

**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**



**KORONER ARTER BYPASS GREFT CERRAHİSİ GEÇİREN
HASTALARDA HEMŞİRE LİDERLİĞİNDE UYGULANAN
REHABİLİTE EDİCİ GİRİŞİMLERİN HASTA BAKIM
SONUÇLARI ÜZERİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Mehmet AHRAZ

DOKTORA TEZİ

GAZİANTEP - 2025



LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ DOKTORA TEZ KABUL VE ONAY FORMU

Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi Mehmet AHRAZ tarafından hazırlanan “Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Hemşire Liderliğinde Uygulanan Rehabilitasyon Edici Girişimlerin Hasta Bakım Sonuçları Üzerine Etkisinin Araştırılması” başlıklı tez; 10.07.2025 Tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu **başarılı** bulunarak jürimiz tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

<u>Görevi</u>	<u>Unvanı, Adı ve Soyadı</u>	<u>Kurumu/Üniversitesi</u>	<u>İmzası:</u>
Tez Danışmanı	Prof. Dr.	Ayla YAVA	
Jüri Başkanı	Prof. Dr.	Nuran TOSUN	
Jüri Üyesi	Doç. Dr.	Kenan GÜMÜŞ	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi	Berna DİZER	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi	Aynur KOYUNCU	

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Doç. Dr. Ufuk AKBAŞ
Enstitü Müdürü

TEZ BİLDİRİMİ

Bu tezdeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edildiğini ve tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

DECLARATION PAGE

I hereby declare that all information in this document has been obtained and presented in accordance with academic rules and ethical conduct. I also declare that, as required by these rules and conduct, I have fully cited and referenced all material and results that are not original to this work.

İmza

Mehmet AHRAZ

10.07.2025

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KORONER ARTER BYPASS GREFT CERRAHİSİ GEÇİREN
HASTALARDA HEMŞİRE LİDERLİĞİNDE UYGULANAN
REHABİLİTE EDİCİ GİRİŞİMLERİN HASTA BAKIM
SONUÇLARI ÜZERİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Mehmet AHRAZ

DOKTORA TEZİ

Danışman

Prof. Dr. Ayla YAVA

ÖZET

Koroner arter bypass greft cerrahisi hastalarında kısa ve uzun vadeli süreçte; enfeksiyon, ağrı, solunum ve dolaşım örüntüsünde bozulma, hastalığa uyum sağlayamama, anksiyete, depresyon, stresle baş edememe, yorgunluk, uykusuzluk, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olma, aile içi süreçlerde rol değişikliği görülmektedir. Uygulanan rehabilite edici girişimlerle koroner kalp hastalığına sahip bireylere yönelik kanıtlar artarken, hemşire liderliğinde KABG hastalara yönelik kardiyak cerrahi rehabilitasyon programının etkinliği ilk kez değerlendirildi. Bu çalışma, KABG cerrahisi geçiren hastalarda hemşire liderliğinde uygulanan rehabilite edici girişimlerinin etkisinin incelenmesi ve hasta izleniminin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirildi. Araştırma, KSÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde 111 hasta üzerinde yürütülmüştür. Çalışma Grubu'na (ÇG) (n=51) klinik standart bakımı yanında kardiyak cerrahi rehabilitasyon programı uygulanırken, Kontrol Grubu'nda (KG) (n=60) standart klinik bakım sürdürülmüştür. Veri toplamak amacıyla algılanan stres ölçeği, beck depresyon envanteri, chaldey yorgunluk ölçeği, kardiyak rehabilitasyon engeller ölçeği, richard-campbell uyku ölçeği, yaşam kalitesi ölçeği ve taburculuk sonrası iyileşme ölçeği kullanıldı. Ölçümler ameliyat öncesi (T0) ve ameliyat sonrası (T1) yapıldı. T1 zamanında; Algılanan stres ölçeği ortalaması; KG'da 44.18±9.13, ÇG'da 40.03±8.12 bulundu. KG hastalarının %70'de yüksek düzeyde stres ölçülürken, ÇG hastalarının %52.9'unda orta düzeyde stres ölçüldü (p<0.05). T1 zamanında; Beck depresyon envanteri ortalaması; KG'da 15.88±9.70 ÇG'da 8.86±8.87 bulundu. KG hastalarının %45'inde orta düzeyde depresyon ölçülürken, ÇG hastalarının %58.8'inde minimal depresyon ölçüldü. (p<0.05). T1 zamanında; Kardiyak rehabilitasyon engelleri ölçeği ortalaması; KG'da 47.43±7.65, ÇG'da 42.47±6.18, orta derecede engelli bulundu (p<0.05). Dışsal ve bilgi faktörlerin her iki grup için de rehabilitasyonu engellediği belirlendi. Richard-campbell uyku ölçeği ortalaması; KG'da 47.66±31.85, ÇG'da 64.47±22.96, KG'da (%46.9) uyku kalitesini kötü olarak belirtirken, ÇG(%13.9) uyku kalitesi kötü bulundu (p<0.05). T1 zamanında; yaşam kalitesi ölçeği mental alt boyut arasında KG (43.12±20.04), ÇG (51.37±14.09)'da istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (p<0.05). T1 zamanında; Taburculuk sonrası iyileşme ölçeği ortalaması; KG'da 55.29±12.04, ÇG'da 63.27±12.59 ile orta derecede iyileşme yüzdeliği belirlendi. Gruplar karşılaştırıldığında farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (p<0.05).

Sonuç olarak, hemşire liderliğinde uygulanan kardiyak cerrahi rehabilitasyon programının hastaların; stres ve depresyonunu azalttığı, uyku, yaşam kalitesi, taburculuk sonrası iyileşmeyi hızlandırdığı, kardiyak cerrahi rehabilitasyon algısını ve memnuniyetlerini arttırdığı belirlendi.

Anahtar kelimeler: KABG, kardiyak rehabilitasyon, kardiyak cerrahi rehabilitasyonu, hasta bakımı, hemşire liderliği.

**HASAN KALYONCU UNIVERSITY
GRADUATE EDUCATION INSTITUTE
DEPARTMENT OF NURSING**

**INVESTIGATION OF THE EFFECT OF NURSE LEADING
REHABILITATIVE INTERVENTIONS ON PATIENT CARE OUTCOMES IN
PATIENTS UNDERGOING CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT
SURGERY**

Mehmet AHRAZ

PhD THESIS

**Advisor
Prof. Dr. Ayla YAVA**

ABSTRACT

In the short and long term, the following are observed in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: infection, pain, respiratory and circulatory disorders, inability to adapt to the disease, anxiety, depression, inability to cope with stress, fatigue, insomnia, dependence in daily life activities, and role changes in family processes. While evidence for individuals with coronary heart disease increases with the rehabilitative interventions implemented, the effectiveness of the nurse-led cardiac surgery rehabilitation program for CABG patients was evaluated for the first time. This study was conducted to examine the effects of nurse-led rehabilitative interventions implemented in patients undergoing CABG surgery and to evaluate the patient's impression. The study was conducted on 111 patients at KSÜ Health Practice and Research Hospital. While the cardiac surgery rehabilitation program was applied to the Study Group (SG) (n=51) in addition to clinical standard care, standard clinical care was continued in the Control Group (CG) (n=60). Perceived stress scale, Beck Depression Inventory, Chalder Fatigue Scale, Cardiac Rehabilitation Barriers Scale, Richard-Campbell Sleep Scale, Quality of Life Scale and Post-Discharge Recovery Scale were used to collect data. The measurements were made preoperatively (T0) and postoperatively (T1). At T1; The mean of perceived stress scale was found to be 44.18 ± 9.13 in CG and 40.03 ± 8.12 in SG. While high level of stress was measured in 70% of CG patients, moderate level of stress was measured in 52.9% of SG patients ($p < 0.05$). At T1; The mean of Beck Depression Inventory was found to be 15.88 ± 9.70 in CG and 8.86 ± 8.87 in SG. While moderate depression was measured in 45% of CG patients, minimal depression was measured in 58.8% of SG patients. ($p < 0.05$). At T1; The mean of Cardiac Rehabilitation Barriers Scale was; The mean score of CG was 47.43 ± 7.65 and SG was 42.47 ± 6.18 , moderate perceived barriers ($p < 0.05$). It was determined that external and informational factors prevented rehabilitation for both groups. The mean score of Richard-Campbell sleep scale was 47.66 ± 31.85 in CG and SG was 64.47 ± 22.96 , while CG (%46.9) stated the sleep quality as poor, while SG (%13.9) found the sleep quality to be poor ($p < 0.05$). At T1 time; it was seen that there was a statistically significant difference between the mental subscale of the quality of life scale in CG (43.12 ± 20.04), SG (51.37 ± 14.09) ($p < 0.05$). At T1 time; The mean score of Recovery after Discharge Scale was; A moderate improvement percentage was determined as 55.29 ± 12.04 in CG and 63.27 ± 12.59 in SG. When the groups were compared, the differences (7.98%) were found to be statistically significant ($p < 0.05$).

As a result, it is revealed that as a result of the implemented cardiac surgery rehabilitation program, patients reduce stress and depression, improve sleep, quality of life, accelerate recovery after discharge, and increase their perception and satisfaction with cardiac surgery rehabilitation.

Keywords:CABG, cardiac rehabilitation, cardiac surgery rehabilitation, patient care, nursing leadership..

ÖNSÖZ

Koroner arter bypass greft cerrahisi, koroner arter hastalığının tedavisinde sıklıkla başvurulmuş ve hastaların yaşam kalitesini artırmayı hedefleyen önemli bir cerrahi girişimdir. Ancak bu ameliyat sonrasında hastaların optimal sağlık düzeyine ulaşmasında en önemli etkenler ise ilaç ve tedavilere uyum, bireysel ve düzenli egzersiz ve beslenme planı, düzenli uyku, stresin yönetimi gibi yaşam tarzı değişiklikleri olarak bildirilmektedir. Hastaların hem fiziksel hem de psikososyal iyilik hallerini yeniden kazanabilmeleri için etkili bir kardiyak cerrahi rehabilitasyon süreci gereklidir. Bu noktada, hemşirelerin liderliğinde yürütülen rehabilitasyon edici girişimlerin hasta sonuçları üzerindeki etkisinin ortaya konması, taburculuk sonrası bakım kalitesinin artırılması ve sağlık hizmetlerinin bütüncül bir anlayışla sunulması açısından büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmada, hemşire liderliğinde planlanan ve uygulanan kardiyak cerrahi rehabilitasyon programlarının, KABG cerrahisi geçiren bireylerin stres, depresyon, yorgunluk, kardiyak cerrahi rehabilitasyon algısı, yaşam ve uyku kalitesi, hastalığa uyum süreci ve iyileşme süreçlerine olan katkısı değerlendirilmiş; kardiyak cerrahi rehabilitasyon programının etkinliği bilimsel veriler ışığında analiz edilmiştir. Elde edilen bulguların, kardiyak cerrahi rehabilitasyon programının geliştirilmesine ve uygulanmasına ve sağlık hizmeti sunumunda multidisipliner yaklaşımın öneminin vurgulanmasına katkı sağlayacağına inanıyorum.

Bu sürecin her aşamasında bilgi, destek ve rehberliklerini esirgemeyen değerli danışman hocam Prof. Dr. Ayla YAVA'ya; hemşirelik mesleğine emek veren meslektaşlarıma; araştırma sürecine gönüllü olarak katılan tüm katılımcılara teşekkür ederim. Bu çalışmanın, hemşirelik bilimine ve klinik uygulamalara katkı sunması dileğiyle...

Mehmet AHRAZ

Gaziantep-2025

TEŞEKKÜRLER

Hayatımda örnek aldığım, bilgi ve tecrübesiyle bana yön veren, eğitim hayatımda hem yüksek lisans hem de doktora öğrencisi olmaktan gurur duyduğum danışmanım Sayın Prof. Dr. Ayla YAVA'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Doktora program eğitimi sürecinde bilgi ve tecrübesiyle bana yol gösteren, tez çalışma aşamasında rehberlik eden Sayın Dr. Öğr. Üyesi Aynur KOYUNCU'ya en içten teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışma sürecinde tez izleme komitesinde yer alarak görüş ve önerileriyle çalışmama katkıda bulunan Sayın Doç Dr. Kenan GÜMÜŞ'e teşekkür ederim.

Çalışma sürecinde her türlü desteklerini esirgemeyen bu tezin her aşamasında birlikte çalışmaktan onur duyduğum Kalp Damar Cerrahisi Anabilim dalında görevli ve ikinci tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Erdiç EROĞLU'na ve özellikle Kalp Damar Cerrahisi Anabilim dalı başkanı Sayın Prof. Dr. Mehmet ACIPAYAM'a ve anabilim dalında görevli hocalarıma teşekkür ederim.

Özverili bir şekilde her zaman bana yardımcı olan KDC polikliniğinde görev yapan sekreterlerimiz ve KDC'nin kliniğinde fedakar şekilde gece gündüz çalışan hemşire meslektaşlarıma teşekkür ederim.

Mehmet AHRAZ

Gaziantep- 2025

İTHAF

*6 Şubat 2023 tarihinde Kahramanmaraş merkez üssü depremde
aramızdan ayrılan bütün umutlara
ve
Hergün israil bombalarıyla katledilen çocuklara
İthaf Ediyorum.....*

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
ÖNSÖZ	vi
TEŞEKKÜRLER	vii
İTHAF	viii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLO LİSTESİ	xi
ŞEKİL LİSTESİ.....	xii
GRAFİK LİSTESİ.....	xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xiv
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	4
2.1. Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi.....	4
2.2. KABG Endikasyonları.....	4
2.3. KABG Komplikasyonları	5
2.4. KABG Cerrahisinde Preoperatif Bakım	6
2.5. KABG Hastalarında Postoperatif Bakım.....	7
2.6. Kardiyak Rehabilitasyon	7
2.7. Kardiyak Cerrahi Rehabilitasyon (KCR) Tanımı ve Hemşirenin Rollerini	8
3. MATERYAL VE YÖNTEM.....	9
3.1. Araştırmanın Hipotezleri	9
3.2. Araştırmanın Etik Yönü	9
3.3. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı	10
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri	10
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	10
3.5.1. Dahil edilme ölçütleri	11
3.5.2. Araştırma dışı bırakılma ölçütleri :	12
3.6. Veri Toplama Gereçleri	14
3.6.1. Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu	14
3.6.2. Kardiyak Cerrahi Rehabilitasyon Programı Hasta Takip Formu.....	14

3.6.3.	Kardiyak Cerrahi Rehabilitasyon Programı Eğitim Kitapçığı (Ek-3.3.1.)	15
3.6.4.	Yaşam Aktivite Günlüğü	15
3.6.5.	Ölçekler (Ek-4)	16
3.7.	Finansman.....	19
3.8.	Araştırmanın Uygulanması.....	19
3.9.	Araştırmanın Uygulama Yerleri ve Zamanı	20
3.10.	Kontrol Grubu Hastaları için Verilerin Toplanması ve Araştırmanın Uygulanması	20
3.11.	Çalışma Grubu Hastaları için Verilerin Toplanması ve Araştırmanın Uygulanması	21
3.12.	Hemşire Liderliğinde Kardiyak Cerrahi Rehabilitasyon Programı için Geliştirilen Materyaller, Programa Özgü Girişimler ve Değerlendirme Yöntemleri	22
3.13.	Verilerin İstatistiksel Analizi.....	26
3.14.	Araştırma Kaydı	26
3.15.	Tez Takvimi.....	27
4.	ARAŞTIRMA BULGULARI.....	28
4.1.	Kontrol ve Çalışma Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	29
4.2.	Kontrol ve Çalışma Grubundaki Hastaların Hastalıkla ilgili Özellikleri ve Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	30
4.3.	Kontrol ve Çalışma Grubundaki Hastaların Vital Bulguları, Biyokimyasal Sonuçları ve Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	36
4.4.	Çalışma Grubundaki Hastaların Kardiyak Cerrahi Rehabilitasyon Programına İlişkin Bilgilerin T0 ve T1 Ölçüm Zamanlarına göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	39
4.5.	Kontrol ve Çalışma Grubundaki Hastalarda Ölçek Sonuçları ve Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	40
5.	TARTIŞMA.....	46
6.	SONUÇLAR VE ÖNERİLER	57
6.1.	Sonuçlar	57
6.2.	Öneriler.....	57
6.3.	Sınırlılıklar.....	58
KAYNAKLAR	59	
EKLER	76	
EK-1 Etik Kurul Onay Formu	76	
EK-2 Kurum İzni	77	
EK 3 Veri Toplama Formları.....	78	
Ek-4 Kullanılan Ölçekler	100	
Ek-5 Ölçek Kullanım İzinleri	110	
EK-6 Gönüllü Bilgilendirme Formu	113	
ÖZGEÇMİŞ	115	

TABLO LİSTESİ

Tablo 3.1. Tez Takvimi	38
Tablo 4.1. Kontrol ve Çalışma Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özellikler Açısından Karşılaştırılması	40
Tablo 4.2. Kontrol ve Çalışma Grubundaki Hastaların Hastalıkla ilgili Özelliklerinin T0 ve T1 Ölçüm Zamanlarına Göre Değerleri ve Karşılaştırılması	42
Tablo 4.3. Kontrol ve Çalışma Grubundaki Hastaların Hastaneye Başvuru ile ilgili Özelliklerinin Karşılaştırılması	45
Tablo 4.4. Kontrol ve Çalışma Grubundaki Hastaların Vital Bulguları ve Biyokimyasal Sonuçlarının Karşılaştırılması	48
Tablo 4.5. Çalışma Gruplarındaki Hastaların KCRP İlişkin Bilgilerinin Karşılaştırılması	50
Tablo 4.6. Kontrol ve Çalışma Grubundaki Ölçeklerin T0 ve T1 Zamanlarındaki Puan Ortalamaları ve Karşılaştırılması	52
Tablo 4.7. Kontrol ve Çalışma Grubundaki Ölçek Puan Ortalamalarının T0 ve T1 Zamanlarına Göre Değişimleri ve Karşılaştırılması	55

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 3.1. G*Power ile hesaplanan örneklem büyüklüğü hesaplaması	21
Şekil 3.2. G*Power ile hesaplanan örneklem büyüklüğünün post hoc hesaplaması	22
Şekil 3.3. Consort Diyagram	24
Şekil 3.4. Kardiyak Cerrahi Rehabilitasyon Programı Eğitim Kitapçığı	26
Şekil 3.5. Yaşam Aktivite Günlüğü	27
Şekil 3.6. Araştırmanın Akış Şeması	34



GRAFİK LİSTESİ

Grafik 4.1. Kontrol ve Çalışma Grubundaki Hastaların Eğitim İhtiyaçlarının Dağılımı	44
Grafik 4.2. Kontrol ve Çalışma Grubundaki Hastaların Düzenli Egzersiz Yapma Durumlarının Karşılaştırılması	44
Grafik 4.3. Kontrol ve Çalışma Grubundaki Hastaların Acile/Polikliniğe Başvuru Durumunun Karşılaştırılması	46



SİMGELER VE KISALTMALAR

AMATEM	: Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezine
ACCF/AHA	: Amerikan Kardiyoloji Koleji ve Amerikan Kalp Derneği
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
ÇG	: Çalışma Grubu
Dk	: Dakika
DKB	: Diyastolik Kan Basıncı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EF	: Ejeksiyon fraksiyonu
KSÜ	: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
KDC	: Kalp ve damar cerrahisi
KVH	: Kardiyovasküler hastalık
KCR	: Kardiyak Cerrahi rehabilitasyon
KCRP	: Kardiyak Cerrahi Rehabilitasyon Programı
KR	: Kardiyak rehabilitasyon
KG	: Kontrol Grubu
KABG	: Koroner Arter Bypass Graft
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
mEq/L	: Miliekivalan/litre
Mg/dl	: Miligram/desilitre
mg/l	: Miligram/litre
MmHg	: Milimetre civa
MI	: Miyokard infarktüsü
SpO2	: Oksijen Satürasyonu
PTKA	: Perkütan translüminal koroner anjiyoplasti
SUAH	: Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi
SKB	: Sistolik Kan Basıncı
SVEF	: Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
U/l	: Uluslararası birim

1. GİRİŞ

1.1.Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2024 yılı verilerine göre kardiyovasküler hastalıklar (KVH) tüm Dünya'da ilk on ölüm nedeni arasında birinci sırada yer almaktadır (1). Benzer sonuçlar, Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association, AHA) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (European Society of Cardiology, ESC) (2017) tarafından da bildirilmekte olup; ESC üyesi ülkelerde her yıl yaklaşık 3.800.000 bireyin KVH nedeniyle yaşamını kaybettiği ifade edilmektedir (2,3). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre de ülkemizdeki ölüm nedenleri arasında ilk sırada KVH yer almaktadır (4,5).

KVH içerisinde önemli yer kaplayan Koroner Arter Hastalıklarının (KAH) cerrahi tedavisinde hastaların yaşam sürelerini ve kalitesini artırmak amacıyla en sık uygulanan girişim Koroner Arter Bypass Greft (KABG) cerrahisidir (6,7). KABG cerrahisi sonrası erken dönemde verilen tedavi ve bakım, solunum, dolaşım ve nörolojik sistemler başta olmak üzere öncelikle fizyolojik iyileşmenin sağlanması ve komplikasyonların önlenmesine odaklanır (8).

Tedavi edici ve yaşam kurtarıcı olumlu etkileri yanında; KABG cerrahisi sonrası hastalar ağrı, anksiyete-depresyon, yorgunluk, beslenme düzeninde ve gastrointestinal sistem fonksiyonlarında değişme, uyku problemleri ve yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamada güçlük gibi fizyolojik, psikolojik veya emosyonel sorunlar yaşamaktadır. Çoğu hasta taburculuk sonrası dönemde profesyonel yardımdan uzakta olmaları, yeterli bilgi, eğitim ya da sosyoekonomik imkânlarla sahip olmamaları nedeniyle bu semptomlarla yeterince baş edememektedir. Bu durum, taburculuk sonrası morbidite ve hastaneye tekrar yatışların hatta mortalitenin artmasının en önemli nedeni olarak gösterilmektedir (9).

KABG cerrahisinden beklenen yararın sağlanmasında ameliyat sonrası hastanede verilen yoğun tedavi ve bakımın yanında hastaların taburculuk sonrası ilaç ve tedavilere uyum, bireysel ve düzenli egzersiz, beslenme planı, düzenli uyku, stresin yönetimi ve yaşam tarzı değişikliklerini anlaması ve sürdürmesi gerekmektedir (10-12). Kardiyak hastalık riskinin azaltılması, hastalık sonrası iyileşmenin hızlandırılması,

komplikasyonların ve hastalığın ilerlemesinin önlenmesi ve hastaların yaşam kalitesinin artırılması amacıyla uzun yıllardır uygulanan programlardan birisi “kardiyak rehabilitasyon”dur (13).

Son yıllarda kalp hastalığı olan ya da risk taşıyan kişiler yanında KABG gibi KVH nedeniyle cerrahi girişim geçiren kişilerin de taburculuk sonrası rehabilitasyon programlarına gereksinimleri olduğu (14) ve bu programlardan ciddi yarar sağladıkları rapor edilmektedir (15). Bununla birlikte kardiyak cerrahi hastalarına özgü rehabilitasyon programlarının gelişme aşamasında olduğu ve kardiyak rehabilitasyon ünitelerinde hemşire danışmanlığının etkilerinin incelendiği çalışmalara gereksinim olduğu vurgulanmaktadır (15,16).

Cerrahi sonrası uygulanan rehabilite edici girişimlerin enfeksiyonu önleme, ağrıyı kontrol etme, stresi ve depresyonu yönetme ve fizyolojik iyileşmeyi hızlandırma etkilerinin olduğu bilinmektedir (17-18). Kardiyak rehabilitasyonun düzenli ve sağlık profesyoneli kontrolünde uygulandığında, fonksiyonel kapasitede ve yaşam kalitesinde iyileşme ve yeniden hastaneye yatış ve ölüm oranlarının azaltılması dahil olmak üzere kanıtlanmış birçok yararları da bulunmaktadır (19). Bu konuda yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalardan birinin sonuçları, kardiyak rehabilitasyon programlarına katılımın, KABG ameliyatı sonrası on yıllık mortaliteyi önemli ölçüde azalttığını göstermiştir (20). Bir diğer çalışmada kardiyak cerrahi rehabilitasyon programına dahil edilen hasta grubunun daha hızlı iyileşme sağladığı ve postoperatif komplikasyonlarda azalma sağlandığı bulunmuştur (21). Sadece sağlık kuruluşlarında değil, danışmanlık, eğitim ve izlem yolu ile ev temelli kardiyak rehabilitasyon programının da hastaların yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisi olduğu gösterilmiştir (22).

KABG gibi majör kardiyak cerrahiler sonrası, hastaların rehabilitasyon programlarına alındığı ve olumlu etkilerinin olduğu sınırlı sayıda çalışmada gösterilmekle birlikte bu çalışmaların sonuçları, henüz bu alanda rehabilitasyon kılavuzlarının oluşturulması ve yaygınlaştırılması için yeterli görünmemektedir (23). Özellikle gelişmiş ülkelerde yürütülen KABG cerrahisi sonrası rehabilitasyon uygulamaları henüz ülkemizde birkaç merkez dışında uygulanmamaktadır (24,25). Hemşirelerin taburculuk sonrası eğitim, danışmanlık ve hasta izlemi uygulamalarının hastaların ağrı, anksiyete, uyku, beslenme, komplikasyonları önleme, evde bakımı sürdürme, hareket ve egzersiz programlama konularında olumlu katkıları bilinmektedir (26). KABG cerrahisi

sonrasında erken dönemde hemşire liderliği ya da danışmanlığında uygulanacak, hastaya özgü rehabilitasyon uygulamalarının da belirtilen bu olumlu etkileri yanında, bireysel risk faktörlerini değerlendirerek kontrol altına almayı mümkün kılabileceği değerlendirilmiştir (27). Ayrıca yaşam tarzı değişikliği, hastalık, dolaşım ve solunum fonksiyonlarını iyileştirme, günlük aktivitelerde bağımsız hareket etme, beslenme, hijyen, egzersiz programı, ilaçların yönetimi, ağrı kontrolü konularında destekleyici danışmanlık ve eğitim sağlamanın hemşire liderliğinde rehabilitasyonun temellerini oluşturduğu belirtilmektedir (28-31).

KABG cerrahisi hastalarına özgü geliştirilen hemşire liderliğinde uygulanan bir Kardiyak Cerrahi Rehabilitasyon (KCR) programının hastaların fiziksel, zihinsel ve sosyal koşullarını iyileştirmek, streslerini kontrol etmelerini sağlamak, yorgunluklarını azaltmak, yaşam ve uyku kalitesini, hastalığa uyum süreçlerini ve iyilik hallerini geliştirmek konularında etkisinin olabileceği değerlendirildi. Ayrıca KCR programının hemşire liderliğinde uygulanması ve sonuçlarının yayınlanmasının cerrahi hemşireliği bakım ve uygulamasına katkılar sağlayabileceği düşüncesi ile bu konu doktora tez çalışması olarak uygun görüldü.

1.2.Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, KABG cerrahisi geçiren hastalarda hemşire liderliğinde uygulanan rehabilite edici girişimlerin stres, depresyon, yorgunluk, kardiyak cerrahi rehabilitasyon algısı, yaşam ve uyku kalitesi, hastalığa uyum süreci ve iyilik hali üzerindeki etkisini incelemektir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Kardiyovasküler hastalıklar dünya çapında önde gelen ölüm nedenlerinden biridir (32,33). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, 2030 yılına kadar yaklaşık 23.6 milyon kişinin en az bir KVVH sahibi olacağı tahmin edilmektedir (34). KVVH arasında koroner arter hastalıkları (KAH) tüm vakaların yaklaşık %40-50'sini oluşturur (35,36). KAH tedavisinde ilk yaklaşım hastanın durumuna göre değişmekle birlikte ilaç tedavisi ve yaşam tarzı değişikliklerini içerir. Ancak birçok vakada komplikasyonları önlemek, sağkalım oranlarını artırmak ve semptomları hafifletmek için KABG cerrahisi gereklidir (37).

2.1.Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi

Koroner arter bypass greft cerrahisi, KAH tedavisinde yaygın olarak kullanılan ve daralmış veya tıkanmış koroner arterlere kan akışını yeniden sağlayan bir damar greftleme yöntemidir (38-40). KABG cerrahisinde; genellikle hastanın bacak, kol ya da göğüs duvarında bulunan safen ven, radial arter, gastroepiploik arter ve internal mammarian arter gibi greftler ya da vücudun başka bölgesinden alınan arterler kullanılarak tıkalı arter ya da arterlerin distaline anastomoz yapılarak miyokardın revaskülarizasyonu sağlanmaktadır (41).

KABG cerrahisinin yaşam kurtarıcı, tedavi edici, olumlu etkileri yanında cerrahi sonrası hastalarda fizyolojik, psikolojik, emosyonel birçok değişiklikler de meydana gelebilmektedir. Cerrahi sonrası görülebilen yorgunluk, halsizlik, uyku düzeninde değişiklik, solunum ve dolaşım fonksiyonlarında bozulma, ağrı, beslenme bozuklukları, fiziksel aktivitede kısıtlamalar, stres ve depresyon şeklinde görülebilen değişiklikler hastanın iyileşme sürecini önemli ölçüde etkileyebilir (42).

2.2.KABG Endikasyonları

Koroner revaskülarizasyon kararı verirken üç temel unsur göz önüne alınmalıdır. Bunlar; hastanın içinde bulunduğu klinik tablo, koroner arterlerdeki darlıkların dağılımı ve darlık oranlarıdır (43). Amerikan Kardiyoloji Koleji ve Amerikan Kalp Derneği (ACCF/AHA) tarafından en son 2022 yılında oluşturulan rehberde göre KABG endikasyonları aşağıdaki şekilde sıralanabilir (44,45):

- Önemli sol ana koroner arter darlıkları (%50 den fazla darlık)
- Üç ana koroner arterde önemli darlık
- Medikal tedaviye karşın geçmeyen angina

- Proksimal sol ön inen arter (Left Anterior Descending -LAD) ile birlikte bir koroner arterde darlık
- Proksimal LAD tutulumu olsun olmasın kompleks üç damar hastalığı
- Bir tanesi LAD olmak üzere iki ya da üç koroner arterin tıkanıklığı
- İki ya da üç koroner arterde tıkanıklık olması ile birlikte sol ventrikülün fonksiyon bozukluğu
- Perkütan koroner girişimlerin komplikasyonu ya da başarısızlığı
- Şiddetli sol ventrikül sistolik disfonksiyonu (EF < %35).

2.3.KABG Komplikasyonları

KABG cerrahi sonrası erken ve geç dönemde çeşitli komplikasyonların gelişebildiği majör bir ameliyattır. KABG'ye bağlı erken komplikasyonlar; kanama, şok, kardiyak tamponad, emboli, kalp ritim bozuklukları, sıvı-elektrolit bozuklukları ve nörolojik etkilenebilirliğe bağlı akut problemler cerrahi ile direkt ilişkili komplikasyonlardır. Bunun yanında cerrahi alan enfeksiyonu, nörolojik komplikasyonlar, solunum sistemi komplikasyonları, renal komplikasyonlar ve tedavi, pozisyon ve hasta kaynaklı diğer nedenlere bağlı komplikasyonlar da erken ve geç dönemde görülebilmektedir (41,45). KABG cerrahisi sonrası görülen komplikasyonlar ve görülme oranları aşağıda gruplandırılmıştır:

Cerrahi komplikasyonlar

- Kanama, şok ve kanamaya bağlı reoperasyonlar %2.23
- Perioperatif MI %1.25
- Diğer kardiyak nedenlere bağlı reoperasyon %0.81. (50,51)

Enfeksiyonlar

- Pnömoni %2.33
- Üriner sistem enfeksiyonu %1.42
- Sternomedianistler %3
- Safen insizyon bölgesinde enfeksiyon %1.35
- Septisemi %0.94. (46,47)

Nörolojik Komplikasyonlar

- Geçici inme %2.9
- Kognitif değişiklikler %2.28. (46).

Solunum Sistemi Komplikasyonları

- Uzamış ventilasyon %5.7
- Yetişkin Solunum Distres Sendromu %1.03
- Pulmoner Emboli %0.37 (35).

Renal Komplikasyonlar

- Böbrek yetmezliği %3.09
- Diyaliz gerektiren böbrek yetmezliği %1. (48,49)

Diğer Komplikasyonlar

- Atrial Fibrilasyon %6
- Gastrointestinal sistem komplikasyonları %2.35
- Kardiyak arrest %1.60
- Kalp bloğu %0.74
- Multiorgan yetmezliği %0.63
- Kalp tamponadı %0.38
- Kanama %2 (40,41,47).

2.4.KABG Cerrahisinde Preoperatif Bakım

Preoperatif dönem; ameliyat kararının verildiği an ile başlayan, hastanın servise yatışıyla devam eden, cerrahi girişim öncesi ve ameliyat gününde yapılan tüm işlemleri kapsayan, hastanın ameliyathane ekibine teslimiyle sonlanan bir süreçtir (52-54). Preoperatif dönem hemşirelik bakımı; kapsamlı hasta öyküsü alınması, olası risklerin belirlenmesi, ameliyat öncesi tanı ve teşhis işlemlerinin tamamlanmasının sağlanması, ameliyat hakkında güvenlik önlemlerinin alınması, hemşirelik bakım önceliklerinin ve bakım gereksinimlerinin , preoperatif hasta bakım ve izlemi ile hastalık ve ameliyat hakkında hasta ve ailesine eğitim verilmesi süreçlerini kapsamaktadır. Ameliyat öncesi hemşirelik bakımında amaç; hastanın problemlerle daha kolay baş edebilmesinin ve genel sağlık düzeyinin en yüksek seviyede tutulmasının sağlanmasıdır. Bunun için hasta sonuçlarını iyileştirmek ve ameliyat sonrası iyileşmeyi hızlandırmak için tasarlanmış cerrahi bakıma kanıta dayalı, multidisipliner bir yaklaşım olmalıdır. Bu yaklaşım, hem fizyolojik hazırlık, stres yönetimi, hastaya özgü kullanılan eğitimler ve perioperatif bakımın tüm aşamalarında uygulanan özel protokolleri ve kılavuzları içerir. (54,55).

KABG cerrahisi olacak hastaların ameliyat öncesi hazırlık sürecinde hemşirelerin rolleri büyüktür. Bu preoperatif bakım süresince ameliyat ile ilgili genel hazırlığının yapılmış

olması gerekmektedir. Genel hazırlık içerisinde hastanın öyküsünün alınması, fiziksel değerlendirme ve hazırlık, psikososyal hazırlık ve yasal hazırlığın yapılması gerekmektedir. Özellikle hasta ve hasta yakını ile bireyselleştirilmiş bakım gereksinimlerini ve ihtiyaçlarını belirleyerek diğer sağlık çalışanları ile multidisipliner şekilde bakımlarını gerçekleştirmelidir (56).

2.5.KABG Hastalarında Postoperatif Bakım

KABG cerrahisi sonrası bakım girişimlerinin amacı hastanın iyileşmesini sağlamak ve hızlandırmak, komplikasyonları önlemek, hastanın yaşam kalitesinin yükselmesini sağlamak ve yaşam süresinin artmasına katkıda bulunmaktadır (10). KABG sonrası ikinci hafta ve dördüncü hafta ev ziyaretlerinin yapılarak hastaların problemlerinin belirlendiği bir araştırmada, hastaların ağrı, uyku problemi, depresyon, anksiyete içinde oldukları (11) ve KABG ameliyatından sonra tekrar hasta olma, yeniden ameliyat olma, ölüm korkusu, evde ve işte yaşanan rol kaybının stres yaşadıkları belirlenmiştir (12).

2.6.Kardiyak Rehabilitasyon

Kardiyak rehabilitasyon başlangıçta ABD Halk Sağlığı Servisi tarafından "tıbbi değerlendirme, öngörülen egzersiz, kardiyak risk faktörü modifikasyonu, eğitim ve danışmanlığı içeren" kapsamlı uzun vadeli bir program olarak 1982'den beri tanımlanan bir programdır (57-61). Kardiyak rehabilitasyon (KR) terimi, bir kardiyak hastanın fiziksel, sosyal ve psikolojik işleyişini iyileştirmek için planlanan koordineli, kapsamlı müdahaleleri ve altta yatan aterosklerotik süreçlerin daha fazla gelişmesini yavaşlatmayı veya tersine çevirmeyi ve böylece morbidite ve mortaliteyi azaltmayı ifade eder(62). Kardiyak rehabilitasyon, kardiyovasküler hastalığı olan hastaların ihtiyaçlarına göre bireysel olarak hazırlanmış kapsamlı, multidisipliner bir programdır. KR, günlük işlevi iyileştirmeye ve kardiyovasküler risk faktörlerini azaltmaya odaklanır(63).

Amerikan Kardiyovasküler ve Pulmoner Rehabilitasyon Derneği ve Amerikan Kalp Derneği , KR'nin kardiyovasküler hastalık (KVH) sürecini yavaşlatırken veya tersine çevirirken fiziksel, psikolojik, mesleki ve sosyal işleyişi optimize etmek için tasarlandığını vurgulamaktadır (64). Randomize kontrollü çalışmalardan elde edilen veriler, Mİ tedavisi sonrası egzersiz eğitimi tabanlı programların KR'nin, Mİ'nin

tekrarlama oranlarında azalma, uygun ventriküler yeniden şekillenme ve hem KVH hem de tüm nedenlere bağlı mortalitede azalma ile ilişkili olduğunu göstermiştir (65).

KR programları iskemik kalp hastalığı, kalp yetmezliği veya kalp ameliyatı geçiren yetişkinlerde morbidite ve mortalite oranlarını azaltsa da, KABG cerrahisi için ayrı bir başlıkta kardiyak cerrahi rehabilitasyon ifadesi kullanılmamaktadır (66,67).

