroner bypass ameliyatınız planlandığında anestezi doktoru tarafından aydınlatılmış onam (ameliyat için onayınız/izniniz) alınır ve değerlendirilmeniz yapılır.	
♥ Daha önce kullandığınız kan sulandırıcı (aspirin) ve pıhtı önleyici (Coumadin) gibi yüksek riskli ilaç varsa doktorunuzu bilgilendirin.	
♥ Ameliyat öncesi kullanacağınız tüm ilaçlar klinikte hemşireler tarafından size verilecektir.	
♥ İyileşme döneminizi olumsuz yönde etkileyeceği ve ciddi sorunlara neden olabileceği için ameliyattan 1-3 hafta önceden sigara ve alkol kullanmayı bırakınız.	 

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

♥ Ameliyat öncesi gün veya ameliyat sabahı klinikte size verilecek özel bir temizleyici (antiseptik) solüsyon ile banyo yapmanız istenecektir. ♥ Koroner bypass ameliyatında vücudunuzun belli bölgelerinden (kol, göğüs ve bacak) alınacak damarlar için ameliyattan hemen önce ihtiyaç halinde berber/ bakım destek personeli tarafından bu vücut bölgeleri elektrikli tıraş makinesi ile temizlenecektir.	
♥ Ameliyat esnasında kusmamanız için klinik prosedüre göre ameliyat saatinizden 6 saat öncesine kadar yemek yememeniz ve herhangi bir sıvı gıda almamanız istenecektir. ♥ Hemşireniz bu süreçte size açılan damar yolu ile serum verecektir.	

Ameliyat günü:

- ♥ Ameliyata gitmeden önce hemşireniz tarafından ameliyat gömleği giydirilip, saçınıza bone takılır. Takma dişiniz, işitme cihazınız, takı, toka ve saat gibi kişisel eşyalarınız çıkarılıp hemşireniz tarafından teslim alınır.
- ♥ Ameliyata gitmeden önce hemşireniz varis çorabınızı giydirir
- ♥ Ameliyata inmeden önce hemşireniz damar yolunuzdan anesteziye yardımcı olmak ve sakinleşmeniz amacıyla bazı ilaçlar verebilir.
- ♥ Ameliyat sürecinde ve sonrasında enfeksiyondan korunmanız için ameliyathanede antibiyotik ilaç verilir.

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

Ameliyat sırasında;

- ♥ Genel anestezi ile uyutulduktan sonra idrar miktarınızı takip edebilmek için idrar sondası takılır, serum ve kan/kan ürünleri verebilmek için boyun bölgenizden ve gerektiğinde uygun diğer bölgelerden de ek damar yolu da açılabilir.
- ♥ Kalpteki büyük damarlara müdahale edebilmek için ameliyat esnasında göğüs ön duvarından göğüs kemiğinize yukarıdan aşağıya doğru dik bir kesi açılır. Daha sonra koroner bypass için yani kalbi besleyen damarlara köprü oluşturmak için vücudun farklı alanlarından uygun damarlar örneğin; bacak toplardamarı (safen ven), kol atardamarı (radial arter), ve/veya göğüs ön duvarını besleyen atardamar (LİMA) kullanılmak için hazırlanır.
- ♥ Ameliyat süreniz, tıkalı olan damar sayınıza ve genel durumunuza bağlı olarak değişebilir.

Ameliyat sonrasında;

- ♥ Ameliyatınız tamamlandığında kalp damar yoğun bakım ünitesinde uyanacaksınız ve burada yoğun bakım hemşiresi tarafından takip edileceksiniz.
- ♥ Ameliyatınız ile ilgili bilgilendirme doktorunuz tarafından yakınlarınıza yapılacaktır.
- ♥ Yoğun bakımda ilk 24 saat solunum destek cihazına bağlı olarak izlenecek daha sonra değerleriniz normale döndüğünde cihazdan ayrılacaksınız.
- ♥ Ameliyat sonrası ağrınız olacaktır, ağrınızı hemşireniz saatlik değerlendirerek güçlü ağrı kesiciler uygulayacaktır.
- ♥ Ameliyat sonrasında, ameliyat bölgesinde kan ve sıvıların toplanmaması için göğüs tüpü denilen bir dren yerleştirilir ve bu drenler kirli kanın dışarı atılmasını sağlar.
- ♥ Göğüs tüplerinden gelen sıvı ve idrar miktarınız saatlik değerlendirilir, ameliyat sonrası 24-48. saat sonunda tüplerden gelen kan miktarı azaldığında tüpler çıkarılır. Öncesinde size ağrı kesici yapılarak işlem sırasında ağrı hissetmemeniz sağlanır.

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

- ♥ Kan değerleriniz ve yaşam bulgularınız (tansiyon, nabız, solunum sayısı, ateş) normal sınırlara geldiğinde ve genel durumunuz normale döndüğünde Kalp Damar Cerrahisi Servisine alınarak izleneceksiniz.

3- Ağrı İle Baş Edebilme

- ♥ Koroner bypass ameliyatı hastaların şiddetli düzeyde ağrı yaşamalarına neden olan cerrahi girişimlerden biridir.

- ♥ Ameliyat sırasında göğüs kemiğinde oluşan kesi ve etrafındaki dokularda meydana gelen hasar/yaralanmaya, bacak ve kollardan damar almak için yapılan kesilere ve uzun süre aynı pozisyonda kalmaya bağlı ağrı oluşabilmektedir.



Ağrınızın kontrol altına alınması ile ;

- ♥ Size önerilen derin solunum ve öksürme egzersizlerinin etkin bir şekilde yapılması, akciğerlerinizde zatürre ve pıhtı atması gibi sorunların gelişme riskini azaltır,
- ♥ Nefes alıp vermeniz daha rahatlar,
- ♥ Ev içi hareket etmeniz, yürümeniz ve yemek yemeniz kolaylaşır,
- ♥ Kendinizi daha iyi hissedersiniz ve aynı zamanda iyileşme süreniz hızlanır.
- ♥ Ameliyat sonrası evinize döndüğünüzde doktorunuzun önerdiği ağrı kesici ilaçları düzenli kullanın.
- ♥ Ağrınız olduğunda dikkatinizi başka yöne vermek, televizyon izlemek, kitap okumak, müzik dinlemek ya da yakınınız ile konuşmak ağrınızı azaltmaya yardımcı olur.

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı



Öksürürken ve hapsirirken göğüs kemiğinizde ağrı oluşmasını önlemek için elinizle ya da küçük bir yastık/ havlu ile göğüs kemiğinizi destekleyin.

Resim 2. Ameliyat bölgesinin yastık ile desteklenmesi

♥ Ameliyat öncesine benzer, derin nefes alma ile bıçak saplanır tarzda yoğun ağrı yaşarsanız doktorunuzu arayın.

♥ Yatarken ve kalkarken pozisyon değiştirirken ağrınız olabileceği için mutlaka yanınızda size yardımcı olan yakınınızdan destek alın.

♥ İlk 1-2 hafta evde yalnız kaldığınızda tek başınıza yataktan/koltuktan kalkmaya çalışmayın, aksi halde göğüs kemiğinize ve dikişlerinize zarar verebilirsiniz.

4-Solunum Güçlüğü İle Baş Edebilme

Koroner bypass ameliyatında esnasında verilen anestezi ile beraber akciğer hareketleriniz azalır, derin nefes almakta zorlanırsınız ve akciğerlerinizdeki hava kesecikleri söner.

Ameliyat sonrası ağrının kontrol altına alınarak derin solunum ve öksürük egzersizlerinin düzenli yapılması ile akciğerler iyice havalanarak biriken balgamlar atılabilir, ameliyat sonrası zatürre gelişmesi ve akciğerdeki hava keseciklerinin sönmesi gibi solunum komplikasyonları azalır.

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

Derin solunum egzersizi şu şekildedir:

♣ Egzersize başlamadan önce dik oturun

♣ Her iki elin avuç içlerini ön göğüs kafesine yerleştirin

♣ Burnunuzdan yavaş ve derin bir nefes alın ve 3 saniye tutun

♣ Daha sonra ılık çalar /mum üfler gibi dudaklarınızı büzerek nefesinizi ağızdan verin

♣ Rahatladıktan sonra, ağrınız yoksa bu egzersizi saatte 5-10 defa yavaş ve derin bir şekilde otururken veya yatakta yapabilirsiniz

Öksürme egzersizini yaparken;

♣ Dik oturun ve göğsünüzü yastık ya da havlu ile destekleyin

♣ Burnunuzdan yavaş ve derin bir nefes alın ve ardından dudaklarınızı büzerek nefesinizi verin.

♣ Üçüncü nefesten sonra göğsünüzü havlu/yastık ile destekleyerek öksürün. Öksürürken akciğerlerinizdeki balgamı temizlemek için derin bir nefes aldığınızda, öksürme refleksiniz tetiklenebilir.

♣ Bu sırada ağrınız olabilir, ağrınız çok artarsa egzersize ara verip dinlenin.

Egzersizleri yaparken ağrınızda artış oluyorsa egzersizleri ağrı kesici ilacını içtikten 1 saat sonra yapabilirsiniz.

♣ Öksürme egzersizi sonrası 3-5 defa normal nefes alıp yavaşça verin.

