

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**KORONER ARTER BAYPAS GREFT UYGULANAN
HASTALARIN TABURCULUĞA HAZIR OLMA
DURUMLARI VE İLGİLİ DEĞİŞKENLERİN
İNCELENMESİ**

Hüseyin Cem KILINÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2025-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KORONER ARTER BAYPAS GREFT UYGULANAN
HASTALARIN TABURCULUĞA HAZIR OLMA
DURUMLARI VE İLGİLİ DEĞİŞKENLERİN
İNCELENMESİ

Hüseyin Cem KILINÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Fatma CEBECİ

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2025-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼ne;

Bu alışma j¼rimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Programında Y¼ksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 30/05/2025

İmza

Tez Danışmanı : Prof.Dr. Fatma CEBECİ
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fak¼ltesi
Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı

¼ye : Doç. Dr. Altun BAKSI
S¼leyman Demirel Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fak¼ltesi Hemşirelik B¼l¼m¼ Cerrahi
Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

¼ye : Dr. Öğr. Üyesi Emine ÇATAL
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fak¼ltesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Bu tez, Enstit¼ Y¼netim Kurulunca belirlenen yukarıdaki j¼ri ¼yeleri tarafından uygun g¼r¼lm¼ř ve Enstit¼ Y¼netim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Enstit¼ M¼d¼r¼

Prof.Dr. Melike CENGİZ

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Hüseyin Cem KILINÇ

İmza

Tez Danışmanı

Prof.Dr. Fatma CEBECİ

İmza

TEŞEKKÜR

Karşılaşmamızı en büyük şansım olarak değerlendirdiğim, yüksek lisans eğitimim ve tez hazırlama sürecimde engin bilgi ve tecrübelerinden yaralandığım, sabrına, merhametine ve vicdanına hayran olduğum, benden desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, çok değerli danışman Hocam Sayın Prof. Dr. Fatma Cebeci'ye,

Anabilim dalımızın değerli Öğretim Üyeleri Doç. Dr. Nilgün Aksoy, Dr. Öğr. Üyesi Emine Çatal ve Dr. Öğr. Üyesi Ebru Karazeybek Hocalarıma, Öğr.Gör.Dr. Songül Bişkin Çetin ve Anabilim dalımızın değerli araştırma görevlilerine,

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün kıymetli personeline,

Veri toplama sürecimde, tez çalışmama katılımlarıyla destek olan Akdeniz Üniversitesi Kalp-Damar Cerrahisi Servisi doktor ve hemşirelerine, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp-Damar Cerrahisi Servisi doktor ve hemşirelerine,

Çalışmama gönüllü olarak katılım sağlayan hastalara ve onların kıymetli ailelerine,

Lisansüstü eğitim sürecindeki tecrübeleri ile motivasyonuma katkı sağlayan sayın Arş.Gör.Dr. Çiğdem Erdem'e

Desteğini her zaman hissettiğim, çalışma disiplinine hayran olduğum, Akdeniz Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi sayın Prof.Dr. Abdurrahman Aktop hocama,

Yüksek lisans eğitimim sürecini birlikte yürütmekten büyük keyif aldığım ve desteğini her zaman hissettiren değerli dönem arkadaşım Nur Seda Bursalıoğlu'na,

Yanımda olamasa da benimle gurur duyduğunu hissettiğim ve canımdan çok sevdiğim rahmetli annem Emel Karakaya'ya, maddi ve manevi yönden her zaman arkamda duran anneannem Zehra Karakaya'ya ve dedem Cuma Karakaya'ya,

Sonsuz şükranlarımı sunarım.

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı, Koroner Arter Baypas Graft (KABG) cerrahisi geçiren hastaların taburculuğa hazır olma durumlarını ve bunu etkileyen değişkenleri incelemektir.

Yöntem: Araştırma, 15 Eylül 2023-22 Mart 2024 tarihleri arasında Antalya'daki Üniversite ve Eğitim Araştırma Hastanelerinin Kalp Damar Cerrahisi kliniklerinde karma yöntemle yürütülmüştür. Nicel örneklem 124, nitel örneklem ise kolaylaştırıcı durumlar için 45, zorlaştırıcı durumlar için 79 hastadan oluşmuştur. Veriler; Kişisel Bilgi Formu, Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği Kısa Formu (HTHÖ/KF) ve açık uçlu sorular aracılığıyla yüz yüze toplanmıştır. Nicel analizlerde SPSS 23.0 yazılımı; nitel analizde ise tümevarımsal içerik analizi kullanılmıştır. Raporlama STROBE, COREQ ve GRAMMS rehberlerine uygun olarak yapılmıştır.

Bulgular: Hastaların HTHÖ/KF puan ortalaması 6.56 ± 1.4 olup, %63.7'sinin taburculuğa hazır olmadığı belirlenmiştir. En düşük puan ortalaması bilgi (4.44 ± 2.42), en yüksek puan ortalaması beklenen destek (8.85 ± 1.32) alt boyutundadır. Hastaların yaş, çalışma durumu ve kendini hazır hissetme değişkenlerine göre anlamlı farklılıklar görülmüştür. Bilgilendirme memnuniyeti ile taburculuğa hazır olma arasında orta düzeyde pozitif ilişki ($r=0.33$) bulunmuştur. HTHÖ/KF verilerine göre hazır olmayan hastalarda “korku” ve “kaygı” ana temaları öne çıkmıştır.

Sonuç: KABG sonrası hastaların çoğunluğunun taburculuğa hazır olmadığı ve yalnızca beşte birinin yüksek düzeyde hazır olduğu saptanmıştır. Taburculuğa hazır olma ile bilgilendirme memnuniyeti arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Koroner arter baypas greft cerrahisi, hasta, taburculuğa hazır olma, memnuniyet, kolaylaştırıcı ve zorlaştırıcı durumlar.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to examine the readiness for discharge and the influencing variables among patients who underwent Coronary Artery Bypass Graft (CABG) surgery.

Method: The research was conducted using a mixed-methods design between September 15, 2023, and March 22, 2024, in the Cardiovascular Surgery Clinics of University and Training & Research Hospitals located in Antalya, Turkey. The sample consisted of 124 patients. Data were collected through face-to-face interviews using the Personal Information Form, the Readiness for Hospital Discharge Scale–Short Form (RHDS–SF), and two open-ended questions, following the receipt of ethical committee approval, institutional permissions, and written informed consent from the patients. Quantitative data were analyzed with IBM SPSS version 23.00 software using Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk, Mann-Whitney U, ANOVA, Tukey, Kruskal-Wallis H, t, and r tests within a 95% confidence interval. Qualitative data analysis was done with inductive content analysis method, no software program was used. The study adhered to the STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) and COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) checklists. Mixed method reporting was done according to GRAMMS (Good Reporting of A Mixed Methods Study).

Results: The mean total RHDS–SF score among CABG patients was 6.56 ± 1.4 , with 36.3% of patients deemed ready for discharge and 63.7% not ready. The lowest mean subscale score was in information (4.44 ± 2.42), and the highest was in expected support (8.85 ± 1.32). Among those deemed ready for discharge, 16.9% were moderately ready, and 19.3% were highly or very highly ready. Readiness for discharge scores significantly differed by age, employment status, and the patient's self-perceived readiness ($p < .05$). A moderate positive correlation ($r = 0.33$) was identified between patient satisfaction levels and readiness for discharge. Qualitative data from patients not ready for discharge revealed two main themes: fear and anxiety.

Conclusion: The rate of patients ready for discharge following CABG surgery was found to be low, with only about one-fifth at a high or very high level of readiness. A moderate positive relationship was identified between patient satisfaction and readiness for discharge.

Keywords: Coronary artery bypass graft (CABG) surgery, patient, readiness for discharge, satisfaction, facilitating and hindering factors

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Koroner Arter Hastalığı (KAH) Epidemiyolojisi	3
2.2. Koroner Arter Baypas Greft (KABG) Cerrahisinin Epidemiyolojisi ve Endikasyonları	4
2.3. KABG Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı	5
2.4. KABG Cerrahisinde Bakımın Sürekliliği/Kesintisiz Bakım için Taburculuğa Hazır Olmanın Önemi ve Hemşire	7
2.5. KABG Cerrahisinde Hastaneden Eve Güvenli Geçiş ve Kesintisiz Bakımın Sürdürülmesinde Hemşire	11
2.6. KABG Cerrahisi Sonrası Taburculuğa Hazır Olmanın Önemi ve Hemşire	13
3. GEREÇ ve YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Türü	17
3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.3.1. Nicel Aşama Örneklem Tahmini	18
	iii

3.3.2. Nitel Aşama	19
3.3.3. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	19
3.3.4. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	19
3.4. Pilot Uygulama	19
3.5. Araştırmanın Etik Yönü	20
3.6. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	20
3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması	20
3.7.1. Veri Toplama Araçları	21
3.7.1.1. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu	21
3.7.1.2. Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Kısa Formu (HTHÖ/KF)	21
3.8. Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Kısa Formu (HTHÖ/KF)'na Ait Güvenirlik Kanıtları	22
3.9. Araştırmanın Amacı	22
3.10. Araştırma Soruları	22
3.11. Araştırmadan Elde Edilen Verilerin Analizi	23
3.12. Araştırmanın Sınırlılığı	25
4. BULGULAR	26
4.1. KABG Ameliyatı Uygulanan ve Nicel Aşamaya Katılan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Ait Frekans ve Yüzde Değerleri	27
4.2. KABG Ameliyatı Uygulanan Hastaların HTHÖ/KF Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Değerlendirilmesi	28
4.3. KABG Ameliyatı Uygulanan Hastaların HTHÖ/KF Toplam Puanlarının Çeşitli Bağımsız Değişkenlere göre İncelenmesi	29
4.4. KABG Ameliyatı Uygulanan Hastaların HTHÖ/KF Ölçeğinin Kişisel Durum Alt Boyut Puanlarının Çeşitli Bağımsız Değişkenlere Göre İncelenmesi	32

4.5. KABG Ameliyatı Uygulanan Hastaların HTHÖ/KF Ölçeğinin Bilgi Alt Boyut Puan Ortalamalarının Çeşitli Bağımsız Değişkenlere Göre İncelenmesi	34
4.6. KABG Ameliyatı Uygulanan Hastaların Baş Etme Becerisi Alt Boyut Puan Ortalamalarının Çeşitli Bağımsız Değişkenlere Göre İncelenmesi	36
4.7. KABG ameliyatı uygulanan hastaların HTHÖ/KF Beklenen Destek Alt Boyut Puanlarının Çeşitli Bağımsız Değişkenlere Göre İncelenmesi	38
4.8. KABG ameliyatı uygulanan hastaların HTHÖ/KF Toplam Ölçek ve Alt boyut Puanları ile Taburculuğa İlişkin Bilgilendirmeden Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	40
4.9. KABG Ameliyatı Uygulanan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Taburculuğa Hazır Olma Durumları ve Taburculuğa Hazır Olma Düzeylerine Göre İncelenmesi	41
5. TARTIŞMA	46
5.1. KABG Uygulanan Hastaların HTHÖ/KF toplam ve “Kişisel Durum” “Bilgi” “Baş Etme Becerisi” ve Beklenen Destek” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi	46
5.2. KABG Ameliyatı Uygulanan Hastaların HTHÖ/KF Toplam Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiler ile Taburculuğa Hazır Olma Durumları ve Taburculuğa Hazır Olma Düzeylerinin Bilgilendirme İle İlgili Memnuniyete Etkisinin İrdelenmesi	53
5.3. KABG Ameliyatı Uygulanan Hastaların “Taburculuğa Hazır Olmalarını Kolaylaştıran” ve “Zorlaştıran” Durumlar	55
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	57
6.1. Sonuçlar	57
6.2. Öneriler	59
KAYNAKLAR	61

EKLER

71

ÖZGEÇMİŞ

80



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1.	KABG Ameliyatı Uygulanan ve Nicel Aşamaya Katılan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Ait Frekans ve Yüzde Değerleri	27
Tablo 4.2.	HTHÖ/KF Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Betimsel İstatistikler	28
Tablo 4.3.	KABG Ameliyatı Uygulanan Hastaların HTHÖ/KF Toplam Ölçek Puanlarının Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırma Test Sonuçları	30
Tablo 4.4.	HTHÖ/KF Ölçeğinin Kişisel Durum Alt Boyut Puan ortalamalarının Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	32
Tablo 4.5.	KABG Ameliyatı Uygulanan Hastaların HTHÖ/KF Bilgi Alt Boyut Puan ortalamalarının Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırma Test Sonuçları	34
Tablo 4.6.	Hastaların HTHÖ/KF Ölçeğinin Baş Etme Becerisi Alt Boyut Puan ortalamalarının Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırma Test Sonuçları	36
Tablo 4.7.	Hastaların HTHÖ/KF Ölçeğinin Beklenen Destek Alt Boyut Puan Ortalamalarının Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırma Test Sonuçları	39
Tablo 4.8.	KABG ameliyatı uygulanan hastaların HTHÖ/KF Toplam Ölçek ve Alt Boyut Puanları ile Taburculuğa İlişkin Bilgilendirmeden Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki İlişki Katsayıları	40
Tablo 4.9.	Taburculuğa İlişkin Bilgilendirilme Memnuniyet Puanlarının Taburculuğa Hazır Olma ve Düzeylerine Göre Ortalama Karşılaştırma Test Sonuçları	41
Tablo 4.10.	KABG Uygulanan ve Taburculuğa Hazır Olan (HTHÖ/KF'na göre ≥ 7 puan) Hastaların Taburculuğu Kolaylaştıran Durumlara İlişkin Doküman Analizlerinden Elde Edilen Verileri (n=45)	42

Tablo 4.11. KABG Uygulanan ve Taburculuğa Hazır Olmayan (HTHÖ/KF'na göre <7 puan) Hastaların Taburculuğu Zorlaştıran Durumlara İlişkin verilerinden elde edilen Tema ve alt Temalar (n=79) 44



SİMGELER ve KISALTMALAR

AHRQ	: Agency for Healthcare Research and Quality – Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı
ANOVA	: Analysis of Variance – Varyans Analizi
AVR	: Aort Valv Replasmanı
COREQ	: Consolidated Criteria for Reporting Qualitative
DALY	: Disability Adjusted Life Years (Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı)
DM	: Diabetes Mellitus
HT	: Hipertansiyon
HTHÖ/KF	: Hasta Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği / Kısa Formu
KABG	: Koroner Arter Baypas Greft
KAEK	: Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık
LAD	: Left Anterior Descending (Sol Ön İnlen Koroner Arter)
MI	: Miyokard İnfarktüsu
MVR	: Mitral Valv Replasmanı
PKG	: Perkütan Koroner Girişim
STROBE	: Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology
GRAMMS	: Good Reporting of A Mixed Methods Study (Karma Yöntem Çalışmasının İyi Raporlanması)
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

1. GİRİŞ

Koroner Arter Hastalığı (KAH), dünya genelinde ölümlerin ve Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılları (Disability Adjusted Life Years-DALY) kaybının önde gelen nedenidir. KAH yükünün büyük bir oranı düşük ve orta gelirli ülkelerdedir. Yılda yaklaşık 7 milyon ölüme ve 129 milyon DALY'ye tekabül eden çok büyük bir küresel ekonomik yük oluşturmaktadır (Duggan ve ark., 2022; Loureiro Diaz ve ark., 2024; Ralapanawa ve Sivakanesan, 2021). KAH'nın tedavi yöntemlerinden biri Koroner Arter Baypas Greft (KABG) cerrahisidir. KABG, ameliyatı KAH'a bağlı ölüm oranlarını azaltan, yaşam kalitesini iyileştiren köklü bir prosedürdür. Dünya çapında yaklaşık bir milyon KABG ameliyatı gerçekleştirilmektedir ve en yaygın kalp ameliyatı prosedürüdür (Dığrak ve ark., 2024).

KABG ile ilişkili mortalite sabit kalmasına rağmen, KABG ameliyatı geçiren hastalar giderek yaşlanmakta ve kontrol edilebilir risk faktörleri azaltılmadığında daha fazla komorbid durumlarla karşı karşıya kalmaktadır (Duggan ve ark., 2022). Bireylerin, kendi takip ve bakımlarını daha iyi yönetebilme ve komorbid durumları azaltmada taburculuğa hazır oluşları önemlidir (Oravec ve ark., 2023). Taburculuğa hazır oluş, güvenli ve hızlı iyileşmen de önemli bir bileşenidir (AHRQ, 2023). Büyük ve riskli cerrahi girişimlerden biri olarak KABG ameliyatı geçiren (Karacabay, 2023; Keogh, 2019) hastaların taburcu olmaya hazır olup olmadıklarının değerlendirilmesi, güvenlikleri, memnuniyetleri, istedik fiziksel, duygusal ve sosyal sonuçların sağlanmasında giderek daha önemli hale gelmektedir (Kaya ve ark, 2018a; Kaya ve ark., 2018b; Weiss ve ark., 2019). Amerika Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı 2023 raporunda, hastaların cerrahi sonrası hastaneden ayrılarak eve geçişi/taburculuğa hazırlanması hasta güvenliği ve kaliteli bakımın ayrılmaz parçası olduğuna dikkat çekilmektedir (AHRQ, 2023). Güvenli taburculuk için hastaların taburcu olmaya hazır olup olmadıklarının değerlendirilmesi önemlidir. Bir hastanın taburcu olmaya hazır olup olmadığına sağlık ekibi tarafından çeşitli klinik kriterlere göre karar verilmekle birlikte hastaların kendi hazır bulunuşluk algıları ile bakım verenlerden farklı olabilir (Kaya ve ark., 2018a). KABG sonrası hastalar eve dönmek için istekli olsalar da evde bakımlarını gerçekleştirememe veya gelişebilecek

komplasyonlarla baş edememeye yönelik korku ve kaygı yaşayabilirler (Karacabay, 2023; Mahfouz Khalil ve ark., 2024; Qiu, 2024).

Taburculuğa hazır olma, genel olarak hastanın kendisini hastaneden taburcu olmaya hazır hissetme algısı olarak belirtilmektedir (Kaya ve ark., 2018a; Kaya ve ark., 2018b; Şahan, 2022). Taburculuğa hazır olma kavramı hastanın duyuşsal, bilişsel ve davranışsal yetenekleri ve kısıtlılıkları arasındaki denge olarak da değerlendirilmektedir (Kaya ve ark., 2018a; Kaya ve ark., 2018b; Özsoy Durmaz ve Özbaş, 2023; Weiss ve ark., 2014). Taburculuğa hazırlık, taburculuk planlamasının bir bileşeni (Kaya ve ark., 2018a) olup hasta ve ailesinin hastaneden ayrılmaya hazır olma durumunun belirlenmesine olanak tanır (Kaya ve ark., 2018b). Ancak taburculuğa hazır oluş, hasta ve sağlık profesyonelleri tarafından farklı algılanabilmektedir. Bu nedenle değerlendirmelerin hasta ve yakınları tarafından da yapılmasının önemli olduğu bildirilmektedir (Kaya ve ark., 2018a; Oravec ve ark., 2023; Weiss ve ark., 2019). KABG gibi büyük ve riskli ameliyat sonrası hastalar eve dönmek için istekli olsalar da taburculuğa hazır olup olmadıklarının değerlendirilmesinin, bakıma entegre edilmesi yolu ile hasta güvenliği ve bakım kalitesi için önem arz ettiği düşünülmektedir. Literatürde KABG cerrahisi geçirmiş hastalarla yapılan çalışmalarda KABG ameliyatı sonrası bakım gereksinimleri (Aydın ve Gürsoy, 2019), uzaktan izlem (Shaughnessy ve ark., 2021), taburculuk eğitimi (Kaya ve Dal Yılmaz, 2022) ne yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Ancak KABG uygulanan hastaların taburculuğa hazır olma durumları ve ilgili değişkenlerin incelenmesine yönelik araştırmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma ile hastaların taburculuğa hazır olma durumlarını etkileyen değişkenlerin ortaya konması, KABG sonrası hastaların taburculuk planlamasına yönelik protokollerin hazırlanmasında, ihtiyaçları doğrultusunda gerekli desteğin verilerek taburculuklarının güvenle planlanmasında yol gösterici olacaktır. KABG ameliyatı sonrası evde bakım yönetimi hastalar için zorlayıcı ve karmaşık olabilmektedir. Tüm bu nedenlerle KABG ameliyatı sonrası taburculuğa hazır olma düzeylerinin ve etkileyen değişkenlerin belirlenmesi önem arz etmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koroner Arter Hastalığı (KAH) Epidemiyolojisi

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) dünya çapında her yıl yaklaşık 17.9 milyon insanın ölümüne neden olmakta ve bunların dörtte üçünden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (Maleki ve ark., 2023). KVH arasında yer alan koroner arter hastalığı (KAH), dünya çapında (Fadah ve ark., 2022; Posadas-Collado ve ark., 2022) ve ülkemizde giderek artmakta ve önde gelen ölüm nedenleri arasında yer almaktadır (Civek ve Akman, 2022; Yıldırım, 2022). KAH'nın dünyada 9 milyon kişinin ölümüne sebep olduğu 2030 yılına kadar her 100.000 kişinin 1.845'inde görülebileceği belirtilmektedir. Avrupa'daki tüm ölümlerin %27'sinden sorumludur (Posadas-Collado ve ark., 2022). Türkiye'de ise KAH tüm dolaşım sistemi hastalıkları nedeni ile oluşan ölümlerin %39.7'sini oluşturmaktadır (Yıldırım, 2022).

Koroner kalp hastalığı 45-54 yaş grubunda %6 oranında, 55-64 yaş grubunda %17 ve 65 yaş üzeri kişilerde %28 oranında olduğu belirtilmektedir. Diğer ülke verileri ile kıyaslandığında, 45-74 yaş aralığında 24 takip yılı süresince koroner mortalite prevalansları erkeklerde binde 7.3, kadınlarda binde 3.8 seviyesinde tespit edilmiştir. Bu değerler çoğu Avrupa ülkesine göre yüksektir (Civek ve Akman, 2022; TÜİK, 2020).

KAH, bir halk sağlığı sorunudur (Schmidt-Riovalle ve ark., 2020) ve Dünya genelinde ölümlerin ve Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY) kaybının önde gelen tek nedenidir (Ralapanawa ve Sivakanesan, 2021; Schmidt-Riovalle ve ark., 2020). Bu yükün büyük bir kısmı, yılda yaklaşık 7 milyon ölüm ve 129 milyon DALY ile düşük ve orta gelirli ülkelere düşmektedir (Ralapanawa ve Sivakanesan, 2021).

Dünya çapında yaşam kalitesi kaybı, sakatlık ve ölümün önde gelen nedenlerinden biri olan KAH'nın dünya çapında yaygın olarak kullanılan tedavi yöntemlerinden biri KABG cerrahisidir (Bozkurt, 2021; Doenst ve ark., 2022; Schmidt-Riovalle ve ark., 2020; Tully ve Bishop, 2023).

2.2. Koroner Arter Baypas Greft (KABG) Cerrahisinin Epidemiyolojisi ve Endikasyonları

Kılavuzlar, KAH'nın birincil tedavisi olarak KABG cerrahisinin kullanılmasını önermektedir (Doenst ve ark., 2022). Her yıl yaklaşık 400.000 KABG ameliyatı gerçekleştirilmekte ve bu sayı onu en sık uygulanan majör cerrahi prosedürlerden biri haline getirmektedir (Tully ve Bishop, 2023). Türkiye'de ise 20.000 KABG ameliyatı gerçekleştirildiği tahmin edilmektedir (Bozkurt, 2021).

KAH'da bypass cerrahisi primer Perkütan Koroner Girişim (PKG) yapılamadığında veya komplikasyonlar ortaya çıktığında bir tedavi seçeneğidir. Genel olarak hastalar Koroner Arter Baypas Greft (KABG) cerrahisinden sonraki on yıl boyunca sadece ilaç tedavisine kıyasla ortalama 1.5 yıl daha uzun yaşamaktadır (Doenst ve ark., 2022).

KABG, greft olarak alınan damarın, koronerin tıkalı olan bölümü ile aorta anostomozu yapılarak kanın ikinci bir yoldan akışının sağlanması amacı ile gerçekleştirilen cerrahi prosedürdür (Karacabay, 2023). KABG ameliyatları, kalpte tıkalı olan koroner damar(lar)ın ilerisine yeniden kan akımını sağlayarak semptomları ve kardiyak problemleri azaltır, yaşam kalitesini ve süresini artırır (Kanan, 2022a; Schmidt-Riovalle ve ark., 2020).

Koroner Arter Baypas Greft cerrahisinin endikasyonları

1. İlaçla veya tıbbi tedavi ile kontrol edilemeyen anjina
2. Unstabil anjina
3. Perkütan koroner girişimlerle tedavi edilemeyen lezyon ve obstrüksiyonla birlikte pozitif egzersiz toleransı
4. Sol ana koroner arterin %60'dan fazlasının tıkalı olması
5. Biri son ön inen arter (sol anterior desenden-LAD) olmak üzere iki veya üç koroner arterin obstrüksiyonu
6. İki veya üç koroner arterin obstrüksiyonu ile birlikte sol ventrikül fonksiyon bozukluğu
7. Perkütan koroner girişimlerin komplikasyonu veya başarısızlığıdır (Karacabay, 2023).

2.3. KABG Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı

KABG ameliyatı için gelen hastaların genellikle yüksek tansiyon, diabetes mellitus, dislipidemi veya sigara gibi kardiyovasküler hastalıkların risk faktörlerini barındıran rahatsızlıkları mevcuttur. KABG ameliyatı sürecinde bulunan hastalar, hem cerrahinin hem de kardiyovasküler risk faktörlerinin yaratacağı etkilerle baş etmek durumundadır. Hastalar hem ameliyat hem de KVH risk faktörleri ile başa çıkmaya hazır olmalıdır. Hastaların yaşam kaliteleri sadece fiziksel sağlık açısından değil, aynı zamanda ruh sağlığı açısından da düşebilir ve anksiyete-depresif durumları %25'e kadar yükselebilir (Posadas-Collado ve ark., 2022).