2.7.Kardiyak Cerrahi Rehabilitasyon (KCR) Tanımı ve Hemşirenin Roller

Kardiyak rehabilitasyon, egzersiz, eğitim ve psikolojik destek yoluyla hem hastalara hem de ailelerine fayda sağlamayı amaçlayan kapsamlı ve multidisipliner bir müdahaledir. Kardiyak Cerrahi rehabilitasyon programı ise, KABG cerrahi süreci içerisinde araştırmamız tarafından geliştirilen ve tasarlanan aşağıda belirtilen kapsamda hemşire liderliğinde uygulanan girişimleri kapsar (68). Hastaların öz yeterliliklerini artırmaya, komplikasyonları yönetmeye, hastaların fiziksel aktivitelerini iyileştirme, antiplateletlere ve diğer reçeteli ilaçlara iyi uyum sağlama, iyileştirilmiş diyet alışkanlıkları, sigarayı bırakma ve optimum psikososyal refah hedeflerine ulaşmalarını teşvik etmek ve böylece gelecekteki olası riskini azaltmaya yardımcı olmak için hemşire liderliğindeki KCR sürecidir (69-74).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Hipotezleri

Araştırma kapsamında aşağıdaki hipotezler test edildi.

H1₁: KABG cerrahisi geçiren hastalarda hemşire liderliğinde uygulanan rehabilite edici girişimler hastaların hastalık algılarını etkiler.

H1₂: KABG cerrahisi geçiren hastalarda hemşire liderliğinde uygulanan rehabilite edici girişimler hastaların algılanan streslerini etkiler.

H1₃: KABG cerrahisi geçiren hastalarda hemşire liderliğinde uygulanan rehabilite edici girişimler hastaların depresyon algılarını etkiler.

H1₄: KABG cerrahisi geçiren hastalarda hemşire liderliğinde uygulanan rehabilite edici girişimler hastaların yorgunluklarını etkiler.

H1₅: KABG cerrahisi geçiren hastalarda hemşire liderliğinde uygulanan rehabilite edici girişimler hastaların kardiyak cerrahi rehabilitasyon algısını ve memnuniyetlerini etkiler.

H1₆: KABG cerrahisi geçiren hastalarda hemşire liderliğinde uygulanan rehabilite edici girişimler hastaların yaşam kalitesini etkiler.

H1₇: KABG cerrahisi geçiren hastalarda hemşire liderliğinde uygulanan rehabilite edici girişimler hastaların uyku kalitesini etkiler.

H1₈: KABG cerrahisi geçiren hastalarda hemşire liderliğinde uygulanan rehabilite edici girişimler hastaların hastalığa uyum süreçlerini ve iyilik hallerini etkiler.

3.2.Araştırmanın Etik Yönü

Bu tez konusu Tez İzleme Komitesi Üyelerine 28.4.2023 tarihinde sunulmuş ve kabul edilmiştir. Tez konusu Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından da onay almıştır (Onay No: 2023/11). Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik izin alındı (Onay No: 2024/74; EK 1). Araştırmanın yapıldığı Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi (KSÜ) Rektörlüğü Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden yazılı izni alındı (Onay No: E. 370827/2024; Ek 2).

Çalışmada kullanılan Ölçekler için e-mail yolu ile izin alındı (Ek-6). Çalışmaya katılacak hastalar, araştırma hakkında bilgilendirildi ve gönüllü olmaları durumunda yazılı onamları alındı. Araştırmanın tüm aşamaları, Dünya Tabipler Birliği Helsinki Bildirgesi'nde belirtilen etik ilkelere uygun olarak yürütüldü (Ek-5).

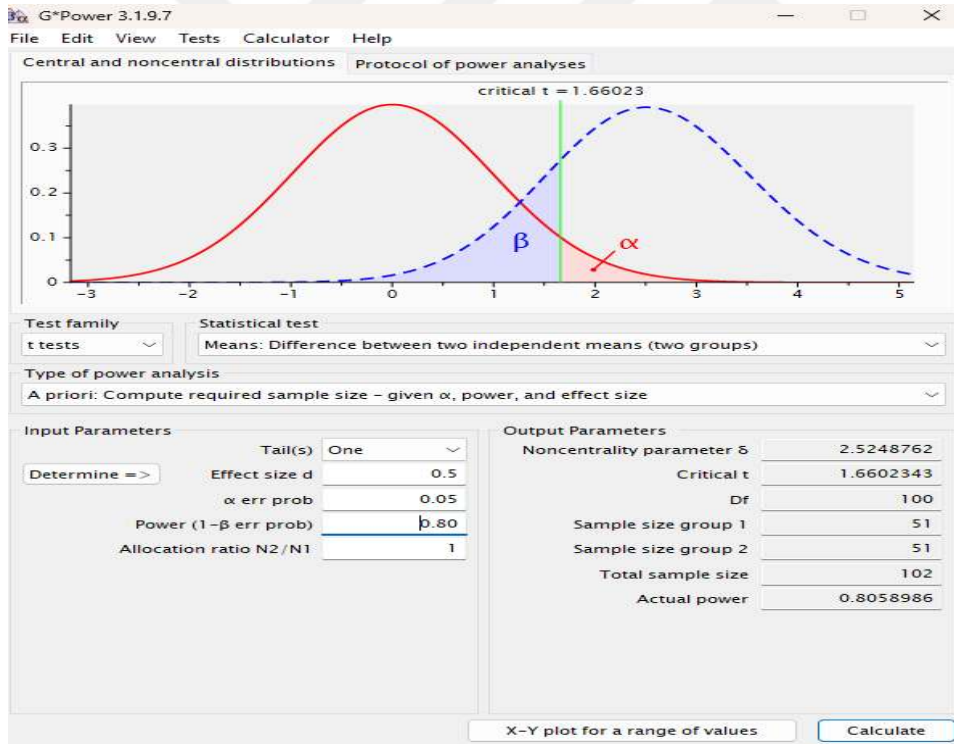
3.3.Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Araştırma randomize, kontrollü yarı deneysel tasarımda bir klinik çalışma olup, KSÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Kalp Damar Cerrahi Polikliniğinde, Aralık 2024- Mayıs 2025 tarihleri arasında yapıldı.

3.4.Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri

KSÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi (SUAH) Kalp Damar Cerrahi (KDC) Polikliniğinde üç KDC Uzmanı (Bir Profesör ve iki Doçent) hekim ve üç asistan hekim görev yapmaktadır. Üç poliklinik hafta içi 08-16 saatleri arası hizmet vermektedir. Polikliniğin çalışanları arasında hemşire yer almamaktadır. Çalışma kapsamında araştırmanın yürütülebilmesi için, araştırmacılara polikliniğin yanında oda tahsis edilmiş, görüşmeler ve rehabilite edici eğitimler burada verilmiştir.

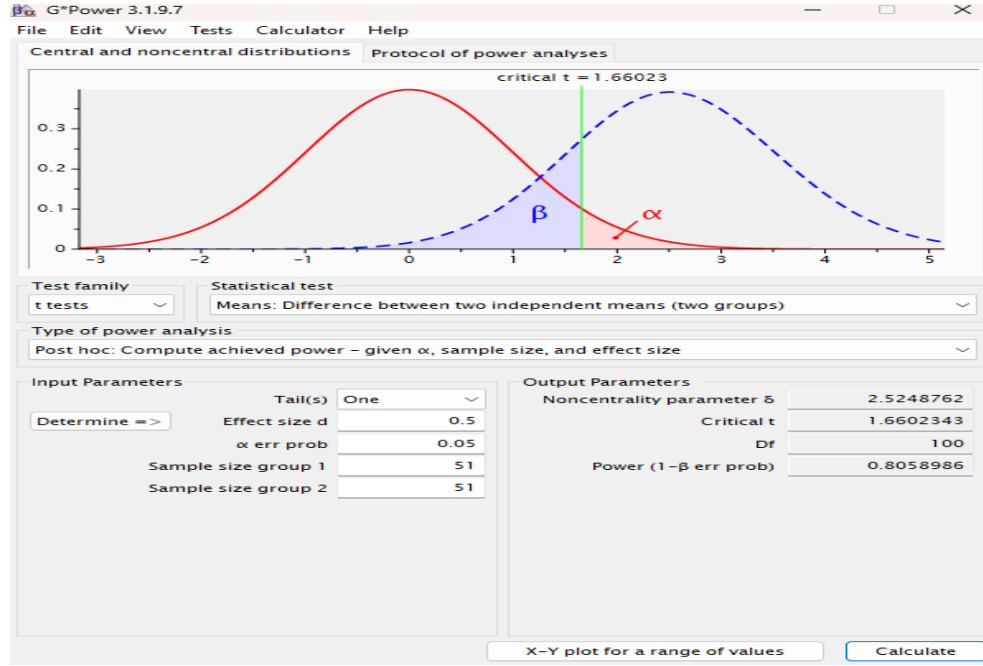
3.5.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi



Şekil 3.1. G*Power ile hesaplanan örneklem büyüklüğünün pirori hesaplaması

Araştırmanın örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında G*Power 3.1.9.7 programı kullanıldı. Objektif bir ölçüm olması nedeni ile hesaplama serum kortizol seviyesine göre bir pirori hesaplama yapıldı. Çalışma ve kontrol grubundaki hastalarda T0 ve T1 zamanlarda oksijen satürasyonu düzeylerinde bağımsız gruplarda t testi

kullanılabilirliği öngörülerek hesaplama t testine göre yapıldı. Hesaplama Cohen (d) standart etki büyüklüğü kullanıldı (75). Çift yönlü hipotez ile, etki büyüklüğü= 0.5, α hata= 0.05, β hata = 0.20, güç %80 olacak şekilde hesaplama yapıldığında her bir grup için örnekleme dahil edilmesi gereken hasta sayısı (n=51), toplam hasta sayısının (n=102) olması gerektiği belirlendi (Şekil 3.1.). Veri kayıplarının olabileceği değerlendirilerek örneklem sayısının %10 fazla olmasına karar verildi.



Şekil 3.2. G*Power ile hesaplanan örneklem büyüklüğünün post hoc hesaplaması

Çalışma verileri ilk örneklem büyüklüğü hesaplamasının %10 fazlası olan ÇG’de 51 ve KG’de 60 hastaya ulaşıncaya bir posthoc analiz yapıldı. T1 ölçümünde oksijen saturasyonu seviyeleri ÇG = 92.39±3.41, KG= 91.23±2.86 olarak hesaplandı. Tek yönlü hipotez ile, α hata=0.05, olacak şekilde post hoc hesaplama yapıldığında örneklemin evreni temsil etme gücü =%93> (%80) olarak hesaplandı. Araştırmancının örnekleminin ÇG (n=51), KG (n=60) evreni temsil etme gücünün yeterli olduğu değerlendirildi (Şekil 3.2.).

3.5.1. Dahil edilme ölçütleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan
- 18 yaş üstü
- İlk Kez KABG cerrahisi uygulanan
- Ejeksiyon fraksiyonu %50'den fazla olan

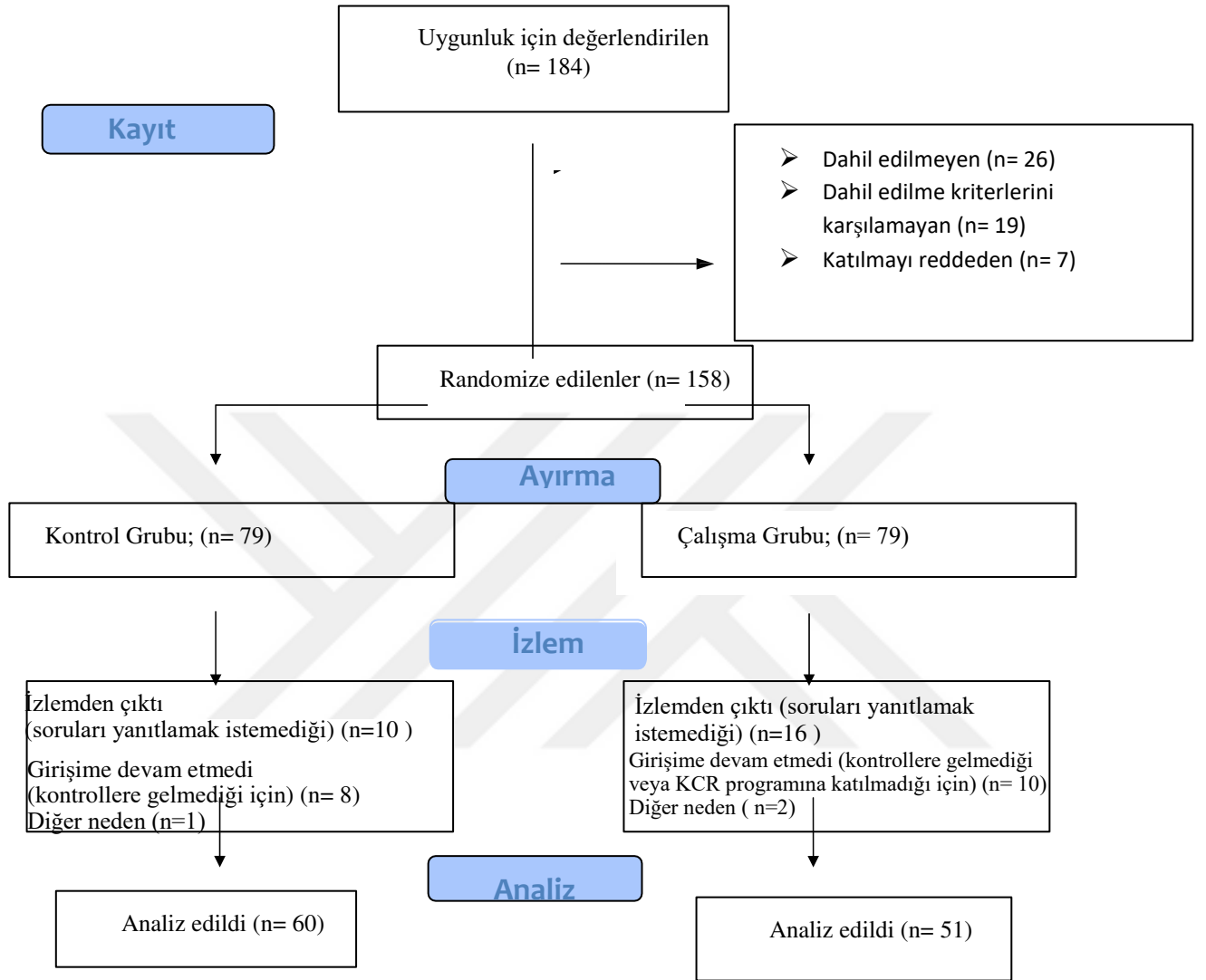
- Cerrahi yöntem olarak On-Pump seçilen
- Üç ve daha az damar tıkanıklığı için KABG cerrahisi uygulanan
- Sistolik Kan Basıncı 160 mmHg'nin Altında, Diyastolik kan basıncı 100 mmHg'nin altında olan
- Hareket engeli olmayan
- Hasta veya hastaya bakmakla yükümlü kişilerin, mobil akıllı telefon ya da tabletinin bulunması ve aktif kullanabilmesi
- ASA Değeri 3 ve altı, Euro Skoru 7 ve altı hastalar dahil edildi.

3.5.2. Araştırma dışı bırakılma ölçütleri :

- Programın bütün seanslarına katılamayan
- KDC uzmanının rutin kontrollerine katılamayan
- Cerrahi sonrası T1 zaman öncesi KDC polikliniğe göğüs ağrısı, kanama, senkop, presenkop, EKG'de ST segment değişikliği ile başvuran
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olduktan sonra herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılmak isteyen

Araştırma verilerinin toplandığı süreçte, belirtilen hastanede toplam 184 hasta KABG cerrahisi için KDC polikliniğine başvurdu. Bu hastalardan 26'sı, araştırmaya dahil edilme ölçütlerini sağlamadığı için araştırmaya dahil edilmedi. Araştırmaya dahil edildikten sonra 26 hasta soruları yanıtlamak istemediği, 12 hasta kontrollere gelmediği, 6 hasta KCR programına katılmadığı, 3 hastanın araştırma sürecinde ex olduğu belirlendi ve araştırma dışı bırakıldı. Sonuç olarak ÇG 51, KG ise 60 olmak üzere toplam 111 hasta ile araştırma tamamlandı (Şekil 3.3.).

Şekil 3.3. Araştırmanın Consort Diyagramı



3.6. Veri Toplama Gereçleri

Araştırma verileri aşağıdaki veri toplama formları kullanılarak araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

- Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu (Ek-4.1)
- Kardiyak Cerrahi Rehabilitasyon Programı Hasta Takip Formu (Ek-4.2)
- Yaşam Aktivite Günlüğü (Ek-4.3.2)
- Algılanan Stres Ölçeği,
- Beck Depresyon Ölçeği,
- Chalder Yorgunluk Ölçeği,
- Kardiyak Rehabilitasyonda Engeller Ölçeği,
- Richard-campbell Uyku Ölçeği,
- SF 12 Yaşam Kalitesi Ölçeği ,
- Taburcu Sonrası Cerrahi İyileşme Ölçeği (Ek 5).

3.6.1. Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu

Araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda (17,18,22-31,38,46-52) hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, eğitim, medeni durum, alışkanlıklar, egzersiz yapma durumu, cerrahi deneyimi, kardiyak cerrahi rehabilitasyon süreci hakkındaki bilgilerini, alışkanlıklarını, hastalık durumunu ve KRP bilgi durumuna ilişkin soruların yer aldığı 29 sorudan oluşmaktadır. Hastaların Tanıtıcı Özellikler Formu preoperatif süreçte, kontrol/çalışma grubu için hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi ile dolduruldu. Rutin istenen biyokimyasal parametreleri değerlendirildi. Rutin istenen biyokimyasal parametreleri için hasta takip bilgi sistemi üzerinden elde edilerek, hastalara mali bir yük getirmeden kaydedildi.

3.6.2. Kardiyak Cerrahi Rehabilitasyon Programı Hasta Takip Formu

Hastaların KCR programına katılımlarına ilişkin soruların yer aldığı 15 sorudan oluşmaktadır. Postoperatif süreçte sadece çalışma grubu hastalarına uygulandı. Kaynakçada belirtilen (18,19,22-31,39,46-52) literatürler tek tek incelenmiş ve araştırmacılar tarafından sorular oluşturuldu. Özellikle hemşire liderliğinde yapılan eğitimlerin hasta üzerindeki yara bakımı, beslenme, alışkanlıklar, tedaviye uyumu, kan basıncı yönetimi, psikososyal destek yönetimi, değerlendirildi.

3.6.3. Kardiyak Cerrahi Rehabilitasyon Programı Eğitim Kitapçığı (Ek-3.3.1.)

Kardiyak cerrahi rehabilitasyon program içeriği oniki başlık ve 60 soru ve cevaptan oluşmaktadır. Kaynakçada belirtilen (18,19,22-31,39,46-52,69-74, 76-80,81-83,91-94) literatürler tek tek incelenmiş ve araştırmacılar tarafından oluşturuldu. Ayrıca cerrahi hastalıklar anabilim dallarında görevli yedi akademisyenlerden bilimsel görüş alındı. Hasta veya yakınına mobil akıllı telefon veya tabletlerine karekod uygulaması üzerinden erişim sağlandı (Şekil 3.4.). (Ek-3.3.1.)



Şekil 3.4.

3.6.4. Yaşam Aktivite Günlüğü

Hastanın rehabilitasyon uygulamalarını takip etmek, özdenetimini sağlamak amacıyla hasta ve yakını tarafından taburculuk sonrası kullanılan günlüktür. Araştırmacı tarafından T0 zamanında karekod uygulaması veya fiziki çıktıları alınarak hasta/yakınına aktarılmıştır. Yaşam aktivite günlüğü hasta ve yakını tarafından kan basıncı takip çizelgesi, kan şekeri takip çizelgesi, yapmış olduğu fiziksel aktivite takip çizelgesi, göğüs ağrısı takip ve müdahale çizelgesi, kilo takip çizelgesi, akılcı ilaç kullanım takip çizelgesi, sigarayı bırakma takip çizelgesi ve randevu takvimi yer almaktadır. Belirtilen çizelgeleri hastalar günlük fiziki olarak kullanmakta T1 zamanında araştırmacılara teslim etmektedir. Ayrıca beslenme kılavuzu, fiziksel aktivite kılavuzu ve ilaç kullanım kılavuzu bilgileri yer almaktadır. Bu kılavuzlar ile hastanın nasıl beslenmesi gerektiği, fiziksel aktivitelerinin nasıl yapılacağı ve ilaçlarının etkisi ve nasıl kullanacağı konularda bilgi aktarımı sağlanmıştır. Aktarılan bilgiler T1 zamanında değerlendirildi. Değerlendirme sonucunda hasta/hasta yakınının ihtiyaçlarına göre kardiyak cerrahi rehabilitasyon programı uygulandı (Ek-3.3.2), (Şekil 3.5.)



Şekil 3.5.

3.6.5. Ölçekler (Ek-4)

Araştırmada veri toplamak amacıyla kullanılan ölçekler aşağıda sıralanmıştır;

- Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)
- Beck Depresyon Envanteri
- Chalder Yorgunluk Ölçeği
- Kardiyak Rehabilitasyonda Engeller Ölçeği
- Richard-Campbell Uyku Ölçeği
- Yaşam Kalitesi Ölçeği SF-12
- Taburcu Sonrası Cerrahi İyileşme Ölçeği

Algılanan Stres Ölçeği: Cohen ve ark. (1983) tarafından geliştirilmiş ve Eskin ve ark. (2013) tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. ASÖ'nün, 14,10 ve 4 maddeden oluşan formları bulunsa da bu araştırmada 14 maddelik ASÖ-14 formu kullanılmıştır. Katılımcılar her maddeyi “Hiçbir zaman (0)” ile “Çok sık (4)” arasın da değişen 5'li Likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmektedir. Maddelerden olumlu ifade içeren 7'si tersten puanlanmaktadır. ASÖ-14 toplam puan üzerinden değerlendirilir ve alınabilecek puanlar 0-56 arasındadır. 30 ve üstü puan bireyin stresinin olduğunu göstermektedir. Puanın yükselmesine bağlı olarak stres düzeyi artmaktadır. Geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.87 olarak bulunmuştur (84). Bu çalışmada Cronbach's Alpha değeri 0.78'dir. Algılanan stres ölçeği verileri T0 ve T1 zamanında KG hastalarına rutin klinik işleyiş sonrası ve ÇG hastalarına KCRP sonrası yüz yüze görüşme yöntemi ile KDC polikliniğinde toplandı.

Beck Depresyon Ölçeği: Beck Depresyon Ölçeği, 1978 yılında kişilerin depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla Beck ve ark. tarafından geliştirilen ölçektir. Beck Depresyon Ölçeği'nin Türkiye'de geçerlilik ve güvenirliği Dikmen tarafından 2020 yılında gerçekleştirilmiştir. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçekteki her bir sorunun cevap şıkları birbirinden farklı ve puanlanması da sıfır ila üç puan arasındadır.

Ölçekten alınabilecek en düşük puan sıfır, en yüksek puan 63'tür. Ölçekten alınan puan arttıkça depresyon düzeyi artmaktadır. Ayrıca, ölçekten alınan toplam puan gruplandırılarak değerlendirilebilir. Ölçekten alınan toplam puan 0-13 arasında minimum düzeyde, 14-19 arasında hafif, 20-28 arasında orta ve 29-63 arasında şiddetli depresyon olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada toplam puan üzerinden istatistiksel analizler yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmasında Cronbach's Alpha değeri 0.78'dir (85). Bu çalışmada Cronbach's Alpha değeri 0.90'dır. Beck depresyon ölçeği verileri T0 ve T1 zamanında KG hastalarına rutin klinik işleyiş sonrası ve ÇG hastalarına KCRP sonrası yüz yüze görüşme yöntemi ile KDC polikliniğinde toplanıldı.

Chalder Yorgunluk Ölçeği: Fiziksel ve mental yorgunluğu değerlendiren iki alt boyuttan meydana gelmektedir. Fiziksel yorgunlukla ilgili 7 madde, mental yorgunlukla ilgili 4 madde olmak üzere toplamda 11 maddeden oluşmaktadır. Dörtlü likert tipi derecelendirme içerir. Derecelendirme, her zamankinden daha az ile her zamankinden çok daha fazla arasında puanlandırılır. Ölçeğin puanlamasında yorgun olan bireylerin ayrımı için belirlenen kesme değeri 12'dir. On iki ve üzerinde puan alınması bireyin yorgun olduğunu göstermektedir. Türkçe psikometrik analiz çalışması Adın ve ark. tarafından yapılmış, geçerli ve güvenilir bulunmuştur (86). Bu tez çalışmasında Cronbach's Alpha değeri 0.91'dir. Chalder yorgunluk ölçeği verileri T0 ve T1 zamanında KG hastalarına rutin klinik işleyiş sonrası ve ÇG hastalarına KCRP sonrası yüz yüze görüşme yöntemi ile KDC polikliniğinde toplanıldı.

Kardiyak Rehabilitasyon Engeller Ölçeği: Ölçek Shanmugasegaram ve arkadaşları (2012) tarafından hastaların KR'ye katılımındaki engelleri ölçmeye yönelik geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Coşkun ve arkadaşları (2019) tarafından yapılmıştır (87). Ölçek, 21 madde ve 5'li likert tipinde (1= Kesinlikle Katılmıyorum, 5= Kesinlikle Katılıyorum) şeklinde 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar (Min:21 puan, Max: 105 puan) KR'de daha yüksek engelleri göstermektedir. İlk boyut (6 madde), hastaların erişimi üzerindeki dış sınırlamaları yansıtmakta; ikinci boyut (6 madde), hastaların KR bilgileri hakkındaki sorunları yansıtmakta; üçüncü boyut (3 madde), lojistik problemleri göstermekte; dördüncü boyut (5 madde), algılanan KR ihtiyacını yansıtmakta, beşinci boyut ise yalnızca bir maddeden oluşmakta ve yaşanan diğer sağlık sorunlarının KR katılımındaki engelli kapsamaktadır. Türkçe geçerlilik ve 20 güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.70

bulunmuştur(87). Bu çalışmanın Cronbach alfa değeri 0.77'dir . Kardiyak rehabilitasyon engeller ölçeği verileri T0 ve T1 zamanında KG hastalarına rutin klinik işleyiş sonrası ve ÇG hastalarına KCRP sonrası yüz yüze görüşme yöntemi ile KDC polikliniğinde toplanıldı.

Richard Campbell Uyku Ölçeği: Richard Campbell Uyku Ölçeği (RCSQ), Richards tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin ülkemiz için geçerlik ve güvenirlik çalışması 2015 yılında Karaman Özlü ve Özer tarafından yapılmıştır. Ölçek gece uykusunun derinliğini, uykuya dalma süresini, uyanma sıklığını, uyandığında uyanık kalma süresini, uykunun kalitesini ve ortamdaki gürültü düzeyini değerlendiren 6 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde visual analog skala tekniği ile 0 39 ila 100 arasında yer alan çizelge üzerinde değerlendirilir. Ölçekten alınan “0-25” arası puan çok kötü uykuyu, “76-100” arası puan çok iyi uykuyu belirtmektedir. Ölçeğin puanı arttıkça hastaların uyku kaliteleri de artmaktadır. Richards tarafından geliştirilen ölçeğin Cronbach α değeri 0.82 olarak bulunmuştur. Bu çalışmamızda Cronbach alfa değeri 0.95'dir (88). Richard campbell uyku ölçeği verileri T0 ve T1 zamanında KG hastalarına rutin klinik işleyiş sonrası ve ÇG hastalarına KCRP sonrası yüz yüze görüşme yöntemi ile KDC polikliniğinde toplanıldı.

SF 12 Yaşam Kalitesi Ölçeği: Yaşam kalitesini belirlemek için, yaşlıların kolay anlayabileceği şekilde uyarlanmış SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12) kullanılmıştır. SF-12, 1994 yılında geliştirilmiş olan belirli bir yaş ve hastalık grubuna odak olmaksızın son dört hafta için yaşam kalitesini değerlendiren bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Soylu ve ark. (2020) tarafından gerçekleştirilmiştir. SF-36 ile benzer olarak SF-12, fiziksel işlevsellik (2 madde), fiziksel rol (2 madde), beden ağrısı (1 madde), genel sağlık (1 29 madde), enerji (1 madde), sosyal işlevsellik (1 madde), duygusal rol (2 madde) ve mental sağlık (2 madde) olmak üzere 8 alt boyut ve 12 maddeden oluşmaktadır. Fiziksel ve duygusal rolle ilgili maddeler dikotomisi (evet veya hayır) olarak yanıtlanırken, diğer maddeler 3 ve 6 arasında değişen likert tipi seçeneklere sahiptir. Fiziksel Bileşen Özet (FBÖ-12) puanı, genel sağlık, fiziksel işlevsellik, fiziksel rol ve beden ağrısı alt boyutlarından elde edilirken, Mental Bileşen Özet (MBÖ-12) puanı ise sosyal işlevsellik, duygusal rol mental sağlık ve enerji alt boyutlarından elde edilmektedir. Hem FBÖ-12 hem de MBÖ-12 puanı 0 ile 100 arasında değişmekte olup, yüksek puan daha iyi sağlığı temsil etmektedir (89).

Taburcu Sonrası Cerrahi İyileşme Ölçeği: Taburcu Sonrası Cerrahi İyileşme Ölçeği: Kleinbeck (2000) tarafından geliştirilen, hastanın taburcu olma durumunu belirlemeyi amaçlayan, her biri 1 ile 10 arasında puanlanan 15 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Eti Aslan ve ark. (2021) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçekteki maddelerin puanlaması 1=kesinlikle katılmıyorum ile 10=kesinlikle katılıyorum şeklindedir. Ölçekteki maddeler sağlık durumu, aktivite, yorgunluk, çalışma yeteneği ve etnografik olmak üzere 5 ana temadan oluşur. Puanın hesaplanması, hastanın taburcu olmaya hazır olma yüzdesini belirlemeye yardımcı olur. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 150, en düşük puan ise 15'tir. Ölçekten alınan puan, toplam olası puana bölünür ve 100 ile çarpılır (örneğin, $120/150 \times 100 = 80\%$). Elde edilen puan taburcu olduktan sonraki iyileşmeyi yüzde olarak göstermektedir. Yüksek puanlar daha iyi bir postoperatif iyileşmeyi göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliğinin Cronbach alfa değeri 0.80 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmamızda Cronbach alfa değeri 0.69'dur (90). Taburcu sonrası cerrahi iyileşme ölçeği verileri T0 ve T1 zamanında KG hastalarına rutin klinik işleyiş sonrası ve ÇG hastalarına KCRP sonrası yüz yüze görüşme yöntemi ile KDC polikliniğinde toplandı.

3.7.Finansman

Bu tez çalışması için herhangi bir finansman desteği sağlanmamıştır.

3.8.Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın yapıldığı tarihler arası (Aralık 2024-Mayıs 2025) KDC polikliniğine KABG cerrahisi için başvuran planlı hastalar, araştırmaya davet edildi, araştırmanın amacı ve içeriği anlatılarak yazılı onam formu alındı. Kabul eden hastalar randomize olarak kontrol ve çalışma grubuna atandı. KDC polikliniğinde, hastalara ve klinik çalışanlarının rutin prosedürüne göre yüz yüze görüşme yöntemi (40 dakika-60 dakika) ile rehabilite edici girişimler uygulamalı gerçekleştirildi.

Randomizasyon: Hastalara ait veriler eş zamanlı olarak blok randomizasyon yöntemi ile toplandı. Randomizasyon için, randomizer.org programı kullanıldı. Bu program ile kontrol ve çalışma grubu olmak üzere rastgele iki set oluşturuldu ve programın verdiği sıralamaya göre hastalar kontrol ve çalışma grubuna dahil edildi. (Örnek

randomizasyon: KDC polikliniğe başvuran altı hasta için, her hastaya bir sayı numarası verildi. Randomizasyon üzerinden iki set oluşturuldu. Set 1; 3,5,1 numaralı sayı, Set 2; 2,4,6 numaralı sayı. Rastgele yöntem ile Set 1'e KG hastaları, Set 2'ye ÇG hastaları atandı).

3.9.Araştırmanın Uygulama Yerleri ve Zamanı

Kontrol grubu ve çalışma grubu hastaları için; araştırmacılara ayrılmış KDC polikliniğinin hemen yakınında içerisinde bir bilgisayar, tartı, boy ölçme cetveli, tansiyon aleti, kırtasiye malzemeleri, hasta sedyesi, ışık kaynağı bulunan yaklaşık 15 metre kare alana sahip odada yapılmaktadır. Ameliyattan 1-7 gün öncesi saat 08:00-16:00 arasındaki aralığı T0 zamanı ve ameliyattan 14-21 gün sonrası saat 08:00-16:00 arasındaki aralığı T1 zamanı olarak belirlendi.

3.10. Kontrol Grubu Hastaları için Verilerin Toplanması ve Araştırmanın Uygulanması

T0 Görüşme: KDC polikliniğinde dahil edilme ölçütlerini sağlayan ve randomizasyon yöntemi ile kontrol grubuna atanan hastalardan oluşmaktadır. Kliniğin rutin uygulamaları dışında herhangi bir rehabilite edici girişim uygulanmadı. Araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu (Ek-3.1) dolduruldu. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Beck Depresyon Envanteri, Chalder Yorgunluk Ölçeği, Kardiyak Rehabilitasyonda Engeller Ölçeği, Richard-Campbell Uyku Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği SF-12 ve Taburcu Sonrası Cerrahi İyileşme Ölçek bilgileri kayıt altına alındı. Rutin istenen biyokimyasal parametreleri için hasta takip bilgi sistemi üzerinden elde edilerek, hastalara mali bir yük getirmeden kaydedildi. Rutin kontrol muayenesinin (T1 zamanı) nasıl alınması gerektiği konusunda bilgi verildi (<https://onlinehastane.ksu.edu.tr/MiaHbysRandevu>). KDC poliklinik sekreterinden randevu tarihi bilgisinin (T1 zamanı) alınacağı konusunda onamları alındı. Ameliyat sonrası KG hastaların takibi açısından KDC poliklinik sekreterinden ameliyat sonrası randevu bilgileri alındı (Şekil 3.5.).

T1 Görüşme: KDC polikliniğinde T0 zamanında randomizasyon yöntemi ile KG olarak belirlenen hastaların KDC poliklinik sekreterinden randevu bilgileri alınarak T1 görüşmeleri gerçekleşti. Kliniğin rutin uygulamaları dışında herhangi bir rehabilite edici

girişim uygulanmadı. Araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu (Ek-3.1) dolduruldu. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Beck Depresyon Envanteri, Chalder Yorgunluk Ölçeği, Kardiyak Rehabilitasyonda Engeller Ölçeği, Richard-Campbell Uyku Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği SF-12 ve Taburcu Sonrası Cerrahi İyileşme Ölçek bilgileri kayıt altına alındı. Rutin istenen biyokimyasal parametreleri için hasta takip bilgi sistemi üzerinden elde edilerek, hastalara mali bir yük getirmeden kaydedildi.

3.11. Çalışma Grubu Hastaları için Verilerin Toplanması ve Araştırmanın Uygulanması

T0 Görüşmesi: KDC polikliniğinde dahil edilme ölçütlerini sağlayan ve randomizasyon yöntemi ile çalışma grubuna atanan hastalara Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu dolduruldu. KDC polikliniğinde hasta/hasta yakınının akıllı telefon veya tabletlerine hazırlanmış karekod ile kardiyak cerrahi rehabilitasyon program eğitimi aktarıldı ve uygulamalı hastanın ihtiyaçları doğrultusunda 40-60 dk. anlatıldı. Kardiyak Cerrahi Rehabilitasyon Programı Hasta Takip Formu (Ek 3.2) dolduruldu. Yaşam aktivite günlüğü hasta/hasta yakınının akıllı telefon veya tabletlerine hazırlanmış karekod ile veya fiziki çıktılar alınarak aktarıldı ve nasıl kullanılacağı anlatıldı. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Beck Depresyon Envanteri, Chalder Yorgunluk Ölçeği, Kardiyak Rehabilitasyonda Engeller Ölçeği, Richard-Campbell Uyku Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği SF-12 ve Taburcu Sonrası Cerrahi İyileşme Ölçek bilgileri kayıt altına alındı. Rutin istenen biyokimyasal parametreleri için hasta takip bilgi sistemi üzerinden elde edilerek, hastalara mali bir yük getirmeden kaydedildi. Rutin kontrol muayenesinin (T1 zamanı) nasıl alınması gerektiği konusunda bilgi verildi. (<https://onlinehastane.ksu.edu.tr/MiaHbysRandevu>). KDC poliklinik sekreterinden randevu tarihi bilgisinin (T1 zamanı) alınacağı konusunda onamları alındı. Ameliyat sonrası ÇG hastaların takibi açısından KDC poliklinik sekreterinden ameliyat sonrası randevu bilgileri alındı (Şekil 3.5.).

T1 Görüşmesi: KDC polikliniğinde T0 zamanında randomizasyon yöntemi ile ÇG olarak belirlenen hastaların KDC poliklinik sekreterinden randevu bilgileri alınarak T1 görüşmeleri gerçekleşti. KDC polikliniğinde T0 zamanında KCRP uygulanmış ve kontrolle gelen hastalara Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu dolduruldu. KDC polikliniğinde T0 zamanında hasta/hasta yakınının akıllı telefon veya tabletlerine karekod

ile yüklenmiş KCRP'ın kullanılabilirliği ve yaşam aktivite günlüğünün fiziki çıktıları alınarak kayıt altına alındı. Hasta ihtiyaçlarına göre KCRP uygulamalı 40-60 dk. anlatıldı. Kardiyak Cerrahi Rehabilitasyon Programı Hasta Takip Formu dolduruldu. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Beck Depresyon Envanteri, Chalder Yorgunluk Ölçeği, Kardiyak Rehabilitasyonda Engeller Ölçeği, Richard-Campbell Uyku Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği SF-12 ve Taburcu Sonrası Cerrahi İyileşme Ölçek bilgileri kayıt altına alındı. Rutin istenen biyokimyasal parametreleri için hasta takip bilgi sistemi üzerinden elde edilerek, hastalara mali bir yük getirmeden kaydedildi. T0 ve T1 görüşmelerinde uygulamalı eğitimler hastalara aktarılırken, multidisipliner olarak KDC uzmanı, diyabet hemşiresi, diyetisyen ve fizyoterapist iş birliği içerisinde gerçekleştirildi.