Derin solunum ve öksürük egzersizlerini saatte 5-10 kez her 2 saatte bir uygulayın.

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

5-Yara Bakımında Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

Ameliyat sırasında hem göğüs kemiğinin kesilerek açılmasına hem de kol ve bacaklardan damar alınmasına bağlı cerrahi yaralar oluşmaktadır. Ameliyat sonrasında uzun süre aynı pozisyonda kalma, nem, sürtünme ve diyabet gibi kronik hastalık durumları vücutta başka yaraların oluşmasına sebep olabilir.

Ameliyat sonrası eve geldiğinizde yaranızın üzerinde pansuman olabilir.

Uygun yara bakımı, enfeksiyonu önlemeye ve cerrahi yaranız iyileşirken yara izinizi azaltmaya yardımcı olabilir.

	♥ Ameliyat yerinizi enfeksiyon belirtisi olan akıntı, şişlik ve kızamıklik açısından her gün kontrol edin. ♥ Göğüs, kol/bacaktaki yara yerinizin temiz ve kuru kalmasını sağlayın. ♥ Pansumanınız kan ve diğer sıvılar ile temas edip ıslanırsa pansumanınızı yakınıza hemen değiştirin. ♥ Doktorunuzun söylediği sürece yara yerinizi kapalı tutun. ♥ Taburculuk sonrası yarada problem yoksa dikişler alındıktan 1 gün sonra duş alabilirsiniz. ♥ Ameliyat yerinizde kızamıklık, şişlik, kötü kokulu akıntı ve ağrı varsa ve vücut ısıınız 38°C'yi geçerse hızlı bir şekilde doktorunuzu arayın. ♥ Göğüs bölgenizdeki yarayı ameliyat sonrası 1 yıl boyunca güneş ışığından koruyun.
---	--

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

	♥ Ameliyat yeriniz iyileşirken bölgeye sürtünecek dar giysiler giymeyin. ♥ Ameliyat yerinizdeki dikişleri kendi başınıza çekmeyin veya çıkarmaya çalışmayın. ♥ Göğüs kemiğinizin tamamen kaynamasını sağlamak ve açılmasını önlemek için ameliyattan sonra altı ila sekiz hafta boyunca ağır kaldırmaktan, tek taraflı aşırı kol ve omuz hareketlerinden, yüzüstü yatmaktan, yataktan ya da koltuktan kalkarken ağırlığınızı tek tarafınıza vermekten kaçınin. ♥ Banyo yaparken yara yerinizi ovalamayın ya da lif/kese sürmeyin. ♥ Banyo sonrası yara yerleri ve dikişleri hafifçe kurulayın, ıslak ve nemli bir şekilde uzun süre bırakmayın. ♥ Ameliyat bölgenize herhangi bir krem, losyon ve pudra sürmeyin.
---	--

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

Ameliyat sonrası kol ve bacak bölgesinde alınan damarlara bağlı ödem (şişlik)görülebilir.

Gelişen ödemi azaltmak ve önlemek için;

Kol ve bacakları travmalardan korumak,	
Uzun süre aynı pozisyonda oturmamak,	
Bacak bacak üstüne atmamak	
Damarın alındığı kol veya bacağı yastık ile kalp seviyesine kadar yükseltmek önemlidir.	

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

Ameliyat sonrası korse kullanımı

♥ Koroner bypass ameliyatı sonrası vücut hareketleri sonucu göğüs kemiğinizde ayrılma/açılma riskini en aza indirmek için göğüs kemiği iyileşene kadar en az sekiz hafta korse kullanmanız önerilebilir.

♥ Korsenizi takıp çıkarırken göğüs kemiğinizi korumak için yakınızdan destek alın.

♥ Özellikle öksürürken ve hapşırırken korsenizin önünde ellerinizi birleştirerek göğüs bölgenizi destekleyin.

♥ İstirahat halindeyken korseyi çıkarabilirsiniz.

6- Ameliyat Sonrası Beslenmem Nasıl Olacak?

Ameliyat sonrası süreçte iyi beslenmeniz yara iyileşmesi açısından oldukça önemlidir. İyileşme sürecinde vücudun daha fazla kaloriye, proteine, A, C ve E vitaminlerine ve çinkoya ihtiyacı vardır.

Bu vitamin ve minarelleri içeren meyve ve sebzeler:

C vitamini • Portakal, mandalina, çilek, kivi • Biber, domatesi, brokoli, lahana	
A vitamini • Havuç, patates, balkabağı, koyu yeşil yapraklı sebzeler • Kavun, kuru kayısı	

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

E vitamini • Zeytinyağı, fındık yağı gibi bitkisel yağlar • Fındık, badem, ceviz, ay çekirdeği gibi yağlı tohumlar • Ispanak, tere, maydanoz, marul, kereviz, lahana, brokoli, balkabağı gibi sebze ve yeşillikler • Yumurta • Hamsi, somon, uskumru, sardalya ve ton balığı gibi balık türleri • Avokado, muz ve kivi gibi meyveler • Tahıllar • Yağsız kırmızı et	 
Çinko • Süt ürünleri • Tahıl • Yağsız kırmızı et • Susam ve kabak çekirdeği	
İyi protein kaynakları arasında • Balık, • Yumurta, • Süt ürünleri, • Fasulye, mercimek, bezelye • Fındık bulunmaktadır.	

Ameliyattan sonraki süreçlerde iştahınızın az olması veya hiç olmaması normaldir. Bu durum birkaç hafta sürebilir.

Lif içeriği yüksek ve protein açısından zengin yiyeceklerin yanı sıra çeşitli meyve ve sebzeler, az yağlı süt ürünleri ve yağsız etlerden oluşan dengeli bir diyet uygulamak iyileşmenizi hızlandıracaktır.

♥ Her gün 3 ara, 3 ana öğün küçük porsiyonlar şeklinde çeşit çeşit sebze ve meyve yiyin

♥ Daha fazla tam tahıl ürünü tüketin (tam tahıllı ekmekler, tahıllı makarnalar, bulgur)

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

♥ Daha az yağlı süt ürünleri seçin (yağsız veya yağ oranı %1 süt, yoğurt, süzme peynir, az yağlı peynir (süt yağı %20'den az süt))

♥ Yeterli sıvı tüketmeye dikkat edin (sıvı kısıtlamanız yok ise günde 2-2,5 lt su)

Bypass sonrası diyetinizde özellikle kan kolesterol düzeyinin yükselmesine neden olan;

♥ Doymuş yağ asiti yoğun olan gıdalar (Tereyağı, kuyruk yağı, içyağı, margarin)

♥ Sakatatlar (karaciğer, beyin, böbrek, işkembe, dil vb)

♥ Kabuklu deniz hayvanları (karides, midye, kalamar vb)

♥ Yağda kızartma ve kavurmalar

♥ Tam yağlı süt, yoğurt ve peynirler

♥ Yağlı gıdalar (kaymak, krema, mayonez, çikolata ve yağlı soslar)

♥ Alkol oranı yüksek içkiler, şeker oranı yüksek hazır meyve suları ve gazlı içecekler

TÜKETMEYİN



Tuz, şeker ve kafeini azaltın

Beslenmenizin yeterli olmadığını düşünüyorsanız;

♥ Günde 3 büyük öğün yerine 5-6 küçük ara öğün yiyebilirsiniz.

♥ İyileşme sırasında yediğiniz gıdaların protein, vitamin ve mineral kaynağı yüksek olan gıdalar olmasına özen gösterin.

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

♥ Koroner bypass ameliyatından sonra tat değişikliği yaşarsanız, sizin için neyin iyi geleceğini bulmak için çeşitli yiyecekleri deneyin (Örneğin soğuk yiyeceklerin ve az kokulu yiyeceklerin daha iyi geldiğini görebilirsiniz).

7- Yorgunluk ve Halsizlikle Baş Edebilme

Ameliyat sonrası hastaların en çok yaşadığı sorunlardan biri yorgunluktur. Ameliyattan sonra kendinizi yorgun hissedebilirsiniz. Bunun nedeni daha az aktif olma, uykusuzluk, ilaçlar veya ameliyatta kaybedilen kana bağlı anemi/kansızlık olabilir. Ameliyattan 8 hafta sonra yorgunluğunuz azalacaktır.

Yorgunluk ve halsizlikle baş edebilmek için;

	Solunum Egzersizlerine Devam Edin ♥ Size verilen solunum egzersiz cihazını evde de kullanın. ♥ Bu cihazla her gün 6-7 kez ve her seferinde 10-15 üfleme yapın. ♥ Üflemler arasında dinlenin. Dikkatli olun, çok sık üflemler baş dönmesi ve göz kararmasına yol açabilir.
 	♥ Fiziksel aktivite daha güçlü olmanıza yardımcı olur. ♥ Ameliyattan 2 hafta sonra günlük 20 dakikalık yürüyüşler planlayın. ♥ Her hafta yürüyüşünüze 5'er dakika ekleyerek kademeli olarak süreyi artırın. ♥ Bunun için sık sık dinlenme aralarının verildiği yürüyüşler ve günlük aktiviteler yapabilirsiniz.
	♥ Her saat başı kalkıp hareket etmeye çalışın. Bu gücünüzü daha hızlı geri

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

	kazanmanıza yardımcı olacaktır.
	♥ Dışarda hava çok soğuk ya da çok sıcaksa kapalı alanda yürüyün. ♥ Yeterince dinlenmeden egzersiz yapmayın.