Ameliyat öncesi dönemde yapılan değerlendirmeler ve hastanın ameliyat için hazırlanması, ameliyat sonrası iyileşme sürecini etkiler. Ameliyat öncesi değerlendirmelerin primer amacı cerrahi süreçteki riski belirlemektir. Detaylı bir hasta değerlendirmesi, cerrahi riski, morbidite ve mortaliteyi minimuma indirmeye yardımcı olur. Hastalarının sahip olduğu ileri yaş, acil cerrahi ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) ve Diyabet gibi risk faktörleri, cerrahi riski artırmakta morbidite ve mortalite artışına neden olabilmektedir (Karahan, 2021a). Bu nedenle sistemlerin gözden geçirilmesi, ayrıntılı bir sağlık öyküsü alınması ve tanılamaların yapılması önemlidir (Kanan, 2022a).

Fiziksel değerlendirmelerin yanı sıra KABG ameliyatı yapılacak hastanın bilişsel durumunun da değerlendirilmesi hem hastaneye yattığı andan itibaren başlanacak taburculuk eğitimi hem de ameliyat sonrası dönemde gelişebilen bilişsel fonksiyonlarda bozulmayı anlayabilmek için önemlidir. Yaşlı hastalarda bilişsel duruma ilişkin risk değerlendirmesi daha da önemlidir. Hasta ve ailesinin öğrenim gereksinimlerinin tanımlanması, hastanın fonksiyonel düzeyinin, baş etme mekanizmalarının, mevcut destek sistemlerinin değerlendirilmesi, taburculuk planlamasını ve rehabilitasyonunu etkilediğinden önemlidir (Karacabay, 2023; Yaşa, 2023).

Kardiyak cerrahi deneyimi, hasta ve ailesi için büyük bir stres kaynağıdır. Bireylerin Anksiyeteleri ve depresif semptomatolojileri değerlendirilmelidir Hasta ve ailesi oldukça endişeli ve korku dolu olabilir ve çok sayıda soruya cevap arayabilirler. Endişe düşük

düzeyde ise hastanın inkar döneminde olduğunu gösterebilir. Aşırı yüksek endişe etkili baş etme mekanizmalarının kullanılmasını ve preoperatif eğitimi olumsuz yönde etkiler. Tanılama verilerine dayanarak, olası komplikasyonlar (ciddi endişe, göğüs ağrısı, kalp ritim bozuklukları vb.) açısından hasta dikkatle gözlenmelidir ve gerekli önlemler alınmalıdır (Kanan, 2022a).

Hasta ameliyata gönderilmeden önce gerekli hazırlığın yapıldığından, risk faktörlerine ilişkin gerekli önlemlerin alındığından emin olunmalıdır. Ameliyat dosyasında tüm bilgilerinin bulunduğu ve bu bilgilerin doğruluğu teyit edilmelidir. Hasta, hemşire refakatinde ameliyathaneye götürülmeli, güvenli cerrahi için gerekli önlemlerin alındığına ilişkin kayıtlar ameliyathane hemşiresine teslim edilmelidir. (Ergen ve Yıldırım Tank, 2023).

Ameliyat sürecinde solunum ve dolaşımın etkin bir şekilde sürdürülmesi, hipoterminin önlenmesi ve basınç yaralanmalarından korunmasına yönelik müdahaleler son derece önemlidir (Eryiğit, 2023). Ameliyat sürecinde de hasta ve yakınlarının bilgilendirilme hakkı unutulmamalıdır.

KABG ameliyatı sonrası erken dönem bakımında öncelik, hastanın hemodinamik stabilitesinin sağlanması, devam ettirilmesi ve genel anestezinin etkisinden çıkmasıdır. Bu süreçte hem sağlık ekip üyeleri hem de hasta ve ailesi ile kurulan etkili bir iletişim ve koordinasyon son derece önemlidir (Doğrusöz, 2021; Kanan, 2022a).

KABG cerrahisi uygulanan hastalarda bütüncül yaklaşım, hastanın iyileşme sürecini kısaltmada önemlidir (Doğrusöz, 2021). Bütüncül bakım yaklaşımında fiziksel, duygusal, sosyal ve spiritüel gereksinimlerinin tanınması sürecin planlanmasında önemli bir gerekliliktir. Hemşire, fizyolojik ihtiyaçların yanın da hasta ve ailesinin kullandığı baş etme mekanizmalarını, duygusal ve manevi gereksinimlerini sorgular. Hastanın hastalığına, ameliyata, genel olarak sağlığını sürdürmeye yönelik ihtiyaçlarına uygun taburculuk eğitimi ve taburculuk planlamasını yapamaya ilişkin bilgiye sahip olup olmadıklarını öğrenir (Kanan, 2022a; Katran ve ark., 2024).

2.4. KABG Cerrahisinde Bakımın Sürekliliği/Kesintisiz Bakım İçin Taburculuğa Hazır Olmanın Önemi

Kesintisiz bakım, ameliyat sonrası koroner arter baypas greft (KABG) cerrahisinden sonraki 30 gün içinde planlanmamış hastane geri kabulleri, artan morbidite ve mortalite ve artan sağlık bakım maliyetleri ile ilişkilidir. Bakım kalitesindeki birçok gelişmeye rağmen, planlanmamış geri kabuller, son on yılda yüksek ve nispeten değişmeyen oranlarla kritik bir endişe kaynağı olmaya devam etmektedir (Mary ve ark., 2024). Bu nedenle taburculuk sırası ve sonrasında hastalara kesintisiz bir bakım verilerek bakımın sürekliliğinin sağlanması önemli bir gerekliliktir (Posadas-Collado ve ark., 2022).

Hastalar, hastaneden taburcu olduktan sonra kılavuzlar doğrultusunda yaşam tarzları hakkında bilgilendirilse de çoğu durumda sağlık profesyonelleri tarafından takip eksikliği yaşanmaktadır. Bakım, hastaların ihtiyaçlarına ve kaynaklarına odaklanır. Koroner arter hastalığı olan hastalar için bakımın sürekliliği müdahaleleri, kaliteli bakımın sağlanmasına, mevcut toplum kaynaklarından yararlanılmasına ve hastaların öz bakıma aktif katılımına dayanmaktadır. Amaç, farmakolojik tedaviye uyumu, hastalık hakkındaki bilgiyi, komplikasyonların önlenmesini iyileştirmek ve hastaneden taburcu olduktan sonra oluşan bakım boşluğunu ve yeniden yatış olasılığını önlemektir (Posadas-Collado ve ark., 2022).

KABG cerrahisi sürecinde hastanın hem cerrahi hem de kronik bir hastalık olan KAH'a ilişkin baş etme becerisi geliştirilmesi amaçlanır. Kullanılan farklı eğitim ve öğretim yöntemleriyle öz-yönetim becerisi kazandırılmaya çalışılır. Kronik hastalık yönetimi, bütüncül bakımın koordinasyonu ve sürekliliğin sağlanabilmesi, kronik hastalık bakımının kalitesinin geliştirilmesi, beklenen hasta sonuçlarını iyileştirmesi ve bakımın maliyetinin azaltılmasını sağlayabilir ve bu da ancak profesyonel, disiplinli ve koordine bir bakım ekibi ile mümkündür. Uzun süreli bakım gerektiren ve farklı seyrinde kronik rahatsızlıkları olan bireylerin ihtiyaçlarının da farklılık göstermesi, bu bireylere verilecek bakımında bireye özgü olmasını gerektirmektedir. Kronik hastalığı olan bireylere hemşirelik bakımının sistematize edilerek verilmesi, birey ve ailesine bütüncül bakım verilmesi ve yaşam kalitelerinin artırılmasına imkan sağlamaktadır (Işıklı, 2022).

İran'da Ahmadi tarafından sürekli bakım adı verilen kronik koroner kalp hastalığı için oryantasyon, duyarlılaştırma, kontrol ve değerlendirme olmak üzere dört aşamadan oluşan ve sürekli bakım adı verilen bir model tasarlanmıştır (Baghaei ve ark., 2015; Roshan Ghias ve ark., 2020). Bu modelin kullanımı kardiyovasküler hastaların hastaneye yatış sıklığı, doktor ziyareti, diyet modifikasyonu ve yaşam kalitesi gibi göstergeler üzerinde olumlu etkilere sahip olmuştur. Bu modelde, danışan (etkili faktör) sürekli bakımda hareket eder ve hemşire (bakım hizmetleri sağlayıcısı) ihtiyaçları ve sorunları belirler ve hastayı eğitilmiş sağlık davranışlarını kabul etmesi için duyarlı hale getirir. Bu modelin özelliklerinden biri de koroner arter bypass greft uygulanan hastaların özelliklerine göre dinamik ve sürekli bakım iletişimini dikkate almasıdır. Bu hastaların taburcu olduktan sonraki en önemli ihtiyaçlarından biri, yaşam kalitesini artırmak ve ayrıca ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesi için zamanında kontrol edilmesi, bu konuda hasta ve ailesinin eğitilmesidir. Bu durum sürekli bir bakım modeline ihtiyaç olduğunu gösterir. Bu modelin temel amacı, sorunların, hastalık komplikasyonlarının ve yaşam kalitesinin kontrolünde etkili olan etkili bireysel bakım için içgörü kazandırarak öz-yönetim uygulamalarının kabul edilmesine ve artmasına yol açabilecek programların tasarlanması ve formüle edilmesidir. Araştırmalara göre, bu modelin uygulanması duygusal sağlık, sosyal iletişim, ve diyabet öz-bakımında etkili olmuştur. Ayrıca risk faktörlerini azaltmış ve miyokard enfarktüsü geçiren hastaların yaşam tarzını iyileştirmiştir (Roshan Ghias ve ark., 2020).

KABG uygulanan hastalarda sürekli bakım modeli uygulamasının yaşam kalitesi, öz yeterlilik ve tedavi rejimi puan ortalamalarını iyileştirdiğini gösterilmiştir. Sürekli bakım modelinin uygulanması yaşam kalitesini genel olarak ve duygusal, fiziksel ve sosyal olmak üzere üç boyutta iyileştirmektedir. Sahebalzamani ve arkadaşlarının çalışmasında, sürekli bakım modelinin uygulanmasının iki yaşam kalitesi endeksi olan fiziksel ağrı ve sosyal işlevsellik üzerinde bir etkisi olmamasına rağmen, hastaların bilgi ve altı yaşam kalitesi endeksi üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabileceği belirtilmiştir (Roshan Ghias ve ark., 2020; Sahebalzamani ve ark., 2017). Bu modelin non-invaziv ve düşük maliyetli bir yöntem olarak kullanılması olumlu sonuçlar getirebilir. Çünkü hastalar müdahale sırasında koroner arter hastalığı ve buna bağlı koroner arter baypas greftleme kontrol edilemese de hastalığın doğasını, yan etkilerini, uygun tedaviyi ve öz bakım ilkelerini

tanýarak diğerkomplikasyonları önleyebileceğimizi öğrenmişlerdir. Sonuç olarak, bu kişilerin öz yeterlilikleri, tedavi rejimine bağlılıkları ve yaşam kaliteleri artmıştır (Roshan Ghias ve ark., 2020).

Kronik hastalık yükünün giderek artmasıyla birlikte kronik hastalıkların yönetiminde özyönetim programlarının önemi de artmıştır. Kronik hastalık yönetiminde hemşirelere rehber olabilecek modeller; bütüncül bakımının sürekliliğinin sağlanmasında, hasta bireyler ile sağlık profesyonelleri arasındaki iş birliğinin ve etkileşimin geliştirilmesinde, bakımın kalitesinin artırılmasında, maliyet-etkililiğın sağlanmasında, hasta ve ailesinin bakıma aktif katılımının sağlanmasında sağlık profesyonelleri tarafından kullanılabilmektedir (Zuhur ve Özpancar, 2017).

Bakımın sürekliliğinin sağlanması, bireyin sağlık durumunun devamlı olarak izlenmesi ve değişen ihtiyaçlara göre hemşirelik girişimlerinin planlı ve sistematik olarak gerçekleştirilebilmesi için, hemşirelik süreci yaklaşımı kullanılmalıdır (Basit, 2020).

Hastaların yaşam koşulları, aile ve sosyal desteğın varlığı, hastalıkla ilgili algısı ve inanışları, kronik hastalığa ilişkin bilgi ve davranışlarının yetersiz olması, eşlik eden alevlenme ve komorbidite nedeni ile tedavilere ve hemşirelik bakımına farklı yanıt verebilirler. Dolayısıyla hemşirelik bakımının amaçlarına ulaşabilmek için; güvenilir verilerin toplanarak analiz edilmesi, hemşirelik tanılarının belirlenmesi, var olan komorbiditeleri de ele alarak bakımın planlanması, bakımda sürekliliğın sağlanması ve bakım sürecinin sağlıklı bir şekilde uygulanması gerekmektedir (Efil, 2018).

Hemşirelerin bireye bütüncül bakım verebilmesi için hemşire-hasta ilişkisinin sağlam temeller üzerine kurulması gerekmektedir. Bu da en iyi şekilde hasta merkezli bakım ve bakımın sürekliliğı anlayışı ile sağlanabilir. Hasta merkezli bakım, hastanın tıbbi, sosyal ve psikolojik durumunu ele alarak hasta ve ailesinin bir bütün olarak değerlendirilmesini sağlar. Böylelikle hasta ve ailesinin değerkleri, yeterlilikleri, öncelikleri, deneyimleri ve sağlık algıları bakım gereksinimlerinin planlanmasında ve uygulanmasında hemşireyi yönlendirir. İlaveten, hemşire-hasta ve ailesi arasında gerçekleşen terapötik iletişim ile karar, güç ve sorumluluk paylaşımı sağlanmış olur. Bakımın sürekliliğı, hemşireye hastanın sorunları ve bakım gereksinimlerine ilişkin bilgi sürekliliğı sağlar. Ayrıca

hastanın problemlerinin hemşire tarafından daha derinlemesine anlaşılmasını sağlayarak hemşirenin etkin karar verebilmesini kolaylaştırır ve bakımın etkinliğini artırır. Ek olarak bakımda sürekliliğin sağlanması ile hemşire; savunucu, koruyucu eğitici, karar verici ve yönetici rollerini daha etkin kullanabilir (Korkmaz ve ark., 2020).

Hastalar ameliyatı yaşamı tehdit eden bir olay olarak algılamakta, hastane rutinlerine uyum sağlamakta sorun yaşamakta, kontrol eksikliği hissetmekte ve hastanede yatmanın kendilerini ailelerinden, arkadaşlarından ve günlük yaşam bağlamlarından ayırdığını düşünmektedir. Göğüs ve bacak kesilerinden kaynaklanan ağrı, iştah kaybı, yorgunluk ve uyku bozuklukları gibi KABG sonrası fiziksel sorunlar ameliyat sonrası hastalar tarafından sıklıkla bildirilmiştir. KABG hastalarının tüm günlük aktivitelerine devam edebilmesi için bu sorunların fiziksel olarak iyileşmesi haftalar hatta aylar sürmektedir. Bu sonuçlar hastaların yaşam kalitesini büyük ölçüde düşürebilmektedir. Yaşam kalitesi, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal durumunu içeren çok boyutlu bir kavramdır; bir birey için önemli olan yaşamın farklı yönlerine ilişkin memnuniyet veya memnuniyetsizlikten kaynaklanan bir refah duygusudur. Yaşam kalitesi önemli bir sonuç ve hastanın tedaviye ya da özel bir prosedüre verdiği yanıt olarak kabul edilmektedir. Hastaların yaşam kalitesindeki değişiklikler, KABG ameliyatının önemli sonuçlarından biridir (Razmjooe ve ark., 2017).

KABG ameliyatı yapılan bireylerin kronik bir hastalık olan KAH devam etmektedir. Bu nedenle hastalara hem cerrahi hem de KAH'na ilişkin eğitim, danışmanlık, destek ve ev izlemi takibi sağlanmalıdır. Hemşirelik bakımında sürekliliğin sağlanması, mevcut olan komorbiditeleri de ele alarak bakım sürecinin gerçekleştirilmesi; hastanede kalış süresinin kısalması, mortalitenin azalması, egzersiz ve yaşam kalitesinin artması, oluşabilecek komplikasyonların ve ilaç kullanımına bağlı yan etkilerin görülmemesi bakımından önemlidir. Profesyonel yaklaşımın hasta eğitiminde de sürdürülmesiyle hasta, aile ve bakım verici rolündeki bireylerde farkındalık oluşturularak; tedavi planını sürdürme ve hastalıkla baş etmeyi güçlendirebileceği unutulmamalıdır (Efil, 2018).

Hasta eğitimi, hemşirelik rolü olarak bakımın sürekliliğinin de temel bir bileşendir. Bakımın sürekliliği, yaşam kalitesini artırmak, fonksiyonel kapasiteyi korumak veya geliştirmek ve hastalığın nüksetmesini önlemek için bir yol olarak kullanılmalıdır.

Hemşirelik uzmanları tarafından yönetilen bakım sürekliliğine dayalı programlar, koroner arter hastalığı olan hastalar için olumlu etkiler göstermiş, izlemi, hastalığın kontrolünü ve yaşam kalitelerini iyileştirmiştir. Sürekli takip, kan basıncı ve lipid seviyelerine ilişkin risk faktörlerini azaltarak, ruh sağlığını, öz-yeterliliği ve öz-bakım kapasitesini geliştirerek yaşam tarzı değişikliklerinin oluşturulmasını mümkün kılmıştır (Schmidt-Riovalle ve ark., 2020).

2.5. KABG Cerrahisinde Hastanın Taburculuk Sürecinde, Hastaneden Eve Güvenli Geçişinde ve Kesintisiz Bakımın Sürdürülmesinde Hemşire

Geçiş döneminde bakımı iyileştirmeye yönelik müdahaleler, sağlıkla ilgili risk faktörlerinin azaltılmasını, hasta eğitimini ve taburculuk sürecinin standardizasyonunu kapsamaktadır. Başarılı bir geçiş dönemi için hemşirelerin sağladığı hizmetin temel olduğu bildirilmektedir. Taburculuk planlama sürecinin bakımın ayrılmaz bir parçası olduğu, hemşirelerin diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarının rol ve görevlerinin koordinasyonunda ve yönetiminde merkezi bir rol üstlendiği belirtilmiştir. Ayrıca hemşireler, geçiş dönemi bakımının hassas zamanlarında hastalarla ve ailede hastaya bakacak bireylerle etkileşime geçerek hastaların biyopsikososyal, duygusal ve çevresel ihtiyaçlarını değerlendirir. Poliklinikler ve evde sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere tüm ortamlarda bakımın planlamasını yapar, tıbbi ve hemşirelik bakımının sağlanmasının önündeki engelleri belirler. Hastanın geçiş dönemindeki bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında başta halk sağlığı hemşireleri olmak üzere tüm sağlık hizmeti sağlayıcıları ve geçiş dönemi bakımına dahil olan aile üyeleri iyi eğitilmeli ve sürekli olarak desteklenmelidir. Kaynak eksikliği ve multidisipliner ekip desteğinin olmaması yüksek iş gücü devrine yol açan tükenmişliğin de bir nedeni olarak kabul edilmektedir (Dolu ve ark., 2021).

Hastanın taburculuğa hazırlanması, preoperatif dönemde hastaneye kabulle başlayan ve cerrahi deneyim süresince devam eden bir süreci içermektedir. Hasta bilgilendirilerek postoperatif dönemde giderek bireysel bakım sorumluluğunu üstlenmesi için hazırlanır. Büyük cerrahi girişimler sonrası çoğunlukla hastalar 4-5 gün içinde, bazen daha erken taburcu olurlar. Taburcu olmadan önce hasta ve ailesi bakıcısının, evde ihtiyaçları olacak bakım alanlarına yönelik bilgilendirilmeleri elzemdir (Kanan, 2022b; Karahan, 2021b):

Hasta ve yakınlarının cerrahi sonrası tedavinin sürdürülmesinde ilaçlar, kontroller, beslenme, raporlanması gereken semptomlar, yapması ve sakınılması gereken aktiviteler (Kanan, 2022b), sağlıklı yaşam biçimi davranışları, kardiyovasküler hastalıkların risk faktörlerini azaltma, mental uyum, psikolojik bozuklukları azaltmaya ilişkin eğitim vermek taburculuk planlamasının ana unsurlarındandır (Karahan, 2021b; Parmaksız, 2022).

Hastalar, hastaneden eve geçiş sürecinde önemli bir olumsuz olay riskiyle karşı karşıyadır. Hasta ve organizasyon düzeyindeki süreçler, güvenli hasta geçişlerini kolaylaştırabilecek veya engelleyebilecek potansiyel risk faktörleri olarak tanımlanmıştır. Sağlık hizmetleri, sistemik başarısızlık için fırsatlar sunan ve hasta güvenliğini olumsuz yönde etkileyebilen karmaşık, parçalı ve süreksiz bir sistemdir. Hatalar genellikle herhangi bir sistemin geçiş aşamasında meydana gelir ve geçişlerle ilişkili hataları azaltmaya yönelik bir strateji, bir hastanın hastaneden ev ortamına sorunsuz ve güvenli bir şekilde geçişi olarak tanımlanan kesintisiz bakımın ilerletilmesidir. Bakım sürekliliği, hastanın kurumsal akut bakım ortamından topluma geçişi sırasında en kritik öneme sahiptir; ancak gerçekte çoğu zaman kesintisiz bakım kavramının tam tersi bir durum söz konusudur. Hastalar, bakıcılar ve hizmet sağlayıcılar arasında iyi bir iletişim ve kapsamlı bir geçiş dönemi bakım planı, bu dönemde başarılı bir tıbbi yönetim için çok önemlidir. Yaşlı hastalar "hızlı" taburcu edildiklerinde, aynı hastalıklara sahip genel popülasyondakilere kıyasla hatalara ve yanlış müdahalelere karşı daha savunmasızdır (Posadas-Collado ve ark., 2022; Spehar ve ark., 2005).

Birçok çalışma, hastaneden eve geçişin karmaşık ve risklerle dolu bir süreç olabileceğini göstermiştir. Bu geçiş sürecinde, yaklaşık beş hastadan biri, taburcu olduktan sonraki bir ay içinde planlanmamış yeniden kabuller, ilaç hataları ve hatta ölüm dahil olmak üzere olumsuz olaylar yaşamaktadır. Bakım geçişlerinin güvenliğini ve kalitesini iyileştirmek, küresel bir hedef haline gelmiştir. Hastaneden eve güvenli ve kaliteli bir geçiş, hasta sonuçlarını iyileştirmenin, sağlık kaynaklarını etkin kullanmanın ve verimliliği artırmanın da önemli bir yoludur (Sun ve ark., 2023).

Kronik rahatsızlıkları olan yaşlı yetişkinlerin bakım sürekliliğini iyileştirmede, hastaların, sağlık hizmeti sağlayıcılarının geçiş bakımına ilişkin algılarını ve deneyimlerinin

araştırıldığı çalışmada; tutumlar ve duruş; sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastalar arasında daha iyi kişilerarası ilişkiler ve iletişim; gelişmiş bakım koordinasyonu ihtiyacı; kaynakların mevcudiyeti ve hizmetlerin erişilebilirliği; ile politika ve çevresel uyarlamalar, olmak üzere beş tema belirlenmiştir. Bu temalar yaşlı yetişkinlerin genellikle geçiş sürecindeki bakımlarını etkileyen engeller ve kolaylaştırıcılardır (Sun ve ark., 2023).

KABG ameliyatından sonra hastaların yaşadığı belirti ve semptomlar arasında anjina, dispne, yorgunluk, depresyon, uyku sorunları, ameliyat bölgesinde ağrı, bacaklarda şişme, kardiyak disritmi, anksiyete ve iştahsızlık yer almaktadır. Bu sonuçlar hastaneden taburcu olduktan sonra da devam edebilir. KABG ameliyatı geçiren hastalar yalnızca yaşam beklentilerini artırmayı değil, aynı zamanda yaşam kalitelerini de iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Bu hastaların ameliyat sonrası yaşam kalitelerinin kötü olması hastalığın ciddiyeti, daha düşük sağkalım, hastaneye sevk ve tekrar yatış ve fonksiyonel aktivitelerin azalması ile ilişkilidir. Bu nedenle, bakım eğitimi vermek ve hastanın fiziksel ve zihinsel sorunlarını yönetmek gibi stratejiler, normal günlük yaşama dönmelerine ve optimal yaşam kalitelerini sürdürmelerine yardımcı olmak için kullanılmalıdır. Aktif hasta katılımı, öz yönetimi ve risk faktörlerinin kontrolünü artırmayı amaçlayan kronik hastalık bakım programındaki önemli ilkelerden biridir. Ancak bu programlar genellikle sağlık çalışanları tarafından tasarlanmakta ve bakım planlarının hazırlanmasında hasta katılımını göz ardı edilebilmektedir. Bu bağlamda, Dünya Sağlık Örgütü (WHO), kronik rahatsızlıkları olan hastaların yüksek kaliteli bakımında kilit bir unsur olarak kişi merkezli bakımı önermektedir (Maleki ve ark., 2023).

2.6. KABG Cerrahisi Sonrası Taburculuğa Hazır Olmanın Önemi ve Hemşire

Taburculuğa hazırlık çalışmaları, hastaları ve ailelerini, yatıştan itibaren, eve geçişlerine hazırlamaya ve taburcu olduktan sonra evde bakımı yönetmeye odaklanır. Çok sayıda profesyonel disiplin hastaneden taburculuğun planlanması ve koordinasyonuna katkıda bulunabilse de hastanede yatış süresince taburculuğa hazırlık, hastanede çalışan klinik hemşirelerinin birincil işlevidir. Klinik hemşireleri, hastayı, aileyi ve bakım sistemlerini taburculuğa ve taburculuk sonrası bakım ihtiyaçlarına hazırlamaktan sorumlu ön saflardaki profesyonellerdir. Hastayı taburcu eden hemşire, resmi olarak taburcu edilmeden önce hasta ve ailelerinin iyi eve geçişlerini ve hazır olmalarını sağlamada son

savunma hattıdır. Taburculuğa hazır olma durumu, evde devam eden bakım ihtiyaçları ve iyileşme için gereken bilgi açısından hazır olmayı; taburculuk gününde kişisel, fiziksel ve duygusal duruma ilişkin öz değerlendirmeleri; evde tıbbi bakım ihtiyaçları ve aile yaşamıyla başa çıkma becerisini ve taburculuk sonrası desteğin mevcudiyetini içerir. Hasta ve ailesinin hazır olma algıları, taburculuğa hazırlık sürecinin önemli sonuç göstergeleridir ve olumsuz sonuçlara ve yeniden yatışa yol açabilecek taburculuk sonrası zor bir geçiş için risk taşır (Weiss ve ark., 2020). Yetişkin hastalarda taburculuğa hazır hissetme, yeniden yatışlar ve taburculuk sonrası acil servis ziyaretleriyle ters orantılıdır (Hydzik ve ark., 2021; Weiss ve ark., 2020).