3.12. Hemşire Liderliğinde Kardiyak Cerrahi Rehabilitasyon Programı için Geliştirilen Materyaller, Programa Özgü Girişimler ve Değerlendirme Yöntemleri

KCRP için geliştirilen materyaller Kardiyak Cerrahi Rehabilitasyon Programı Eğitim Kitapçığı, Kardiyak Cerrahi Rehabilitasyon Program Takip Formu, Yaşam Aktivite Günlüğünden oluşmaktadır. Kardiyak cerrahi rehabilitasyon program içeriği oniki başlık, 60 soru ve cevaptan oluşmaktadır. Kaynakçada belirtilen (17,18,22-31,39,46-52,69-74,76-80-83,91-94) literatürler tek tek incelenmiş ve araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Ayrıca Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği ve Kalp Damar Cerrahisi Anabilim dallarında görevli yedi akademisyenden bilimsel görüş alındı. Hasta veya yakınına mobil akıllı telefon veya tabletlerde karekod uygulaması üzerinden erişim sağlandı (Şekil 3.3.).

Kardiyak Cerrahi Rehabilitasyon Program Takip Formu hastaların KCR programına katılımlarına ilişkin soruların yer aldığı 15 sorudan oluşmaktadır. T1 zamanında ÇG hastalarına uygulandı. Kaynakçada belirtilen (17,18,22-31,39,46-52) literatürler tek tek incelenmiş ve araştırmacılar tarafından sorular oluşturulmuştur. Özellikle hemşire liderliğinde yapılan eğitimlerin hasta üzerindeki yara bakımı, beslenme, alışkanlıklar, tedaviye uyumu, kan basıncı yönetimi, psikososyal destek yönetimi değerlendirildi.

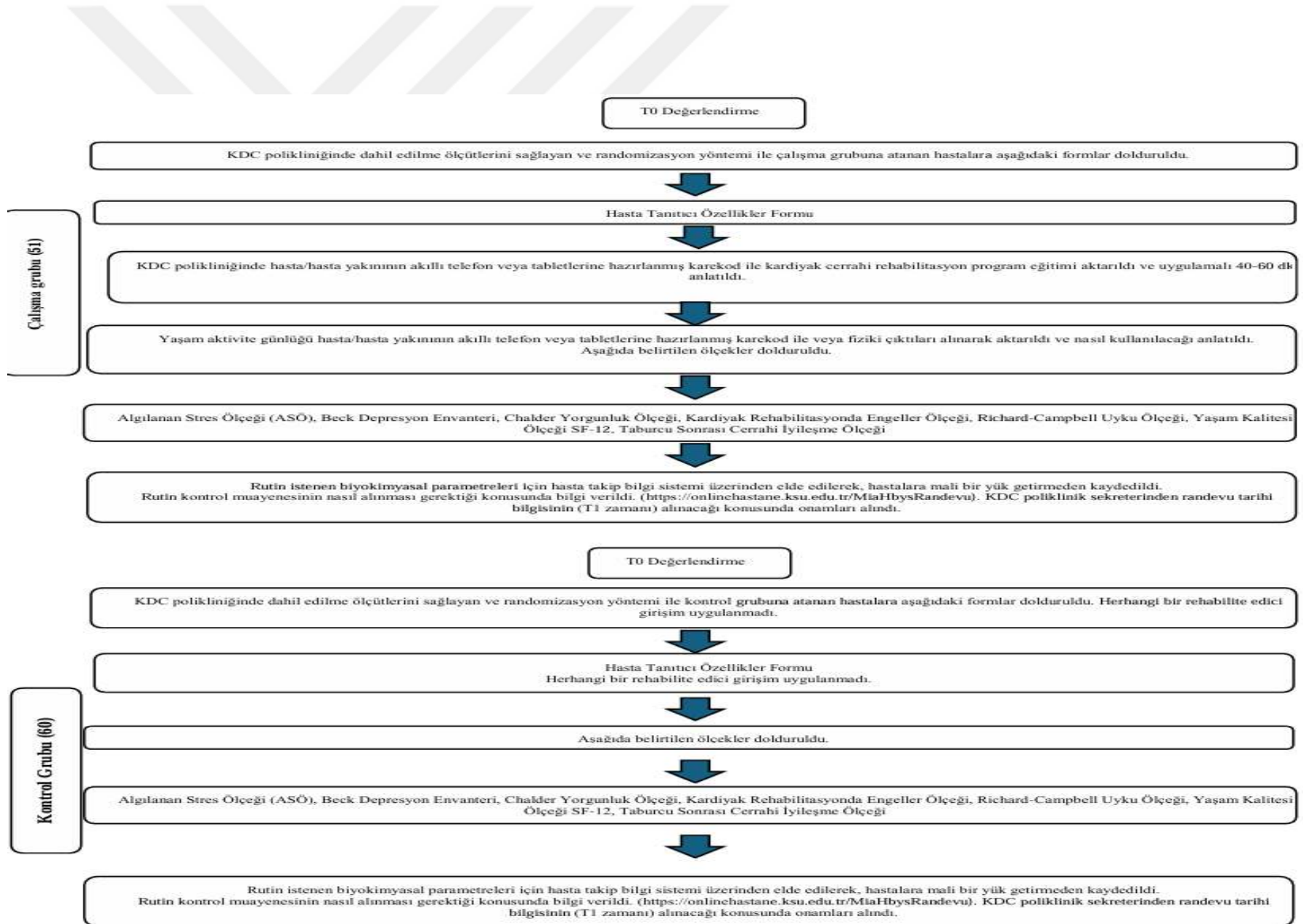
Yaşam aktivite günlüğü ile hastanın rehabilitasyon uygulamalarını takip etmek, özdenetimini sağlamak amacıyla hasta ve yakını tarafından taburculuk sonrası kullanılan

günlüktür. Araştırmacı tarafından T0 zamanında karekod uygulaması veya fiziki çıktıları alınarak hasta/yakınına aktarılmıştır. Yaşam aktivite günlüğü hasta ve yakını tarafından kan basıncı takip çizelgesi, kan şekeri takip çizelgesi, yapmış olduğu fiziksel aktivite takip çizelgesi, göğüs ağrısı takip ve müdahale çizelgesi, kilo takip çizelgesi, akılcı ilaç kullanım takip çizelgesi, sigarayı bırakma takip çizelgesi ve randevu takvimi yer almaktadır. Belirtilen çizelgeleri hastalar günlük fiziki olarak kullanmakta T1 zamanında araştırmacılara teslim etmektedir. Ayrıca beslenme kılavuzu, fiziksel aktivite kılavuzu ve ilaç kullanım kılavuzu bilgileri yer almaktadır. Bu kılavuzlar ile hastanın nasıl beslenmesi gerektiği, fiziksel aktivitelerinin nasıl yapılacağı ve ilaçlarının etkisi ve nasıl kullanacağı konularda bilgi aktarımı sağlanmıştır. Aktarılan bilgiler T1 zamanında değerlendirildi. Değerlendirme sonucunda hasta/hasta yakınının ihtiyaçlarına göre kardiyak cerrahi rehabilitasyon programı uygulandı (Ek-4.3.2), (Şekil 3.4.).

Görüşme Prosedürü İlkeleri: Hemşire hasta ile görüşmeden önce varsa hasta dosyasını incelemeli; düzenli not tutmalı, kaydettiği bilgiler açık, doğru ve yeterli olmalıdır. Hastanın ifadesi, postür, yürüyüş ve vital bulgular kayıt altına alır. Hastanın değerlendirilmesi ve ihtiyaçlara göre KCR programı belirler. Belirlenen KCRP multidisipliner uygulanması için KDC uzmanı, kardiyoloji uzmanı, diyabet hemşiresi, fizyoterapist ve diyetisyen işbirliği ile KCR programı gerçekleştirir.

Görüşme Prosedürüne Uygun Uygulama: Çalışma kapsamında KDC uzmanı, diyabet hemşiresi, fizyoterapist ve diyetisyen işbirliği ile programlar gerçekleştirilmiştir. Hastalar belirtilen uygulama yerinde hemşireliğin eğitici ve danışmanlık rolü ile beraber, uygulamalı olarak; yürüme egzersizi, fiziksel egzersiz, yara bakımı, ağrı yönetimi, ilaç kullanımı, solunum egzersizleri, öksürük teknikleri, kan basıncı yönetimi, yaşam aktivite günlükleri, psikososyal destek ve kullanılan araç gereçler konusunda KCRP uygulanmış ve değerlendirilmiştir.

Şekil 3.6. Araştırmanın Akış Şeması





3.13. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin istatistiksel analizi, Windows için SPSS 27.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) paket programı ve Intellectus Statisticus software (Intellectus, US) programının deneme sürümü kullanılarak gerçekleştirildi. Tanımlayıcı istatistiklerde kategorik değişkenler sayı (n) ve yüzde (%) ile, sayısal değişkenler ise ortalama $\pm$ standart sapma (Ort $\pm$ SS) ile ifade edildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile değerlendirildi. İki grup arasındaki ortalamaların karşılaştırılmasında normallik varsayımı sağlandığında “Bağımsız gruplarda t-testi”, sağlanmadığında ise “Mann Whitney U” testi kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde Ki-Kare testi uygulandı. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ değeri kabul edildi.

3.14. Araştırma Kaydı

Araştırma, uluslararası standartlara uygun olarak ClinicalTrials.gov veri tabanına yüklenmiş olup, protokol kayıt sistemi tarafından önerilen revizyonlar yapılmış ve incelemenin tamamlanması beklenmektedir.

3.15. Tez Takvimi

Tablo 3.1. Tez Takvimi

Aşama	Tarih
Doktora yeterlilik sınavı	08.12.2022
Tez konu önerisinin ve Tez konu başlığının kabulü	28.04.2023
Araştırmanın etik kurul onayı	02.05.2024
Kurum izinlerinin alınması	01.12.2024
Birinci Tez İzleme Komitesi Toplantısı	26.06.2024
Araştırma verilerinin toplanması	Aralık 2024-Nisan 2025
İkinci Tez İzleme Komitesi Toplantısı	05.12.2024
Üçüncü Tez İzleme Komitesi Toplantısı	11.06.2024
Literatür taraması, araştırmanın giriş, genel bilgiler ve gereç-yöntem bölümlerinin yazılması	12.07.2024-12.06.2025
Araştırma Verilerinin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi, Yorumlanması ve Bulgular Bölümünün Yazılması	20.04.2024-10.06.2024
Araştırmanın tartışma bölümünün yazılması	Mayıs 2025
Araştırma raporunun HKÜ LEE, tez yazım kılavuzuna göre düzenlenmesi	Nisan 2025-Haziran 2025
Tez savunma sınavı	10.07.2025

4. ARAŞTIRMA BULGULARI

Bu bölümde, koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalarda hemşire liderliğinde uygulanan rehabilite edici girişimlerin hasta bakım sonuçları üzerine etkisinin araştırılması amacıyla yapılan tez çalışmanın bulguları yer almaktadır. Tez çalışmasının bulguları tablolar ve grafikler halinde beş bölümde sunuldu.

- 1. Kontrol ve Çalışma Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
- 2. Kontrol ve Çalışma Grubundaki Hastaların Hastalıkla ilgili Özellikleri ve Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
- 3. Kontrol ve Çalışma Grubundaki Hastaların Vital Bulguları, Biyokimyasal Sonuçları ve Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
- 4. Çalışma Grubundaki Hastaların Kardiyak Cerrahi Rehabilitasyon Programına İlişkin Bilgilerin T0 ve T1 Ölçüm Zamanlarına göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
- 5. Kontrol ve Çalışma Grubundaki Hastalarda Ölçek Sonuçları ve Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.1.Kontrol ve Çalışma Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin

Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde KG ve ÇG'deki hastaların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular sunuldu. Tablo 4.1'de KG ve ÇG'deki hastaların tanıtıcı özellikler açısından karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi.

Tablo 4.1. Kontrol ve Çalışma Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özellikler Açısından Karşılaştırılması (N=111)

Özellikler	Kontrol Grubu (n=61)	Çalışma Grubu (n=51)	Test	P
	Ortalama±SS* En az:- en çok	Ortalama±SS* En az:- en çok		
Yaş (yıl)	64.6±9.29 42-78	64.72±8.78 46-79	t= -0.73	p= 0.942
Beden Kitle İndeksi	28.84±5.02 18.80-38.50	29.67±4.95 19.00-39.00	t= -0.867	p= 0.388
	n (%)	n (%)		
Yaş Grupları (yıl)				
18-64	25(41.7)	27(52.9)	$\chi^2= 3.906$	p= 0.142
65-74	26(43.3)	13(25.5)		
>74	9(15.0)	11(21.6)		
Beden Kitle İndeksi Grupları				
25-29.9	10(16.7)	5(9.8)	$\chi^2=1.173$	p= 0.556
30-39.9	27(45)	26(51.0)		
40 ve üzeri	23(38.3)	20(39.2)		
Cinsiyet				
Erkek	35(58.3)	35(68.6)	$\chi^2=1.254$	p=0.263
Kadın	25(41.7)	16(31.4)		
Medeni Durum				
Bekâr	28(46.7)	24(47.1)	$\chi^2=0.002$	p= 0.967
Evli	32(53.3)	27(52.9)		
Eğitim Durumu				
Okuryazar değil+ Okuryazar	19(31.6)	11(21.5)	$\chi^2=5.527$	p=0.355
İlköğretim (ilkokul ve ortaokul)	18(30.0)	15(29.4)		
Ortaöğretim (lise) ve üzeri	23(38.4)	25(50.0)		
Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	53(88.3)	40(78.4)	$\chi^2=1.989$	p=0.158
Çalışıyor	7(11.7)	11(21.6)		
İkametgâh Yeri				
İl merkezi	23(38.3)	25(50.0)	$\chi^2=2.316$	p=0.509
İlçe	13(21.7)	7(13.7)		
Köy	22(36.7)	16(31.4)		
Farklı bir il	2(3.3)	3(5.9)		
Bakım Veren Kişiler				
Yalnız yaşıyor	14(21.7)	11(21.6)	$\chi^2=0.000$	p=0.990
Eşi ve çocukları ile	47(78.3)	40(78.4)		
Diğer				
Günlük işlerinizi yaparken destek alma durumunuz				
Evet	18(30.0)	13(25.5)	$\chi^2=0.340$	p=0.560
Hayır	41(68.3)	38(74.5)		

Ortalama±SS*: ortalama ± standart sapma, χ^2 : Ki-kare testi, t: Bağımsız gruplarda t-testi,

z: Mann Whitney U testi

Tablo 4.1'de, ÇG ve KG'deki hastaların tanıtıcı özellikleri ve istatistiksel karşılaştırılması sunuldu. Yaş ortalaması ÇG'de 64.72±8,78, KG'de ise 64.6±9.29 yıl

olarak belirlendi. BKİ ortalaması ÇG’de 29.67 ± 4.95 (min: 19, maks: 39.), KG’de 28.84 ± 5.02 olarak hesaplandı. Hastanede kalma süresi ortalaması ÇG’de 10.19 ± 3.45 gün, KG’de ise 10.35 ± 2.91 gün oldu. Tablo 4.1’de yer alan tanıtıcı özellikler açısından grupların benzer olduğu ve aralarındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p > 0.05$).

Yaş gruplarında, her iki grupta da 18-65 yaş arası en yüksek oranda idi. BKİ oranları açısından, 30-39.9 aralığı her iki grupta en yüksekti. Gruplarda erkek, evli ve ortaöğretim üzerinde eğitim seviyesine sahip hasta oranı diğer eğitim seviyelerine göre daha fazla bulundu. Her iki grupta da hastaların çoğu çalışmıyordu, il merkezi en fazla oranlı ikamet yeri idi ve çoğunluğu eşi ve çocukları ile yaşıyordu. Yine her iki gruptaki hastaların çoğu günlük işlerinde yardım aldığını belirtti. Gruplar Tablo 4.1’de yer alan tanıtıcı özellikleri açısından karşılaştırıldığında, aralarındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü ($p > 0.05$) (Tablo 4.1).

4.2.Kontrol ve Çalışma Grubundaki Hastaların Hastalıkla ilgili Özellikleri ve Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde KG ve ÇG’deki hastaların hastalıkla ilgili özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular sunuldu. Bu özellikler KG ve ÇG’deki hastaların T0 ve T1 ölçümlerindeki ağrı, hastalığı hakkında eğitim alma durumları, hangi konularda eğitim almak istemesi, düzenli egzersiz yapma durumları ve beslenme alışkanlıkları açısından da karşılaştırıldı (Tablo 4.2.1.).

Tablo 4.2.2.’de KG ve ÇG’deki hastaların hastaneye başvuru ilgili özelliklerin karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi. Tablo 4.2.2.’de T1 ölçümlerindeki KG ve ÇG’deki hastaların T1 sürecinde yatış günü toplamı, sorun yaşama durumu, sorun çeşidi, sorun nedeni ile acile / polikliniğe başvuru durumu ve pulse oksimetre kullanma açısından da karşılaştırıldı (Tablo 4.2.2.).

Tablo 4.2. Kontrol ve Çalışma Grubundaki Hastaların Hastalıkla ilgili Özelliklerinin T0 ve T1 Ölçüm Zamanlarına göre Değerleri ve Karşılaştırılması (N=111)

Özellikler	T0 Ölçümü*				T1 Ölçümü**			
	Kontrol Grubu(n=60) n (%) ortalama±ss* En az:- en çok:	Çalışma Grubu(n=51) n (%) ortalama±ss* En az:- en çok:	Test	p	Kontrol Grubu(n=60) n (%) ortalama±ss* En az:- en çok:	Çalışma Grubu n=51) n (%) ortalama±ss* En az:- en çok:	Test	p
Ağrı	4.11±1.69 2-7	3.33±1.21 2-5	z= -0.601	p= 0.548	5.53±1.24 2-8	5.57±1.98 2-9	z=0.548	p=0.911
	n (%)	n (%)			n (%)	n (%)		
Hastalığı hakkında eğitim alma durumu								
Evet	21(35)	48(94.1)	$\chi^2=42.919$	p=0.001	37(61.7)	51(100)	$\chi^2= 23.771$	p=0.001
Hayır	39(65)	3(5.9)			23(38.4)			
Hastalığı hakkında eğitim alma (Evet)								
Sadece Doktor	5(23.8)	16(31.4)	$\chi^2=3.790$	p= 0.285	13(35.1)	6(11.8)	$\chi^2=32.118$	p=0.001
Sadece Hemşire	7(33.3)	22(43.1)			17(45.9)	36(70.6)		
Hemşire+Doktor	7(33.3)	10(19.6)			7(18.9)	9(17.6)		
Aile yakını&Medya	2(3.3)	-			-			
Eğitim almak istenilen konular#								
Yürüme ve Fiziksel egzersiz	45(75)	41(80.4)			51(85.0)	43(84.3)		
Solunum egzersiz	29(48.3)	26(51.0)			42(70)	37(72.5)		
İlaç takibi ve uyumu	13(21.7)	8(15.7)			6(10)	5(9.8)		
Yara bakım eğitimi	26(43.3)	22(43.1)			15(25)	15(29.4)		
Beslenme yönetimi	6(10)	7(13.7)			26(43.3)	17(33.3)		
Hastalık bilgi yönetimi	14(23.3)	9(17.6)			4(6.7)	4(7.8)		
Banyo ve hijyen yönetimi	10(16.7)	9(17.6)			6(10)	6(11.8)		
Ağrı Yönetimi	29(48.3)	21(41.2)			28(46.7)	22(43.1)		
Alışkanlıkların Yönetimi	9(15)	11(21.6)			18(30)	18(35.3)		
Psikososyal Destek Yönetimi	29(48.3)	23(45.1)			23(38.3)	(33.3)		
Göğüs ağrısı hariç ağrı yaşama durumu								
Evet	9(15)	6(11.8)	$\chi^2=0.247$	p=0.619	60(100)	51(100)	F=1.00	p=1.000
Hayır	51(85)	45(88.2)			0(0)	0(0)		
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu								
Evet	29(48.3)	25(49)	$\chi^2=0.05$	p=0.943	47(78.3)	46(90.2)	$\chi^2=2.855$	p=0.091
Hayır	31(51.7)	26(51)			13(21.7)	5(9.8)		
Düzenli Egzersiz Yapma (Evet)								
Yürüyüş	16(51.6)	13(52)	$\chi^2=0.097$	p=0.953	47(78.3)	46(90.2)	$\chi^2=2.104$	p=0.349
Bağ –bahçe işleri	12(38.7)	9(36)			6(12.8)	3(5.9)		
Bisiklet kullanma	0(0)	0(0)			0(0)	0(0)		
Spor	0(0)	0(0)			0(0)	0(0)		
Düzenli namaz kılma	3(9.7)	3(12)			11(20.3)	12(23.5)		
Beslenme alışkanlığı+								
Düzenli	41(68.3)	41(80.4)	$\chi^2= 2.235$	p=1.35	19(31.7)	14(27.5)	$\chi^2=0.235$	p=0.628
Düzensiz	19(31.7)	10(19.6)			41(68.3)	37(72.5)		

X²: Ki-kare testi. z: “Mann Whitney U testi”, T0: Ameliyattan 1-7 gün öncesi saat 08:00-16:00 arasında, T1:Ameliyattan 14-21 gün sonrası saat 08:00-16:00 arasında, +Gündelik öğün sayısı

Tablo 4.2.'de Kontrol ve Çalışma Grubundaki Hastaların Hastalıkla ilgili Özelliklerinin T0 ve T1 Ölçüm Zamanlarına göre Değerleri ve Karşılaştırılması sunuldu.

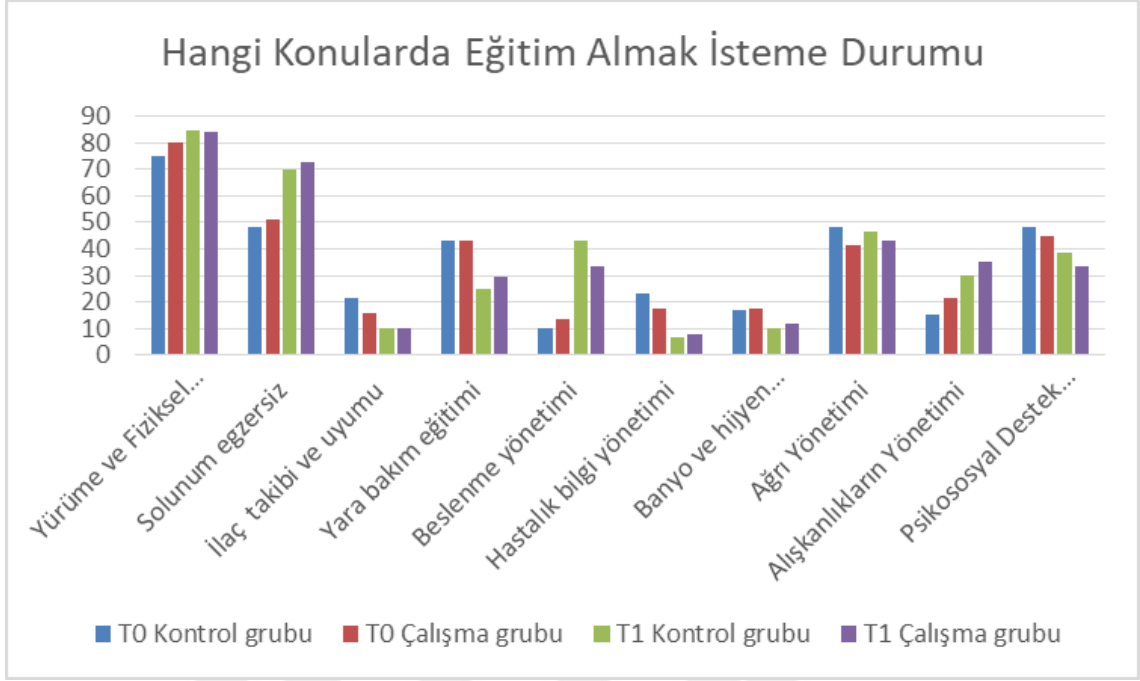
T0 zamanında;

Ağrı ortalaması; KG'da 4.11 ± 1.69 (min:2 maks:7), ÇG'da 3.33 ± 1.21 (min:2 maks:5) bulundu. Ağrı ölçeği puan değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü ($p > 0.05$). Hastalığı hakkında eğitim alanların oranı; KG'da %35, ÇG'da %94; Eğitimin kaynağına bakıldığında; KG'da %33.3'ü, ÇG'da %43.1'i; sadece hemşireden eğitim aldığı belirlendi. Hastalığı hakkında eğitim alma durumu ve bilginin kaynaklarına ilişkin verilerin dağılımı açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü ($p > 0.05$). Eğitim ihtiyaçları; KG'da %75'inin, ÇG'da %80.4'ünün en fazla yürüme ve fiziksel egzersiz olduğu bulundu (Grafik 4.2.). Düzenli egzersiz yapma durumu; KG'da %48.3, ÇG'da %49 olarak belirlendi. Egzersizin türüne bakıldığında T0 zamanında KG'da %51.6, ÇG'da %52'sinin yürüme yaptığı belirlendi (Grafik 4.2.). Hastalığı sürecinde beslenme alışkanlığı; KG'da %31.7'si ÇG'da %19.6'sının düzensiz olarak belirlendi. Gruplar karşılaştırıldığında, bu özelliklerdeki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü ($p > 0.05$).

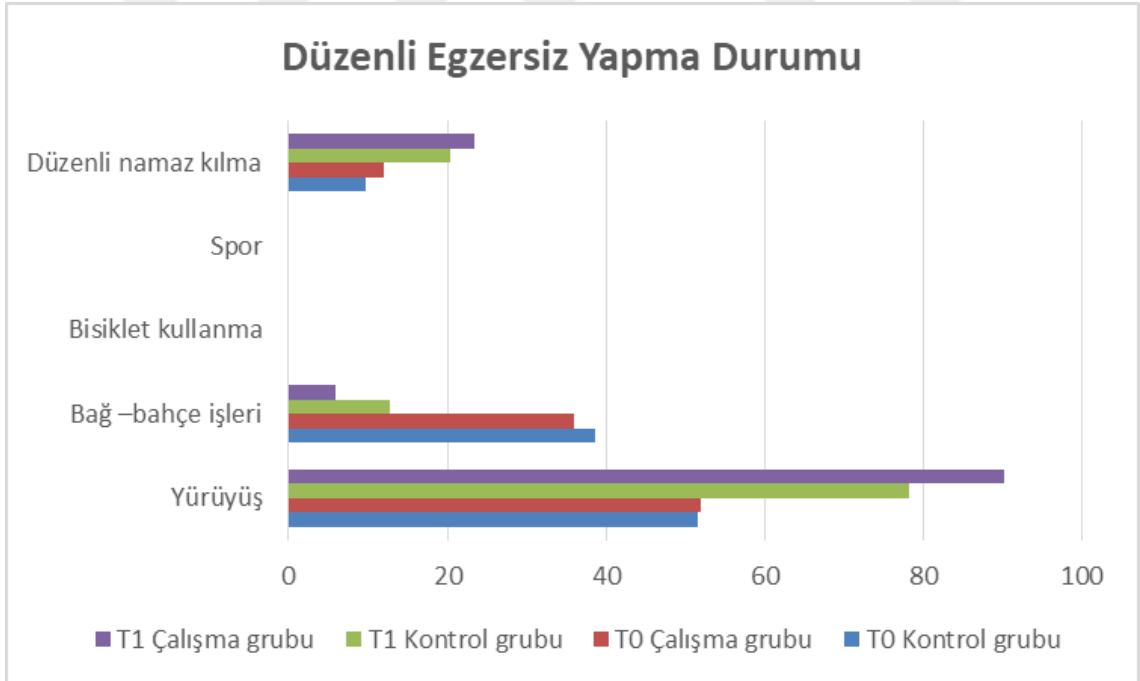
T1 zamanında;

Ağrı ortalaması; KG'da 5.53 ± 1.24 (min:2 maks:8), ÇG'da 5.57 ± 1.98 (min:2 maks:9) olarak belirlendi. Ağrı ölçeği puan değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü ($p > 0.05$). Hastalığı hakkında eğitim alanların oranı; T1 zamanında KG'da %61.7, ÇG'da %100 olarak bulundu. Eğitimin kaynağına bakıldığında; KG'da %45.9'u, ÇG'da %70.6'sının sadece hemşireden eğitim aldığı belirlendi. Hastalığı hakkında eğitim alma durumu ve bilginin kaynaklarına ilişkin verilerin dağılımı açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p < 0.05$). Eğitim ihtiyaçları; KG'da %85'inin, ÇG'da %84.3'ünün en fazla yürüme ve fiziksel egzersiz olduğu bulundu (Grafik 4.1.). Düzenli egzersiz yapma durumu; KG'da %78.3, ÇG'da %90.2 olarak belirlendi. Egzersizin türüne bakıldığında KG'da %78.3, ÇG'da %90.2'sinin yürüme yaptığı belirlendi (Grafik 4.2.). Hastalığı sürecinde beslenme alışkanlığını; KG'da %68.3'ü, ÇG'da %72.5'i düzensiz olarak belirlendi. Gruplar karşılaştırıldığında, tüm bu özelliklerdeki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü ($p > 0.05$) (Tablo 4.2).

Grafik 4.1. Kontrol ve Çalışma Grubundaki Hastaların Eğitim İhtiyaçlarının Dağılımı (N=111)



Grafik 4.2. Kontrol Ve Çalışma Grubundaki Hastaların Düzenli Egzersiz Yapmalarının Karşılaştırma Durumu (N=111)



Tablo 4.3 Kontrol ve Çalışma Grubundaki Hastaların Hastaneye Başvuru ile İlgili Özelliklerin Karşılaştırılması (N=111)

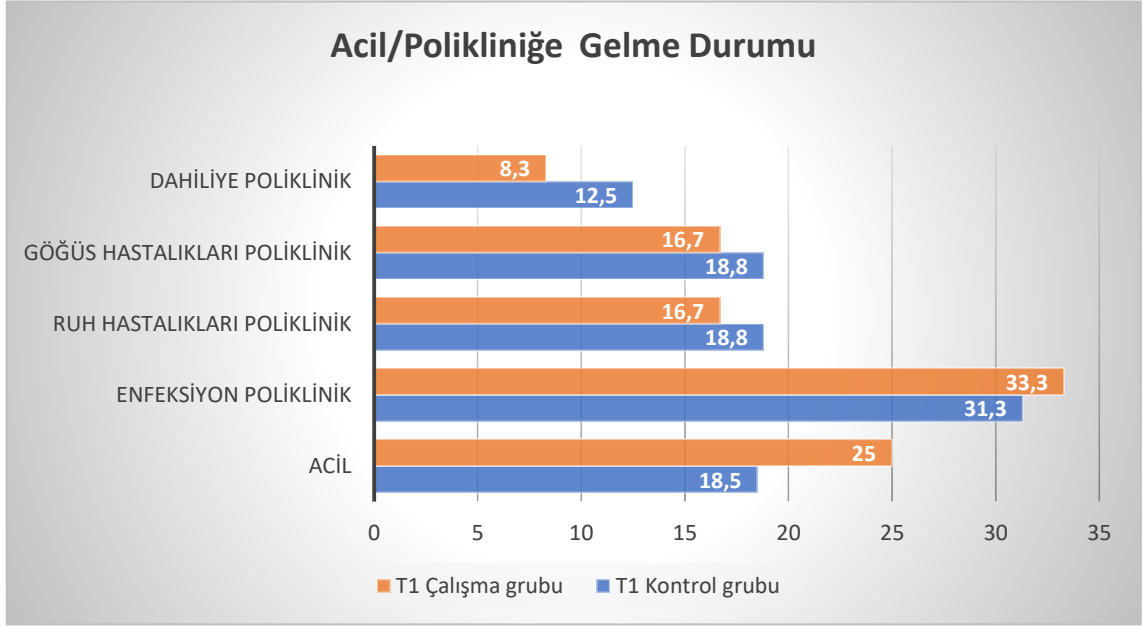
Hastaneye Başvuru ile İlgili Özellikler	T1 Ölçümü**			
	Kontrol Grubu n (%) ortalama±ss* En az:- en çok	Çalışma Grubu n (%) ortalama±ss* En az:- en çok	Test	p
Toplam Yatış Günü Sayısı +	10.35±2.91 6-18	10.19±3.45 6-21	z=-0.649	P=0.516
T1 Süresinde herhangi bir sorun yaşama durumu				
Evet	56(93.3)	47(92.2)	$\chi^2=0.057$	P=0.811
Hayır	4(6.7)	4(7.8)		
Herhangi bir sorun yaşama (Evet)				
Beslenme	19(31.7)	11(21.6)	-	-
Uyku	33(55)	21(41.2)		
Ağrı	44(73.3)	35(68.6)		
Yara iyileşmesi ve Enfeksiyon	13(21.7)	15(29.4)		
Stres	31(51.7)	22(43.1)		
Solunum	30(50)	20(39.2)		
Fiziksel egzersiz	10(16.7)	9(17.6)		
Alışkanlıklar	4(6.7)	1(2)		
Hijyen	7(11.7)	7(13.7)		
İlaç kullanımı	0(0)	2(3.9)		
T1 Süresinde Sorun nedeni ile acil/polikliniğe gelme durumu				
Evet+	16(26.7)	12(23.5)	$\chi^2=0.039$	P=0.844
Hayır	44(73.3)	39(76.5)		
Acile/Polikliniğe gelme durumu(Evet)+				
Acil	3(18.5)	3(25)	-	-
Enfeksiyon Poliklinik	5(31.3)	4(33.3)		
Ruh Hastalıkları Poliklinik	3(18.8)	2(16.7)		
Göğüs hastalıkları Poliklinik	3(18.8)	2(16.7)		
Dahiliye Poliklinik	2(12.5)	1(8.3)		
T1 Süresinde Pulse Oksimetre Kullanma Durumu				
Evet	3(5)	9(17.6)	$\chi^2=4.573$	P=0.032
Hayır	57(95)	42(82.4)		

X²: Ki-kare testi., z=Mann-Whitney U test, + Yatış günü toplamı ve Polikliniğe başvuru durumu KSÜ Sua Hastanesi veri sisteminden elde edilmiştir.

Tablo 4.3’de KG ve ÇG’deki hastaların hastaneye başvuru ile ilgili özelliklerin karşılaştırılması sunuldu. Yatış günü ortalaması; KG’da 10.35±2.91 (min:6 maks:18), ÇG’da 10.19±3.45 (min:6 maks:21) olarak belirlendi. Herhangi bir sorun yaşayanların oranı; KG’da %93.3, ÇG’da %92.2 olarak bulundu. Sorunların nedenlerine bakıldığında; ilk üç neden KG’da; uyku (%55), ağrı (%73.3), stres (%51.7); ilk üç neden ÇG’da; uyku (%41.2), ağrı (%68.6), stres (%43.1) olarak bulundu. Sorun nedeni ile plansız acile/polikliniğe gelme oranları; KG’da %26.7, ÇG’da %23.5 olarak belirlendi. En fazla kontrole gidilen poliklinik; KG’da %31.3, ÇG’da %33.3 ile enfeksiyon hastalıkları bulundu (Grafik 4.3.). Gruplar karşılaştırıldığında, tüm bu özelliklerdeki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü (p>0.05). T1 süresinde pulse oksimetre kullanım durumuna evet diyenlerin oranları; KG’da %5, ÇG’da %17.6 olarak bulundu.

Verilerin dağılımı açısından pulse oksimetre kullanımı her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p<0.05$).

Grafik 4.3. Kontrol ve Çalışma Grubundaki Hastaların Acil/Polikliniğe Başvuru Durumu (N=111)



4.3.Kontrol ve Çalışma Grubundaki Hastaların Vital Bulguları, Biyokimyasal Sonuçları ve Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde KG ve ÇG'daki hastaların, vücut ısısı, kalp ve solunum hızı, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, oksijen satürasyonu, kreatinin, BUN, kolesterol, HDL, LDL, sodyum, glikoz, AST, ALT, CRP değerleri ve karşılaştırılmaları yer almaktadır.