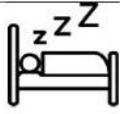
8- Uyku Düzeni

Koroner bypass ameliyatından sonra günlük yaşamınızdaki değişiklikler, stres, iyileşme ile ilgili problemler ve değişen uyku düzenine bağlı bir süre uyumakta zorluk çekebilirsiniz.

Ameliyat sonrası uyku düzeninizin değişmesi ve kaygılandırıcı rüyalar görmek de yaygın deneyimler arasındadır.

Normal uyku düzeniniz, kalp ameliyatından sonraki birkaç ay içinde geri dönecektir.

Uyku ile ilgili problem yaşamamak için;

	Ağrı nedeniyle uyku problemi yaşıyorsanız, ağrı kesicinizi rahatça uyuyabilmeniz için yatmadan yarım saat önce alın.
	Yastıklarınızı rahat bir pozisyon sağlayacak ve kas gerginliğini azaltacak şekilde koyun.
	Gün içinde çok fazla şekerleme yapmaktan kaçının ve bir saatten fazla uyumamaya çalışın
	Geç saatlerde ağır ve yağlı yemekler yemekten kaçınin.

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

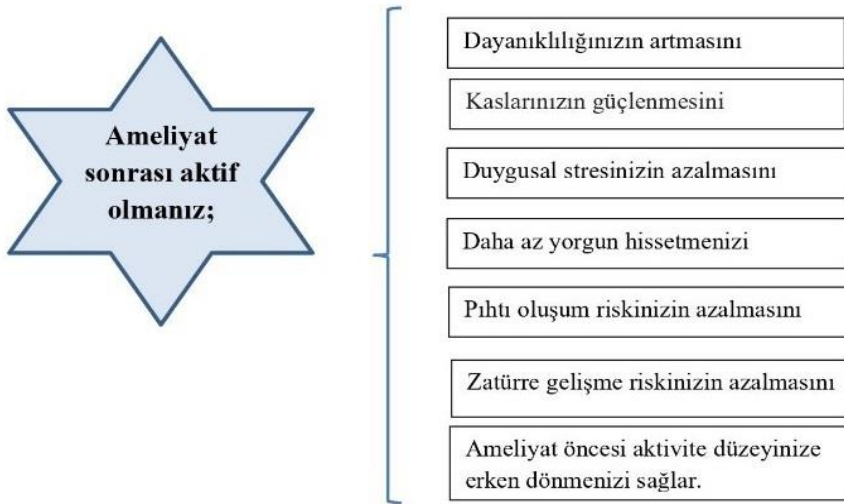
	Akşamları kahve, çay ve kola gibi kafein içeren içeceklerden kaçının.
	Akıllı telefon gibi elektronik eşyalardan uyku öncesi uzak durun.
	Rahatlatıcı müzik dinleyerek gevşemeye çalışın.
	Uyku öncesi ılık duş alın ve uykunuz geldiğinde yatağınıza yatın.
	Koroner bypass ameliyatı sonrası göğüs kemiğiniz iyileşene kadar uyurken sırt üstü pozisyonda yatmaya çalışın. Tam yan yatış pozisyonunda (göğüs kemikleri birbirinin üzerine bineceği için) yatmak yerine göğüs kemiğine zarar vermeyecek şekilde hafif yan yatabilirsiniz.

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

9- Hareket- Aktivite

Koroner bypass ameliyatı sonrası günlük rutinlerinize dönmek, günlük yaşantınıza uyumunuzu artırmada yardımcı olabilir.

Başlangıçta kendinizi yorgun hissetmeniz ve en basit hareket ile kolayca yorulup, nefes darlığı çekmeniz normaldir. Ameliyat sonrası aktif olmanız birçok sorunun önlenmesine yardımcı olur.



Şekil 2. Ameliyat sonrası aktif olmanın faydaları

♥ Günlük aktivitelerinize yavaş yavaş geçiş yapın.

♥ **Taburculuk sonrası evinize merdiven ile çıkmanız gerekiyorsa;** her katta mutlaka dinlenerek kollarınıza ve göğsünüze yük bindirmeyecek şekilde yakınlarınızdan destek alarak çıkın.

♥ İlk iki haftadan sonra yavaş yavaş kendinizi yormayacak şekilde günde 1 kez bir kat, daha sonraları ise giderek artan oranlarda merdiven çıkabilirsiniz.

♥ Hareketlerinizi yavaş yavaş artırın ve aktivitelerinizi tüm güne yayın.

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

♥ Yorulursanız, dinlenin ve bitmemiş aktiviteleri başka bir zaman için planlayın (Örneğin 30 dakikalık tempolu yürüyüşler yerine gün içinde 3 kere 10'ar dakikalık yürüyüşler yapabilirsiniz)

♥ Her gün aynı saatte kalkmaya çalışın ve duş alıp günlük kıyafetlerinizi giyin.

♥ Sizi yormayacak rutin hafif ev işlerine (çay/kahve yapmak, yemek hazırlamak...) yardımcı olun.

♥ Koroner bypass ameliyatı sonrası doktorunuzun önerisiyle 1-1,5 ay boyunca varis çorabı kullanın.



Varis çorabınızı giyerken dikkat etmeniz gereken noktalar:

- ♥ Varis çorabının etkili olabilmesi için çorabın size uygun ölçülerde olması gerekir.
- ♥ Çoraplarınızı sabahları yataktan kalkmadan önce giyin.
- ♥ Yataktan kalkmadan önce bir süre bacaklar kalp hizasına yükseltilerek toplardamar içindeki kan boşaltılır.
- ♥ Koroner bypass sonrası ilk 1 ay göğüs kemiğinizi korumak için çorabınızı yakınıza giydirin.

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

♥Çorabınızı el içinde toplayın ve ayaklarınızı yataktan sarkıtmadan bacaklarınızı yukarı doğru sıvazlayarak çorabınızı giyin.
♥Külotlu varis çorabı giyiyorsanız çorap her iki bacakta diz eklemini geçtikten sonra ayağa kalkarak çorabın kalça kısmını yerleştirin.
♥ Gün içinde çorabınızı aşağı doğru kıvrımayın.
♥ Çorabınızı gün içinde çıkarıp tekrar giymeniz gerektiğinde yatarak ayaklarınızı 20 dakika süreyle yükseltip bekleyin ve sonra çorabınızı giyin.
♥ Uyurken ve banyo yaparken çoraplarınızı çıkarın
♥ Çoraplarınızı ılık su ve sabunla yıkayarak asarak kurutun.



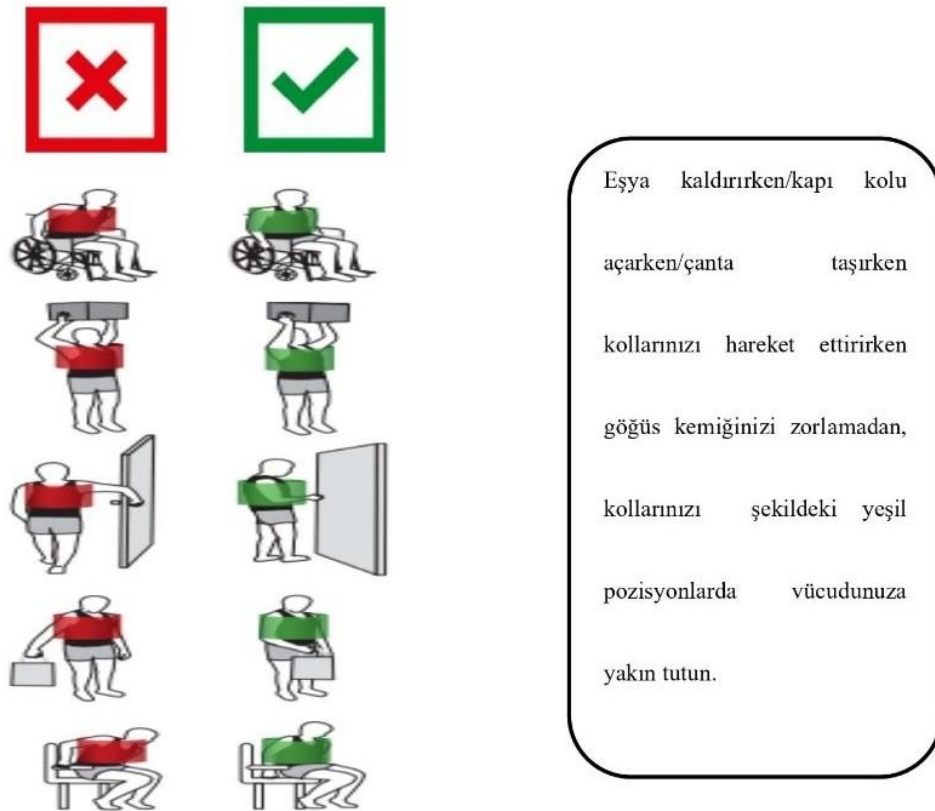
İyileşme sürecinde hareket ile ilgili dikkat edilmesi gereken durumlar

- ♥ Eğilirken belinizden değil, dizinizden eğilin.
- ♥ Yatakta yatmaktan çok, koltukta oturup ayaklarınızı bir pufun üzerine uzatın.
- ♥ İlk 8 hafta 5 kg ve üzerinde olan ağır nesneleri itmeyin, çekmeyin ya da kaldırmayın.
- ♥ Ağır yükleri doğrudan kollarınızla veya göğsünüzle desteklemekten kaçının.