Taburculuğun kalitesi, hasta sonuçlarını iyileştirmek ve bakım maliyetlerini düşürmek için öncelik haline gelmiştir. Taburculuğa hazır olma kavramı fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin bir birleşimidir. Taburculuğa hazır olma, hastaların psikomotor, duygusal ve bilişsel yetenekleri ile sınırlılıkları arasındaki dengenin yanı sıra, ailenin ve toplumun hastaya neler sağlayabileceği ile de ilgilidir. Taburculuğa hazırlık, taburculuk planlamasının bir parçasıdır. Ayrıca hasta ve ailesinin sağlık kurumundan ayrılmaya hazır olma durumunun tahmin edilmesini sağlayan çok yönlü bir kavramdır (Kaya ve ark., 2018a; Kaya ve ark., 2018b).

Taburculuğa hazırlığın değerlendirmesinde, fizyolojik stabilite, hastanın ve ailesinin psikomotor ve bilişsel öz-bakım yetkinliği, öz-bakımını gerçekleştirmeye ilişkin algısı, öz-yeterliği, sosyal desteğin bulunabilirliği ve sağlık hizmetlerine erişimi önemlidir. Hastaların evde kendi bakım ihtiyaçlarını karşılayabilecek bilgi ve beceriye sahip olarak taburcu edilmeleri önemli bir gerekliliktir. Hastanın ev ortamındaki bakımında karşılaşılabilecek güçlükler, hastanın bakımına yardım eden kişilerin durumu ve karşılaştıkları sorunlar, hastanın hastalığına ve ilaçlarına ilişkin semptomları yönetebilme kapasitesi gibi faktörler de değerlendirilmelidir (Kaya ve ark., 2018a; Özkan ve ark., 2022).

Hastaneden taburcu olmaya hazır olma, hastaların hastaneden eve veya kendi ortamlarına geçiş yaptıktan sonra toplum içinde başa çıkma becerisini ifade eder. Hastanede yatış sırasında, ikincil korumayı gerçekleştiren önlemler, zaman sınırlı olsa da etkili bir şekilde uygulanabilir. Hasta, yaşam tarzını değiştirmek ve hastalığın tekrarlanmasına yol

açabilecek risk faktörlerini ortadan kaldırmak için çaba göstermelidir. Kardiyak bir olaydan sonra hastaların tedavisi hastane ünitesinde sona ermez. Hastaların uygun eğitimi, optimal tedavilerinin planlanması ve davranışsal tavsiyelere uyulmasına yardımcı olunması gelecekteki olayların azalmasını sağlayabilir. Kardiyak olaylardan sonra kaliteli taburculuk, hastanın günlük hayata dönüşünü, hastalığı kabullenmesini ve bağımsız işlevselliğe hazırlanmasını kolaylaştırır. Hastanın hastaneden taburcu olmaya hazır olup olmadığının değerlendirilmesi klinik uygulamanın önemli bir bileşeni olarak tanımlanmıştır (Hydzik ve ark., 2021).

Miyokard enfarktüsü (MI) geçiren hastaların, sosyo-demografik ve klinik değişkenleri ile hastaneden taburcu olmaya hazır olma durumu arasındaki ilişki araştırılmış, yaş faktörünün önemli bir değişken olduğu ortaya çıkmıştır. MI geçiren genç hastalar, yaşlı hastalara kıyasla daha yüksek taburculuğa hazır olma durumu sergileyebilmektedir. Bu çalışma, MI sonrası hastalarda taburculuğa hazır olma düzeyi ile hastalığı kabullenme derecesi arasındaki korelasyonun da anlamlı olduğunu göstermiştir (Hydzik ve ark., 2021).

KABG'yi takiben hastanede kalış süresi belirgin bir şekilde azalmıştır (Chou ve ark., 2021; Rushton ve ark., 2017). Bu durum, hastane sonrası bakımın sağlanmasına daha fazla önem verilmesini gerektirmektedir. Hastane ve evde bakım arasındaki geçiş artık sağlık hizmetleri yönetiminin temel, odak noktalarından biridir. KABG sonrası bireylerin hastane ortamından ayrılmaya hazır olmalarını kolaylaştırmak, başarılı bir taburculuk için kilit faktör ve kıt ekonomik kaynaklardan tasarruf etmenin de bir yolu olarak kabul edilmektedir. Taburculuk planlamasında kişi merkezli katılımın, hastaların komplikasyon göstergelerini anlamalarına yardımcı olarak taburculuğa hazır olmalarını artırabileceği kabul edilmektedir (Rushton ve ark., 2017).

Hastanın taburcu olmaya hazır olması için kendisini fiziksel olarak yeterli hissetmesi, evde öz-bakımını yapabilmesi, evde bakımını sürdürmede destek verecek kişilerin olması, taburculuğa ait tüm sorularının yanıtlanmış olması ve ihtiyaç durumunda sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi gerekmektedir (Toraman, 2022).

Hastanın hastaneden taburcu edilerek eve geçişi, hasta güvenliği açısından kritik bir dönemdir. HTH/KF, kişiisel durum, bilgi, başi etme becerisi ve beklenen destek olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır (Kaya ve ark., 2018c; Weiss ve ark., 2007, 2014, 2020). Taburculuğa hazır olma algısı düşük olan hastaların taburculuk sonrası hastaneye tekrarlı yatışlarının olduğunu bildirilmektedir (Toraman, 2022). Weiss ve ark. (2017) yaptığı araştırmada hasta taburculuğa ne kadar hazır olursa, taburculuk sonrası tekrarlı yatış riskinin o kadar az olacağını bulunmuştur. Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde hastaya özgü ihtiyaçların, tercihlerin ve değerlerin ele alındığı hasta merkezli bakımın uygulamaya konulması güçlü bir stratejidir. Hastaneden eve geçişte hastaların sorunlarının azaltılmasına yönelik etkili müdahaleler tasarlamak için, sağlık hizmeti sağlayıcılarının ve kuruluşlarının hastaların bakış açılarını anlamaları ve ihtiyaçlarına daha eksiksiz yanıt vermeleri gerekir. Bu, hastaların yaşadığı sorunlara yol açabilecek engellerin yanı sıra ilgili sorunları azaltabilecek kolaylaştırıcıların da anlaşılmasını gerektirir (Daliri ve ark., 2019).

Kalp damar cerrahisi geçiren hastaların taburculuğa hazırlanması hem hasta hem de sağlık çalışanları için büyük önem taşır. İyi planlanmış bir taburculuk hazırlığı, hastaların komplikasyon risklerinin azaltılması, hızlı iyileşmelerinin sağlanması, yaşam kalitelerinin artırılması, hastanede kalış sürelerinin kısaltılması ve memnuniyetlerinin artırılmasında etkili olabilir. Taburculuğa hazır olma durumu, temel olarak hastanın klinik ihtiyaçların giderilmesine dayalı bir ekip kararıdır. Ancak hastanın taburcu olmak için kendini hazır hissetmesi, taburculuk kararının verilmesinde önemli bir unsurdur (Kaya ve ark., 2018b). Bu nedenle, taburculuğa hazır olma durumunun hasta algıları açısından da değerlendirilmesi oldukça önemli bir gerekliliktir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, açıklayıcı sıralı karma desenedir. Nicel aşama tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı, nitel aşama ise doküman incelemesidir (Yıldırım ve Şimşek, 2018). Karma yöntem, KABG uygulanan hastaların taburculuğa hazır olmama nedenlerini daha derin anlamaya olanak sağlaması nedeni ile tercih edildi. Açıklayıcı sıralı desen, nicel verilerle elde edilen ilişkileri nitel aşama sonuçları ile açıklığa kavuşturmak amacı ile kullanıldı. Bu desende ilk aşamada nicel veriler toplanır, ikinci aşamada nitel veriler toplanarak birinci aşama/nitel sonuçların açıklanmasına yardımcı olacak şekilde yorumlanır (Creswell ve Clark, 2018; Polit ve Beck, 2021). Araştırmanın nitel aşaması, HTHÖ/KF'ye göre aldığı taburculuğa hazır olan (" ≥ 7 " puan) ve olmayan (" < 7 " puan) hastalar ile yürütüldü. Çalışmanın nicel aşamasında The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE), nitel aşamasında Consolidated criteria for reporting qualitative (COREQ) kontrol listelerine bağlı kalındı. Karma Yöntem raporlaması ise GRAMMS (Good Reporting of A Mixed Methods Study=Karma Yöntem Çalışmasının İyi Raporlanması)' a göre yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman

Araştırma, Antalya il merkezinde bulunan KABG ameliyatı yapılan 1267 yatak kapasiteli bir üniversite hastanesi ile 1520 Yatak kapasiteli bir devlet hastanesinde 15.09.2023-22.03.2024 tarihleri arasında yapıldı. Çalışmaya, etik kurul onayı ve kurum izinlerinin alınmasından sonra başlandı. Araştırma, Antalya il merkezinde KABG ameliyatı yapılan hastanelerin kalp ve damar cerrahisi servislerinde yatan, dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar ile yürütüldü. Araştırmanın yapıldığı hastanelerin Kalp Damar Cerrahi Klinikleri 43'ü Üniversite, 24'ü Eğitim Araştırma olmak üzere 67 yataklıdır. Kliniklerde toplam 34 asistan doktor (9 Üniversite 25 Eğitim Araştırma) ve 23 hemşire (12 Üniversite 11 Eğitim Araştırma) görev yapıyor. Taburculuğa ilişkin standart bir uygulama bulunmuyor. Hastanın taburculuğuna hekimlerin değerlendirmesinden sonra karar veriliyor Üniversite hastanesinde hastalara kitapçık ve broşür veriliyor. Taburculuk ile ilgili bilgilendirmeler genellikle doktorlar tarafından yapılıyor. Hemşireler ise hastaların taburculuklarına ilişkin sordukları soruları yanıtlıyor ve/veya doktora

yönlendiriyor. Bilgilendirmede genellikle hastanın kullanacağı ilaçlar, yara bakımı dikişler, kontrol zamanı, banyo zamanı, hangi durumlarda hastaneye gelmesi gerektiğinden oluşuyor. Hastaların varsa ek soruları yanıtlanıyor.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Antalya şehir merkezinde bulunan ve KABG ameliyatı yapılan hastaneler oluşturmuştur. Amaçlı ve ölçüt örneklem yöntemi kullanıldı. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde Üniversite (Akdeniz Üniversitesi Hastanesi), ve devlet (Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi) hastanelerinde KABG cerrahisi uygulanmaktadır. Bu nedenle çalışma KABG ameliyatı yapılan hastanelerin Kalp-Damar Cerrahisi Servisi'nde yatan ve dahil edilme kriterlerine uyan hastalar ile yürütüldü.

3.3.1. Nicel Aşama Örneklem Tahmini Araştırmada nicel aşamada, evren eleman sayısının belli olması sebebiyle aşağıdaki formül üzerinden örneklem tahmini yapılmıştır.

$$n = \frac{Nt^2\sigma^2}{d^2(N-1) + t^2\sigma^2}$$

Formülün pay ve paydasında yer alana ifadelerle yönelik açıklamalar ve araştırmada kullanılan ölçütler şu şekildedir:

n=Örneklem eleman sayısı

N=Evren eleman sayısı=637

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer. %95 güven aralığı dikkate alınmış olup ilgili t değeri **1,96'dır**

σ^2 =Araştırmada kullanılan ölçme aracının standart sapma değeri 1,85'dir. Buna göre evren varyansı $1,85*1,85=3,42$

d= Yapılan bir örnekleme çalışmasında kabul edilebilir hata payını ifade eder. Genellikle yüzde olarak ifade edilir. Hata payı, örnekleme çalışmasında elde edilen sonuçların, evrendeki gerçek durumu temsil etme düzeyini belirler. Daha küçük bir hata payı, daha hassas ve güvenilir sonuçlar elde etmeyi amaçlar. Hata payı, örnekleme büyüklüğü hesaplamalarında ve istatistiksel tahminlerde dikkate alınır. Kullanılan ölçme aracı 10'lu likert yapısına sahip olduğu için hata payı $10*0,03=0,30$ olarak alınmıştır.

$$n = \frac{637 \times (1,96)^2 \times (1,85)^2}{(0,30)^2 \times 636 + (1,96)^2 \times (1,85)^2} = 119$$

Bu araştırmada örneklem sayısını belirlemede evreni bilinen örneklem tahmin formülü uygulanmıştır. Yapılan hesaplar sonucunda tüm hipotezleri kapsayacak şekilde örneklem sınırı 119 olarak belirlenmiş olmasına rağmen araştırma süreci ve sonrasında meydana gelebilecek veri kaybını engellemek adına yapılan örneklem tahmini yaklaşık %5 genişletildi ve örneklem **124** olarak belirlendi.

3.3.2. Nitel aşama

Araştırmanın nitel aşaması, çalışmanın nitel aşamasına da katılmayı kabul eden, HTH/KF'ye göre aldığı taburculuğa hazır olan ("≥7" puan) ve olmayan ("<7" puan) hastalar ile yürütüldü. Çalışmanın nitel aşamasında, amaçlı ve ölçüt örnekleme kullanıldı. Taburcu Olmaya Hazır Olma lği kısa formu (HTH/KF)'nden "≥7" puan olarak taburculuğa hazır olan hastalar ile "<7" puan olarak taburculuğa hazır olmadığı belirlenen hastalar ile yürütüldü. <7 Olan hastalara zorlaştıran nedenler sorusu soruldu. Taburculuğa hazır olma ve olmama (<7 olma) lt olarak alındı. Bu aşama nicel veri sonuçlarına göre taburculuğa hazır olan ve olmayan hastalar dahil edildi.

3.3.3. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- 18 yaş ve üzerinde olması,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olması,
- Türkçe okuyup, yazabilmesi,
- İlk kez KABG ameliyatı geçirmesidir.

3.3.4. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:

- Konuşma, anlama ve işitme probleminin olması,
- KABG ameliyatına ek bir ameliyat (AVR, MVR vb.) olması
- Acil KABG ameliyatlarıdır.

3.4. Pilot Uygulama

Araştırmanın pilot uygulaması etik kurul onayı (EK 6) ve kurum izinlerinin alınmasından sonra Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kalp Damar Cerrahi Kliniğinde KABG ameliyatı uygulanan ve dahil edilme kriterlerini karşılayan üç (3) hasta ile yapılmıştır. n uygulama

24.07.2023-18.08.2023 tarihleri arasında yapılmış olup veriler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütüldü. Araştırmada kullanılacak “Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Kısa Formu (HTHÖ/KF)’nu geliştiren ve Türkçe güvenilirlik geçerliğini yapan araştırmacılar e-posta yolu ile izin alındı (EK 4; EK 5). Çalışma için 2012 KAEK 20 etik kodu olan Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik onay (19.7.2023 tarih, sayı KAEK-566) alındı. Araştırmanın yürütüldüğü kurumlardan yazılı izinler alındı. Araştırma örneklemine alınacak hastalardan da yazılı aydınlatılmış onam formları (EK 1) alındı.

3.6. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımsız Değişkenler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma, daha önce ameliyat geçirme ve doktor tercih durumları, yaşadığı yer, değiştirilen damar sayısı, hastane öncesi ve sonrası kalış süresi, kronik hastalık durumu, taburculuğa ilişkin bilgilendirme durumu, kim tarafından bilgilendirildiği, evde bakıma destek olacak birey varlığı, taburcu olmaya kendini hazır hissetme, memnuniyet düzeyi, taburculuğu kolaylaştıran ve zorlaştıran durumlarıdır.

Bağımlı Değişkenler: KABG ameliyatı yapılan hastaların taburculuğa hazır olma düzeyleri.

3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma verilerin toplanmasına ölçek kullanım izinleri, etik kurul onayı ve kurum izinleri alındıktan sonra başlandı. Veriler, 15 Eylül 2023- 22 Mart 2024 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından taburcu olacakları gün toplandı. Çalışma örneklemini, Akdeniz Üniversitesi ve Antalya Eğitim Araştırma Hastanelerinin Kalp Damar Cerrahisi Kliniklerinde KABG ameliyatı uygulanan 124 hasta oluşturdu. Nicel verilerin toplanmasının ardından HTHÖ/KF’ye göre taburculuğa hazır olduğu belirlenen hastalara hazır olmayı kolaylaştıran durumlarına ilişkin açık uçlu soruyu yanıtlamaları istendi. Hazır olmayan hastalara ise (<7) zorlaştıran durumlara ilişkin açık

uçlu soruyu yanıtlamaları istendi. Araştırma kapsamına alınacak hastalardan gönüllü katılımı kabul etmesi ile sözlü ve yazılı olarak bilgi verildi, dahil edilme kriterleri kapsamında aydınlatılmış onamları alındı. Veriler, Yetişkin Hastalar İçin HTHÖ/KF (EK 3) ve Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 2) kullanılarak toplandı. Elde edilen nicel verilerin değerlendirilmesinde SPSS 23.00 paket programı kullanıldı.

3.7.1. Veri Toplama Araçları

3.7.1.1. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür kapsamında (Kaya ve ark., 2018c; Oravec ve ark., 2023; Weiss ve ark., 2019) oluşturulan Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu 18 madde ile nitel veri elde etmede kullanılan iki açık uçlu sorudan oluşmaktadır. Formda; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim ve çalışma durumu, yaşadığı yer, hastane türü, daha önce ameliyat geçirme durumu, doktor tercihi, değiştirilen damar sayısı, hastane öncesi ve sonrası kalış süresi, kronik hastalık durumu, taburculuğa ilişkin bilgilendirme durumu, kim tarafından bilgilendirildiği, evde bakıma destek olacak birey, taburcu olmaya kendini hazır hissetme, memnuniyet düzeyi bulunmaktadır. Ayrıca taburculuğu kolaylaştıran (HTHÖ/KF’ye göre taburculuğa hazır olanlara yani ≥ 7 puan alan hastalara sorulan) ve zorlaştıran (HTHÖ/KF’ye göre taburcu olmaya hazır olmayanlar/ < 7 puan alan hastalara sorulan) durumlarla ilgili sorular yer almaktadır.

3.7.1.2. Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Kısa Formu (HTHÖ/KF): Hastaların taburculuğa hazır olma durumunu kendi bakış açılarından değerlendirmek için Weiss ve arkadaşları (2014) tarafından geliştirilen HTHÖ/KF Readiness for Hospital Discharge Scale/Short Form-RHDS/SF) ölçeğin Türkçe formu kullanılmıştır. Orijinali İngilizce olan bu ölçek Kaya ve arkadaşları (2018c) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek sekiz madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları hastanın “kişisel durum”, “bilgi”, “başa çıkma yeteneği” ve “beklenen destek”tir (Kaya ve ark., 2018c; Weiss ve ark., 2014). **Kişisel durum** (2 madde), hastanın taburcu olduğu gün fiziksel ve duygusal olarak nasıl hissettiğini ifade eder; **bilgi** (2 madde), hastanın evde taburculukla ilgili kişisel bakımına ilişkin sahip olduğu bilgilerinin yeterliliğini (örn. ilaçlar, tıbbi tedaviler, kısıtlamalar ve hizmet sağlayıcılara erişim); **başa çıkma yeteneği** (2 madde), hastanın evde bakım ve sağlık ihtiyaçlarını yönetme yeteneğini, **beklenen destek** (2 madde) ise hastanın evde ne kadar yardıma ve duygusal desteğe sahip olduğunu tanımlamaktadır (Kaya ve ark., 2018c; Weiss ve ark., 2014). Ölçek maddeleri 0-10 aralığındaki bir skala

üzerinde değerlendirilmektedir (Weiss ve ark., 2014). Puan ne kadar yüksekse bireyin taburculuğa hazır olma durumu da o kadar yüksektir. Taburcu olmaya hazır olma durumuna ilişkin puanlar; çok yüksek (9–10), yüksek (8–8,9), orta (7–7,9) ve düşük (<7) düzeyde şeklinde sınıflandırılabilir. Ölçek boyutlarının puanı ≥ 7 ise hasta taburculuğa hazır, <7 ise hazır değil olarak değerlendirilebilmektedir (Kaya ve ark., 2018c; Weiss ve ark., 2014). Ölçeğin tamamı için Cronbach alfa güvenirlik katsayısı kullanılarak iç tutarlılık 0.74 iken, alt boyutların 0.79 ile 0.93 arasında olduğu görülmüştür (Kaya ve ark., 2018c). Bu çalışmada ölçeğin toplam Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.72 olarak bulunmuştur. Kullanılan ölçek, KABG ameliyatı olan bireylerin taburculuğa hazır olma durumlarını belirlemeyi amaçlamıştır.

3.8. Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Kısa Formu (HTHÖ/KF)’na Ait Güvenirlik Kanıtları

HTHÖ/KF’ye ait güvenirlik katsayısı incelendiğinde Cronbach alfa iç tutarlık katsayısının 0.72 değerine sahip olduğu belirlenmiştir. Güvenirlik katsayısı 0.70 ve üzerinde olan ölçümlerin güvenilir kabul edildiği (Domino ve Domino, 2006) göz önüne alındığında, hesaplanan güvenirlik katsayılarının yeterli olduğu söylenebilir. Alt boyutlara ilişkin güvenirlik değerlerinin ise kişisel durum için 0.59, bilgi için 0.57, baş etme becerisi için 0.60 ve beklenen destek için 0.73 değerini aldığı belirlenmiştir.

3.9. Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı, koroner arter baypas greft cerrahisi uygulanan yetişkin hastaların taburculuğa hazır olma durumları ve ilgili değişkenlerin incelenmesidir. Nicel yöntemle elde edilemeyen verilerin nitel yöntem, doküman incelemesi ile elde edilerek veri çeşitliliğini artırmak ve önemli bilgilere ulaşmak amaçlanmıştır

3.10. Araştırma Soruları

1. KABG cerrahisi geçiren hastaların taburculuğa hazır olma durumları nasıldır?
2. KABG cerrahisi geçiren hastaların taburculuğa hazır olmalarını etkileyen değişkenler nelerdir?
3. KABG cerrahisi geçiren ve taburculuğa hazır olan hastaların taburculuğa hazır olmalarını kolaylaştıran durumlar nelerdir?

4. KABG cerrahisi geçiren ve taburculuğa hazır olmayan hastaların hazır olmalarını zorlaştıran durumlar nelerdir?

3.11. Araştırmada Elde Edilen Verilerin Analizi

Nicel veriler

KABG uygulanan hastaların taburculuğa hazır olma durumların ve etkileyen değişkenlerin belirlendiği bu çalışmanın ilk aşamasında bireylerin HTHÖ/KF toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlara ilişkin betimsel istatistikler incelenmiştir. Bir sonraki aşamada ise bireylerin HTHÖ/KF toplam ve alt boyut puan ortalamalarının, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer, hastane türü, ameliyat olma durumu, yapılan ameliyatın doktor tercihi, hastane öncesi ve sonrası kalış süresi, kronik hastalık türü, damar sayısı, bilgi veren kişi, bakım veren kişi ve taburcu olmaya kendini hazır hissetme değişkenleri açısından karşılaştırılmıştır. Öncelikle ölçeğin toplam puanlarının ilgili bağımsız değişkenin tüm alt düzeylerinde gösterdikleri dağılımlar incelenmiştir. Dağılımın normal bir dağılım gösterip göstermediğinin belirlenmesi için hipotez testi özelliği taşıyan Kolmogorov Smirnov (K-S) ve Shapiro Wilks (S-W) testlerine bakılmıştır. İlgili test sonuçlarına ilişkin olasılık değerinin 0.05 büyük olup olmadığı değerlendirilmiş söz konusu bu ölçüt değerinin üstünde bulunan dağılımlar normal olarak kabul edilmiştir (Bryman ve Cramer, 2012). Normallığe karar verilirken kullanılacak bir başka yöntem ise ilgili puan dağılımına ilişkin elde edilen basıklık ve çarpıklık katsayılarının -1 ile +1 arasında olup olmadığıdır (Hair ve ark., 2010). İlgili ölçüt değerler arasında kalan puan dağılımları normal olarak kabul edilmiştir. Son olarak puan dağılımlarına ilişkin Z değerleri incelenmiştir. Basıklık ve çarpıklık katsayılarının kendi standart hatasına bölünerek elde edilen Z değerleri -1.96 ve +1.96 arasında olması durumunda normal dağılım özelliği taşıdığı varsayılmıştır (Howitt ve Cramer, 2010). Normallığe karar vermede kullanılan üç farklı ölçütten en az ikisini karşılayan dağılımlar normal olarak kabul edilmiştir. İki alt düzeyden oluşan ve tüm alt düzeyleri normal dağılım özelliği gösteren değişkenlerin grup karşılaştırmalarında ilişkisiz örnekler t testi, en az bir alt düzeyinin normal dağılımı ihlal etmesi durumunda Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İki den fazla alt düzeyi olan ve tüm alt düzeyleri normal dağılım özelliği gösteren değişkenlerin grup karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi (ANOVA), en

az bir alt düzeyinin normal dağılımı ihlal etmesi durumunda Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. ANOVA yapılan karşılaştırmalardan anlamlı fark bulunması durumunda çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey, Kruskal Wallis H testi yapılan karşılaştırmalarında anlamlı fark bulunması durumunda U testi Bonferroni düzeltmesi uygulanarak kullanılmıştır (Uysal ve Kılıç, 2022). Çalışmanın nicel aşamasında The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE), kontrol listesine bağlı kalındı.

Nitel veriler

Nicel verilerin toplanmasının hemen ardından, HTHÖ/KF'ye göre taburculuğa hazır olan ve olmayan hastalar belirlenerek paralel zamanlı olarak Nitel verilerin elde edilmesi aşamasına geçildi. Nitel veriler, aşağıda yer alan açık uçlu sorularla toplandı. HTHÖ/KF'ye göre taburculuğa hazır olduğu belirlenen hastalara “Taburculuğa hazır olmanızı kolaylaştıran/sağlayan durumların neler olduğunu açıklarmısınız? Neden? HTHÖ/KF'ye göre taburculuğa hazır olmayan hastalara ise “Taburculuğa hazır olmalarını zorlaştıran durumların neler olduğunu açıklarmısınız? Neden?” açık uçlu soruları yöneltildi. Soruları yanıtlamaları için katılımcılara yeterli zaman verildi.