Tablo 4.4. Kontrol ve Çalışma Grubundaki Hastaların Vital Bulguları ve Biyokimyasal Sonuçlarının Karşılaştırılması (N=111)

Vital Bulguları ve Biyokimyasal Parametreleri	T0 Ölçümü*				T1 Ölçümü**			
	Kontrol Grubu N=60	Çalışma Grubu N=51	Test p	Cohen (d)	Kontrol Grubu N=60	Çalışma Grubu N=51	Test/ p	Cohen (d)
	ortalama±ss** En az:- en çok:	ortalama±ss** En az:- en çok:			ortalama±ss** En az:- en çok:	ortalama±ss** En az:- en çok:		
Vücut Isısı/Santigrat	36.43±0.31 36-37	36.31±0.32 36-37.10	t= 1.849 p=0.067	0.380	36.52±0.42 36-37.8	36.53±0.49 36-37.80	t= -1.943 p=0.055	-0.021
Kalp Hızı/dk	82.23±5.94 70-96	82.82±7.62 68-102	z= -0.268 p=0.789	-0.086	84.30±6.15 72-99	84.07±6.15 72-100	z= -0.271 p= 0.786	0.037
Solunum Hızı/dk	19.55±2.60 16-25	20.05±2.93 16-25	z= -0.851 p= 0.395	-0.180	21.0±2.96 14-26	21.31±2.76 17-26	z= -0.539 p= 0.590	-0.108
Sistolik Kan Basıncı mmHg	128.50±9.92 104-140	131.21±10.09 110-142	z= -1.545 p= 0.122	-0.270	130.61±11.89 106-144	128.66±9.17 108-145	z= -1.399 p= 0.162	0.183
Diastolik Kan Basıncı mmHg	74.06±8.78 58-90	75.17±8.22 58-88	z= -0.676 p= 0.499	- 0.130	74.80±8.23 60-90	73.82±8.78 60-94	z= -0.750 p= 0.453	0.115
Oksijen Satürasyonu (%)	93.55±2.56 90-98	94.98±3.00 87-99	t= -2.706 p= 0.008	-0.512	91.23±2.86 87-98	92.39±3.41 86-98	t= -0.196 p= 0.845	-0.368
Kreatinin mg/dl RA** 0.66-1.44	1.13±0.75 0.61-5.60	1.10±0.67 0.56-4.65	z= -0.178 p=0.859	0.042	1.02±0.57 0.46-3.89	0.98±0.32 0.59-2.35	z= -0.030 p= 0.976	0.086
Bun mg/dl RA** 8-23 mg/dl	17.08±6.05 8-43	16.17±5.14 8-30	z= -0.795 p=0.426	0.162	16.81±6.32 6-40	16.47±6.67 9-38	z= -0.664 p= 0.507	0.052
Kolesterol mg/dl RA** 120-200 mg/dl	164.01±41.80 100-299	165.00±43.35 66-270	z= -0.320 p= 0.749	-0.023	161.36±43.95 79-363	166.92±52.73 86-377	z=-0.157 p= 0.875	-0.114
HDL mg/dL RA** 40-60 mg/dl	44.30±14.44 20-96	43.01±11.64 22-86	z= -0.41 p= 0.967	0.098	42.40±13.33 20-84	41.45±11.13 22-87	z= -0.341 p=0.733	0.077
LDL mg/dl RA** <130 mg/dl	90.78±37.42 20-200	93.41±34.25 21-320	z= -0.613 p= 0.540	-0.073	96.71±36.51 20-230	97.03±44.34 40-280	z= -0.897 p= 0.370	-0.007
Sodyum mEq/L RA** 136-146 mEq/L	137.53±4.29 129-153	137.80±3.45 130-145	z= -0.470 p=0.639	-0.069	137.18±2.89 126-141	137.68±4.25 130-153	z= -0.218 p= 0.828	-0.137
Glikoz mg/dl RA** 75-106 mg/dl	148.36±59.72 70-329	156.68±66.29 61-360	z= -0.654 p=0.513	-0.131	142.88±61.28 67-324	160.39±80.11 72-415	z= -1.125 p= 0.261	-0.245
ALT u/l RA** 19-33 u/l	20.88±12.58 4-70	21.03±8.99 10-60	z= -1.117 p= 0.264	-0.0137	19.50±12.51 4-62	19.62±13.05 6-84	z= -0.039 p= 0.969	-0.009
AST u/l RA** 8-33 u/l	23.61±9.48 9-53	27.90±14.23 8-78	z= -1.576 p= 0.115	-0.354	21.41±12.33 5-80	18.56±7.0 8-44	z= -0.566 p= -0.571	0.284
CRP mg/l RA** 0-1.0 mg/l	(N:13) 14.86±10.31 3.05-36.06	(N:9) 14.92±10.23 5.17-31	z= -0.067 p=0.947	-0.0058	(N:6) 40.77±32.31 8-90	(N:10) 43.77±31.88 12-110	z=- 0.326 p= 0.745	-0.093

*Ort. ±SS: Ortalama ±Standart Sapma, RA**: Referans Aralığı, t test: Bağımsız örneklem t-testi, z=Mann-Whitney U test, T0: Ameliyattan 1-7 gün öncesi saat 08:00-16:00 arasında, T1:Ameliyattan 14-21 gün sonrası saat 08:00-16:00 arasında

Tablo 4.4'te KG ve ÇG'deki hastaların T0 ve T1 zamanındaki vital bulguları ve biyokimyasal sonuçlarının karşılaştırılmasına dair analizlere yer verildi.

T0 zamanında;

Vücut ısısı ortalaması; KG'da 36.43 ± 0.31 , ÇG'da 36.31 ± 0.32 , kalp hızı ortalaması; KG'da 82.23 ± 5.94 , ÇG'da 82.82 ± 7.62 , solunum sayısının ortalaması; KG'da 19.55 ± 2.60 , ÇG'da 20.05 ± 2.93 , sistolik kan basıncı ortalaması; KG'da 74.06 ± 8.78 , ÇG'da 75.17 ± 8.22 , diyastolik kan basıncı ortalaması; KG'da 36.43 ± 0.31 , ÇG'da 36.31 ± 0.32 , oksijen saturasyon ortalaması; KG'da 93.55 ± 2.56 , ÇG'da 94.98 ± 3.00 olarak ölçüldü. Kreatinin ortalaması KG'da 1.13 ± 0.75 , ÇG'da 1.10 ± 0.67 , Bun değeri ortalaması KG'da 17.08 ± 6.05 , ÇG'da 16.17 ± 5.14 , Kolesterol değeri ortalaması; KG'da 164.01 ± 41.80 , ÇG'da 165.00 ± 43.35 , HDL değeri ortalaması KG'da 44.30 ± 14.44 , ÇG'da 43.01 ± 11.64 , LDL değeri ortalaması; KG'da 90.78 ± 37.42 , ÇG'da 93.41 ± 34.25 , Sodyum değeri ortalaması; KG'da 137.53 ± 4.29 , ÇG'da 137.80 ± 3.45 , Glikoz değeri ortalaması; KG'da 148.36 ± 59.72 , ÇG'da 156.68 ± 66.29 , ALT değeri ortalaması; KG'da 20.88 ± 12.58 , ÇG'da 21.03 ± 8.99 , AST değeri ortalaması; KG'da 23.61 ± 9.48 , ÇG'da 27.90 ± 14.23 , CRP değeri ortalaması; KG'da 14.86 ± 10.31 , ÇG'da 14.92 ± 10.23 olarak bulundu (Tablo 4.4).

T1 zamanında;

Vücut ısısı ortalaması; KG'da 36.52 ± 0.42 , ÇG'da 36.53 ± 0.49 , kalp hızı ortalaması; KG'da 84.30 ± 6.15 , ÇG'da 84.07 ± 6.15 , solunum sayısının ortalaması; KG'da 21.0 ± 2.96 , ÇG'da 21.31 ± 2.76 , sistolik kan basıncı ortalaması; KG'da 130.61 ± 11.89 , ÇG'da 128.66 ± 9.17 , diyastolik kan basıncı ortalaması; KG'da 74.80 ± 8.23 , ÇG'da 73.82 ± 8.78 , oksijen saturasyon ortalaması; KG'da 91.23 ± 2.86 , ÇG'da 92.39 ± 3.41 olarak ölçüldü. Kreatinin ortalaması; KG'da 1.02 ± 0.57 , ÇG'da 0.98 ± 0.32 , Bun değeri ortalaması; KG'da 16.81 ± 6.32 , ÇG'da 16.47 ± 6.67 , Kolesterol değeri ortalaması; KG'da 161.36 ± 43.95 , ÇG'da 166.92 ± 52.73 , HDL değeri ortalaması; KG'da 42.40 ± 13.33 , ÇG'da 41.45 ± 11.13 , LDL değeri ortalaması; KG'da 96.71 ± 36.51 , ÇG'da 97.03 ± 44.34 olarak; Sodyum değeri ortalaması; KG'da 137.18 ± 2.89 , ÇG'da 137.68 ± 4.25 olarak; Glikoz değeri ortalaması; KG'da 142.88 ± 61.28 , ÇG'da 160.39 ± 80.11 , ALT değeri ortalaması; KG'da 19.50 ± 12.51 , ÇG'da 19.62 ± 13.05 , AST değeri ortalaması; KG'da 21.41 ± 12.33 , ÇG'da 18.56 ± 7.0 , CRP değeri ortalaması; KG'da 40.77 ± 32.31 , ÇG'da 43.77 ± 31.88 olarak bulundu. KG ve ÇG'deki T0 ve T1 zaman dilimlerinde glikoz ve CRP değerlerinin ortalamaları referans aralığının üzerinde bulundu.

KG ve ÇG'deki hastaların, vücut ısısı, kalp hızı, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, oksijen satürasyonu, kreatinin, BUN, kolesterol, HDL, LDL, sodyum, glikoz, ALT, AST ve CRP ortalamaları karşılaştırıldığında, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0.05$) (Tablo 4.4).

4.4.Çalışma Grubundaki Hastaların Kardiyak Cerrahi Rehabilitasyon Programına İlişkin Bilgilerin T0 ve T1 Ölçüm Zamanlarına göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde ÇG'deki hastaların T0 ve T1 ölçümlerindeki kardiyak cerrahi rehabilitasyon programına ilişkin bilgilerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi. ÇG'deki hastaların, KCRP süresinde hangi modülü kullanmak istemesi, modülün sorun çözümüne katkısı, verilen yaşam aktivite günlüğünü (hasta kontrol listesini) kullanma durumu istatistiksel olarak karşılaştırıldı (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Çalışma Grubundaki Hastaların KCRP İlişkin Bilgilerinin Karşılaştırılması (N=51)

Bilgiler	Çalışma Grubu n (%)	
	T0 Ölçümü*	T1 Ölçümü**
KCRP süresinde hangi modülü kullanmak istersiniz		
Solunum egzersizi	46(90.2)	31(60.8)
Yürüme egzersizi	37(72.5)	29(56.9)
Solunum egzersiz cihaz kullanımı	36(70.6)	11(21.6)
Yara bakımı	37(72.5)	27(52.9)
Hastalık bilgi durumu	19(37.3)	15(29.4)
Kullanılan ilaçlar ve araç-gereçler	35(68.6)	4(7.8)
Ağrı kontrolü	32(62.7)	31(60.8)
Alışkanlıklar	1(2)	10(19.6)
Hijyen, banyo-duş	27(52.9)	6(11.8)
Hobi ve Diğer	5(9.8)	0(0)
Psikososyal destek	22(43.1)	20(39.2)
KCRP modülü sorun çözmenize yardımcı olma durumu		
Evet	5(9.8)	15(29.4)
Hayır	12(23.5)	7(13.7)
Kısmen	34(66.7)	29(56.9)
Verilen hasta kontrol listesini kullanma durumu		
Evet	-	23(54.1)
Hayır		28(54.9)
T0' da Verilen hasta kontrol listesini kullanma (Evet)		
Kan basıncı takibi		4(17.4)
Kan Şeker takibi		7(30.4)
Fiziksel Aktivite Günlüğü/Çizelgesi	-	5(21.7)
Göğüs Ağrısı takip çizelgesi		0(0)
Beslenme Çizelgesi		2(8.7)
Kilo takibi		3(13)
İlaç takibi		(8.7)
Sigara ve alkolden uzak durma takibi		0(0)
Randevu Çizelgesi		0(0)
		3(13)

T0: Ameliyattan 1-7 gün öncesi saat 08:00-16:00 arasında, T1:Ameliyattan 14-21 gün sonrası saat 08:00-16:00 arasında

Tablo 4.5.'de ÇG'deki hastaların T0 ve T1 ölçümlerindeki kardiyak rehabilitasyon programına ilişkin bilgilerinin karşılaştırılmasına dair bulgulara yer verildi. T0 ölçümünde; KCRP süresinde en çok kullanılan beş eğitim modülü; solunum

egzersizleri (%90), yürüme egzersizi ve yara bakımı (%72.5), tri fowler kullanımı (%70.6) ve kullanılan ilaçlar ve araç gereçler (%68.6) olarak bulundu. T1 ölçümünde ise en çok kullanılan dört eğitim modülü; ağrı kontrolü ve solunum egzersizi (%60.8), yürüme egzersizi (56.9), yara bakımı (%52.9) olarak bulundu. Kullanılan modülün etkinliği; T0 ölçümünde kısmen diyenlerin oranı %66.7 iken; T1 ölçümünde bu oran %56.9 olarak bulundu. Yaşam aktivite günlüğünü T1 ölçümünde %54.1'nin kullandığını ve en fazla oranla kan şekeri takibi (%30.4) ve fiziksel aktivite günlüğü (%21.7) olarak belirlendi.

4.5.Kontrol ve Çalışma Grubundaki Hastalarda Ölçek Sonuçları ve

Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde KG ve ÇG'deki hastaların ölçek sonuçları ve karşılaştırılmasına dair bulgulara yer verildi. KG ve ÇG'daki hastalar, algılanan stres ölçeği, beck depresyon envanteri, chalder yorgunluk ölçeği, kardiyak rehabilitasyon engelleri ölçeği, richard-campbell uyku ölçeği, sf-12 yaşam kalitesi ölçeği, taburculuk sonrası iyileşme ölçeğinin puan ortalamaları ve alt grup puanları açısından karşılaştırıldı (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Kontrol ve Çalışma Grubunda Ölçeklerin T0 ve T1 Zamanlarındaki Puan Ortalamaları ve Karşılaştırılması (N=111)

Ölçekler	T0 Ölçümü				T1 Ölçümü			
	Kontrol Grubu N=60	Çalışma Grubu N=51	Test	p	Kontrol Grubu N=60	Çalışma Grubu N=51	Test	p
	ortalama±ss**	ortalama±ss**			ortalama±ss**	ortalama±ss**		
Algılanan Stres Ölçeği	44.33±9.65 23-56	44.62±8.99 21-57	t=-0.165	p=0.869	44.18±9.13 20-56	40.03±8.12 24-56	t=2.505	p=0.014
Beck Depresyon Envanteri	15.85±11.94 0-44	15.47±10.55 0-32	t=0.176	p=0.861	15.88±9.70 0-33	8.86±8.87 0-38	t=3.950	p=0.001
Chalder Yorgunluk Ölçeği Fiziksel Alt Bölüm (1-7 Madde) Mental Alt Bölüm (8-11 Madde)	19.58±8.33 13.66±6.26 6.13±3.33	18.68±7.34 12.88±5.70 5.88±2.87	t=0.596	p=0.552	15.28±7.00 4.53±2.27 10.08±4.79	13.03±6.80 4.31±2.30 8.72±4.69	t=1.704 t=1.501 t=0.504	p=0.091 p=0.136 p=0.615
Kardiyak Rehabilitasyon Engelleri Ölçeği (min;21 maks;105) Dışsal Faktörler Bilgi İle İlgili Faktörler Lojistik Faktörler İhtiyaçlar Diğer Sorunlar	47.17±10.29 16.06±4.20 12.21±2.96 7.08±2.40 10.45±4.61 1.90±0.35	45.21±7.07 13.58±2.80 12.47±2.79 6.86±2.28 9.96±1.50 1.94±0.23	t=1.465	p=0.146	47.43±7.65 15.88±3.49 12.18±2.25 7.15±2.49 9.93±1.30 1.96±0.41	42.47±6.18 11.39±1.99 11.86±2.15 6.78±2.10 9.98±1.44 2.05±0.54	t=3.711 t=8.124 t=0.763 t=0.826 t=-0.180 t=-0.993	p=0.001 p=0.001 p=0.447 p=0.410 p=0.857 p=0.323
Richard-Campbell Uyku Ölçeği	55.91±31.57 10-80	57.50±29.23 10-80	t=-0.274	p=0.785	47.66±31.85 10-80	64.47±22.96 10-80	t=-3.137	p=0.002
SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Alt Boyut Mental Alt Boyut	44.91±21.75 43.97±26.98 47.21±20.15	42.48±20.026 43.53±23.27 44.06±20.06	t=0.608	p=0.544	41.14±20.21 38.02±23.35 43.12±20.04	48.74±16.09 47.55±21.72 51.37±14.09	t=-2.165 t=-2.212 t=-2.466	p=0.033 p=0.029 p=0.015
Taburculuk Sonrası İyileşme Ölçeği (%)	58.00±11.90	59.10±11.31	t=-0.497	p=0.621	55.29±12.04	63.27±12.59	t=-3.410	p=0.001
	n (%)	n (%)			n (%)	n (%)		
Algılanan Stres Ölçeği 11-26 puan düşük stres 27-41 puan orta stres 42-56 puan yüksek stres	1(1.7) 15(25) 44(73.3)	1(2) 13(25.5) 37(72.5)	$\chi^2=0.018$	p=0.991	4(6.7) 14(23.7) 42(70)	2(3.9) 27(52.9) 22(43.2)	$\chi^2=10.377$	p=0.006
Beck Depresyon Envanteri 0-9 puan Minimal depresyon 10-16 puan Hafif depresyon 17-29 puan Orta depresyon 30-63 puan Şiddetli depresyon	25(41.7) 5(8.3) 20(33.3) 10(16.7)	18(35.3) 9(17.6) 18(35.3) 6(11.8)	$\chi^2=2.676$	p=0.444	16(26.7) 13(21.7) 27(45) 4(6.7)	30(58.8) 11(21.6) 9(17.6) 1(2)	$\chi^2=14.594$	p=0.002
Chalder Yorgunluk Ölçeği 0-11 puan hafif yorgunluk 12-22 puan orta yorgunluk 23-33 şiddetli yorgunluk	19(31.7) 24(40) 17(28.3)	19(37.3) 20(39.2) 12(23.5)	$\chi^2=0.499$	p=0.779	26(43.3) 32(53.3) 2(3.3)	33(64.7) 17(33.3) 1(2)	$\chi^2=5.059$	p=0.080
Richard-Campbell Uyku Ölçeği 0-25 çok kötü uyku 76-100 çok iyi uyku	18(30) 35(58.3)	13(25.5) 29(56.9)	$\chi^2=0.097$	p=0.756	23(46.9) 26(53.1)	5(13.9) 31(86.1)	$\chi^2=10.262$	p=0.001
SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği 0-50 Düşük yaşam kalitesi 51-70 Orta yaşam kalitesi 71-100 Yüksek yaşam kalitesi	32(53.3) 18(30) 10(16.7)	34(66.7) 13(25.5) 4(7.8)	$\chi^2=2.727$	p=0.256	42(70) 13(21.7) 5(8.3)	28(54.9) 19(37.3) 4(7.8)	$\chi^2=3.328$	p=0.189

Ort. ±SS. *: Ortalama ±Standart Sapma , t test: Bağımsız örneklem t-testi, χ^2 : Ki-kare testi, T0: Ameliyattan 1-7 gün öncesi saat 08:00-16:00 arasında, T1:Ameliyattan 14-21 gün sonrası saat 08:00-16:00 arasında

Tablo 4.6.'da KG ve ÇG'deki hastaların T0 ve T1 zamanındaki puan ortalamaları ve karşılaştırılmasına ilişkin bilgilerinin karşılaştırılması sunuldu.

T0 zamanında;

Algılanan stres ölçeği ortalaması; KG'da 44.33 ± 9.65 (min:23 maks:56), ÇG'da 44.62 ± 8.99 (min:27 maks:51), her iki grup için KG (%73.2); ÇG(%72.5) yüksek düzeyde stresli bulundu. Beck depresyon envanteri ortalaması; KG'da 15.85 ± 11.94 (min:0 maks:44), ÇG'da 15.47 ± 10.55 (min:0 maks:32), her iki grub için KG (%41.7); ÇG(%35.3) minimal depresyonlu bulundu. Chalder yorgunluk ölçeği ortalaması; KG'da 19.58 ± 8.33 , ÇG'da 18.68 ± 7.34 , her iki grup için KG (%40); ÇG(%39.2) orta derecede yorgunluk bulundu.

Kardiyak rehabilitasyon engelleri ölçeği ortalaması; KG'da 47.17 ± 10.29 , ÇG'da 45.21 ± 7.07 , hafif derecede engelli bulundu. Dışsal faktörlerin her iki grup içinde rehabilitasyonu engellediği belirlendi. Richard-campbell uyku ölçeği ortalaması; KG'da 55.91 ± 31.57 (min:10 maks:80), ÇG'da 57.50 ± 29.23 (min:10 maks:80), her iki grub için KG (%58.3); ÇG(%56.9) uyku kalitesi kötü bulundu. SF-12 yaşam kalitesi ölçeği ortalaması; KG'da 44.91 ± 21.75 , ÇG'da 42.48 ± 20.026 , her iki grub için KG (%53.3); ÇG(%66.7) yaşam kalitesi düşük bulundu. Taburculuk sonrası iyileşme ölçeği ortalaması; KG'da 58.00 ± 11.90 , ÇG'da 59.10 ± 11.31 ile orta derecede iyileşme yüzdeliği belirlendi. Gruplar karşılaştırıldığında, tüm bu özelliklerdeki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü ($p > 0.05$).

T1 zamanında;

Algılanan stres ölçeği ortalaması; KG'da 44.18 ± 9.13 (min:20 maks:56), ÇG'da 40.03 ± 8.12 (min:24 maks:56), KG (%70) yüksek düzeyde stresli bulunurken, ÇG (%52.9) orta düzeyde stresli bulundu. Algılanan stres ölçeği açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p < 0.05$). Beck depresyon envanteri ortalaması; zamanında KG'da 15.88 ± 9.70 (min:0 maks:33), ÇG'da 8.86 ± 8.87 (min:0 maks:38), KG (%45) orta düzeyde depresyonlu, ÇG(%58.8) minimal depresyonlu bulundu. Beck depresyon envanteri açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p < 0.05$).

Chalder yorgunluk ölçeği ortalaması; KG'da 15.28 ± 7.00 , ÇG'da 13.03 ± 6.80 , her iki grup için KG (%40); ÇG(%39.2) orta derecede yorgunluk bulundu. Farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü ($p > 0.05$).

Kardiyak rehabilitasyon engelleri ölçeği ortalaması; KG'da 47.43 ± 7.65 , ÇG'da 42.47 ± 6.18 , hafif derecede engelli bulundu. Dışsal faktörlerin her iki grup içinde rehabilitasyonu engellediği belirlendi. Farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p < 0.05$). Richard-campbell uyku ölçeği ortalaması; KG'da 47.66 ± 31.85 (min:10 maks:80), ÇG'da 64.47 ± 22.96 (min:10 maks:80), KG'da (%46.9) uyku kalitesini kötü olarak belirtirken,

ÇG(%13.9) uyku kalitesi kötü bulundu. Farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p<0.05$). SF-12 yaşam kalitesi ölçeği ortalaması; KG'da 41.14 ± 20.21 , ÇG'da 48.74 ± 16.09 , her iki grup için KG (%70); ÇG(%54.9) yaşam kalitesi düşük bulundu. Farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü ($p>0.05$). Fakat alt boyutlarına bakıldığında, mental alt boyut arasında KG (43.12 ± 20.04), ÇG (51.37 ± 14.09)'da orta yaşam kalitesi aralarında istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p<0.05$), (Tablo 4.5.1).

Taburculuk sonrası iyileşme ölçeği ortalaması; KG'da 55.29 ± 12.04 , ÇG'da 63.27 ± 12.59 ile orta derecede iyileşme yüzdeliği belirlendi. Gruplar karşılaştırıldığında farkların (%7.98) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p<0.05$) (Tablo 4.5.2.),



Tablo 4.7. Kontrol ve Çalışma Grubunda Ölçek Puan Ortalamalarının T0 ve T1 Zamanlarına göre Değişimleri ve Karşılaştırılması

Ölçekler	T0 Ölçümü	T1 Ölçümü			T0 Ölçümü	T1 Ölçümü		
	Kontrol Grubu N=60	Kontrol Grubu N=60	Test	p	Çalışma Grubu N=51	Çalışma Grubu N=51	Test	p
	ortalama±ss**	ortalama±ss**			ortalama±ss**	ortalama±ss**		
Algılanan Stres Ölçeği	44.33±9.65 23-56	44.18±9.13 20-56	t=0.090	p=0.926	44.62±8.99 21-57	40.03±8.12 24-56	t=3.167	p=0.003
Beck Depresyon Envanteri	15.85±11.94 0-44	15.88±9.70 0-33	t=-0.019	p=0.986	15.47±10.55 0-32	8.86±8.87 0-38	t=3.489	p=0.001
Chalder Yorgunluk Ölçeği	19.58±8.33	15.28±7.00	t=3.101	p=0.003	18.68±7.34	13.03±6.80	t= 4.174	p=0.001
Fiziksel Alt Bölüm (1-7 Madde)	13.66±6.26	4.53±2.27	t=1.351	p=0.182	12.88±5.70	4.31±2.30		
Mental Alt Bölüm (8-11 Madde)	6.13±3.33	10.08±4.79			5.88±2.87	8.72±4.69	t=-2.419	p=0.019
Kardiyak Rehabilitasyon Engelleri Ölçeği (min;21 maks;105)	47.17±10.29	47.43±7.65			45.21±7.07	42.47±6.18		
Dışsal Faktörler	16.06±4.20	15.88±3.49	t=0.322	p=0.748	13.58±2.80	11.39±1.99	t=2.520	p=0.015
Bilgi İle İlgili Faktörler	12.21±2.96	12.18±2.25			12.47±2.79	11.86±2.15		
Lojistik Faktörler	7.08±2.40	7.15±2.49			6.86±2.28	6.78±2.10		
İhtiyaçlar	10.45±4.61	9.93±1.30			9.96±1.50	9.98±1.44		
Diğer Sorunlar	1.90±0.35	1.96±0.41			1.94±0.23	2.05±0.54		
Richard-Campbell Uyku Ölçeği	55.91±31.57 10-80	47.66±31.85 10-80	t=1.606	p=0.114	57.50±29.23 10-80	64.47±22.96 10-80	t=-1.461	p=0.150
SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği	44.91±21.75 0-82.86	41.14±20.21 2.86-88.57	t=1.168	p=0.247	42.48±20.026 0-91.43	48.74±16.09 14.28-82.86	t=-1.977	p=0.054
Fiziksel Alt Boyut	43.97±26.98	38.02±23.35	t=1.351	p=0.182	43.53±23.27	47.55±21.72	t=-2.419	p=0.019
Mental Alt Boyut	47.21±20.15	43.12±20.04			44.06±20.06	51.37±14.09		
Taburculuk Sonrası İyileşme Ölçeği (%)	58.00±11.90	55.29±12.04	t=1.259	p=0.213	59.10±11.31	63.27±12.59	t=-1.746	p=0.087

Ort. ±SS. *: Ortalama ±Standart Sapma , t; paired t testi, T0: Ameliyattan 1-7 gün öncesi saat 08:00-16:00 arasında, T1:Ameliyattan 14-21 gün sonrası saat 08:00-16:00 arasında

Tablo 4.7.'de KG ve ÇG'deki hastaların ölçek puan ortalamalarının T0 ve T1 zamanlarına göre değişimleri ve karşılaştırılması yer almaktadır. Tablo'ya göre; KG'da; Algılanan Stres Ölçeği, Chalder Yorgunluk Ölçeği, Kardiyak Rehabilitasyon Engelleri Ölçeği, Richard-Campbell Uyku Ölçeği, SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ve Taburculuk Sonrası İyileşme Ölçeği ortalaması T0 ve T1 zamanlarına göre karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0.05$). Beck Depresyon Envanteri ortalamasının her iki zaman aralığında yapılan ölçüm sonuçları (T0 ve T1) karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü ($p < 0.05$).

ÇG'da; Algılanan Stres Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Chalder Yorgunluk Ölçeği, Kardiyak Rehabilitasyon Engelleri Ölçeği ve SF-12 Yaşam Kalitesinin mental alt boyut ölçeği ortalaması T0 ve T1 zamanlarına göre karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p < 0.05$). SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Richard-Campbell Uyku Ölçeği ve Taburculuk Sonrası İyileşme Ölçeği ortalaması T0 ve T1 zamanlarına göre karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0.05$).

5. TARTIŞMA

Ülkemizde, gelişmekte olan ülkelerin çoğunda olduğu gibi KABG cerrahisi sonrası hastaların optimal iyileşmelerini sağlamak, yeni yaşamlarına uyum sağlamalarını kontrol etmek için özel bir program uygulanmamakta, sayılı merkezlerde (24,25) MI hastaları için kardiyak rehabilitasyon programı uygulanmaktadır. Yaptığımız çalışma KABG cerrahisi geçiren hastalarda hemşire liderliğinde uygulanan rehabilite edici girişimlerinin etkisinin incelenmesi amacıyla ülkemizdeki literatürlerde kardiyak cerrahi rehabilitasyon programı ifadesini taşıyan ilk çalışmadır.

Yaş, KABG en önemli nedeni olan koroner arter hastalıklarında değiştirilemeyen risk faktörü olup, yaş artışı ile KABG insidans ve prevalansı artışa sebep olur. KABG’de yaş risk olmaktan ziyade, riske maruz kalma ve komplikasyonları yönetme açısından önemlidir. Dülek ve ark. (2019) kırk yaş ve üstü bireylerde KAH görülme oranının her on yılda belirgin olarak arttığını, erkeklerde 45 yaş ve üzeri, kadınlarda da 55 yaş ve üzerinde olmanın riski artırdığını bildirmişlerdir. (24,95). Çalışmamızda da yaş ortalaması literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir. (96,97).

Çalışmalarda erkek cinsiyetinin KABG operasyonu için risk teşkil ettiği görülmektedir. (98). Kadınlarda erkeklere oranla daha düşük olan KDH riski menopoza birlikte artmaktadır. Östrojen, menopoza öncesi dönemde trombüs oluşumunu önlemek, vasküler endotel hücreleri korumakta, enflamatuvar maddelerin salgılanmasını engellemekte ve böylece ateroskleroz oluşumunu azalmasına rağmen, KABG tanısında her iki cinsiyetin değiştirilebilir risk faktörünü yönetmesini öneriyoruz (99).

Akarsu ve ark. (2013) KABG hastalarında BKİ’nin mortalite etkisine baktığı çalışmada; BKİ artışının KABG artışa neden olduğunu bildirmiştir (100). Önlenebilir risk faktörlerinin yönetimi için yaşam tarzı değişikliği önem arz etmektedir. Yaşam tarzı değişiklikleri temel olarak sigara içiminin bırakılması, akdeniz tarzı bir diyet, orta şiddette günlük bir aerobik egzersiz programı ve ideal vücut ağırlığına ulaşmasına dayanmaktadır (101).Uzun vadede de olsa ideal vücut ağırlığının yönetilmesini öneriyoruz. Çalışmamızda da BKİ ortalaması literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Yaptığımız çalışma, ÇG(%21.5) okuryazar/değil olduğu ve ÇG(21.6)’sının yalnız yaşadığı görülmektedir (Tablo 4.1.). Benzer şekilde Korkmaz ve ark.(2017) yaptığı çalışmada, %21.6’sının okuryazar/değil olduğu ve %5.8’sinin yalnız yaşadığı görülmektedir. Yalnız yaşayanların oranlarında büyük bir artış izlenmekte olup, TÜİK 2024 verilerine göre bu sayı 5.3 milyon kişiye ulaşmıştır (102,103). Hastalığın yönetimi

olarak bütün süreçlerde kişilerin yalnız yaşama durumu sorgulanmalı ve önleyici/koruyucu planlar hazırlanmalıdır.

Hastaların hastalıkla ilgili T0 zamanında KG; %35'i, ÇG;%94'ü ve T1 zamanında KG;%61.7'si, ÇG'nun tamamı hastalığı hakkında bilgi sahibi oldukları görülmektedir. Benzer çalışmalardan Karabiber ve ark. (2023) KABG hastalarına yaptığı çalışmada ÇG'daki hastaların %82.9'u bilgilendirildiği bulunmuştur (104). Karasu ve ark. (2024) yaptığı çalışmada hastaların bilgi düzeyleri arttıkça sağlık algılarının ve yaşam kalitelerinin de arttığı ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğunu buldu (105). Günümüz koşullarında bilgiye erişimin kolay ve tercih edilir düzeyde olması, zaman sınırı olmaksızın erişim imkanının olması, mobil cihazların kullanımının son yıllarda giderek yaygınlaşmıştır. Çalışmamızda da karekod (şekil 3.4.) uygulaması ile T0 ve T1 zamanında ÇG hastalarının bilgilendirildiği ve KG ile aralarında anlamlı farkın olduğu görülmektedir (Tablo 4.2.1). KABG preoperatif poliklinik sürecinde cerrahi hemşiresinin sürece dahil edilmesini önemsiyoruz.

Bilginin kaynağına bakıldığında; T0 zamanında KG'da %33.3'ü, ÇG'da %43.1'i; T1 zamanında KG'da %45.9'u, ÇG'da %70.6'sının sadece hemşireden bilgi aldığı bulunmuştur. Benzer örneklem grubu ile yapılan çalışmada bu oran %59.4 olarak bulundu (106). Nahita ve ark (2022) yaptığı çalışmada hastalara mobil uygulama (My Education: CABG uygulaması) üzerinden eğitim aktarmıştır (107). Farklı çalışmalarda ve çalışmamızda olduğu gibi (karekod uygulaması, mobil aplikasyon geliştirilmesi) yenilikçi teknolojik imkanlarla eğitimci rolümüzü aktif bir şekilde kullanmalıyız.

Hastanın bilgi ihtiyaçlarına bakıldığında; T0 zamanında KG'da %75, ÇG'da %80.4; T1 zamanında KG'da %85, ÇG'da %84.3'ünün en fazla yürüme ve fiziksel egzersiz konusunda olduğu bulundu. Parizad ve ark. (2015) yaptığı çalışmada, fiziksel aktivite ve tedavi şeklinin öncelikli olduğu (108), Almaskari ve ark. (2019) yaptığı çalışmada yara bakımı ve hareket en önemli bilgi ihtiyacı olduğu görülmektedir (109). Bütün bu sonuçlar KABG cerrahisi sonrası hareket ve egzersiz konusunun hastalar tarafından da önemli bulunduğunu ve bilgi gereksiniminin bu nedenle fazla olduğu değerlendirilmiştir. Hasta ve yakınlarına verilecek bilgi, taburculuk eğitimi ve KCR programlarının ana bilgilendirme konularından birinin hareket ve egzersiz konusuna ayrılmasını öneriyoruz. Egzersizin KAH riski taşıyan ve KABG ameliyatı planlanan hastalarda uzun vadeli sonuçları üzerindeki etkisi bilinmektedir. Wolszakiewicz ve ark. (2015) yaptığı çalışmada hastaların en fazla yürüme egzersizi yaptığı çalışmamızı desteklemektedir. Fakat bu konuda yabancı kaynaklarda hastalar ev tabanlı kardiyak

rehabilitasyon programı ile takip edilmektedir (110). KAH'nin ilerleyici düşüşünü yavaşlatmak, hastaneye yatışları azaltmak ve tekrar ameliyatı önlemek için kendi kendine yönetimle, egzersiz programları ve ilgili kanıtlar yerli literatürde neredeyse yok denecek kadar azdır. Bu konuda egzersiz programları oluşturmak, kayıt altına almak ve takip etmek son derece önem arz etmektedir (111). Bu bilgiler sonucunda **H11 “KABG cerrahisi geçiren hastalarda hemşire liderliğinde uygulanan rehabilite edici girişimler hastaların hastalık algılarını etkiler” hipotezi doğrulandı.**

Tablo 4.2.2.'de hastaların T1 zamanında hastalıkla ilgili özelliklerine bakıldığında T1 zamanında ilk üç sorun; KG'da; uyku (%55), ağrı (%73.3), stres (%51.7); ilk üç sorun ÇG'da; uyku (%41.2), ağrı (%68.6), stres (%43.1) olarak bulundu. Tuna ve ark. (2021), benzer bir örneklem grubu ile yaptığı çalışmada uyku sorunları, göğüs ve bacak yara bölgesinde ağrı, solunum sıkıntısı, stres, beslenme değişimi ve yorgunluk olduğunu saptamıştır ve bu sonuçlar araştırmamız ile benzerdir (48).

Tablo 4.2.1'de beslenme alışkanlığını; T0 zamanında KG'da %31.7'si ÇG'da %19.6'sı; T1 zamanında KG'da %68.3'ü, ÇG'da %72.5'i düzensiz olarak bulundu. Lin Güneş ve ark. (2025) tarafından KABG cerrahisi alan hastalarda prognostik beslenme indeksinin (PNİ) mortalite üzerine etkisinin incelendiği geniş örneklem gruplu (N=2889), 54.9 ay takip ortalama süresi olan çalışmada; taburculuk sırasında normal PNİ olan hastalar (>40), daha düşük PNİ olanlara (≤40) kıyasla anlamlı olarak daha uzun dönem sağkalım oranları sergilediği bulundu ($p= 0.003$) (112). Bizim çalışmamızda PNİ hesaplanmamış olmakla beraber bu çalışmada uygulanan eğitim ve danışmanlığa dayalı takibin ÇG hastalarında beslenme durumunun KG'na göre daha iyi olmasında etkisinin olmuş olabileceği değerlendirilmiştir. İleriki çalışmalarda beslenme sorunun yüksek olduğu KABG hastalarına yönelik KCR içerikli eğitim ve danışmanlığın uygulanması ve hastaların PNİ hesaplanması ve takip edilmesi önerilmektedir.

Çalışmamızda hastaların KABG cerrahisine yönelik taburculuk sonrası yaşadığı sorunların tedavisi için kliniğe başvurma oranları Tablo 4.2.2.'de incelenmiştir. Başvuru oranının T1 zamanında KG'da %26.7, ÇG'da %23.5 olarak benzer oranlarda olduğu değerlendirildi. Çalışmamıza benzer şekilde Kaya ve ark. (2018) yaptığı çalışmada, tekrar yatış oranlarını %17.9-%21.3 aralığında bulmuştur (113). Yeniden hastaneye kabul oranlarının düşürülebilmesi için önlenabilir yeniden kabullerin belirlenmesi, sonra bu önlenabilir yeniden kabullerin sebeplerinin belirlenmesi ve buna uygun stratejiler geliştirilmesi gerekmektedir. Strateji kapsamında, hasta eğitim materyallerinin gözden geçirilmesini, taburcu kontrol listesinin geliştirilmesini, personel eğitiminin

sağlanmasında ve Amerika’da kullanılan yeniden yatış algoritmasının ülkemizde de geliştirilerek kliniklerde kullanılması sağlanmalıdır. (114,115).

Çalışmamızda hastanede kalma süresi KG’da ortalama 10.35 ± 2.91 gün (min:6 maks:18), ÇG’da ortalama 10.19 ± 3.45 gün (min:6 maks:21) bulundu. Uncu ve ark.(2014), çalışma yaptığımız kurumda KABG hastaları ile yaptığı çalışmada ortalama taburculuk süresini 6 gün (min:4 maks:20) bulmuştur (116). Preopretif süreçte hemşire liderliğinde risk faktörlerinin doğru yönetilmesi gerekli bakımların/egitimlerin verilmesi bu süreçte önem arz etmektedir.