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

Göğüs kemiğinin açılmaması için aşağıda örnek hareketler verilmiştir.

Bu hareketlerden kırmızı renk ile belirtilmiş olanlar yapılması sakıncalı olan hareketler, yeşil renk ile olanlar doğru hareketlerdir. Günlük yaşamınızda bu sakıncalı hareketleri yapmayın.



(2018 Baylor Health Care System)

Resim 3. Göğüs kemiğinin açılmaması için örnek hareketler

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

Yatakta sağa ve sola dönerek yatmanız da göğüs kemiginizin açılmasına neden olabilir.

♣ Oturduğunuz yerden kalkarken kollarınız yerine bacak kaslarınızı kullanın ve yakınınızdan destek alın, tek başınıza kalkmayın.



EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

- ♣ Sırtüstü yatarken yatakta dönmek için, vücudunuzu düz ve ellerinizi göğsünüzün üzerinde çapraz tutun, dizlerinizi bükün.



- ♣ Dizlerinizi bükülü tutun, topuklarınızdan destek alarak göğsünüz düz olacak şekilde yatağın diğer tarafına dönün.



EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

Sırtüstü yatarken ayağa kalkmak için;



önce yan tarafınıza dönün



EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı



Bacaklarınızı yatağın kenarından
aşağı sallayın,



ardından kollarınızı vücudunuza yakın
tutarak, kollarınızı yukarı doğru iterek
daha rahat hareket edebilirsiniz.

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

10-İlaç Kullanımı

Koroner bypass ameliyatı sonrası bazı yaşam tarzı değişiklikleri tek başına yeterli olmayıp genellikle ilaçlara ihtiyaç duyulur.

♥ Bypass ameliyatı sonrası kullanacağınız tüm ilaçların (eski ve yeni) hangi saatte nasıl alınacağına ilişkin yazılı ilaç listesi size verilecektir.

Kan Sulandırıcı ilaçlar (Aspirin, Coraspin, Plavix, Ecoprin Pro vb.)

Ne için kullanılır?	Kalbinizi besleyen ve bypass ile açılan damarlardaki kan pıhtılarının oluşumunu önlemeye yardımcı olmak için verilen bir ilaçtır.
Yan etkileri:	Mide ve ince bağırsaklarda kanamaya neden olabilmektedir. Mide veya ince bağırsakta ülseri olanlar kanamaya diğerlerinden daha yatkındır. Kanamaya yönelik işaretler (burun, dişeti kanamaları, gaitada, idrarda kan, kanlı kusma...) varsa doktorunuza bildirin
Kullanımı:	İlacı çiğnmeden, ezmeden su veya süt ile tercihen yemeklerden sonra ağız yoluyla alın (mide rahatsızlığını önlemek için).

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

Pıhtı oluşumunu azaltan ilaçlar (Coumadin, Fraxiparin, Clexane vb.)

Bu ilaç grubu, kan damarları içerisinde pıhtı oluşmasını ve oluşan pıhtının büyümesini engellemektedir. İlacın yan etkisi olarak kanamaya eğiliminiz artabilir.

Dikkat etmeniz gerekenler

- ! Yaralanmaya yol açabilecek her türlü aktivite ve spordan kaçınınız.
- ! Dişlerinizi yumuşak bir fırça ile yavaşça fırçalayınız, diş ipi kullanırken nazikçe davranınız.
- ! Kanamaya neden olabilecek diş çekimi gibi bir işlem yapılacaksa mutlaka doktorunuza /hemşirenize haber veriniz, ilaç dozunuz yeniden ayarlanabilir.
- ! Vücut tüylerinizi temizlerken jilet kesiklere neden olup kanamaya neden olacağı için, elektrikli traş makinesi ya da tüy dökücü krem kullanınız.
- ! Kahve telvesi kıvamında kusma, idrar, dışkı, tükürükte kan, şiddetli baş ağrıları, vücudunuzun herhangi bir yerinde çarpma olmaksızın morluk gelişmesi durumunda doktorunuza başvurun.
- ! Coumadin kullanıyorsanız ilaç besin etkileşimini azaltmak için yüksek oranda K vitamini içeren besinlerin (**lahana, ıspanak, pazı, maydanoz, semizotu, kıvırcık, marul, brokoli, bezelye, yeşil çay** gibi) **tüketimini azaltmanız** faydalı olacaktır.

Tansiyon İlaçları

- ♥ Birden fazla tansiyon ilacı kullanabilirsiniz. Bu ilaç grubu sadece yüksek kan basıncının (tansiyonun) kontrolüne yardımcı olmakla kalmaz, aynı zamanda anjina (göğüs ağrısı) ve kalp krizi riskinizi de azaltır.
- ♥ İlaçlarınızı her gün aynı saatte ve önerilen dozda alınız.
- ♥ Eğer bir dozu almayı unutursanız bir sonraki sefer 2 doz birden almayınız.

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

♥ İlacınızı aldıktan sonra ayağa kalkmadan önce tansiyon düşmesini önlemek için yavaşça oturma pozisyonuna geçin.

♥ Yüksek kan basıncı, ilaçlar ile kontrol altına alınabildiği gibi yaşam tarzı değişiklikleri ile de kontrol edilebilir.

Egzersiz yapmak, tuz alımını azaltmak ve alkol tüketimini sınırlandırmak önemli yaşam tarzı değişikliklerindendir.

Lipid/Kolesterol düşürücü ilaçlar

Bypass sonrası çoğunlukla hastalara verilen bu ilaç grubu, kanda yağ ve kolesterol seviyesinin düşmesine yardımcı olur.

♥ İlacın her gün aynı saatte özellikle geceleri alınması tavsiye edilmektedir.

♥ Bu ilaçlar uyku hali ve baş dönmesi oluşturabileceğinden dikkatli olun.

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

Bölüm 2-Benlik Kavramı Alanı

İkinci bölüm, benlik kavramından oluşmaktadır. Benlik kavramı; kendiniz hakkında duygu, düşünce, beden imajı ve algıların toplamıdır.

Bu bölümde benlik kavramınızı olumsuz etkileyen durumların azaltılması, benlik saygısını yükseltmek için yapılacaklar, stres ve duygular ile baş edebilme ile ilgili öneriler yer almaktadır.

Stres ve duygularla baş edebilme

Koroner bypass ameliyatı sizi ve ailenizi duygusal ve fiziksel olarak etkileyen önemli bir ameliyattır.

Ameliyat sonrası güvenli hastane ortamından ayrılıp ev yaşamınıza tekrar geri dönüş yaptığınızda kendinizi savunmasız, yorgun, tükenmiş ve gelecek kaygısı içinde hissedebilirsiniz.

Bu duygular, günlük yaşama kolay uyum sağlanıp sağlanmayacağı kaygısı, bir yakınınıza bağımlı olma veya basit işleri bile yardım almadan yapamama, kendinizi nasıl bir sürecin beklediğini bilememe sonucu olabilir.

Stresinizi azaltmak için;

- ♥ Ameliyat sonrası evde normal yaşam rutininize dönmek için acele etmeyin.
- ♥ Gergin veya endişeli hissettiğinizde ailenizle (eşiniz, kardeşiniz ya da çocuklarınız) veya kendinize yakın hissettiğiniz arkadaşlarınızla duygularınızı paylaşın.



EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

Ameliyat sonrası duygu değişimlerine uyum sağlama

Koroner bypass ameliyatı sonrası hastalar bazı benzer duygular deneyimleyebilirler. Aşağıda hastaların yaşadıkları duygulara yer verilmiştir.



Şekil 3. Koroner bypass sonrası hastaların yaşadığı duygular

Normal rutininize ve aktivitelerinize geri döndüğünüzde birkaç hafta içinde bu duygular yavaş yavaş kaybolacaktır.

♥ Yaşadıklarınızın geçici olduğunu ve tekrar sağlığınıza kavuşacağınızı unutmayın.



♥ Her sabah kendinizi daha iyi hissetmek için pijama yerine günlük kıyafetlerinizi giyin ve kendinize özen gösterin.

♥ Ameliyattan 2 hafta sonra dışarı çıktığınızda ilk başta yürüyüş süresini 20 dakika ile sınırlandırın, sonra nasıl hissettiğinize bağlı olarak bu süreyi artırın.

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı



♥ Beslenmenize özen gösterin.

♥ Uyandığınızda dinlenmiş hissedecek düzeyde günlük uykunuzu alın.

! Zaman zaman üzgün, ağlamaklı, sinirli veya depresif hissetmeniz normaldir.

Herkesin birbirinden farklı olup, farklı bir hızda iyileştiği için karşılaştırma yapmaktan kaçının.



! Evinizde, sosyal yaşamınızda veya maddi konular ile ilgili yaşadığınız uzun süreli stres, damarlarınızın tekrar tıkanmasına veya kalp krizi geçirmenize yol açabilir.