Nitel aşamada doküman incelemesi yöntemi tercih edilme nedeni daha çok katılımcıya ulaşmak, veri çeşitliliğini artırmak (Yıldırım ve Şimşek, 2018) ve önemli bilgiler edinme olanağı sağlamasıdır (Sak ve ark 2021).

Nitel verilerinin analizinde tümevarımsal içerik analizi (inductive content analysis) yöntemi kullanılmıştır. Verilerin analizi manuel olarak yapılmış, herhangi bir yazılım programı kullanılmamıştır. Araştırmada elde edilen notlar yorum katmadan/eklemeden ve verinin doğasına mümkün olduğu ölçüde sadık kalınarak dokümanite edilmiştir. Ham veriler genel içeriğini anlamak için birkaç kez (tekrarlı) okunmuştur. Metin içeriği birkaç kelime, cümle, ya da birbirleriyle ilişkili faktörleri içeren paragraflardan oluşan anlamlı birimlere bölünmüş, anlamlı ünitelerin temel içeriği korunarak bir kodla etiketlenerek yoğunlaştırılmıştır. Verilen kodlar yorumlanarak, benzerlikler, farklılıklar açısından karşılaştırılmış ve alt temalar elde edilmiştir. Analiz sürecinde tüm metin parçaları arasında ileri ve geri hareket edilebileceği göz önünde bulundurulmuştur. Son olarak, alt temalar birleştirilerek temalar belirlenmiştir. Veri analizi sırasında ortaya çıkarılan alt temaların ve temaların geçerliliğini artırmak için katılımcıların ifadeleri iki ayrı yazar (FC;

HCK) tarafından ayrı ayrı kodlanmıştır. Kodlar karşılaştırılarak, ortak kodlar belirlenmiş, farklılıklar tartışılmış ve yeniden değerlendirme yapılarak kategoriler oluşturulmuştur. Verilerin analizi, güvenilirliği arttırmak için Graneheim & Lundman (2004) tekniği ile yapılmıştır. Araştırmacılar, transkriptleri ve verileri dikkatli bir şekilde gözden geçirmiş ve iç geçerliliği artırmak için tüm analiz sürecine katılmıştır. Verilerden en uygun anlam birimini seçmek ve kategorilerin kapsamını değerlendirmek için araştırmacılar bir araya gelerek fikir birliğine varmıştır. Ayrıca, araştırmanın dış güvenilirliğini artırmak için, veri toplama araçları, ham veriler ve kodlanmış veriler ile birlikte raporun temelini oluşturan araştırmacıların algıları, notları ve sonuçları doğrulanmak üzere bir dış uzman görüşüne sunulmuştur. Tez Danışmanı olan araştırmacılardan FC, nitel araştırmalarda deneyimli, KABG ameliyatı geçiren hastalar dahil çok sayıda araştırma yapmış, hemşirelik alanının kadın akademisyenidir. Tez öğrencisi olan araştırmacı HCK ise yüksek lisans eğitim sürecinde farklı kod ve türlerde üç ayrı araştırma dersi ile KABG dahil olmak üzere cerrahi alanlara yönelik dersler almıştır. Araştırma, Niteliksel Araştırma Raporlama için Konsolide Kriterler (COREQ) kılavuzuna (Tong ve ark., 2007) dayalı olarak raporlanmıştır. Karma Yöntem raporlaması ise GRAMMS (Good Reporting of A Mixed Methods Study=Karma Yöntem Çalışmasının İyi Raporlanması)' a göre yapılmıştır.

3.12. Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırmanın tek bir şehirde yapılması sınırlılık olarak kabul edilebilir. Ancak KABG yapılan Üniversite ve Devlet hastanelerinin araştırma kapsamına alınması veri çeşitliği ve kapsayıcılık açısından önemlidir.

4. BULGULAR

Bu çalışma, KABG uygulanan hastaların taburculuğa hazır olma durumları ve ilgili değişkenlerin incelenmesi amacı ile planlanmıştır. Araştırma bulguları;

- KABG uygulanan hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular
- KABG uygulanan hastaların taburculuğa hazır olma ölçeği toplam ve alt boyutlarından elde edilen *puanlara* ilişkin bulgular
- KABG ameliyatı uygulanan hastaların taburculuğa hazır olma ölçeği toplam ve “*Kişisel Durum*” “*Bilgi*” “*Baş Etme Becerisi*” ve *Beklenen Destek*” alt boyut puan ortalamalarının çeşitli bağımsız değişkenlerine ilişkin bulgular
- KABG ameliyatı uygulanan hastaların taburculuğa hazır olma toplam ölçek, alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkiler ile taburculuğa hazır olma durumları ve taburculuğa hazır olma düzeylerinin *memnuniyete* etkisine ilişkin bulgular
- KABG ameliyatı uygulanan hastaların “*taburculuğa hazır olmanızı kolaylaştıran*” ve *zorlaştıran* durumlara ilişkin bulgular başlıkları altında sunuldu.

4.1. KABG Ameliyatı Uygulanan ve Nicel Aşamaya Katılan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Ait Frekans ve Yüzde Değerleri

Tablo 4.1. KABG Ameliyatı Uygulanan ve Nicel Aşamaya Katılan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Ait Frekans ve Yüzde Değerleri

Değişken	Grup	n	%
Yaş	45-54	21	16.9
	55-64	53	42.7
	65 ve üstü	50	40.3
Cinsiyet	Kadın	33	26.6
	Erkek	91	73.4
Medeni durum	Evli	110	88.7
	Bekar	14	11.3
Eğitim	İlkokul ve altı	69	55.6
	Ortaöğretim ve üstü	55	44.4
Çalışma durumu	Çalışıyor	34	27.4
	Çalışmıyor	90	72.6
Yaşadığı yer	Kır	70	56.5
	Kent	54	43.5
Hastane	Üniversite	72	58.1
	Devlet	52	41.9
Daha önce ameliyat olma durumu	Hayır	71	57.3
	Evet	53	42.7
Doktor tercihi	Var	60	48.4
	Yok	64	51.6
Baypas Yapılan Damar sayısı	1 damar	13	10.5
	2 damar	41	33.1
	3 damar	48	38.7
	4 damar	22	17.7
Ameliyat öncesi hastanede yatma süresi	1-2 gün	45	36.3
	3-4 gün	39	31.5
	5 gün ve üstü	40	32.3
Ameliyat sonrası hastanede yatma süresi	4 gün ve altı	48	38.7
	5 gün ve üstü	76	61.3
Kronik hastalık	Yok	51	41.1
	Var	73	58.9
Varolan Kronik hastalık(lar)	DM	30	41.1
	HT	17	23.3
	DM+HT	16	21.9
	Diğer	10	13.7
Taburculuğa ilişkin Bilgi verilme durumu	Hayır	5	4.0
	Evet	119	96.0
Bilgi Veren	Doktor	95	79.8
	Hemşire	24	20.2
Bakıma Destek Veren	Eş	68	54.8
	Çocuk	45	36.3
	2.derece akraba	11	8.9
Taburculuğa Hazır Hissetme	Evet	55	44.4
	Kısmen	44	35.5
	Hayır	25	20.2
Taburculuğa Hazır Olma	Hazır değil <7	79	63.7
	Hazır ≥7	45	36.3
Taburculuğa Hazır Olma Düzeyi	Düşük (<7)	79	63.7
	Orta (7-7.9)	21	16.9
	Yüksek (8-8.9)	17	13.7
	Çok Yüksek (9-10)	7	5.6

KABG uygulanan hastaların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde araştırmaya 33 kadın (%26.6), 91 erkek (%73.4) olmak üzere toplam 124 kişi katılmıştır. Katılımcıların en yüksek oranda %42.7'si (n=43) 55-64 yaş grubunda, %16.9'unun ise 45-54 (n=21), yaş aralığında, %88.7'sinin evli (n=110), %55.6 (n=69)'sının ilköğretim ve altında eğitime sahip olduğu %72.6'sının (n=90) ise çalışmadığı belirlenmiştir Yaşadıkları yerin %56.5 oranında kırsal (n=70), %43.5 oranında kent olduğu görülmüştür. KABG ameliyatı uygulanan hastaların %58.1'i üniversite (n=72). %41.9'u (n=52) ise devlet hastanesinde ameliyat olmuştur. Hastaların %57.3'ü (n=71) daha önce ameliyat olmamış. %51.6'sı (n=64) doktorunu kendisi seçmiş. %38.7'sinin 3, %17.7'sinin ise 4 damarına baypas yapılmıştır. Ameliyat öncesi hastaların %36.3'ünün 1-2 gün, ameliyat sonrası ise %61.3'ünün. 5 gün ve üstünde hastanede yattıkları görülmüştür. KABG ameliyatı uygulanan hastaların %58.9'unun (n=73) kronik bir hastalığının olduğu, bu hastalıkların en yüksek oranlarda diyabet (DM %41.1) ve hipertansiyon (HT %23.3) olduğu saptanmıştır. Hastaların %96.0'sına taburculuğa ilişkin bilgi verildiği, bu bilginin %79.8 oranında doktor, %20.2 oranında hemşire tarafından verildiği belirlenmiştir. Hastaların bakımına, %54.8 oranında eşler, %36.3 oranında ise çocukları destek vermektedir. KABG ameliyatı uygulanan hastaların, %44.4'ü kendilerini taburculuğa hazır hissederken, %35.5'i kısmen hazır hissetmektedir. HTHÖ/KF puan ortalamalarına göre hastaların %63.7'sinin taburculuğa hazır olmadığı (<7), %36.3'ünün ise hazır olduğu (≥7) belirlenmiştir. Hastaların %63.7'sinin düşük. %16.9'unun orta. %13.7'sinin yüksek ve %5.6'sının ise çok yüksek düzeyde taburculuğa hazır oldukları saptanmıştır.

4.2. KABG Ameliyatı Uygulanan Hastaların HTHÖ/KF Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanların Değerlendirilmesi

Tablo 4.2. HTHÖ/KF Toplam ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Betimsel İstatistikler

Ölçek Toplam ve Alt Boyutları	n	Min	Max	$\bar{X} \pm S.S$
Toplam	124	3.13	9.63	6.56±1.41
Alt boyutlar				
<i>Kişisel Durum</i>		0.50	10.00	6.21±2.18
<i>Bilgi</i>	124	0.00	10.00	4.44±2.42
<i>Baş Etme Becerisi</i>	124	2.00	10.00	6.73±2.09
<i>Beklenen Destek</i>	124	4.00	10.00	8.85±1.32

KABG ameliyatı uygulanan hastaların HTHÖ/KF'den aldıkları toplam puan ortalamalarına göre taburculuğa hazır olmadıkları (<7) görülmüştür. Bununla birlikte *beklenen destek* alt boyutunda taburculuğa hazır olma durumlarının yüksek (8.85 ± 1.32), *bilgi* alt boyutunda ise çok düşük (4.44 ± 2.42) bulunmuştur.

4.3. KABG Ameliyatı Uygulanan Hastaların HTHÖ/KF Toplam Puanlarının Çeşitli Bağımsız Değişkenlere göre İncelenmesi

KABG ameliyatı uygulanan hastaların taburculuğa hazır olma toplam ölçek ortalamalarının çeşitli bağımsız değişkenlerle karşılaştırmasına ilişkin analiz sonuçları Tablo 4.3'de verilmiştir.

Tablo 4.3. KABG Ameliyatı Uygulanan Hastaların *HTHÖ/KF Toplam Ölçek Puanlarının* Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırma Test Sonuçları

Değişken	Grup	N	$\bar{X} \pm S.S$	SD	t/F	p	η^2	Fark
Yaş	45-54	21	7.34 $\pm$ 1.09	2 121	8.36	<0.001	0.12	1-3 2-3
	55-64	53	6.75 $\pm$ 1.22					
	65 ve üstü	50	6.02 $\pm$ 1.51					
Cinsiyet	Kadın	33	6.30 $\pm$ 1.24	122	1.24	0.216	-	-
	Erkek	91	6.65 $\pm$ 1.45					
Medeni durum	Evli	110	6.59 $\pm$ 1.39	122	0.76	0.448	-	-
	Bekar	14	6.29 $\pm$ 1.54					
Eğitim	İlkokul ve altı	69	6.39 $\pm$ 1.61	122	1.51	0.133	-	-
	Ortaöğretim ve üstü	55	6.77 $\pm$ 1.07					
Çalışma durumu	Çalışıyor	34	7.17 $\pm$ 1.22	122	3.09	0.002	0.07	1-2
	Çalışmıyor	90	6.32 $\pm$ 1.41					
Yaşadığı yer	Kır	70	6.34 $\pm$ 1.42	122	1.92	0.122	-	-
	Kent	54	6.83 $\pm$ 1.35					
Hastane	Üniversite	72	6.94 $\pm$ 1.53	122	3.81	<0.001	0.11	1-2
	Devlet	52	6.02 $\pm$ 1.00					
Daha önce ameliyat olma durumu	Yok	71	6.66 $\pm$ 1.38	122	0.93	0.355	-	-
	Var	53	6.42 $\pm$ 1.44					
Doktor tercihi	Hayır	60	6.68 $\pm$ 1.31	122	0.97	0.336	-	-
	Evet	64	6.44 $\pm$ 1.49					
Baypas Yapılan Damar Sayısı	1	13	7.29 $\pm$ 1.14	3 120	1.42	0.241	-	-
	2	41	6.48 $\pm$ 1.21					
	3	48	6.52 $\pm$ 1.48					
	4	22	6.34 $\pm$ 1.66					
Ameliyat öncesi hastanede yatma süresi	1-2 gün	45	6.64 $\pm$ 1.31	2 121	0.15	0.858	-	-
	3-4 gün	39	6.46 $\pm$ 1.49					
	5 gün ve üstü	40	6.55 $\pm$ 1.44					
Ameliyat sonrası hastanede yatma süresi	4 gün ve altı	48	6.58 $\pm$ 1.31	122	0.13	0.900	-	-
	5 gün ve üstü	76	6.54 $\pm$ 1.47					
Ek Kronik Hastalık (lar)	DM	30	6.74 $\pm$ 1.56	3 69	0.67	0.574	-	-
	HT	17	6.78 $\pm$ 1.42					
	DM+HT	16	6.23 $\pm$ 1.69					
	Diğer	10	6.19 $\pm$ 1.59					
Bilgi veren kişi	Doktor	95	6.70 $\pm$ 1.48	117	1.91	0.058	-	-
	Hemşire	24	6.08 $\pm$ 1.04					
Bakıma destek veren kişi	Eş	68	6.72 $\pm$ 1.29	2 121	1.24	0.294	-	-
	Çocuk	45	6.40 $\pm$ 1.53					
	2.derece akraba	11	6.15 $\pm$ 1.48					
Taburculuğa Hazır Hissetme	Evet ⁽¹⁾	55	7.11 $\pm$ 1.37	2 121	10.28	<0.001	0.15	1-2 1-3
	Kısmen ⁽²⁾	44	6.30 $\pm$ 1.06					
	Hayır ⁽³⁾	25	5.78 $\pm$ 1.55					

Tablo 4.3’de HTHÖ/KF toplam puanlarının yaş, damar sayısı, ameliyat öncesi hastanede yatma süresi, kronik hastalık, bakıma destek veren kişi ve taburculuğa hazır hissetme değişkenlerine göre karşılaştırmasına ait *varyans analizi* ile cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer, hastane türü, daha önce ameliyat olma

durumu, doktor tercihi, ameliyat sonrası hastanede yapma süresi ve bilgi veren kişi değişkenlerine göre karşılaştırmasına ait **bağımsız gruplar t-testi** sonuçları verilmiştir.

KABG ameliyatı uygulanan hastaların HTHÖ/KF puanlarının, yaş değişkeni alt gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı ($F(2.121)=8.36$, $p<0.001$) belirlenmiştir. Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde 45-54 ($\bar{X}=7.34\pm1.09$) ve 55-64 ($\bar{X}=7.15\pm2.12$) yaş gruplarındaki hastaların ortalamalarının, 65 ve üstü ($\bar{X}=6.02\pm1.51$) yaş grubundaki hastaların ortalamalarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.12$) büyük etki büyüklüğüne yakın bir değere sahip olduğu saptanmıştır. KABG ameliyatı uygulanan hastaların HTHÖ/KF genel ölçek puanlarının, çalışma durumu ($t(122)=3.09$, $p=0.002$), hastane türü ($t(122)=3.81$, $p<0.001$) ve taburculuğa hazır hissetme ($F(2.121)=10.28$, $p<0.001$) değişkenlerine göre farklılaştığı belirlenmiştir. Çalışan hastaların ölçek puan ortalamalarının ($\bar{X}=7.17\pm1.22$), çalışmayan hastaların ortalamalarından ($\bar{X}=6.32\pm1.42$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farka ($t(122)=3.09$, $p=0.002$), ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.07$) orta etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Üniversite hastanesinde KABG ameliyatı uygulanan hastaların HTHÖ/KF genel ölçek puan ortalamalarının ($\bar{X}=6.94\pm1.53$), devlet hastanesinde ameliyat olan hastaların ortalamalarından ($\bar{X}=6.02\pm1.00$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Taburculuğa "hazır" hisseden hastaların puanlarının ($\bar{X}=7.11\pm1.07$), "kısmen" hazır hisseden ($\bar{X}=6.30\pm1.06$) ve "hazır hissetmeyen" hastaların ($\bar{X}=5.78\pm1.55$) puanlarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Anlamlı farka ($F(2.121)=10.28$, $p<0.001$) ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.15$) büyük düzeyde bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir.

KABG ameliyatı uygulanan hastaların HTHÖ/KF genel ölçek puanlarının, cinsiyet ($t(122)=1.24$, $p=0.216$), medeni durum ($t(122)=0.76$, $p=0.448$), eğitim durumu ($t(122)=1.51$, $p=0.133$), yaşadığı yer ($t(122)=1.92$, $p=0.122$), daha önce ameliyat olma durumu ($t(122)=0.93$, $p=0.355$), doktor tercihi ($t(122)=0.97$, $p=0.336$), baypas yapılan damar sayısı ($F(3.120)=1.42$, $p=0.244$), ameliyat öncesi hastanede yatma süresi ($F(2.121)=0.15$, $p=0.858$), ameliyat sonrası hastanede yatma süresi ($t(122)=0.13$, $p=0.900$), ek kronik hastalığa sahip olma ($F(3.69)=0.67$, $p=0.574$), bilgi veren kişi

(t(117)=1.91, p=0.058) ve bakım veren kişi (F(2.121)=1.24, p=0.294) değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

4.4. KABG Ameliyatı Uygulanan Hastaların HTHÖ/KF Ölçeğinin Kişisel Durum Alt Boyut Puanlarının Çeşitli Bağımsız Değişkenlere Göre İncelenmesi

KABG ameliyatı uygulanan hastaların HTHÖ/KF kişisel durum alt boyutu puan ortalamalarının çeşitli bağımsız değişkenlere göre karşılaştırmasına ait test sonuçları Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4. HTHÖ/KF Ölçeğinin *Kişisel Durum Alt Boyut Puan ortalamalarının Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması*

Değişkenler	Grup	N	$\bar{X} \pm S.S$	SD	t/F	p	η^2	Fark
Yaş	45-54 ⁽¹⁾	21	7.21±2.19	2 121	7.65	0.001	0.11	1-3 2-3
	55-64 ⁽²⁾	53	6.60±1.65					
	65 ve üstü ⁽³⁾	50	5.36±2.39					
Cinsiyet	Kadın	33	5.97±2.24	122	0.73	0.470	-	-
	Erkek	91	6.29±2.16					
Medeni durum	Evli ⁽¹⁾	110	6.20±2.08	122	3.06	0.003	0.07	1-2
	Bekar ⁽²⁾	14	6.29±2.95					
Eğitim	İlkokul ve altı	69	5.88±2.40	122	0.15	0.885	-	-
	Ortaöğretim ve üstü	55	6.62±1.80					
Çalışma durumu	Çalışıyor	34	7.15±1.99	122	1.90	0.059	-	-
	Çalışmıyor	90	5.85±2.15					
Yaşadığı yer	Kır ⁽¹⁾	70	5.84±2.13	122	2.14	0.034	0.04	2-1
	Kent ⁽²⁾	54	6.68±2.17					
Hastane	Üniversite	72	6.49±2.35	122	1.74	0.084	-	-
	Devlet	52	5.81±1.87					
Daha önce ameliyat olma durumu	Yok	71	6.39±2.19	122	1.08	0.284	-	-
	Var	53	5.96±2.16					
Doktor tercihi	Hayır	60	6.40±2.26	122	0.96	0.338	-	-
	Evet	64	6.02±2.10					
Baypas Yapılan Damar Sayısı	1	13	7.58±2.02	3 120	2.38	0.073	-	-
	2	41	6.33±1.99					
	3	48	5.84±2.33					
	4	22	5.95±2.05					
Ameliyat öncesi hastanede yatma süresi	1-2 gün	45	6.68±1.99	2 121	2.29	0.105	-	-
	3-4 gün	39	6.21±2.33					
	5 gün ve üstü	40	5.68±2.16					
Ameliyat sonrası hastanede yatma süresi	4 gün ve altı	48	6.21±2.02	122	0.01	0.991	-	-
	5 gün ve üstü	76	6.20±2.28					
Ek Kronik Hastalık(lar)	DM	30	6.07±2.32	3 69	0.32	0.808	-	-
	HT	17	5.82±2.11					
	DM+HT	16	5.72±2.64					
	Diğer	10	6.60±2.58					
Bilgi veren kişi	Doktor	95	6.45±2.21	117	1.49	0.140	-	-
	Hemşire	24	5.73±1.69					
Bakıma destek veren kişi	Eş	68	6.49±1.89	2 121	2.75	0.068	-	-
	Çocuk	45	5.62±2.45					
	2.derece akraba	11	6.86±2.34					
Taburculuğa Hazır Hissetme	Evet ⁽¹⁾	55	7.37±1.84	2 121	29.79	<0.001	0.33	1-2 1-3 2-3
	Kısmen ⁽²⁾	44	5.97±1.58					
	Hayır ⁽³⁾	25	4.06±2.04					

Tablo 4.4'te kişisel durum alt ölçek puanlarının yaş, damar sayısı, ameliyat öncesi hastanede kalınan süresi, kronik hastalık, bakım veren kişi ve hazır hissetme değişkenlerine göre karşılaştırmasına ait *varyans analizi* ve cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer, hastane türü, daha önce ameliyat olma durumu, doktor tercih, ameliyat sonrası hastanede kalınan süre ve bilgi veren kişi değişkenlerine göre karşılaştırmasına ait *bağımsız gruplar t-testi* sonuçları verilmiştir.

KABG ameliyatı uygulanan hastaların yaşı ile HTHÖ/KF kişisel durum alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı ($F(2,121)=7.65$, $p<0.001$) belirlenmiştir. Farklılaşmanın alt grupları incelendiğinde, 45-54 ($\bar{X}=7.21\pm 2.19$) ve 55-64 ($\bar{X}=6.60\pm 1.65$) yaş gruplarındaki hastaların kişisel durum alt boyut ortalamalarının, 65 ve üstü yaşa sahip hastaların puan ortalamalarından ($\bar{X}=5.36\pm 2.39$) yüksek olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.11$) büyük etkiye yakın bir değere sahip olduğu saptanmıştır.

Hastaların HTHÖ/KF kişisel durum alt boyut puan ortalamalarının medeni durum ($t(122)=3.06$, $p=0.003$), yaşadığı yer ($t(122)=2.14$, $p=0.034$) ve taburculuğa hazır hissetme ($F(2,121)=7.29$, $p=0.001$) değişkenlerine göre farklılaştığı belirlenmiştir. Medeni durum arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde evli katılımcıların ortalamasının ($\bar{X}=6.20\pm 2.08$), bekar katılımcıların ortalamasından ($\bar{X}=6.29\pm 2.95$) düşük olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.07$) orta etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Yaşadığı yer değişkenine ait alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde kırdaki yaşayan hastaların ortalamasının ($\bar{X}=5.84\pm 2.13$), kentte yaşayan hastaların ortalamasından ($\bar{X}=6.68\pm 2.17$) düşük olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.04$) orta etkiye yakın bir değere sahip olduğu belirlenmiştir. Taburculuğa hazır hissetme durumu değişkenine ait sonuçlar incelendiğinde, hastaların kişisel durum alt boyut puan ortalamalarının "taburculuğa hazır" olan hastaların ortalamalarının ($\bar{X}=7.37\pm 1.84$), "kısmen hazır" olan ($\bar{X}=5.97\pm 1.58$) ve "hazır olmayan" hastaların puan ortalamalarından ($\bar{X}=4.06\pm 2.04$) yüksek olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.33$) büyük bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyet, eğitim, çalışma durumu, ameliyat yapılan hastane, daha önce ameliyat olma durumu, doktor tercihi, baypas yapılan damar sayısı, ameliyat öncesi ve sonrası hastanede kalma süresi, ek kronik hastalıklar, bilgi veren ve bakıma destek veren kişi değişkenlerine

ait sonuçlar incelendiğinde hastaların kişisel durum alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı saptanmıştır.