T1 ölçümünde kalp hızı her iki grupta normal aralığın biraz üstünde olmasına rağmen ÇG’ na göre KG’da daha yüksek bulundu. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (Tablo 4.3). Bu durum kalp hızının, vazoaaktif, sedatif ilaçlardan etkilenmiş olmasından kaynaklanmış olabilir. Benzer şekilde SKB ve DKB ortalamaları ÇG’de KG’ye göre daha yüksekti, ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (Tablo 4.3). Yine aynı şekilde solunum sayısı T0 ve T1 ölçümünde ÇG’da daha yüksek bulundu. T0 ve T1 zaman aralığı açısından T1 zaman aralığında daha yüksek olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Oksijen satürasyon ortalama değerleri T0 ve T1 ölçümünde ÇG’da daha yüksek bulundu. T0 ve T1 zaman aralığı açısından T0 zaman aralığında daha yüksek olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. T0 zaman aralığında oksijen satürasyonu değerlerinin yüksek olması, cerrahi öncesi değerlerle ilişkili olmasıdır (117). KG ve ÇG hastalarında vücut ısıları ortalamaları T0 ve T1 ölçümünde normal değerlerde olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bu durum herhangi bir sorun karşısında gerekli tedavi için doktora başvurmaları ve gerekli tedavileri almış olmasıdır (Tablo 4.3.).

Sayısal ağrı puan ortalamaları; KG ve ÇG hastalarının T1 ölçümünde (ameliyat sonrası) daha yüksek ölçüldü. ÇG hastalarında daha yüksekti. Ayrıca T0 ve T1 ölçümlerinde KG ve ÇG arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. ÇG hastalarına uygulanan rehabilite edici hemşirelik girişimleri ve sedatif ilaçların hastaların ağrı algısında azalmaya neden olduğu düşünülebilir. Ancak ÇG hastalarında sedatif ilaç kullanımına rağmen ağrı algılarının yüksek olmasında insizyonel göğüs ve safen ven kesileri etkili olmuştur.

Kreatinin ortalama değerleri T0 ve T1 ölçümünde normal değerlerdir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Fakat hem T0 zamanında, hem de T1 zamanında uygulanan programlar ve tedaviler kreatinin değerinin normal tutulmasında önemlidir. Ayrıca T1 zamanında kreatinin değer ortalamasının ÇG’da daha düşük olması, ÇG

hastalarına verilen günlük beslenme kılavuzunun etkinliğini ispatlamıştır. Böbrek disfonksiyonu olan hastaların KABG ameliyatından sonraki dönem takipleri ve sıvı elektrolit değerlerinin ayarlanması oldukça önemlidir. Bu hastaların yeterli miktarda idrara çıkmasının sağlanması (>30 ml/saat), elektrolit dengesizliklerinin giderilmesi ve yakın takibi gerekmektedir (118).

Açlık kan glikoz ortalama değeri T0 ve T1 ölçümünde yüksek seviyededir. Hastaların kronik DM hastalığının olması, T0 ve T1 zamanında strese ve hastalığa uyum sürecinde olmaları kan glikoz değerlerini etkiler. Yücel ve ark. (2020), benzer örneklem ile yaptığı çalışmada uzun dönem de kan glikoz seviyelerinin ortalamadan yüksek olduğu görülmektedir. Hemşire liderliğinde beslenme uzmanı, endokrin uzmanı, fizyologlar, KVC ve kardiyoloji uzmanı işbirliği ile hastanın kardiyak cerrahi rehabilitasyon programında takip edilmesinin önemi ortaya çıkmıştır (119).

Hastaların ALT ve AST değerleri hem KG'da hem de ÇG'da T0 zamanında daha yüksek ölçülmüştür. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. T0 zamanında yüksek olmasının nedeni miyokard hasarı, preoperatif dönemde artmış sağ atriyal basınç, uzamış KABG zamanı bu değerleri etkiler (120). Tablo 4.3.'de belirtildiği üzere hastaların T0 ve T1 dönemlerinde, sodyum, kolesterol, HDL ve LDL ortalama değerleri normal değerlerde bulundu. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Çalışmamız, Karakılıç ve ark.(2021) yaptığı çalışma ile benzer sonuçlarda bulundu. (121)

CRP değerleri çalışma yapılan klinikte rutin istenmeyen bulgurdandır. Fakat herhangi bir sorun nedeni ile istenen CRP değerlerinde; her iki zaman aralığında (T0 ve T1) yüksek seviyededir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. T1 zamanında hastaların rahatsızlıkları nedeni ile acil/poliklinik; KG'da %31.3, ÇG'da %33.3 ile enfeksiyon şikayeti ile gelmesi, belirtilen zamanında ÇG daki hastaların CRP değerinin yüksek çıkmasını da açıklamaktadır(Tablo 4.3.).

Kalp hastalığı olan hastalarda KR sırasında egzersiz eğitimi önemli bir husustur. Pollock ve ekibi, germe veya esneklik aktivitelerinin bypass ameliyatından 24 saat sonra veya akut MI'dan 2 gün sonra başlayabileceğini önerdi (122). Taylor ve ark. (2019), egzersiz içerikli KR uygulanan 5783 hasta ile egzersiz içerikli KR olmayan kontrol grubuna kıyasla 44 çalışmayı analiz etti. Egzersiz KR'nin, tüm nedenlere bağlı hastaneye yatışları azalttığını buldu (123). T0 ve T1 zamanlarında ÇG hastalarının fiziksel egzersiz eğitim alması belirtilen literatürle uyumludur. Stres ve depresyon, kalp hastalıklarının gelişimi için risk faktörleridir. Geçmiş raporlar, stres azaltma ve psikolojik müdahalenin olumlu kardiyak sonuçlarla ilişkili olduğunu göstermiştir (124). Wurst ve ark.(2019),

kardiyak hastalarda psikolojik müdahalenin egzersiz kapasitesi ve iyileşme üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu bildirmektedir. Psikolojik müdahale alan hastalar, KR'nin sonunda kontrol grubuna göre daha dirençlidir. On iki aylık takipte, müdahale grubundaki fiziksel aktivite seviyesi, kontrol grubuna göre haftada 94 dakika daha yüksekti ($p < 0.001$), (125). Çalışmamızda kısa vadeli iyileşme sinyalleri görüldü, ancak uzun dönem etkileri için takip önerilmektedir. Pehlivan ve ark. (2021)'nin, yapmış olduğu KABG ameliyatı olan 75 hastanın dahil edildiği randomize kontrollü bir çalışmada, tele-hemşirelik yönteminin uygulandığı grupta anksiyete, komplikasyon ve tekrar yatış oranlarının anlamlı olarak azaldığı bildirilmiştir (126). Çalışmalarda KABG hastaların isteklerinin ameliyat öncesi ve sonrası hemşire liderliğinde belirlenmesi, bu konularda eğitim/danışmanlık girişimlerinin multidisipliner şekilde verilmesi çalışmamızda da önemi vurgulanan bir konu oldu.

KABG ve ameliyat geçirme zorunluluğu hastaların duygusal durumlarını etkilemekte, kişilerde stres ve depresyon gibi duygusal değişiklikler oluşturmaktadır. Stres ve depresyon, kalp ameliyatı geçiren hastalarda yaygındır ve bildirilen prevalansı %15 ila %38 arasında değişmektedir (127). Amaravathi ve ark. (2018), KABG hastaları üzerinde beş yıl süreli takip çalışmalarında hastaların streslerinin ve depresyonlarının uzun dönem devam ettiğini, kardiyak eğitim programı ile anlamlı azalma sağladığını buldu (128). Lai VKW ve ark. (2021), benzer örneklem ile yapmış olduğu çalışmada, uygulanan hemşirelik girişimlerinin hastaların kaygı düzeylerini düşürebileceğini belirtti (129). Hwang ve ark. (2015), kalp cerrahisi hastalarına hemşire rehberliğinde terapi eğitimlerinin, kalp cerrahisi sonrası depresif semptomların azaltılmasında etkili olduğunu bildirdi (130). Çalışmamızda algılanan stres ölçeği ve beck depresyon envanteri puanları arasında T0 zamanında KG ve ÇG arasında istatistiksel olarak fark bulunmazken, T1 zamanında KG ve ÇG arasında istatistiksel olarak fark vardı. Aynı zamanda ÇG'da T0 ve T1 zaman arasında da fark bulundu. Çalışmamızda yukarıdaki literatürle uyumlu olarak, ÇG hastalarına uygulanan KCRP'nin hastaların stres ve depresyon algılarının azalmasında etkili olduğu kanısına varılmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda **H1₂** ve **H1₃** **“KABG cerrahisi geçiren hastalarda hemşire liderliğinde uygulanan rehabilite edici girişimler hastaların algılanan streslerini ve depresyon algılarını etkiler” hipotezleri doğrulandı.**

Kalp hastalarının en önemli sorunlarından birinin yorgunluk olduğu, hastaların çoğunun orta ya da şiddetli derecede yorgunluk yaşadığı belirtilmiştir Hastalarda ortaya çıkan aşırı yorulma, kısmen kötü doku perfüzyonuna, nöroendokrin sistemin aşırı

aktivitesine, artmış sitokin seviyelerine, iskelet kaslarının kondisyonunun kaybolmasına neden olan düşük kardiyak debi den kaynaklanmaktadır. Dokuların ihtiyacı olan oksijen karşılanmadığı için yorgunluk ve halsizlik oluşur (131). Yorgunluk özellikle KABG sonrası 2-4 hafta içerisinde görülür. Sitokin seviyeleri ve opioid kullanımı uyku bozukluklarına neden olur ve bu cerrahiden sonraki akut yorgunluğun uykusuzluğun en önemli nedenlerinden biri olarak kabul edilir (132,133). Chou ve ark.(2023), benzer örnekleme yaptığı çalışma sonucunda, kalp cerrahisi öncesi hastaların %73.6'sında yüksek yorgunluk buldu ve taburcu olduktan sonraki altı ay içinde devam ettiğini belirledi. Hastaların uzun süreli bakımı için yorgunluğu ve uyku kalitesinin iyileştirilmenin önemini vurguladı (134). MF Tsai ve ark. (2019), KABG ameliyat öncesi, 1. hafta, 6. hafta ve 3. aylık zamanlarda hastalarda yorgunluk ve uyku sorunun devam ettiğini, hemşire liderliğinde ameliyattan önce iyileşme modellerinin belirlenmesi ve bireyselleştirilmiş bakım uygulamanın gerekli olduğunu belirtti (135). Bizim çalışmamızda Chalder Yorgunluk Ölçeği puanları arasında T0 ve T1 zamanında KG ve ÇG arasında istatistiksel olarak fark bulunmazken, T0 ve T1 zaman arasında fark bulundu. Literatürle uyumlu olarak, hastaların ameliyat öncesi şiddetli yorgunluk ve sonrası uzun dönem boyunca yorgunluğun nedenlerine yönelik önleyici girişimler planlanmalıdır. Bu bilgiler sonucunda **H14 “KABG cerrahisi geçiren hastalarda hemşire liderliğinde uygulanan rehabilite edici girişimler hastaların yorgunluklarını etkiler” hipotezi doğrulandı.**

KABG ameliyatı, bir bireyin refahının birçok yönünü etkileyen çeşitli stres faktörleri içerir. Bu stresörler uyku kalitesini olumsuz etkiler. Ayrıca serum kortizol düzeylerindeki artış ve serum melatonin düzeylerinde azalma gibi hormonal değişiklikler uyku kalitesini bozar ve hastalarda uyku sorunlarına neden olur (136). Araştırmalar, KABG hastalarının neredeyse yarısının (%43) uyku sırasında ciddi düzensiz nefes alma deneyimlediğini ve yarısından fazlasının (%67) uyku apnesi yaşadığını bildirmiştir (137). Çalışmamızda T1 zaman diliminde KG hastalarının (%46.4) uyku sorunu bulunurken, ÇG bu oran (%13.9) düşmesinde, uykuyu etkileyen faktörlerin (psikososyal alanda yaşadıkları sorunlar, bilgi eksikliği, hastanede ortamı, kaygı, depresyon, etkisiz bireysel baş etme, ölüm kaygısı) hemşire liderliğinde rehabilite edici girişimlerle kontrol edilebileceği ispatlandı. Bu bilgiler sonucunda **H17 “KABG cerrahisi geçiren hastalarda hemşire liderliğinde uygulanan rehabilite edici girişimler hastaların uyku kalitesini etkiler” hipotezi doğrulandı.**

KABG cerrahisi, hastanın karşılaştığı semptomları, sağkalımı ve yaşam kalitesini iyileştiren önemli bir cerrahi prosedürdür. Ne yazık ki, KABG sonrası hastaların yaşam kalitesi tüm alanlarda iyileşmez ve hatta bazı hastalar ameliyattan sonra sağlıkla ilgili daha düşük yaşam kalitesi yaşarlar (138,139). Yaşam kalitesi çalışmaları, cerrahi öncesi ve sonrası tedavi arasında yaşam kalitesinde farklılık gösterir. Kardiyak cerrahi sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, ameliyat öncesi yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi ile ameliyat sonrası yaşam kalitesinin karşılaştırılmasını içerir. KABG'den sonra hastalar sıklıkla ağrı, rahatsızlık, depresyon duyguları, sabır eksikliği, genel iyilik hali kaybı ve işlem öncesi ile aynı seviyede işlev görmeme bildirirler. Bu duygular hastanın yaşam kalitesini ciddi şekilde bozabilir (140,141). Pasaric ve ark. (2020), koroner kalp hastalığı olan hastaların ameliyat öncesi yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. Çalışmasında ameliyattan bir ay sonra yaşam kalitesi düzeldini, ancak yine de yetersiz olduğu bulundu. Ameliyattan bir yıl sonra hemen hemen tüm alt ölçeklerde yüz güldürücü sonuçlar elde edildiğini belirtti (142). Yapılan bir çalışmada, yaşam kalitesinde düşük yoğunluklu egzersizler, SF-12 fiziksel alt boyutunda iyileşmeye ve kardiyovasküler adaptasyonu hızlandırdığı bulundu (142). Yapılan başka bir çalışmada egzersiz rehabilitasyon eğitimi ile ameliyat öncesi ve KABG'den 3 ay sonra yürüme mesafesini, yürüyüş hızını ve katılımı iyileştirdiği bulundu (143).

Psikosomatik semptomlar ve yaşam kalitesindeki mental boyutlar özellikle anksiyete, temel yaşam tarzı alışkanlıkları ile değiştirilebilen sirkadiyen ritminde düzensizlik ile ilişkili olabilir (144). Yapılan çalışmada stresli yaşam olayları, duygusal sıkıntı ve kişilik faktörler gibi değişkenler yaşam kalitesinin mental alt boyutunu etkilediği belirlendi (145). Ayrıca çalışmalarda hastaya özel uygulamalarla, kalp hastalığı için risk faktörü olan stresi ve kardiyovasküler tepkileri azalttığı (örneğin, kan basıncı, kalp atış hızı) ve yaşam kalitesini iyileştirdiği bulundu (146).

KABG hastaları için ülke dışı yapılan çalışmalarda; kardiyak rehabilitasyon uygulanan hastalarda yaşam kalitesinin arttığı (147), iyileşmeyi hızlandırdığı(148), fiziksel egzersiz kapasitesini arttırdığı (149), psiko-duygusal iyileşmeyi hızlandırdığı(150), komplikasyonların azalmasına ve kalp verimliliğini iyileştirdiğini (SVEF % 1.5, $p < 0.05$) bulunmuştur (151). Literatür ile uyumlu şekilde çalışmamızda T1 zamanında yapılan rehabilite edici girişimlerin yaşam kalitesindeki mental alt boyut arasında KG ve ÇG arasında istatistiksel fark bulundu. Yaşam kalitesi farklı yaşam kavramlarından oluşur. Stratejiler hastanın ihtiyacına göre kısa ve uzun süreli multidisipliner sağlık üyelerince yapılmalıdır. Bu bilgiler sonucunda **H16 “KABG**

cerrahisi geçiren hastalarda hemşire liderliğinde uygulanan rehabilite edici girişimler hastaların yaşam kalitesini etkiler” hipotezi doğrulandı.

KABG uygulamaları büyük ve riskli cerrahi girişimler olarak kabul edilmekte olup, bu tedavi şekli hastalarda görülen cerrahi sürece ve immobilizasyona bağlı olarak sorunlar görülebilmektedir. Bu sorunlar arasında nefes darlığı, ağrı, halsizlik, uykusuzluk, korku, bacak ödemi, yara enfeksiyonu, çarpıntı ve sindirim sorunları yer alabilir. KABG cerrahisi geçiren hastaların %9,4 ile %23’ü ameliyat sonrası 30 gün içinde yeniden hastaneye yatırılmaktadır. Ameliyat sonrası iyileşme dönemi fizyolojik/psikolojik değişikliklerin ve yan etkilerin görülebildiği karmaşık bir süreçtir. Ameliyat sonrası dönemde, hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik haline ulaşması ve bağımsız olarak günlük yaşam aktivitelerini sürdürme yeteneğini en yakın zamanda yeniden kazanması iyileşme sürecinde beklenen hedeflerdir (152-154). O’Neill ve ark.(2021), çalışmalarında cerrahi uygulanan hastaların ameliyat sonrası iyileşmeyi olumsuz etkileyen fiziksel ve psikososyal problemler yaşadığını bildirmişlerdir (155).

Hastanın kendini fiziksel fonksiyonları konusunda yeterli hissetmesi, fiziksel aktivitelerinin, yaşama dair istek ve arzularının, iyileşme algılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun yanı sıra egzersiz aktivite boyutunda etkililik beklentisi arttıkça istek ve arzu düzeyleri artmaktadır. Hastalar kendilerini psikososyal açıdan daha yeterli hissettikçe fiziksel, psikolojik, genel semptomlar, istek arzu ve iyileşme sürecine ilişkin güçlükler azalmaktadır. Bu sonuçlar ameliyat sonrası süreçte hastaların iyileşme sürecine önemli katkı sağladığını göstermektedir (156,157).

Çalışmamızda da T1 zamanında uygulanan rehabilite edici girişimlerin KG ve ÇG hastaları arasında taburculuk sonrası iyileşme sonuçları arasında istatistiksel fark ($p=0.001$) bulunması yapılan çalışmalar ile uyumludur. Bu bilgiler sonucunda **H18 “KABG cerrahisi geçiren hastalarda hemşire liderliğinde uygulanan rehabilite edici girişimler hastaların hastalığa uyum süreçlerini ve iyilik hallerini etkiler” hipotezi doğrulandı.**

Kardiyak rehabilitasyonun faydaları arasında; semptomlarda azalma, iş gücünde ve egzersiz toleransında artış, kan lipid düzeylerinde iyileşme, arterosklerotik damar tıkanıklıklarında azalma, tütün ürünleri kullanımında azalma, psikolojik ve fizyolojik iyileşme, stres yönetimi sağlama, yeni koroner ataklarda azalma, total morbidite ve mortalitede azalma bulunmaktadır. Kardiyak rehabilitasyonun, miyokard enfarktüsü (MI), perkütan translüminal koroner anjiyoplasti (PTKA), koroner arter bypass grefti (KABG) geçiren hastalara, kalp nakli olan hastalara, stabil seyreden kronik kalp

yetmezliği olan hastalara, periferik arter hastalığı olanlara, kalp kapakçığı replasmanı olanlara ve stabil seyreden KVVH tanısı konmuş bireylere uygulanması uygundur (158-161).

Orta gelirli ülkelerde altı milyon kişiye bir program düşmekte ve uygun hasta grubunun yalnızca %50'den daha azı programa yönlendirilmektedir. Türkiye'de koroner arter bypass greft (KABG), miyokard infarktüsü, perkütan koroner müdahaleler, infarktüsü akut miyokard iskemisi geçiren hastaların yalnızca %7,3'ünün KR ye yönlendirildiğini göstermiştir (159,160).

Çalışmamızda, kardiyak rehabilitasyon engelleri ölçeği ortalaması; KG'da 47.42.47±6.18, orta derecede engelli bulundu. Dışsal ve bilgi faktörlerinin her iki grup içinde rehabilitasyonu engellediği belirlendi. Farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p<0.05$). Parmaksız ve ark.(2022) ve Liu ve ark.(2021) yaptığı çalışmada da hastaların KR engeller algısı orta düzey olarak bildirilmiştir (161,162).

Çalışmamızda daha çok bilgi eksikliği ve hastaların erişimindeki dışsal faktörler (iş ve aile sorumlulukları, hava koşulları, zaman kısıtlamaları) alt boyutları KR ye katılımı etkileyen faktörler olarak belirlenmiştir. Hastaların %7,3'ünün KR ye yönlendirildiği ülkemizde bu konuda hastalara bilgi vermenin, KR birçok merkezde uygulanmaya başlamasının diğer engelleri de azaltacağı düşünülmektedir. Bu bilgiler sonucunda **H15 “KABG cerrahisi geçiren hastalarda hemşire liderliğinde uygulanan rehabilite edici girişimler hastaların kardiyak cerrahi rehabilitasyon algısını ve memnuniyetlerini etkiler” hipotezi doğrulandı.**

Bu çalışma, KABG cerrahisi geçiren hastalarda hemşire liderliğinde uygulanan rehabilite edici girişimlerinin etkisinin incelenmesi ve hasta izleniminin değerlendirilmesi amacıyla; kardiyak cerrahi rehabilitasyon programının hastaların algılanan streslerini, depresyon durumunu, yorgunluklarını, kardiyak cerrahi rehabilitasyon algısını ve memnuniyetlerini, yaşam kalitesini, uyku kalitesini, hastalığa uyum süreçlerini ve iyilik halinin belirlenmesi kanıtlayarak literatüre önemli bir katkı sağlamaktadır.

Bulgular, hemşire liderliğinde uygulanan rehabilite edici girişimlerin (kardiyak cerrahi rehabilitasyon programı) hastalar üzerinde algılanan streslerini, depresyonlarını, yorgunluklarını, kardiyak cerrahi rehabilitasyon algısını ve memnuniyetlerini, yaşam kalitesini, uyku kalitesini, hastalığa uyum süreçlerini ve iyilik halinin iyileştirilmesi konusunda yarar sağladığı ve KCR programının etkili olduğunu kanıtlanmıştır. Ayrıca

literatüre kardiyak cerrahi rehabilitasyon programı terimini kazandırması yönünden çok önem arz etmektedir.

Gelecekte yapılacak çalışmalara, klinik uygulamalara, hastanelerde kardiyak cerrahi rehabilitasyon ünitesi oluşturulmasına, kardiyak rehabilitasyon çalışmalarına, kanıta dayalı hemşirelik müdahalelerinin geliştirilmesine katkı sağlaması beklenmektedir.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Bu çalışma, KABG cerrahisi geçiren hastalarda hemşire liderliğinde uygulanan rehabilite edici girişimlerinin etkisini ortaya koymaktadır. Uygulanan kardiyak cerrahi rehabilitasyon programı sonucunda hastaların; stresi ve depresyonu azalttığı, uyku, yaşam kalitesini, taburculuk sonrası iyileşmeyi hızlandırdığı, kardiyak cerrahi rehabilitasyon algısını ve memnuniyetlerini arttırdığı ortaya çıkmaktadır. Ayrıca elde edilen bulgular hemşirelik liderliğinde kardiyak cerrahi rehabilitasyon programının multidisipliner olarak kliniklerde uygulamasının önemini vurgulamaktadır. Çalışma bulguları, rehabilite edici girişimleri güçlü bir şekilde desteklemektedir.

6.2.Öneriler

- Kardiyak cerrahi rehabilitasyon programı kalp damar cerrahisi kliniklerinde hemşire liderliğinde uygulanmalıdır.
- Kardiyak cerrahi rehabilitasyon programının uzun vadeli etkilerini değerlendiren, daha geniş örneklem gruplarıyla ve daha geniş zaman aralığında yapılan çalışmaların yapılmasını,
- Kardiyak cerrahi rehabilitasyon programının (KCRP) geliştirilmesi ve ulusal sağlık politika rehberlerine dahil edilmesini,
- Hastanelerde KCRP hemşire liderliğinde multidisipliner ekiplerin koordinasyonunu sağlayacak yapıların oluşturulmasını,
- KABG cerrahisi planlanan ve uygulanan hastalarda, kardiyak cerrahi rehabilitasyon programını hemşire liderliğinde uygulanmasını öneriyoruz.

Tez Çalışmasından Kliniğe Katkı: Ayrıca araştırmamızın sonuçları KSÜ Rektörlüğü Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği ile paylaşılacaktır. Kardiyak Cerrahi Rehabilitasyon Programı ünitesinin kurulması hedeflenmekte olup, multidisipliner olarak hemşire liderliğinde faaliyet göstermesi sağlanacaktır.

6.3.Sınırlılıklar

Bu çalışmanın sınırlı yönleri arasında, tek bir merkezde gerçekleştirilmiş olması nedeniyle bulgularının genellenebilirliğinin sınırlı kalması, yalnızca kısa vadeli etkilerin değerlendirilmiş olması ve çalışılan kurumda kardiyak rehabilitasyon ve kardiyak cerrahi rehabilitasyon programlarını uygulayacak ünitelerinin olmaması yer almaktadır. Ayrıca, bireysel farklılıkların ve çevresel faktörlerin tam olarak kontrol edilememesi, sonuçları etkilemiş olabilir.

Buna karşılık, çalışmanın güçlü yönleri arasında, hemşire liderliğinde KRCP uygulanmasını multidisipliner şekilde uygulanması ve değerlendirilmesinde bir KDC profesörünün yer alması, rehabilite girişimleri uygulamak için çalışma yapanlara yer tahsis edilmesi, rehabilite girişimlere aile/bakım veren kişilerin destek olması, karekod uygulaması ile verilerin ulaşılabilirliğinin sağlanması yer almaktadır. Ayrıca araştırma sonuçlarının literatüre KARDİYAK CERRAHİ REHABİLİTASYON PROGRAMI terimini katması son derece önemlidir.

KAYNAKLAR

1. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
Erişim Tarihi: 01.02.2025
2. Tfelt-Hansen, J., Garcia, R., Albert, C., Merino, J., Krahn, A., Marijon, E., ... & Haugaa, K. H. (2023). Risk stratification of sudden cardiac death: a review. *Europace*, 25(8), euad203.
3. Woodruff, R. C., Tong, X., Khan, S. S., Shah, N. S., Jackson, S. L., Loustalot, F., & Vaughan, A. S. (2024). Trends in cardiovascular disease mortality rates and excess deaths, 2010–2022. *American journal of preventive medicine*, 66(4), 582-589.
4. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709>
5. Bracewell, N. J., Plasschaert, J., Conti, C. R., Keeley, E. C., & Conti, J. B. (2022). Cardiac rehabilitation: effective yet underutilized in patients with cardiovascular disease. *Clinical cardiology*, 45(11), 1128-1134.
6. W.C., Lawton, J.S., Tamis-Holland, J.E., Bangalore, S., Bates, E.R., Beckie, T.M., ... & Zwischenberger, BA (2022). Koroner arter revaskülarizasyonu için 2021 ACC/AHA/SCAI kılavuzu: Amerikan Kardiyoloji Koleji/Amerikan Kalp Derneği Klinik Uygulama Kılavuzları Ortak Komitesi'nin bir raporu. *Amerikan Kardiyoloji Koleji Dergisi*, 79(2), e21-e129.
7. Rao, S. V., O'Donoghue, M. L., Ruel, M., Rab, T., Tamis-Holland, J. E., Alexander, J. H., ... & Williams, M. S. (2025). 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI guideline for the management of patients with acute coronary syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 151(13), e771-e862.
8. Thuan, PQ., Chuong, PT.; Nam, NH., Dinh, NH. Coronary Artery Bypass Surgery: Evidence-Based Practice. *Cardiology in Review* 33(4):p 344-351, July/August 2025. | DOI:10.1097/CRD.0000000000000621.
9. Sadeghi, M., Hashemi, M., Sararoudi, R.B., Merasi, M.R., Molaeinezhad, M. ve Shamsolketabi, H. (2017). Demographic and psychological predictors of recovery from coronary artery bypass graft. *Journal of Education and Health Promotion*, 6,1-13.

10. Üstündağ, H., & Aslan, F. E. (2011). Koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastanın bakımı ve konforu. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 15(1), 22-28.
11. Lie, I., Bunch, E.H., Smeby, N.A., Arnesen, H. ve Hamilton, G. (2012). Patients' experiences with symptoms and needs in the early rehabilitation phase after coronary artery bypass grafting. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11(1), 14-24.
12. Kobra, P., Vahid, Z., Sima, L.D., Mitra, M.S., Nasser, S. (2013). Patient's Perception of Stressors Associated with Coronary Artery Bypass Surgery. *Journal of Cardiovascular and Thoracic Research*, 5(3), 113-117.
13. Taylor RS, Brown A, Ebrahim S, Jolliffe J, Noorani H, Rees K, Skidmore B, Stone JA, David Thompson DR, Oldridge ND. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The American Journal of Medicine*, Volume 116, Issue 10, 682 – 692.
14. Lie, I., Bunch, E.H., Smeby, N.A., Arnesen, H. ve Hamilton, G. (2012). Patients' experiences with symptoms and needs in the early rehabilitation phase after coronary artery bypass grafting. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11(1), 14-24.)
15. Højskov, I.E., Moons, P., Egerod, I., Olsen, P.S., Thygesen, L.C., Hansen, N.V., La Cour, S., Bech, K.H., Borregaard, B., Gluud, C. and Winkel, P., 2019. Early physical and psycho-educational rehabilitation in patients with coronary artery bypass grafting: A randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 51(2), pp.136-143).
16. Polsook R, Aunguroch Y. A cross-sectional study of factors predicting readmission in Thais with coronary artery disease. *Journal of Research in Nursing*. 2020;26(4):293-304. doi:10.1177/1744987120946792
17. <https://www.leedsth.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/08/Rehab-After-Surgery-booklet.pdf>. Erişim Tarihi: 01.02.2025
18. <https://www.cardiacrehabilitation.org.uk/site/> Erişim Tarihi: 01.02.2025
19. Price, Kym Joanne, et al. "A review of guidelines for cardiac rehabilitation exercise programmes: is there an international consensus?." *European journal of preventive cardiology* 23.16 (2016): 1715-1733.

20. Pack, Quinn R., et al. "Participation in cardiac rehabilitation and survival after coronary artery bypass graft surgery: a community-based study." *Circulation* 128.6 (2013): 590-597
21. Chen, J. O., Liu, J. F., Liu, Y. Q., Chen, Y. M., Tu, M. L., Yu, H. R., ... & Liu, S. F. (2018). Effectiveness of a perioperative pulmonary rehabilitation program following coronary artery bypass graft surgery in patients with and without COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 1591-1597.
22. Salavati, M., Falahinia, G., Vardanjani, A. E., Rafiei, H., Moosavi, S., & Torkamani, M. (2015). Comparison between effects of home based cardiac rehabilitation programs versus usual care on the patients' health related quality of life after coronary artery bypass graft. *Global journal of health science*, 8(4), 196.
23. Lee, S., & Collins, E. G. (2021). Factors influencing physical activity after cardiac surgery: an integrative review. *Heart & Lung*, 50(1), 136-145
24. <https://mehmetakifersoyeah.saglik.gov.tr/TR-59905/kardiyak-rehabilitasyon-merkezi.html>. Erişim Tarihi: 01.02.2025
25. <https://www.memorial.com.tr/saglik-rehberi/kardiyak-rehabilitasyon> Erişim Tarihi: 01.02.2025
26. Lopez, V., Ying, C. S., Poon, C. Y., & Wai, Y. (2007). Physical, psychological and social recovery patterns after coronary artery bypass graft surgery: a prospective repeated measures questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 44(8), 1304-1315.
27. Zaree A, Dev S, Yaseen Khan I, et al. (September 26, 2023) Cardiac Rehabilitation in the Modern Era: Optimizing Recovery and Reducing Recurrence. *Cureus* 15(9): e46006. DOI 10.7759/cureus.46006).
28. Sazak, Y., Kanadlı, K. A., & Olgun, N. (2021). Kardiyak Rehabilitasyon Ekip Çalışmasında Hemşirenin Rol Ve Sorumlulukları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(3), 217-226.
29. Cossette, Sylvie, et al. "Randomized controlled trial of tailored nursing interventions to improve cardiac rehabilitation enrollment." *Nursing research* 61.2 (2012): 111-120.
30. Vanzella, Lais Manata, et al. "A Systematic Review of Interventions With an Educational Component Aimed at Increasing Enrollment and Participation in

Cardiac Rehabilitation." *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention* (2023): 10-1097.

31. Thomas, R. J., Beatty, A. L., Beckie, T. M., Brewer, L. C., Brown, T. M., Forman, D. E., ... & Whooley, M. A. (2019). Home-based cardiac rehabilitation: a scientific statement from the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, the American Heart Association, and the American College of Cardiology. *Circulation*, 140(1), e69-e89.
32. McAdam JL, Puntillo K. Yoğun bakım ünitelerindeki hastaların aile üyelerinin deneyimlediği semptomlar. *Am J Crit Care*. 2009;18:200–209.
33. Rafiemanesh H, Rajaei-Behbahani N, Khani Y, ve diğerleri. İran'ın merkezinde yaygın kanserlerin insidans eğilimi ve epidemiyolojisi. *Glob J Heal Sci*. 2016;8:146. 7 Machine Translated by Google M. Akar ve ark. *Kardiyolojide Güncel Sorunlar* 49 (2024) 102221
34. Uchmanowicz I, Łoboz-Rudnicka M, Szelağ P, ve diğerleri. Kalp yetmezliğinde kırılabilirlik. *Curr Kalp Yetmezliği Temsilcisi* 2014;11:266–273.
35. Sarrafzadegan N, Mohammadifard N. Son 40 yılda İran'da kardiyovasküler hastalıklar: yaygınlık, mortalite, morbidite, zorluklar ve bu hastalıklara yönelik stratejiler kardiyovasküler önleme. *Arch Iran Med*. 2019;22(4):204–210.
36. Bansilal S, Castellano JM, Fuster V. Küresel kardiyovasküler hastalık yükü: kardiyovasküler hastalığın ikincil önlenmesine odaklanma. *Int J Cardiol*. 2015;201:S1–S7
37. Üyeler C, Gibbons RJ, Abrams J, ve diğerleri. ACC/AHA 2002 kronik stabil anjinali hastaların yönetimi için kılavuz güncellemesi—özet makale: Amerikan kardiyoloji koleji/Amerikan kalp derneği uygulama kılavuzları görev gücü raporu (kronik stabil anjinali hastaların yönetimi komitesi). *Circulation*. 2003;107:149–158. *Circulation*.
38. Gaudino, M., Hameed, I., Robinson, N. B., Ruan, Y., Rahouma, M., Naik, A., Weidenmann, V., Demetres, M., Y Tam, D., Hare, D. L., Girardi, L. N., Biondi Zoccai, G., & E Fremes, S. (2021). Angiographic Patency of Coronary Artery Bypass Conduits: A Network Meta-Analysis of Randomized Trials. *Journal of the American Heart Association*, 10(6), <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.019206>
39. Akar, M., Miri, K., Mazloun, S. R., Hajiabadi, F., Hamed, Z., Vakilian, F., & Dehghan, H. (2024). The impact of cardiopulmonary rehabilitation in phase II cardiac rehabilitation program on the health-related quality of life of patients

- undergoing coronary artery bypass graft Surgery. *Current Problems in Cardiology*, 49(2), 102221.
40. Benedetto, U., Gaudino, M. F., Dimagli, A., Gerry, S., Gray, A., Lees, B., Flather, M., Taggart, D. P., & ART Investigators* (2020). Postoperative Atrial Fibrillation and Long-Term Risk of Stroke After Isolated Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Circulation*, 142(14), <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.046940>
41. Ahraz, M. (2018). Koroner anjiyografi sonrası koroner arter bypass greft cerrahisi önerilen hastalarda hemşirenin eğitici hasta danışmanlığı rolünün hastanın anksiyete ve cerrahi kararına etkisi (Master's thesis, Hasan Kalyoncu Üniversitesi).
42. Balanuye, B., & Bulut, H. (2021). Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde uyum süreci. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(3).
43. Yerokun, Babatunde A.; Williams, Judson B.; Gaca, Jeffrey; Demirci, Peter K.; Karaca, Matta T.. Akut koroner sendromlu hastalarda koroner arter baypas cerrahisi için endikasyonlar, algoritmalar ve sonuçlar. *Koroner Arter Hastalığı* 27(4):p 319-326, Haziran 2016. | DOI: 10.1097/MCA.00000000000000364
44. W.C., Lawton, J.S., Tamis-Holland, J.E., Bangalore, S., Bates, E.R., Beckie, T.M., ... & Zwischenberger, BA (2022). Koroner arter revaskülarizasyonu için 2021 ACC/AHA/SCAI kılavuzu: Amerikan Kardiyoloji Koleji/Amerikan Kalp Derneği Klinik Uygulama Kılavuzları Ortak Komitesi'nin bir raporu. *Amerikan Kardiyoloji Koleji Dergisi*, 79(2), e21-e129.
45. Rao, S. V., O'Donoghue, M. L., Ruel, M., Rab, T., Tamis-Holland, J. E., Alexander, J. H., ... & Williams, M. S. (2025). 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI guideline for the management of patients with acute coronary syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 151(13), e771-e862.
46. Padak, M. (2023). Kardiyopulmoner Bypass' ta Görülebilen Nörolojik Komplikasyonlar. *MEHES JOURNAL*, 1(1), 34-42.
47. Akman, Ü. G., & Ünlü, H. (2024). The Importance of Mobility in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Syedra Sağlık Dergisi*, 1(1), 26-33.