♥ Olumlu düşünmek ve kalp ameliyatınızın amacının yaşam kalitenizi yükseltmek olduğunu hatırlamak önemlidir.

♥ Yoğun stres, anksiyete ve depresyon ile başa çıkamadığınızda, durumu doktorunuza ya da hemşirenize bildirerek profesyonel destek alabileceğinizi unutmayın.

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

Bölüm 3- Rol Fonksiyon Alanı

Bu bölümde toplum içerisinde yerine getirdiğiniz rolleriniz ve sosyal bütünlüğünüzün sağlanması ile ilgili öneriler yer almaktadır.



Ameliyata bağlı olarak;

- İşlerin etkilenmesi, çalışıyorsanız işten çıkma durumları ya da malulen emekli olmak zorunda kalınması,
- Bazı ev işlerini yapamama, çocuklarınız ile istediğiniz gibi ilgilenememe gibi durumlar yaşanabilmektedir. Bu durumda;

- ♥ Boş zamanınızı değerlendirme/ hoşça vakit geçirmek, iyileşmenizin önemli bir parçasıdır.
- ♥ Eve döndüğünüzde başlangıçta rahatlatıcı, sakın aktiviteler hoşunuza gidebilir.
- ♥ Duygularınız ve iyileşme süreciniz hakkında aileniz ve arkadaşlarınızla konuşmak size iyi gelecektir.
- ♥ Gevşeme tekniklerinin neler olduğu ve nasıl kullanılacağı, stresin daha etkin nasıl yönetileceği konusunda destek alabilirsiniz.
- ♥ Sizi yormayacak hafif rutin ev işlerini (çay/kahve yapmak, yemek pişirmek, masa hazırlamak, dikiş dikmek, giysi katlamak, küçük tamir işleri yapmak, saksıya çiçek dikmek...) ilk 6 haftada yapabilirsiniz.

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

♥Yaptığınız günlük işlerin bir listesini yapın, ilk önce zaman ve enerjiniz tükenmeden en önemli işlerinizi halledin.

♥ Kendinizi yormadan günlük ev işlerinize, hobilerinize (el işi, boyama, bulmaca çözme vb...) ve hoşunuza giden sosyal aktivitelere devam edin.

♥ İşe dönüş zamanınız, iyileşmenize ve yaptığınız işin türüne göre belirlenir.
(Masa başı işlerde 6 hafta, tempolu işlerde 8 hafta ve ağır performanslı işlerde 12 hafta sonra)

♥ Koroner bypass ameliyatı sonrası işinize bağlı olarak 6-12 hafta boyunca dinlenerek evde vakit geçirin.

İşe dönüş tarihi hakkında doktorunuzla konuşun. İşe başlangıçta yavaş yavaş normal çalışma saatinize ve görevinize dönmek daha kolay olacaktır.

Cinsel Yaşam

Koroner bypass ameliyatı geçirmiş birçok hasta için, cinsel yaşamın güvenli bir şekilde ne zaman yeniden başlayabileceği önemli bir konudur.

Bypass sonrası birçok hasta cinsel anlamda eşlerin rollerini yerine getirememe duygusu, kaygı, kendine güven eksikliği yaşama, ilaçların yan etkileri, depresyon ve yeni bir kalp krizini tetikleme veya ölme korkusu gibi çeşitli faktörlere bağlı cinsellikle ilgili sorunlar yaşayabilir.

Tekrarlayan göğüs ağrısı, anormal kalp ritimleri (aritmiler) veya kalp yetmezliği olan hastalar, ilişki sırasında kalple ilgili sorunlar açısından orta veya yüksek risk altındadır. Bu risk gruplarındaki kişilerin cinsel ilişkiye girmeden önce daha fazla değerlendirmeye ve/veya tedaviye ihtiyacı vardır.

Koroner bypass ameliyatı sonrası dördüncü hafta itibarıyla (iki kat merdiven çıkarken ağrı ya da nefes darlığı çekmiyorsanız) göğüs kemiğinin korunması şartıyla çoğu hasta için **cinsel ilişki daha güvenlidir. İyileşme sürecine göre bu süre uzayabilir.**

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

Bu süreçte dikkat edilmesi gerekenler aşağıda yer almaktadır.

- ♥ Ağrı, ilaçlar, korku veya depresyon nedeniyle erken iyileşme döneminde daha az cinsel isteğiniz olabilir. Bu durum kendinizi daha iyi güçlü hissettikçe zamanla düzelecektir.
 - ♥ Yüksek kalp atış hızı, nefes darlığı ve kas gerginliği gibi durumlarda endişeli hissetmeniz normaldir.
 - ♥ Eşinizle endişeleriniz hakkında konuşun, duygularınızı paylaşın.
 - ♥ Cinsel aktivite sırasında göğüs kemiğinizi koruyun.
 - ♥ Göğsünüze baskı yapmayan ve kollarınızdan desteğe ihtiyaç duymayan güvenli bir pozisyon (yan yatma, alt ve dik oturma gibi) seçin.
 - ♥ Yorgun veya gergin hissediyorsanız, dinlenene kadar bekleyin.
 - ♥ Ağır bir yemekten sonra veya egzersiz yaptıktan sonra cinsel aktiviteden kaçının.
- Sizin veya eşinizin cinsel aktiviteye devam etme konusundaki endişeleriniz veya sorularınız hakkında sağlık ekibi ile konuşun.

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

Bölüm 4- Karşılıklı Bağlılık Alanı

Son bölümde sizin için önemli olan kişiler ile ikili ilişkileriniz ve tek başınıza yapamadığınız ihtiyaçlarınızı karşılayan diğer kişiler yani destek sistemleri ile sevgi, saygı, değer alma ve verme durumunuza odaklanılmaktadır (Alligood,2014). Bu alanın temel ihtiyacı ilişkilerin geliştirilerek güven duygusunun oluşturulmasıdır (Roy,2009).

Koroner bypass ameliyatı sonrası kendinizi fiziksel, sosyal ve duygusal olarak etkilenmiş hissedebilirsiniz. Yaşamınızı ve önceliklerinizi tekrar gözden geçirmek isteyebilirsiniz.



Aile ve Çevre ile İlişkiler

- ♥ Koroner bypass ameliyatı sonrası yaşam tarzınızda yapacağınız bazı değişiklikler ile aile ve sosyal yaşamınıza daha kolay uyum gösterebilirsiniz.
- ♥ İyileşme döneminde aile bireylerine bağımlı olma hali, kendiniz ve çevreniz üzerinde kontrol kaybı yaşamınıza neden olabilir. Bu sürecin geçici olduğunu ve tekrar eski sağlığınıza kavuşacağınızı unutmayın.
- ♥ Size fiziksel, duygusal ve sosyal destek olmaya çalışan aileniz ile sıkıntı yaşadığınız durumları, alışılmışın dışına çıkma, stres, kaygı, korku gibi duygularınızı paylaşın.
- ♥ Aile bireyleri ile evde birlikte yapmaktan hoşlandığınız şeyleri yapın (film seyretmek, kağıt oyunu oynamak, çay/kahve içmek, sohbet etmek...).
- ♥ Sevdiğiniz ve size iyi geldiğini düşündüğünüz arkadaşlarınızla konuşun.

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

Koroner bypass ameliyatı sadece sizin yaşantınızı değil, size bakım veren aile üyeleri ve yakınlarınızın da yaşamlarını etkileyecektir. Size bakım veren yakınınız/yakınlarınızın duygusal, fiziksel ve sosyal olarak sağlıklı olabilmeleri için hem sizin hem de bakım veren yakınlarınızın yaşam kalitesinin artırılması gerekmektedir. Bu süreçte bakım verecek yakınınızın yükünün hafifletilmesi;

- ♥ Ev işlerinin sıraya konması, diğer aile üyeleri ile işlerin paylaşılması,
- ♥ İlk haftalar bakımınızda fiziksel güç gerektirecek durumlarda akrabalar ve komşulardan destek alınması,
- ♥ Aile içi daha çok zaman geçirilerek duyguların paylaşılması önemlidir.



Sosyal yaşama katılım

- ♥ Koroner bypass sonrası zamanla fiziksel olarak iyileştikçe ve kendinizi hazır hissettiğinizde sosyal yaşamınıza kaldığınız yerden devam edebilirsiniz.
- ♥ İlk haftalar enfeksiyon açısından yanınızda sadece aile bireyleri olsa da ilerleyen haftalarda güçlendikçe dışarıya çıkıp arkadaş/akraba ziyaretlerine devam edebileceksiniz. Bu süreç fiziksel ve psikolojik iyileşmenize de olumlu katkı sağlayacaktır.
- ♥ İlk başta dışarıya çıkışınız süreleri kısa tutun, aşırı kalabalık ve enfeksiyonu olan insanlardan uzak durun.
- ♥ Tekrar güvenli bir şekilde araba kullanmaya başlamak için göğüs kemiginizin iyileşmesi için koroner bypass sonrası ilk 6 hafta boyunca araba kullanmaktan kaçınınız.
- ♥ Uzun mesafelere seyahat ederken, her 2 saate 1 15-20 dakikalık kısa molalar verip, yürüyüş yapınız.