4.5. KABG Ameliyatı Uygulanan Hastaların HTHÖ/KF Ölçeğinin Bilgi Alt Boyut Puan Ortalamalarının Çeşitli Bağımsız Değişkenlere Göre İncelenmesi

KABG ameliyatı uygulanan hastaların HTHÖ/KF bilgi alt boyut puan ortalamalarının çeşitli bağımsız değişkenlere göre karşılaştırmasına ait test sonuçları Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5. KABG Ameliyatı Uygulanan Hastaların HTHÖ/KF Bilgi Alt Boyut Puan ortalamalarının Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırma Test Sonuçları

Değişken	Grup	N	$\bar{X} \pm S.S$	SD	t/F	p	η^2	Fark
Yaş	45-54	21	5.14±2.04	2 121	1.23	0.296	-	-
	55-64	53	4.42±2.35					
	65 ve üstü	50	4.16±2.61					
Cinsiyet	Kadın	33	3.97±2.18	122	1.30	0.198	-	-
	Erkek	91	4.60±2.49					
Medeni durum	Evli	110	4.46±2.44	122	0.36	0.718	-	-
	Bekar	14	4.21±2.28					
Eğitim	İlkokul ve altı	69	4.48±2.66	122	0.22	0.826	-	-
	Ortaöğretim ve üstü	55	4.38±2.09					
Çalışma durumu	Çalışıyor	34	4.93±2.56	122	1.40	0.165	-	-
	Çalışmıyor	90	4.25±2.35					
Yaşadığı yer	Kır	70	4.42±2.49	122	0.07	0.942	-	-
	Kent	54	4.45±2.35					
Hastane	Üniversite ⁽¹⁾	72	5.05±2.47	122	3.47	0.001	0.09	1-2
	Devlet ⁽²⁾	52	3.59±2.09					
Daha önce ameliyat olma durumu	Yok	71	4.56±2.43	122	0.68	0.498	-	-
	Var	53	4.26±2.41					
Doktor tercihi	Hayır	60	4.38±2.21	122	0.27	0.789	-	-
	Evet	64	4.49±2.61					
Baypas Yapılan Damar Sayısı	1	13	4.92±1.43	3 120	0.48	0.694	-	-
	2	41	4.20±2.14					
	3	48	4.63±2.50					
	4	22	4.18±3.16					
Ameliyat öncesi hastanede yatma süresi	1-2 gün	45	4.16±2.00	2 121	0.97	0.382	-	-
	3-4 gün	39	4.32±2.20					
	5 gün ve üstü	40	4.86±2.99					
Ameliyat sonrası hastanede yatma süresi	4 gün ve altı	48	4.42±2.30	122	0.07	0.995	-	-
	5 gün ve üstü	76	4.45±2.50					
Ek Kronik Hastalık(lar)	DM	30	4.80±2.85	3 69	0.12	0.947	-	-
	HT	17	4.38±2.72					
	DM+HT	16	4.75±2.93					
	Diğer	10	4.40±1.41					
Bilgi veren kişi	Doktor ⁽¹⁾	95	4.83±2.50	117	2.91	0.004	0.07	1-2
	Hemşire ⁽²⁾	24	3.27±1.53					
Bakıma destek veren kişi	Eş	68	4.35±2.41	2 121	1.28	0.282	-	-
	Çocuk	45	4.79±2.57					
	2.derece akraba	11	3.55±1.54					
Taburculuğa Hazır Hissetme	Evet ⁽¹⁾	55	5.11±2.51	2 121	4.21	0.017	0.06	1-3
	Kısmen ⁽²⁾	44	4.02±2.13					
	Hayır ⁽³⁾	25	3.68±2.40					

Tablo 4.5'te bilgi alt boyutu puan ortalamalarının yaş, damar sayısı, ameliyat öncesi hastanede yatma süresi, ek kronik hastalıklar, bakıma destek veren kişi ve taburculuğa hazır hissetme değişkenlerine göre karşılaştırmasının *varyans analizi* ve cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, yaşadığı yer, hastane, daha önce ameliyat olma durumu, doktor tercihi, ameliyat sonrası hastanede yatma süresi ve bilgi veren kişi değişkenlerine göre karşılaştırmasının *bağımsız gruplar t-testi* sonuçları verilmiştir.

KABG ameliyatı uygulanan hastaların bilgi puanlarının, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim ve çalışma durumları, yaşadığı yer, daha önce ameliyat olma durumu, doktor tercihi, baypas yapılan damar sayısı, ameliyat öncesi ve sonrası hastanede yatma süresi, ek kronik hastalıklar, bakıma destek veren kişi değişkenlerine ait sonuçlar incelendiğinde hastaların bilgi alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı saptanmıştır.

Hastaların bilgi puanlarının, hastane ($t(122)=3.47$, $p=0.001$), bilgi veren kişi ($t(117)=2.91$, $p=0.004$) ve taburculuğa hazır hissetme ($F(2.121)=4.21$, $p=0.017$) değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir. Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde KABG ameliyatı üniversite hastanesinde yapılan hastaların bilgi puan ortalamalarının ($\bar{X}=5.05\pm2.47$), devlet hastanesinde ameliyat yapılan hastaların ortalamasından ($\bar{X}=3.59\pm2.09$) yüksek olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.09$) orta etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Bilgi veren kişi değişkenine ait alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde doktorların verdiği bilginin ($\bar{X}=4.83\pm2.50$), hemşirelerin verdiği bilgiden ($\bar{X}=3.27\pm1.53$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.07$) orta etkiye sahip olduğu belirlenmiştir.

KABG ameliyatı uygulanan hastaların taburculuğa hazır hissetme değişkenine ait sonuçlar incelendiğinde, "taburculuğa hazır" olan hastaların ortalamalarının ($\bar{X}=5.11\pm1.51$), "kısmen hazır" olan ($\bar{X}=4.02\pm2.13$) ve "hazır olmayan" hastaların puan ortalamalarından ($\bar{X}=3.68\pm2.40$) yüksek olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.06$) büyük bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir.

4.6. KABG Ameliyatı Uygulanan Hastaların Baş Etme Becerisi Alt Boyut Puan Ortalamalarının Çeşitli Bağımsız Değişkenlere Göre İncelenmesi

KABG ameliyatı uygulanan hastaların baş etme becerisi alt boyut puan ortalamalarının çeşitli bağımsız değişkenlere göre ortalama karşılaştırmasına ait test sonuçları Tablo 4.6’da verilmiştir.

Tablo 4.6. Hastaların HTHÖ/KF Ölçeğinin *Baş Etme Becerisi* Alt Boyut Puan Puan ortalamalarının Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırma Test Sonuçları

Değişken	Grup	N	$\bar{X} \pm S.S$	SD	t/F	p	η^2	Fark
Yaş	45-54 ⁽¹⁾	21	7.88±1.62	2	11.87	<0.001	0.16	1-3
	55-64 ⁽²⁾	53	7.21±1.87	121				2-3
	65 ve üstü ⁽³⁾	50	5.75±2.09					
Cinsiyet	Kadın	33	6.52±1.97	122	0.70	0.485	-	-
	Erkek	91	6.81±2.14					
Medeni durum	Evli	110	6.80±2.06	122	1.06	0.293	-	-
	Bekar	14	6.18±2.27					
Eğitim	İlkokul ve altı ⁽¹⁾	69	6.33±2.21	122	2.49	0.014	0.05	2-1
	Ortaöğretim ve üstü ⁽²⁾	55	7.25±1.81					
Çalışma durumu	Çalışıyor ⁽¹⁾	34	7.72±1.45	122	3.37	0.001	0.09	1-2
	Çalışmıyor ⁽²⁾	90	6.36±2.17					
Yaşadığı yer	Kır ⁽¹⁾	70	6.39±2.21	122	2.10	0.038	0.04	2-1
	Kent ⁽²⁾	54	7.18±1.85					
Hastane	Üniversite ⁽¹⁾	72	7.24±2.22	122	3.23	0.001	0.08	1-2
	Devlet ⁽²⁾	52	6.03±1.67					
Daha önce ameliyat olma durumu	Yok	71	6.73±2.08	122	0.01	0.993	-	-
	Var	53	6.74±2.11					
Doktor tercihi	Hayır	60	7.05±1.94	122	1.64	0.103	-	-
	Evet	64	6.44±2.19					
Baypas Yapılan Damar Sayısı	1	13	7.42±2.04		0.88	0.455	-	-
	2	41	6.71±2.11	3				
	3	48	6.79±2.02	120				
	4	22	6.25±2.23					
Ameliyat öncesi hastanede yatma süresi	1-2 gün	45	7.17±1.77	2	1.53	0.220	-	-
	3-4 gün	39	6.47±2.36	121				
	5 gün ve üstü	40	6.50±2.11					
Ameliyat sonrası hastanede yatma süresi	4 gün ve altı	48	6.73±2.13	122	0.02	0.984	-	-
	5 gün ve üstü	76	6.74±2.08					
Ek Kronik Hastalık(lar)	DM ⁽¹⁾	30	6.87±2.15		3.64	0.017	0.14	2-3
	HT ⁽²⁾	17	7.68±1.47	3				
	DM+HT ⁽³⁾	16	5.50±2.40	69				
	Diğer ⁽⁴⁾	10	5.80±2.25					
Bilgi veren kişi	Doktor	95	6.66±2.11	117	0.05	0.960	-	-
	Hemşire	24	6.69±2.07					
Bakıma destek veren kişi	Eş ⁽¹⁾	68	7.15±1.94	2	3.17	0.045	0.05	1-3
	Çocuk ⁽²⁾	45	6.24±2.20	121				
	2.derece akraba ⁽³⁾	11	6.14±2.10					
Taburculuğa Hazır Hissetme	Evet ⁽¹⁾	55	7.15±1.89	2	2.05	0.133	-	-
	Kısmen ⁽²⁾	44	6.38±1.97	121				
	Hayır ⁽³⁾	25	6.44±2.57					

Tablo 4.6’da HTHÖ/KF *baş çıkma yeteneği* alt boyutu puanlarının yaş, baypas yapılan damar sayısı, ameliyat öncesi hastanede yatma süresi, ek kronik hastalıklar, bakım veren kişi ve hazır hissetme değişkenlerine göre karşılaştırmasına ait **varyans analizi** ve

cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer, hastane, daha önce ameliyat olma durumu, doktor tercihi, ameliyat sonrası hastanede kalınan süre ve bilgi veren kişi değişkenlerine göre karşılaştırmasına ait **bağımsız gruplar t-testi** sonuçları verilmiştir.

KABG ameliyatı uygulanan hastaların baş etme becerisi puanlarının yaş değişkeni alt gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı ($F(2.121)=11.87$, $p<0.001$) belirlenmiştir. Farklılaşmalar incelendiğinde 45-54 yaş ($\bar{X}=7.88\pm1.62$) ve 55-64 yaşları ($\bar{X}=7.21\pm1.87$) arasındaki hastaların baş etme becerisi puanlarının, 65 ve üstü yaşa sahip katılımcıların puanlarından ($\bar{X}=5.75\pm2.09$) yüksek olduğu saptanmıştır. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.16$) büyük etkiye yakın bir değere sahip olduğu görülmüştür.

Hastaların baş etme becerisi puanlarının eğitim durumu alt gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı ($t(122)=2.49$, $p=0.014$) belirlenmiştir. Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde ilkökul ve altı eğitim seviyesine sahip hasta puanlarının ($\bar{X}=6.33\pm2.21$), ortaöğretim ve üstü eğitim seviyesine sahip katılımcıların puanlarından ($\bar{X}=7.25\pm1.81$) düşük olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.05$) orta etkiye yakın bir değere sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışma durumu değişkenine ait sonuçlar incelendiğinde, hastaların baş etme becerisi puanlarının çalışma durumu alt gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı ($t(122)=3.37$, $p=0.001$) belirlenmiştir. Çalışan hastaların puanlarının ($\bar{X}=7.72\pm1.45$), çalışmayan hastaların puanlarından ($\bar{X}=6.36\pm2.17$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.09$) orta etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. KABG ameliyatı uygulanan hastaların yaşadığı yer değişkenine ait sonuçları incelendiğinde, baş etme becerisi puanlarının yaşadığı yer alt gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı ($t(122)=2.10$, $p=0.038$) görülmüştür. Kırdaki yaşayan hastaların puanlarının ($\bar{X}=6.39\pm2.21$), kentte yaşayan KABG ameliyatı uygulanan hastaların puanlarından ($\bar{X}=7.18\pm1.85$) daha düşük olduğu saptanmıştır. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.04$) orta etkiye yakın bir değere sahip olduğu belirlenmiştir. Hastane türü değişkenine ait sonuçlar incelendiğinde, hastaların baş etme becerisi puanlarının hastane

türü alt gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı ($t(122)=3.23$, $p=0.001$) görülmüştür. Üniversite hastanesinde ameliyatı uygulanan hastaların puanlarının ($\bar{X}=7.24\pm 2.22$), devlet hastanesinde tedavi gören katılımcıların puanlarından ($\bar{X}=6.03\pm 1.67$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. KABG ameliyatı uygulanan hastaların baş etme becerisi puanlarının kronik hastalık türü alt gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı ($F(3.69)=3.64$, $p=0.017$) belirlenmiştir. Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde hipertansiyona sahip hastaların ortalamalarının ($\bar{X}=7.68\pm 1.47$), hem diyabet hem de hipertansiyona ($\bar{X}=5.50\pm 1.53$) sahip hastaların ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların baş etme becerisi puanlarının bakım veren kişi alt gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı ($F(2.121)=3.17$, $p=0.045$) belirlenmiştir. Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde, eşi tarafından bakım verilen hastaların ortalamalarının ($\bar{X}=7.15\pm 1.94$), ikinci derece akraba ($\bar{X}=6.14\pm 2.10$) tarafından bakım verilen hastaların ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet, medeni durum, daha önce ameliyat olma durumu, doktor tercihi, baypas yapılan damar sayısı, ameliyat öncesi ve sonrası hastanede kalma süresi, bilgi veren kişi ve taburculuğa hazır hissetme değişkenlerine ait sonuçlar incelendiğinde hastaların baş etme becerisi alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma saptanmamıştır.

4.7. KABG ameliyatı uygulanan hastaların HTHÖ/KF Beklenen Destek Alt Boyut Puanlarının Çeşitli Bağımsız Değişkenlere Göre İncelenmesi

KABG ameliyatı uygulanan hastaların beklenen destek alt boyut puan ortalamalarının çeşitli bağımsız değişkenlere göre ortalama karşılaştırmasına ait test sonuçları Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7. Hastaların HTHÖ/KF Ölçeğinin *Beklenen Destek* Alt Boyut Puan Ortalamalarının Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırma Test Sonuçları

Değişken	Grup	N	Sıra ortalaması	SD	U/ χ^2	p	Fark
Yaş	45-54	21	67.81	2	1.18	0.553	-
	55-64	53	58.85				
	65 ve üstü	50	64.14				
Cinsiyet	Kadın	33	59.88	-	1415.0	0.614	-
	Erkek	91	63.45				
Medeni durum	Evli	110	62.87	-	729.0	0.738	-
	Bekar	14	59.57				
Eğitim	İlkokul ve altı	69	65.07	-	1720.0	0.357	-
	Ortaöğretim ve üstü	55	59.27				
Çalışma durumu	Çalışıyor	34	62.47	-	1529.0	0.995	-
	Çalışmıyor	90	62.51				
Yaşadığı yer	Kır	70	59.14	-	1655.0	0.221	-
	Kent	54	66.85				
Hastane	Üniversite	72	67.30	-	1526.5	0.071	-
	Devlet	52	55.83				
Daha önce ameliyat olma durumu	Yok	71	66.75	-	1579.5	0.115	-
	Var	53	56.80				
Doktor tercihi	Hayır	60	64.38	-	1807.5	0.561	-
	Evet	64	60.74				
Baypas Yapılan Damar Sayısı	1	13	69.50	3	2.82	0.421	-
	2	41	56.44				
	3	48	62.30				
	4	22	70.09				
Ameliyat öncesi hastanede yatma süresi	1-2 gün ⁽¹⁾	45	53.38	2	6.83	0.033	3-1
	3-4 gün ⁽²⁾	39	62.12				
	5 gün ve üstü ⁽³⁾	40	73.14				
Ameliyat sonrası hastanede yatma süresi	4 gün ve altı	48	63.94	-	1755.0	0.715	-
	5 gün ve üstü	76	61.59				
Ek Kronik Hastalık(lar)	DM	30	39.60	-	6.50	0.090	-
	HT	17	42.53				
	DM+HT	16	34.72				
	Diğer	10	23.45				
Bilgi veren kişi	Doktor	95	61.33	-	1014.0	0.390	-
	Hemşire	24	54.75				
Bakıma destek veren kişi	Eş	68	63.18	2	1.54	0.463	-
	Çocuk	45	64.18				
	2.derece akraba	11	50.23				
Taburculuğa Hazır Hissetme	Evet ⁽¹⁾	55	62.22	2	0.15	0.930	-
	Kısmen ⁽²⁾	44	61.55				
	Hayır ⁽³⁾	25	64.80				

Tablo 4.7’de beklenen destek alt boyut puanlarının yaş, baypas yapılan damar sayısı, ameliyat öncesi hastanede yatma süresi, ek kronik hastalık, bakım veren kişi ve taburculuğa hazır hissetme değişkenlerine göre karşılaştırmasına ait **Kruskal Wallis H** ve cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer, hastane, daha önce

ameliyat olma durumu, doktor tercihi, ameliyat sonrası hastanede yapma süresi ve bilgi veren kişi değişkenlerine göre karşılaştırmasına ait *Mann Whitney U testi* sonuçları verilmiştir.

Tablo 7 genel olarak incelendiğinde, KABG ameliyatı uygulanan hastaların ameliyat öncesi hastanede kalma süresi değişkeninin, beklenen destek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşma ($\chi^2=6.83$, $p=0.033$) yarattığı belirlenmiştir. Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde 1-2 gün hastanede kalan hastaların sıra ortalamalarının ($\bar{X}=53.38$), 5 gün ve üstü hastanede kalan hastaların sıra ortalamalarından ($\bar{X}=73.14$) düşük olduğu belirlenmiştir. Hastaların, ameliyat sonrası hastanede kalma süresinin, beklenen destek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı ($U=1755.0$, $p=0.715$) belirlenmiştir. KABG ameliyatı uygulanan hastaların beklenen destek puanlarının ameliyat öncesi hastanede kalma süresi değişkeni dışındaki diğer tüm değişkenlerin alt gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı görülmektedir.

4.8. KABG ameliyatı uygulanan hastaların HTHÖ/KF Toplam Ölçek ve Alt boyut Puanları ile Taburculuğa İlişkin Bilgilendirmeden Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

KABG ameliyatı uygulanan hastaların HTHÖ/KF Toplam ölçek ve alt boyutları ile memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişki katsayıları Tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo 4.8. KABG ameliyatı uygulanan hastaların *HTHÖ/KF Toplam Ölçek ve Alt Boyut Puanları* ile *Taburculuğa İlişkin Bilgilendirmeden Memnuniyet Düzeyleri* Arasındaki İlişki Katsayıları

Ölçek	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) Kişisel durum	1.00				
(2) Bilgi	0.38*	1.00			
(3) Baş etme becerisi	0.47*	0.26*	1.00		
(4) Beklenen destek	0.13*	0.24*	0.31*	1.00	
(5) Taburculuğa hazır olma Toplam	0.76*	0.73*	0.74*	0.50*	1.00
(6) Memnuniyet	0.40*	0.28*	0.10	0.08	0.33*

*0.01 düzeyinde anlamlı değer

Tablodaki **korelasyon** analizine göre, katılımcıların kişisel durumları ile bilgi, baş etme becerisi, taburculuğa hazır olma genel ve memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı ve pozitif ilişkiler bulunmaktadır. Özellikle kişisel durum, baş etme becerisi ve HTHÖ/KF toplam puanları arasında güçlü pozitif ilişkiler ($r=0.76$ ve $r=0.47$) gözlemlenmiştir. Bilgi düzeyi ise kişisel durum ve HTHÖ/KF genel ölçekleriyle orta düzeyde pozitif ilişkiler ($r=0,38$ ve $r=0,43$) göstermekte ayrıca memnuniyetle ilgili düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,28$). Beklenen destek, diğer ölçeklerle toplam olarak düşük düzeyde pozitif ilişkiler gösterse de, baş etme becerisi ve HTHÖ/KF toplam ölçekleriyle anlamlı pozitif ilişkiler içindedir ($r=0.31$ ve $r=0.50$). Memnuniyet ise, taburculuğa hazır olma toplam ölçek puanı ($r=0.33$) ve kişisel durumla ($r=0.40$) orta düzeyde pozitif ilişkiler göstermektedir. Bu bulgular, KABG ameliyatı uygulanan hastaların taburculuğa hazır olma durumlarının ve memnuniyet düzeylerinin, kişisel durumları, bilgi düzeyleri ve başa çıkma istekleri ile yakından ilişkili olduğunu göstermektedir.

4.9. KABG Ameliyatı Uygulanan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Taburculuğa Hazır Olma Durumları ve Taburculuğa Hazır Olma Düzeylerine Göre İncelenmesi

KABG ameliyatı uygulanan hastaların memnuniyet ortalamalarının taburculuğa hazır olma durumları ve taburculuğa hazır olma düzeyleri alt gruplarına göre ortalama karşılaştırmasına ait test sonuçları Tablo 4.9’da verilmiştir.

Tablo 4.9. Taburculuğa İlişkin Bilgilendirilme Memnuniyet Puanlarının Taburculuğa Hazır Olma ve Düzeylerine Göre Ortalama Karşılaştırma Test Sonuçları

Değişken	Grup	N	Memnuniyet Sıra ortalaması	SD	U/ χ^2	p	Fark
Taburculuğa Hazır Olma Durumu	Hazır değil<7	79	56.12	-	1273.50	0.005	2-1
	Hazır ≥ 7	45	73.70				
Taburculuğa Hazır Olma Düzeyi	Düşük (<7) ⁽¹⁾	79	56.12	3	12.66	0.005	3-1 4-1
	Orta (7–7.9) ⁽²⁾	21	62.07				
	Yüksek (8–8.9) ⁽³⁾	17	81.44				
	Çok Yüksek (9–10) ⁽⁴⁾	7	89.79				

Tablo 4.9’da memnuniyet puanlarının taburculuğa hazır olma durumuna göre karşılaştırmasına ait **Mann Whitney U** testi ve taburculuğa hazır olma düzeyi değişkenine göre karşılaştırmasına ait **Kruskal Wallis H** sonuçları verilmiştir.

KABG ameliyatı uygulanan hastaların taburculuğa hazır olma durumuna ait sonuçlar incelendiğinde, memnuniyet puanlarının taburculuğa hazır olma ve hazır olmama değişkeni alt gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı ($U=1273.50$, $p=0.005$) belirlenmiştir. Buna göre taburculuğa hazır olan KABG ameliyatı uygulanan hastaların memnuniyet sıra ortalamalarının (73.70) hazır olmayanların sıra ortalamalarından (56.12) fazla olduğu belirlenmiştir. Taburculuğa hazır olma düzeyi değişkenine ait sonuçlar incelendiğinde, KABG ameliyatı uygulanan hastaların memnuniyet puanlarının taburculuğa hazır olma düzeyi alt grupları alt gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı ($\chi^2=12.66$, $p=0.005$) belirlenmiştir. Alt gruplar arasındaki farklılaşmalar incelendiğinde taburculuğa hazır olma durumu çok yüksek (89.74) ve yüksek (81.44) olan KABG ameliyatı uygulanan hastaların memnuniyet sıra ortalamalarının taburculuğa hazır olma durumu düşük olan KABG ameliyatı uygulanan hastaların sıra ortalamalarından fazla olduğu belirlenmiştir.

TABURCULUĞA HAZIR OLMAYI KOLAYLAŞTIRAN DURUMLAR

Tablo 4.10. KABG Uygulanan ve Taburculuğa Hazır Olan (HTHÖ/KF’na göre ≥ 7 puan) Hastaların Taburculuğu Kolaylaştıran Durumlara İlişkin Doküman Analizlerinden Elde Edilen Verileri (n=45)

	n(%)*	İfadeler
Etkili solunum öksürük	45 (100.0)	
Triflow (=Topları) üfleleyebiliyor	28 (62.2)	“önceden bu topları hareket ettiremiyordum şimdi kaldırabiliyorum”
Rahat nefes alabiliyor/ Solunumda sıkıntı yok	14 (31.1)	“nefesim yetmiyor nefes alamıyordum şimdi derin derin alabiliyorum ciğerlerim açıldı.... doktorumda gayet iyi durumda dedi”
Sekresyon (=Balgam) atabiliyor	8 (17.8)	“balgam azaldı olanı da nefesimi tıkamadan çıkarabiliyorum atabiliyorum artık”
Dispnesi yok	1 (2.2)	“rahat rahat nefes alıyorum...daha ne...”
Mobilizasyon	30 (66.6)	
Yürüyebiliyor	16 (35.5)	“koridorda 2-3 tur yürüyorum...sıkıntı yok”
Mobilizasyonda sorun yok	22 (48.9)	“ben sürekli hareketliyim gündüz yatakta durmuyorum...yürüdüğümü gördükçe herkes maşallah diyorlar”
GYA yapabiliyor	1 (2.2)	“elimi yüzümü yıkayabiliyorum, giyinebiliyorum, tuvalete gidebiliyorum, traş bile oldum...”
Evdeki Süreci Yönetebilme	35 (77.8)	
İştahsızlık ve bulantı olmadan yemek yiyebilme	11 (24.4)	“hiç yemek yiyemiyordum, iştahım da yoktu. Hastane yemeğini görünce midem bulanıyordu. Şimdi iyiyim iştahım yerine geldi. Evimde eşimin yemekleri ile daha da iyi olur”

Evde bakıma yardımcı birinin varlığı	9 (20.0)	“eşim genç bana iyi bakıyor, evde kızım da, eşim dostumda yardımcı olur”
Kendini iyi/sağlıklı/enerjik ve moralli hissetme	8 (17.8)	“eve gideceğimi7taburcu olacağımı öğrenince keyfim yerine geldi”
Tansiyonun kontrol altında/ normal olması	2 (4.4)	“tansiyonum düşüyordu şimdi düzene girdi”
Kan şekereinin kontrol altında/ normal olması	2(4.4)	“şekerim bir yükseliyordu bir düşüyordu, şimdi iyi çok şükür”
Doktorun kontrol ederek taburculuğa uygun olduğunu söylemesi	1(2.2)	“doktorum bilir o ne derse o taburcusun dedi...”
İyi uyuyup dinlenebilmesi	1(2.2)	“uykum da iyi uyuyabiliyorum artık. Sırt üstü uyumaya alıştım herhalde”
Sağlık ocağının evine yakın olması	1(2.2)	“evim sağlık ocağının üstü...bir şey olursa doktorum hazır”

Taburculuğa hazır olan (HTHÖ/KF’na göre ≥ 7 puan) hasta (n=45) verilerinden elde edilmiştir.