48. Emre, Ö., & Tuna, A. (2021). Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası telefon ile izlenmesinin bakım sonuçlarına etkisi. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(1), 44-53.
49. Eren, F. (2018). Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastalara taburculuk sonrası tele-hemşirelik hizmeti ile verilen danışmanlığın, depresyon anksiyete ve stres düzeyine etkisi.
50. Head, S. J., Milojevic, M., Taggart, D. P., & Puskas, J. D. (2017). Current practice of state-of-the-art surgical coronary revascularization. *Circulation*, 136(14), 1331-1345.
51. Koyuncu, A. (2019). Koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası uyanma sürecinde yoğun bakımda aile varlığının cerrahi stres yanıtı etkisinin incelenmesi.
52. Kahraman, H., ve Kurşun, Ş. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimini uygulama durumları. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*; 2022. 4(3), s. 258-268. 21. Low,
53. M., Burgess, L.C., Wainwright, T.W., Pgcert, P., and Mcsp, H. Patient information leaflets for lumbar spine surgery: a missed opportunity. *Journal of Patient Experience*; 2020. 7(6),s. 1403–1409
54. Ameliyat sonrası gelişmiş iyileşmenin uygulanması için kılavuz. İçinde: *Perioperatif Uygulama için Yönergeler. AORN A.Ş.*; 2025: 339-374.
55. GERDAN, B., & YILMAZ, Ü. D. (2022). Koroner Arter By-Pass Greft Cerrahisi Öncesi ve Sonrası Hastaların Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi: Tanımlayıcı Çalışma. *Türkiye Klinikleri Cardiovascular Sciences*, 34(1).
56. Para, D., & Ata, E. E. (2024). Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olan Hastalara Uygulanan Psikoeğitim Ve İlerleyici Rahatlama Egzersizinin Ameliyata Bağlı Kaygı Düzeyi Üzerine Etkileri. *Doğu Karadeniz Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 90-105.
57. Centers for Medicare, Medicaid Services. Decision memo for cardiac rehabilitation programs (CAG-00089R), Baltimore, MD: Centers for Medicare and Medicaid Services, 2006.
58. Wenger NK. Kardiyak rehabilitasyon. Klinik uygulama kılavuzu, no. 17. Rockville, Md.: ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı, Halk Sağlığı Servisi, Sağlık Hizmetleri Politikası ve Araştırma Ajansı; 1995.
59. Leon AS, Franklin BA, Costa F, et al. Koroner kalp hastalığının kardiyak rehabilitasyonu ve ikincil önlenmesi: Klinik Kardiyoloji Konseyi (Egzersiz,

- Kardiyak Rehabilitasyon ve Önleme Alt Komitesi) ve Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Metabolizma Konseyi'nden (Fiziksel Aktivite Alt Komitesi) Amerikan Kardiyovasküler ve Pulmoner Rehabilitasyon Derneği ile işbirliği içinde bir Amerikan Kalp Derneği bilimsel açıklaması [yayınlanan düzeltme Dolaşımında görünmektedir.. 2005; 111(13):1717]. Tedavül. 2005; 111(3):369-376.
60. Rauch, B., Salzwedel, A., Bjarnason-Wehrens, B., Albus, C., Meng, K., Schmid, J. P., ... & Kardiyak Rehabilitasyon Rehber Grubu. (2021). Avrupa'nın Almanca konuşulan ülkelerinde kardiyak rehabilitasyon—Almanya, Avusturya ve İsviçre'den kanıta dayalı kılavuzlar LLKardReha-DACH—Bölüm 1. Klinik Tıp Dergisi, 10(10), 2192
61. Stephens, M. B. (2009). Cardiac rehabilitation. American family physician, 80(9), 955-959.
62. Premkumar S, Ramamoorthy L, Pillai AA. Impact of nurse-led cardiac rehabilitation on patient's behavioral and physiological parameters after a coronary intervention: A pilot randomized controlled trial. J Fam Community Med 2022;29:17-23.
63. Balady GJ, Williams MA, Ades PA et al. Core Components of Cardiac Rehabilitation/ Secondary Prevention Programs: 2007 Update A Scientific Statement From the American Heart Association on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Circulation 2007;115:2675-2682.
64. Lawler P R, Filion KB, Eisenberg M J. Efficacy of exercise-based cardiac rehabilitation post-myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. American heart journal 162;4:571-584
65. Karahan, Z. (2022). Koroner Arter Hastalarında Egzersiz Reçetesi ve Fiziksel Aktivite Danışmanlığı. Hitit Medical Journal, 4(3), 118-122.
66. Jiang W, Zhang Y, Yan F, Liu H, Gao R. Effectiveness of a nurse-led multidisciplinary self-management program for patients with coronary heart disease in communities: A randomized controlled trial. Patient Educ Couns 2020;103:854-6

67. Santiago DA, Chaves GS, Davies P, Taylor RS, Grace SL. Interventions to promote patient utilisation of cardiac rehabilitation. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;2:CD007131.
68. Haybar H, Shirani T, Pakseresht S. Evaluation of cardiac rehabilitation on functional capacity in depressed and non-depressed patients after angioplasty. *J Family Med Prim Care* 2018;7:1304-8. 12.
69. Ogmundsdottir Michelsen H, Nilsson M, Scherstén F, Sjölin I, Schiopu A, Leosdottir M. Tailored nurse-led cardiac rehabilitation after myocardial infarction results in better risk factor control at one year compared to traditional care: A retrospective observational study. *BMC Cardiovasc Disord* 2018;18:167.
70. Mares MA, McNally S, Fernandez RS. Effectiveness of nurse-led cardiac rehabilitation programs following coronary artery bypass graft surgery: A systematic review. *JBIC Database System Rev Implement Rep* 2018;16:2304-29.
71. Kamath DY, Xavier D, Gupta R, Devereaux PJ, Sigamani A, Hussain T, et al. Rationale and design of a randomized controlled trial evaluating community health worker-based interventions for the secondary prevention of acute coronary syndromes in India (SPREAD). *Am Heart J* 2014;168:690-7. 2
72. Ghannem M, Ghannem L, Ghannem L. Cardiac rehabilitation after myocardial infarction. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)* 2015;64:517-26.
73. Grace SL, Abbey SE, Shnek ZM, et al. Cardiac rehabilitation II: referral and participation. *Gen Hosp Psychiatry*. 2002;24:127–134.
74. Hartog J, Blokzijl F, Dijkstra S, et al. Heart Rehabilitation in patients awaiting Open heart surgery targeting to prevent Complications and to improve Quality of life (Heart ROCQ): study protocol for a prospective, randomised, open, blinded endpoint (PROBE) trial. *BMJ Open* 2019;9:e031738. doi:10.1136/ bmjopen-2019-031738
75. Cohen, J. (1992). Statistical power analysis. *Current directions in psychological science*, 1(3), 98-101.
76. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL. et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts): Developed with the

- special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur J Prev Cardiol 2016;23:NP1-96. 14.
77. Piepoli MF, Corrà U, Adamopoulos S, Benzer W, Bjarnason-Wehrens B, Cupples M, et al. Secondary prevention in the clinical management of patients with cardiovascular diseases. Core components, standards and outcome measures for referral and delivery: A policy statement from the cardiac rehabilitation section of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation. Endorsed by the Committee for Practice Guidelines of the European Society of Cardiology. Eur J Prev Cardiol 2014;21:664-81.
78. Dikmen, B. T., & Van Giersbergen, M. Y. (2021). Koroner Arter Bypass Graft Ameliyatı Geçiren Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri. Gevher Nesibe Journal Of Medical And Health Sciences, 6(13), 68-73.
79. https://www.bhf.org.uk/-/media/files/information-and-support/publications/heart-conditions/his23_1117_cardiacrehab_a6.pdf?rev=b9712d52271e452b9f9160d537143823
80. McNeely C., Markwell S., Vassleva C. Trends in Patient Characteristics and Outcomes of Coronary Artery Bypass Grafting in the 2000 to 2012 Medicare Population. Ann. Thorac. Surg. 2016;102:132-138. doi: 10.1016/j.athoracsur.2016.01.016.
81. Dalirirad, H., Najafi, T., & Seyedfatemi, N. (2021). Effect of an educational support programme on caregiver burden among the family members of patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. Sultan Qaboos University Medical Journal, 21(2), e266.
82. Kaplan, M.B., Yağcı, İ., ve Göçmen, S. (2018). Kardiyak rehabilitasyon programının bakım veren kişilere yönelik faydası. Akdeniz Tıp Dergisi, 201-205.
83. Aydın, N.S., Doğan, S.C., Yücel, H., Zorlu, A., ve Yılmaz, M.B. (2018). Miyokard infarktüsü geçirmiş hastalarda hastanede kardiyak rehabilitasyon ve ev egzersiz programının etkileri. Cumhuriyet Tıp Dergisi (ELEKTRONİK), 40 (1), 746-754.
84. Eskin, M., Harlak, H., Demirkıran, F., & Dereboy, Ç. (2013). Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: güvenirlik ve geçerlik analizi. New/Yeni Symposium Journal, 51(3), 132-140.
85. Dikmen, M. (2020). Beck Depresyon Envanteri II'nin Öğretmen Adayları Üzerinde Güvenirlik ve Geçerliliğinin İncelenmesi. Turkish Studies, 4137-4150.

86. Adın, R. M., Ceren, A. N., Salcı, Y., Fil Balkan, A., Armutlu, K., & Ayhan Kuru, Ç. (2022). Dimensionality, psychometric properties, and population-based norms of the Turkish version of the Chalder Fatigue Scale among adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 20(1), 161.
87. Coşkun, Ö. K., Yağcı, İ., Göçmen, S., & Sağdıç, B. Ö. (2019). Validity and reliability of the Turkish version of “cardiac rehabilitation barriers scale”. *Gulhane Medical Journal*.
88. Özlü, Z. K., & Özer, N. (2015). Richard-Campbell uyku ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 2(2), 29-32.
89. Soylu, C., & Kütük, B. (2021). SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1-9.
90. Eti Aslan, F., Çınar, F., Korkmaz, E., & Azizoğlu, H. (2021). Validity and reliability study of the Turkish form of Post-Discharge Surgical Recovery Scale. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 29(2), 158-166.
91. https://www.bhf.org.uk/-/media/files/information-and-support/publications/heart-conditions/his23_1117_cardiacrehab_a6.pdf?rev=b9712d52271e452b9f9160d537143823 Erişim Tarihi: 01.02.2025
92. <https://www.leedsth.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/08/Rehab-After-Surgery-booklet.pdf>. Erişim Tarihi: 01.02.2025
93. <https://www.ouh.nhs.uk/patient-guide/leaflets> Erişim Tarihi: 01.02.2025
94. <https://www.memorial.com.tr/saglik-rehberi/kardiyak-rehabilitasyon> Erişim Tarihi: 01.02.2025
95. Dülek, H., Vural, Z. T., & Gönenç, İ. (2019). Kardiyovasküler hastalıklara etki eden faktörlerin değerlendirilmesi ve kardiyovasküler risk skorlamalarının karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi*, 46(3), 449-459.
96. Marzoog, B. A., Aleksandroviç, K. O., Nikolaevich, T. M. ve Vladimirovich, K. S. (2024). Koroner Arter Sonrası Bypass Graft Komplikasyonları; Potansiyel Nedenler ve Risk Faktörleri. *Yeni Emirates Tıp Dergisi*, 5(1), e100423215574.
97. Borzou, S. R., Amiri, S., Salavati, M., Soltanian, A. R. ve Safarpour, G. (2018). Koroner arter baypas greft cerrahisi geçiren hastalarda kardiyak rehabilitasyon eğitiminin ilk aşamasının öz yeterlik üzerindeki etkileri. *Tahran Üniversitesi Kalp Merkezi Dergisi*, 13(3), 126.

98. Gürbüz, A., Karaağac, E., Çakır, H., Yürekli, İ., Dönmez, K., Öngel, K., & Çakır, M. (2022). Koroner Arter Bypass Greft Operasyonlu Hastaların Birinci Basamakta Koruyucu Sağlık Hizmeti Alma Durumları ve Operasyona Yönelik Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 13(4), 134-144.
99. Ketten Edis E, Bal S. Menopozdaki kadınların kardiyovasküler hastalık riskine Yönelik farkındalık Düzeyleri. *Türk J Cardiovasc Nurs* 2023;14(35):109-116.
100. Akarsu, S. (2013). Koroner arter bypass cerrahisi uygulanan hastalarda vücut kitle indeksinin mortalite ve morbidite üzerine etkisi (Master's thesis, Bursa Uludag University (Turkey)).
101. Yavuzgil, O. (2016). Kararlı koroner arter hastalığı: Epidemiyoloji ve güncel tedavi kılavuzlarının yaklaşımı. *Archives of the Turkish Society of Cardiology/Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 44.
102. Alcan, A. O., Korkmaz, F. D., & Çakmakçı, H. (2017). Koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 25(1), 45-51.
103. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Aile-2024-53898>
Erişim Tarihi: 01.02.2025
104. Karabiber, M., & Dıgın, F. (2023). Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olacak Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Gevher Nesibe Journal of Medical & Health Sciences*, 8 (4), 1070-1078.
105. Karasu, V. E., & Çiğdem, A. K. S. U. (2024). Koroner Arter Bypass Sonrası Hastaların Sağlık Algıları Ve Yaşam Kalitesi. *Gevher Nesibe Journal Of Medical And Health Sciences*, 9(3), 394-402.
106. Dengiz, K. S., & Tanyer, D. K. (2020). Hastaneye Başvuran Kalp Damar Hastalarının Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Kullanımı. *J Health Nurs Manag*, 7(3), 402-11.
107. Noor Hanita, Z., Khatijah, L. A., Kamaruzzaman, S., Karuthan, C. ve Raja Mokhtar, R. A. (2022). Koroner arter baypas greft (KABG) ameliyatı geçiren hastalar için 'MyEducation: CABG uygulamasının' geliştirilmesi ve fizibilitesi üzerine bir pilot çalışma. *BMC hemşirelik*, 21(1), 40.

108. Parizad, R., Shabestari, M. M., Movasegi, A., Porshahbaz, E., & Shafayi, K. (2015). Koroner arter baypas grefti uygulanan hastaların eğitim ihtiyaçları. *Tıp Bilimi ve Keşif*, 2(5), 297-300.
109. Almaskari, A. A., Al Noumani, H., Al-Omari, K. ve Al Maskari, M. A. (2019). İki Umman hastanesinde hastaların ve hemşirelerin koroner arter baypas greft öğrenme ihtiyaçlarına ilişkin algıları. *Sultan Qaboos Üniversitesi Tıp Dergisi*, 19(2), e122.
110. Wolszakiewicz, J., Piotrowicz, E., Foss-Nieradko, B., Dobraszkievicz-Wasilewska, B. ve Piotrowicz, R. (2015). Koroner arter baypas greftleme sonrası hastalarda yeni bir egzersiz yürüyüş eğitimi modeli. *Polonya Kalp Dergisi (Kardiologia Polska)*, 73(2), 118-126.
111. Cohan, G. N., Reeder, K. M. ve Vacek, J. L. (2014). Koroner arter baypas greft cerrahisini takiben diyet ve egzersiz müdahaleleri: bir gözden geçirme ve harekete geçirici mesaj. *Hekim ve Spor Hekimliği*, 42(2), 119-129.
112. Güneş, L., Liu, Z., Cui, X., Hu, B., Li, W., Pan, Y., ... ve Li, Z. (2025). Koroner arter baypas greftleme cerrahisi alan hastalarda prognostik beslenme indeksinin mortalite üzerine etkisi: retrospektif bir kohort çalışması. *Kalp*.
113. Kaya, S., Güven, G. S., & Aydan, S. (2018). Hastanelere yeniden yatış hızlarının değerlendirilmesi: İç hastalıkları servislerinde yapılan bir prospektif kohort çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(1), 127-150.
114. Deo, S. V., Raza, S., Altarabsheh, S. E., Deo, V. S., Elgudin, Y. E., Marsia, S., ... & Sabik III, J. F. (2019). Koroner arter baypasından sonra 30 günlük yeniden kabulü tahmin etmek için risk hesaplayıcı: stratejik bir karar destek aracı. *Kalp, Akciğer ve Dolaşım*, 28(12), 1896-1903.
115. Kline, L. E. (2015). KABG Cerrahisini Takiben Yetişkinlerde En İyi Uygulamaların Uygulanmasının 30 Günlük Yeniden Kabul Oranları Üzerindeki Etkileri.
116. Uncu, H., Acıpayam, M., Badak, T. O., Halıcı, Ü., Gençaslan, M., Doğan, P., ... & Özsöyler, İ. (2014). Kliniğimizde Opere Olan CABG Olgularında Preoperatif Risk Faktörleri ve Erken Dönem Sonuçlarımız: 75 Yaş ve Üzeri ile 40-60 Yaş Gruplarının Karşılaştırılması. *Van Tıp Dergisi*, 21(1), 17-21.
117. Xiang, Y., Zhao, F. Q., Luo, T. ve Zeng, L. (2023). Koroner arter baypas greftlemesinden sonra pulmoner komplikasyon riskini azaltmak için inspiratuar

- kas eğitimi: sistematik bir inceleme ve meta-analiz. *Kardiyovasküler tıpta sınırlar*, 10, 1223619.
118. Şener, T., Şefik Köprülü, A., Eren Karpuzoğlu, O., Acar, L., Temur, B., & Gerçekoğlu, H. (2013). Kronik böbrek disfonksiyonu olan hastalarda atan kalpte koroner arter baypas cerrahisinin klinik sonuçları.
119. Yücel, H., & Şenarslan, D. A. (2020). Koroner Arter Baypas Greft (KABG) Ameliyatı Olan Hastalarda Aterosklerozun İlerlemesi ile Hematolojik Parametreler Arasındaki İlişki. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 29-34.
120. Tüdeş, O. (2013). Açık kalp cerrahisi sonrası karaciğer fonksiyon testi ve hiperbilirubinemi (Master's thesis, Bursa Uludag University (Turkey)).
121. Karakiliç, Ş. (2021). Koroner Arter Hastalarında Periferik Arter Hastalığının Sıklığı, Mortalite ve Morbidite üzerine Etkisi (Doctoral dissertation, Dokuz Eylul Üniversitesi (Turkey)).
122. Vanhees L, Rauch B, Piepoli M, et al. Kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde kardiyovasküler sağlığın yönetiminde fiziksel aktivite ve egzersizin özelliklerinin ve modalitelerinin önemi (Bölüm III). *Eur J Önceki Cardiol*. 2012; 19:1333–56.
123. Taylor RS, Uzun L, Mordi IR, Madsen MT, Davies EJ, Dalal H, Rees K, Singh SJ, Gluud C, Zwisler AD. Kalp yetmezliği için egzersiz temelli rehabilitasyon: Cochrane sistematik inceleme, meta-analiz ve deneme sıralı analizi. *JACC Kalp Yetmezliği*. 2019.
124. Blumenthal JA, Wang JT, Babyak M, Watkins L, Kraus W, Miller P, et al. Stres yönetimi eğitimi ile standart kardiyak rehabilitasyonun geliştirilmesi: Geliştirilmiş çalışma için arka plan, yöntemler ve tasarım. *J Kardiyopulm Rehabilitasyonu Önceki* 2010; 30(2):77–84.
125. Wurst R, Kinkel S, Lin J, Goehner W, Fuchs R. Kardiyak rehabilitasyonda psikolojik bir grup müdahalesi yoluyla fiziksel aktiviteyi teşvik etmek: randomize kontrollü bir çalışma. *J Davranış Med*. 2019. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00047-y>.
126. Pehlivan K. Açık kalp cerrahisi sonrası tele-hemşirelik yoluyla verilen eğitim ve danışmanlığın ameliyat sonrası anksiyete ve komplikasyonlar üzerine etkisinin incelenmesi, Yüksek lisans tezi, Gaziantep Üniversitesi; 2021.

127. Lai VKW, Ho KM, Wong WT, Leung P, Gomersall CD, Underwood M J, et al. Effect of preoperative education and ICU tour on patient and family satisfaction and anxiety in the intensive care unit after elective cardiac surgery: A randomised controlled trial. *BMJ Quality & Safety*. 2021; 30(3), 228–235. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010667> .
128. Amaravathi E, Ramarao NH, Raghuram N, Pradhan B. Yoga-based postoperative cardiac rehabilitation program for improving quality of life and stress levels: fifth-year follow-up through a randomized controlled trial. *Int J Yoga* 2018; 11(1), 44–52. doi.org/10.4103/ijoy.IJOY_57_16 .
129. Lai VKW, Ho KM, Wong WT, Leung P, Gomersall CD, Underwood M J, et al. Effect of preoperative education and ICU tour on patient and family satisfaction and anxiety in the intensive care unit after elective cardiac surgery: A randomised controlled trial. *BMJ Quality & Safety*. 2021; 30(3), 228–235. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010667>.
130. Hwang B, Eastwood JA, McGuire A, Chen B, Cross-Bodán R, Doering LV. Cognitive behavioral therapy in depressed cardiac surgery patients: role of ejection fraction. *J Cardiovasc Nurs* 2015; 30(4), 319–324. doi: 10.1097/JCN.000000000000015 .
131. Kuvancı Demir, A. (2013). Kalp transplantasyonu adayı hastalarda yorgunluk ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi (Master's thesis, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
132. Oğul, B., & Ergin, G. (2020). Koroner arter baypas greft cerrahisi olan hastalarda kronik yorgunluğun incelenmesi. *Temel ve Klinik Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 168-173.
133. MJ. The combined effect of vitamin C and omega-3 polyunsaturated fatty acids on fatigue following coronary artery bypass graft surgery: a triple-blind clinical trial. *J Complement Integr Med* 2019;21;16.
134. Chou, H. L., Yang, T. H., Lin, H. H., Hsu, H. L. ve Chiou, A. F. (2023). Kalp cerrahisi sonrası hastalarda yorgunluk yörüngesi ve ilişkili faktörler: Uzunlamasına bir çalışma. *Klinik Hemşirelik Dergisi*, 32(15-16), 4638-4648.
135. Tsai, M. F., Tsay, S. L., Moser, D., Huang, T. Y. ve Tsai, F. C. (2019). KABG sonrası hastalarda daha kötü sonuçları öngören semptom yörüngelerinin incelenmesi. *Avrupa Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 18(3), 204-214.

136. Gökbayrak, R., Koyuncu, A., & Yava, A. (2024). Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisinde Uyku ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Türk Uyku Tıbbı Dergisi*, 11(2).
137. Liao WC, Huang CY, Huang TY, Hwang SL. Kalp ameliyatından sonra uyku düzenleri ve uykuyu bozan faktörlerin sistematik bir incelemesi. *J Nurs Res*. 2011;19(4):275-288.
138. Bishawi, M.; Hattler, B.; Almassi, G.H.; Spertus, J.A.; Quin, J.A.; Collins, J.F.; Grover, F.L.; Shroyer, AL Randomize açık / kapalı baypas (ROOBY) çalışmasında koroner arter baypas greftlemeyi takiben sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde kötüleşme ile ilişkili preoperatif faktörler. . *Kalp J*. 2018, 198, 33–38.
139. Jurvinena, O.; Saarinenb, T.; Julkunen, J.; Huhtala, H.; Tarkkaa, M.R. Koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve fonksiyonel kapasitedeki değişiklikler. *Eur. J. Kardiyotorak. Cerrahi*. 2003, 24, 750-756.
140. Noyez, L. Kalp cerrahisi sonrası yaşam kalitesi abartılıyor mu? *Sağlık Kalitesi Yaşam Sonuçları* 2014, 12, 62.
141. Zolfaghari, M.; Mirhosseini, S.J.; Bağbeheşti, M.; Efşani, A.; Muazzam, S.; Golabchi, A. Koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası fizyoterapinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi: Randomize bir çalışma. *J. Arş. Med. Sci*. 2018, 23, 56.
142. Pačarić, S., Turk, T., Erić, I., Orkić, Ž., Petek Erić, A., Milostić-Srb, A., ... ve Nemčić, A. (2020). Koroner arter baypas greftleme (KABG) öncesi ve sonrası hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi: prospektif bir çalışma. *Uluslararası Çevre Araştırmaları ve Halk Sağlığı Dergisi*, 17(4), 1417.
143. Sawatzky JA, Kehler DS, Ready AE, Lerner N, Boreskie S, Lamont D, et al Elektif koroner arter baypas greft cerrahisi hastaları için prehabilitasyon programı: Pilot randomize kontrollü bir çalışma *Clin Rehabil*. 2014; 28:648–57
144. Moon, E., Partonen, T., Beaulieu, S., & Linnaranta, O. (2022). Melatonergic agents influence the sleep-wake and circadian rhythms in healthy and psychiatric participants: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Neuropsychopharmacology*, 47(8), 1523-1536.
145. Takousi MG, Schmeer S, Manaras I, Olympios CD, Makos G, Troop NA, et al Koroner revaskülarizasyon sonrası sağlıkla ilgili yaşam kalitesi: Meta-analiz

- Hellenic J Cardiol ile sistematik bir inceleme. 2016 PII: S1109-9666(16)30145-2.
146. Lakkireddy D, Atkins D, Pillarisetti J, Ryschon K, Bommana S, Drisko J, et al Paroksizmal atriyal fibrilasyonda yoganın aritmi yükü, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisi: YOGA kalbim çalışması J Coll Cardiol. 2013; 61:1177–82.
147. Goel, K., Paket, Q. R., Lahr, B., İhanet, K. L., Lopez-Jimenez, F., Yaverler, R. W., ... ve Thomas, R. J. (2015). Kardiyak rehabilitasyon, kombine kalp kapakçığı ve KABG cerrahisi geçiren hastalarda uzun süreli mortalitenin azalması ile ilişkilidir. Avrupa önleyici kardiyoloji dergisi, 22(2), 159-168.
148. Salavati M, Falahinia G, Vardanjani AE, Rafiei H, Moosavi S, Torkamani M. Comparison Between Effects of Home Based Cardiac Rehabilitation Programs Versus Usual Care on the Patients' Health Related Quality of Life After Coronary Artery Bypass Graft. Glob J Health Sci 2016;8(4):196.
149. Origuchi, H., Itoh, H., Momomura, S. I., Nohara, R., Daida, H., Masuda, T., ... ve Goto, Y. (2020). Ayaktan kardiyak rehabilitasyona aktif katılım, koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası daha iyi prognoz ile ilişkilidir - J-REHAB CABG çalışması. Dolaşım Dergisi, 84(3), 427-435.
150. Al Namat, R., Al Namat, D., Ciocoiu, M., Hinganu, M. V., Şorodoc, L., Şorodoc, V., ... ve Felea, M. (2022). Kardiyak rehabilitasyon sırasında KABG hastalarının H-FABP düzeyleri ve psiko-duygusal iyileşmesi. Kardiyovasküler Gelişim ve Hastalık Dergisi, 9(8), 242.
151. Aronov, D., Bubnova, M., Iosseliani, D. ve Orekhov, A. (2019). Koroner baypas greft cerrahisi sonrası koroner kalp hastalığı olan hastalar için bir tıp merkezi ve ev tabanlı kardiyak rehabilitasyon programının klinik etkinliği. Tıbbi araştırma arşivleri, 50(3), 122-132.
152. VURAL, F., & ASLAN, F. E. (2014). Koroner arter baypas greft uygulanan hastalarda düşünme ve müziğin iyileşme sürecine etkisi. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 6(1), 26-37.
153. Waard D, Fagan A, Minnaar C, Horne D. Management of patients after coronary artery bypass grafting surgery: a guide for primary care practitioners. CMAJ. 2021;193(19):E689-E694.
154. Çakır, F., Karacabay, K., & Karaveli Çakır, S. (2024). Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Geçiren Hastaların Öz-Yeterlik Düzeylerinin İyileşme

Durumu Üzerine Etkilerinin İncelenmesi. Türk Kalp ve Damar Hastalıkları Hemşireliği Dergisi, 15(37), 65-72.

155. O'Neill L, Bennett AE, Guinan E, Reynolds JV, Hussey J. Physical recovery in the first six months following oesophago-gastric cancer surgery. Identifying rehabilitative needs: a qualitative interview study. *Disabil Rehabil.* 2021;43(10):1396-1403.
156. Bayram Akkaya S, Karacabay K. Investigation of the effect of ambulation time on Patient outcomes, anxiety and depression. *J Basic Clin Health Sci.* 2022;6(1):217-224.
157. Engelman DT, Ben Ali W, Williams JB, et al. Guidelines for perioperative care in cardiac surgery: enhanced recovery after surgery society recommendations. *JAMA Surg.* 2019;154(8):755-766.
158. Akbulut, E., Tülüce, D., & Kahraman, B. B. (2016). Kardiyak rehabilitasyonda hemşirenin rolü. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(14), 140-146.
159. Kotseva, K., Wood, D., Backer, G. D. & Bacquer, D. D. (2013). Use and effects of cardiac rehabilitation in patients with coronary heart disease: results from the EUROASPIRE III survey. *European journal of preventive cardiology*, 20(5): 817-826.
160. Turk-Adawi, K., Sarrafzadegan, N. & Grace, S. L. (2014). Global availability of cardiac rehabilitation. *Nature Reviews Cardiology*, 11(10): 586-596.
161. Parmaksız, J. (2022). Kardiyak rehabilitasyon programına katılımı etkileyen faktörler (Master's thesis, Istanbul Sabahattin Zaim University (Turkey)).
162. Liu, X., Fowokan, A., Grace, S. L., Ding, B., Meng, S., Chen, X., ... & Zhang, Y. (2021). Translation, Cross-Cultural Adaptation, and Psychometric Validation of the Chinese/Mandarin Cardiac Rehabilitation Barriers Scale (CRBS-C/M). *Rehabilitation research* <https://doi.org/10.1155/2021/5511426> and practice, 14.

EKLER

EK-1 Etik Kurul Onay Formu

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararı

Karar No : 2024/74
Karar Tarihi : 11.6.2024

Sayın Ayla YAVA,

"Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Hemşire Liderliğinde Uygulanan Rehabilitasyon Edici Girişimlerin Hasta Bakım Sonuçları Üzerine Etkisinin Araştırılması" konulu çalışmanızın girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun olduğuna;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Yavuz YAKUT Başkan	
Prof. Dr. Yasemin BEYHAN Üye	Prof. Dr. S. Mine YURTTAGÜL Üye
Prof. Dr. Nermin ÖLGÜN Üye	Prof. Dr. Kezban AYRAMLAR Üye
 İbrahim Halil ERDOĞAN	
Prof. Dr. Nuran TOSUN Üye	(Sorumlu Araştırmacı Olduğundan Katılmadı) Prof. Dr. Ayla YAVA Üye

EK-2 Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 07.12.2024-370827



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



Sayı : E-92860489-044-370827
Konu : Çalışma Yapma İzni(Öğr.Gör.Mehmet
AHRAZ)

07.12.2024

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı)

İlgi : 03.12.2024 tarihli ve 369214 sayılı yazı,

Fakülteniz Hemşirelik Bölümü Öğretim Elemanı Öğr.Gör.Mehmet AHRAZ'ın "Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalarda hemşire liderliğinde uygulanan rehabilite edici girişimlerin hasta bakım sonuçları üzerine etkisinin araştırılması" adlı tez çalışmasını, danışmanları Prof. Dr. Ayla YAVA ve Prof. Dr. Erdiç EROĞLU ile Hastanemiz Kalp ve Damar Cerrahisi Polikliniklerinde uygulaması ilgili bölüm görüşleri doğrultusunda Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Sefa RESİM
Başhekim

Ek: Çalışma Yapma İzni(Öğr.Gör.Mehmet AHRAZ) (2 Sayfa)

Acil Sağlık Hizmetleri olarak hayat kurtarmak için her an hazırız.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSEAAU23R9 Pin Kodu :02552

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/sutcu-imam-universitesi-ehys>

Adres:Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Aşar Kampüsü, 46100 -

Onikişubat/Kahramanmaraş

Telefon:+90 (344) 300 4041 Faks:+90 (344) 300 40 68

e-Posta:hastane@ksu.edu.tr Elektronik Ağ:http://hastane.ksu.edu.tr

Bilgi için: Süreyya Demirtaş

Unvanı: Sağlık Teknikeri



Tel No: 03443004076

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak sorgulanması <https://turkiye.gov.tr/ehd?eK=5637&eD=RSMA7ZRAHVN&eS=370827> adresinden yapılabilir

EK 3 Veri Toplama Formları

..... ÇALIŞMASININ VERİ TOPLAMA FORMU

Sayın katılımcı bu çalışma *Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalarda hemşire liderliğinde uygulanan rehabilitate edici girişimlerin hasta bakım sonuçları üzerine etkisinin araştırılması* amacı ile yapılmaktadır. Ankete verdiğiniz yanıtlar gizli tutulacak üçüncü bir kişi ile paylaşılmayacak, kişisel bilgileriniz isminiz belirtilerek hiçbir yerde açıklanmayacaktır. Size ait bilgiler yalnızca bilimsel çalışmada kullanılacaktır. Bu bilimsel çalışmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Ayla YAVA
Prof. Dr. Erdiç EROĞLU

Ek-1 Hastaların Tanıtıcı Özellikler Formu (Preoperatif süreçte, kontrol/çalışma grubu için)

Öğr. Gör.Mehmet AHRAZ

Tanıtıcı Özellikler				
Yaş :	Yıl			
18-64				
65-74				
≥75*				
Cinsiyet				
Kadın	Erkek			
Medeni Durum	Bekar	Evli		
Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	Çalışıyor			
Eğitim Durumu				
okuyamaz değil /okuyamaz	ilkokul()	ortaokul()	Lise()	üniversite ()
Gelir durumu				
Geliri giderinden az				
Geliri giderine eşit				
Geliri giderinden fazla				
Bki Vücut Ağırlığı (kg.) / Boy uzunluğunun karesi (m2.)**				
8.5 ve altı()	18.5 - 24.9()	25-29.9()	30-39.9()	40 ve üstü ()
İkametgâh Yeri				
İl merkezi ()	Köy ()	İlçe()	Farklı bir il()	
Bakım veren kişiler				
Yalnız yaşıyor ()	Eşi ve çocukları ile ()	Diğer ()		
Son bir ay içinde sigara kullanma durumunuz				
Evet				
Hayır				
Son bir ay içinde alkol kullanma durumunuz				
Evet				
Hayır				
Egzersiz yapar mısınız				
Evet				
Hayır				
(Evet ise) Aşağıdaki egzersizlerden hangisini yaparsınız				
Yürüyüş				
Bağ –bahçe işleri				
Bisiklet kullanma				
Spor				
Namaz kılma				
Günlük işlerinizi yaparken destek alma durumunuz				
Evet	Hayır			
Biyokimyasal Parametreler**				
Kreatinin	Bun	Alt	Ast	Sodyum
Kolesterol	Hdl	Ldl	Crp	Glikoz
Günlük yaşamınızda uyku alışkanlığınızı nasıl tanımlarsınız?				
Düzenli				
Düzensiz				
Daha önceden kardiyak cerrahi geçirme durumunuz				
Evet				
Hayır				
Hastanede kalış süresi (gün)				
Alternatif sağlık ürünleri kullanma durumu				
Evet				
Hayır				
Herhangi bir sorun yaşama durumu				
Evet				
Hayır				
Evet :	Uyku	Fiziksel egzersiz	Beslenme	Stres
	Ağrı	İlaç kullanımı	Solumun	Hijyen
				Yara iyileşmesi ve Enfeksiyon
				Alışkanlıklar
Hastalığı hakkında eğitim alma durumunuz				
Evet				
Hayır				
Evet ise: (kimden)				
Doktor		Doktor ve hemşire	Medya	
Hemşire		Aile yakını		
Alternatif ürün kullanımı				
Evet				
Hayır				
Hangi konularda eğitim almak istersiniz				
Fiziksel egzersiz	Yara bakım eğitimi	Hastalık bilgi yönetimi	Banyo ve hijyen yönetimi	Psikososyal destek
İlaç takibi ve uyumu	Beslenme yönetimi	Ağrı Yönetimi	Alışkanlıkların Yönetimi	
Göğüs ağrısı haric ağrı yaşama durumu				
Evet				
Hayır				
Evetse: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
Pulse Oksimetre Kullanma Durumu				
Evet				
Hayır				
Süre boyunca herhangi bir sorun nedeni ile polikliniğe/kliniğe geldiniz mi				
Evet				
Hayır				
Evetse: enfeksiyon, kardiyoloji, ruh hastalıkları, göğüs hast dahiliye				
Kardiyak Cerrahi Rehabilitasyon Programını biliyor musunuz				
Evet				
Hayır				
*Yaş gruplarında WHO'ya bakıldı, ** Sağlık bakanlığı				

[illegible][illegible]

VÜCUDUNUZU DİNLEYİN SİZİ NE SÖYLÜYDÜ?

AĞRI YÖNETİMİ

1. Ağrı nedir?
Ağrı, vücutta meydana gelen bir hasarı veya tehlikeyi bildiren bir sinyaldir.

2. Ağrı neden önemlidir?
Ağrı, vücudun tehlikeye karşı verdiği bir uyarıdır. Ağrıya duyarlı olmak, yaralanmalardan korunmak için önemlidir.

3. Ağrı nasıl oluşur?
Ağrı, vücutta meydana gelen bir hasarı veya tehlikeyi bildiren bir sinyaldir.

4. Ağrı nasıl yönetilir?
Ağrı, ilaçlarla veya diğer yöntemlerle yönetilebilir.



Kardiyak cerrahi rehabilitasyonun aşamaları

1. Hastanın değerlendirilmesi
Hastanın kardiyak cerrahi sonrası durumu değerlendirilir.

2. Hastanın eğitilmesi
Hastanın kardiyak cerrahi sonrası durumu hakkında eğitilir.

3. Hastanın izlenmesi
Hastanın kardiyak cerrahi sonrası durumu izlenir.

4. Hastanın desteklenmesi
Hastanın kardiyak cerrahi sonrası durumu desteklenir.

5. Ağrı nasıl yönetilir?
Ağrı, ilaçlarla veya diğer yöntemlerle yönetilebilir.

6. Ağrı nasıl yönetilir?
Ağrı, ilaçlarla veya diğer yöntemlerle yönetilebilir.

7. Ağrı nasıl yönetilir?
Ağrı, ilaçlarla veya diğer yöntemlerle yönetilebilir.

8. Ağrı nasıl yönetilir?
Ağrı, ilaçlarla veya diğer yöntemlerle yönetilebilir.



9. Ağrı nasıl yönetilir?
Ağrı, ilaçlarla veya diğer yöntemlerle yönetilebilir.

10. Ağrı nasıl yönetilir?
Ağrı, ilaçlarla veya diğer yöntemlerle yönetilebilir.

11. Ağrı nasıl yönetilir?
Ağrı, ilaçlarla veya diğer yöntemlerle yönetilebilir.

12. Ağrı nasıl yönetilir?
Ağrı, ilaçlarla veya diğer yöntemlerle yönetilebilir.

[illegible][illegible]

VÜCUDUNUZU DİNLEYİN SİZ NE BÖYLÜYÖR?