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

Kontrol Zamanı ve Günlük Yaşantıda Dikkat Edilmesi Gereken Diğer Durumlar

- ♥ Koroner bypass ameliyatı sonrası doktorunuzun belirlediği kontroller için **2. haftada** ve **1. ayda** size verilen gün ve saatte kalp damar cerrahisi polikliniğinde bulununuz.
- ♥ Koroner bypass ameliyatı sonrası doktorunuzun önerisi ile 1-1,5 ay boyunca varis çorabı giymeniz gerekmektedir.
- ♥ 6 hafta boyunca sırtüstü ve oturur pozisyonda (iki ya da üç yastık ile) sırtınızı desteklemeye çalışın.
- ♥ Ameliyat sonrası iyileşme döneminizi olumsuz yönde etkileyeceği ve ciddi sorunlara neden olabileceği için sigara kullanmayın.
- ♥ İyileşme döneminizde kalabalık ortamlardan ve gribal enfeksiyonu olan kişilerden uzak durun.
- ♥ Diyabetiniz (Şeker hastalığınız) varsa koroner bypass ameliyatı sonrası kan şekerinin düzgün aralıklarla ölçülmemesi ve verilen diyetle uymamaya bağlı diyabet ile ilgili önemli sorunlar (kan şekerinin düşmesi/yükselmesi, diyabete bağlı yara iyileşmesinde gecikme vb.) gelişebilir.

Diyabetiniz varsa diyabete bağlı sorun oluşmaması için;

- ♥ Kan şekerinizi düzenli ölçün
- ♥ Diyabete yönelik verilen diyeti düzenli uygulayın
- ♥ Diyabet ilaçlarınızı verilen saat aralıklarında, açlık ve tokluk durumunuzu dikkate alarak düzenli alın
- ♥ Kendinizi yormayacak şekilde küçük yürüyüşler yapın.



EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı



ÖNEMLİ

- ❖ Göğsünüzde ağrı, baskı hissi ve aktivite ile artan nefes darlığı yaşadığınızda,
- ❖ Olağandışı baş dönmesi, kalbinizin hızla ve düzensiz çarptığını hissettiğinizde,
- ❖ Ameliyat yerinizde (göğüs kemiği üzerinde, kol ve bacadan damar alınan yerlerde) akıntı, kızarıklık, anormal koku ve ısı artışı olduğunda,
- ❖ **Kontrol zamanını beklemeden doktorunuzu arayın ve en yakın sağlık kuruluşuna başvurun.**

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

NOTLAR

A large rectangular box with a light blue background and a dark blue border, containing horizontal dashed lines for notes. The box has a triangular cutout at the bottom center.

EK-8. (devam) Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Adaptasyon/Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Kitapçığı

KAYNAKÇA

1. Koçaşlı S.& Kanan N. (2020). Açık kalp cerrahisi sonrası hastaların fiziksel ve psikososyal iyileşme durumları. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3),146-158.
2. Tuna A & Emre Ö (2020). The Effect of Tele-Nursing to Care Results After Discharged to Patient with Coronary Arter Bypass Graft. *JOPEHS* 2020; 2(1):44-53 Journal of Paramedic and Emergency Health Services Original Article.
3. Totur Dikmen B, & Yavuz Van Giersbergen M (2022). Home Care Needs of Patients Undergoing The Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Gevher Nesibe Journal of Medical and Health Sciences*, 6(13),68-73. <https://doi.org/10.46648/gnj.239>
4. Acar, EZ & Fındık ÜY (2021). The Problems of The Patients That After Surgery Living at Home and Post-Surgery Patients Problems at Home on İllness Perception. *JEUNF*,37(3),197-206. Doi:10.53490/egehemsire943140.
5. Waard DD, Fagan A, Minnaar C, Horne D (2021). Management of patients after coronary artery bypass grafting surgery: a guide for primary care practitioners. *CMAJ* ,10;193:E689-94. doi: 10.1503/cmaj.191108.
6. John Hopkins Medicine (2018) Heart and vascular Institute cardiac surgery a guide for patients and their families. www.hopkinsmedicine.org/heart-vascular_institute/downloads/cardiac_surgery_patient_guide.pdf (Erişim tarihi 15.08.21).
7. WHO. Cardiovascular diseases. Fact sheet Update May 2017-06-21 Ulaşılabileceği adres: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
8. NICE (2018) “Venous thromboembolism in over 16s: reducing the risk of hospital-acquired deep vein thrombosis or pulmonary embolism “, NICE guideline [NG89] Published March 2018
9. Pıhtıönlü ilaç (Coumadin) Kullanan Hastalar için Kılavuz Türk Kardiyoloji Derneği Kapak Hastalıkları Çalışma Grubu 2012.
10. “KABG Uygulanacak Hastalarda Farmakoterapi Yaklaşımları”, Türk Kardiyoloji Derneği Girişimsel Kardiyoloji Birliği Bülteni Yıl: 1 Sayı.1 2022.

EK-9. Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi

Aşağıdaki her bir maddenin “Eğitim Kitapçığı” için uygunluğuna “evet” için 1 puan, “hayır” için 0 puan vererek değerlendirme yapınız.

	Evet 1 puan	Hayır 0 puan
A. İçerik Durumu (1-4. Maddeler) 1. Materyalin amacı kolayca anlaşılabilir mi? 2. Sorun çözücü davranışa özgü içerik açık mı? 3. Konu hedeflerle sınırlı mı? 4. Anahtar noktalara ilişkin özet ya da eleştiri var mı?		
B. Okuryazarlık Durumu (5-9. Maddeler) 5. Materyaller okunabilir düzeyde mi yazılmıştır? 6. Materyaller konuşma biçiminde mi yazılmıştır? 7. Materyalde tıbbi kelimeler yerine net ve sık kullanılan kelimeler mi kullanılmıştır? 8. Yeni bilgiden önce yapısı verilmiş midir? 9. İleri organizasyon var mıdır?		
C. Resim Grafik Durumu (10-14. Maddeler) 10. Grafikler/Resim/Tablo ilgi çekici mi? İstenen mesajı iletmekte mi? 11. Resimler basit, gerçekçi ve dikkat çekici mi? 12. Resimler anahtar noktaları görsel olarak anlatılıyor mu? 13. Grafiklerin hepsinin yanında metinde açıklama yapılmış mı? 14. Duyuru/açıklayıcı grafik ve resimlerde manşet başlığı kullanılmış mı?		
D. Yazı ve Puan Durumu (15-22. Maddeler) 15. Resimler ilgili metnin yanında mı? 16. Anahtar bilgiyi göstermek için oklar ya da kutular gibi ip uçları var mı? 17. Yeterli beyaz boşluk bulunmakta mı? 18. Materyal dağınık görünüyor mu? 19. Kağıt ve mürekkep arasında tezatlık var mı? 20. Aynı sayfa üzerinde altıdan daha fazla yazı tipi ya da yazı boyutu kullanılmış mı? 21. Hepsi büyük harfle mi yazılmış? 22. Alt başlıklar beş ila yedi alt başlıktan fazla mı?		
E. Öğrenme ve Motivasyon Durumu (23-25. Maddeler) 23. Metin ile grafik arasında etkileşim var mı? 24. İstenilen davranışlar özellikli terimler ya da modellerle gösterilmiş mi? 25. Davranış uygulanabilir halde mi?		
F. Kültürel Uygunluk Durumu (26-27. Maddeler) 26. Dili, mantığı, yaşantılar topluma uygunluk gösteriyor mu? 27. Kültürel görüntüler olumlu, gerçekçi ve uygun mu?		

EK-10. DISCERN Ölçüm Aracı

Hazırlanan “Eğitim Kitapçığı”nın güvenilirlik ve bilgi kalitesinin değerlendirilmesinde; DISCERN (Quality Criteria for Consumer Health Information) Ölçüm Aracı kullanılacaktır. DISCERN aracının 3 bölümü bulunmaktadır. Her bir sorunun altında sorunun anlaşılmasını kolaylaştırmak amacı ile ipuçları bulunmaktadır. **Her bir soru için 1-5 arasında bir puan verilerek değerlendirme yapılır.**

BÖLÜM 1

Bu Kitapçık Güvenilir Mi?

1. Amacı açık mıdır?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İP UCU Bu kitapçığın başlangıcında net bir açıklama olup olmadığına bakın.

- ❖ Ne hakkında
- ❖ Hangi konuları kapsıyor (ve hangi konuları kapsamıyor)
- ❖ Kimler için yararlı olur?

1. Soruya “Hayır” yanıtı verilmişse, 3. Soruya geçiniz.

2. Bu amaçlara ulaşılabilir mi?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İP UCU Bu kitapçıkta ana başlıklarda belirtilen bilgilere ulaşılıp ulaşılamayacağını düşünün.

3. Konu ile ilgili mi?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İP UCU Bu kitapçıkta;

- ❖ Okuyucunun sorabileceği soruların yer alıp almadığı
- ❖ Tedavi seçenekleri ile ilgili önerilerin gerçekçi ya da uygun olup olmadığı

4. Bu kitapçığı hazırlamada kullanılan kaynaklar açıkça belirtilmiş midir?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İP UCU

- ❖ Tedavi seçenekleri hakkındaki ifadelerin bir araştırma bulgusu ya da uzman görüşü gibi kaynaklara dayandırılıp dayandırılmadığına bakın.
- ❖ Bibliyografi/kaynak listesi, alıntı yapılan organizasyon ya da uzmanların adresleri gibi kaynakları kontrol anlamında gözden geçirin.