TABURCULUĞA HAZIR OLMAYI ZORLAŞTIRAN DURUMLAR

Tablo 4.11. KABG Uygulanan ve Taburculuğa Hazır Olmayan (HTHÖ/KF’na göre <7 puan) Hastaların Taburculuğu Zorlaştıran Durumlara İlişkin verilerinden elde edilen Tema ve alt Temalar (n=79)

Temalar	Alt temalar	n (%)	Alıntılar
Korku	Ağrı	18(22.7)	“Başım, belim, ameliyat yaralarım her yerim ağrıyor, burada ağrı kesici iğne yapılabilir... evde ilaçla geçmeyen ağrım olursa ne yapacağım...”
	SİSTEMLERE YÖNELİK SORUNLAR Solunum sistemi	40(50.6)	Doktor ciğerlerin iyi dedi ama ben iyi nefes alamıyorum, balgam atamıyorum, zorlanıyorum nefesim yetmiyor”
	Kardiyovasküler Sistem	12 (16.7)	“Burada nabzım, tansiyonum sürekli takip ediliyor. Eve gidince kalp yeterli çalışıyor mu çalışmıyor mu nerden bileyim...” “Dikişli bacağımda ağrı var şişlik gerginlik var burada her gün bakıyorlar, normal diyorlar rahatlıyorum evde kim bakacak kim bilecek”
	Gastrointestinal Sistem	10 (12.7)	“yemek yiyemiyorum iştahım yok...yemek yiyemeyince nasıl iyileşebilirim”, “büyük abdese çıkamıyorum... doktora söyledim ilaç verdi ama rahat değilim... ya yine olur ve barsaklar tıkanır kalırsa...”
	Üriner Sistem	10 (5.7)	“Burada idrarım takip ediliyor, yapamayınca ilaç veriyorlar... kesik kesik ve zor idrar yapıyorum, yapamazsan merak etme sonda ile boşaltırız dediler, evde yapamazsam ne olacak diye korkuyor insan”
Kaygı	Hareket etme/ Mobilizasyon	15 (19.0)	“hastane yatağına yatmak ve kalkmak kolay oluyor, yatak hareketli, indirilebiliyor, kaldırılabilir dolayısıyla yataktan daha kolay kalkıp yürüyebiliyorum, baş dönmem olsa herkes etrafımda... evde yatağa yatmak yataktan kalkmak, yürümek zor,hareket edeyim derken başım dönse düşsem...ne olacak?. Yürümem de lazım “
	Halsizlik	10(12.7)	“... halsizim çok halsizim, evde bir şey olsa buraya gelebilecek halim yok, olmaz,”
	Yorgunluk	10(12.7)	Çok yorgunum... Kolumu kaldırmaya mecalim yok... Burada doktor hemşire bakıyor, iyisin diyor yürütüyorlar... evde ben, ne yapacağım bilemiyorum.
	Yeterince iyileşmeme İnancı	48 (60.8)	”ya tansiyonum şekerim fırlarsa...hastaneye yetişebilirmiyim bilmiyorum, doktorlar taburcu olabilirsin diyorlar ama biraz daha iyileşseydim de sonra taburcu olsaydım diyorum“

Taburculuğa hazır olan (HTHÖ/KF’na göre <7 puan) hasta (n=79) verilerinden elde edilmiştir.

Tablo 4.11’de ise taburculuğa hazır olmayan hastaların taburculuğu zorlaştıran durumlara yönelik verdikleri yanıtlardan Korku ve kaygı olmak üzere iki ana tema elde edilmiştir. Hastaların ağrı, solunumkardiyovasküler, gastrointestinal, ve üriner sistem ile ilgili sorunlarının korku temasını oluşturduğu görüldü. Hareket etme/mobilizasyon, halsizlik, yorgunluk, yeterince iyileşemediği inancı alt temaları ise kaygı teması altında ele alındı.



5. TARTIŞMA

KABG uygulanan hastaların taburculuğa hazır olma durumları ve ilgili değişkenlerin incelenmesi amacı ile planlanan çalışmada elde edilen bulgular, araştırma soruları doğrultusunda tartışıldı. Tartışma bölümü üç ayrı başlık altında ele alındı.

- KABG uygulanan hastaların Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği Kısa Formu (HTHÖ/KF) **toplam** ve “*Kişisel Durum*” “*Bilgi*” “*Baş Etme Becerisi*” ve “*Beklenen Destek*” alt boyut puan ortalamalarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi
- KABG ameliyatı uygulanan hastaların *HTHÖ/KF toplam alt boyut puan ortalamaları* arasındaki *ilişkiler* ile taburculuğa hazır olma durumları ve taburculuğa hazır olma düzeylerinin memnuniyete etkisinin irdelenmesi
- KABG ameliyatı uygulanan hastaların “*taburculuğa hazır olmanızı kolaylaştıran*” ve “*zorlaştıran*” durumlar

5.1. KABG Uygulanan Hastaların HTHÖ/KF toplam ve “*Kişisel Durum*” “*Bilgi*” “*Baş Etme Becerisi*” ve “*Beklenen Destek*” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi

Çalışmamızda, KABG ameliyatı geçiren hastaların %42.2’sinin 55-64 yaş aralığında, çoğunluğunun evli (%88.7) ve erkek (%73.4) olduğu, çalışmadığı (%72.6), %55.6’sının ilkokul ve altında eğitime sahip olduğu görülmüştür. Çalışmamızda ameliyat olan kadın sayısı az olmakla birlikte (%26.6) kadınların erkeklere oranla daha küçük koroner arterlere sahip olmalarının mortalite ve morbidite riskini artırdığı unutulmamalıdır (Sadeghi ve ark., 2023). Hastaların yarıdan fazlasının kırsalda yaşadığı ve doktor tercihlerinin bulunduğu/doktorlarını kendilerinin seçtiği ve üniversite hastanesinde ameliyat oldukları bulunmuştur. Araştırmada 3 ve 4 damarına baypas yapılan hasta oranı %56.4’dür. Hastaların ameliyat öncesi en yüksek oranda 1-2 gün (%36.3), sonrasında ise beş gün ve üstünde (%61.3) hastanede yattıkları, %58.9’unda kronik hastalık bulunduğu, var olan kronik hastalığın en yüksek oranda diyabet (DM) ve hipertansiyon (HT) olduğu görülmüştür. Hastaların %96.0’sına taburculuğa ilişkin bilgi verildiği, bilginin %79.8 oranında doktorlar tarafından verildiği saptanmıştır. Hastaların bakımına aile üyeleri;

%54.8 eş, %36.3 çocuklar, %8.9 diğer akrabalar destek vermektedir. Cerrahi sonrası hasta ve yakınlarının taburculuğa hazır olmaları, evde bakımlarının sürdürebilmeleri için önemli bir gereksinimdir. Amerika Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı 2023 raporunda, hastaların hastaneden ayrılarak eve geçişlerinin/taburculuğa hazırlanmalarının önemine dikkat çekilmektedir (AHRQ, 2023). Taburculuğa hazır olma hasta ve yakınlarının memnuniyetlerinin artırılmasında, hastaların planlanmamış tekrarlı hastane ziyaret ve yatışlarının azaltılmasında önemli olduğu belirtilmektedir (Weiss ve ark., 2019, Kaya ve ark. 2018a; Kaya ve ark. 2018b). Hastaların hazır bulunuşluk düzeylerinin yapılandırılmış taburculuk eğitiminde etkili olduğu bildirilmektedir (Anderson ve Martin, 2024).

Cerrahi sonrası bireylerin bakım devamlılıklarının sağlanması hasta güvenliğinin ve kaliteli bakımın da ayrılmaz parçasıdır (AHRQ, 2023). Hastaların taburcu olmaya hazır olma durumunu değerlendirmesi, planlanmamış tekrarlı yatışları ve 30 gün içinde acil servis ziyaretlerini önleme bakımından son derece önemlidir (Kaya ve ark., 2018b; W. Liang ve ark., 2021).

Çalışmamızda KABG uygulanan hastaların %44.4'ü taburculuğa hazır hissettiklerini bildirmişlerdir (Tablo 4.1). HTHÖ/KF ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına (6.56 ± 1.41) göre ise hastaların yalnızca %36.3'ünün hazır olduğu (>7 puan) %63.7'sinin ise taburculuğa hazır olmadığı (<7 puan) görülmüştür. HTHÖ/KF alt boyut puanlarından aldıkları puanlara göre değerlendirildiğinde ise yalnızca *beklenen destek* alt boyutunda taburculuğa hazır olma durumlarının yüksek ($\bar{X}=8.85 \pm 1.32$) olduğu belirlenmiştir. Taburculuğa hazır oluşun en düşük *bilgi* ($\bar{X}=4.44 \pm 2.42$) alt boyutunda olmak üzere *kişisel durum* ($\bar{X}=6.21 \pm 2.18$), *baş etme becerisi* ($\bar{X}=6.73 \pm 2.09$) alt boyutlarında düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2). KABG ameliyatı uygulanan hastaların taburculuğa hazır olma düzeyleri açısından değerlendirildiğinde ise yaklaşık her üç hastadan ikisinin (%63.7 oranında <7 puan), hazır olmadığı bir başka deyişle puan ortalamalarının düşük (<7 puan), %16.9 oranında orta (7-7.9 puan), %19.3 oranında ise yüksek veya çok yüksek (8-8.9 puan; 9-10 puan) (Kaya ve ark, 2018c; Weiss ve ark., 2014) olduğu görülmüştür. HTHÖ/KF ölçeğinin alt boyutlarından *kişisel durum*, hastanın taburcu olacağı gün kendisini nasıl hissettiğini; *bilgi*, hastanın evde ilaçlar, tedaviler, kısıtlamalar hakkında ne

kadar bilgi sahibi olduğunu; *baş etme becerisi*, hastanın evdeki gereksinimlerini ne kadar karşılayabileceği; *beklenen destek* ise hastanın ne kadar duygusal desteğe ve yardıma ihtiyacı olduğu ölçmektedir (Weiss ve ark., 2014; Kaya ve ark., (2018b); Özsoy Durmaz ve Özbaş, 2023). Hastaların hazır bulunuşluk düzeylerinin yapılandırılmış taburculuk eğitiminde etkili olduğu bildirilmektedir (Anderson & Martin, 2024).

Çalışmada, KABG ameliyatı uygulanan hastaların kendilerini en az *bilgi* alt boyutunda kendilerini taburculuğa hazır hissettikleri bulunmuştur. Bilgi boyutunun düşük olması, hastanın yeterince bilgilendirilmemesinden kaynaklanabileceği gibi, hastanın yapılan bilgilendirmeyi iyi düzeyde anlayamamasından da kaynaklanabilir. Bu durum sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilgili olabilir (Kaya ve ark., 2018b). Çalışma sonuçlarımız, “bilgi” alt boyutunda ise çok düşük bulunmuştur. Kaya ve ark. (2018b) çalışmasında da hastaların HTHÖ/KF’nin en fazla beklenen destek boyutunda, en az ise bilgi boyutunda kendilerini taburculuğa hazır hissettikleri bulunmuştur. İyileştirme fırsatının en fazla olduğu boyut, bilgi boyutudur. Bilgi boyutu, hastanın eve gitmesinin ardından oluşabilecek sorunlarla ve uyması gereken kısıtlamalarla ilgili ne kadar bilgi sahibi olduğunu göstermektedir. Muhtemelen sağlık çalışanlarının en kolay müdahale edebileceği boyut da budur. Sağlık çalışanları, hastaların bu konularda daha iyi bilgilenebilmesini sağlayarak taburculuğa hazırlık düzeylerini yükseltebilir (Kaya ve ark., 2018a).

KABG ameliyatı uygulanan taburculuğa hazır oluşları yaş değişkenine göre incelendiğinde, 65 ve üstü hastaların HTHÖ/KF toplam ölçek puan ortalamalarının ($\bar{X}=6.02\pm1.51$) diğer yaş gruplarından düşük olduğu, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı ($F(2.121)=8.36$, $p<0.001$), etki büyüklüğü katsayısının ise büyük etkiye ($\eta^2=0.12$) yakın bir değere sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). Yaş arttıkça hastaların taburcu olmaya hazır olma olasılığının azaldığını belirten çalışmalar bulunmaktadır (Bahçecioğlu Turan ve ark., 2021; Coffey ve McCarthy, 2013; Kaya ve ark., 2018b). Coffey ve McCharthy (2013) 80 yaşından büyük hastaların HTHÖ/KF toplam puanları ile bilgi ve baş etme becerisi alt boyut puanlarının daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Yaş arttıkça, taburculuğa hazır oluş puan düşüklüğü, fiziksel yeterliliklerde, taburcu olduktan sonraki bakım ve olası sorunlar hakkındaki bilgi ve öz bakım yeteneklerindeki azalmalardan

kaynaklanabilir. İleri yaştaki hastalarda hemşirelik bakımına bağımlılık da taburculuğa hazır oluş düzeyini olumsuz etkileyebilir (Ji ve ark., 2024). Ayrıca yalnız yaşam, koroner kalp hastalarındaki taburculuk sonrası süreci de olumsuz etkileyebilmektedir (Shu ve ark., 2024).

Yaşlı bireylerin fiziksel, ruhsal ve duygusal sorunlarla ve kronik hastalıklarla mücadele etmek zorunda kalmaları, yaşlı bireylerin bağımlı hale gelmelerine ve bakıma muhtaç olmalarına ve bu sonuçların ortaya çıkmasına neden olabilir (Bahçecioğlu Turan ve ark., 2021). Sadeghi ve ark. (2023)'nın yaptığı çalışmada, yaş artışının KABG ameliyatından sonra mortalite ve morbiditeyi artırdığı bildirilmektedir. İleri yaş ile birlikte ilköğretim ve altında eğitime sahip olmalarının sağlık okuryazarlığı bakımından taburculuğa hazır oluşu güçleştireceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Eğitim düzeyi düşük olan hastaların, HTHÖ/KF puan ortalaması düşük olmakla birlikte istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır. Yapılan bir başka çalışmada da okuma yazma bilmeyen hastaların taburcu olmaya hazır olmama olasılığı en yüksek bulunmuş, bu durum eğitim düzeyi yüksek kişilerin sağlık durumları konusunda daha bilinçli ve dikkatli olmaları gerçeğiyle açıklanabileceği bildirilmiştir (Kaya ve ark., 2018c).

Yaş ve cinsiyet KAH'nın değiştirilemeyen risk faktörleri arasında yer alırken DM ve HT değiştirilebilen risk faktörlerindendir (Arviolla ve ark., 2023; Zeinali-Nezhad ve ark., 2024). Hastaların taburculuğa hazır olma *bilgi* alt boyut puan ortalamalarının çok düşük (4.44 ± 2.42) (Tablo 4.2) olması ve %86.3.4'ünde DM ve HT bulunması, KABG ameliyatı sonrası risk faktörlerinin devam ettiğini, bilgi eksikliğinden kaynaklı önlem alınmadığı takdirde baypas yapılan damarlarda yeniden tıkanma olabileceğine ilişkin kaygı oluşturmaktadır. Burucu ve ark. (2023)'nın çalışmasında kendini taburculuğa en az hazır hisseden grubun, üniversite eğitimi alanlar olduğu bulunmuştur. Araştırma bulgularımız, ortaöğretim ve üstü eğitime sahip olan hastaların toplam ölçek puanlarının ($\bar{X}=6.77$) ilköğretim ve okuryazar ($\bar{X}=6.39$) olanlardan daha yüksek olduğunu ancak bunun istatistiksel açıdan anlamlı fark yaratmadığını ($p=0.133$) göstermektedir. Bu durum, eğitilmiş grubun farkındalığının yüksek olması nedeni ile taburculuğa hazır olma beklentilerini artırmış olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (Burucu ve ark., 2023). Ayrıca taburculuk eğitiminin

kalitesinin, hastaların taburculuk sonrası yaşam kalitesi üzerinde belirleyici olduğu belirtilmektedir (Guan ve Feng, 2023).

Yapılan bir çalışmada, KAH nedeni ile koroner stent implantasyonu veya Perkütan Koroner Girişim (PKG) uygulanan hastaların, cerrahi uygulanan hastalara göre taburculuğa nispeten daha hazır hissettikleri bulunmuştur. Cerrahi prosedür uygulanan hastaların taburculuğa daha az hazır oluşlarının nedeni, cerrahinin minimal invaziv prosedür olmaması ile ağrı ve rahatsızlık hissinin fazla olması ile açıklanmıştır (Liang ve ark., 2021). KABG ameliyatı uygulanan hastaların taburculuğa hazır olma genel ölçek puanlarının, çalışma durumu ($t(122)=3.09$, $p=0.002$), hastane türü ($t(122)=3.81$, $p<0.001$) ve taburculuğa hazır hissetme ($F(2,121)=10.28$, $p<0.001$) değişkenlerine göre farklılaştığı belirlenmiştir. Çalışan hastaların puan ortalamalarının ($\bar{X}=7.17\pm1.22$), çalışmayanlardan ($\bar{X}=6.32\pm1.42$) daha yüksek olduğu anlamlı farka ($t(122)=3.09$, $p=0.002$), ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.07$) orta etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda çalışan hastaların taburcu olmaya daha hazır olduğu görülmektedir. Bu sonuç çalışan hastaların iş sorumlulukları nedeniyle kendilerini daha hazır hissetmiş olabileceklerini akla getirebilir. Bahçecioğlu Turan ve ark., (2021)'nin yaptıkları çalışmada da benzer sonuç elde edilmiştir.

Taburculuğa “hazır” hisseden hastaların puanlarının ($\bar{X}=7.11\pm1.07$), “kısmen” hazır hisseden ($\bar{X}=6.30\pm1.06$) ve “hazır hissetmeyen” hastaların ($\bar{X}=5.78\pm1.55$) puanlarından yüksek olduğu, farka ($F(2,121)=10.28$, $p<0.001$) ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2=0.15$) ise büyük düzeyde bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. KABG üniversite hastanesinde uygulanan hastaların ortalamalarının ($\bar{X}=6.94\pm1.53$), devlet hastanesinde ameliyat yapılan hastalardan ($\bar{X}=6.02\pm1.00$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Taburculuk sonrası bir sorun ve veya anormal bir durum ortaya çıktığında hastaneye gelmeyi kolaylaştırması, hastaların yaşadığı evin hastaneye olan uzaklığının da taburculuğa hazır olmayı etkilediği bildirilmektedir (Zhou ve ark., 2024).

Yapılan bir çalışmada hastaların, taburculuğa hazır olma algılarına göre değerlendirildiğinde, en fazla beklenen destek boyutunda, en az ise bilgi boyutunda kendilerini taburculuğa hazır hissettikleri saptanmıştır (Kaya ve ark, 2018b). Beklenen destek boyutunda hazır olma oranının yüksek olması ise Türkiye'nin toplumsal yapısıyla

ilgili olabileceği şeklinde açıklanmıştır. Türkiye’de tek kişilik hane halkları yüzdesi düşük olup 2023 yılında 19.7’dir (TÜİK, 2023). Bu araştırmadan elde edilen bulgulara göre de araştırma kapsamındaki hastaların %91.1’ine eşi ve çocukları destek vermektedir. Beklenen destek boyutu bu nedenle yüksek bulunmuş olabilir. HTHÖ/KF’nin kişisel durum boyutuyla hazır olmayan hastaların planlanmamış yeniden yatış, ölüm ve olumsuz sonuçlar riski, taburcu olmaya hazır olanlardan daha yüksek bulunmuştur (Kaya ve ark., 2018a). Özsoy Durmaz ve Özbaş (2023)’ın çalışmasında, en fazla “kişisel durum” alt boyutunda, en az ise “baş etme” alt boyutunda taburculuğa hazır oldukları bulunmuştur. Çalışmada kişisel durumdan alınan yüksek puan ortalaması, üç gün hastanede kalan hastaların, eve gidecekleri taburculuk günü kendilerini enerjik hissetmelerinden kaynaklı olduğu şeklinde yorumlanmıştır (Özsoy Durmaz ve Özbaş, 2023).

Hastaların taburculuğa hazırlık durumu cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, kadın hastaların HTHÖ/KF puan ortalamalarının düşük olduğu ancak bunun istatistiksel açıdan fark yaratmadığı görülmüştür. Türkiye’deki kadınların bakım ve ev işlerinde erkeklerden daha fazla rol ve sorumluluk üstleniyor olması onları taburcu olmaya daha hazırlıksız hale getiriyor olabilir. Kaya ve ark., (2018a) yaptıkları çalışmada da kadın hastaların HTHÖ/KF puanları düşük bulunmuştur. Liang ve ark. (2021) Kardiyak Valv Replasmanı (KVR) uygulanan erkek hastaların, kadın hastalara göre kendilerini taburculuğa daha hazır hissettiklerini bulmuş, bu durumu ailede kadınların bakım veren olarak daha fazla rol üstlenmesi şeklindeki geleneksel anlayışla ilişkili olabileceği yorumunu yapmışlardır (Liang ve ark, 2021).

HTHÖ/KF’nin alt boyutları hasta sonuçları açısından analiz edildiğinde, kişisel durum ve baş etme becerisi boyutlarında hazır olmadan taburcu edilen hastaların plansız yeniden yatış, ölüm ve olumsuz sonuçlarla daha fazla karşılaştığı görülmüştür (Kaya ve ark., 2018b). Çalışmada medeni durumun, hastanın taburcu olacağı gün kendisini nasıl hissettiğini ortaya koyan kişisel durum alt boyutunda anlamlı olarak farklılaştığı görülmüştür ($p=0.07$). Toplam ölçek boyutunda evli hastaların puan ortalamalarının (6.59) bekar hastalardan (6.29) daha yüksek olduğu, kişisel durum alt boyutunda ise durumun farklılaştığı ve bekarların puanlarının evlilerden yüksek olduğu bulunmuştur. Kaya ve ark., (2018a)’nin yaptıkları çalışmada da evli hastaların taburcu olmaya hazır

olması bekar olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, evli hastaların aile üyelerinden aldıkları yardımdan kaynaklanmış olabilir.

Miyokard infarktüsü (MI)'nden sonra hastaların medeni durum ile yaşam durumları değişkenlerinin taburcu olmaya hazır olmayı durumunu etkilediği bulunmuştur. Bu çalışmada, aileleriyle yaşayan ve ilişki içinde olan hastaların bilgi alt boyutunun önemli ölçüde daha yüksek bulunmuştur. Sonuçlar, tedavi sürecinde akrabalarından destek alınması ile açıklanmıştır (Hydzik ve ark., 2021).

Çalışmamızda, hastanede yatış süresi hastaların baş etme becerisini etkilemekte ve hastanede yatış sayısı arttıkça baş etme becerisi açısından taburcu olmaya hazır olma olasılığı azalmaktadır. Baş etme becerisi hastaların kişisel durumuyla ilişkili olduğundan, fiziksel olarak iyi olmayan ve baş etme becerisi süreçlerini iyi yönetemeyen hastaların daha uzun süre hastanede yattığı söylenebilir. Ancak çalışmamızda hastanede kalış süresi arttıkça kişisel statü açısından taburcu olmaya hazır olma olasılığının arttığı görülmektedir. Bunun nedeni bu süreçte uygulanan tedavi ve iyi bakım olabilir (Bahçecioğlu Turan ve ark., 2021).

Bahçecioğlu Turan ve ark., (2021), cinsiyetin HTHÖ/KF toplam puanı ve baş etme becerisi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu ve erkek hastaların puanlarının daha yüksek olması bölgenin ataerkil yapısından kaynaklanıyor olabileceği bildirilmiştir (Bahçecioğlu Turan ve ark., 2021). Hastanede yatış süresi, hastaların baş etme becerisini etkilemektedir. Yatış süresi arttıkça, baş etme becerisi açısından taburculuğa hazır olma olasılığı azalmaktadır. Baş etme becerisi hastaların kişisel durumuyla ilişkili olduğu için fiziksel olarak iyi durumda olmayan hastaların daha uzun süre hastanede yatırılmış olduğu söylenebilir (Kaya ve ark., 2018a).

Çalışmada hastaların tamamının destek aldığı yakınları mevcuttur. HTHÖ/KF toplam puanı eşten destek alan hastalarda çocukları ve ikinci derece akrabalarından destek alanlarda yüksek olarak bulunmuş ancak istatistik anlamlılık saptanmamıştır. Bununla birlikte baş etme becerisi alt boyutunda eşlerin destek verdiği hastaların puanlarının yüksek olduğu ($7.15 = <7$), istatistiksel olarak farklılaştığı ($P=0.045$; $\eta^2 = 0.05$) belirlenmiştir. Taburcu olduktan sonra da evde hastanın bakımına yardım edecek birinin

varlığı, baş etme becerisini etkilemekte ve taburculuğa daha hazır hissetmektedirler. Kaya ve ark., (2018b)'nın yaptığı çalışma da bulgularımızı desteklemektedir.

Araştırmada yaklaşık her üç hastadan ikisinin kendisini taburculuğa tam olarak hazır hissetmediği (beklenen destek alt boyutu dışında hazır olmadığı) halde taburcu edilmiştir. Taburculuk sonrasında olumsuz sonuçlarla karşılaşma durumu, hastanın taburculuğa hazır olma durumuna göre değiştiğinden, hastaların taburculuğa hazırlık düzeyinin yükseltilmesi önemlidir (Kaya ve ark., 2018c). Taburculuğa hazır olmadığı halde taburcu edilen hastalar daha sonra olumsuz bir sonuçla karşılaştığında, bu hastalar için hastanede yapılan harcama tutarlarının (taburculuğa hazır hastalara göre) daha yüksek olacağı düşünülebilir. Bir başka çalışmada ise taburculuğa “genel olarak” hazır olmama durumunun, hastaların demografik ve klinik özelliklerinin dahil olduğu çok sayıda kontrol değişkenlerinin varlığında bile, 30 gün içinde plansız yeniden yatış ve 30 gün içinde ölüm riskini artırdığı tespit edilmiştir (Kaya ve ark., 2018b)

5.2. KABG Ameliyatı Uygulanan Hastaların HTHÖ/KF Toplam Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiler ile Taburculuğa Hazır Olma Durumları ve Taburculuğa Hazır Olma Düzeylerinin Bilgilendirme İle İlgili Memnuniyete Etkisinin İrdelenmesi

Araştırmamız, KABG ameliyatı uygulanan hastaların taburculuğa hazır olma (>7 puan) durumlarının ve memnuniyet düzeylerinin, kişisel durum (*taburcu olacağı gün kendisini nasıl hissettiği*), bilgi (*evde ilaçlar, tedaviler, kısıtlamalar hakkında ne kadar bilgi sahibi olduğu*) ve baş etme becerisi (*evdeki gereksinimlerini ne kadar karşılayabileceği*) alt boyutları ile yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Hastaların memnuniyet puanlarının taburculuğa hazır olma düzeyi alt gruplarında da istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı ($\chi^2=12.66$, $p=0.005$) belirlenmiştir. Taburculuğa hazır olma durumu çok yüksek (89.74) ve yüksek (81.44) olan hastaların memnuniyet sıra ortalamalarının düşük olan hastaların sıra ortalamalarından yüksek olduğu ve bunun istatistiksel açıdan da anlamlı olduğu ($U=12.66$ $p=0.005$) saptanmıştır. Hemşire, klinikte hastaya ihtiyacı olan desteği vermekle görevli olup hasta ile doktor arasında aracılık rolü yaparak da hastanın bilgilendirme düzeyini ve memnuniyetini artırabilir. Hastaya sağlayacağı destek ve aracılık rolü hastanın kendisini daha iyi hissetmesini sağlayarak

ruhsal destekle kişinin kişisel durum boyutuna da pozitif katkı sağlayabilir (Kaya ve ark., 2018c). KABG ameliyatı yapılan hastalar/aileleri/bakım vericilerin taburculuk bakım sürecine dahil edilerek, fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarının eğitim ve destek yoluyla karşılanması hastalarda umudu ve öz-yeterliği artırdığı bildirilmiştir (Eghbali ve ark., 2022). Chen ve ark., (2023) planlı taburculuk sürecinin KABG sonrası hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğunu bildirmiştir. Hastaların taburculuk sürecine yönelik algıları, sürece katılım ve memnuniyet üzerinde de etkilidir (Jones ve ark., 2023).