HOBİLER VE İNŞAATLAR
1. Düşük riskli hobi: yüzmek

Cerrah Ameliyatları sonra iyileşme süreci uzun sürer, yaralı bir hastanın yarası iyileşmezse, hasta genellikle ağır ilaç tedavisi ve en sonuna kadar hasta bakımına, bakımına ve rehabilitasyonuna ihtiyaç duyar.

2. Yüksek riskli hobi: sigara

Cerrah Ameliyatı sonrası iyileşme süreci, sigara kullanımıyla birlikte iyileşme süreci uzar. Sigara kullanımı, iyileşme süreci uzatır ve iyileşme süreci uzatır. Sigara kullanımı, iyileşme süreci uzatır ve iyileşme süreci uzatır.

3. Yüksek riskli hobi: alkol

Cerrah Ameliyatı sonrası iyileşme süreci, alkol kullanımıyla birlikte iyileşme süreci uzar. Alkol kullanımı, iyileşme süreci uzatır ve iyileşme süreci uzatır.

Kardiyak cerrahi rehabilitasyonun aşamaları

1. Aşama: Kardiyak cerrahi rehabilitasyonun ilk aşamasıdır. Bu aşamada hasta kardiyak cerrahi rehabilitasyonun ilk aşamasıdır. Bu aşamada hasta kardiyak cerrahi rehabilitasyonun ilk aşamasıdır. Bu aşamada hasta kardiyak cerrahi rehabilitasyonun ilk aşamasıdır.

2. Aşama: Kardiyak cerrahi rehabilitasyonun ikinci aşamasıdır. Bu aşamada hasta kardiyak cerrahi rehabilitasyonun ikinci aşamasıdır. Bu aşamada hasta kardiyak cerrahi rehabilitasyonun ikinci aşamasıdır. Bu aşamada hasta kardiyak cerrahi rehabilitasyonun ikinci aşamasıdır.

3. Aşama: Kardiyak cerrahi rehabilitasyonun üçüncü aşamasıdır. Bu aşamada hasta kardiyak cerrahi rehabilitasyonun üçüncü aşamasıdır. Bu aşamada hasta kardiyak cerrahi rehabilitasyonun üçüncü aşamasıdır. Bu aşamada hasta kardiyak cerrahi rehabilitasyonun üçüncü aşamasıdır.

Kardiyak Cerrahi Rehabilitasyon Programı Eğitim Kitapçığı (Ek-3.3.1.)

Kardiyak cerrahi rehabilitasyon program içeriği oniki başlık ve 60 soru ve cevaptan oluşmaktadır. Kaynakçada belirtilen (18,19,22-31,39,46-52,69-74, 76-80,81-83,91-94) literatürler tek tek incelenmiş ve araştırmacılar tarafından oluşturuldu. Ayrıca cerrahi hastalıklar anabilim dallarında görevli yedi akademisyenlerden bilimsel görüş alındı. Hasta veya yakınına mobil akıllı telefon veya tabletlerine karekod uygulaması üzerinden erişim sağlandı (Ek-3.3.1.)

1. Ağrı Yönetim: Ameliyatınızdan sonra ağrı ve sızılar yaşamanız normaldir. Herkes farklıdır ve sizin yaşadığınız ağrı ve sızılar başkasının yaşadığı ağrı farklı olabilir. Mümkün olan en kısa sürede tekrar aktif olmanıza yardımcı olmak için yeterli ağrı kesici almanız önemlidir. Tüm ağrı kesici ilaçları reçete edildiği şekilde almanızı önerilir. Bu yeterli değilse lütfen Kardiyak Cerrahi Rehabilitasyon hemşireniz ile görüşün.

Ağrılar hakkında sık sorulan sorular:

- ❖ ***Omuzlarımda neden ağrı oluyor?*** Boynunuzda, omuzlarınızda, sırtınızda ve göğüs bölgenizde rahatsızlık veya uyuşukluk ve diğer hisler hissetmeniz yaygındır. Bunun nedeni, ameliyat sırasında göğsünüzün açık tutulmasıdır. Bu ağrılar, göğüs kemiğiniz iyileştikçe azalacaktır. Kollarınızı hareket ettirmeye devam etmeniz daha sonra açıklanan egzersizleri yapmanız önemlidir. Bu sayede uzun süreli sertlik ve diğer omuz sorunlarının önüne geçilebilir.
- ❖ ***Göğsümde bir kısım karıncalanma ve uyuşma hissediyorum, bunun sebebi nedir?*** Yaranın etrafındaki deride bazı his kaybı alanları olabilir. Bu normaldir ve herhangi bir zarara neden olmaz ve genellikle birkaç hafta sonra normal his geri döner.
- ❖ ***Bacağımdaki yara göğsümdeki yaradan neden daha çok ağrıyor?*** Bacak yaranızdan dolayı biraz rahatsızlık hissetmeniz normaldir, ancak aktif kalmak önemlidir. Ayrıca bu kitapçığın ilerleyen kısımlarında açıklanan egzersizleri de deneyebilirsiniz.

- ❖ ***Ağrı kesici ilaçlarımı ne kadar süreyle almalıyım?*** Geceleri daha fazla ağrı ve rahatsızlık hissettiğinizi fark edebilirsiniz. Ağrılarınız daha az rahatsız edici olmaya başladığında daha az ağrı kesici ilaç almaya başlayabilirsiniz. Ağrılarınızın ve sızılarınızın her hafta daha az olduğunu fark edeceksiniz ve bazı günlerin diğerlerinden daha iyi olduğunu görebilirsiniz. Herkesin iyileşme hızı farklı olduğunu ve bazı ağrıların bir yıla kadar sürebileceğini unutmayın. Bazı insanlar eve ilk geldiklerinde hastanede olduklarından daha fazla rahatsızlık yaşadıklarını fark ederler. Bunun nedeni, hastanede olduğunuzdan daha fazlasını kendiniz için yapma eğiliminde olmanızdır, bu yüzden endişelenmeyin.
- ❖ ***Neden boğazım ağrıyor?*** Ameliyatınız sırasında bir makine (ventilatör) sizin için nefes alır. Solunum tüpü bazen boğazınızı biraz ağrıtabilir ancak bu durum kısa süre sonra düzelmelidir.

2. Yara Bakımı Yönetimi: Yaralarınızın iyileşme hızını etkileyen birçok şey vardır. Bunlar; Cinsiyetiniz, diyabet gibi diğer hastalıklar, yaş, yediğiniz yiyecekler ve cerrahi yöntemdir.

- ❖ ***Yaradan biraz sıvı sızıyor. Bu normal mi?*** Yaranızdan berrak veya kanlı bir sıvı sızmaya başlarsa, lütfen bununla nasıl başa çıkacağınız konusunda size tavsiyelerde bulunacak olan Kardiyak Cerrahi Rehabilitasyon Hemşirenize bildirin. Akıntı sarı veya beyaz renkli olursa, enfekte olabileceği için hekiminize görünmelisiniz.
- ❖ ***Yaramın derisinden parçalar çıktığını fark ettim. Bu normal mi?*** Evet, küçük deri parçalarının çıktığını fark edebilirsiniz. Bu, yara iyileşme sürecinin bir parçasıdır ve tamamen normaldir. Kalbinizdeki ve göğüs duvarınızdaki derin dikişlerin sağlam ve güvenli olduğunu ve cildinizin etrafında gördüğünüz değişikliklerden etkilenmediğini unutmayın.
- ❖ ***Yaram enfeksiyon kapabilir mi ve bunu nasıl anlarım?*** Yaralarınız veya çevresindeki cilt kırmızı, ağrılı, şiş veya sıcak hale gelirse, mümkün olan en kısa sürede Kardiyak Cerrahi Rehabilitasyon Hemşireniz iletişime geçmelisiniz. Etkili yara iyileşmesi için ipuçları:

Taburcu olduktan sonra banyo/duş yapabilirsiniz ancak küvette uzun süre yatmaktan kaçının. Banyo/duş aldıktan sonra yaralarınızı temiz bir havluyla kurulayın. Düzenli duş alarak yaranızı temiz tutun. Bu, bakteri oluşumunu önleyecektir. Yaralara doğrudan sabun veya parfümlü ürünler kullanmayın. Tek başınıza duş almayın. Az yağlı süt ürünleri veya yağsız et gibi proteinler yara iyileşmesine yardımcı olacaktır. Yara iyileşmesi dinlenme ve uyku sırasında

gerçekleşir, bu nedenle yeterli dinlenmeye dikkat edin. Yaranızı hasardan koruyun, yaraya vurma veya yara dokularını koparmayın. Yara için alternatif ürün kullanmayın. Yaranızı koruma olmadan güneşe maruz bırakmamaya çalışın. Yara güneş yanığına meyillidir, bu nedenle üzerini örtün veya tam bir güneş kremi uygulayın (güneş kremi uygulamadan önce cildin bozulmadığından emin olun).

❖ **Göğüs kemiğimin iyileşmesi ne kadar sürer?** Ameliyattan sonra göğüs kemiğiniz yaklaşık on iki hafta sonra tamamen iyileşir. Aşağıdaki durumlarda hekiminize/hemşirenize danışmanız gerekir:

- ❖ Göğüs kemiğiniz daha ağrılı, kaşıntılı veya iltihaplı olduğu için enfeksiyon olduğunu düşünüyorsunuz.
- ❖ Ateşiniz var ve genel olarak kendinizi iyi hissetmiyorsunuz.
- ❖ Göğüs kemiğinizin yeterince sıkı bir şekilde birbirine sabitlenmediğini ve eşit olmayan bir şekilde hareket ettiğini düşünüyorsunuz.

3. Bilgi Yönetimi

❖ **Neden ameliyat olmam gerekti?** Bu tür bir ameliyat, kalp kasına giden kan akışını iyileştirmek, böylece anjinalı hafifletmek ve kalp kasında kalıcı hasar riskini azaltmak için gereklidir. Sorun, kalp kasına yeterli kanın ulaşmasını engelleyen koroner arterlerin daralması veya tıkanmasıyla oluşur. Koroner arter bypass greftleme, tıkalı veya daralmış koroner arterleri baypas ederek kalp kasına giden kan akışını iyileştirir. Kan damarları kollarınızdan, bacaklarınızdan veya göğüs duvarınızdan alınır ve kanı aorttan (şekil 2.1) yeterli kan almayan kalp kası bölgelerine yönlendirmek için kullanılır. Kullanılan baypas greftleme sayısı, daralmış veya tıkalı koroner arterlerinizin sayısına bağlıdır.

❖ **Bacaklarım neden şişer?** Bacaklarındaki damar (safen ven) alınmış olanlarda bacakta biraz şişlik olması beklenir. Bu oldukça normaldir ve ameliyattan sonra 12 aya kadar devam edebilir. Ameliyatınızdan sonra kısa bir süre elastik çorap giymeniz gerekebilir. Taburcu olmadan önce servis hemşireniz, yaklaşık iki ila altı hafta içinde bunların ne zaman çıkarılabileceğini size bildirmelidir. Otururken bacaklarınızı yüksekte tutmak da sıvının geri dönmesine ve şişliğin azalmasına yardımcı olur. Ancak şişlik daha belirgin hale gelirse, yara iyileşme sürecini yavaşlatabileceğinden, hekiminize danışın. Ameliyat edilmemiş bacağınızda herhangi bir şişlik yaşarsanız, lütfen Kardiyak Cerrahi Rehabilitasyon Hemşirenize bildirin.

- ❖ ***Dikişlerimin hepsi eriyor mu?*** Bazen normalde cilt altında eriyen dikişler erimeyebilir. Bu, yaranın üst ve alt kısmında çok yaygındır. Yerinde bırakılırsa enfeksiyona yol açabilir ve iyileşmeyi geciktirebilir. Olası bir durumda hemşirenize görünmelisiniz.
- ❖ ***Bazen parmaklarım uyuşuyor ve karıncalanıyor, özellikle de küçük parmaklarım. Bu normal mi?*** Bu, cerrahın ameliyat sırasında göğsünüzü açması sırasında kollarınızdan aşağı doğru giden sinirlerin 'gerilmesi' nedeniyle olabilir. Bu hisler zamanla ortadan kalkmalıdır. Düzenli egzersiz yapmak yardımcı olacaktır.

4. Hobi ve İnanç Yönetimi

- ❖ ***Oruç ibadetimi yapabilir miyim?*** Ameliyattan sonra iyileşme gerçekleşmemişse, kronik bir hastalığınız varsa (endokrin (şeker hastalığı gibi)), kalp yetmezliği gibi riskli belirtiler varsa ve bunlara bağlı ilaç kullanıyorsanız, tutmamanız sağlığınız açısından daha iyi olur.
- ❖ ***Abdest alabilir miyim?*** Evet normal abdest oturarak, çok fazla eğilmeden alabilirsiniz. Taburcu olduktan sonra 4-5 gün sonra banyo yapabilirsiniz, eğer yara bölgesinde enfeksiyon varsa, abdest alamayacaksanız, teyemmüm abdest alabilirsiniz (hem gusül hem de normal abdest için). Gusül için teyemmüm; normal abdest teyemmüm ile aynıdır.
- ❖ ***Namaz ibadetimi nasıl yapmalıyım?*** Ameliyattan sonraki ilk günlerde kan basıncına, ağrıya ve ameliyat bölgesindeki kesiye bağlı olarak hareketlerinize dikkat etmelisiniz. Oturarak namaz kılabilirsiniz. 6-8. Haftadan sonra bir iyileşme komplikasyonu yoksa normal namaz kılabilirsiniz.
- ❖ ***Ağaçtan meyve toplayabilir miyim (Elma, üzüm, zeytin)?*** Ameliyattan sonra göğüs kemiğiniz tellerle sıkıca bir arada tutulur. 6-8 Hafta boyunca aşağı eğilmemeniz önerilmektedir. Tam bir kemikleşme süreci 1 (bir) yılı bulabilir. Bu zaman sürecinde kendinizi korumalısınız. İlerleyen yıllarda eğilmeden, kendinizi yormadan, ağaca çıkmadan, yaralanma ve düşmelere karşı koruyarak yardımcı olabilirsiniz.
- ❖ ***Evdeki hobilerimi yapmak istiyorum.*** Yapabilirsiniz (resim yapma, bulmaca çözme, dergi/kitap okuma, hafif yürüme, örgü yapma, akranlarınızla kısa sohbet etme vb.).
- ❖ ***Kitap okurken konsantre olmakta zorluk çekiyorum ve bazen görüşüm bulanıklaşıyor. Neden?*** Normalde olduğu kadar iyi konsantre olamadığınızı ve görüşünüzün biraz bulanık olduğunu görebilirsiniz. Bunun, ameliyat sırasında kalp baypas makinesinde olmanızdan kaynaklandığı düşünülmektedir. Görme bozuklukları

birkaç hafta içinde düzelmelidir ancak başka semptomlar yaşıyorsanız veya endişeleniyorsanız, hemşirenize görünün.

- ❖ ***Spor ve hobilerime ne zaman dönebilirim?*** Evdeki ilk birkaç gün boyunca hastanedeki rutininizi koruyun. Evde dolaşın, merdivenleri yavaşça çıkın ve gerektiğinde dinlenin. İlk altı hafta boyunca dolu bir tencere veya tava dolusu patatesten daha ağır bir şey kaldırmayın. Ayrıca en azından ilk altı hafta boyunca ağır alışverişleri kaldırmaktan kaçınmalısınız. Bu zamanda arkadaşlarınız ve akrabalarınız ziyaret etmek isteyebilir, bu keyifli olabilir ama aynı zamanda çok yorucu da olabilir. Onlardan kısa süre kalmalarını ve ziyaretçi sayısını sınırlamalarını isteyin.
- ❖ ***Yüzme*** Yara iyileşme sorunları olmadığı sürece 12 haftadan sonra yüzmeye geri dönebilirsiniz. Yüzme, özellikle fazla kilolu olanlar veya eklem sorunları olanlar için iyi bir genel egzersizdir.
- ❖ ***Bisiklet Sürme*** Bu, bacak gücünüzü ve genel dayanıklılığınızı artırmak için iyi bir egzersizdir. 12 haftadan sonra patikalarda ve sakın yollarda bisiklet sürmeye başlayabilir, kendinizi güvende hissettiğinizde ilerleyebilirsiniz. Egzersiz bisikletiniz varsa, buna 8 haftadan sonra başlayabilirsiniz.
- ❖ ***Balıkçılık*** Mümkünse başlangıçta daha kısa, daha hafif oltalar kullanın. Eğer bir tekne küreklemeyi düşünüyorsanız en az 12 hafta beklemelisiniz.

5. Alışkanlıklar

- ❖ ***Sigara içmek sağlığımı nasıl etkiler?*** Sigara içtiğinizde vücudunuza salınan kimyasallar kanınızı ve damarlarınızı etkileyerek yağ birikintilerine neden olur. Kalbiniz daha sonra daha fazla çalışmak zorunda kalır. Sigara içmek kan kolesterol seviyenizi artırma eğilimindedir. Çıkan duman ile kanın oksijen taşıma yeteneğini azaltır. Bu, kalbi hayati oksijenden ve besinlerden mahrum bırakır. Sigaralardaki nikotin, vücudun adrenalini üretmesini uyarır. Bu, kalbin daha fazla çalışmasını sağlar ve kan basıncını yükseltebilir. Ayrıca Nikotin (sigara ve tütünde bulunur) de iyi uyumanızı engelleyebilir. Sigara içiyorsanız, mümkünse yatmadan birkaç saat önce sigara içmemeye çalışın.
- ❖ ***Sigara bırakmama yardımcı olabilecek herhangi bir birim var mı?*** Bırakma girişiminize hastanemiz sigara bırakma polikliniğinden veya eve döndüğünüzde Sağlık Bakanlığı ALO 171 'e başvurabilirsiniz. Sigarayı bırakma kararı verdiğinizde,

bırakmaya hazırlanma ve bıraktıktan sonra nasıl başa çıkacağınız konusunda tavsiyeler alacaksınız.

- ❖ ***Hala alkol içebilir miyim? Önerilen birimler nelerdir?*** Alkol almak, trigliserit düzeylerini yükseltebilir ve kalp hastalığı riskinizi artırabilir. Ayrıca vücutta yağ olarak depolanacağı için bu da kilo almanıza neden olabilir. Hem erkekler hem de kadınlar, üç veya daha fazla güne yayılmış olarak haftada 14 üniteden fazla almamalıdır. Her hafta birkaç içkisiz gün geçirmeye çalışın.
- ❖ ***Alkol bırakmama yardımcı olabilecek herhangi bir birim var mı?*** Hastanelerinin psikiyatri poliklinikleri, Sağlık Bakanlığı'nın Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezine (AMATEM) başvurabilirsiniz. Ayrıca bol sıvı tüketmeyi, akşamınıza neden büyük miktarda şekerli, alkolsüz bir içecekla başlamıyorsunuz? Bu, en çok susadığımız ve en fazla miktarı en çabuk içtiğimiz zamandır.
- ❖ ***Ameliyat olduğumdan beri gerçekten uyumakta zorluk çekiyorum, ne yapmam gerekli?*** Ağrı ve rahatsızlık uykuyu engelleyebilir, bu nedenle rahatsızsanız reçeteli ağrı kesicilerinizi aldığınızdan ve yatakta rahat bir pozisyon bulmaya çalıştığınızdan emin olun. Çok yorgun olduğunuzu düşünüyorsanız gündüz vakti uyumak faydalı olabilir. Bazı insanlar yan yatmakta zorluk çeker, bu yine yaygındır ve zamanla düzelecektir. İnsanların neden iyi uyuyamadıklarını ve canlı rüyalar göremediklerini söylemek yine de zordur ancak bu oldukça yaygındır. Rüyalar ve kabuslar zamanla azalır ve sonunda uyku düzeniniz sizin için normal olana döner. Ancak kabuslar ve rüyalar devam ederse lütfen bunu Kardiyak Cerrahi Rehabilitasyon Hemşiresi ile görüşün.
- ❖ ***Yemek yerken ve içerken her zamanki gibi bir tat alamıyorum. Neden?*** Tat ve koku duyularınızın farklı olduğunu görebilirsiniz. Her şey aynı tadı ve kokusunu alabilir veya normalde olduğundan farklı olabilir. Bu, yaşadığınız iştah kaybına da katkıda bulunabilir. Yine bunun kalp ve akciğer bypass makinesinde geçirilmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Zamanla tat ve koku duyularınız normale dönmelidir.

6. Diyabet ve Beslenme

- ❖ ***Ameliyat öncesi bana verilen sağlıklı beslenme tavsiyeleri neler?*** Özellikle iştahınız zayıfsa, ameliyattan sonraki ilk birkaç hafta boyunca "Sağlıklı Beslenme" kurallarını göz ardı edebilirsiniz. Sizi cezbeden yiyecekleri seçin. Hastanede, başlangıçta iştahınızın çok zayıf olduğunu görebilirsiniz. Bunun nedeni hasta hissetmeniz, ağrınız olması veya kabız olmanız olabilir. Eğer durum buysa, lütfen doktorlara ve hemşirelere

söyleyin, çünkü size yardımcı olabilecek bir şeyler verebilirler. Ameliyatınızdan birkaç gün sonra hala öğünlerinizin yarısından fazlasını yiyemiyorsanız, yardım ve tavsiye için bir diyetisyen mevcuttur. Eve döndüğünüzde kullanabileceğiniz bilgiler de sunulabilir.

- ❖ ***Diyabetin hastalığım üzerindeki etkisi nedir?*** Kandaki yüksek glikoz seviyeleri atardamar duvarlarını etkileyerek onları daha da güçsüzleştirir. Diyabet kalp kasını etkileyerek, onun daha az etkili bir pompa olmasına neden olabilir. Kalbe giden sinirleri etkileyebilir, bu nedenle semptomlar normal şekilde hissedilmez (bazı diyabet hastaları kalp krizinde hiç ağrı hissetmezler). Bu, diyabetiniz varsa kalp krizinin teşhisinde zorluğa ve gecikmeye yol açabilir.
- ❖ ***Bu konuda ne yapabilirim?*** Diyabetin kalbi farklı şekillerde etkilediği görülmektedir. Diyabet tedavi edilemez, ancak yönetilebilir ve kontrol altına alınabilir. Diyabet, aşağıdakilerden bir veya daha fazlasıyla kontrol altına alınabilir: diyet, fiziksel aktivite, tabletler ve insulin ile. Diyabetli kişilerde yüksek tansiyon, dolaşım sorunları, sinir hasarı, böbrek ve göz hasarı gelişme olasılığı daha yüksektir. Risk özellikle kiloluysanız, sigara içiyorsanız ve fiziksel olarak aktif değilseniz bu oranlar oldukça yüksektir. Kan şekerinizi, kan basıncınızı kontrol ederek, sağlıklı bir diyet uygulayarak ve düzenli egzersiz yaparak bu komplikasyonlardan herhangi birini geliştirme riskinizi büyük ölçüde azaltabilirsiniz.
- ❖ ***Maraş ağız otu kullanabilir miyim?*** Maraş otu ülkemizin özellikle Güneydoğu ve Doğu Akdeniz bölgesinde sigara yerine kullanılan dumansız (ağız içerisinde bekletilerek kullanılan) bir tütün çeşididir. Sigara tütününden 6-10 kat daha fazla nikotini bünyesinde barındırır. Damar yapısını tıkayarak kalp gibi hayati organların beslenememesine ve kalp krizine neden olabilir. Kullanmanız sağlığınız açısından önerilmemektedir.
- ❖ ***K.maraş dondurması yemem zararlı mı?*** Ameliyat sonrası KOAH, solunum kaynaklı hastalıklar, aşırı öksürük, balgam vb. belirtiler yok ise bir kaç dakika bekletilmiş maraş dondurması yiyebilirsiniz. Özellikle boğaz bölgesinde ağrı ve şişliğin durumuna göre soğuk uygulama ihtiyacının karşılanmasına yardımcı olacaktır.
- ❖ ***Gıda etiketlerinin bana zarar ve faydasını nasıl anlarım?*** Sağlıklı beslenme sadece kalp rahatsızlığı olan kişiler için değil herkes için geçerlidir. Ancak kalp ameliyatı sonrasında sağlıklı beslenmek daha da önemlidir. 'Akdeniz' tarzı bir diyetin benimsenmesini, örneğin daha az et yemeyi ve bunun yerine balık yemeyi, daha fazla

meyve, sebze, baklagiller ve baklagiller yemeyi ve hayvan bazlı yağları bitkilerden elde edilen yağlarla değiştirmeyi öneriyoruz.

- ❖ **Kilonu nasıl kontrol edebilirim?** Eğer kilonuz fazla ise, kilonuzu %10 oranında azaltmayı hedeflemek faydalıdır. Bu, kalbinizin üzerindeki baskıyı azaltacak ve kan basıncınızı düşürmenize yardımcı olacaktır. Yağ alımını azaltmak için diyet tavsiyelerine uyarsanız, kilonuz düşecektir. Kilonuzun nerede düştüğünü görmek için boy kilo tablosuna bakın. Yediğiniz atıştırmalıkları (örneğin cips, kek, bisküvi) önerilen meyve ve sebzelerle değiştirerek enerji alımınızı azaltabilirsiniz. Düşük yağlı yiyecekleri seçerken dikkatli olun, çünkü bazılarının şeker içeriği nedeniyle kalorisi yüksek olabilir; örneğin meyve suları.

Endişeli, ruh halinizin düşük veya sıkılmış hissettiğinizde daha fazla yeme eğiliminde olduğunuzu fark edebilirsiniz. Eğer bu başınıza gelirse, aklınızı yemekten uzaklaştıracak bir aktivite veya hobi bulmaya çalışın veya bunun yerine bir bardak su veya şeker eklenmemiş meyve suyu için. Ne yediğinizin ve içtiğinizin bir günlüğünü tutmak, yediğiniz enerji miktarını azaltmanın yollarını bulmanıza da yardımcı olabilir.

7. Kontrollere/Hastalığa Uyum

- ❖ **Tekrar kontrollere ne zaman geleceğim?** Eğer sol göğsünüze, sol omuzunuza, sırtınıza vuran ağrı olduğunda dinlenin hemen 112'yi arayın. Planlanan randevu gününüzde (ameliyat sonrası 2. ve 4. haftalar arası) burada bulunun.
- ❖ **İlacın bir dozunu almayı unutursam ne olur?** Günde bir doz ise, hatırladığınız anda alın. Ertesi güne kadar hatırlamazsanız, bir sonraki dozunuzun zamanını bekleyin. Günde iki veya üç doz ise, hatırladığınız anda alın. Hatırladığınızda bir sonraki dozunuzun zamanı yaklaşıyorsa, bir sonraki dozunuzun zamanı gelene kadar bekleyin.
- ❖ **İlaçları ne kadar süre kullanacağım?** Bunları almayı bırakmanız için bir neden olmadığı sürece, bu ilaçları hayatınızın geri kalanında almaya devam edeceksiniz.
- ❖ **Tatildeysen ve ilaçlarımı yanıma almayı unutursam ne yapmalıyım?** Bu ilaçların bazılarını eczaneden satın almak mümkündür. Eczacıya danışın. Cüzdanınızda veya çantanızda ilaçlarınızın bir listesini taşımanız veya güncellenmiş Kişisel Sağlık Kaydınızı (e nabız) yanınızda taşımanız iyi bir fikirdir. Şu belirtilere dikkat edin ve derhal doktorunuza/hemşirenize bildirin:

- Açıklanamayan vücudun herhangi bir yerinde morarma

- Burun Kanamaları
- Diş fırçalarken diş eti kanaması
- Koyu veya siyah dışkı
- İdrarda kan

8. Seyahat ve işe başlama yönetimi

- ❖ **Ne Zaman Yeniden Araç Kullanabilirim?** En az 4 hafta araç kullanmayı bırakmalısınız. Ancak göğüs kemiğiniz iyileşene kadar beklemelisiniz. Genellikle hastaneden taburcu olduktan yaklaşık 6-8 hafta sonra iyileşme gösterir. Tekrar araba kullanmaya başladığınızda hâlâ oldukça yorgun olduğunuzu ve güveninizin bir kısmını kaybetmiş olduğunuzu fark edebilirsiniz. Uzun yolculuklardan veya yoğun saatlerdeki trafikten kaçınmak en iyisidir. Kendinize daha fazla güvenene kadar bir arkadaşınız veya partnerinizle araba kullanmayı tercih edebilirsiniz. Eğer mesleğiniz gereği büyük kamyonları (kategori C) ve otobüsleri (kategori D) kullanıyorsanız en az 3 ay boyunca bu araçları kullanamazsınız.
- ❖ **Uçakta tatile gidebilir miyim?** Koroner Arter Bypass Greft cerrahisi sonrası eğer komplikasyon (nefes darlığı, çarpıntı, baş dönmesi) yoksa 10 gün sonra uçabilirsiniz. 6 haftalık ayaktan tedavi randevunuza katılmadan yurtdışına seyahat etmemeyi öneririz. Yurtdışına seyahat etmeyi planlamadan önce, bunu Kardiyak Cerrahi Rehabilitasyon Hemşirenizle görüşmenizi öneririz. Uçakla uçuşun genellikle yolculuğunuzun en az fiziksel kısmı olduğunu unutmayın, park yeri bulma, check-in masasında sıraya girme ve beklemenin çok yorucu olabileceğini unutmayın, bu yüzden tatilinizi ayırtmadan önce bunları aklınızda bulundurmanızda fayda var. Seyahat sigortalarının çoğu, son on iki ay içinde tedavi gördüğünüz herhangi bir tıbbi rahatsızlığı beyan etmenizi ister.
- ❖ **İşe ne zaman dönebilirim?** Önceki işinize çalışıyorsanız dönebilmelisiniz. Bu bireysel bir karardır ve kalp rahatsızlığınıza, yaptığınız işin türüne ve içerdiği fiziksel ve duygusal stresin miktarına bağlı olacaktır. Kalp ameliyatı geçirdiyseniz daha uzun bir süreye, muhtemelen 6-12 hafta dinlenmeye ihtiyacınız olacaktır. Başlangıçta çalışmanızı değiştirmeniz gerekebilir. Başlangıçta yarı zamanlı olarak işe dönmeyi düşünmek, kendinize yeniden uyum sağlamak için zaman tanımak amacıyla çalışma saatlerinizi kademeli olarak artırmak iyi bir fikirdir. İşiniz masa başı bir işse, sekiz ila on iki hafta sonra işe dönebileceğinizi hissedebilirsiniz. Bu durumları işvereninizle, insan kaynakları departmanınızla veya iş sağlığı servisiyle görüşmeniz iyi bir fikirdir.

- ❖ ***Mali kaygılarım var?*** Para veya faydalar konusunda spesifik tavsiyeler veremiyoruz. Mali kaygılar ve yardım tavsiyeleri hakkında bilgi almak için lütfen yerel iş merkeziniz yardım sorgulama hattı, insan kaynakları birimiyle veya TC Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile iletişime geçebilirsiniz.

9. Kan Basıncı Yönetimi

- ❖ ***Kan basıncını (tansiyonumu) nasıl kontrol ederim?*** Şeker hastasıysanız kan basıncının 140/85 veya 130/80'den yüksek olmamasını hedefleyin. Bu rakamlar dinlenme halindeki kan basıncı içindir. Aktivitenize bağlı olarak kan basıncınızın yükselip düşmesi normal olabilir. Yüksek tansiyon atardamarlara zarar verir. Kolesterol ve yağın atardamar duvarları boyunca birikmesini kolaylaştırır. Atardamarlar bu yağlı tabakalarla tıkanıkça (ateroskleroz), daha az kan geçer. Bu, kalbin daralmış atardamarlardan kan pompalamaya çalışırken daha sert atmasına neden olur. Tedavi edilmezse, yüksek tansiyon zamanla kalbe, beyne ve böbreklere zarar verebilir. Kalp krizi ve felçlerin, kalp veya böbrek yetmezliğinin önde gelen nedenidir. Size kardiyak cerrahi hemşirenizin önerdiği sıklıkta kan basıncınızı kontrol ettirin. Alkol ve sigarayı bırakın. İlaçlarınızı reçete edildiği şekilde düzenli olarak alın. Tuz alımınızı azaltın ve işlenmiş, hazır (fast food) yiyeceklerden uzak durmaya çalışın. Meyve ve sebzeler bize potasyum açısından iyi bir kaynaktır, sağlıklı beslenin. Size verilen kan basıncı takip formunu kullanın ve formu kardiyak cerrahi hemşireniz ile paylaşın.

10. Cinsel Yaşam

- ❖ ***Eğer orgazm olursam bu bypass greftlerime, kapakçıklarına zarar verir mi, yoksa kalbime baskı yapar mı?*** Hayır, olmaz. Cinsel aktivite, iki kat merdiven çıkmaktan daha fazla kalbe 'zorluk' yüklemez. Orgazm gerçekleştiğinde, kalp atış hızı (veya nabız) ve kan basıncı artar ancak yalnızca kısa bir süre için ve bu herhangi bir hasara yol açmaz. Hastaneden taburcu olduktan sonra, güç ve güven kazandıkça günlük egzersizinizi kademeli olarak artırmanız ve kendinizi en rahat hissettiğiniz hızda ilerlemeniz önerilir. Bu, cinsel ilişki de dahil olmak üzere tüm günlük aktiviteleriniz için geçerlidir. Kendinizi hazır hissettiğiniz anda seks yapabilirsiniz.
- ❖ ***Seks yapmak istemiyorum. Bu normal mi?*** Kalp sorunları yaşayan ve ardından ameliyat geçiren kişilerin cinsel isteklerinde geçici bir kayıp yaşamaları çok yaygındır.

Bu normaldir ve zamanla geri dönecektir. Birçok kişi ve partnerleri kalp ameliyatından sonra seks yapma konusunda kaygılı ve korkmuş hissederler.

- ❖ **Bazen penisimde ağrı hissediyorum. Neden?** Bu, ameliyatın veya kateterizasyonun (idrarınızı boşaltan tüp) kısa vadeli etkilerinden kaynaklanıyor olabilir. Zamanla düzelmesi gerekir. Devam ederse, hekiminize/hemşirenize danışın.

11. Fiziksel Aktivite Yönetimi

- ❖ **Fiziksel aktivitenin faydaları nelerdir?** Kalp krizi veya kalp ameliyatı sonrasında iyileşmeye yardımcı olur. Kalbinizi korur ve daha fazla kalp sorunu yaşama riskini azaltır. Kan basıncınızı düşürmeye yardımcı olur. Kan kolesterol seviyenizi iyileştirir. Diyabete yakalanma riskini azaltır. Kan şekeri kontrolüne yardımcı olur. Kilo vermenize yardımcı olur. İhtiyaç duyabileceğiniz hastane ziyaretlerinin sayısını azaltır. Kalbinizi korur ve daha fazla kalp sorunu yaşama riskini azaltır. Vücudunuzu güçlendirerek günlük işlerinizi (ev işi, alışveriş, bahçe işleri, işe dönüş gibi) kalbinizi zorlamadan tamamlamanıza yardımcı olur. Kaygı ve/veya depresyon duygularını azaltır. Uykuya yardımcı olur. Yaşlı yetişkinlerde bağımsızlığı uzatmaya yardımcı olur.
- ❖ **Fiziksel aktivite yaparken dikkat edilmesi gerekenler nelerdir?** Herhangi bir fiziksel aktivite veya egzersiz sırasında aşağıdaki belirtilerden herhangi birini yaşarsanız, DURUN ve devam etmeden önce doktorunuza veya Kardiyak Cerrahi Rehabilitasyon hemşirenize danışın.

- Göğüs ağrısı/rahatsızlığı
- Boynunuzda/kolunuzda/çenenizde/kürek kemiklerinizde ağrı
- Beklenmeyen nefes darlığı
- Bulantı/baş ağrısı/baş dönmesi
- Aşırı terleme
- Aktivitelerinize geri dönmek ve egzersizinizi arttırmak
- Egzersiz ve fiziksel aktivitenin kalbiniz için faydaları
- Aşırı yorgunluk
- Kalıcı çarpıntı
- Kendini iyi hissetmemek

- ❖ **Ne tür fiziksel aktiviteler yapabilirim?** Evdeki ilk birkaç gün boyunca hastanedeki rutininizi koruyun. Giyin, evde dolaşın, merdivenleri yavaşça çıkın ve gerektiğinde dinlenin. İlk altı hafta boyunca dolu bir tencere veya tava dolusu patatesten daha ağır

bir şey kaldırmayın. Ayrıca en azından ilk altı hafta boyunca ağır alışverişleri kaldırmaktan kaçınmalısınız.

- ❖ **Evde günlük fiziksel aktivite de dikkat etmem hususlar nelerdir?** Göğüs kemiğiniz iyileşene kadar üst vücut aktivitelerinden kaçınmalısınız. Üst vücudunuzla ilgili görevleri yapmaya başlamadan önce kemik iyileşmenizi değerlendirmek için doktorunuza/hemşirenize başvurun. Hastalık dönemlerinde, kendinizi iyi hissetmediğinizde veya ateşiniz olduğunda egzersiz yapmayın. Alkollü fiziksel aktivite yapmayın. Yemekten hemen fiziksel aktivite sonra yapmayın. Aktivitelerden sonra çok sıcak veya çok soğuk bir banyo veya duş almayın. Aşırı sıcak havada fiziksel aktivite yapmayın. Çok soğuk havada kalın giysi giyip, fiziksel aktivite yapmayın. Rahat kıyafetler ve alçak topuklu ayakkabılar giyin. Fiziksel aktiviteyi günlük rutininizin bir parçası haline getirin.

Fiziksel aktivite günlüğü aşağıda verilmektedir.

1. Gün; Başlangıç; 4 yürüyüş; her bir yürüme en az üç dakika
2. GÜN; 4 yürüyüş; her bir yürüme en az üç dakika
3. GÜN; 4 yürüyüş; her bir yürüme en az üç dakika
4. GÜN; 4 yürüyüş; her bir yürüme en az beş dakika
5. GÜN; 4 yürüyüş; her bir yürüme en az beş dakika
6. GÜN; 4 yürüyüş; her bir yürüme en az beş dakika
7. GÜN ; 4 yürüyüş; her bir yürüme en az beş dakika
8. GÜN; 4 yürüyüş; her bir yürüme en az beş dakika
9. GÜN; 4 yürüyüş; her bir yürüme en az yedi dakika

İleryen günlerde fiziksel aktiviteyi günlük rutininizin bir parçası haline getirin, yukarıdaki listeye göre yavaşça başlayın ve hızınızı kademeli olarak (40-60 dakikaya kadar) artırarak tempolu yürüyüşler yapmaya devam edin.

- ❖ **Ne kadar hızlı yürümeliyim?** Başlangıçta yavaş bir tempoda yürümelisiniz. Formunuz arttıkça temponuzu kademeli olarak artırmaya çalışmalı ve 'tempolu' bir çizelge oluşturmamalısınız. Hızınızı kontrol etmenin bir yolu yürürken 'konuşma testi' yapmaktır.
- ❖ **Konuşma testi:** Egzersiz sırasında rahatça konuşabiliyorsanız temponuz doğru demektir. Konuşamayacak kadar nefes nefese kaldıysanız, kendini fazla zorluyor olabilirsiniz ve yavaşlamalısınız.

12. Psikolojik Yönetim

- ❖ ***Bazı günler kendimi bitkin ve depresif hissediyorum, diğer günler gözyaşlı ve duygusal hissediyorum ve bazen de sinirli ve öfkeli hissediyorum. Eskiden böyle değildim, normal mi?*** Ameliyatınızdan sonra kendinizi kötü, bıkkın veya duygusal hissetmeniz oldukça normaldir ve bunun normal iyileşme sürecinin bir parçası olduğu düşünülmektedir. Bazı kişiler belirsiz ve boş hissettiklerinden şikayet ederler. Bu duygular genellikle kısa ömürlüdür ancak bazı kişiler iyileşmeleri sırasında bunları birkaç kez yaşayabilirler. Bunlar gözyaşı, öfke, hayal kırıklığı ve sinirlilik biçimlerini alabilir.
- ❖ ***Yemek yerken ve içerken her şeyin tadı her zamanki gibi olmuyor. Neden?*** Tat ve koku duyularınızın farklı olduğunu görebilirsiniz. Her şey aynı tadı ve kokusunu alabilir veya normalde olduğundan farklı olabilir. Bu, yaşadığınız iştah kaybına da katkıda bulunabilir. Yine bunun kalp ve akciğer bypass makinesinde geçirilmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Zamanla tat ve koku duyularınız normale dönmelidir.
- ❖ ***Ameliyattan beri neden göğsümde hisler ve kalbimin atışları devam ediyor?*** Çoğu insan vücudunda ara sıra ağrı veya sızı hisseder, ancak çoğu zaman bunlara dikkat etmez.. Herhangi bir kalp sorunundan sonra daha fazla farkında olmak yaygındır.; kalp atışlarınızın (çarpıntı) veya göğsünüzde sancıların hissedilmesi. Başkalarıyla konuşursanız kalp ameliyatı geçiren kişiler genellikle aynı şeyi söylerler. Zamanla, Bu hislerin farkındalığı yavaş yavaş azalıyor, ancak bunun hatırlanmaya değer olduğunu unutmayın.
- ❖ ***Gerçekten duygusal hissediyorum ve çok kolay üzülüyorum. Bu normal mi?*** Kalp ameliyatından sonra çok endişeli veya gergin hissetmeniz oldukça normaldir. Bunun nedeni, yaşadığınız her şeydir ve daha duygusal hissetmek, zihninizin olanları işleme şeklidir. Bu, kolayca ağlamaya başlamanız ve biraz moralinizin bozulması anlamına gelebilir. Ya da daha önce başa çıkabildiğiniz şeylere öfkeli olduğunuzu veya sinirlendiğinizi fark edebilirsiniz. Hissetmenin doğru veya yanlış bir yolu olmadığını hatırlamak önemlidir. Ailenizle veya arkadaşlarınızla konuşmanın yardımcı olabileceğini görebilirsiniz.
- ❖ ***Ailem hiçbir şey yapmama izin vermiyor. Bununla nasıl başa çıkacağım konusunda herhangi bir tavsiyeniz var mı?*** Partnerlerin ve aile üyelerinin kalp ameliyatı geçiren kişileri aşırı korumaya çalışması yaygındır. Endişelenmek ve yardım etmek istemek

doğaldır. Ancak aşırı korumacı olmak ve birini pamuklara sarmaya çalışmak kolaydır. Başlangıçta, yorgun hissedebileceğiniz ve fiziksel olarak yapabilecekleriniz sınırlı olacağı için bu yardımcı olabilir. Güçlendikçe, ameliyattan önce yaptığınız her şeyi yapamadığınız için hayal kırıklığına uğrayabilirsiniz, bu normal bir duygusal tepkidir. Ayrıca etrafınızdakilerin size yardım etme çabaları karşısında hayal kırıklığına uğradığınızı görebilirsiniz. Hayal kırıklığına uğradığınızda tepki vermek yerine, nasıl hissettiğinizi açıklamak için rahat hissettiğiniz bir zaman bulmak genellikle daha faydalıdır. *"Yardım etmeye çalıştığınızı anlıyorum, ancak özgüvenimi ve gücümü kademeli olarak artırabilmem için bazı şeyleri kendim yapmam gerekiyor"* gibi şeyler söylemek de yardımcı olabilir.





Ek-4 Kullanılan Ölçekler

Algılanan Stres Ölçeği Perceived Stress Scale (PSS)

Tarih: ____/____/____

Aşağıda geçtiğimiz ay içerisindeki kişisel deneyimleriniz hakkında bir dizi soru yöneltilmektedir. Her soruyu dikkatlice okuyarak size en uygun seçeneğin altındaki kutuya bir çarpı işareti koyarak cevaplayınız. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Önemli olan sizin duygu ve düşüncelerinizi yansıtan yanıtları vermenizdir.

Son bir ay içinde ↓ ↓ ↓		Hiçbir Zaman	Neredeyse Hiçbir Zaman	Bazen	Oldukça Sık	Çok Sık
1	Geçen ay, beklenmedik bir şeylerin olması nedeniyle ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
2	Geçen ay, hayatınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi ne sıklıkta hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
3	Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta sinirli ve stresli hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
4	Geçen ay, ne sıklıkta gündelik zorlukların üstesinden başarıyla geldiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
5	Geçen ay, hayatınızdaki ortaya çıkan önemli değişikliklerle etkili bir şekilde başa çıktığınızı ne sıklıkta hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
6	Geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğinize ne sıklıkta güven duydunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
7	Geçen ay, her şeyin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
8	Geçen ay, ne sıklıkta yapmanız gereken şeylerle başa çıkamadığınızı fark ettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
9	Geçen ay, hayatınızdaki zorlukları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
10	Geçen ay, ne sıklıkta her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
11	Geçen ay, ne sıklıkta kontrolünüz dışında gelişen olaylar yüzünden öfkeleniniz?	☐	☐	☐	☐	☐
12	Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta başarmak zorunda olduğunuz şeyleri düşünürken buldunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
13	Geçen ay, ne sıklıkta zamanınızı nasıl kullanacağınızı kontrol edebildiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
14	Geçen ay, ne sıklıkta problemlerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar biriktiğini hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐

ASÖ-10'a ait soru numaraları: 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14

ASÖ-4'e ait soru numaraları: 2, 6, 7, 14

Etkin, Harik Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Güvenlik ve Geçerlik Analizi: Yeni Symposium Journal Ekim 2013 Cilt 51 Sayı 3
Sheldon Cohen a Global Measure of Perceived Stress Journal of Health and Social Behavior 1983, Vol. 24 (December): 385-396

Ek-4 Kullanılan Ölçekler

BDE

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatlice okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak size en uygun olan ifadeyi bulup daire içine alarak işaretleyiniz.

1)	a. Kendimi üzgün hissetmiyorum b. Kendimi üzgün hissediyorum c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2)	a. Gelecekte umutsuz değilim b. Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum c. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok d. Benim için bir gelecek gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek
3)	a. Kendimi başarısız görmüyorum b. Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum d. Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum
4)	a. Herşeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum b. Herşeyden eskisi kadar doyum (zevk) alamıyorum c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Herşey çok sıkıcı
5)	a. Kendimi suçlu hissetmiyorum b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6)	a. Herhangi bir suçum için cezalandırıldığımı düşünmüyorum b. Bazı şeyler için cezalandırılabilirim c. Bazı şeyler için cezalandırıldığımı hissediyorum d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7)	a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım- kendimden hoşnutum b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım- kendimden pek hoşnut değilim c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum d. Kendimden nefret ediyorum
8)	a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum c. Kendimi hatalarım için çoğu zaman- suçluyorum d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum

9)	a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapmam c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim d. Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürüm
10)	a. Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum b. Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum c. Şu sıralarda her an ağlıyorum d. Eskiden ağlayabilirdim ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum
11)	a. Her zamankinden daha sinirli değilim b. Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum c. Çoğu zaman sinirliyim d. Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinilenemiyorum
12)	a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13)	a. Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum b. Şu sıralarda karar vermeyi erteliyorum c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum. d. Artık hiç karar veremiyorum
14)	a. Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum b. Yaşlandığımı ve çökücülüğümü kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan değişiklikler olduğunu hissediyorum d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15)	a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor c. Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum d. Hiçbir iş yapamıyorum
16)	a. Eskisi kadar kolayca ve rahat uyuyabiliyorum b. Şu sıralarda eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum

17)	a. Eskişine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum b. Eskişinden daha çabuk yoruluyorum c. şu sıralarda neredeyse her şeyde beni yoruyor d. Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum
18)	a. İştahım eskişinden pek farklı değil b. İştahım eskisi kadar iyi değil c. şu sıralarda iştahım epey kötü d. Artık hiç iştahım yok
19)	a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk () kilodan fazla kaybettim c. Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim d. Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum Evet () Hayır ()
20)	a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var c. Ağrı sızı gibi sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki artık başka bir şey düşünemiyorum
21)	a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok b. Eskişine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum c. şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim d. Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı

CHALDER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ

Son bir ayda kendinizi yorgun, güçsüz ya da enerjisi azalmış hissetmiş olmanızla ilgili problemler hakkında daha fazla bilgi edinmek istiyoruz. Lütfen TÜM soruları sizin için en uygun olan cevabı işaretleyerek cevaplayınız. Kendinizi uzun zamandır yorgun hissediyorsanız, en son iyi hissettiğiniz zamanla son bir aydaki durumunuzu karşılaştırınız. (Lütfen her satırda yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)

	Her zamankinden daha az	Her zamanki kadar	Her zamankinden daha fazla	Her zamankinden çok daha fazla
1-) Yorgunlukla ilgili sorunlarınız var mı?				
2-) Dinlenmeye ihtiyaç duyuyor musunuz?				
3-) Kendinizi uykulu veya uyuşuk hissediyor musunuz?				
4-) Bir şeye başlamakta sorun yaşıyor musunuz?				
5-) Enerjinizde azalma hissediyor musunuz?				
6-) Kaslarınızın kuvvetinde azalma hissediyor musunuz?				
7-) Kendinizi güçsüz hissediyor musunuz?				
8-) Konsantre olmakta zorlanıyor musunuz?				
9-) Konuşurken diliniz sürçüyor mu?				
10-) Konuşurken doğru sözcüğü bulmakta zorlanıyor musunuz?				

	Her zamankinden daha iyi	Her zamanki gibi	Her zamankinden daha kötü	Her zamankinden çok daha kötü
11-) Hafızanız nasıl?				

Bu formu elektronik veya basılı olarak kullandığımda, Chalder Yorgunluk Ölçeği'nin Türkçe versiyonunu atf etmek, genel bilim etiği ilkelerine bağlı kalmak ve ölçeğin amaca uygunluğu gibi koşulları gözetme sorumluluğunu almak koşuluyla kullanacağımı taahhüt etmiş sayılacağımı kabul ederim.

Akademik amaçlı kullanımda etik prosedür gereği kullanım izni için: ridvanadinl@gmail.com

Türkçe versiyon makalesi: Adın RM, Ceren AN, Salcı Y, Fil Balkan A, Armuthu K, Ayhan Kuru Ç. Dimensionality, psychometric properties, and population-based norms of the Turkish version of the Chalder Fatigue Scale among adults. Health and Quality of Life Outcomes, 2022 Dec 7;20(1):161. PMID: 36476250, DOI: 10.1186/s12955-022-02074-x

Ölçeğin orijinal makalesi: Cella M, Chalder T. Measuring fatigue in clinical and community settings. Journal of Psychosomatic Research, 2010;69(1):17–22. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.007>.

Kardiyak Rehabilitasyonda Engeller Skalası

Aşağıdaki sorular kardiyak rehabilitasyon seanslarına katılmanızı etkileyen faktörleri değerlendirmektedir. Daha önce kardiyak rehabilitasyon programına katılıp katılmadığınız farketmeksizin lütfen tüm soruları cevaplayınız.

Kardiyak rehabilitasyon programına katılmadım veya kardiyak rehabilitasyon seanslarımı kaçırdım çünkü:

	Kesinlikle Katılmıy- orum	Katılmıy- orum	Fikrim yok	Katılıyor- m	Kesinlikle Katılıyor- m
1. ...çok uzak (ör: size çevrenize yakın değil, ulaşım zorluğu)	☐	☐	☐	☐	☐
2. ...masraflı (ör: park yeri, benzin)	☐	☐	☐	☐	☐
3. ...ulaşım problemleri (ör: özel arabaya ulaşamama, toplu taşımanın yetersizliği)	☐	☐	☐	☐	☐
4. ...ailesel sorumluluklarım var (ör: evde birine bakıyorum)	☐	☐	☐	☐	☐
5. ...kardiyak rehabilitasyon hakkında bilgim yok (ör: doktorum tarafından bilgilendirilmedim)	☐	☐	☐	☐	☐
6. ...kardiyak rehabilitasyona ihtiyacım yok (ör: kendimi iyi hissediyorum, zaten kalp hastalığım tedavi edildi)	☐	☐	☐	☐	☐
7. ...zaten halihazırda evde ya da günlük hayatımda egzersiz yapıyorum	☐	☐	☐	☐	☐
8. ...kötü hava koşulları mevcut	☐	☐	☐	☐	☐
9. ...egzersiz benim için yorucu ya da acı verici	☐	☐	☐	☐	☐
10. ...seyahat ediyorum (ör: iş gezileri, tatil)	☐	☐	☐	☐	☐
11. ...yeterli zamanım yok (ör: çok meşgulüm, rehabilitasyon seansının zamanı uygun değil)	☐	☐	☐	☐	☐
12. ...işimde sorumluluklarım var	☐	☐	☐	☐	☐
13. ...bunu yapacak enerjim yok	☐	☐	☐	☐	☐
14. ...başka sağlık problemlerim katılmamı engelledi (lütfen belirtin:_____)	☐	☐	☐	☐	☐
15. ...çok yaşıyım	☐	☐	☐	☐	☐
16. ...doktorum gerekli olduğunu düşünmedi	☐	☐	☐	☐	☐
17. ... kalp hastalığı olan birçok insan bu programlara gelmiyor ve onlara bir şey olmuyor	☐	☐	☐	☐	☐
18. ... kalp hastalığımla kendi kendime başa çıkabilirim	☐	☐	☐	☐	☐
19. ... ben yönlendirildiğimi sanıyordum ancak bana rehabilitasyon departmanından ulaşamadım	☐	☐	☐	☐	☐

COPYRIGHT-Cardiac Rehabilitation Barriers Scale, 21-Items, ©CRBS-21

PI: SL Grace, PhD (e-mail: sgrace@yorku.ca)

Shanmugasagaram, S., Gagliese, L., Oh, P., Stewart, D.E., Brister, S., Chan, V., & Grace, S.L., Psychometric validation of the Cardiac Rehabilitation Barriers Scale.

20. ...programa yönlendirilmek ve programa başlamak çok uzun sürüyor

☐☐☐☐☐

21. ...sağlık sorunlarımla grup içinde değil, yalnız başa çıkmayı tercih ederim

☐☐☐☐☐

22. Diğer sebepler:

COPYRIGHT-Cardiac Rehabilitation Barriers Scale, 21-Items, CCRBS-21

PI: SL Grace, PhD (e-mail: sgrace@yorku.ca)

Shanmugasagaram, S., Gagliese, L., Oh, P., Stewart, D.E., Brister, S., Chan, V., & Grace, S.L. Psychometric validation of the Cardiac Rehabilitation Barriers Scale.

Richard Campbell Uyku Ölçeği

Uyku Kalitesi Değerlendirme	
Dün gece uykum	Kötü 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 İyi
Dün gece uykuya dalma	Kötü 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 İyi
Dün gece uyanma sıklığı	Kötü 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 İyi
Dün gece uyanık kalma süresi	Kötü 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 İyi
Dün gece uykunun kalitesi	Kötü 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 İyi
Dün gece gürültü seviyesi	Kötü 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 İyi

SF-12 YAŞAM KALİTESİ

YÖNERGE: Bu tarama formu size sağlığınıza ilgili görüşlerinizi sormaktadır. Bu bilgiler sizin nasıl hissettiğinizi ve her zamanki faaliyetlerinizi ne rahatlıkla yapabildiğinizi izlemekte yardımcı olacaktır.

Bütün soruları belirtildiği şekilde cevaplayın. Eğer bir soruyu ne şekilde cevaplayacağınızdan emin olamazsanız, lütfen en yakın cevabı işaretleyiniz.

1. Genel olarak sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?

1	2	3	4	5
Mükemmel	Çok iyi	İyi	Fena değil	Kötü

Aşağıdaki maddeler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Şu sıralarda sağlığınıza sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
2. Orta zorlukta faaliyetler, örneğin masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak	1	2	3
3. Birkaç kat merdiven çıkmak	1	2	3

Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınıza nedeniyle aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	EVET	HAYIR
4. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)	1	2
5. Yapabildiğiniz iş türünde ya da diğer faaliyetlerde kısıtlanmak	1	2

Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemlerinizi nedeniyle (üzüntülü ya da kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

- | | EVET | HAYIR | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 6. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...) | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | | | |
| 7. İş ya da diğer uğraşları her zaman gibi dikkatlice yapamamak | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | | | |
| 8. <u>Son bir ay (4 hafta)</u> içerisinde, <u>ağrı</u> normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu? | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> |
| | Hiç olmadı | Biraz | Orta derecede | Epey | Çok fazla |

Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen, her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı verin. Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarı:

- | | Her zaman | Çoğu zaman | Epeyce | Arada sırada | Çok ender | Hiçbir zaman |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 9. Sakin ve huzurlu hissettiniz? | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> | <input type="text" value="6"/> |
| 10. Çok enerjiniz oldu? | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> | <input type="text" value="6"/> |
| 11. Mutsuz ve kederli oldunuz? | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> | <input type="text" value="6"/> |
| 12. <u>Geçtiğimiz bir ay (4 hafta)</u> içerisinde, bu sürenin ne kadarında <u>bedensel sağlığınız ya da duygusal problemlerinizi</u> , sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu? | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> | |
| | Her zaman | Çoğu zaman | Bazen | Çok ender | Hiçbir zaman | |

TABURCULUK SONRASI İYİLEŞME ÖLÇEĞİ

Sorular	1-10 arası puan
S.1: Düşündüğümde daha iyi / Daha kötü	
S.2: Canlı / Uyuşuk	
S.3: Ağrı yok / Olası en kötü ağrı	
S.4: Çok yorgun / Enerji dolu	
S.5: Daha fazla iyileşme süresi gerekiyor / İyileşti	
S.6: Aktivite yok / Normal aktivite	
S.7: Zor hareket ediyor / Normal hareket ediyor	
S.8: Gündüz uyuması gerekmiyor / Gerekmiyor	
S.9: İyileşme uzun zaman aldı / İyileşmek için1_2günyeterlioldu	
S.10: Evde kalmaya ihtiyaç var / Dışarı çıkmaya hazır	
S.11: Bağırsakları kötü durumda / Problemsiz	
S.12: Çalışmaya hazır / Hazır değil	
S.13: Egzersiz yapıyor / Yapamıyor	
S.14: Kendi bakımını yapabilir / Yardıma ihtiyacı var	
S.15: Normale Döndü / Çok farklı durumda	

Ölçek Açıklaması:

Ölçek 15 sorudan oluşmaktadır. Her soru iki kategoridedir olumlu ya da olumsuz. Hastalara her soruda kendini nasıl hissettiğini sormaktayız.

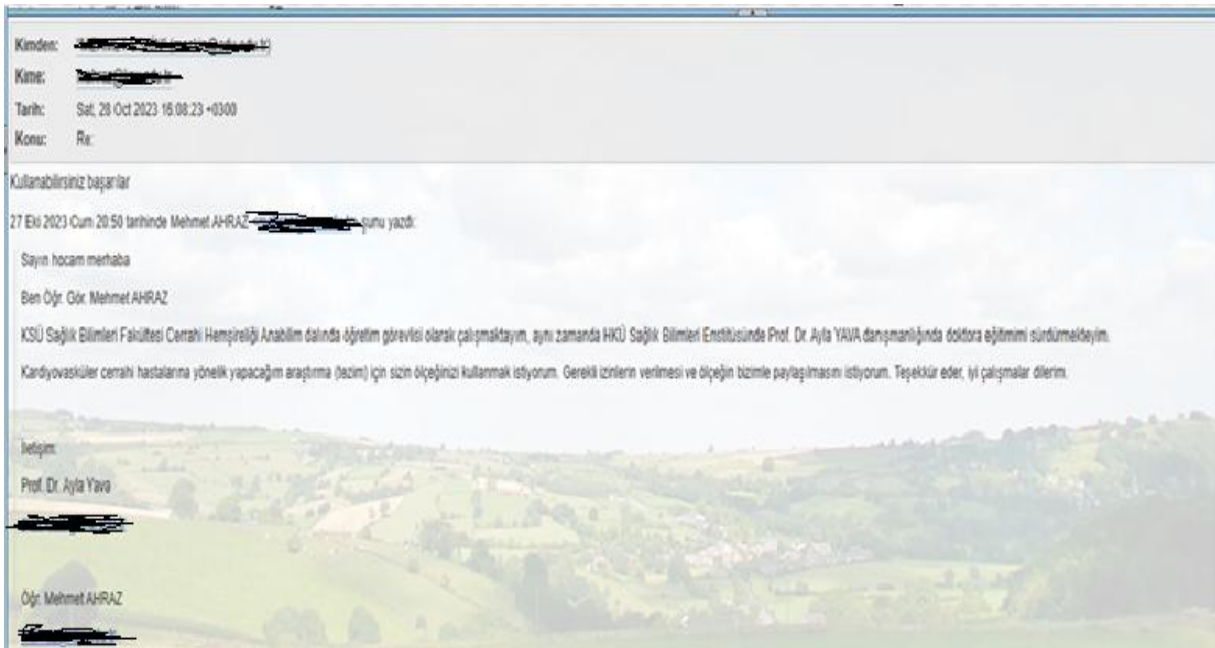
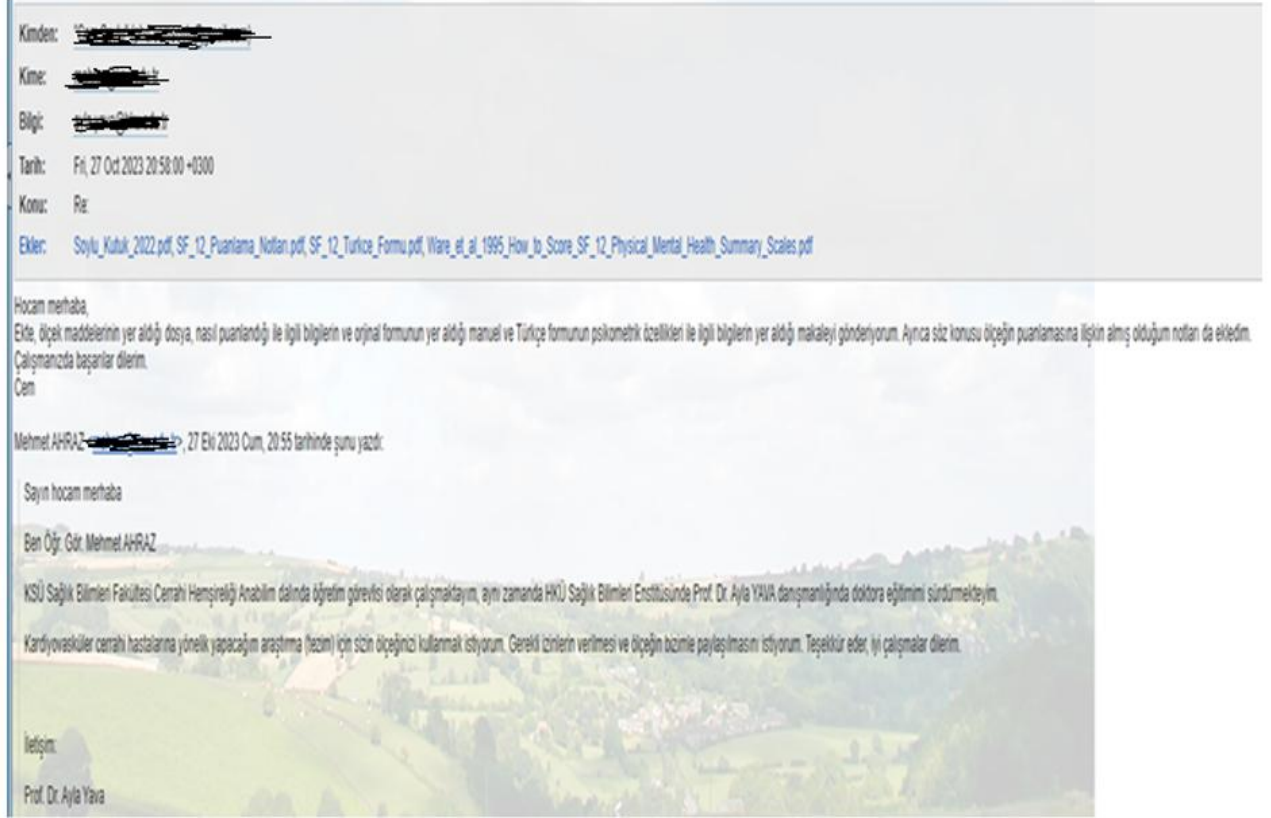
Örneğin soru 14: “kendi bakımını bağımsız yapabilir” ise 14. Sorunun ilk bölümünü 1 ve 10 arasında kaç puan olduğunu sorulur 1=Kesinlikle katılmıyorum, 10= Kesinlikle katılıyorum şeklinde yapılmaktadır. Hasta 14. “Soruda yardıma ihtiyacı var” bölümünü bildirir ise 1 ve 10 arasında kaç puan olduğu sorulur.

Ölçekteki maddeler, sağlık durumu, aktivite, yorgunluk, iş yeteneği ve etnografik olmak üzere beş ana temadan oluşmaktadır. Hastanın iyileşme durumu bu temalar doğrultusunda da yorumlanabilir.

Ölçeğin Puan Hesaplanması

Ölçeğin puan hesaplaması hastanın taburculuğa hazır olma yüzdesinin belirlenmesini sağlamaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 150, en düşük puan 15 'dir. Ölçekten elde edilen puan toplam

Ek-5 Ölçek Kullanım İzinleri



Kimden: [Redacted]
Kime: [Redacted]
Tarih: Sat, 28 Oct 2023 18:53:44 +0000
Konu: Ynt
Ekler: Taburculuk Sonrası İyileşme Ölçeği.rar

Merhaba Hocam,

Doktora tezinizde başarılar dilerim. "Taburculuk Sonrası İyileşme Ölçeği" ni çalışmanızda kullanmanız için onay mailini göndermekten mutluluk duyarım. Ölçek ile ilgili dosyayı ekte bilgilerinize sunarım.

İyi çalışmalar,

Saygılar

Dr. Öğr. Üyesi Evin Korkmaz

Gönderen: Mehmet AHRAZ [Redacted]
Gönderildi: 27 Ekim 2023 Cuma 20:47
Kime: [Redacted]

Kimden: [Redacted]
Kime: Mehmet AHRAZ
Tarih: Tue, 31 Oct 2023 18:14:05 +0000 (UTC)
Konu: Re: ölçek izni
Ekler: Beck Depresyon Envanteri.pdf, Beck Depresyon Envanterinin Geçerliği Üzerine bir Çalışma.pdf, Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerli.pdf

Merhaba,
Beck Depresyon Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil; size gönderdiğim kopyasını ve ölçek formunun son sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Baron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyle gerekli referanslarınızın da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Görsin Nisli Sahin, PhD

Adjunct Professor

School of Psychology & Counseling

Fairleigh Dickinson University

185 Madison Ave

Madison, NJ 07940

e-mail: [Redacted]

Kimden: ~~Özge Kenis Coşkun~~
Kime: ~~Özge Kenis Coşkun~~
Tarih: Fri, 27 Oct 2023 21:44:15 +0300
Konu: Re:

Tamam tabii ki kullanabilirsiniz.

Kolay gelsin

Inviato da iPhone

Il giorno 27 ott 2023, alle ore 21:30, Mehmet AHRAZ <mahraz@ksu.edu.tr> ha scritto:

Teşekkür ederim hocam, evet kardiyak rehabilitasyonda engeller skalasını kullanmak istiyoruz, TOAD'ta var, mail üzerinden de izninizi almak istiyoruz.

----- Original Message -----

From: Özge Kenis Coşkun
To: ~~Özge Kenis Coşkun~~
Sent: Fri, 27 Oct 2023 21:15:42 +0300
Subject: ~~Özge Kenis Coşkun~~

EK-6 Gönüllü Bilgilendirme Formu

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU (KONTROL GRUBU)

Sayın katılımcı bu araştırma koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalarda hemşire liderliğinde uygulanan rehabilite edici girişimlerin hasta bakım sonuçları üzerine etkisinin araştırılması amacıyla yapılmaktadır. Rutin klinik tedaviye geldiğinizde bu çalışmaya gönüllü dahil olabilirsiniz, eğer araştırmadan çıkmak isterseniz, klinik tedavisine devam edebilirsiniz. Çalışma kapsamında rutin kontrole gelen hastalar takip edilecektir. Eğer katılmak istemezseniz çalışmaya katılmaya bilirsiniz, herhangi bir zorunluluk yoktur. Çalışma için herhangi bir ücret talep edilmekte ve ücret verilmemektedir. İstenildiği anda çalışma dışı kalınabilir ve rutin kontrollere/tedavisine devam edebilirsiniz.

Sizlere hazırlamış olduğumuz hasta tanıtıcı formları ve araştırmacısı tarafından onay aldığımız ölçekler ile görüşme sağlanacaktır. Görüşme KSÜ Tıp Fakültesi KVC polikliniğinde gerçekleşecektir. İlk görüşmede Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu (Ek-1) araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulacaktır. Sizler tekrar ameliyat sonrası ilk rutin KVC polikliniğine geldiğinizde ilgili araştırma ölçekleri doldurulacaktır. Ayrıca sizlerden KVC polikliniğindeki rutin kontrollere geldiklerinde biyokimya ve hemogram tahlil (Kreatinin, CRP, Kolesterol, LDL, HDL vb.) değerleri hastanenin bilgi sistemi üzerinden elde edilerek kayıt altına alınacak sizlere mali bir yük getirmeden kaydedilecektir.

Araştırma ile ilgili merak ettiğiniz konularda bizlere iletişim adreslerimizden her zaman ulaşabilirsiniz. Araştırmanın yapılacağı zaman aralığında rutin kontrollerine katılmazsanız araştırma dışı kalacaksınız. Fakat rutin kontrollere/tedavisine devam edebilirsiniz.

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

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

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası

**GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU
(ÇALIŞMA GRUBU)**

Sayın katılımcı bu araştırma koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalarda hemşire liderliğinde uygulanan rehabilite edici girişimlerin hasta bakım sonuçları üzerine etkisinin araştırılması amacıyla yapılmaktadır. Rutin klinik tedaviye geldiğinizde bu çalışmaya gönüllü dahil olabilirsiniz, eğer araştırmadan çıkmak isterseniz, klinik tedavinize devam edebilirsiniz. Çalışma kapsamında rutin kontrole gelen hastalar takip edilecektir. Eğer katılmak istemezseniz çalışmaya katılmaya bilirsiniz, herhangi bir zorunluluk yoktur. Çalışma için herhangi bir ücret talep edilmemekte ve ücret verilmemektedir. İstenildiği anda çalışma dışı kalınabilir ve rutin kontrollere/tedavinize devam edebilirsiniz.

İlk görüşme KSÜ Tıp Fakültesi KVC polikliniğinde veya kurulacak olan Kardiyak cerrahi rehabilitasyon ünitesinde gerçekleşecektir. İlk görüşmede Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu (Ek-1), araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile dolduracağız. Hazırlanan rehabilitasyon eğitimleri anlatılacak (Ek-3), eğitim uygulamaları yapılacak, mobil cihazına karekod ile eğitimler yüklenecektir. Karekod içeriği kardiyak cerrahi rehabilitasyon program içeriğini oluşturan (Ek-3) 60 adet soru-cevap platformu, bu soruların anlatımı, her soru için araştırmacılara ulaşabilirsiniz. Hasta ve gerekli durumlarda aile üyelerinin desteği ile yaşam aktivite günlüğü (eğitimler ve kontrol listesi) karekod ile mobil cihazınıza yüklenebilecek ve veriler analiz edilecektir. (Örn: kg takibi).

Sizler tekrar ameliyat sonrası (ilk rutin) KVC polikliniğine geldiğinizde (postop 14-21. gün), KG hastaları KCRP ünitesinde yüzyüze görüşme yöntemiyle ihtiyaç duyduğunuz rehabilitasyon eğitimleri sunulacak, mobil karekod (girişim) sonuçları değerlendirilecek ve Kardiyak cerrahi rehabilitasyon hasta takip formu (Ek-2) ve ölçekler doldurulacaktır.

Sizlere gereksinim duyduğunuzda KCRP program/eğitim içeriği anlatılacaktır. (program en az 40 dk- en çok 60 dk). Gereksinimleriniz olduğunda ekstradan tekrar programa/eğitime katılabilirsiniz. KCRP programına/eğitime katılım ücretsiz olup, hastalara mali bir yük getirmemektedir. Ayrıca hastaların KVC polikliniğindeki rutin kontrolleri geldikleri zamanki biyokimya ve hemogram tahlil (Kreatinin, CRP, Kolesterol, LDL, HDL vb) değerleri hastanenin bilgi sistemi üzerinden elde edilerek, hastalara mali bir yük getirilmeden kaydedilecektir.

Araştırma ile ilgili merak ettiğiniz konularda bizlere iletişim adreslerimizden her zaman ulaşabilirsiniz. Araştırmanın yapılacağı zaman aralığında rutin kontrollerine katılmazsanız araştırma dışı kalacaksınız. Fakat rutin kontrollere/tedavisine devam edebilirsiniz.

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

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

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı, Soyadı, İmza

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

1. Adı Soyadı : Mehmet AHRAZ
2. Uyruğu : Türkiye Cumhuriyeti

EĞİTİM

Derece	Bölümü	Üniversite Adı	Bitirme Yılı
Lisans	Hemşirelik	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu	2012
Yüksek Lisans	Hemşirelik	Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2018
Doktora	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü	2025

Yüksek Lisans Tez konusu:

Koroner anjiyografi sonrası koroner arter bypass greft cerrahisi önerilen hastalarda hemşirenin eğitici hasta danışmanlığı rolünün hastanın anksiyete ve cerrahi kararına etkisi

Doktora Tez Konusu:

Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Hemşire Liderliğinde Uygulanan Rehabilitasyon Edici Girişimlerin Hasta Bakım Sonuçları Üzerine Etkisinin Araştırılması

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görevi
2021-	KSÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	Öğretim Görevlisi
2018-2021	KSÜ Türkoğlu MYO	Öğretim Görevlisi
2012-2018	KSÜ SUA Hastanesi	Hemşire

UZMANLIK ALANI

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği,

YABANCI DİLLER

İngilizce

Projeler

6-12 yaş arası çocuklarda görülen okul kazalarının önlenmesine yönelik eğitim (ÜNİDES Projesi)

YAYINLAR

Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında (proceedings) basılan bildiriler:

Ahraz Mehmet, Yava Ayla, Koyuncu Aynur, Elagöz İslam (2022). Determining the Fear of Covid-19 Patients Applying to the General Surgery Out Patient Clinic.. INCARE2022 (Özet Bildiri/Davetli Konuşmacı) (Yayın No: 9126635)

Ahraz Mehmet, Yava Ayla (2022). Koroner Anjiyografi Sonrası Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Önerilen Hastalarda Hemşirenin Eğitici Hasta Danışmanlığı Rolünün Hastanın Anksiyete Ve Cerrahi Kararına Etkisi. 4. uluslararası 12. ulusal türk cerrahi ve ameliyathane hemşireliği kongresi. (Özet Bildiri)

Elagöz İslam, Koyuncu Aynur, Yava Ayla, Ahraz Mehmet, (2022). Covid-19 Servisinde Yatan Geriatrik Hastalara Hazırlanan Özel Taburculuk Eğitiminin Yaşam Kalitesine Ve Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi. INCARE2022 (Özet Bildiri/Davetli Konuşmacı) (Yayın No: 9126635)