Derecelendirme notu: kitapçık her iki ipucu için “5” puan karşılığında olmalıdır. Genel kitapçıklar için ilave bilgi ve destek kaynakları (soru7) listesi gerekli değildir.

EK-10. (devam) DISCERN Ölçüm Aracı

5. Bu kitapçıkta bildirilen ya da kullanılan bilginin tarihi açıkça belirtilmiş midir?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İP UCU

- ❖ Kitapçığın hazırlanmasında kullanılan başlıca bilgi kaynaklarının tarihine bakın.
- ❖ Kitapçığın baskı tarihine bakın.
- ❖ Kitapçığın tarihine bakın (telif hakkı).

6. Bu kitapçık tutarlı ve tarafsız mıdır?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İP UCU

- ❖ Kitapçığın kişisel ya da objektif bir bakış açısıyla yazılıp yazılmadığına ilişkin göstergelere bakın.
- ❖ Kitapçığın hazırlanmasında kullanılan bilgi kaynaklarının dağılımına bakın, bir araştırma ya da uzman görüşünden daha fazla olması.
- ❖ Kitapçığın başka bir tanılamasının olması.

Dikkatli olunmalı eğer:

- ❖ Kitapçık diğer tedavi seçeneklerinden bahsetmeden özel bir tedavinin avantajları ya da dezavantajları üzerinde odaklanıyorsa,
- ❖ Kitapçık tek bir vakaya dayandırılıyorsa (bu durumdaki kişiler için ya da özel bir tedaviye tepkiler açısından tipik olmayabilir)
- ❖ Bilgi, heyecanlı, duygulu ya da tehlikeli bir şekilde sunuluyorsa.

7. İlave bilgi ya da destek kaynaklarına ilişkin ayrıntılar veriyor mu?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İP UCU

- ❖ Durum ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi ve öneri elde etmede diğer örgütlere ilişkin ayrıntılar ve daha fazla okuma için öneriler açısından bakın.

8. Bu kitapçıkta belirsiz yönlerden söz ediliyor mu?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İP UCU

- ❖ Tedavi seçenekleri ile ilgili uzman görüşündeki farklılıkları yada bilgi eksiklikleri yönünden tartışmaları gözden geçirin.
- ❖ Kitapçıkta sunulan tedavi seçeneklerinin herkese aynı şekilde, özel bir tedavinin başarı oranının %100 gibi, etkileyip etkilemediği konusunda dikkatli olun.

EK-10. (devam) DISCERN Ölçüm Aracı

BÖLÜM 2**Tedavi Seçenekleri Konusunda Bilgi Kalitesi Nasıldır ?****İP UCU**

- ❖ Bu kitapçıkta tanımlanan tedavi/ tedavilere soruları uygulayın. Kendine bakım, bu bölümde tedavinin bir şekli olarak düşünülmektedir.

9 . Her bir tedavinin nasıl uygulandığını tanımlıyor mu?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İP UCU

- ❖ Tedavilerin vücut üzerindeki etkilerine nasıl ulaştığını tanımlayıp tanımlamadığına bakın.

10. Her bir tedavinin yararlarını tanımlıyor mu?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İP UCU

- ❖ Semptomların giderilmesi ya da kontrol edilmesi, durumun tekrarının önlenmesi ve kısa ve uzun süreli durumlara ilişkin yararları yer alabilir.

11. Her bir tedavinin risklerini tanımlıyor mu?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İP UCU

- ❖ Tedavinin yan etkileri, komplikasyonları ve kısa ve uzun süreli ters etkilerine ilişkin riskleri yer alabilir.

12. Tedavi uygulanmadığı durumlarda ne olacağını tanımlıyor mu?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İP UCU

- ❖ Tedavinin ertelenmesi, dikkatle takip etme (tedavi uygulanmadan durumun nasıl geliştiğini izleme gibi) ya da tamamen tedaviden vazgeçmenin riskleri ve yararlarının neler olduğuna bakın.

13. Tedavi seçeneklerinin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini tanımlıyor mu?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İP UCU

- ❖ Tedavi seçeneklerinin günlük aktiviteler üzerindeki etkilerini tanımlayıp tanımlamadığına bakın
- ❖ Tedavi seçeneklerinin aile, arkadaş ve bakım verenlerle ilişkisine etkilerini tanımlayıp tanımlamadığına bakın

EK-10. (devam) DISCERN Ölçüm Aracı

14. Birden fazla tedavi seçeneği olabileceği açıklanmış mı?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İP UCU

- ❖ Her bir tedaviden en fazla yararlanacak kişiler ve durumların tanımlanıp tanımlanmadığı
- ❖ Özel bir tedaviyi seçmeden ya da reddetmeden önce daha fazla araştırma yada düşünmek için alternatifleri ileriye sürüp sürmediğine bakın.

15. Hastanın karar vermesi için destek sağlıyor mu?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İP UCU

- ❖ Tedavi seçenekleri hakkında ailesi, arkadaşları, doktorlar ya da diğer sağlık elemanları ile tartılmaların yer alıp almadığına bakın.

BÖLÜM 3

Kitapçığın Genel Değerlendirilmesi

16. Yukarıdaki tüm soruların yanıtlarına dayanarak tedavi seçenekleri konusunda bir kaynak olarak bu kitapçığın kalitesini genel anlamda değerlendirin.				
Düşük ciddi/aşırı eksiklik var		Orta eksiklikler önemli ancak ciddi değil		Yüksek çok az eksiklik var
1	2	3	4	5

ÖNERİLERİNİZ

Lütfen bu bölüme, “eğitim kitapçığı” ile ilgili olarak düzeltilmesi, eklenmesi, çıkarılması, geliştirilmesi gereken kısımlar konusunda önerilerinizi yazınız.

.....

.....

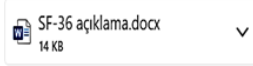
.....

.....

KATKI VEREN
UZMANIN ADI SOYADI:

EK-11. Ölçek İzinleri

Ynt: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği İzin



3 ek (3 MB) [Tümünü OneDrive'a kaydet](#) [Tümünü indir](#)

Sayın Balanuye

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni kaynak göstermeniz koşulu ile kullanmanız uygundur. Ölçeği ve puanlama kılavuzunu ekte gönderiyorum. Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

Prof. Dr. Rukiye Pınar Bölüktaş

Gönderen: Berrak Balanuye <

Gönderildi: 23 Eylül 2021 Perşembe 12:08

Kime: Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ

Konu: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ızın

Sayın Hocam,

Ben Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde öğretim görevlisiyim. Prof. Dr. Hülya Bulut'un danışmanlığında yaptığım doktora tezimde geçerlilik güvenilirliğini yaptığınız "SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği"ni izniniz doğrultusunda kullanmak istiyorum. Desteğiniz için şimdiden çok teşekkür ederim

İyi çalışmalar dilerim,

Saygılarımla.

EK-11. (devam) Ölçek İzinleri



Sayın **Öğr. Gör. Berrak BALANUYE,**

Türkçe'ye uyarladığımız **“Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği”**ni çalışmanızda kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti, öncelikle teşekkür eder çalışmanızda başarılar dileriz.

“Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği”nin Türkiye’de Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği programında doktora tez çalışması olarak yapılmıştır. Ölçek İzmir ilinde iki üniversite, iki eğitim araştırma hastanesi ile Antalya ilindeki bir üniversite, bir eğitim araştırma hastanesinin kalp-damar cerrahisi klinik ve polikliniklerinde koroner arter baypas greft cerrahisi uygulanmış hastalarla yürütülmüştür. Ölçeğin ülkemizde farklı hasta gruplarında, daha geniş popülasyonda tekrar test edilmesi amacıyla bir veri havuzu oluşturmak; geçerlik ve güvenirliliğini yeniden test etmek için çalışma verilerinizi göndermenizi rica ederiz. Aynı zamanda ölçeğin performansını ve yaygın etkisini değerlendirmek için çalışma sonuçlarınızı yayınladığınız makalenin bir örneğini göndermeniz, gelecek iyileştirmeleri yapabilmemiz için önemlidir.

Çalışma verilerinizi göndermenizde; yasal ve etik açıdan sizin yayın hakkınızın güvence altında olduğunu, buna paralel olarak ölçeği kullanma izni veren tarafın haklarının saklı kaldığını kabul ve beyan ederiz.

Dr.Öğr.Ü. Emine ÇATAL

Akdeniz Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.D.

Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü & Hemşirelik Yüksekokulu
ADRES: DEÜ Hastane Kampüsü İçi Mithatpaşa Cad. No:1606 35340 İnciraltı-İZMİR
TEL: +90. 232.412.47.51 FAX: +90.232.412.47.98
E-mail: saglikbil@deu.edu.tr
hemsirelik@deu.edu.tr

EK-12. Etik Komisyon İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 19.09.2019-E.115586



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Ölçme Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu



Sayı : 91610558-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 19.06.2019 tarih ve E.75460 sayılı yazı

İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı **Doktora Öğrencisi Berrak BALANUYE'nin, Prof.Dr.Hülya BULUT'un** danışmanlığında yürüttüğü **"Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Hastalarında ROY Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Programının Etkinliği"** başlıklı tez çalışması ile ilgili konu Kurulumuzun **26.07.2019** tarih ve **08** sayılı toplantısında incelenmiş olup,

İlgilinin çalışmasının yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla, yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Mehtap ÇAKAN
Kurul Başkanı

Araştırma Kod No: 2019-275

Ek: 1 Liste

EK-12. (devam) Etik Komisyon İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 24.09.2019-E.117973



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 14574941-199-
Konu : Berrak BALANUYE-Etik
Komisyon Gelen Cevap
Bildirimi

Sayın Prof. Dr. Hülya BULUT
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı doktora programı öğrencisi Berrak BALANUYE'nin, etik komisyon başvurusu ile ilgili olarak Üniversitemiz Ölçme Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu'nun cevabi yazısı ekte gönderilmektedir.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Doç. Dr. Adviye Gülçin SAĞDIÇOĞLU
CELEP
Enstitü Müdür Yardımcısı

DAĞITIM
Gereği:
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne »
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığına

Bilgi:
Sayın Prof. Dr. Hülya BULUT

EK-12. (devam) Etik Komisyon İzni

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ÖLÇME DEĞERLENDİRME ETİK ALT ÇALIŞMA GRUBU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ : 26/07/2019	TOPLANTI SAYISI : 08
ADI-SOYADI	İMZA
Prof. Dr. Mehtap ÇAKAN Başkan	
Doç.Dr.İsmail KARAKAYA Başkan Yrd.	
Prof.Dr.Galip YÜKSEL	
Prof.Dr.İsmet YÜKSEL	
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN	
Prof.Dr.Cevriye TEMEL GENCER	
Prof.Dr. C. Haluk BODUR	
Prof.Dr.İbrahim DOĞAN	
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ	
Doç.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA	
Doç.Dr.Nihan KAFA	
Doç.Dr.İlyas OKUR	
Doç.Dr.Necdet KARASU	

EK-13. Uygulama İzni



Sayı: 51173401-100/ 18244

23/10/2021

Konu: Anket Uygulaması Hk. (Berrak Balanuye)

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Emniyet Mah. Abant sok.
No:10/2 E Blok Kat:5 06500
Yenimahalle/ANKARA

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı 148536402 numaralı doktora öğrencisi Berrak Balanuye'nin danışmanı Prof.Dr. Hülya Bulut ile yürüteceği "Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Programının Etkinliği "konulu tez çalışmasının anket uygulamasını, Üniversitemiz Ankara Hastanesi Erişkin Kalp-Damar Cerrahisi Servis ve Polikliniğinde yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve adı geçen tebliğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. İ.Haldun MÜDERRİSOĞLU
Dekan

Doğrulama Adresi: https://ebys.baskent.edu.tr/en/Vision/Validate_doc.aspx?V=BENÜJL30B

Taşkent Caddesi (1. Caddesi) 77. Sokak No:11 06490 Bahçelievler / Ankara
Birim Telefon No: 0 312 212 50 65 - 2226
E-Posta: tip@baskent.edu.tr

Faks No: 0 312 221 37 59
İnternet Adresi: tip.baskent.edu.tr

Bilgi İçin: Kemal BAŞAR
Uzman Memur



EK-14. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Rev-2
25.01.2022

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU

KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi, **Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu**'ndan 26.07.2019 tarih / 08 sayı ile izin alınan* ve Prof. Dr. Hülya BULUT ve Öğr. Gör. Berrak FULSER tarafından yürütülen "Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Roy Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Eğitim Programının Etkinliği" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

*Gazi Üniversitesi Etik Komisyon izini alındıktan sonra doldurularak kullanılacaktır.



Araştırmanın Amacı	Bu çalışma ile koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalarda Roy uyum modeline göre yapılandırılmış eğitim programının etkinliğini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.
Araştırmanın Yöntemi	Araştırma kontrol-müdahale gruplu yarı deneysel olarak planlanmıştır.
Araştırmanın Öngörülen Süresi (Başlama ve Bitiş Tarihi Başvurudaki Başlangıç ve Bitiş Tarihi ile Uyumlu Olmalıdır.)	Araştırmanın 2 yıl sürmesi öngörülmekte olup, çalışmaya katılan bütün hastalar taburcu olduktan sonra 2. ve 6. haftalarda takip edilecektir.
Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı	60
Araştırmanın Yapılacağı Yerler	Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Servisi
Görüntü ve/veya ses kaydı alınacak mı?	Evet ☐ Hayır ☒

Tablo katılımcıların anlayabileceği biçimde, akademik dil kullanılmadan yazılacaktır.

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılamayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Araştırma yürütücüsü(Tez çalışmalarında Danışman tarafından imzalanacaktır.)

Adı ve Soyadı	Prof. Dr. Hülya BULUT	Tarih ve İmza
Adres ve telefonu	Gazi, Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	

Katılımcı

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

Velayet veya Vesayet Altındaki Katılımcılar için Veli/Vasi

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : BALANUYE FULSER, Berrak
Uyruğu : T.C.

Eğitim Derecesi	Okul/Program	Mezuniyet Yılı
Doktora	Gazi Üniversitesi / Hemşirelik Anabilim Dalı	Devam Ediyor
Yüksek Lisans	Başkent Üniversitesi / Hemşirelik Anabilim Dalı	2014
Lisans	Başkent Üniversitesi / Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü	2010
Önlisans	Anadolu Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü	2010
Lise	Dr. Binnaz-Rıdvan Ege Anadolu Lisesi	2004

İş Deneyimi, Yıl	Çalıştığı Yer	Görev
2022-devam ediyor	Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi	Öğretim Gör.
2019-2022	Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	Öğretim Gör.
2013-2019	Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	Araştırma Gör.
2011-2013	Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Kalp-Damar Cerrahi ve Transplantasyon Yoğun Bakım Ünitesi, Transplantasyon Yoğun Bakım Ünitesi	Yoğun Bakım Hemşiresi

Yabancı Dili

İngilizce

Yayınlar

1. Karahan A, Temiz N, Uğurlu Z, Balanuye Fulser B.et al. The Psychosocial Effects of the COVID-19 Pandemic on Primary School Children of Health Professionals. The Journal of School Nursing. 2023;0(0). doi:10.1177/10598405231209897Karahan A, Temiz N, Uğurlu Z, et al. The Psychosocial Effects of the COVID-19 Pandemic on Primary School Children of Health Professionals. The Journal of School Nursing. 2023;0(0). doi:10.1177/10598405231209897
2. Karahan A, Kav S, Çevik B, Çıtak EA, Uğurlu Z, Balanuye Fulser B. Alarm fatigue among nurses working in intensive care and other inpatient clinics. Work. 2023;76(2):793-801. doi: 10.3233/WOR-220466. PMID: 37092200.
3. Avcı Işık, Sevcan; Balanuye, Berrak; Budak Ertürk, Elif; Karahan, Azize; Üstündağ, Çiğdem; Uğurlu, Ziyafet; Ören Hin, Aysel; Aydın, Durucan; Göçmen Baykara, Zehra; Acarlar, Hülya; Akar, Emine; Köşker, Yasemin; Koç, Mehmet Ali. Sleep Problems in Individuals With Intestinal Stomas and Determining the Quality of Sleep: A Multicenter Study. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing 50(1):p 39-46, January/February 2023. | DOI: 10.1097/WON.0000000000000939
4. Balanuye B, Bulut H. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Geçiren Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde uyum Süreci Post-Operative Adaptation Period in the Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2021, 6(3), 232-243
5. Karahan A, Kav S, Uğurlu Z, Balanuye B, Karaer H. Düşme Önleme Programının Uygulanmasını Takiben Hasta Düşmelerinin İncelenmesi. no. 280–291, Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2020;2(7):280-291.
6. Budak Ertürk E, Balanuye B, Özhan Elbaş N.Sol Ventrikül Destekleyici Cihaz İmplantasyonu Sonrası Güncel Hemşirelik Yaklaşımları. Turkish Journal of Vascular Surgery(Index Copernicus), 2019; (Suppl):-.,
7. Balanuye B., Budak E., Özhan Elbaş N. Mekanik Dolaşım Destek Cihazları ve Hemşirelik Bakımı. Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics 2018;4 (1):46-58.
8. Özhan Elbaş N., Balanuye B., Elif Budak Yaşlı Bireyin Cerrahi Sonrası Evde Bakımı. Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics 2017;3(2):136-42
9. Uğurlu Z., Avcı Işık S., Balanuye B., Budak B., Özhan Elbaş N., Kav S. Awareness of Skin Cancer, Prevention, and Early Detection among Turkish University Students. Asia Pac J Oncol Nurs. 2016 Jan-Mar; 3(1): 93–97.
10. Balanuye B., Avcı Işık S., Uğurlu Z., Özhan Elbaş N. The Nursing Care Process of a Patient with ECMO Device according to Gordon's Functional Health Patterns. Journal of Clinical & Experimental Cardiology (Index Copernicus, 2016;7(7): 489-49.

Hobiler

Doğa yürüyüşü yapmak, kitap okumak



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..