HTHÖ/KF'nin boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, en güçlü ilişki kişisel durum ve baş etme becerisi boyutları arasında iken en zayıf ilişki ise baş etme becerisi ve beklenen destek boyutları arasındadır. Weiss ve Piacentine (2006) de HTHÖ/KF'nin boyutları arasında en güçlü ilişkiyi kişisel durum ve baş etme becerisi boyutları arasında, en zayıf ilişkiyi ise bilgi ve beklenen destek boyutları arasında bulmakla birlikte baş etme becerisi ve beklenen destek boyutu arasında da düşük ilişki bulmuştur. Hem kişisel durum hem de baş etme becerisinde hastanın fiziksel ve psikolojik durumu etkili olduğundan bu iki boyut arasında yüksek ilişki beklenebilir. Beklenen destek boyutu kişinin çevresindeki kişilerden yardım alabilmesiyle, bilgi boyutu ise çoğunlukla hasta ile hemşire ve doktor arasındaki ilişkiyle ilgili olduğundan bu iki boyut arasında yüksek ilişki beklenmemektedir (Kaya ve ark., 2018c). Yapılan bir başka çalışmada, hastanın memnuniyetiyle hastane boyutu arasında ters bir ilişki bulunmuş, büyük hastanenin, daha düşük hasta memnuniyetiyle önemli ölçüde ilişkili olduğu belirtilmiştir (Mabire ve ark., 2019). Baksi ve ark. (2021)'nın yaptığı çalışmada ise hemşirelik bakımından memnuniyet arttıkça hastaların kişisel durum ve bilgi alt boyutları açısından taburcu olmaya daha yüksek düzeyde hazır olma gösterdiğini ortaya koymuştur. Sağlık ekibinin yüksek iş yükü, tedavi iletişimindeki kusurlar ve profesyonel ekibin uygunsuz performansı, MI hastalarının taburculuğa hazır hissetmesine yönelik önemli engeller olduğu da bildirilmektedir (Monfared ve ark., 2024a). Ameliyat sonrası taburculuk hazırlığında psikolojik dayanıklılık da pozitif bir etken olabilir (Iqbal ve Rahman, 2024).

5.3. KABG Ameliyatı Uygulanan Hastaların “Taburculuğa Hazır Olmalarını Kolaylaştıran” ve “Zorlaştıran” Durumlar

KABG ameliyatı uygulanan hastaların taburculuğa hazır olmalarını “kolaylaştıran” ve “zorlaştıran” durumlar açık uçlu sorularına verdikleri yanıtların gruplanmaları (Tablo 4.10 ve Tablo 4.11) yer almaktadır. Tablo 4.12’de ise taburculuğa hazır olmayan hastaların taburculuğu zorlaştıran durumlara yönelik verdikleri yanıtlardan elde edilen temalar ve alt temalar yer almaktadır. Korku ve kaygı olmak üzere iki ana tema elde edilmiştir. Hastaların ağrı; solunum, kardiyovasküler, gastrointestinal ve üriner sistemler ile ilgili sorunlarının korku temasını oluşturduğu görüldü. Hareket etme/mobilizasyon; halsizlik; yorgunluk; yeterince iyileşememe alt temaları ise kaygı teması altında ele alındı. KABG ameliyatı uygulanan hastaların, etkili solunum ve öksürük yapabilme (n=45, %100.0); rahat mobilize olabilme (n=30, %66.6) ve evdeki bakım sürecini yönetebileceklerine (n=35, %77.7) olan inançlarının taburcu olmalarını kolaylaştırdığı görülmüştür. Taburculuğa hazır olmayı zorlaştıran durumların; solunum sistemine ilişkin sorunlar (n=40,%50.6); ağrı (n=18,22.7); mobilizasyonda sıkıntı (n=15,18.9); enfeksiyon şüphesi ve/veya varlığı (n=13,16.4); halsizlik / yorgunluk (n=10,12.7); GİS’e ilişkin sorunlar (n=10,12.7); evdeki bakım sürecini yönetememe kaygısı (n=48,60.8) olduğu hastalar tarafından ifade edilmiştir. Hastalar, taburculuk için değerlendirildikten ve sorun olmadığının anlaşılmasından sonra taburcu edilmelerine karşın, hastaların kendilerinde sorun olduğu şeklindeki algıları dikkat çekicidir. Bu sorunların taburcu olduktan sonra devam edeceği algısı düşünüldüğünde, hastaların tamamının aile üyelerinden destek alabilmesi ve duygusal desteğe ve yardıma ihtiyacını ölçen *beklenen destek* alt boyutunun yüksek olması son derece önemlidir. Hastalarda taburculuk sonrası ortaya çıkabilecek komplikasyonların öngörülebilir olduğu (Davis ve Holmes, 2024) bildirilmesine karşın taburculuğuna karar verilen hastaların kendilerinde sorun olduğu şeklinde algılarının ele alınması önemlidir. Aile desteği, taburculuğa hazır olmayı kolaylaştıran faktörlerden biridir. Aile, ihtiyaç duyulduğunda koşulsuz bakım, sevgi ve yardım sağlamak için ilk destek birimidir. Aile desteğinin, hastaneye yatışı ve hastalık komplikasyonlarını azaltma, stresi azaltma, uyum sağlama ve optimum performansı sağlama üzerinde önemli bir etkisi vardır. Tedavinin yüksek maliyetleri, istikrarlı bir gelir kaynağının olmaması ve hasta kişinin işe geri dönüp gelir elde edememesi nedeniyle ekonomik sorunların varlığı,

hastanın kendisini taburculuğa hazır hissetmesinin önündeki engeller arasındadır (Monfared ve ark., 2024b).

Bakıcının taburculuk sürecine katılımı, taburculuk başarısını artırabilir (Kim ve Han, 2023). Gledhill ve ark. (2021)'nin çalışması, taburcu olduktan sonraki bakım düzenlemelerinin ve bakıcıların endişelerinin de rehabilitasyondan taburcu olmaya hazır olma durumunu etkileyebileceğini göstermektedir. Destek ihtiyaçları taburcu olmaya hazır olma önündeki bir engel olarak tanımlanmıştır ve eve döndüklerinde bakıcı destek gruplarının destek hizmetlerine dahil edilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Mevcut hizmetlerin kapsamının artırılması, yatan hasta ve toplum hizmetleri arasındaki boşluğu gidermek için bir çözüm olarak önerilmiştir ve bu da hastaların eve geçişini kolaylaştırabilir. Taburculuk hazırlığında toplumsal faktörlerin rehabilitasyon sürecinde önemli rol oynadığı bildirilmektedir (Fernandez ve Liu, 2025). Toplumda yaşanan ekonomik zorlukların taburculuğa hazır oluş düzeylerini olumsuz etkileyebileceği (Lopez ve Smith, 2024), evde bakım hizmetlerinin ise hastane-toplum geçişini kolaylaştırarak taburculuk sürecini destekleyeceği (Nakamura ve Takahashi, 2025) bildirilmektedir. Bu bağlamda toplumumuzun içinde bulunduğu ekonomik güçlüklerin ve evde bakım hizmetlerinin kısıtlılığı da taburculuğa hazır oluşu güçleştirmiş olabilir. KABG sonrası hastaların taburculuğa hazırlığını artırmada mobil sağlık uygulamalarından yararlanılabilir (Hassan ve Choi, 2023). Geliştirilerek ücretsiz sunulacak mobil uygulamaların toplumumuzun ekonomik güçlükler ve sınırlı evde sağlık uygulamalarından kaynaklı negatif etkinin ortadan kaldırılmasına yardımcı olacağı düşünülmüştür.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma, ülkemizde KABG cerrahisi geçiren hastaların taburculuğa hazır olma durumlarını ve bu durumları etkileyen faktörleri araştıran ilk çalışmadır. Koroner Arter Baypas Greft cerrahisi uygulanan hastaların taburculuğa hazır olma durumları ve etkileyen değişkenleri incelemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır:

- KABG cerrahisi uygulanan hastaların %36.3'ünün taburculuğa hazır olduğu, %63.7'sinin ise hazır olmadığı belirlenmiştir. Taburculuğa hazır olma düzeylerine bakıldığında ise %16.9'unun orta, % 19.3'ünün ise yüksek ve çok yüksek düzeyde hazır oldukları saptandı (Tablo4.1).
- Hastaların HTHÖ/KF toplam puan ortalamaları 6.56 ± 1.4 'dür. Taburculuğa hazır olma ölçeğinin en düşük puan ortalamasının bilgi: 4.44 ± 2.42 , en yüksek puan ortalamasının ise beklenen destek: 8.85 ± 1.32 alt boyutlarında olduğu görüldü (Tablo 4.2).
- Araştırma kapsamına alınan hastaların taburculuğa hazır olma (HTHÖ/KF) toplam puanlarının yaş, çalışma durumu ve taburculuğa hazır hissetme değişkenlerine göre farklılık gösterdiği ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. KABG cerrahisi geçiren 45-54 yaş grubundaki hastaların 55-64 yaş grubundaki hastalardan daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu, en düşük puanın ise 65 yaş ve üstündeki hastalara ait olduğu görüldü ($p=0.001$; η^2 : 0.12). Çalışan hastaların puan ortalamalarının çalışmayanlardan yüksek olduğu ve farkın anlamlı olduğu ($p=0.002$; η^2 : 0.07); üniversite hastanesinde ameliyat olanların, devlet hastanesinde ameliyat olanlardan ($p=0.001$; η^2 : 0.11); taburculuğa hazır hisseden hastaların, kısmen hazır hisseden ve hazır hissetmeyenlerden daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu ve farkların anlamlı olduğu saptandı ($p=0.001$; η^2 : 0.15), (Tablo 4.3).
- KABG cerrahisi geçiren hastaların HTHÖ/KF ölçeği *kişisel durum* ($p=0.001$; η^2 : 0.11) ve *başka çıkma isteği* ($p=0.001$; η^2 : 0.16) alt boyut puan ortalamalarının yaş değişkenine göre farklılık gösterdiği bulundu. Alt boyutlarda da en yüksek puan

ortalamasının 45-54 yaş grubundaki hastalarda en düşük puanın ise 65 yaş ve üstündeki hastalara ait olduğu görüldü (Tablo 4.4).

- Bekar olan hastaların HTHÖ/KF ölçeği *kişisel durum* alt boyut puan ortalamalarının evli olanlardan yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p=0.003$; $\eta^2: 0.07$), (Tablo 4.4).
- Kentte yaşayan hastaların HTHÖ/KF ölçeği *kişisel durum ve başa çıkma isteği* alt boyut puan ortalamalarının kırsalda yaşayanların ortalamalarından yüksek olduğu ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (sırası ile $p=0.034$; $\eta^2: 0.04$ ve $p=0.038$; $\eta^2: 0.04$), (Tablo 4.4 ve Tablo 4.6).
- Kendisini hazır hissedenden hastaların HTHÖ/KF ölçeği *kişisel durum ve bilgi* alt boyut puan ortalamalarının hazır hissetmeyenlerin ortalamalarından yüksek olduğu ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (sırası ile $p=0.001$; $\eta^2: 0.33$ ve $p=0.017$; $\eta^2: 0.06$), (Tablo 4.4 ve Tablo 4.5).
- KABG ameliyatı üniversitede yapılan ve doktorlardan bilgi alan hastaların HTHÖ/KF ölçeği *bilgi* alt boyut puan ortalamalarının devlet hastanesinde ameliyat olan ve hemşirelerden eğitim alan hastaların ortalamalarından yüksek olduğu ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (sırası ile $p=0.001$; $\eta^2: 0.09$ ve $p=0.04$; $\eta^2: 0.07$), (Tablo 4.5).
- Çalışan, eğitimi ortaöğretim ve üzerinde olan, kentte yaşayan, üniversitede ameliyat olan, eşi tarafından bakım verile ve tek kronik hastalık olarak Hipertansiyonu bulunan hastaların HTHÖ/KF ölçeği *başa çıkma isteği* alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (sırası ile $p=0.001$; $\eta^2: 0.09$; $p=0.014$; $\eta^2: 0.05$; $p=0.038$; $\eta^2: 0.04$; $p=0.001$; $\eta^2: 0.08$; $p=0.045$; $\eta^2: 0.05$; $p=0.017$; $\eta^2: 0.14$), (Tablo 4.6).
- Cerrahi işlem öncesi hastaneden kalma süresi beş gün üzerinde olan hastaların HTHÖ/KF ölçeği *beklenen destek* alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p=0.033$; $\eta^2: 0.04$), (Tablo 4.7).
- KABG ameliyatı uygulanan hastaların memnuniyetlerinin taburculuğa hazır olma toplam ölçek puanı ($r=0.33$) ile orta düzeyde pozitif ilişkiler gösterdi (Tablo 4.8).

- KABG ameliyatı uygulanan hastaların memnuniyet puan sıra ortalamalarının taburculuğa hazır olanlarda olmayanlardan yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı ($U=1273.50$, $p=0.005$) belirlenmiştir. Taburculuğa hazır olma düzeyleri çok yüksek ve yüksek olan hastalarda memnuniyet puan sıra ortalamalarının da yüksek düzeyde, olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı ($\chi^2=12.66$, $p=0.005$) belirlendi (Tablo 4.9).
- KABG ameliyatı uygulanan hastaların taburculuğa hazır olmasını kolaylaştıran durumların, etkili solunum öksürük yapabilme, mobilizasyonu gerçekleştirme ve evdeki süreci yönetebilme ana başlıklarından oluştuğu görüldü (Tablo 4.10).
- HTHÖ/KF'na göre taburculuğa hazır olmayan hastaların taburculuğu zorlaştıran durumlara yönelik verdikleri yanıtlardan Korku ve kaygı olmak üzere iki ana tema elde edilmiştir. Hastaların ağrı; solunum, kardiyoovasküler, gastrointestinal ve üriner sistem ile ilgili sorunlarının korku temasını oluşturduğu görüldü. Hareket etme/mobilizasyon; halsizlik; yorgunluk; yeterince iyileşemediği inancı alt temaları ise kaygı teması altında ele alındı (Tablo 4.11).

6.2. Öneriler

Koroner Arter Baypas Greft (KABG) cerrahisi uygulanan hastaların taburculuğa hazır olma durumları ve etkileyen değişkenleri inceleyen çalışmamızın bulguları doğrultusunda;

Uygulayıcılar için;

- KABG cerrahisi uygulanan hastaların taburculuğa hazır olma durumları ve düzeylerinin hasta memnuniyetini etkilemesi nedeni ile hastaların taburculuğa hazır olma durumlarının rutin olarak değerlendirilmesi ve hasta bakım politikasının bir parçası haline getirilmesi,
- HTHÖ/KF'na göre taburculuğa hazır olmayan hasta verilerinden elde edilen Korku ve Kaygı temalarının KABG cerrahisi uygulanan hastaların bakımında ele alınması,

Araştırmacılar için;

- KABG cerrahisi geçiren 65 yaş üstü ve ilköğretim düzeyinde eğitimi alan hastaların HTHÖ/KF en düşük puan ortalamalarına sahip olmaları nedeni ile yaşlı ve eğitim düzeyi kısıtlı hastaların taburculuğā hazır olma durumlarının ayrıntılı olarak incelenmesi önerilebilir.



KAYNAKLAR

AHRQ. (2023, Haziran). *Toolkit for Improving Surgical Care and Recovery*. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ahrq.gov/hai/tools/enhanced-recovery/index.html>

Anderson, J., & Martin, P. (2024). Enhancing discharge readiness through structured education: A randomized control trial. *Journal of Nursing Education*, 63(2), 78–84. <https://doi.org/10.1016/j.jne.2023.10.003>

Baghaei, R., Mashallahi, A., & Khalkhali, H. (2015). The effect of applying continuous care model on the quality of life in heart failure patients. *Nursing And Midwifery Journal*, 13(8), 666-675. <https://unmf.umsu.ac.ir/article-1-1712-en.html>

Bahçecioğlu Turan, G., Özer, Z., & Atan, G. (2021). Nursing Care Satisfaction and Readiness for Hospital Discharge States of Patients Hospitalized in Internal Medicine Clinics: Descriptive Cross-sectional Research Example. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 13(4), 947-957. <https://doi.org/10.5336/nurses.2021-81438>

Baksi, A., Arda Sürücü, H., Turhan Damar, H., & Sungur, M. (2021). Examining the Relationship between Older Adults' Readiness for Discharge after Surgery and Satisfaction with Nursing Care and the Associated Factors. *Clinical Nursing Research*, 30(8). <https://doi.org/10.1177/10547738211011768>

Basit, G. (2020). Bakımın rehberi: hemşirelik süreci. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 77-90.

Bozkurt, T. (2021). Symptoms and Care Satisfaction in Patients Who Underwent Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 11(3), 481-486. <https://doi.org/10.33808/clinexphealthsci.817535>

Bryman, A., & Cramer, D. (2012). Quantitative Data Analysis with IBM SPSS 17, 18 & 19. İçinde *Quantitative Data Analysis with IBM SPSS 17, 18 & 19*. <https://doi.org/10.4324/9780203180990>

Burucu, R., Yıldız, S., Uğur, T., & Şahin, M. (2023). Kronik Hastalığa Sahip Olan Ve Dahili Kliniklerde Yatarak Tedavi Gören Bireylerin Taburculuğa Hazır Olma Durumları Ve Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi: Tanımlayıcı ve İlişki Arayıcı Bir Çalışma. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 32(2), 214-223. <https://doi.org/10.34108/eujhs.1174253>

Chen, R., ve ark. (2023). Discharge planning and patient satisfaction after CABG surgery. *International Journal of Cardiac Nursing*, 45(1), 12–19.

Chou, Y.-Y., Hwang, J.-J., & Tung, Y.-C. (2021). Optimal surgeon and hospital volume thresholds to reduce mortality and length of stay for CABG. *PLOS ONE*, 16(4), e0249750. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249750>

Civek, S., & Akman, M. (2022). Frequency and risk Assessment of cardiovascular diseases in the world and Turkey. *The Journal of Turkish Family Physician*, 13(1), 21-28. <https://doi.org/10.15511/tjtfp.22.00121>

Coffey, A., & McCarthy, G. M. (2013). Older people's perception of their readiness for discharge and postdischarge use of community support and services. *International Journal of Older People Nursing*, 8(2), 104-115. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00316.x>

Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2018). *Designing and Conducting Mixed Methods Research* (3. Edition). Sage Publishing.

Daliri, S., Bekker, C. L., Buurman, B. M., Scholte op Reimer, W. J. M., van den Bemt, B. J. F., & Karapinar – Çarkit, F. (2019). Barriers and facilitators with medication use during the transition from hospital to home: a qualitative study among patients. *BMC Health Services Research*, 19(1), 204. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4028-y>

Davis, S. A., & Holmes, K. (2024). Predictors of post-discharge complications in elderly cardiac patients. *Geriatric Nursing*, 45(2), 134–141.

Dığrak, E., Savsar, A., Aktaş, F. Ö., & Aygöler, M. (2024). Evaluation of Self-Efficacy and Satisfaction with Post-Discharge Tele-Health Monitoring of Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(38), 156-162. <https://doi.org/10.5543/khd.2024.34366>

Doenst, T., Thiele, H., Haasenritter, J., Wahlers, T., Massberg, S., & Haverich, A. (2022). The treatment of coronary artery disease—current status six decades after the first bypass operation. *Deutsches Ärzteblatt international*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0277>

Doğrusöz, P. (2021). *Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Müziğin Anksiyete Ve Ağrı Düzeyine Etkisi* [Yüksek Lisans Tezi]. Maltepe Üniversitesi.

Dolu, İ., Naharcı, M. İ., Logan, P. A., Paal, P., & Vaismoradi, M. (2021). Transitional 'hospital to home' care of older patients: healthcare professionals' perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(3), 871-880. <https://doi.org/10.1111/scs.12904>

Domino, G., & Domino, M. L. (2006). *Psychological Testing*. Cambridge University Press.

Duggan, J. P., Peters, A. S., Trachiotis, G. D., & Antevil, J. L. (2022). Epidemiology of Coronary Artery Disease. *Surgical Clinics of North America*, 102(3), 499-516. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2022.01.007>

Efil, S. (2018). Mitral Stenozlu KOAH Hastasında Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(18). <https://doi.org/10.5543/khd.2018.53825>

Eghbali, T., Tirgari, B., Dehghani, Z., & Forouzi, M. A. (2022). Planned discharge program effectiveness on cardiac self-efficacy and hope in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: A quasi-experimental study. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 31. <https://doi.org/10.1177/20101058211064669>

Ergen, B., & Yıldırım Tank, D. (2023). Ameliyathanede Hayati Bir Liste: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 5(2), 146-151. <https://doi.org/10.57224/jhpr.1174854>

Eryiğit, S. (2023). *Koroner Arter Bypass Graft Ameliyatı Geçiren Hastalara Verilen Eğitimin Derin Ven Trombozu Riskine Etkisi* [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Okan Üniversitesi.

Fadah, K., Hechanova, A., & Mukherjee, D. (2022). Epidemiology, Pathophysiology, and Management of Coronary Artery Disease in the Elderly. *International Journal of Angiology*, 31(04), 244-250. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1751234>

Fernandez, T. A., & Liu, X. (2025). Social determinants of discharge preparedness in cardiac rehabilitation. *Social Science & Medicine*, 328, 115010.

Gledhill, K., Hanna, L., Nicks, R., & Lannin, N. A. (2021). Defining discharge-readiness from subacute care from all stakeholders' perspectives: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 43(22), 3127-3134. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1733107>

GRAMMS - O'Cathain A, Murphy E, Nicholl J. The quality of mixed methods studies in health services research. *J Health Serv Res Policy*. 2008;13(2):92-98.

Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105–12.

Guan, M., & Feng, X. (2023). Correlation between quality of discharge teaching, readiness for hospital discharge and health outcomes of hysterectomy patients: A structural equation model analysis. *Nursing Open*, 10(6), 3817–3827.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. (2010). *Multivariate Data Analysis*: Pearson Education. İçinde *Upper Saddle River, New Jersey*.

Hydzik, P., Kolarczyk, E., Kustrzycki, W., Kubiela, G., Kałużna-Oleksy, M., Szczepanowski, R., & Uchmanowicz, B. (2021). Readiness for Discharge from Hospital after Myocardial Infarction: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6937. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136937>

Iqbal, S., & Rahman, A. (2024). Psychological resilience and discharge preparedness among post-surgical patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 167, 111144.

Işıklı, H. (2022). Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Kronik Hastalıkları Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı. *Turkish Journal of Diabetes Nursing, Cilt 2-Sayı 1* (Cilt 2-Sayı 1), 51-55. <https://doi.org/10.29228/tjdn.58149>

Ji, Y., Ma, H., Jin, Y., & Song, Y. (2024). Correlation between nursing dependence and discharge readiness in middle-aged and elderly patients undergoing coronary-artery bypass grafting. *Asian Journal of Surgery*, 47(2), 1038–1039.

Jones, K. C., Austad, K., Silver, S., Cordova-Ramos, E. G., Fantasia, K. L., Perez, D. C., Kremer, K., Wilson, S., Walkey, A., & Drainoni, M. L. (2023). Patient perspectives of the hospital discharge process: A qualitative study. *Journal of Patient Experience*, 10, 1–7. <https://doi.org/10.1177/23743735231171564>

Kanan, N. (2022a). Koroner Arter Bypass Graft (KABG) Cerrahisi. İçinde N. Akyolcu, N. Kanan, & G. Aksoy (Ed.), *Cerrahi Hemşireliği 2* (C. 2, ss. 65-114). Nobel Tıp Kitabevleri.

Kanan, N. (2022b). Taburculuğun Planlanması ve Evde Bakım. İçinde N. Akyolcu, N. Kanan, & G. Aksoy (Ed.), *Cerrahi Hemşireliği 2* (C. 1, ss. 363-365). Nobel Tıp Kitabevleri.

Karacabay, K. (2023). Kalp Cerrahisi Geçiren Hastalarda Bakım. İçinde M. Yavuz van Giersbergen (Ed.), *Cerrahi Hemşireliği* (ss. 334-344). Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.

Karahan, E. (2021a). Kalp Damar Sistemi Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı. İçinde S. Çelik (Ed.), *Cerrahi Hemşireliğinde Güncel Uygulamalar* (ss. 342-342). Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.

Karahan, E. (2021b). Taburculuk Süreci ve Kardiyak Rehabilitasyon. İçinde S. Çelik (Ed.), *Cerrahi Hemşireliğinde Güncel Uygulamalar* (ss. 355-356). Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.

Katran, H. B., Baki, B., Türkmen, D. B., Güven, M., Marangoz, S., Yıldız, Ş., & Deniz, A. (2024). Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Taburculuk Planlamasına İlişkin Algı Düzeyleri. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 6(1), 41-48. <https://doi.org/10.48071/sbuhemsirelik.1358125>

Kaya, S., Güven, G. S., Teleş, M., Aydan, S., Korku, C., & Kar, A. (2018a). Taburculuğa Hazır Olmanın Boyutları: Belirleyicileri, Hasta Sonuçları ve Hastane Harcamaları ile İlişkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(2), 305-334.

Kaya, S., Sain Guven, G., Aydan, S., Kar, A., Teleş, M., Yıldız, A., Koca, G. Ş., Kartal, N., Korku, C., Ürek, D., Demir, İ. B., & Toka, O. (2018b). Patients' readiness for discharge: Predictors and effects on unplanned readmissions, emergency department visits and death. *Journal of Nursing Management*, 26(6), 707-716. <https://doi.org/10.1111/jonm.12605>

Kaya, S., Sain Guven, G., Teleş, M., Korku, C., Aydan, S., Kar, A., Kartal, N., Koca, G. Ş., & Yıldız, A. (2018c). Validity and Reliability of the Turkish Version of the Readiness for Hospital Discharge Scale/Short Form. *Journal of Nursing Management*, 26(3). <https://doi.org/10.1111/jonm.12547>

Kaya, U., & Yılmaz, Ü. D. (2022). Ideal Suggestions for Discharge Training and Telephone Counseling of Patients Withwith Coronary Artery Bypass Graft Surgery: A Randomized Controlled and Experimental Study. *Journal of Korean Medical Science*, 37(35). <https://doi.org/10.3346/jkms.2022.37.e269>

Keogh, J. (2019). *Cardiovascular Nursing DeMYSTiFieD*. McGraw-Hill Education.

Kim, Y., & Han, J. (2023). The role of caregiver involvement in discharge planning: A Korean case study. *Asian Nursing Research*, 17(3), 181–188.

Liang, L., Cai, Y., Gu, J., Li, H., Huang, S., & Fang, H. (2021). Survey on the Readiness for Hospital Discharge and Its Influencing Factors among Patients with Cardiac Valve Replacement. *Open Journal of Nursing*, 11(05), 302-314. <https://doi.org/10.4236/ojn.2021.115027>

Liang, W., Zuo, D., Candidate, M., Li, T., & Zhao, H. (2021). Patient-Readiness for Discharge and 30-Day Adherence to Treatment After Coronary Stent Implantation. *Clinical Nursing Research*, 30(8). <https://doi.org/10.1177/1054773821998550>

Lopez, D., & Smith, J. (2024). Economic burden and its impact on discharge readiness in cardiac patients. *Health Economics Review*, 14(1), 18.

Mabire, C., Bachnick, S., Ausserhofer, D., & Simon, M. (2019). Patient readiness for hospital discharge and its relationship to discharge preparation and structural factors: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 90, 13-20. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.09.016>

Maleki, M., Mardani, A., Iloonkashkooli, R., Khachian, A., Glarcher, M., & Vaismoradi, M. (2023). The effect of hospital-to-home transitional care using a digital messaging application on the health outcomes of patients undergoing CABG and their family caregivers: a randomized controlled trial study protocol. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 10. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2023.1224302>

Mary, A., Mzayek, F., Lefler, L. L., Jiang, Y. (Joyce), & Meadows Taylor, M. (2024). Case Management in Prevention of 30-Day Readmission in Post-Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Professional Case Management*. <https://doi.org/10.1097/ncm.0000000000000718>

Monfared, A., Javadi-Pashaki, N., Dehghan Nayeri, N., & Jafaraghaee, F. (2024a). Barriers to readiness for hospital discharge in myocardial infarction patients: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 29(1), 61–67.

Monfared, A., Javadi-Pashaki, N., Dehghan Nayeri, N., & Jafaraghaee, F. (2024b). Barriers and facilitators of readiness for hospital discharge in patients with myocardial infarction: a qualitative study: quality improvement study. *Annals of*

Medicine & Surgery, 86(4), 1967-1976.
<https://doi.org/10.1097/MS9.0000000000001706>

Nakamura, Y., & Takahashi, H. (2025). Bridging hospital and community care: Home visit nursing services and discharge transitions. *Japan Journal of Nursing Science*, 22(1), e12567.

Oravec, N., King, M. A. M., Spencer, T., Eikelboom, R., Kent, D., Reynolds, K., El-Gabalawy, R., Chudyk, A. M., Metge, C., Cornick, A., Sanjanwala, R. M., Lee, E., Hiebert, B., Nugent, K., Dave, M. G., Duhamel, T. A., & Arora, R. C. (2023). Barriers to Successful Discharge After Cardiac Surgery: A Focus Group Study and Cross-Sectional Survey. *Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 35(4).
<https://doi.org/10.1053/j.semtcvs.2022.07.003>

Özkan, Ç. G., Bayrak, B., & Demirbağ, B. C. (2022). Ev Ortamında Yatağa Bağımlı Hastanın Bakım Vericilerinin Bakım Yüğü ve Kaygı Düzeyine Yönelik Hemşirelik Girişimleri. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(1), 89-101.
<https://doi.org/10.54061/jphn.964777>

Özsoy Durmaz, M., & Özbaş, A. (2023). Ortopedik Cerrahi Hastalarının Taburculuğa Hazır Olma Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Journal of Innovative Healthcare Practices*, 4(1), 22-33.

Parmaksız, J. (2022). *Kardiyak Rehabilitasyon Programına Katılımı Etkileyen Faktörler* [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi.

Polit, D., & Beck, C. (2021). *Essentials of Nursing Research Appraising Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwer Health.

Posadas-Collado, G., Membrive-Jiménez, M. J., Romero-Béjar, J. L., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., Suleiman-Martos, N., & Cañadas-De La Fuente, G. A. (2022a). Continuity of Nursing Care in Patients with Coronary Artery Disease: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 3000. <https://doi.org/10.3390/ijerph19053000>

Posadas-Collado, G., Membrive-Jiménez, M. J., Romero-Béjar, J. L., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., Suleiman-Martos, N., & Cañadas-De La Fuente, G. A. (2022b). Continuity of Nursing Care in Patients with Coronary Artery Disease: A Systematic Review. *İçinde International Journal of Environmental Research and Public Health* (C. 19, Sayı 5). <https://doi.org/10.3390/ijerph19053000>

Qiu, X. (2024). Nurse-led intervention in the management of patients with cardiovascular diseases: a brief literature review. *BMC Nursing*, 23(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01422-6>

Ralapanawa, U., & Sivakanesan, R. (2021). Epidemiology and the magnitude of coronary artery disease and acute coronary syndrome: A narrative review. İçinde *Journal of Epidemiology and Global Health* (C. 11, Sayı 2). <https://doi.org/10.2991/JEGH.K.201217.001>

Razmjoei, N., Ebadi, A., Asadi-Lari, M., & Hosseini, M. (2017). Does a “continuous care model” affect the quality of life of patients undergoing coronary artery bypass grafting? *Journal of Vascular Nursing*, 35(1), 21-26. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2016.12.002>

Roshan Ghias, M., Mansourizade, M., Sahebalzamani, M., Ghanavati, A., & Egtesadi, S. (2020). The effect of continuous care model on self-efficacy, quality of life and treatment regimen of patients undergoing coronary artery bypass graft. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, 22(1).

Rushton, M., Howarth, M., Grant, M. J., & Astin, F. (2017). Person-centred discharge education following coronary artery bypass graft: A critical review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 5206-5215. <https://doi.org/10.1111/jocn.14071>

Sadeghi, R., Miri, R., Kachoueian, N., Sistanizad, M., & Hassanpour, R. (2023). Differences in gender and outcomes following isolated coronary artery bypass graft (CABG) surgery. *ARYA Atheroscler*, 19(1), 1-11. <https://doi.org/10.48305/arya.2022.26640.2819>

Şahan, D. (2022). *Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi Taburculuk Eğitiminde Kullanılan Eğitim Kitapçığı Ve Mobil Uygulamanın Hastaların Taburculuğa Hazır Oluşluk Ve Öz-Etkililik Üzerine Etkisinin Karşılaştırılması* [Doktora Tezi]. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi.

Sahebalzamani, M., Farahani, H., Jamarani, M. T., Faezi, S. T., Moradi, K., & Paragomi, P. (2017). Effects of a Continuous Care Model on Patients' Knowledge and Health-Related Quality of Life in Systemic Lupus Erythematosus. *Rehabilitation Nursing*, 42(6), E9-E18. <https://doi.org/10.1002/rnj.283>

Sak, R., Sak, İ. T. Ş., Şendil, Ç. Ö., & Nas, E. (2021). Bir araştırma yöntemi olarak doküman analizi. *Kocaeli Üniversitesi Eğitim Dergisi*, 4(1), 227-256.

Schmidt-Riovalle, J., Ejheisheh, M. A., Membrive-Jiménez, M. J., Suleiman-Martos, N., Albendín-García, L., Correa-Rodríguez, M., & Gómez-Urquiza, J. L. (2020). Quality of life after coronary artery bypass surgery: A systematic review and meta-analysis. İçinde *International Journal of Environmental Research and Public Health* (C. 17, Sayı 22). <https://doi.org/10.3390/ijerph17228439>

Shu, P., Xuan, L., & Jiang, X. (2024). Discharge readiness and associated factors among patients with coronary heart disease after stent implantation: A cross-sectional single-center study. *Patient Preference and Adherence*, 18, 811–819.

Sun, M., Qian, Y., Liu, L., Wang, J., Zhuansun, M., Xu, T., & Rosa, R. Dela. (2023). Transition of care from hospital to home for older people with chronic diseases: a qualitative study of older patients' and health care providers' perspectives. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1128885>

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 Dec;19(6):349-57. doi: 10.1093/intqhc/mzm042

Toraman, M. M. (2022). *Üreteroskopi Olan Ve Double J Stent Yerleştirilen Hastalara Verilen Eğitimin Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Kaygı Ve Taburculuğa Hazır Oluş Düzeylerine Etkisi* [Yüksek Lisans Tezi]. Atatürk Üniversitesi.

TÜİK. (2020, Haziran 24). *Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019*. Türkiye İstatistik Kurumu.

TÜİK. (2023). *İstatistiklerle Aile, 2023*. Türkiye İstatistik Kurumu.

Tully, A., & Bishop, M. A. (2023). *Coronary Artery Surgery*. StatPearls Publishing LLC.

Uysal, İ., & Kılıç, A. (2022). Normal Dağılım İkilemi. *Anadolu Journal of Educational Sciences International*, 12(1), 220-248. <https://doi.org/10.18039/ajesi.962653>

Weiss, M. E., Piacentine, L. B., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., Gresser, S., Holmes, S. B., Toman, S., Toy, A., & Vega-Stromberg, T. (2007). Perceived Readiness for Hospital Discharge in Adult Medical-Surgical Patients. *Clinical Nurse Specialist*, 21(1), 31-42. <https://doi.org/10.1097/00002800-200701000-00008>

Weiss, M. E., Sawin, K. J., Gralton, K., Johnson, N., Klingbeil, C., Lerret, S., Malin, S., Yakusheva, O., & Schiffman, R. (2017). Discharge Teaching, Readiness for

Discharge, and Post-discharge Outcomes in Parents of Hospitalized Children. *Journal of Pediatric Nursing*, 34, 58-64. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.12.021>

Yaşı, H. (2023). Koroner Baypas Cerrahisinde İleri Yaş Grubunda Sol İnternal Torasik Arter Kullanımı. *İzmir Tıp Fakültesi Dergisi*, 2(1), 22-25. <https://doi.org/10.57221/izmirtip.1239771>

Yıldırım, A., Şimşek, H. (2018). Doküman incelemesi. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Pp: 187-201. Seçkin Yayıncılık, Ankara.

Yıldırım, G. (2022). Koroner Arter Hastalığı ve Hemşirelik Bakımı. İçinde S. Güler (Ed.), *Sağlık & Bilim 2022*. Efe Akademik Yayıncılık.

Zeinali-Nezhad, N., Najafipour, H., Shadkam, M., & Pourhamidi, R. (2024). Prevalence and trend of multiple coronary artery disease risk factors and their 5-year incidence rate among adult population of Kerman: results from KERCADR study. *BMC Public Health*, 24(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17504-8>

Zhou, F. xin, Li, X. jie, Filoteo, J. A., Wu, L. juan, Wang, F., & Li, H. zan. (2024). Sociodemographic factors influencing discharge readiness among preterm infants' mothers in China. *Journal of Neonatal Nursing*, 30(3). <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2023.10.017>

Zuhur, Ş., & Özpancar, N. (2017). Türkiye’de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: sistematik derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 19(2), 57-74.

EKLER

EK-1. Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Ben Hüseyin Cem Kılınç, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliğinde Yüksek Lisans Öğrencisiyim. Bu araştırmayı, Prof. Dr. Fatma CEBECİ danışmanlığında yürütmekteyim. “Koroner Arter Baypas Graft Cerrahisi Uygulanan yetişkin hastaların taburculuğa hazır olma durumları ve İlgili Değişkenlerin İncelenmesi” başlıklı çalışma için Etik kuruldan ve Akdeniz Üniversitesi ve Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanelerinden gerekli izinler alınmıştır. Hastanın, hastaneden taburcu edilmeden önce ihtiyaçlarının belirlenmesi, hasta birey ve ailesinin sağlık bakım ihtiyaçlarının giderilmesi ve kendi sağlıklarını yönetebilir hale gelmelerinde önemlidir. Çünkü taburcu edildikten sonra bireylerin evde izlem ve bakımı, büyük oranda kendileri ve yakınları tarafından yapılmaktadır. Bu nedenle taburculuğa hazır olma durumlarınızın belirlenmesi, taburculuk süreçlerinin uygunluğunu, etkinliğini ve yararlılığının değerlendirilmesi ve yapılması gerekenlerin belirlenerek önlem alınması bakımından önemlidir.

Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz, sizden beklenen ankette yer alan sorulara içtenlikle yanıtlamanızdır. Ölçek ve formların doldurulması 15-20 dakikanızı alacaktır. Bu araştırma tamamen bilimsel amaçlı yapılmaktadır, size ve bağlı olduğunuz sağlık kuruluşuna herhangi bir mali yük getirmeyecektir. Tüm yanıtlar gizli tutulacak ve herhangi bir yayın veya raporda isminiz yer almayacaktır. Zaman ayırdığınız ve iş birliğiniz için teşekkür ederiz.

Ayrıca bu araştırmaya katılmakla aşağıdaki maddeleri anladığımı bildiririm.

- ✓ Araştırmaya gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman bu araştırmadan çekilebilirim.
- ✓ Araştırmada risk olarak algılayabileceğim bir durum yoktur.
- ✓ Araştırmada kimliğim ve vereceğim bilgiler gizli tutulacaktır.
- ✓ Bütün veriler araştırmacı tarafından toplanıp kayıt edilecek ve 7 (yedi) yıl saklandıktan sonra yok edilecektir.
- ✓ Ancak gerekirse kayıtlara etik kurul üyeleri, izleyicilerin yasal olarak incelenebileceğini anladım ve izin veriyorum.
- ✓ Bu çalışmaya katıldığınız için sizden herhangi bir ücret alınmayacak ya da size bir ödeme yapılmayacaktır.
- ✓ Araştırma bittikten sonra istediğim takdirde araştırma özetini alabilirim.
- ✓ Araştırmada vereceğim bilgilere dayalı sonuçların bilimsel ortamlarda tartışılmasına ve yayınlanmasına izin veriyorum.
- ✓ Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken araştırmacılardan gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır.

Yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirildim. Bu koşullarla söz konusu araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilmek koşulu ile kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcının

Adı-Soyadı:

Tel:

İmzası:

Katılımcı ile görüşen araştırmacının

Adı-Soyadı: Hüseyin Cem Kılınç

Adres: Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Konyaaltı/Antalya

İmza:

Tel

Tanık

Adı-Soyadı:

EK-2. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Yaş:...

2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3. Medeni durum: () Evli () Bekar

4. Eğitim durumu: () Okuryazar/İlkokul () Ortaöğretim () Üniversite ve üzeri

5. Çalışma durumu: () Çalışıyor () Çalışmıyor () Yarım gün ve belirli saatlerde çalışıyor

6. Yaşadığınız yer: () Köy () İlçe/ Kasaba () Şehir

7. Hastane Türü: () Üniversite () Devlet

8. Daha önce ameliyat geçirme durumu () Yok () Var.... lütfen açıklayınız

9. Ameliyatı sizin tercih ettiğiniz Doktormu Yaptı: () Hayır Evet () Lütfen açıklayınız

10. Yapılan Ameliyatta değiştirilen damar sayısı :.....

11. Hastanede Ameliyat Öncesi Kalınan Gün Sayısı:

12. Hastanede Ameliyat Sonrası Kalınan Gün Sayısı:

13. Bilinen Kronik Hastalığınız: () Yok () Var.....lütfen açıklayınız

14. Planlanan taburculuğunuzla ilgili size bilgi verildi mi?

() Hayır () Evet

15. 14. Soruya cevabınız “Evet” ise bilgi kim tarafından verildi?

() Doktor () Hemşire () Diğer sağlık personeli

16. Taburculuğunuzla ilgili size verilen bilgilendirmeden memnuniyetiniz hangi düzeydedir? Lütfen bir tanesini daire içine alınız.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Hiç Memnun değilim

Çok memnunuz

17. Evde sizin bakımınıza destek olacak bireyler/yakınınız var mı?

() Yok () Var..... lütfen açıklayınız

18. Hastaneden taburcu olmaya kendinizi hazır hissediyor musunuz?

() Evet () Kısmen () Hayır.....20 soruya geçiniz

19. Taburcu olmanızı kolaylaştıran durumlar nelerdir? Lütfen belirtiniz (HTHÖ/KF puanı ≥ 7 olan/ taburculuğa hazır olan hastalara soruldu)

-

-

-

20 Taburcu olmanızı zorlaştıran durumlar nelerdir? Lütfen belirtiniz (HTHÖ/KF < 7 olan /taburculuğa hazır olmayan hastalara soruldu)

-

-

-

EK-3. Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Hasta Öz Değerlendirme Formu

Hissettiklerinizi en iyi ifade eden rakamı yuvarlak içine alınız. Cevaplar, 0-10 aralığındaki 10'lu bir ölçek üzerinden verilmektedir. Rakamların altında bulunan ifadeler 0 ve 10'un ne anlama geldiğini göstermektedir. Örneğin, 7 rakamını yuvarlak içine almanız, 10 rakamında belirtilen ifadeye 0 rakamının seçimine oranla daha fazla katıldığınız ancak tamamen de o şekilde hissetmediğiniz anlamına gelmektedir.

Sorular	Cevaplar
1. Eve gitmeye fiziksel olarak ne kadar hazırsınız?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hazır değilim Tamamen hazırım
2. Bu günkü enerjinizi nasıl tarif edersiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Düşük enerji Yüksek enerji
3. Eve gitmenizin ardından oluşabilecek sorunlarla ilgili ne kadar bilgi sahibisiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiçbir fikrim yok Her şeyi biliyorum
4. Eve gitmenizin ardından uymanız gereken kısıtlamalarla (yapabileceğiniz şeyler ve yapmanıza izin verilmeyen şeyler) ilgili ne kadar bilgi sahibisiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiçbir fikrim yok Her şeyi biliyorum
5. Evde hayatın taleplerini ne kadar iyi karşılayabileceksiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Karşılayamayacağım Son derece iyi Karşılayabileceğim
6. Evde kişisel bakımınızı (örneğin hijyen, banyo, tuvalet, beslenme) ne kadar iyi yapabileceksiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Yapamayacağım Son derece iyi Yapabileceğim
7. Eve gitmenizin ardından, ihtiyacınız olursa, kişisel bakımınıza ne kadar yardımcı olunacak?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Çok
8. Gerekirse, tıbbi bakım ihtiyaçlarınıza ne kadar yardımcı olunacak (tedaviler, ilaçlar)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Çok

EK-4. Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Kısa Formu- Hasta Öz Değerlendirme Formu Orijinal Ölçeğini Geliştiren Araştırmacıdan Alınan Kullanım İzni

Permission to use Readiness for Hospital Discharge Scale - Scale Permission Repetition 

 HÜSEYİN CEM KILINÇ
Kime:
Dear Marianne Weiss, DNSc, RN,
I am a student in Akdeniz University Health Sciences Institute Surgical Nursing MSN with my Counselor Prof. Dr. Fatma CEBECİ. I'm preparing my study about "Discharge Status of Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft" Procedure. I am requesting your permission toward "Readiness for Hospital Discharge Scale". When it is used with your permission, it will be cited.
Best regards

29.05.2023 Pzt 17:17

 Gönderen, Güvenilir gönderenler listenizde bulunmadığından bu iletideki içeriğin bir bölümü engellendi. [adlı gönderenden gelen içeriğe güveniyorum.](#) | Engellenmiş içeriği göster

 İletiyi şu dile çevir: Türkçe | Şu dilden hiçbir zaman çevirme: İngilizce

 Weiss, Marianne
Kime: HÜSEYİN CEM KILINÇ
You are permitted to use any of the scales located on our website. No new translations or modifications are permitted.
All the best for successful research.
<https://www.marquette.edu/nursing/hospital-discharge-scales-general.php>
Best regards
Marianne Weiss, DNSc, RN
Professor Emerita
Marquette University College of Nursing

30.05.2023 Sal 01:38

From: HÜSEYİN CEM KILINÇ
Sent: Monday, May 29, 2023 7:10 AM
To: Weiss, Marianne
Subject: Permission to use Readiness for Hospital Discharge Scale - Scale Permission Repetition

CAUTION: This email originated outside of Marquette University. Do not click links or open attachments unless you recognize the sender and know the content is safe.

EK-5. Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Kısa Formu- Hasta Öz Değerlendirme Formu'nun Türkçe Geçerlik ve Güvenirliğini Yapan Araştırmacıdan Alınan Kullanım İzni

Prof.Dr. Sıdika KAYA Hocam'ın Dikkatine



HÜSEYİN CEM KILIÇ

Kime:

25.05.2023 Per 17:58

Sayın Prof. Dr. Sıdika KAYA Hocam,

Ben Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Hüseyin Cem KILIÇ, Sayın Prof. Dr. Fatma CEBECİ danışmanlığında planlamakta olduğum çalışmam için Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini Sizin yapmış olduğunuz Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Kısa Formu'nu kullanmayı planlıyorum. Ölçeğin kullanımı için izninize ihtiyacım var. Ölçeğin kullanımı için izni uygun görürseniz, ölçeğin orijinali, kullanımı ve değerlendirilmesi için bilgilerinize ihtiyacımız olacak. Şimdiden çok teşekkür eder saygılarımı sunarım.



Sidika Kaya • --



Sidika Kaya

Kime: HÜSEYİN CEM KILIÇ

26.05.2023 Cum 01:00

Sayın Hüseyin Cem KILIÇ,

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğumuz "TABURCU OLMAYA HAZIR OLMA ÖLÇEĞİ" ni 1) Türkçe ölçeğin kendisini yayınlamamanız 2) çalışmalarınızda ve yayınlarnızda bizim çevirimizi kullandığınızı belirtmeniz ve atfı yapmanız 3) orijinal ölçeği geliştiren (aşağıda iletişim bilgilerinizi verdiğim) Marianne Weiss' ten de ölçeği kullanmak için izin almanız koşuluyla kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar,

Prof. Dr. Sıdika KAYA

Ölçeğin orijinalini geliştiren:

Marianne Weiss DNSc RN
READI study Principal Investigator
Professor of Nursing and
Wheaton Franciscan Healthcare / Sister Rosalie Klein Professor of Women's Health
Marquette University College of Nursing

EK-6. Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı: 546

08/08/2023

Sayın

Prof.Dr.Fatma CEBECİ
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz
"Koroner Arter Baypas Greft Uygulanan Hastaların Taburculuğa Hazır Olma Durumları ve
İlgili Değişkenlerin İncelenmesi" adlı araştırmaya ait alınan kurul kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Arda FAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Eki: Kurul kararı

Adres : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA
Tel :
Faks :
e-posta :

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
2023

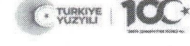
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Prof.Dr.Fatma CEBECİ
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Koroner Arter Baypas Greft Uygulanan Hastaların Taburculuğa Hazır Olma Durumları ve İlgili Değişkenlerin İncelenmesi
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:KAEK- 566	Tarih: 19.07.2023
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılacağı merkezlerden/birimlerden izin alındıktan sonra yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

EK-7. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastane İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 30.11.2023-792015



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı



Sayı : E-39886105-900-792015
Konu : Hüseyin Cem KILINÇ Tez Çalışması
Hk.

30.11.2023

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ (HASTANE) BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 17.11.2023 tarihli ve 26708535-900-782076 sayılı yazı,

İlgide kayıtlı yazınıza istinaden; Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Hüseyin Cem Kılınç'ın "Koroner Arter Baypas Greft Uygulanan Hastaların Taburculuğuna Hazır Olma Durumları ve İlgili Değişkenlerin İncelenmesi" ile ilgili tez çalışmasını Anabilim Dalımız bünyesinde yapması uygundur.

Gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Ozan ERBASAN
Anabilim Dalı Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu :BSRRPFYUF2 Pin Kodu :12782 Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5543&eD=BSRRPFYUF2&eS=792015>

Bilgi için: Fatma ÜLGER
Unvan: Sekreter



Telefon No: 3739

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır..

EK-8. Eğitim ve Araştırma Hastane İzni



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : E-81266704-774.01.99-228175775
Konu : Hüseyin KILINÇ(Araştırma İzin Talebi)

01.11.2023

ANTALYA SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ

İlgi : 23.10.2023 tarihli ve E-98360293-604.01.02-227498375 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazıya istinaden; Akdeniz Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Hüseyin Cem KILINÇ'ın "Koroner Arter Baypas Greft Uygulanan Hastaların Taburculuğuna Hazır Olma Durumları ve İlgili Değişkenlerin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasını hastanemiz bünyesinde yapma talebi, tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim

Prof. Dr. Halil Yalçın YÜKSEL
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 47059E19-C56B-4468-9756-E1BED11B906A

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Bilgi için: Hasret DİKİCİ
Hemşire

Telefon No: 0000000000



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Hüseyin Cem	Uyruğu	T.C.
Soyadı	KILINÇ	Tel no	
Doğum tarihi		e-posta	

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Antalya Özel Güney Fen Bilimleri Temel Lisesi	2016
Lisans	Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2021
Yüksek Lisans		
Doktora		

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)

Burslar-Ödüller:

Yayınlar ve Bildiriler: