

**KORONER ARTER BYPASS GREFT AMELİYATI GEÇİREN
HASTALARIN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTE DÜZEYLERİNİN
İYİLEŞME DURUMLARINA ETKİSİ**

Esra DENLER
231502101

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Gizem KUBAT BAKIR

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Mayıs, 2025

**KORONER ARTER BYPASS GREFT AMELİYATI GEÇİREN
HASTALARIN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTE DÜZEYLERİNİN
İYİLEŞME DURUMLARINA ETKİSİ**

Esra DENLER

231502101

ORCID: 0009-0008-3378-7133

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Gizem KUBAT BAKIR

İstanbul

T.C. Maltepe Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Mayıs, 2025



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

ESRA DENLER'ın "Koroner Arter Bypass Greft Ameliyeti Geçiren Hastaların Günlük Yaşam Aktivite Düzeylerinin İyileşme Durumlarına Etkisi" başlıklı tezi 15.05.2025 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans/Doktora/Sanatta Yeterlik tezi oy birliğiyle/oy çokluğuyla, başarılı/başarısız olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı, Adı ve Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı)	Dr. Öğr. Üyesi Gizem KUBAT BAKIR Maltepe Üniversitesi	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Ece ALAGÖZ Maltepe Üniversitesi	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Sevcan KARATAŞ Yeni Yüzyıl Üniversitesi	

Enstitü Müdürü

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge” ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında bilgi birikimi, akademik rehberliği, deneyimi ve desteğiyle bana yol gösteren, tez sürecim boyunca beni cesaretlendiren ve bana her daim vakit ayıran sevgili danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Gizem Kubat Bakır’a,

Tez çalışmam süresince desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, yardımlarıyla her daim yanımda olan Doç. Dr. Selçuk Gülmez’e,

Çalışmam süresince desteğini hissettiren, moral veren arkadaşlarıma ve aileme ayrı ayrı teşekkürlerimi sunarım.

Esra DENLER

Mayıs, 2025

ÖZET

KORONER ARTER BYPASS GREFT AMELİYATI GEÇİREN HASTALARIN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTE DÜZEYLERİNİN İYİLEŞME DURUMLARINA ETKİSİ

Esra Denler

Yüksek Lisans Tezi

Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Gizem Kubat Bakır

Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2025

Bu çalışma koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların günlük yaşam aktivite düzeylerinin iyileşme durumlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmanın evrenini, Aralık 2024-Nisan 2025 tarihleri arasında İstanbul'daki iki eğitim ve araştırma hastanesinin kalp ve damar cerrahi servislerinde koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastalar oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini 200 hasta oluşturmaktadır. Çalışma verileri "Hasta Tanılama Formu", "Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi" ve "Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi" kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, güvenilirlik analizleri, doğrulayıcı faktör analizi, düzenleyicilik analizleri kullanıldı. Hipotezlerin testinde PROCESS Macro (Model 1) kullanılarak düzenleyicilik analizi yapılmıştır. Tüm analizler IBM SPSS 26.0 programıyla gerçekleştirildi.

Çalışmaya katılan hastaların %87'si 50 yaş ve üzeri hastalar, %83'ü erkek, VKİ ortalamasının 28,9, %88,5'i evli, %44,5'i ilkokul mezunu, %40,5'i serbest meslek sahibi, %65,5'i emekli, %60'ının geliri giderine denk, %78'i SSK'lı ve %63,0'ü eşinden bakım aldığını, %36'sı sigara içtiğini, %77'si alkol kullanmadığını, %27,5'i herhangi bir kronik hastalığı olmadığını ve %51'i daha önce operasyon geçirdiğini belirtmiştir. Ameliyat sonrası iyileşme indeksi toplam puanı ortalaması 1.52, alt boyutları incelendiğinde fiziksel aktiviteler ortalaması 2.52 ile en yüksektir ($r = 0.602$; p

< 0.01). Günlük Yaşam Aktiviteleri toplam puan 42.10 bulunmuştur. Hastaların günlük yaşam aktiviteleri ile ameliyat sonrası iyileşme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki tespit edilmiştir ($r = -0.453$, $p < 0.01$). Yapılan düzenleyici etki analizleri sonucunda; vücut kitle indeksi, eēitim durumu, gelir durumu, sigara kullanımı, alkol kullanımı ve daha önce operasyon geçirmiş olmanın iyileşme durumları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı düzenleyici etkiler oluřturduēu saptanmıştır.

Sonuç olarak; koroner arter bypass ameliyatı geçiren hastalarda vücut kitle indeksi, eēitim ve gelir durumu, sigara ve alkol kullanımı ile operasyon öyküsünün iyileşme süreci üzerinde belirleyici olduēunu ve bireysel farklılıkların iyileşme sürecinde önemli rol oynadıēını göstermektedir. Elde edilen bulgular doērultusunda, ameliyat sonrası iyileşme sürecinde sosyodemografik özellikler göz önünde bulundurularak bireysel bakım yaklaşımlarının güçlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Koroner Arter Bypass Greft, Günlük Yaşam Aktiviteleri, İyileşme Durumu, Cerrahi Hemřireliēi, Hemşirelik Bakımı

ABSTRACT

THE EFFECT OF DAILY LIVING ACTIVITY LEVELS ON RECOVERY STATUS IN PATIENTS UNDERGOING CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY

Esra Denler

Master Thesis

Department of Interdisciplinary Nursing

Surgical Diseases Nursing Master's Programme with Thesis

Thesis Advisor: Asst. Prof. Dr. Gizem Kubat Bakır

Maltepe University Graduate School, 2025

This study aimed to determine the effect of daily living activity levels on the recovery outcomes of patients undergoing coronary artery bypass graft (CABG) surgery. The study population consisted of patients who had CABG surgery between December 2024 and April 2025 in the cardiovascular surgery departments of two training and research hospitals in Istanbul. The sample included 200 patients. Data were collected using the "Patient Identification Form," "Barthel Index of Activities of Daily Living," and the "Postoperative Recovery Index." Data analysis included descriptive statistics, reliability analyses, confirmatory factor analysis, and moderation analyses. Moderation analysis was performed using PROCESS Macro (Model 1), and all analyses were conducted with IBM SPSS 26.0.

Among the participants, 87% were aged 50 and above, 83% were male, the mean BMI was 28.9, and 88.5% were married. Most had primary school education (44.5%), were self-employed (40.5%) or retired (65.5%), and had income equal to expenses (60%). Additionally, 78% were covered by social security, 63% received care from their spouse, 36% smoked, 77% did not consume alcohol, 27.5% had no chronic illness, and 51% had a history of previous surgery. The mean score of the Postoperative Recovery Index was 1.52, with the physical activity subdimension scoring highest ($M = 2.52$; $r = 0.602$; $p < 0.01$). The average score for activities of daily living was 42.10. A

statistically significant negative correlation was found between daily living activity scores and postoperative recovery ($r = -0.453$, $p < 0.01$). Moderation analyses revealed that BMI, education level, income, smoking, alcohol use, and history of previous surgery had statistically significant moderating effects on recovery outcomes.

In conclusion, the findings indicate that BMI, educational and income levels, smoking and alcohol use, and surgical history significantly influence recovery in CABG patients. The study emphasizes the importance of individual differences in recovery and recommends strengthening personalized care approaches considering sociodemographic characteristics during postoperative nursing care.

Keywords: Coronary Artery Bypass Graft, Activities of Daily Living, Recovery Status, Surgical Nursing, Nursing Care

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI	ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar LİSTESİ.....	xiv
ŞEKİLLER LİSTESİ	xv
KISALTMALAR.....	xvi
1. GİRİŞ	1
1.1 Problem.....	1
1.2 Amaç	4
1.3 Önem.....	4
1.4 Varsayımlar.....	5
1.5 Sınırlıklar	5
1.6 Tanımlar.....	5
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1 Koroner Arter Hastalığı	7
2.1.1 Koroner arter hastalıkları epidemiyolojisi	8

2.1.2 Koroner arter hastalığı risk faktörleri	9
2.1.2.1 Değiştirilemeyen risk faktörleri:	9
2.1.2.2 Değiştirilebilen risk faktörleri:	9
2.1.3 Koroner arter hastalıklarında belirti ve bulgular.....	9
2.1.4 Koroner arter hastalıklarında teşhis yöntemleri.....	11
2.1.4.1 Elektrokardiyografi (EKG)	11
2.1.4.2 Ekokardiyografi	11
2.1.4.3 Miyokard perfüzyon sintigrafisi	11
2.1.4.4 Koroner anjiyografi.....	12
2.1.4.5 Koroner BT anjiyografi (CCTA)	12
2.1.4.6 Kardiyak manyetik rezonans görüntüleme (Kardiyak MR)	12
2.1.3 Koroner arter hastalıklarında tedavi	12
2.1.3.1 Yaşam tarzı değişiklikleri	12
2.1.3.2 Medikal tedavi	13
2.1.3.3 İnvaziv girişimler.....	13
2.2 Koroner Arter Bypass Graft Ameliyatı.....	14
2.2.1 Koroner arter bypass greft ameliyatının tarihçesi.....	14
2.2.2 Koroner arter bypass greft cerrahi yöntemleri.....	15
2.2.2.1 Kardiyopulmoner bypass makinesi desteğiyle (On-Pump) koroner arter bypass greft.....	16
2.2.2.2 Çalışan kalpte (Off-Pump) koroner arter bypass greft.....	17
2.2.2.3 Minimal invaziv direkt koroner arter cerrahisi (MIDKAB)	18

2.2.3 Koroner arter bypass greft ameliyatının endikasyonları.....	18
2.2.4 Koroner arter bypass greft ameliyatının kontrendikasyonları	20
2.2.4.1 Mutlak kontrendikasyonlar	20
2.2.4.2 Göreceli kontrendikasyonlar	20
2.2.5 Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası komplikasyonlar	21
2.2.5.1 Kardiyak komplikasyonlar.....	21
2.2.5.2 Pulmoner komplikasyonlar	22
2.2.5.3 Nörolojik komplikasyonlar	22
2.2.5.4 Renal komplikasyonlar	22
2.2.5.5 Gastrointestinal komplikasyonlar	23
2.2.5.6 Enfeksiyonlar	23
2.2.5.6 Hematolojik ve tromboembolik komplikasyonlar	23
2.2.5.7 Psikososyal komplikasyonlar.....	23
2.3 Koroner arter bypass greft cerrahisi sonrası hemşirelik bakımı	24
2.4 Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastalarda günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi	26
2.4.1 Banyo yapma	26
2.4.2 Giyinme	27
2.4.3 Tuvalet kullanımı.....	27
2.4.4 Transfer.....	27
2.2.5 İdrar ve gaita kontrolü	27
2.4.6 Beslenme.....	28
2.4.7 Ambulasyon (Hareketlilik)	28

2.4.8 Kişisel bakım	28
2.5 Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastalarda iyileşme durumlarının değerlendirilmesi	29
2.6 Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların günlük yaşam aktivite düzeylerinin iyileşme durumlarına etkisi.....	30
3.YÖNTEM	32
3.1 Araştırma Modeli	32
3.2 Araştırma Soruları.....	32
3.3 Araştırma Hipotezleri	32
3.4 Araştırmanın Yeri ve Zamanı	33
3.5 Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri.....	33
3.6 Evren ve Örneklem	34
3.7 Veriler ve Toplanması	36
3.7.1 Veri toplama araçları	36
3.8 Verilerin Çözümlemesi ve Yorumlanması	38
4. BULGULAR VE TARTIŞMA	39
4.1 Bulgular	39
4.1.1 Örnekleme ilişkin tanımlayıcı bulgular	39
4.1.2 Ölçme araçlarının geçerlilik analizlerine ilişkin bulgular.....	44
4.1.3 Günlük yaşam aktiviteleri ölçeği birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi bulguları.....	46
4.1.4 Ameliyat sonrası iyileşme ölçeği birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi bulguları.....	49
4.1.5 Ölçme Araçlarına İlişkin Korelasyon ve Güvenirlik Analizleri Bulguları	54

4.1.6 Araştırmanın hipotezlerine ilişkin bulgular	58
4.2 Tartışma	71
4.2.1 Hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması	72
4.2.2 Ölçeklere ilişkin korelasyon analizi bulgularının tartışılması	75
4.2.3 Hastaların ameliyat sonrası iyileşme ölçeği toplam puan ortalamaları ile günlük yaşam aktiviteleri ölçeği toplam puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması	77
4.2.4 Araştırmanın hipotezlerine ilişkin bulguların tartışılması	81
5. SONUÇ ve ÖNERİLER	96
KAYNAKÇA.....	99
EKLER.....	125
EK-1: Etik Kurul Kararı	125
EK-2 Kurum İzni	126
EK-3 Kurum İzni	127
EK-4 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	128
Ek-5 Hasta Tanılama Formu.....	130
EK-6 Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi.....	132
EK-7 Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi (ASİİ).....	137
EK-8 Ölçek İzinleri.....	138
ÖZ GEÇMİŞ	139

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	39
Tablo 2. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Uyum İyiliği Değerleri.....	45
Tablo 3. Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği- Birinci Düzey DFA Sonuçları	47
Tablo 4. Ameliyat Sonrası İyileşme Ölçeği- Birinci Düzey DFA Sonuçları.....	52
Tablo 5. Ölçeklere İlişkin Pearson Korelasyon Analizi ve Güvenirlik Analizi Bulguları	55
Tablo 6. Ölçme Araçlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Bulguları	56
Tablo 7. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Basit Düzenleyicilik Analizi Bulguları (Model 1).....	60

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği - Birinci Düzey DFA Sonuçları (t değerleri)	47
Şekil 2. Ameliyat Sonrası İyileşme Ölçeği- Birinci Düzey DFA Sonuçları Birinci Aşama (t değerleri)	50
Şekil 3. Ameliyat Sonrası İyileşme Ölçeği- Birinci Düzey DFA Sonuçları İkinci Aşama (t değerleri)	51
Şekil 4. Günlük Yaşam Aktiviteleri ile Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi İlişkisinde VKİ'nin Düzenleyici Rolü (H3)	64
Şekil 5. Günlük Yaşam Aktiviteleri ile Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi İlişkisinde Eğitim Durumlarının Düzenleyici Rolü (H5)	66
Şekil 6. Günlük Yaşam Aktiviteleri ile Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi İlişkisinde Gelir Durumlarının Düzenleyici Rolü (H8).....	67
Şekil 7. Günlük Yaşam Aktiviteleri ile Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi İlişkisinde Sigara Kullanım Durumlarının Düzenleyici Rolü (H11).....	68
Şekil 8. Günlük Yaşam Aktiviteleri ile Ameliyat Sonrası İyileşme indeksi İlişkisinde Alkol Kullanım Durumlarının Düzenleyici Rolü (H12).....	69
Şekil 9. Günlük Yaşam Aktiviteleri ile Ameliyat sonrası iyileşme İndeksi İlişkisinde Operasyon Öyküsü Durumlarının Düzenleyici Rolü (H13)	71

KISALTMALAR

ACC/AHA/SCAI:	Amerikan Kardiyoloji Koleji / Amerikan Kalp Derneği / Girişimsel Kardiyoloji Derneği
ACE:	Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim
AKS:	Akut Koroner Sendrom
ARB:	Anjiyotensin Reseptör Blokörü
ASİİ:	Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi
BITA:	Bilateral (İki Taraflı) Internal Torasik Arter
BT:	Bilgisayarlı Tomografi
CCTA:	Koroner Bilgisayarlı Tomografi Anjiyografisi
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
EF:	Ejeksiyon Fraksiyonu
EKG:	Elektrokardiyografi
GYA:	Günlük Yaşam Aktiviteleri
HDL:	Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
IMA:	İnternal Mammaryan Arter
ITA:	İnternal Torasik Arter
KABG:	Koroner Arter Bypass Grefti

KAH:	Koroner Arter Hastalığı
KPB:	Kardiyopulmoner Bypass
LAD:	Sol Anterior İnen Arter
LIMA:	Sol İnternal Mammaryan Arter
MIDKAB:	Minimal İnvaziv Direkt Koroner Arter Bypass
MONICA:	Kardiyovasküler Hastalıklarda Eğilim ve Belirleyicilerin İzlenmesi Projesi
PCI:	Perkütan Koroner Girişim
SSK:	Sosyal Sigortalar Kurumu
TEKHARF:	Türkiye Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri Araştırması
VKİ:	Vücut Kitle İndeksi

1. GİRİŞ

1.1 Problem

Kardiyovasküler hastalıklar dünya genelinde en sık rastlanan ve morbidite ile mortalitenin başlıca nedenleri arasında yer alan hastalık gruplarından biridir. Bu hastalık grubundan biri olan koroner arter hastalığı (KAH) aterosklerotik plaklar nedeniyle koroner damarların daralması veya tıkanması sonucu miyokardiyal iskemiye ve sonucunda kalp fonksiyonlarının bozulmasına neden olmaktadır (Yavuzgil, 2016). Toplumda artan yaş ortalaması, sedanter yaşam tarzı, beslenme alışkanlıklarındaki bozulma ve kronik hastalık prevalansındaki artış KAH görülme sıklığını artırmaktadır. (Büber ve Sevgican, 2022). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre her yıl yaklaşık 17.9 milyon insan kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2019 verilerine göre, Türkiye'de gerçekleşen ölümlerin yaklaşık %37'si kalp ve damar hastalıkları kaynaklıdır. Bu veriler KAH'nın hem global hem de ulusal düzeyde önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir (Özbilgin ve Kurnaz, 2023). KAH sadece mortalite değil aynı zamanda morbidite açısından da ciddi sonuçlar doğurmaktadır. Akut koroner sendrom hastalarında yapılan çalışmalarda KAH'nın yaygınlığının yüksek olduğu ve bu durumun hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir. (Karasu ve Aksu, 2024). KAH sadece mortalite değil aynı zamanda sağlık sistemleri üzerinde oluşturduğu ekonomik yük nedeniyle de önemli bir halk sağlığı sorunudur. Hastalığın uzun tedavi süreci, düzenli ilaç kullanımı, hastanede yatış ve rehabilitasyon hizmetleri gibi unsurlar sağlık harcamalarını artırmaktadır (Kumar, Prakash ve Gupta, 2019). KAH'ın tedavisinde medikal tedavi, perkütan girişimsel yöntemler (stentleme vb.) ve cerrahi yaklaşım olarak koroner arter bypass greft (KABG) ameliyatı yer almaktadır. Özellikle çoklu damar hastalığı olan ve diğer tedavi yaklaşımlarından fayda göremeyen hastalarda KABG miyokardiyal perfüzyonu yeniden sağlamak ve semptomları azaltmak amacıyla tercih edilen bir yöntemdir (Gaba vd., 2023). KABG ameliyatı bir arter ya da ven ile koroner tıkanıklığın bypass edilerek iskemik alanda yeniden damar oluşturulmasıdır. KABG ameliyatı dünya genelinde yetişkinlere yapılan kalp cerrahisinin yarısından fazlasını oluşturmaktadır. Bu cerrahi kronik stabil anjininin diğer tedavilere cevap

vermemesi, sol koroner arterin belirgin tıkanıklığı, unstabil anjina pectoris, akut miyokard enfarktüsü, inatçı ventriküler irritabilite, sol ventrikül yetmezliği ve başarısız perkütanöz transluminal koroner anjiyoplasti gibi durumlarda gerekmektedir (Gülhan Güner ve Nural, 2020).

KABG ameliyatı sonrası iyileşme süreci hastanın genel sağlık durumu ameliyatın kapsamı ve postoperatif bakımın kalitesine bağlı olarak değişkenlik gösterebilir. Ameliyat sonrası dönemde hastalar genellikle 12-24 saat mekanik ventilatöre bağlı olarak izlenir ve 5-6 gün hastanede kalırlar. İyileşme süresi ise genellikle 6-8 hafta arasında değişir. Bu süreçte asidoz, kalp tamponadı, hemoraji, hipovolemiye bağlı kalp debisinin düşmesi, pulmoner emboli, yaygın intravasküler koagülasyon gibi komplikasyonlar görülebilir. Geç dönemde ise yara yeri enfeksiyonu, emboli, endokardit ve greft oklüzyonu gibi komplikasyonlar ortaya çıkabilir. KABG ameliyatı sonrasında gelişebilecek komplikasyonları önlemek veya erken dönemde tanınmak iyi bir hemşirelik bakımıyla mümkündür (Anthony ve Sendelbach, 2007). Cerrahi başarının yanı sıra hastanın ameliyat sonrası iyileşme süreci fiziksel fonksiyonlarına dönüşü, psikolojik adaptasyonu ve sosyal becerisini yeniden kazanması açısından bütüncül olarak değerlendirilmelidir (Çınar ve Savaş, 2019).

Günlük yaşam aktiviteleri (GYA) bireylerin bağımsız olarak gerçekleştirdikleri temel fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevleri kapsar. Fiziksel boyut beslenme, kişisel hijyen, giyinme gibi temel ihtiyaçları içerirken; psikolojik boyut bireyin duygusal durumunu, stresle başa çıkma yeteneğini ve zihinsel sağlığını ifade eder. Sosyal boyut ise bireyin aile ve toplum içindeki rollerini, sosyal etkileşimlerini ve destek sistemlerini kapsar. Bu üç boyutun dengesi bireyin genel yaşam kalitesini ve iyilik halini belirler (Demir Erbil ve Hazer, 2021). KABG sonrası iyileşme süreci sadece fizyolojik değil hastanın işlevselliğe ve sosyal yaşama yeniden entegrasyonu açısından da değerlendirilmelidir. GYA düzeyi bu sürecin önemli bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bu aktivitelerdeki azalma veya gecikme sadece fiziksel sağlığı değil aynı zamanda hastanın psikolojik iyi oluş halini ve sosyal katılımını da olumsuz etkileyebilmektedir (Arsyi, Permana, Karim ve Abdurachman, 2022). Postoperatif dönemde günlük yaşam aktivitelerine erken dönmek hem komplikasyonların azaltılmasında hem de iyileşme sürecinin hızlanmasında önemli rol oynar. Fiziksel aktivitenin yeniden kazanılması kalp

sağlığını desteklemenin yanında hastanın özgüvenini, bağımsızlığını ve yaşam kalitesini de olumlu yönde etkilemektedir. Bu nedenle KABG sonrası dönemde hastaların günlük yaşam aktivitelerinin düzenli olarak değerlendirilmesi hemşirelik bakımında hastaların bireysel ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bakım planlarının kişiselleştirilmesi açısından temel bir adımdır. KABG ameliyatı geçiren hastalarda GYA'nın değerlendirilmesi hemşirelerin hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal durumlarını bütüncül bir şekilde anlamalarına yardımcı olur. Bu değerlendirme hemşirelerin hastaların taburculuk sonrası bakım ihtiyaçlarını belirlemelerine, eğitim programlarını planlamalarına ve gerekli destek hizmetlerini organize etmelerine olanak tanır. Ayrıca GYA değerlendirmesi hemşirelerin hastaların iyileşme durumlarını artırmaya yönelik müdahaleler geliştirmelerine katkı sağlar. KABG sonrası döneme ilişkin yapılan bir çalışmada bu hastaların postoperatif ilk haftalarda fiziksel aktiviteye başlama sürelerinin oldukça değişken olduğunu hastaların çoğunda yaşam aktivitelerine dönüş sürecinin yavaş ilerlediğini göstermektedir (Saboula, Hussein ve Habouh, 2020). KABG ameliyatı geçiren hastalar fiziksel zorlukların yanı sıra psikolojik uyum sorunları da yaşayabilirler. Ameliyat sonrası hastalar anksiyete, depresyon ve uyku bozuklukları gibi psikolojik sorunlarla karşılaşabilirler. Bu durumlar hastaların iyileşme sürecini olumsuz etkileyebilir ve yaşam kalitelerini düşürebilir. Psikolojik destek ve danışmanlık hizmetleri hastaların bu süreçteki uyumlarını artırmada önemli rol oynamaktadır. Hastanın fonksiyonel kapasitesi, yaşam kalitesi, psikolojik durum ve sosyal rollerine dönüşü gibi iyilik hâli belirtileri iyileşme sürecinin bütünsel olarak anlaşılmasında önemli bir rol üstlenir (Özdemir ve Yılmaz, 2024). KABG ameliyatı sonrası hastaların sosyal yaşama yeniden entegrasyonu iyileşme sürecinin önemli bir parçasıdır. Ameliyat sonrası dönemde hastalar sosyal rollerini yeniden üstlenmede zorluklar yaşayabilirler. Bu durum hastaların sosyal izolasyon hissetmelerine ve yaşam kalitelerinin düşmesine neden olabilir. Sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi ve rehabilitasyon programlarının uygulanması hastaların sosyal yaşama daha hızlı ve sağlıklı bir şekilde entegrasyonunu sağlayabilir (Doğu, Çolak Güngörsün ve Erkorkmaz, 2015).

KABG ameliyatı sonrası hastaların GYA'nın değerlendirilmesi hemşirelik bakımının temel unsurlarından biridir. Hemşireler hastaların beslenme, kişisel hijyen, mobilizasyon ve diğer günlük aktivitelerini bağımsız olarak sürdürebilmeleri için gerekli değerlendirmeleri yapar ve uygun bakım planlarını oluştururlar. Bu süreçte

hemşirelerin hastaların bireysel ihtiyaçlarını belirlemesi ve buna uygun eğitim ve destek sağlaması önemlidir (Çeliktürk, den ve Demir Korkmaz, 2021). KABG ameliyatı sonrası iyileşme süreci de hemşirelerin aktif katılımını gerektiren bir dönemdir. Hemşireler hastaların vital bulgularını izler, ağrı yönetimini sağlar, yara bakımını gerçekleştirir ve komplikasyonları önlemek için gerekli önlemleri alır. Ayrıca hemşireler hastaların psikolojik durumlarını değerlendirerek gerekli durumlarda psikososyal destek sağlarlar. Bu bütüncül yaklaşım hastaların iyileşme sürecini olumlu yönde etkiler (Kapı Para ve Ata, 2024; Cre, 2021).

Çalışmamızın amacı koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların günlük yaşam aktivite düzeylerinin iyileşme durumlarına etkisini belirlemektir. Çalışma bulguları hasta eğitimi içeriklerinin oluşturulması ve multidisipliner rehabilitasyon programlarının desteklenmesi açısından önemli katkılar sağlayacaktır. Hastaların postoperatif dönemde günlük yaşam aktivitelerine ne kadar erken döndüğü, fiziksel ve psikolojik iyilik hallerine nasıl yansıdağı ve sosyal rollerine dönüş süreleri bilimsel verilerle ortaya konulacaktır. Günlük yaşam aktivitelerinin erken dönemde izlenmesi ve değerlendirilmesiyle bireyselleştirilmiş bakım planlarının oluşturulması ve hemşirelerin bu alanda daha etkin rol alması sağlık hizmetlerinin kalitesini arttıracaktır.

1.2 Amaç

Bu alışma koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların günlük yaşam aktivite düzeylerinin iyileşme durumlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3 nem

KABG ameliyatı kardiyovasküler hastalıkların cerrahi tedavisinde sık başvurulan bir yöntem olup hastaların yaşam süresi ve kalitesini artırmayı hedeflemektedir. Ancak KABG sonrası dönemde sadece cerrahi başarı değil bireyin günlük yaşam aktivitelerine ne ölçüde ve ne kadar sürede dnebildağı de iyileşmenin önemli bir göstergesidir. Hastanın bağımsız hareket edebilmesi, öz bakım becerilerini sürdürebilmesi ve sosyal rollerine yeniden uyum sağlayabilmesi fiziksel olduğu kadar psikososyal iyileşmenin de bir parçası olarak ele alınmalıdır.

Günlük yaşam aktivitelerine erken dönüş yalnızca hastanın iyileşme sürecini hızlandırmakla kalmaz aynı zamanda komplikasyon risklerini azaltır yeniden hastaneye başvuru oranlarını düşürür ve sağlık sistemine olan yükü hafifletir (Chaudhari, Pani, Mhaske ve Mulay, 2021). Bu çalışma KABG ameliyatı sonrası hastaların GYA düzeylerindeki değişimleri inceleyerek hem literatüre hem de hemşirelik uygulamalarına önemli katkılar sunmayı hedeflemektedir. Bu süreçte hemşireler hasta takibinin her aşamasında aktif bulunarak iyileşme sürecinin hızlandırılmasında önemli bir rol almaktadır. Bu çalışma hemşirelik bakımında postoperatif hasta bakımına ilişkin içeriklerin güncellenmesine katkı sağlayacak, sağlık politikalarının hasta merkezli ve kanıta dayalı olarak geliştirilmesi sürecinde de hemşirelik mesleğinin rolünü güçlendiren bilimsel veriler sunacaktır.

1.4 Varsayımlar

Bu çalışmada katılımcıların veri toplama formlarına içten ve doğru bir şekilde yanıt verdikleri, çalışma sırasında kullanılacak olan veri toplama araçlarının çalışma için yeterli güvenirlikte oldukları varsayılmıştır.

1.5 Sınırlıklar

Çalışmaya KABG ameliyatı geçiren ve çalışmayı kabul eden hastaların dahil edilmesi çalışmanın sınırlılıkları oluşturmaktadır. Çalışmanın sonuçları ölçüm araçlarının ölçme gücü ile sınırlıdır.

1.6 Tanımlar

Koroner Arter Bypass Graft; KABG ameliyatı daralmış veya tıkanmış koroner arterlerin bypass edilmesi için gerçekleştirilen bir cerrahi işlemdir. Amaç kalbin miyokard tabakasına kan akışını artırmak ve bu sayede dokunun oksijenlenmesini iyileştirmektir (Dolu, Demirtaş ve Çelik, 2024).

Günlük Yaşam Aktiviteleri; Bireylerin günlük yaşamlarını sürdürebilmesi için gerekli olan temel fiziksel ve zihinsel becerileri ifade eder (Dolu, Demirtaş ve Çelik, 2024).

İyileşme Durumu; Bir bireyin sağlık fiziksel fonksiyon ve psikolojik iyi oluş açısından mevcut durumunu ifade eder. İyileşme durumu fiziksel rehabilitasyon, ağrı yönetimi, psikolojik destek ve sosyal etkileşim gibi birçok faktörden etkilenir (Dolu, Demirtaş ve Çelik, 2024).



2. GENEL BİLGİLER

2.1 Koroner Arter Hastalığı

KAH miyokardiyal iskeminin temel nedeni olan kalp kasını besleyen koroner arterlerin aterosklerotik plaklar nedeniyle daralması veya tıkanması ile karakterize edilen kronik bir kardiyovasküler hastalıktır. Koroner arterlerin daralması kalp kasının yeterli oksijen ve besin maddesi almasını engelleyerek ciddi kardiyak komplikasyonlara yol açabilir. Kalbin yeterli oksijenlenmesini sağlayamaması ise genellikle göğüs ağrısı, yorgunluk ve nefes darlığı gibi belirtilerle kendini gösterir (Yavuzgil, 2016; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). KAH dünya genelinde morbidite ve mortalitenin başlıca nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Modern tanı yöntemleri ve gelişmiş tedavi yaklaşımları sayesinde hastalığın kontrol altına alınabilmesi mümkün olsa da tedavi edilmediğinde ciddi sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Erken tanı ve etkin müdahale ile miyokardiyal enfarktüs gibi komplikasyonların önlenmesi mümkündür (Rallidis, Xenogiannis, Brilakis ve Bhatt, 2022). Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde KAH ciddi bir halk sağlığı problemi olarak öne çıkmaktadır. Yaşam süresinin uzaması, sağlıksız beslenme alışkanlıkları, fiziksel inaktivite, obezite, sigara kullanımı ve stres gibi risk faktörleri hastalığın yaygınlaşmasına neden olmaktadır. Bu durum hem hastaların yaşam kalitesini düşürmekte hem de sağlık sistemleri üzerinde ekonomik ve hizmet yükü oluşturmaktadır (Turhan ve Çan, 2020).

Hastalığın temelinde yatan patolojik süreç olan ateroskleroz zamanla damar duvarlarında plak oluşumuna neden olur. Bu süreç endotel disfonksiyonu, lipid birikimi, inflamasyon ve tromboz gibi mekanizmaların bir araya gelmesiyle ilerler. Aterosklerotik plakların rüptüre olması ise ani damar tıkanıklıklarına ve ciddi kardiyak olaylara zemin hazırlar. Ateroskleroz ilerledikçe koroner damarların iç çapı daralır ve bu durum miyokardiyal iskeminin şiddetini artırır. Kalp kasının oksijen ihtiyacının karşılanamaması hücresel düzeyde doku hasarına ve zamanla kalp fonksiyonlarının bozulmasına yol açabilir. Bu patofizyolojik süreç hastalığın ciddiyetini belirleyen en önemli faktörlerden biridir (Savaş Tetik ve Tanrıverdi, 2017). KAH klinik olarak genellikle anjina pectoris, miyokard enfarktüsü, kalp yetmezliği ve ani kardiyak ölüm

gibi durumlarla kendini gösterir. Bu semptomların tanınması ve hastanın zamanında uygun sağlık hizmetine yönlendirilmesi hastalığın seyrini değiştirebilecek kritik öneme sahiptir. Özellikle yüksek risk grubundaki hastalarda erken müdahale ile yaşam süresi uzatılabilir ve komplikasyonlar en aza indirilebilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

2.1.1 Koroner arter hastalıkları epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre kardiyovasküler hastalıklar küresel olarak en önde gelen ölüm nedenidir. 2019 yılı verilerine göre tüm dünyada 17,9 milyon insanın kardiyovasküler hastalıklar sebebiyle öldüğü ve tüm ölümlerin % 32'sini oluşturduğu bildirilmektedir. Kalp damar hastalıkları sonucu meydana gelen ölümlerin dörtte üçünden fazlasının düşük ve orta gelire sahip ülkelerde gerçekleştiği bildirilmektedir (WHO, 2021). KAH'nın prevalansı ve insidansı coğrafi bölgelere, yaşam tarzına ve sosyoekonomik faktörlere bağlı olarak değişiklik göstermektedir. DSÖ MONICA çalışmasına göre 35-64 yaş arası erkeklerde koroner sendrom insidansı Çin'de yüzbinde 81 iken Finlandiya'da yüzbinde 835 olarak bildirilmiştir. Bu veriler farklı bölgeler arasındaki belirgin farkları ortaya koymaktadır. 2002 yılında dünya genelinde yaklaşık 17 milyon kişi kardiyovasküler hastalıklardan hayatını kaybetmiş ve bu ölümlerin 7.2 milyonu KAH' ya bağlı olarak gerçekleşmiştir. Bu veriler KAH'nın küresel hastalık yükündeki önemli yerini göstermektedir (Ralapanawa ve Sivakanesan, 2021). Türkiye'de KAH'nın sıklığına dair çeşitli çalışmalar yapılmıştır. 1990 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada (Onat vd., 1991) 20 yaş üzeri popülasyonda KAH prevalansı erkeklerde %4.1 kadınlarda %3.5 olarak bildirilmiştir. Daha yakın tarihli bir çalışma olan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'na göre 15 yaş ve üzeri bireylerde KAH sıklığı erkeklerde %3.8 kadınlarda %2.3 olarak saptanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması Türkiye'de 2 milyon koroner arter hastasının bulunduğunu ve yılda 160 bin kişinin KAH nedeniyle hayatını kaybettiğini tahmin etmektedir (Onat ve TEKHFARF, 2010). Ayrıca Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2019 verilerine göre ölüm nedenleri arasında %36.8 ile dolaşım sistemi hastalıkları ilk sırada yer almakta ve bu ölümlerin %39.1'i iskemik kalp hastalığına bağlı olarak gerçekleşmektedir (TÜİK, 2020)

2.1.2 Koroner arter hastalığı risk faktörleri

KAH' nın etiyolojisi ateroskleroza yol açan birçok risk faktörünü içermektedir. Bu faktörler arasında en önemli olanlar; yüksek serum lipid seviyeleri, hipertansiyon ve sigara kullanımıdır. Ateroskleroza neden olan risk faktörleri genel olarak iki gruba ayrılabilir: değiştirilemeyen ve değiştirilebilen risk faktörleri (Culha, 2024; Sebahat Kasapoğlu ve Enç, 2018).

2.1.2.1 Değiştirilemeyen risk faktörleri:

- Yaş
- Erkek cinsiyet
- Ailede KAH öyküsü veya genetik yatkınlık

2.1.2.2 Değiştirilebilen risk faktörleri:

- Hiperkolesterolemi,
- Hipertansiyon
- Sigara ve alkol tüketimi
- Sedanter yaşam ve obezite
- Diyabet ve stres

Bunların yanı sıra lipoprotein yüksekliği, hiperhomosisteinemi ile protrombotik ve proinflatuar durumlar da koroner arter hastalığı gelişiminde rol oynamaktadır (Culha, 2024; Sebahat Kasapoğlu ve Enç, 2018).

2.1.3 Koroner arter hastalıklarında belirti ve bulgular

Koroner arter hastalığında gelişen ateroskleroz nedeniyle arterlerde tıkanma ve daralma sonucunda miyokarda giden kan ve oksijen miktarı azalmaktadır. Koroner arterlerdeki tıkanıklığın yeri ve derecesine göre hastada görülen belirti ve bulgular değişebilmektedir (Akkaya, Ede ve Öztürk, 2018). Arterlerdeki bu daralma kalp kasına ulaşan kan ve oksijen miktarını azaltarak bir dizi klinik belirtiyeye yol açar. KAH'nın

belirtileri genellikle fiziksel aktivite veya emosyonel stresle tetiklenen ve dinlenmeyle azalan semptomlarla ortaya çıkmakla birlikte bazı hastalarda sessiz seyir gösterebilir (Durusoy, Yıldırım ve Altun, 2010; Gülhan Güner ve Nural, 2020; Güler, 2022).

Angina (Göğüs Ağrısı); KAH'nın en belirgin belirtisi olan angina genellikle fiziksel aktivite veya emosyonel stres sırasında ortaya çıkan dinlenme veya nitratlarla hafifleyen göğüste baskı, sıkışma veya yanma şeklinde hissedilen bir ağrıdır. Ağrı sol kola, boyuna, çeneye veya sırtta yayılabilir (Durusoy, Yıldırım ve Altun, 2010; Gülhan Güner ve Nural, 2020; Güler, 2022).

Dispne (Nefes Darlığı); Miyokard iskemisi sonucu sol ventrikül disfonksiyonu gelişebilir ve bu da eforla ortaya çıkan veya istirahatte de hissedilebilen nefes darlığına neden olabilir (Durusoy, Yıldırım ve Altun, 2010; Gülhan Güner ve Nural, 2020; Güler, 2022).

Yorgunluk ve Halsizlik; KAH'lı hastalar özellikle günlük aktiviteler sırasında yorgunluk ve halsizlik bildirebilirler. Bu semptom kalbin yeterli kan pompalayamamasına bağlı olarak dokuların oksijenlenmesinin azalmasından kaynaklanır (Durusoy, Yıldırım ve Altun, 2010; Gülhan Güner ve Nural, 2020; Güler, 2022).

Çarpıntı; İskemik miyokard dokusu elektriksel iletimde bozulmalara yol açarak aritmilere ve hastaların çarpıntı hissetmesine neden olabilir (Durusoy, Yıldırım ve Altun, 2010; Gülhan Güner ve Nural, 2020; Güler, 2022).

Senkop (Bayılma); Nadir olmakla birlikte ciddi aritmiler veya miyokard iskemisi sonucu beyne giden kan akışının azalması nedeniyle bayılma veya baş dönmesi yaşanabilir (Durusoy, Yıldırım ve Altun, 2010; Gülhan Güner ve Nural, 2020; Güler, 2022).

Asemptomatik Seyir; Bazı bireylerde KAH belirgin semptomlar olmaksızın sessiz iskemi şeklinde ilerleyebilir ve bu durum tanı ve tedaviyi geciktirebilir. Hastalık ilerledikçe kalp kasının oksijen yetersizliği artar ve bu da angina pectoris, miyokard enfarktüsü ve ani kardiyak ölümler gibi ciddi durumlara yol açabilir (Şahin, 2021).

KAH'nın semptomları bireyler arasında farklılık gösterebilir ve atipik semptomlar özellikle kadınlarda, yaşlılarda ve diyabetik hastalarda daha yaygın olabilir. Bu nedenle risk faktörleri taşıyan bireylerin düzenli kardiyolojik değerlendirmelerden geçmesi önemlidir (Durusoy, Yıldırım ve Altun, 2010; Gülhan Güner ve Nural, 2020; Güler, 2022).

2.1.4 Koroner arter hastalıklarında teşhis yöntemleri

KAH tanısında semptomların ciddiyeti ve kardiyak kökenli olma ihtimali göz önünde bulundurularak çeşitli non-invaziv ve invaziv yöntemler kullanılmaktadır. Tanı süreci hastanın detaylı tıbbi öyküsünün alınması ve fiziksel muayene ile başlar. Ardından hastalığın varlığını, ciddiyetini ve yaygınlığını belirlemek amacıyla aşağıdaki yöntemler uygulanır (Abbara vd., 2016).

2.1.4.1 Elektrokardiyografi (EKG)

EKG kalbin elektriksel aktivitesini kaydederek iskemik değişiklikleri, aritmileri ve önceki miyokard enfarktüslerini saptamada temel bir araçtır. İstirahat EKG'si akut koroner sendromların tanısında önemli olmakla birlikte stabil KAH'nın tespitinde yeterli düzeyde değildir. Egzersiz stres testi sırasında yapılan EKG eforla uyarılan iskemiye değerlendirmede daha faydalıdır (Yüksel ve Şahin, 2013).

2.1.4.2 Ekokardiyografi

Ekokardiyografi ultrason dalgaları kullanarak kalbin yapısını ve fonksiyonunu değerlendiren non-invaziv bir görüntüleme yöntemidir. Stres ekokardiyografi farmakolojik ajanlar veya egzersizle uyarılan iskemik yanıtları belirlemek için kullanılır ve KAH'nın fonksiyonel etkilerini değerlendirmede yardımcıdır (Türkoğlu vd., 2009).

2.1.4.3 Miyokard perfüzyon sintigrafisi

Bu nükleer tıp tekniği miyokardiyal kan akışını ve perfüzyon defektlerini değerlendirerek iskemik bölgeleri saptar. Egzersiz veya farmakolojik stres altında yapılan sintigrafi KAH'nın varlığını ve ciddiyetini belirlemede kullanılır (Akdemir, Atasever ve Yetkin, 2008).

2.1.4.4 Koroner anjiyografi

Koroner anjiyografi koroner arterlerin lümenini doğrudan görüntüleyen invaziv bir prosedürdür ve KAH'nın tanısında altın standart olarak kabul edilir. Bu yöntem arterlerdeki daralma veya tıkanıklıkların yerini ve derecesini belirleyerek tedavi planlamasında kritik bir rol oynar (Akkaya, Polat, Ede ve Öztürk, 2018).

2.1.4.5 Koroner BT anjiyografi (CCTA)

CCTA koroner arterlerin non-invaziv olarak görüntülenmesini sağlayan bir bilgisayarlı tomografi tekniğidir. Yüksek negatif prediktif değeri sayesinde KAH'nın dışlanmasında etkili bir yöntemdir. Son yıllarda derin öğrenme ve radyomik yöntemlerle CCTA görüntülerinin analizi üzerine çalışmalar yapılmaktadır. Denzinger ve arkadaşları derin öğrenme ve radyomik yaklaşımları kullanarak CCTA taramalarından koroner arter plaklarını karakterize etmeye yönelik bir yöntem geliştirmiştir (Denzinger vd., 2019).

2.1.4.6 Kardiyak manyetik rezonans görüntüleme (Kardiyak MR)

Kardiyak MR miyokardiyal perfüzyon, fonksiyon ve doku karakterizasyonunu yüksek çözünürlükte değerlendiren non-invaziv bir görüntüleme yöntemidir. Özellikle miyokardiyal fibrozis ve skar dokusunun tespitinde faydalıdır (Keskin vd., 2020).

2.1.3 Koroner arter hastalıklarında tedavi

KAH tedavisinde amaç; koroner arterlerde kan akışını artırarak kalp kasına yeterli kan iletimini sağlamaktır. Tedaviye yönelik yaklaşımlar hastalığın evresi, hastanın klinik durumu ve eşlik eden risk faktörlerine göre belirlenir. Bu tedavi yaklaşımları; yaşam tarzı değişiklikleri, medikal tedavi ve invaziv girişimleri içerir. Tedavide risk faktörlerinin azaltılması ve kontrol altına alınması önem taşır (Tülüce ve Kartal, 2021).

2.1.3.1 Yaşam tarzı değişiklikleri

KAH'nın yönetiminde yaşam tarzı değişiklikleri hastalığın ilerlemesini yavaşlatmada ve komplikasyon riskini azaltmada belirleyici niteliktedir. Bu değişiklikler arasında sigaranın bırakılması, düzenli fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının benimsenmesi ve stres yönetimi bulunmaktadır (Aksoy ve Zeren, 2018; Tülüce ve

Kartal, 2021). Büber ve Sevgican'ın yaptığı bir çalışmada KAH hastalarının yaşam tarzı değişikliklerine uyumunun hastalığa bağlı mortalite ve morbiditeyi azalttığı gösterilmiştir (Büber ve Sevgican, 2022).

2.1.3.2 Medikal tedavi

Farmakolojik tedavi KAH'nın semptomlarını hafifletmek, miyokard enfarktüsü riskini azaltmak ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla uygulanır. Temel medikal tedavi ajanları şunlardır:

- Antiplatelet İlaçlar
- Beta-Blokerler
- Statinler
- ACE İnhibitörleri/ARB'ler
- Nitratlar

Büber ve Sevgican'ın çalışmasında KAH hastalarının medikal tedaviye uyumunun yüksek olduğu ancak yaşam tarzı değişikliklerine uyumun daha düşük seviyelerde kaldığı belirtilmiştir (Büber ve Sevgican, 2022).

2.1.3.3 İnvaziv girişimler

Medikal tedaviye rağmen semptomları devam eden veya yüksek riskli lezyonlara sahip hastalarda invaziv girişimler değerlendirilir:

- *Perkütan Koroner Girişim (PCI)*; Balon anjiyoplasti ve stent yerleştirilmesi yoluyla daralmış arterlerin açılması işlemidir.

Koroner Arter Bypass Graftleme; Ciddi çoklu damar hastalığı veya sol ana koroner arter hastalığı olan hastalarda tercih edilen cerrahi bir yöntemdir (Akkaya, Polat, Ede ve Öztürk, 2018).

2.2 Koroner Arter Bypass Graft Ameliyatı

KABG ameliyatı KAH'de miyokardiyal perfüzyonu yeniden sağlamak amacıyla alternatif bir dolaşım yolu oluşturmayı hedefleyen cerrahi bir yöntemdir. Bu işlemde genellikle safen venler, mamaryan arterler ve radyal arter gibi damarlar greft olarak kullanılır. Bu greftler sayesinde daralmış ya da tıkanmış segmentin distalinden geçen sağlıklı damar yolu ile kalp kası yeniden beslenebilir hale gelir. Cerrahi tekniklerin ilerlemesiyle birlikte operasyonun başarı oranı artmış postoperatif komplikasyonlar ise azalmıştır (Güler ve Saçar, 2015). KABG cerrahisinde en sık kullanılan damarlar arasında büyük ve küçük safen ven ile bazilik ve sefalik venler yer almaktadır. Ameliyatın amacı miyokarddaki azalmış kan akışını düzeltmek, iskemi ile ilişkili sorunları en aza indirmek, hastanın semptomlarını hafifletmek ve genel olarak yaşam süresini ve kalitesini artırmaktır. Bu cerrahi müdahale özellikle çoklu damar hastalığı olan ve medikal ya da perkütan tedavilerden yeterince fayda görmeyen hastalarda tercih edilmektedir. KABG ameliyatı aynı zamanda bazı hasta gruplarında miyokard enfarktüsü ve ani kardiyak ölüm riskini de azaltma potansiyeline sahiptir (İndelen ve Berki, 2020).

2.2.1 Koroner arter bypass greft ameliyatının tarihçesi

Koroner arter cerrahisinin temelleri vasküler anastomozlar konusundaki deneysel çalışmalarla 20. yüzyılın başında atılmıştır. 1910 yılında Alexis Carrel'in köpeklerde arteriyel anastomoz tekniklerini geliştirmesi ilerleyen yıllarda KABG'nin teorik zeminini oluşturmuştur (Carrel, 1910). İlk başarılı koroner anastomoz 1960 yılında Robert Goetz tarafından gerçekleştirilmiştir. Goetz internal torasik arter (ITA) ile sol anterior inen arter (LAD) arasında bağlantı kurmuş ancak bu teknik o dönemde yaygınlaşamamıştır (Goetz, Rohman, Haller ve Dee, 1961). 1964 yılında Sovyet cerrah Vasilii Kolesov LIMA–LAD bypass'ını gerçekleştirmiş ve bunu başarıyla uygulayan ilk cerrah olarak literatürde yer almıştır (Kolesov, 1965). Fakat bu uygulamaların standardize edilmesi 1967 yılında René Favaloro'nun çalışmaları ile mümkün olmuştur. Favaloro saphenöz ven grefti kullanarak aorttan koroner arterin distal kısmına kan akışını sağlayan aortkoroner bypass tekniğini tanımlamış ve bu yaklaşım cerrahi literatürde çığır açmıştır (Favaloro, 1969). 1970'li yıllarda kardiyopulmoner bypass

(KPB) sisteminin entegrasyonu cerrahların kalbi durdurarak daha kontrollü bir ortamda işlem yapmalarını sağlamış ve mortalite oranlarında belirgin azalmalar elde edilmiştir (Loop vd., 1986). Zaman içinde KPB'ye bağlı organ disfonksiyonları, postoperatif komplikasyonlar ve nörolojik sekellerin fark edilmesiyle daha az invaziv yöntemlere yönelim başlamıştır. 1990'larda "off-pump" (çalışan kalpte) KABG teknikleri geliştirilmiş ardından minimal invaziv ve robot destekli yöntemler cerrahi pratiğe girmiştir (Buffolo, Andrade, Succi, Leão ve Cueva, 1991).

Türkiye'de kardiyovasküler cerrahinin gelişimi 1970'li yıllarda ivme kazanmıştır. İlk açık kalp ameliyatları 1960'ların sonunda Ankara ve İstanbul'daki merkezlerde gerçekleştirilmiştir. Ancak KABG cerrahisinin etkin ve sistematik şekilde uygulanmaya başlanması 1975'ten sonradır. 1980'li yıllarda Türkiye'de açık kalp cerrahisi hız kazanmış başta Hacettepe Üniversitesi, İstanbul Üniversitesi (Çapa ve Cerrahpaşa), Ege Üniversitesi ve Gülhane Askeri Tıp Akademisi olmak üzere birçok merkezde KABG rutin olarak yapılır hale gelmiştir. Bu süreçte hem saphenöz ven hem de internal mammaryan arter greftleri başarıyla uygulanmış Favaloro'nun tanımladığı klasik teknik yaygınlaşmıştır. 1990'ların sonunda Türkiye'de de off-pump KABG cerrahisi kullanılmaya başlanmıştır. Bu alanda öncülük eden merkezler arasında Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Koşuyolu Kalp Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve özel bazı kalp merkezleri bulunmaktadır. Günümüzde Türkiye'de hem açık yöntemle hem de minimal invaziv tekniklerle KABG cerrahisi başarıyla sürdürülmektedir (Örer ve Oto, 1999).

2.2.2 Koroner arter bypass greft cerrahi yöntemleri

KABG cerrahisi kardiyopulmoner bypass makinesi desteğiyle (On-pump), çalışan kalpte (Off pump) ve minimal invaziv direk koroner arter cerrahisi (MIDKAB) yöntemiyle olmak üzere üç farklı yöntemle yapılmaktadır (Üstündağ ve Eti Aslan, 2015).

2.2.2.1 Kardiyopulmoner bypass makinesi desteğiyle (On-Pump) koroner arter bypass greft

KPB makinesi desteğiyle gerçekleştirilen KABG ameliyatı öncesinde hastanın genel sağlık durumu detaylı bir şekilde değerlendirilir ve gerekli laboratuvar testleri yapılır (Gündöner, 2023). İşlem genel anestezi altında gerçekleştirilir ve genellikle median sternotomi yöntemiyle göğüs kemiği (sternum) boyunca bir kesi yapılarak kalbe ulaşılır. Cerrahi alana ulaşıldıktan sonra KPB makinesi devreye alınır. Bu makine hastanın kan dolaşımını ve oksijenlenmesini geçici olarak üstlenerek kalbin ve akciğerlerin fonksiyonlarını devralır. Bunun için büyük damarlar üzerine kanüller yerleştirilir; venöz kan makineye yönlendirilir burada oksijenlendirilir ve ardından arteriyel sistem aracılığıyla vücuda geri pompalanır (Sarı vd., 2017). Bu süreç cerrahın kalp üzerinde çalışırken kansız ve hareketsiz bir alan elde etmesini sağlar. KPB devredeyken kalp cerrahisi sırasında miyokardın korunması amacıyla kardiyopleji uygulanır. Bu işlemde soğuk bir kardiyoplejik solüsyon doğrudan koroner arterlere enjekte edilerek kalp durdurulur ve metabolik aktivitesi minimize edilir. Bu cerrahın daha hassas ve güvenli bir şekilde çalışmasına olanak tanır (Gündöner, 2023).

Cerrah tıkalı veya daralmış koroner arterlerin distaline kan akışını yeniden sağlamak için uygun greft damarlarını hazırlar. En sık kullanılan greftler arasında:

- İnternal Mammaryan Arter (IMA)
- Safen Ven
- Radyal Arter

Seçilen greftler bir ucu aortaya veya uygun bir arteriyel kaynağa diğer ucu ise tıkalı koroner arterin distal segmentine anastomoz edilerek kan akışı yeniden sağlanır. Tüm greftleme işlemleri tamamlandıktan sonra kalp yeniden çalıştırılır ve KPB makinesinden kademeli olarak ayrılır. Bu süreçte hastanın hemodinamik parametreleri dikkatle izlenir ve stabilizasyon sağlanır (Üstündağ ve Eti Aslan, 2015).

2.2.2.2 Çalışan kalpte (Off-Pump) koroner arter bypass greft

Çalışan kalpte KABG ameliyatı genel anestezi altında kalbin durdurulmadan gerçekleştirilen bir cerrahi prosedürdür. KPB kullanımının potansiyel komplikasyonları nedeniyle çalışan kalpte KABG tekniği geliştirilmiştir. Bu yöntemde kalp atmaya devam ederken KPB makinesi kullanılmadan bypass işlemi gerçekleştirilir (Demirdaş vd., 2019; Puskas vd., 2011). Cerrah kalbin hareketini stabilize etmek için özel olarak tasarlanmış mekanik cihazlar (stabilizatörler) kullanır. Bu cihazlar cerrahi alanın daha sabit olmasını sağlayarak anastomozların daha güvenli ve hassas bir şekilde yapılmasına olanak tanır. Kullanılacak greftler hastanın kendi damarlarından seçilir (İnternal Mammaryan Arter (IMA), Safen Ven, Radyal Arter) (Lafçı, Çağlı ve Özcan, 2014; Puskas vd., 2011).

Stabilizatörler yardımıyla hedeflenen koroner arter bölgesi stabilize edildikten sonra cerrah tıkalı veya daralmış koroner arterlerin distal segmentlerine greftleri anastomoz eder. Bu işlem sırasında distal anastomoz bölgesine geçici olarak yerleştirilen intraluminal şantlar kan akışının devamlılığını sağlayarak miyokardın perfüzyonunu korur ve cerrahın daha rahat çalışmasına olanak tanır (Demirdaş vd., 2019; Puskas vd., 2011). Çalışan kalpte KABG ameliyatı sırasında kalp atmaya devam ettiği için hemodinamik parametrelerin sürekli ve dikkatli bir şekilde izlenmesi gereklidir. Kalbin pozisyonunun değiştirilmesi veya stabilizatörlerin kullanımı geçici hemodinamik değişikliklere neden olabilir. Bu nedenle anestezi ve cerrahi ekipleri kan basıncı, kalp hızı ve diğer vital parametreleri sürekli olarak izler ve gerekli durumlarda farmakolojik veya mekanik destek sağlar (Demirdaş vd., 2019; Puskas vd., 2011). Çalışan kalpte KABG tekniğinin KPB kullanılan geleneksel yöntemlere göre bazı avantajları bulunmaktadır:

- Nörolojik komplikasyonların azalması
- Renal fonksiyonların korunması
- Kan transfüzyonu ihtiyacının azalması

Bu teknik özellikle kalp kasılma fonksiyonu önemli ölçüde azalmış, kalp-akciğer makinesini tolere edemeyecek durumda olan, ileri evrede böbrek yetmezliği, kanser,

aort stenozu, karotid arter plakları bulunan, geçmişte iskemik atak geçiren veya kronik akciğer hastalığı olan 70 yaş ve üzerindeki hastalar için uygun bir tercih olmaktadır (Demirdaş vd., 2019; Puskas vd., 2011).

2.2.2.3 Minimal invaziv direkt koroner arter cerrahisi (MIDKAB)

MIDKAB kalp-akciğer makinesi kullanılmaksızın revaskülarizasyon sağlamak amacıyla geliştirilmiş bir tekniktir. Bu yöntem özellikle izole sol anterior inen arter (LAD) lezyonlarında tercih edilir. MIDKAB'ın temel amacı cerrahi travmayı azaltarak benzer revaskülarizasyon sonuçlarını daha az morbidite ile elde etmektir. MIDKAB cerrahisi genel anestezi altında tek akciğer ventilasyonu uygulanarak gerçekleştirilir. Bu yöntem perkütan koroner anjiyoplasti yapılamayan ve bir veya daha fazla koroner arterin tıkalı olduğu kalp-akciğer makinesi kullanılamayan hastalara uygulanır. Son yıllarda robotik sistemlerin uygulanması ile MIDKAB endikasyonlarının genişletildiği bildirilmektedir. Ameliyat öncesinde cerrah tarafından greft için kullanılacak damar hazırlanır. Bypass yapılacak koroner damar uygun aletlerle stabilize edilir. Ardından sağ akciğerde geçici bir kollaps oluşturulur solunum hacmi ve sayısı azaltılır. Kısa süreli asistoli sağlamak için ilaçlar kullanılır. Teknik açıdan başarı cerrahın deneyimine, hastanın anatomik uygunluğuna ve intraoperatif stabilizasyona bağlıdır. Seçilmiş hasta gruplarında klasik KABG'ye benzer revaskülarizasyon sonuçları sunmakla birlikte daha düşük komplikasyon oranları, kısa hastanede yatış süresi ve daha hızlı iyileşme süreciyle öne çıkmaktadır. Ancak bu yöntem her hastaya uygun değildir. Cerrahın deneyimi ve hastanın bireysel anatomik ve klinik özellikleri doğrultusunda MIDKAB ile geleneksel KABG arasındaki karar multidisipliner bir değerlendirme ile verilmelidir (Arnaz vd., 2022; Kırali vd., 1999; Gül, Cengiz Açıl ve Aygin, 2022).

2.2.3 Koroner arter bypass greft ameliyatının endikasyonları

Amerikan Kardiyoloji Koleji ve Amerikan Kalp Derneği'nin 2021 yılında yayınladığı Koroner Arter Revaskülarizasyonu Kılavuzu'na (ACC/AHA/SCAI) göre KABG operasyonu belirli klinik durumlar söz konusu olduğunda önerilen ve tercih edilen bir tedavi yaklaşımıdır. Bu cerrahi müdahale genellikle ilaç tedavisine yanıt vermeyen ve semptomları devam eden unstabil anjina durumlarında ön plana çıkmaktadır (ACC/AHA/SCAI, 2021; Lawton vd., 2022). Tıbbi tedaviye rağmen miyokard

iskemisinin kontrol altına alınamaması hastanın yaşam kalitesini ve prognozunu olumsuz etkilediği için cerrahi revaskülarizasyon klinik açıdan öncelikli yaklaşım haline gelmektedir. Ayrıca PCI ile açılması mümkün olmayan tam tıkanıklıkların varlığı ya da uygulanan girişimin başarısızlıkla sonuçlanması veya komplikasyon gelişmesi durumlarında da KABG cerrahisi uygun bir seçenek haline gelmektedir. Bu tür durumlar özellikle kompleks ve yaygın KAH bulunan hastalarda sıkça karşılaşılmakta ve cerrahi müdahale daha uzun süreli sonuç sağlamaktadır (Lawton vd., 2022).

Kılavuzlara göre KABG cerrahisinin önerildiği başlıca endikasyonlar şunlardır:

- Tıbbi tedaviye rağmen kontrol altına alınamayan unstabil anjina,
- Perkütan koroner girişim ile açılmayan tam tıkanıklıkların varlığı,
- Perkütan girişimlerin başarısızlıkla sonuçlanması veya komplikasyon gelişmesi,
- Bypass uygulanacak koroner arterde %70'ten fazla darlık bulunması (eğer söz konusu damar sol ana koroner arter ise bu oran %60 olarak kabul edilmektedir),
- Sol anterior inen arterin de dahil olduğu iki veya üç damar hastalığı (multivessel disease),
- Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonunun (EF) %35'in altında olması,
- EF'nin %35-50 arasında olup birden fazla koroner arterde anlamlı darlık tespit edilmesi (Lawton vd., 2022).

Endikasyonlar değerlendirildikten sonra miyokardiyal fonksiyonların korunması ve ilerleyici kalp yetmezliği riskinin azaltılması açısından erken dönemde cerrahi planlama önemlidir. Bununla birlikte bypass greftlemesi yapılacak olan damarda %70'in altında bir tıkanıklık mevcutsa bu durumda doğal kan akışı halen devam ettiği için greft aracılığıyla sağlanan ek akım yeterli düzeye ulaşamayabilir. Bu durum greftte staz oluşmasına dolayısıyla trombüs gelişimine neden olabilir. Trombozun oluşması hem greftin işlevini kaybetmesine hem de ameliyatın genel başarısının düşmesine yol açabilmektedir. Bu nedenle cerrahi planlamada greft uygulanacak damarların

hemodinamik önemi ve tıkanıklık dereceleri dikkatle değerlendirilmelidir (Chaudhuri, Pletzer, Waqanivavalagi, Milsom ve Smith, 2023).

2.2.4 Koroner arter bypass greft ameliyatının kontrendikasyonları

KABG ameliyatının da belirli kontrendikasyonları bulunmaktadır. Bu kontrendikasyonlar mutlak ve göreceli olmak üzere iki ana kategoriye ayrılır ve hastanın genel sağlık durumu, mevcut komorbiditeleri ve cerrahi risk faktörleri dikkate alınarak değerlendirilir (Lafçı, Çağlı ve Özcan, 2014).

2.2.4.1 Mutlak kontrendikasyonlar

Mutlak kontrendikasyonlar KABG ameliyatının kesinlikle uygulanmaması gereken durumları ifade eder. Bu durumlar şunlardır:

- *Ciddi Komorbiditeler*; Hastanın yaşam beklentisini önemli ölçüde kısaltan ileri evre maligniteler veya terminal dönem organ yetmezlikleri (örneğin son dönem karaciğer veya böbrek yetmezliği) mevcutsa KABG ameliyatı önerilmez. Bu tür durumlarda cerrahinin potansiyel faydaları risklerine kıyasla yetersiz kalmaktadır (Lafçı, Çağlı ve Özcan, 2014).
- *Diffüz Koroner Arter Hastalığı*; Koroner arterlerin yaygın ve diffüz şekilde tutulumu uygun greftleme için yeterli distal segmentlerinin bulunmaması anlamına gelir. Bu durumda cerrahi revaskülarizasyon teknik olarak mümkün olmayabilir veya beklenen fayda sağlanamayabilir (Lafçı, Çağlı ve Özcan, 2014).

2.2.4.2 Göreceli kontrendikasyonlar

Göreceli kontrendikasyonlar KABG ameliyatının uygulanmasının yüksek risk taşıdığı ancak dikkatli bir değerlendirme ve hazırlıkla gerçekleştirilebileceği durumları kapsar:

- *Şiddetli Sol Ventrikül Disfonksiyonu*; Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonunun %20'nin altında olması cerrahi mortalite ve morbidite riskini artırır. Ancak bazı hastalarda dikkatli bir değerlendirme ile KABG ameliyatı fayda sağlayabilir (Lafçı, Çağlı ve Özcan, 2014).

- *Kontrol Edilemeyen Diyabetes Mellitus*; İleri derecede kontrolsüz diyabet yara iyileşmesini olumsuz etkileyebilir ve postoperatif komplikasyon riskini artırabilir. Bu nedenle cerrahi öncesi glisemik kontrolün optimize edilmesi önemlidir (Üstündağ ve Eti Aslan, 2011).
- *Obezite*; Morbid obezite (vücut kitle indeksi $>40 \text{ kg/m}^2$), cerrahi teknik zorlukları ve postoperatif komplikasyon riskini artırabilir. Özellikle bilateral internal torasik arter (BITA) kullanımı obez hastalarda sternal yara komplikasyonları nedeniyle sınırlı olabilir (Stefil vd., 2023).
- *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)*; Şiddetli KOAH postoperatif solunum komplikasyonları riskini artırır. Bu hastalarda cerrahi öncesi pulmoner fonksiyonların dikkatlice değerlendirilmesi ve optimal medikal tedavi ile stabilizasyonu gereklidir (Özüberk, 2019).
- *Aorta Kalsifikasyonu ("Porcelain Aorta")*; Aortanın yaygın kalsifikasyonu kardiyopulmoner bypass sırasında kanülasyon ve kross-klemp uygulamasını zorlaştırır ve emboli riskini artırır. Bu durum cerrahi tekniklerin modifikasyonunu veya alternatif revaskülarizasyon yaklaşımlarının değerlendirilmesini gerektirebilir (Lafçı, Çağlı ve Özcan, 2014).

2.2.5 Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası komplikasyonlar

KABG ameliyatı hastaların yaşam sürelerini uzatabilse de hayati bir organla ilgili olması nedeniyle bazı riskler taşımaktadır. Kalp-akciğer makinesi ile geçirilen süre farklı damar sayısı, mikroembolizm gibi durumlar, cerrahın deneyimi ve var olan diğer sağlık sorunları, komplikasyon olasılığını artırabilir (Kanan, 2021). Bu komplikasyonlar erken ya da geç dönemde gelişebilir ve hastanın iyileşme sürecini ciddi ölçüde etkileyebilir (Demirkıran ve Uzun, 2012).

2.2.5.1 Kardiyak komplikasyonlar

KABG sonrası en sık karşılaşılan komplikasyonlar arasında kardiyak kaynaklı sorunlar ilk sırada yer alır. Atriyal fibrilasyon postoperatif dönemde %20-40 oranında görülmekte ve bu aritmi genellikle cerrahiden sonraki ilk 2-4 gün içinde gelişmektedir

(Aksun, Eryılmaz, Aytuluk ve Girgin, 2017). Atrial fibrilasyon inme riskini artırdığı gibi hastanede yatış süresinin uzamasına ve maliyetlerin artmasına neden olmaktadır. Bir diğer önemli kardiyak komplikasyon düşük kardiyak debi sendromudur. Bu durum kalbin yeterli pompalama gücünü kaybetmesi sonucu gelişir ve inotropik destek ihtiyacını artırır. Ayrıca miyokard enfarktüsü riski de ameliyat sonrası artmaktadır. Greftlerde tıkanıklık gelişmesi miyokardiyal iskemiye tetikleyerek akut koroner sendromlara yol açabilir (Üstündağ ve Eti Aslan, 2011).

2.2.5.2 Pulmoner komplikasyonlar

Ameliyat sonrası dönemde akciğer fonksiyonlarında geçici bozulma sık görülür. Mekanik ventilasyon süresinin uzaması atelektazi, bronkospazm ve pnömoni gelişme riskini artırır. Bu komplikasyonlar özellikle yaşlı hastalar ve sigara öyküsü olan bireylerde daha sık görülmektedir. Pulmoner komplikasyonların önlenmesinde erken mobilizasyon, solunum egzersizleri, spirometri uygulamaları ve ağrı kontrolü büyük rol oynamaktadır (Sweity, Alkaissi, Othman ve Salahat, 2021).

2.2.5.3 Nörolojik komplikasyonlar

KABG sonrası nörolojik komplikasyonlar hastanın hem fiziksel hem de bilişsel iyilik halini olumsuz etkileyebilir. İnme postoperatif nörolojik komplikasyonların en ciddi olanıdır ve genellikle intraoperatif emboli ya da hipotansiyona bağlı olarak gelişir. Ayrıca bazı hastalarda geçici bilinç bozuklukları ve kognitif gerileme (POCD – Postoperative Cognitive Dysfunction) gelişebilir. Bazı hasta gruplarında periferik sinir hasarı da meydana gelebilir. Retraktör kullanımı, uzun süreli pozisyon verme ve invaziv girişimler bu duruma neden olabilir (Asgar Pour, Demir Korkmaz ve Hacıoğlu, 2010).

2.2.5.4 Renal komplikasyonlar

KABG cerrahisi sonrası gelişebilecek bir diğer önemli komplikasyon akut böbrek hasarıdır. Özellikle yaşlı hastalar, diyabetikler, önceden böbrek fonksiyon bozukluğu olanlar ve uzun süreli kardiyopulmoner bypass uygulanan hastalar bu komplikasyon açısından risk altındadır. Bu hastalarda idrar çıkışı, sıvı-elektrolit dengesi ve kan üre kreatinin düzeyleri yakından izlenmelidir. Oligüri ya da anüri gelişen durumlarda diyaliz desteği gerekebilir (Jin vd., 2024).

2.2.5.5 Gastrointestinal komplikasyonlar

Postoperatif mide bulantısı, kusma, kabızlık, paralitik ileus gibi gastrointestinal sorunlar genellikle kullanılan ilaçlara ve anesteziye bağlı olarak gelişir. Nadir de olsa gastrointestinal kanamalar, mezenter iskemi ve pankreatit gibi ciddi tablolar ortaya çıkabilir. Bu komplikasyonların önlenmesinde uygun beslenme takibi, bağırsak seslerinin düzenli dinlenmesi ve laksatif tedavi gerektiğinde erken başlanması önemlidir. Enteral beslenme mümkün olduğunda erken başlatılmalıdır (Allen, 2014).

2.2.5.6 Enfeksiyonlar

Sternal yara yeri enfeksiyonu (mediastinit) ve greft alınan ekstremitelerde oluşan enfeksiyonlar en ciddi cerrahi komplikasyonlar arasında yer alır. Özellikle diyabet, obezite, sigara kullanımı ve uzamış cerrahi süreler enfeksiyon gelişimini tetikler (Karaçalılar ve Başgöze, 2022). Aseptik tekniklerin uygulanması, yara yerinin günlük izlenmesi ve enfeksiyon bulgularının (kızarıklık, ısı artışı, şişlik, akıntı) erken fark edilmesi gerekir. Enfeksiyon oluşumu hastanede kalış süresini uzattığı gibi mortaliteyi de artırmaktadır (Yang, Zhang, Qu, Liu ve Song, 2022).

2.2.5.6 Hematolojik ve tromboembolik komplikasyonlar

Ameliyat sonrası dönemde gelişen kanamalar sıklıkla hematolojik komplikasyonlar arasında yer alır. Bu durum genellikle antikoagülan tedavi trombositopeni nedeniyle gelişir ve revizyon cerrahisi gerektirebilir. Hemşirelik izlemlerinde drenaj miktarı dikkatle takip edilmeli hematokrit ve hemoglobin düzeyleri izlenmelidir. Tromboembolik olaylar (derin ven trombozu, pulmoner emboli, serebral emboli) mobilizasyon gecikmesi ve yetersiz antikoagülasyon nedeniyle gelişebilir. Bu nedenle erken mobilizasyon, varis çorapları ve profilaktik antikoagülan uygulamaları önemlidir (Kara, 2025).

2.2.5.7 Psikososyal komplikasyonlar

KABG geçiren bireylerde psikolojik sorunlar da yaygın şekilde gözlenmektedir. Ameliyat sonrası depresyon, anksiyete, stres bozukluğu ve uykusuzluk gibi şikayetler hastaların iyileşme sürecini doğrudan etkileyebilir. Psikososyal destek almayan

hastalarda ilaç uyumsuzluğu ve yaşam tarzı değişikliklerine direnç daha sık görülmektedir. Bu nedenle hemşirelerin sadece fizyolojik değil duygusal ihtiyaçları da değerlendirmesi önem taşır. Hasta ve ailesine gerekli psikolojik destek yönlendirmeleri yapılmalı rehabilitasyon sürecine dahil edilmelidir. Komplikasyonların önlenmesi ve yönetimi hemşirelik bakımının temel sorumluluk alanlarından biridir. Komplikasyon risklerinin farkında olan multidisipliner çalışan hasta odaklı bir hemşirelik yaklaşımı; mortalite ve morbidite oranlarını azaltarak hastaların yaşam kalitesini artırır. (Balanuye ve Bulut, 2021)

2.3 Koroner arter bypass greft cerrahisi sonrası hemşirelik bakımı

KABG cerrahisini takiben uygulanan hemşirelik bakımı hastanın postoperatif dönemdeki iyileşme sürecinin temel unsurlarından biridir. Bu bakım süreci hastanın hemodinamik stabilitesinin sağlanması, anestezi sonrası dönemde ortaya çıkabilecek komplikasyonların erken tespiti ve önlenmesi, fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanması ile taburculuk sürecine kadar olan dönemde bütüncül bir yaklaşımı gerektirir. Etkin bir hemşirelik bakımı; komplikasyon risklerinin azaltılmasını, hasta güvenliğinin sağlanmasını ve sağlıklı bir rehabilitasyon sürecinin yürütülmesini mümkün kılar. Ayrıca hemşirelerin hasta eğitimi ve multidisipliner ekip ile iş birliği gibi rolleri, hastanın yaşam kalitesinin artırılmasında büyük öneme sahiptir (Yılmaz ve Öztürk, 2023). Yoğun bakım ve servis aşamalarında hasta bakımının sürdürülmesi de önemli bir yer tutar. (Asgar Pour ve Demir Korkmaz, 2010; Çam Yanık ve Gürdil Yılmaz, 2019; Üstündağ ve Eti Aslan, 2011).

KABG sonrası dönemde hastaların güvenliğini sağlamak, komplikasyonları önlemek, iyileşmeyi hızlandırmak ve yaşam kalitesini artırmak için sistematik ve bütüncül bir hemşirelik bakımı şarttır (Demirkıran ve Uzun, 2012). KABG cerrahisinin hemen ardından hasta yoğun bakım ünitesine alınır. Bu süreçte vital bulguların yakın takibi hemodinamik stabilitenin sağlanması ve komplikasyonların erken tanısı önemlidir. Kalp ritmi, kan basıncı, santral venöz basınç, oksijen saturasyonu gibi değerlerin sürekli monitörizasyonu gerekir. Hemşire bu parametrelerdeki değişimleri zamanında fark etmelidir. Cerrahiye bağlı kanamalar, drenajın miktarı ve özellikleri izlenmeli; gerekirse hekime haber verilerek erken müdahale sağlanmalıdır. Solunum yollarının açık

tutulması, sekresyonların aspirasyonu ve oksijen desteği bu dönemde kritik müdahalelerdir (Chui ve Murkin, 2021).

Postoperatif dönemde atelektazi ve pnömoni gibi komplikasyonlar yaygın görülmektedir. Bu nedenle hasta bilinçli hale geldiğinde solunum egzersizlerine (örneğin, derin nefes alma, öksürme, spirometre kullanımı) hemşire tarafından aktif olarak teşvik edilmelidir. Ameliyat sonrası ağrının kontrol altına alınması da solunumun etkinliği açısından önemlidir (Üstündağ ve Eti Aslan, 2011). KABG cerrahisinden sonra hastaların büyük bir kısmı torakotomiye bağlı ciddi ağrı yaşamaktadır. Ağrı hem fizyolojik hem de psikolojik komplikasyonlara zemin hazırlar. Bu nedenle multidisipliner bir ağrı yönetimi yaklaşımı benimsenmelidir. Ağrı takibi için vizüel analog skala (VAS) gibi ölçekler kullanılabilir. Hem farmakolojik (opioid ve non-opioid analjezikler) hem de non-farmakolojik yöntemlerle (gevşeme teknikleri, müzik terapisi, nefes egzersizleri) ağrı azaltılmalıdır (Ak, Ayoğlu ve Kandemir, 2017).

Sternal yara yeri enfeksiyonu ve safen ven bölgesi enfeksiyonları KABG sonrası sık karşılaşılan sorunlardandır. Özellikle obez, diyabetik ya da ileri yaştaki hastalar bu açıdan risk altındadır. Hemşirelik bakımında aseptik koşulların sağlanması yara yerinin düzenli gözlenmesi ve enfeksiyon belirtilerinin (aşırı kızarıklık, akıntı, ısı artışı) erken tanısı çok önemlidir. Yara bakımı ile ilgili olarak hasta ve hasta yakınlarının eğitilmesi taburculuk sonrası bakımın kalitesini artırır. KABG cerrahisi hastalar üzerinde sadece fizyolojik değil psikolojik olarak da ciddi bir etki yaratır. Özellikle ameliyat sonrası depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres belirtileri yaygındır. Hemşire bu psikolojik belirtileri değerlendirmeli ve gerekirse psikolojik destek için uygun birimlerle iletişime geçilmesini sağlamalıdır (Sumrattana, Asdornwised, Wongkongkam ve Tantiwongkosri, 2023). Hasta eğitimi hemşirelik bakımının en önemli bileşenlerinden biridir. İlaçların doğru kullanımı, fiziksel aktivite, beslenme, sigara bırakma ve stres yönetimi konularında hastaya ve ailesine eğitim verilmelidir. Eğitim süreci yazılı broşürler, birebir görüşmeler ve video destekli yöntemlerle zenginleştirilebilir. Taburculuk planlaması hemşirelik sürecinin önemli bir parçasıdır. Taburculuk öncesi yapılacak hemşirelik değerlendirmesi hastanın evde bakımı sürdürebilme durumunu yansıtır. Bu değerlendirmeler doğrultusunda evde bakım, kontrol randevuları ve olası acil durumlar hakkında bilgi verilir (Demirkıran ve Uzun, 2012). KABG cerrahisi sonrası bakım çok

yönlü ve disiplinler arası bir işbirliği gerektirir. Bu süreçte hemşirelik bakımı komplikasyonları önlemede ve hasta memnuniyetini artırmada önemlidir. Etkili bir hemşirelik yaklaşımı; fiziksel, psikolojik ve eğitsel boyutları kapsayarak hastanın tam iyileşme sürecine katkı sağlar. Literatür destekli kanıta dayalı uygulamalar bu bakımın kalitesini artırmak açısından belirleyicidir.

2.4 Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastalarda günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi

KABG ameliyatı sonrası dönemde hastaların iyileşme süreçlerinin izlenmesi yalnızca klinik parametrelerle değil; hastanın günlük yaşam aktivitelerine dönüş düzeyi ile de değerlendirilmelidir. GYA hastanın temel ihtiyaçlarını bağımsız olarak karşılayabilmesini ifade eder. Bu kavram postoperatif dönemde hastanın fonksiyonel durumu hakkında bilgi verirken aynı zamanda hemşirelik bakımının planlanması ve etkinliğinin izlenmesinde de önemlidir (Chaudhari, Pani, Mhaske ve Mulay, 2021). KABG geçiren hastalarda GYA düzeyinin değerlendirilmesi komplikasyonların erken fark edilmesi, rehabilitasyon sürecinin yönlendirilmesi ve yeniden hastaneye yatış oranlarının azaltılması açısından kritik önemdedir. Özellikle yaşlı hastalarda ve komorbiditeleri olan hastalarda ameliyat sonrası dönemde bağımsızlık düzeyinin yeniden kazanılması zaman alabilmekte; bu süreçte hemşirelik bakımının niteliği hastanın günlük yaşamına adaptasyon süresini doğrudan etkileyebilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin postoperatif bakım sürecinde yalnızca fizyolojik belirtileri değil bireyin fonksiyonel yeterliliğini de sistematik bir şekilde değerlendirmesi gereklidir. KABG ameliyatı sonrası dönemde hastaların fonksiyonel iyilik hallerinin değerlendirilmesinde GYA ölçeği önemli bir göstergedir. Bu ölçek hastanın temel bakım ihtiyaçlarını bağımsız olarak yerine getirme becerisini ölçerken hemşirelik bakımının planlanması ve etkisinin izlenmesi açısından da rehberlik eder (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson ve Jaffe, 1963; Chaudhari, Pani, Mhaske ve Mulay, 2021).

2.4.1 Banyo yapma

Hastanın kendi başına ya da minimal destekle banyo yapabilmesi vücut temizliğini gerçekleştirme ve hijyenini sağlamasıdır. KABG sonrası dönemde üst ekstremitelerdeki hareket kısıtlılığı, ağrı ve yorgunluk bu işlevi yerine getirmeyi

zorlaştırabilir. Ayrıca enfeksiyon riski nedeniyle yara yerlerinin korunması da önemlidir (Chaudhari, Pani, Mhaske ve Mulay, 2021).

2.4.2 Giyinme

Giyinme; iç ve dış giysilerin giyilmesi düğme ilikleme, fermuar çekme ve uygun kıyafet seçimini içerir. KABG hastalarında özellikle sternal cerrahi sonrası omuz hareketlerinde kısıtlılık olabilir. Ayrıca hastada psikolojik etkiler nedeniyle özbakım motivasyonu da düşebilir. Hemşireler, giyinmede destek olurken hastanın bağımsızlık düzeyini teşvik edecek şekilde yardımcı olmalıdır (Chaudhari, Pani, Mhaske ve Mulay, 2021).

2.4.3 Tuvalet kullanımı

Tuvaleti kullanma; tuvalete ulaşma, iç çamaşırını indirip kaldırma, temizlik ve geri dönme gibi adımları içerir. KABG sonrası erken dönemde mobilite kısıtlılığı, kas zayıflığı ve idrar kontrol sorunları bu beceriyi etkileyebilir. Hemşirelik bakımında tuvalet eğitimi destekli kullanım hijyen değerlendirmesi şeklinde olmalıdır (Chaudhari, Pani, Mhaske ve Mulay, 2021).

2.4.4 Transfer

Transfer; bireyin yataktan sandalyeye, tuvalete veya başka bir alana geçişini ifade eder. KABG sonrası dönemde bu hareketler düşme riski, denge kaybı ve ortostatik hipotansiyon nedeniyle dikkatle yürütülmelidir. Hemşireler transfer sırasında uygun pozisyonlama, destekli mobilizasyon ve gerektiğinde yardımcı ekipman kullanımını sağlamalıdır (Chaudhari, Pani, Mhaske ve Mulay, 2021).

2.2.5 İdrar ve gaita kontrolü

Bu aktivite bireyin idrar ve dışkı çıkışını kontrol edebilmesini tuvalet ihtiyacını zamanında fark edebilmesini ve inkontinansı önleyebilmesini ifade eder. KABG sonrası bazı hastalarda anestezi etkisi, sıvı-elektrolit dengesizlikleri ve ilaçlara bağlı mesane-barsak fonksiyon bozuklukları görülebilir. Hemşireler düzenli kontroller idrar takibi gerekirse kateter kullanımı ve cilt bakımıyla bu süreçte hasta ve ailesini desteklemelidir (Chaudhari, Pani, Mhaske ve Mulay, 2021).

2.4.6 Beslenme

Beslenme bireyin kendi başına yemek yeme, besinleri çiğneme ve yutma becerisini kapsar. Ameliyat sonrası dönemde iştah azalması, mide bulantısı, depresyon ve enerji düşüklüğü gibi durumlar beslenmeyi etkileyebilir. Hemşireler beslenme takibi yapmalı; gerekirse diyetisyenle iş birliği içinde enteral destek planlanmalıdır (Chaudhari, Pani, Mhaske ve Mulay, 2021).

2.4.7 Ambulasyon (Hareketlilik)

Ambulasyon bireyin bağımsız olarak yürüyebilmesi oda içinde ve dışında hareket edebilmesi anlamına gelir. KABG sonrası hastalar genellikle erken dönemde yatakta uzun süre kalmaları kas zayıflığı ve ağrı nedeniyle hareket kısıtlılığı yaşarlar. Hemşireler erken mobilizasyon protokolleri uygulayarak tromboemboli riskini azaltabilir ve kas gücünü destekleyebilir. Ayrıca fizyoterapi ile iş birliği içinde egzersiz programları önerilebilir (Chaudhari, Pani, Mhaske ve Mulay, 2021).

2.4.8 Kişisel bakım

Kişisel bakım; el-yüz yıkama, saç tarama, diş fırçalama gibi bireyin özbakım rutinlerini kapsar. Cerrahi sonrası dönemde kişisel bakımda azalma depresyon ve düşük motivasyonla ilişkili olabilir. Hemşireler hastanın öz bakımını teşvik etmeli gerektiğinde yönlendirici eğitimler vermeli ve öz yeterliliğini desteklemelidir (Chaudhari, Pani, Mhaske ve Mulay, 2021).

KABG ameliyatı sonrası dönemde GYA' nın değerlendirmesi hastaların bağımsızlık düzeylerini belirlemek ve hemşirelik bakımını planlamak için önemli bir araçtır (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson ve Jaffe, 1963). Hastaların fiziksel aktivitelerinde azalma, yorgunluk, ağrı ve psikolojik etkiler gibi faktörler GYA' yı olumsuz etkileyebilir. GYA' nın değerlendirmesi hemşirelik bakımının etkinliğini izlemek ve hastaların iyileşme sürecini değerlendirmek için önemli bir göstergedir. Bu değerlendirme hemşirelerin hastaların ihtiyaçlarına uygun bireyselleştirilmiş bakım planları oluşturmaya ve uygulamasına yardım eder. Örneğin banyo yapma, giyinme, tuvalet kullanımı, transfer, idrar ve gaita kontrolü, beslenme gibi temel aktivitelerdeki zorluklar hemşirelik müdahaleleriyle desteklenebilir. GYA'da güçlük yaşanması hastanın yaşam kalitesini

düşürmesinin yanı sıra yeniden hastaneye yatış oranlarını da artırabilir. Bu nedenle GYA değerlendirmelerinin yapılması sadece mevcut fonksiyonel düzeyin tespiti için değil; aynı zamanda olası komplikasyonların önlenmesi için de gereklidir (Chaudhari, Pani, Mhaske ve Mulay, 2021).

2.5 Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastalarda iyileşme durumlarının değerlendirilmesi

İyileşme, bireyin sağlık durumunun hastalık öncesi seviyeye dönmesi veya sağlığını yeniden kazanması süreci olarak tanımlanabilir (Doğan vd., 2019). Cerrahi operasyonların ardından gerçekleşen iyileşme süreci; erken, orta ve geç dönem olmak üzere üç aşamaya ayrılmaktadır.

Erken Dönem İyileşme: Cerrahi müdahaleyi takiben geçen ilk 24 saat ya da ilk hafta bu dönemi oluşturur. Bu aşamada hastanın iyileşmesini; ağrı, bulantı, operasyon sırasında kullanılan ilaçların etkileri ve deliryum gibi faktörler belirleyebilir (Ferraz, Moreira ve Mendes, 2018).

Orta Dönem İyileşme: Genellikle taburculuğun beklendiği ilk 28 ila 60 günlük süreci kapsar. Bu süreçte hasta; ağrı, kaygı, fizyolojik rahatsızlıklar ve bilişsel sorunlarla karşılaşabilir (Rahman ve Mahdy, 2017).

Geç Dönem İyileşme: Ameliyat sonrası altı hafta ile üç ay arasındaki süreci içerir ve kişinin eski sağlık düzeyine dönene dek devam eder (Rahman ve Mahdy, 2017).

Cerrahi sonrası iyileşme; yalnızca fizyolojik belirtileri değil ruhsal ve sosyal boyutları da içeren çok yönlü bir süreçtir. Hastanın günlük yaşam aktivitelerini bağımsız biçimde yerine getirmesi ve en iyi sağlık seviyesine ulaşması bu sürecin temel hedefidir (Dıgın ve Kızılcık Özkan, 2021; Kocaşlı ve Kanan, 2020). İyileşme doğrudan gözlemlenemeyen soyut bir kavram olmakla birlikte; fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal göstergeler üzerinden değerlendirilir (Rahman ve Mahdy, 2017; Bowyer ve Royce, 2018). Bu süreçte hasta eski sağlık düzeyine kavuşmak için çaba ve enerji harcar (Dıgın ve Kızılcık Özkan, 2021). İyileşme süreci; hastanın yaşı, cinsiyeti, geçirdiği ameliyat türü, kronik hastalıkları ve sosyal çevresi gibi birçok faktörden etkilenir (Berg, Kjellgren ve Unosson, 2012). Tedavi ve bakım uygulamaları iyileşmenin temel yapı

taşlarını oluşturur. Uygulanan yöntemlerin amacı olası komplikasyonları önlemek, bireyin sağlığını iyileştirmek ve bunu sürdürülebilir kılmaktır. Cerrahi işlemin başarısı yalnızca cerrahi ekibin yetkinliğine değil aynı zamanda sağlanan bakımın kalitesine de bağlıdır. Bu nedenle hasta memnuniyetinin sağlanması büyük önem taşır (Malley vd., 2015).

KABG cerrahisi sonrası ağrı, kanama, solunum sıkıntıları, kardiyovasküler problemler, sıvı-elektrolit dengesi bozuklukları, kaygı, uyku bozuklukları, sindirim sistemi şikayetleri, kesi bölgesine ait sorunlar, idrar yolu problemleri, yorgunluk ve nörolojik semptomlar gibi çok çeşitli komplikasyonlar gelişebilir. Bu komplikasyonların önüne geçmek adına özellikle ameliyat sonrası erken dönemde etkili tedavi ve bireye özel hemşirelik bakımı önemlidir (Hussain ve Harky, 2019). Uygulanacak bakımın bireysel gereksinimlere göre planlanması ve hastanın tüm yönleriyle değerlendirilmesi gereklidir. Ağrının kontrolü, uyku kalitesinin artırılması, sindirim sistemi semptomlarının yönetimi, yeterli beslenmenin sağlanması, kesi yerinin düzenli bakımı ve erken mobilizasyon; iyileşme sürecinin kalitesini artıran önemli müdahalelerdendir. Hasta eski sağlığına kavuşana kadar tedavi ve bakım süreci devam eder. Bu süreçte komplikasyonların ve iyileşmeye etki eden faktörlerin erken dönemde fark edilmesi; cerrahi başarının artmasına, istenen hasta sonuçlarına ulaşılmasına ve memnuniyet düzeyinin yükselmesine katkı sağlar (Zhou vd., 2020). Geçmişte hastanede kalış süresi ya da günlük yaşama dönüş süresi gibi veriler iyileşmenin göstergesi olarak kullanılsa da günümüzde hasta tarafından bildirilen iyileşme kalitesi gibi öznel ölçütler ön plana çıkmaktadır (Bowyer ve Royce, 2018). Bu nedenle ameliyat sonrası iyileşme sürecinin çeşitli ölçeklerle değerlendirilmesi hem optimum bakım sağlanmasına hem de yatış süresinin azaltılmasına olanak tanır (Butler vd., 2012).

2.6 Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların günlük yaşam aktivite düzeylerinin iyileşme durumlarına etkisi

KAH dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu olmayı sürdürmektedir. Bu hastalığın tedavisinde uygulanan KABG ameliyatı kardiyovasküler perfüzyonu yeniden sağlamak amacıyla kullanılan en etkili cerrahi yöntemlerden biridir. Ancak bu cerrahi müdahale sonrasında hastaların fiziksel bağımsızlıklarını yeniden kazanma süreci

oldukça önemlidir. Bu süreçte hemşirelik bakımı hastaların iyileşme hızını ve yaşam kalitesini doğrudan etkileyen bir faktör olarak ön plana çıkmaktadır. KABG ameliyatı geçiren hastaların postoperatif süreçteki fiziksel kapasiteleri, mobilizasyon becerileri ve GYA düzeyleri iyileşme sürecinin önemli bir belirleyicisidir. Kaynaklar hastaların erken dönemde günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme düzeylerinin artmasının komplikasyon oranlarını düşürdüğünü ve hastanede kalış süresini kısalttığını göstermektedir. Özellikle ameliyat sonrası ilk haftalarda hastanın banyo yapma, giyinme, yemek yeme, transfer ve tuvalet ihtiyacını karşılayabilme gibi temel aktivitelerde bağımsız olması hem fiziksel hem de psikolojik olarak olumlu bir iyileşme sürecini destekler (Chaudhari, Pani, Mhaske ve Mulay, 2021).

Hemşirelerin GYA düzeylerini belirli aralıklarla değerlendirmesi hastanın rehabilitasyon ihtiyacının belirlenmesine ve bakım planının buna göre düzenlenmesine olanak tanır. GYA düzeyi düşük olan hastalarda ise daha yoğun hemşirelik desteğine, fizik tedavi sürecine erken başlamaya ve psiko-sosyal destek hizmetlerine yönlendirme yapılması önerilmektedir. İyileşme sadece fizyolojik değil aynı zamanda ruhsal ve sosyal boyutları da içeren karmaşık bir süreçtir. Günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık hastanın benlik algısını ve hastalıkla baş etme kapasitesini olumlu yönde etkiler. Araştırmalar ameliyat sonrası kendi kişisel bakımını yapabilen hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğunu tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Dolu, Demirtaş ve Çelik, 2024). KABG ameliyatı sonrası dönemde hastaların günlük yaşam aktivitelerine ne düzeyde katılabildikleri iyileşme durumlarının hem göstergesi hem de belirleyicisidir. Hemşirelik bakım sürecinde bu ilişki göz önünde bulundurulmalı GYA düzeyinin artırılmasına yönelik multidisipliner yaklaşımlar benimsenmelidir. Fonksiyonel bağımsızlık yalnızca hastanın iyileşme sürecini hızlandırmakla kalmaz aynı zamanda komplikasyon riskini azaltır, tedaviye uyumu güçlendirir ve hastane kaynaklarının daha etkin kullanılmasını sağlar.

3.YÖNTEM

3.1 Araştırma Modeli

Bu çalışma koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların günlük yaşam aktivite düzeylerinin iyileşme durumlarına etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır.

3.2 Araştırma Soruları

- Koroner arter bypass greft operasyonu geçiren hastaların sosyodemografik ve sağlık öyküsü özellikleri nelerdir?
- Koroner arter bypass greft operasyonu geçiren hastaların iyileşme durumları ne düzeydedir?
- Koroner arter bypass greft operasyonu geçiren hastaların günlük yaşam aktivite düzeyleri nasıldır?
- Koroner arter bypass greft operasyonu geçiren hastaların iyileşme durumları ile günlük yaşam aktivite düzeyleri arasında ilişki var mı?
- Günlük yaşam aktivite düzeylerinin koroner arter bypass greft operasyonu geçiren hastaların iyileşme durumları üzerindeki etkisi nedir?

3.3 Araştırma Hipotezleri

- H1 = Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme durumları üzerindeki etkisinde cinsiyet dağılımlarının düzenleyici rolü vardır
- H2 = Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme durumları üzerindeki etkisinde yaş dağılımlarının düzenleyici rolü vardır
- H3 = Çalışanların günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme durumları üzerindeki etkisinde vücut kitle indekslerinin düzenleyici rolü vardır
- H4 = Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme durumları üzerindeki etkisinde medeni durum dağılımlarının düzenleyici rolü vardır
- H5 = Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme durumları üzerindeki etkisinde eğitim durumları dağılımlarının düzenleyici rolü vardır

- H6 = Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme durumları üzerindeki etkisinde meslek durumları dağılımlarının düzenleyici rolü vardır
- H7 = Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme durumları üzerindeki etkisinde çalışma durumları dağılımlarının düzenleyici rolü vardır
- H8 = Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme durumları üzerindeki etkisinde gelir durumları dağılımlarının düzenleyici rolü vardır
- H9 = Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme durumları üzerindeki etkisinde sosyal güvence durumları dağılımlarının düzenleyici rolü vardır
- H10 = Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme durumları üzerindeki etkisinde bakım sorumluluğu durumlarının düzenleyici rolü vardır
- H11 = Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme durumları üzerindeki etkisinde sigara içme durumları dağılımlarının düzenleyici rolü vardır
- H12 = Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme durumları üzerindeki etkisinde alkol kullanım durumları dağılımlarının düzenleyici rolü vardır
- H13= Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme durumları üzerindeki etkisinde operasyon öyküsü durumları düzenleyici rolü vardır

3.4 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışmanın evrenini İstanbul ilinde bulunan bir kamu eğitim ve araştırma hastanesi ve bir vakıf üniversitesine bağlı tıp fakültesi eğitim ve araştırma hastanesinin kalp damar cerrahisi servislerinde yatmakta olan koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastalar oluşturdu. Çalışmanın verileri, Aralık 2024 – Nisan 2025 tarihleri arasında toplandı.

3.5 Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 18 yaş üzeri,
- Bilinci açık,
- Duyma ve konuşma problemi olmayan
- Okuma yazma bilen
- KABG cerrahisi geçiren,

- Kalp damar cerrahisi servisinde yatışı olan ameliyat sonrası en az 2. ve 6. günde olan,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden hastalar.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Psikiyatrik tanı alan hastalar

3.6 Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini İstanbul ilinde bulunan bir kamu eğitim ve araştırma hastanesi ve bir vakıf üniversitesine bağlı tıp fakültesi eğitim ve araştırma hastanesinin kalp damar cerrahisi servislerinde yatmakta olan koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastalar oluşturdu. Çalışmanın verileri, Aralık 2024 – Nisan 2025 tarihleri arasında toplanmıştır. Kalp ve damar cerrahisi servislerinde hemşire başına düşen toplam hasta sayısı beştir. Kalp ve damar cerrahisi servislerinde her sabah ve her akşam olmak üzere iki kez ziyaret yapılmaktadır. Vizite uzman hekim, asistan hekim ve hemşire katılmaktadır. Hastaların günlük tedavi ve bakım planları ziyaretler sırasında oluşturulmaktadır. Ameliyat olacak hastanın servise kabul süreci, ameliyattan bir gün önce başlatılmakta; hastalara servis tanıtımı yapılmakta ve fiziksel ortam hakkında bilgi verilmektedir. Hastaların sağlık öyküsü hekim ve hemşireler tarafından alınmaktadır. Hastaların yaşam bulguları düzenli olarak takip edilmektedir. Hemşire hastayı ameliyat öncesi hazırlık ve ameliyat sonrası bakım süreci hakkında bilgilendirmektedir. Ameliyat sonrasında hastaya yönelik hemşirelik bakımı sağlamakta hekimin talimatlarına uygun olarak tedavi uygulamaktadır. Taburculuk sürecine yönelik hekimle işbirliği içerisinde hastaya taburculuk eğitimi vermektedir.

Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında bilinmeyen evrenlerde örneklem hesaplanması formülü kullanılmıştır (Baş, 2010).

n: Örneklem büyüklüğü

t: Anlamlılık ($\alpha=0.05$ için $t=1.96$)

d: Örneklem hatası (Bu çalışma için 0.05 olarak alınmıştır). %95 güven aralığı için ($d= \mu * 0,05$). %99 güven aralığı için ($d= \mu * 0,01$).

σ = Standart sapma (evren ya da örneklem)

$$n = \frac{(t^2 \cdot \sigma^2)}{d^2} \quad (1. 1.)$$

Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların öz etkililik düzeylerinin iyileşme durumlarına etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada (Çakır, 2023) örneklem ameliyat sonrası iyileşme indeksi puan ortalaması ve standart sapması 2.72 ± 0.42 ve Lomber cerrahi uygulanan hastalarda preoperatif dönemde verilen taburculuk eğitiminin günlük yaşam aktivitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada (Karaağaç, 2013) örneklem genel konfor ölçeği puan ortalaması ve standart sapması 68.38 ± 18.45 olarak bulunmuştur. Söz konusu çalışmalara dayanarak yapılan hesaplamalar sonucu %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile alınabilecek minimum örneklem sayısının ameliyat sonrası iyileşme indeksi için 36 kişi ve genel konfor ölçeği için ise 112 kişi olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada genel konfor ölçeği için elde edilen örneklem büyüklüğü ($n=112$) esas alınmıştır.

Çalışma sürecinde çeşitli sebeplerle örneklem kayıpları olabileceği düşünülerek %30'luk ek örneklem çalışmaya dahil edilmiştir. Yapılan işlem aşağıdaki hesaplama göre yapılmıştır.

Ek örneklem: (Örneklem sayısı / Hata %) X 100

Ek örneklem: $(112 / 30) \times 100$

Ek örneklem: 34 kişi

Ek örneklem hesaplanmasından elde edilen sayı minimum örneklem sayısına eklenerek bu çalışmanın örneklemini elde edilmiştir. Bu hesaplamalar sonrası minimum 146 ($112 + 34$ ek örneklem) hastanın çalışma kapsamına alınmasına karar verilmiştir. Çalışma 200 hasta ile yapılmıştır.

3.7 Veriler ve Toplanması

Bu çalışmanın verileri hastaların yoğun bakımdan çıktıktan sonra veri toplama araçları ile yüz yüze görüşülerek toplandı. Verilerin toplanması için her bir hasta ile yaklaşık 20-25 dk görüşüldü.

3.7.1 Veri toplama araçları

- Hasta Tanılama Formu (EK-5)
- Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (EK-6)
- Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi Türkçe Versiyonu (EK-7)

Hasta Tanılama Formu (EK-5); Araştırmacı literatür taraması yaparak hasta tanılama formunu oluşturmuştur. Bu form hastaların sosyodemografik özellikleri ve sağlık geçmişi hakkında bilgi toplamak amacıyla tasarlanmıştır. Toplam 18 sorudan oluşan formda, hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, boy ve kilo gibi fiziksel verileri ile sistemik hastalık durumları ve sigara-alkol kullanma alışkanlıkları gibi konular yer almaktadır (Çakır, 2023).

Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (EK-6); Günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek için en yaygın kullanılan ölçek Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri ölçeğidir. Bu testin temel amacı, hastanın günlük işlevlerini kaydetmektir; hastanın neleri yapabileceğini öğrenmek öncelikli hedef değildir. Değerlendirilen aktiviteler arasında gaita ve idrar kontinansı, beslenme, yıkanma (yüz yıkama, saç bakımı, tıraş), giyinme, transfer, tuvalet kullanma, mobilite, basamak çıkma ve banyo yapma yer alır. Hastanın bu aktiviteleri bağımsız bir şekilde mi yoksa yardımla mı gerçekleştirdiği gözlemlenir ve puanlanır. Alınan puan, hastanın bağımsızlık düzeyini gösterir; daha az puan, temel günlük aktiviteleri daha bağımsız bir şekilde yapabilme anlamına gelir. Barthel indeksi üzerinde yapılan çalışmalarda 60 puan bir eşik değer olarak belirlenmiştir; 60'ın üzerindeki puanlar, bireyin bağımsız işlevselliğini ifade eder. Puan aralıkları ise şöyle tanımlanmıştır: 0-20 puan tamamen bağımlı, 21-61 puan ileri derecede bağımlı, 62-90 puan orta derecede bağımlı, 91-99 puan hafif derecede bağımlı ve 100 puan ise tam bağımsızlığı belirtmektedir. Küçükdeveci vd. (2000) tarafından

türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışmasının yapıldığı araştırmadaki cronbach's alpha değeri 0,93 olarak hesaplanmıştır (Küçükdeveci vd, 2000). Bu çalışmada Cronbach's Alpha değeri 0,91 olarak bulunmuştur.

Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi (EK-7); Butler ve arkadaşları (2012) tarafından geliştirilen Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, Cengiz ve Aygin (2019) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu indeks, toplamda 25 maddeden oluşmaktadır. Ancak, 7. madde (Ayağa kalkabilme becerisi) faktör yapısını bozduğu ve güvenirliği olumsuz etkilediği için ölçekten çıkarılmıştır. Geriye kalan 24 madde, kapsam geçerliliğine göre 5 farklı faktör altında toplanmış ve tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,50'nin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri 0,802 olarak hesaplanmış, ayrıca Bartlett'in küresellik testi, değişkenler arasında anlamlı derecede yüksek korelasyonlar olduğunu ve verilerin faktör analizi için uygun olduğunu göstermiştir. Maddeler, 1-5 puan aralığında bir Likert skalası (1= Hiç, 5= her zaman/son derece kısıtlı/son derece rahatsız) ile değerlendirilmiştir. Kapsam geçerliliği doğrultusunda belirlenen 5 faktör; bağırsak semptomları, genel semptomlar, fiziksel aktiviteler, istek arzu semptomları ve psikolojik belirtiler olarak adlandırılmıştır. Yüksek puanlar, ameliyat sonrası iyileşmede daha fazla zorluk yaşandığını, düşük puanlar ise iyileşmenin daha kolay olduğunu göstermektedir. Cengiz ve Aygin (2019) tarafından Türk toplumuna uyarlanan ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,857 olarak hesaplanmıştır (Cengiz ve Aygin 2019). Bu çalışmada Cronbach's Alpha değeri 0,83 olarak bulunmuştur.

ASİİ Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlama Sistemi

Güçlük yok 1

Az Güçlük > 1 - < 1,5

Orta Güçlük 1,5 - < 2,5

Çok Güçlük 2,5 - < 3,5

Aşırı Güçlük 3,5 – 5

3.8 Verilerin Çözümlemesi ve Yorumlanması

Verilerin çözümlemesinde öncelikle tanımlayıcı istatistikler kullanılmış; katılımcılara ait demografik değişkenler frekans ve yüzde dağılımlarıyla, ölçek puanları ise aritmetik ortalama ve standart sapma değerleriyle betimlenmiştir. Ölçeklerin yapı geçerliliğini değerlendirmek amacıyla Doğrulamalı Faktör Analizleri (DFA) gerçekleştirilmiş ve bu analizler LISREL 8.80 programı aracılığıyla yürütülmüştür. Model uyumu, Ki-kare/df, RMSEA, SRMR, CFI ve NNFI gibi temel uyum indeksleri dikkate alınarak değerlendirilmiştir (Kline, 2016; Schermelleh Engel vd., 2003). Ölçeklerin iç tutarlılığı, Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı ile test edilmiştir. Ayrıca, hipotezleri test etmek amacıyla Hayes (2018) tarafından geliştirilen PROCESS Macro eklentisi (Model 1) kullanılarak düzenleyicilik analizi yapılmıştır. Tüm tanımlayıcı istatistikler, güvenirlik analizleri ve PROCESS analizleri IBM SPSS 26.0 programı ile gerçekleştirilmiştir.

3.9 Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmaya başlamadan önce bir kamu eğitim ve araştırma hastanesinden 15.10.2024 tarihli 2024/18/942 karar nolu etik kurul onayı (EK-1) alınmıştır. Yapılan araştırma ile ilgili hastalardan Bilgilendirilmiş onam (EK-4) ve araştırmanın yapıldığı hastanelerden (04.11.2024 tarihli 258553772 sayılı ve 10.03.2025 tarihli E-32835138-108.01-338166 sayılı) kurum izinleri alındı. Araştırmada kullanılan Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (EK-6) ile Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi (EK-7) için ilgili yazarlardan kullanım izni alındı.

4. BULGULAR VE TARTIŞMA

4.1 Bulgular

4.1.1 Örneklemeye ilişkin tanımlayıcı bulgular

Tez çalışmasının bu bölümünde çalışmanın evren ve örneklemeine ilişkin tanımlayıcı istatistik bulgularına yer verilmiştir. Tanımlayıcı istatistik belirli bir örneklemden elde edilen verileri özetlemek, düzenlemek ve görselleştirmek amacıyla kullanılan istatistiksel yöntemler bütünüdür. Bu yöntemler genellikle ortalama, medyan, mod, standart sapma, varyans, minimum ve maksimum değer gibi ölçümleri içerir (Field, 2013). Tanımlayıcı istatistik veriler hakkında genel bir izlenim edinmeye yardımcı olurken herhangi bir nedensel ilişki ya da genelleme yapma amacı taşımaz (Gravetter ve Wallnau, 2014). Tablo 1’de çalışmanın örneklemeine ilişkin tanımlayıcı istatistik bulguları görülmektedir.

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

	<i>N</i>	%	$\bar{X}$	<i>SS</i>
<i>Yaş Dağılımları</i>				
30-39 yaş arası	5	2,5		
40-49 yaş arası	21	10,5	60,76	0,426
50 yaş ve üzeri	174	87,0		
<i>Cinsiyet</i>	<i>N</i>	%	$\bar{X}$	<i>SS</i>
Erkek	166	83,0		
Kadın	34	17,0	-	0,377

<i>Vücut Kitle Endeksi (VKİ)</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>$\bar{X}$</i>	<i>SS</i>
18-27 arası	75	37,5	28,91	0,505
28-ve üzeri	103	51,5		
39 ve üzeri	22	11,00		
<i>Medeni Durum</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>$\bar{X}$</i>	<i>SS</i>
Evli	177	88,5	-	0,320
Bekar	23	11,5		
<i>Eğitim Durumu</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>$\bar{X}$</i>	<i>SS</i>
Okur yazar	11	5,5	-	1,337
İlkokul	89	44,5		
Ortaokul	27	13,5		
Lise	51	25,5		
Ön lisans	4	2,0		
Lisans	15	7,5		
Lisans üstü	3	1,5		
<i>Meslek Dağılımı</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>$\bar{X}$</i>	<i>SS</i>
Memur	31	15,5	-	1,028
İşçi	22	11,0		

Serbest	81	40,5		
Diğer	66	33,0		
<i>Çalışma Durumu</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>$\bar{X}$</i>	<i>SS</i>
Çalışıyor	47	23,5		
Çalışmıyor	22	11,0	-	0,847
Emekli	131	65,5		
<i>Gelir Düzeyi</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>$\bar{X}$</i>	<i>SS</i>
Geliri giderine az	70	35,0		
Geliri giderine denk	120	60,0	-	0,558
Geliri giderinden fazla	10	5,0		
<i>Sosyal Güvence</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>$\bar{X}$</i>	<i>SS</i>
SSK	156	78,0		
Emekli	20	10,0		
Bağ-kur	18	9,0	-	0,772
Diğer	6	3,0		
<i>Bakımdan Sorumlu</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>$\bar{X}$</i>	<i>SS</i>
Eş	126	63,0		
Çocuk	49	24,5	-	0,995

Diğer	25	12,5		
<i>Sigara Kullanım Durumu</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>$\bar{X}$</i>	<i>SS</i>
İçiyor	72	36,0	-	0,481
İçmiyor	128	64,0		
<i>Alkol Kullanım Durumu</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>$\bar{X}$</i>	<i>SS</i>
Düzenli	7	3,5	-	0,516
Ara sıra	39	19,5		
Hiç	154	77,0		
<i>Kronik Hastalık Öyküsü</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>$\bar{X}$</i>	<i>SS</i>
Hipertansiyon (1)	28	14,0	-	2,909
Diyabet (2)	35	17,5		
Kolesterol (3)	13	6,5		
Solunumsal (4)	10	5,0		
Diğer	7	3,5		
Yok	55	27,5		
1+2	13	6,5		
2+3	9	4,5		
1+3	10	5,0		

1+2+3	19	9,5		
1+2+3+4	1	,5		
<i>Önceki Operasyon Durumu</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>$\bar{X}$</i>	<i>SS</i>
Var	102	51,0		
			-	0,501
Yok	98	49,0		

Not: n= 200; $\bar{X}$ = ortalama; SS= Standart sapma.

Tablo 1’deki bulgular incelendiğinde hastaların çoğunluğunun 50 yaş ve üzeri olduğu (%87,0; n = 174) görülürken 40-49 yaş arasındaki hasta oranı %10,5 (n = 21), 30-39 yaş arasındaki oran ise %2,5 (n = 5) olarak belirlenmiştir ($\bar{X}$ = 60,76; SS = 0,426). Cinsiyet açısından bakıldığında hastaların %83’ü erkek (n = 166), %17’si kadın (n = 34) olup cinsiyetle ilgili veri için standart sapma verisi sağlanmamıştır. Vücut kitle indeksi (VKİ) 18-27 arasında olan hastaların oranı %37,5 (n = 75), 28 ve üzeri olanların oranı ise %51,5 (n = 103) olarak belirlenmiştir (VKİ ortalaması = 28,91; SS = 0,505). Medeni durum açısından hastaların büyük çoğunluğu evli olup (%88,5; n = 177), bekâr olanların oranı ise %11,5 (n = 23) olarak tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi bakımından hastaların %44,5’i ilkokul mezunu (n = 89), %25,5’i lise mezunu (n = 51), %13,5’i ortaokul mezunu (n = 27), %7,5’i lisans (n = 15), %2,0’ı ön lisans (n = 4), %1,5’i ise lisansüstü eğitim almıştır (n = 3). Okur yazar olmayanların oranı ise %5,5 (n = 11) olarak tespit edilmiştir. Meslek dağılımına bakıldığında %40,5’lik bir kesim serbest meslek sahibi (n = 81), %33,0’ı ise “diğer” meslek kategorisindedir (n = 66); memur (n = 31) ve işçi (n = 22) oranları sırasıyla %15,5 ve %11,0’dır. Çalışma durumu açısından hastaların %65,5’i emekli (n = 131), %23,5’i çalışıyor (n = 47), %11,0’ı ise çalışmıyor (n = 22). Gelir durumu verilerine göre %60,0’ı gelirinin giderine denk olduğunu belirtmiş (n = 120), %35,0’ı gelirinin giderinden az olduğunu ifade etmiştir (n = 70), %5,0’ı ise gelirinin giderinden fazla olduğunu belirtmiştir (n = 10). Sosyal güvence açısından hastaların %78,0’inin SSK’lı (n = 156), %10,0’ının emekli maaşı aldığı (n = 20), %9,0’ının Bağ-Kur’lu olduğu (n = 18) ve %3,0’ının diğer sosyal güvence türlerinden faydalandığı (n = 6) görülmüştür. Bakımdan sorumlu kişi bakımından ise %63,0’ü eşinden (n = 126),

%24,5'i çocuğundan (n = 49), %12,5'i ise diğer kişilerden (n = 25) bakım almaktadır. Sigara kullanım durumu incelendiğinde hastaların %36,0'ı sigara içmektedir (n = 72), %64,0'ı ise içmemektedir (n = 128). Alkol kullanımına bakıldığında %77,0'ının hiç alkol kullanmadığı (n = 154), %19,5'inin ara sıra alkol kullandığı (n = 39) ve %3,5'inin düzenli olarak alkol tükettiği (n = 7) görülmüştür. Hastaların %27,5'inin herhangi bir kronik hastalığı bulunmazken (n = 55), hipertansiyon, diyabet ve kolesterol gibi hastalıklar sırasıyla %14,0 (n = 28), %17,5 (n = 35) ve %6,5 (n = 13) oranlarında tespit edilmiştir. Son olarak hastaların %51,0'ının daha önce bir operasyon geçirdiği (n = 102), %49,0'ının ise bu tür bir geçmişinin bulunmadığı (n = 98) rapor edilmiştir.

4.1.2 Ölçme araçlarının geçerlilik analizlerine ilişkin bulgular

Ölçme araçlarının yapı geçerlilikleri doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile test edilmiştir. DFA bir ölçme aracının yapı geçerliliğini test etmek için kullanılan yöntemdir ve genellikle daha önce teorik olarak belirlenmiş bir faktör yapısını test etmeye yaramaktadır. DFA belirli faktörlerin ve her bir faktörün içindeki maddelerin teorik bir modele uygunluğunu değerlendirilmektedir. Bu analiz faktörlerin ölçüm aracının temel kavramlarını ne kadar doğru şekilde yansıttığını belirlemekte ve faktörler arası ilişkilerin gücünü analiz etmektedir. Ayrıca her bir maddenin faktöre olan katkısını (faktör yükü) ve modelin genel uyumunu değerlendirerek ölçüm aracının geçerliliğine dair kanıt sağlamaktadır. DFA'nın temel amacı, ölçüm aracının teorik modelle ne kadar örtüştüğünü ve veriyle ne kadar uyum sağladığını test etmektir. DFA genellikle üç temel ölçüm modeli kullanılarak ölçeklerin yapısal geçerliliği test edilir: tek faktörlü (ilişkisiz) model, birinci düzey çok faktörlü model ve ikinci düzey çok faktörlü model. Ölçek geçerliliği sağlarken araştırmacılar bu alternatif model stratejileri doğrultusunda bir ölçeğin farklı ölçüm modellerini karşılaştırarak en uygun olanı belirlemeye çalışırlar. Bu süreçte dikkate alınan kriterler Yapısal Eşitlik Modellemesi (YEM) çalışmalarında katı sınırlarla belirlenmemiştir; bunun yerine araştırmacının bakış açısına ve incelenen modelin özelliklerine bağlı olarak farklı değerlendirmelere rastlanabilmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2015). Bu analiz modelin uygunluğunu gösteren istatistiksel uyum indeksleriyle (örneğin, CFI, NFI, RMSEA) yapılmaktadır (Byrne, 2016; Schumacker ve Lomax, 2016; Gürbüz ve Şahin, 2015). Bu çalışmada YEM kapsamında literatürde

sıklıkla başvurulanan uyum indeksleri için aşağıdaki tabloda verilerin değerlerinden faydalanılmıştır.

Tablo 2. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Uyum İyiliği Değerleri

<i>Uyum Kriterleri</i>	<i>İyi Uyum</i>	<i>Kabul Edilebilir Uyum</i>
χ^2 / df	< 3	$3 < \chi^2 / sd < 5$
RMSEA	≤ 0.05	≤ 0.08
SRMR	< 0.05	< 0.08
CFI	> 0.95	> 0.90
NFI	> 0.95	> 0.90
GFI	≥ 0.90	≥ 0.85
RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation, SRMR: Standardized Root Mean Square Residuals, CFI: Comparative Fit Index, NFI: Normed Fit Index, GFI: Goodness of Fit Index)		

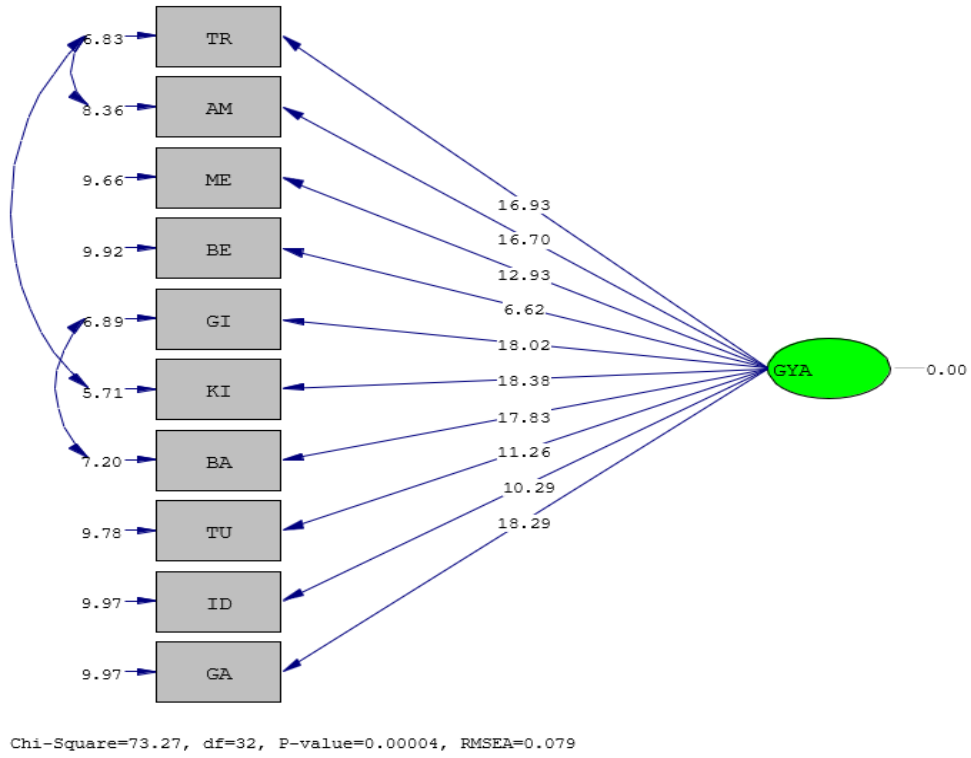
Kaynak: Yalap, 2019; Gürbüz ve Şahin, 2015; Meydan ve Şeşen, 2011; Sümer, 2000 alınan veriler ile yazar tarafından oluşturulmuştur.

DFA uyum iyiliği modelin veriye ne kadar iyi uyum sağladığını gösteren bir dizi istatistiksel kriter ile değerlendirilmektedir. İyi bir model uyumu, χ^2 / df oranının 3'ten küçük olmasıyla başlamakta ve bu oran kabul edilebilir uyum için 3 ile 5 arasında olmalıdır (Yalap, 2019). Aynı şekilde RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) değeri modelin hata oranını belirlemekte ve iyi uyum için 0.05'in altı gereklidir kabul edilebilir uyum ise 0.08'in altı kabul edilmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2015). Ayrıca SRMR (Standardized Root Mean Square Residuals), modelin veriye uyumunu ölçen bir diğer önemli parametredir ve iyi uyum için 0.05'in altı kabul edilebilir uyum için 0.08'in altı olmalıdır (Meydan ve Şeşen, 2011). Modelin uyumunu gösteren CFI (Comparative Fit Index) ve NFI (Normed Fit Index) değerlerinin ise 0.95'in üzerinde olması iyi uyum için, 0.90'ın üzerinde olması ise kabul edilebilir uyum için gereklidir (Sümer, 2000). Son olarak GFI (Goodness of Fit Index) değeri de modelin uyumunu gösterir ve iyi uyum için 0.90'ın üzerinde, kabul edilebilir uyum için

0.85'in üzerinde olmalıdır (Yalap, 2019). Bu uyum iyiliği değerlerinin hepsi modelin veriye ne kadar uygun olduğunu ve ölçüm aracının doğruluğunun değerlendirilmesinde kritik rol oynamaktadır.

4.1.3 Günlük yaşam aktiviteleri ölçeği birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi bulguları

Günlük yaşam aktiviteleri ölçeğinin birinci düzey çok faktörlü doğrulayıcı faktör analizi uygulaması tek aşamalı olarak gerçekleştirilmiştir. Söz konusu aşamada çok faktörlü model üzerinde ifadelerle ilişkin t değerleri ve standart faktör yüklerinin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı dikkat edilmiştir. Söz konusu değerler için literatürde t değerinin 1.96'nın üzerinde olması beklenmektedir. Standart faktör yüklerinin ise 0.30'un altında olmaması değerlendirilmektedir (Fidel, 2013; Jöreskog, ve Sörbom, 1993; Fornel, 1981). Birinci aşamaya ilişkin birinci düzey DFA bulguları şekil 1'de sunulmuştur.



Şekil 1. Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği - Birinci Düzey DFA Sonuçları (t değerleri)

Şekil 1’de birinci düzey doğrulayıcı faktör analizine ilişkin t değerleri sonuçları görülmektedir. Tek aşamada gerçekleştirilen analize ilişkin, İfadelere ait t değerlerinin hepsi 1.96 ve üzerinde bir değer aldıkları saptanmıştır. Elde edilen bu sonuçlar ölçeğe ilişkin birinci düzey doğrulayıcı faktör analizinin diğer bulguları ile Tablo 3’te özetlenmiştir.

Tablo 3. Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği- Birinci Düzey DFA Sonuçları

İfadeler	Standart Faktör Yükleri	t-değerleri	$\bar{X}$	SS	Basıklık	Çarpıklık
Transfer (TR)	0.92	16.93	3.83	0.627	0.142	-0.534
Ambulasyon (AM)	0.91	16.70	3.89	0.659	0.126	-0.698
Merdiven (ME)	0.77	12.93	3.63	0.587	0.308	-0.69

Beslenme (BE)	0.45	6.62	4.78	0.475	-0.110	0.337
Giyinme (GI)	0.95	18.02	3.89	0.651	0.118	-0.647
Kişisel Bakım (KB)	0.96	18.38	3.93	0.708	0.108	-0.992
Banyo Yapma (BA)	0.95	17.83	3.87	0.666	0.145	-0.71
Tuvalet (TU)	0.70	11.26	4.36	0.664	-0.545	-0.702
İdrar İnkontinansi (ID)	0.35	10.29	4.87	0.405	-0.735	0.853
Gaita İnkontinansi (GA)	0.32	18.29	4.82	0.468	-0.945	0.798
Uyum İyiliği Değerleri	$\chi^2/df = 73.27 / 32$; RMSEA = 0.079; GFI = 0.93; CFI = 0.98; NFI = 0.97; SRMR = 0.71					

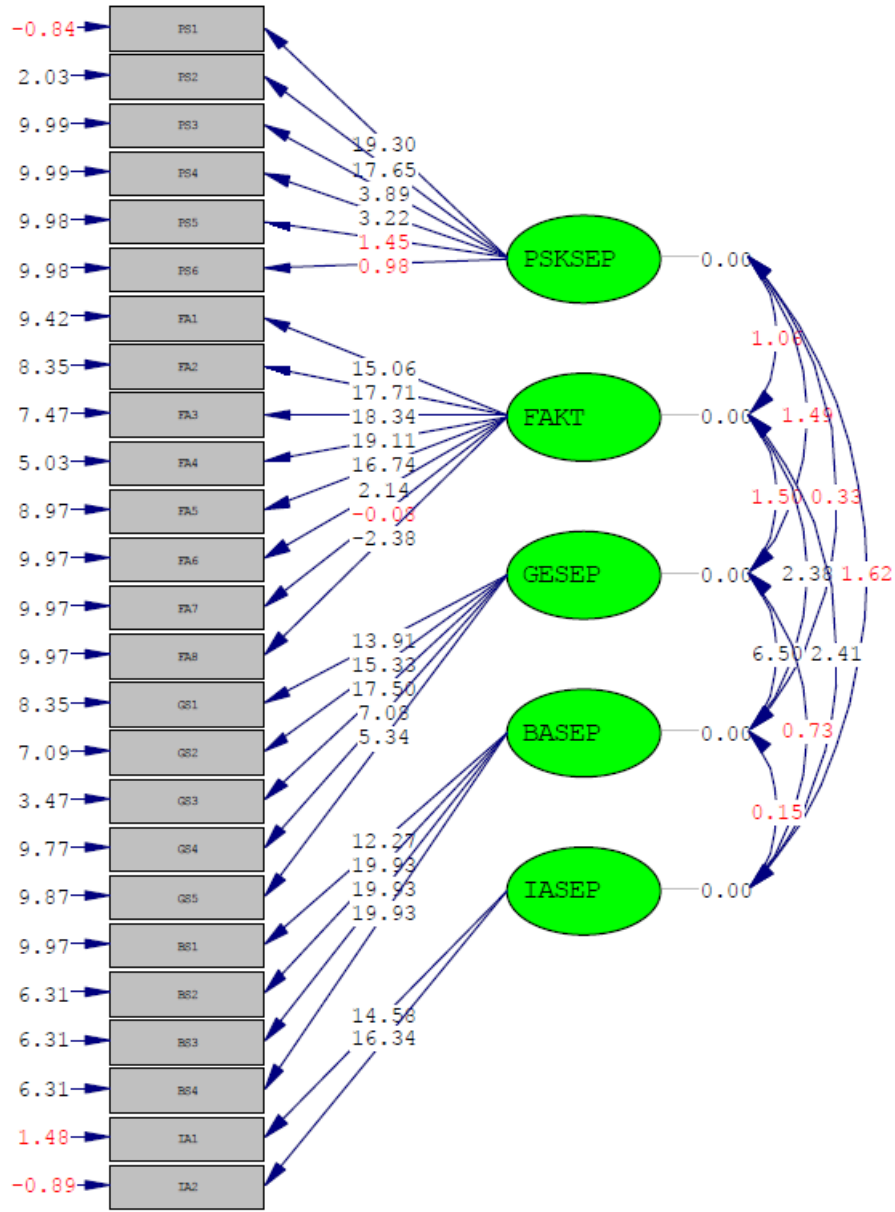
Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği'nin birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi sonuçları ölçeğin geçerliliğini değerlendirmek amacıyla elde edilen verilerin istatistiksel uyum iyiliği değerleri ile incelenmiştir. Tablo 3'te her bir ifadenin standart faktör yükleri, t-değerleri, ortalama, standart sapma, basıklık (skewness) ve çarpıklık (kurtosis) değerleri sunulmaktadır. Standart faktör yükleri her bir ifadenin ölçülen yapıyı ne kadar iyi temsil ettiğini gösterirken t-değerleri bu yüklerin anlamlılık düzeyini yansıtmaktadır. Transfer (TR) (0.92) ve Kişisel Bakım (KB) (0.96) gibi ifadelerin yüksek faktör yüklerine sahip olması bu maddelerin ölçeğin birinci faktörüne güçlü bir katkı sağladığını göstermektedir. Buna karşın Merdiven (ME) (0.77) ve Beslenme (BE) (0.45) gibi maddeler daha düşük faktör yüklerine sahip olup bu maddelerin ölçüm aracının genel

yapısı ile uyumunun daha zayıf olduğunu işaret etmektedir. t-değerleri incelendiğinde tüm ifadelerin t-değerlerinin 16.93 (TR) ile 6.62 (BE) arasında değiştiği ve her bir maddenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlemlenmektedir ($p < 0.05$). Özellikle TR ve KB gibi yüksek t-değerlerine sahip maddeler, güvenilir ölçümler sunduğunu ve modelin genel geçerliliğine önemli katkılar sağladığını göstermektedir. Basıklık (skewness) ve çarpıklık (kurtosis) değerlerine bakıldığında, bazı maddelerdeki yüksek çarpıklık değerleri veri dağılımının simetrik olmadığını ve uç değerlerin varlığını işaret etmektedir. Özellikle İdrar İnkontinansı (ID) ve Gaita İnkontinansı (GA) maddelerinde yüksek çarpıklık değerleri (-0.735 ve -0.945) bu ifadelerin dağılımının uç değerlere sahip olduğunu göstermektedir. Uyum iyiliği değerleri açısından, $\chi^2/df = 73.27 / 32$, RMSEA = 0.079, GFI = 0.93, CFI = 0.98, NFI = 0.97 ve SRMR = 0.71 gibi değerler modelin veriye iyi uyum sağladığını ve yapı geçerliliğinin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar GYA ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarının güçlü bir yapısal geçerliliğe sahip olduğunu ve modelin genel uyumunun kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermektedir (Gürbüz ve Şahin, 2015; Meydan ve Şeşen, 2011).

4.1.4 Ameliyat sonrası iyileşme ölçeği birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi bulguları

Ameliyat Sonrası İyileşme Ölçeği birinci düzey çok faktörlü doğrulayıcı faktör analizi uygulaması iki aşamalı olarak gerçekleştirilmiştir. Birinci aşamada çok faktörlü model üzerinde ifadelerle ilişkin t değerleri ve standart faktör yüklerinin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı dikkat edilmiştir. Söz konusu değerler için literatürde t değerinin 1.96'nın üzerinde olması beklenmektedir. Standart faktör yüklerinin ise 0.30'un altında olmaması değerlendirilmektedir (Fidel, 2013; Jöreskog, ve Sörbom, 1993; Fornel,

1981). Birinci aşamaya ilişkin birinci düzey DFA bulguları şekil 2’de sunulmuştur.

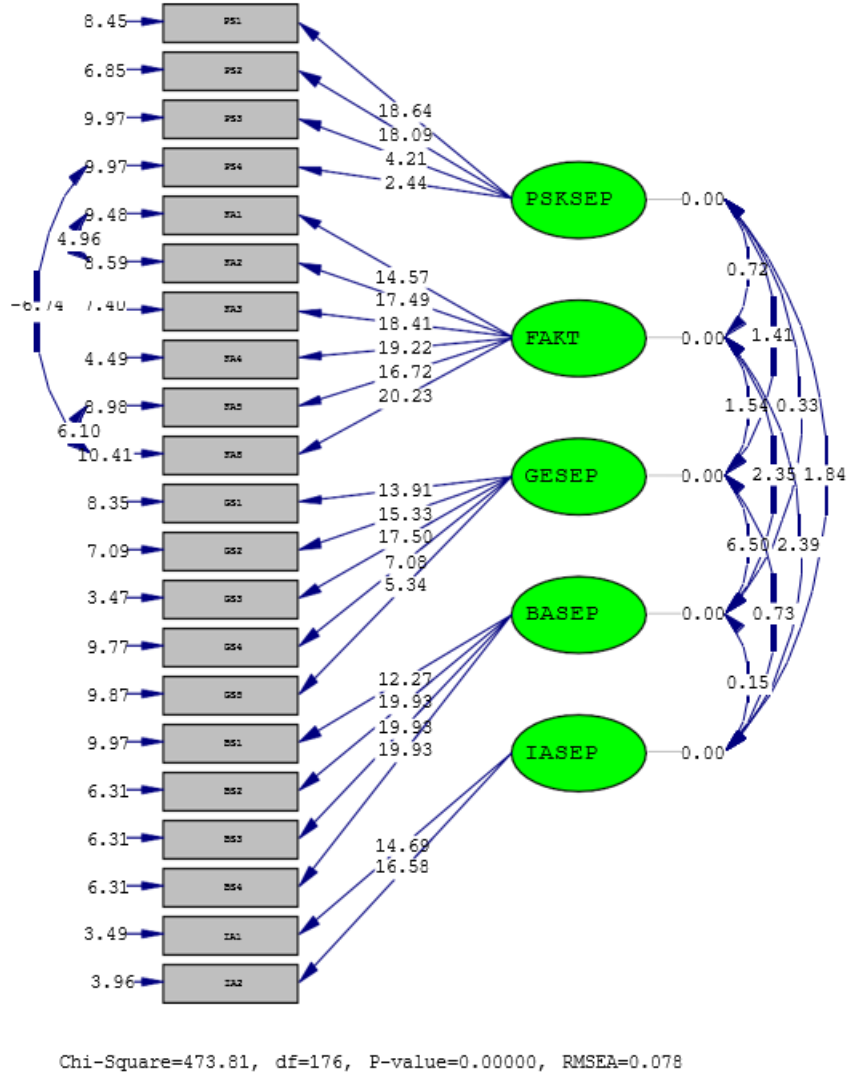


Chi-Square=1700.99, df=265, P-value=0.00000, RMSEA=0.165

Şekil 2. Ameliyat Sonrası İyileşme Ölçeği- Birinci Düzey DFA Sonuçları Birinci Aşama (t değerleri)

Şekil 2’de 5 boyutlu Ameliyat Sonrası İyileşme Ölçeğinin birinci düzey DFA Analizine ilişkin birinci aşama bulguları görünmektedir. Söz konusu bulgular incelendiğinde Psikolojik Semptomlar (PSKSEP) alt boyuna ait PS5 ve PS6; Fiziksel Aktiviteler

(FAKT) alt boyutuna ilişkin FA7 ve FA8 ifadelerinin t değerleri 1.96'nın altında olduğu için modelden çıkartılmıştır. Kalan ifadeler yeniden analize tabi olmuş ve modelin ikinci aşamasına geçilmiştir. Elde edilen sonuçlar Şekil 3'te özetlenmiştir.



Şekil 3. Ameliyat Sonrası İyileşme Ölçeği- Birinci Düzey DFA Sonuçları
İkinci Aşama (t değerleri)

Şekil 3’te Ameliyat Sonrası İyileşme Ölçeğinin birinci düzey doğrulayıcı faktör analizinin ikinci aşamasına ilişkin t değerleri sonuçları görülmektedir. Üç adet modifikasyon işlemlerinden sonra ifadelere ait t değerlerinin hepsi 1.96 ve üzerinde bir değer aldıkları saptanmıştır. Elde edilen bu sonuçlar ölçeğe ilişkin birinci düzey doğrulayıcı faktör analizinin diğer bulguları ile Tablo 3’te özetlenmiştir.

Tablo 4. Ameliyat Sonrası İyileşme Ölçeği- Birinci Düzey DFA Sonuçları

İfadeler	Standart Faktör Yükleri	t-değerleri	$\bar{X}$	SS	Basıklık	Çarpıklık
PS1	0.80	18.64	1.83	0.875	0.794	-0.191
PS2	0.84	18.09	1.85	0.867	0.764	-0.178
PS3	0.88	4.21	1.33	0.635	-0.852	-0.561
PS4	0.89	2.44	1.01	0.101	0.924	0.459
PS5	0.23	1.45	1.12	0.332	1.824	2.560
PS6	0.13	0.99	1.25	0.452	0.765	2.362
FA1	0.91	14.57	2.39	0.574	0.36	-0.251
FA2	0.91	17.49	2.31	0.659	0.111	-0.095
FA3	0.92	18.41	2.2	0.741	-0.106	-0.743
FA4	0.93	19.21	2.24	0.738	-0.036	-0.526
FA5	0.94	16.72	2.23	0.707	-0.101	-0.548
FA6	0.91	20.23	3.79	0.514	-0.555	0.116

FA7	0.23	0.08	2.21	0.562	-0.185	2.867
FA8	0.39	-2.38	3.14	0.785	1.245	2.786
GS1	0.98	13.91	1.28	0.659	0.415	0.015
GS2	0.96	15.33	1.16	0.475	0.016	0.180
GS3	0.98	17.50	1.23	0.556	0.344	0.299
GS4	0.97	7.08	1.49	0.716	0.115	-0.173
GS5	0.98	5.34	1.03	0.222	0.923	0.785
BS1	0.94	12.27	1.03	0.157	0.131	0.948
BS2	0.95	19.93	1.03	0.211	0.802	0.541
BS3	0.97	19.98	1.03	0.211	0.802	0.541
BS4	0.98	19.93	1.03	0.211	0.802	0.541
IA1	0.92	14.69	1.36	0.641	0.713	0.094
IA2	0.91	16.58	1.35	0.624	0.714	0.253
Uyum İyiliği Değerleri	$\chi^2/df = 473.81 / 176$; RMSEA = 0.078; GFI = 0.91; CFI = 0.96; NFI = 0.92; SRMR = 0.79					

Tablo 4, Ameliyat Sonrası İyileşme Ölçeği'nin birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarını sunmaktadır. Tablo her bir ifadenin standart faktör yükleri, t-değerleri, ortalama ($\bar{X}$), standart sapma (SS), basıklık (skewness) ve çarpıklık (kurtosis) değerlerini içermektedir. PS1, PS2, FA1 gibi maddeler yüksek standart faktör yükleri ile

dikkat çekerken (0.80, 0.84, 0.91) bu maddeler ölçeğin genel yapısına güçlü bir şekilde katkı sağlamaktadır. Ancak PS5 (0.23) ve PS6 (0.13) gibi maddeler düşük faktör yükleri sergileyerek ölçüm aracının bu maddeler için daha az geçerli olduğunu ve bu maddelerin ölçekle uyumunun zayıf olduğunu göstermektedir. t-değerlerine bakıldığında, PS1 (18.64) ve FA6 (20.23) gibi maddelerin yüksek t-değerleri bu maddelerin istatistiksel olarak anlamlı katkılar sağladığını ortaya koymaktadır. Ancak PS4 (2.44) ve FA7 (0.08) gibi düşük t-değerleri bu maddelerin analizde istatistiksel olarak anlamlı olmadıkları için modelden çıkartılmışlardır. Ortalamalar genel olarak 1.01 ile 3.79 arasında değişmekte olup, PS4 (1.01) ve PS5 (1.12) gibi maddeler daha düşük değerlere sahipken, GS6 (3.79) gibi maddeler yüksek ortalamalara sahiptir. Standart sapmalar genellikle 0.100 ile 0.923 arasında değişmekte olup, verilerin büyük bir kısmı düşük varyans göstermektedir. Basıklık ve çarpıklık (skewness ve kurtosis) değerleri veri dağılımlarının simetrik olmadığını ve uç değerlere sahip olduğunu gösteren önemli parametrelerdir. Uyum iyiliği değerleri ise modelin geçerliliğini pekiştirmektedir. $\chi^2/df = 473.81 / 176$, RMSEA = 0.078, GFI = 0.91, CFI = 0.96, NFI = 0.92 ve SRMR = 0.79 gibi uyum iyiliği göstergeleri, modelin veriye iyi uyum sağladığını ve yapısal geçerliliğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bulgular Ameliyat Sonrası İyileşme Ölçeği'nin güçlü bir yapısal geçerliliğe sahip olduğunu ve modelin genel uyumunun kabul edilebilir düzeyde olduğunu işaret etmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2015; Meydan ve Şeşen, 2011; Sümer, 2000).

4.1.5 Ölçme Araçlarına İlişkin Korelasyon ve Güvenirlik Analizleri Bulguları

Çalışmanın bu bölümünde çalışma kapsamında kullanılan ölçme araçlarına ilişkin korelasyon analizi ve güvenirlik analizine yer verilmiştir. Korelasyon analizinde; Pearson korelasyon analizi yöntemi benimsenmiştir. Pearson Korelasyon Analizi iki sürekli değişken arasındaki doğrusal ilişkiyi inceleyen bir istatistiksel tekniktir. Bu analiz değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü (pozitif ya da negatif) ve gücünü belirlemektedir. Pearson korelasyon katsayısı, -1 ile +1 arasında bir değer alır. +1, mükemmel pozitif ilişkiyi, -1 ise mükemmel negatif ilişkiyi ifade etmektedir. 0 ise ilişki olmadığını gösterir. Bu analiz özellikle psikolojik ve sosyal bilimlerde kullanılan değişkenler arasındaki ilişkiyi ölçmek için oldukça yaygın bir yöntemdir (Field, 2013). r değeri, ilişkinin gücünü belirler, r değeri ne kadar 1'e yakınsa, ilişki o kadar güçlü

olduğu ifade edilmektedir. Güvenirlik analizi olarak da ölçeklerin yapı güvenirliliği Cronbach Alpa katsayısı hesaplanarak elde edilmiştir. Cronbach's Alpha bir ölçeğin iç tutarlılığını (güvenirliğini) ölçmek için kullanılan bir istatistiksel testtir. Bu katsayı ölçüm aracındaki maddelerin birbirleriyle ne kadar tutarlı bir şekilde ölçtüğünü gösterir. 0 ile 1 arasında bir değere sahip olan Cronbach's Alpha değeri genellikle 0.70 ve üzeri değerlerle iyi bir iç tutarlılık gösterdiği kabul edilir, ancak bazı araştırmalarda 0.60 ile 0.70 arasındaki değerler de kabul edilebilir olarak değerlendirilir (DeVellis, 2016). Bu çalışma kapsamında elde edilen sonuçlar, tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5. Ölçeklere İlişkin Pearson Korelasyon Analizi ve Güvenirlik Analizi Bulguları

Değişkenler	$\bar{X}$	SS	ASii	PS	FA	GS	BS	IA	GYA
ASii	1.52	0.253	(0.83)						
<i>Psikolojik Semptomlar (PS)</i>	1.50	0.509	0.497**	(0.69)					
<i>Fiziksel Aktiviteler (FA)</i>	2.52	0.559	0.602**	0.036	(0.91)				
<i>Genel Semptomlar (GS)</i>	1.23	0.413	0.510**	0.067	0.139	(0.81)			
<i>Bağırsak Semptomları (BS)</i>	1.02	0.189	0.398**	0.083	0.145*	0.450**	(0.96)		
<i>İstek-Arzu Semptomları(IA)</i>	1.35	0.629	0.624**	0.090	0.161*	0.058	0.010	(0.90)	
GYA	42.10	0.434	-0.453**	0.047*	-0.834*	-0.136*	-0.093*	-0.092*	(0.91)

Not: * p < 0.05, ** p < 0.01. n = 200; parantez içerisindeki değerler Cronbach Alpa katsayılarıdır.

Tablo 5 Ölçeklere ilişkin Pearson korelasyon analizi ve güvenirlik analizi bulgularını sunmaktadır. Buna göre ASİİ, PS, FA, GS, BS, IA ve GYA değişkenleri arasındaki korelasyonları ve her bir ölçeğin Cronbach Alpha katsayılarını içermektedir. ASİİ ile alt boyutları arasında sırasıyla yüksek derecede istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişkiler gözlemlenmiştir ($r = 0.497, 0.602, 0.510, 0.624; p < 0.01$). Özellikle FA ile ASİİ arasındaki korelasyon, en yüksek pozitif ilişkiyi göstermektedir ($r = 0.602; p < 0.01$). Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri ile Ameliyat Sonrası İyileşme Durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki tespit edilmiştir ($r = -0.453, p < 0.01$). Başka bir ifadeyle, hastalar günlük yaşam aktivitelerden düşük puan aldıkça ameliyat sonrası iyileşme durumları da azalmaktadır.

Her bir değişkenin Cronbach Alpha katsayıları ölçeklerin iç tutarlılığını göstermektedir ve tüm değişkenler için 0.69 ile 0.96 arasında değişen yüksek güvenirlik değerleri elde edilmiştir. En yüksek güvenirlik değeri BS (0.96) ve IA (0.90) ölçeklerine aittir. ASİİ ve PS için ise 0.83 ve 0.69 gibi yeterli düzeyde güvenirlik değerleri elde edilmiştir.

Tablo 6. Ölçme Araçlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Bulguları

<i>Değişkenler</i>	<i>Toplam $\bar{X}$</i>	<i>SS</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maksimum</i>	<i>Basıklık</i>	<i>Çarpıklık</i>
ASİİ	1.52	0.2538	1.10	2.50	0.725	0.688
PS (Psikolojik Semptomlar)	1.50	0.5099	1.00	3.50	0.039	0.847
FA (Fiziksel Aktiviteler)	2.52	0.5597	1.33	4.00	0.018	-0.564
GS (Genel Semptomlar)	1.23	0.4135	1.00	3.00	0.247	0.044
BS (Bağırsak Semptomları)	1.02	0.1892	1.00	2.75	0.401	0.169
IA (İstek-Arzu)	1.35	0.6296	1.00	4.00	1.701	2.136

Semptomları)						
GYA	42.10	0.4347	3.40	5.00	-0.141	-0.802

Not: n=200; ASİİ= Ameliyat Sonrası İyileşme; GYA= Günlük Yaşam Aktiviteleri; $\bar{X}$ = Ortalama; SS= Standart sapma.

Ameliyat Sonrası İyileşme ve Günlük Yaşam Aktivitelerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde ölçeklerin alt boyutlarının genel olarak düşük düzeylerde ortalamalara sahip olduğu ancak varyans ve dağılım bakımından bazı boyutların dikkat çektiği görülmektedir. Ameliyat Sonrası İyileşme Ölçeği toplam puanı 1.52 ortalama ile yüksek düzeyde bir iyileşme algısına işaret ederken standart sapma değeri (SS = 0.2538) dağılımın homojenliğini göstermektedir. Bu değişkene ilişkin çarpıklık (0.688) ve basıklık (0.725) değerleri verilerin normal dağılıma yakın bir biçimde, pozitif yönde hafif asimetric olduğunu göstermektedir.

Alt boyutlara bakıldığında Psikolojik Sebepler (PS) ortalama puanı 1.50 olup, veriler sağa çarpık (0.847) ve normale yakın basık (0.039) bir dağılım göstermektedir. Fiziksel Aktiviteler (FA) ortalaması 2.52 ile görece daha yüksektir ve sola çarpık dağılım (–0.564) göstermesi daha yüksek puanların yoğunlaştığını göstermektedir. Genel Semptomlar (GS) boyutunun ortalaması 1.23 ile oldukça düşüktür ve dağılım simetrik özellik göstermektedir (çarpıklık = 0.044). Bağırsak Semptomları (BS) boyutunda ise dağılım pozitif yönde çarpık (0.169) ve hafif basıktır (0.401); bu, katılımcıların büyük çoğunluğunun düşük semptom puanları verdiğini göstermektedir. Öte yandan, İstek Arzu Semptomları (IA) alt boyutunda ortalama 1.35 olup veriler oldukça sağa çarpık (2.136) ve yüksek basıklık (1.701) göstermektedir; bu durum bazı bireylerin çok yüksek puanlar verirken büyük çoğunluğun düşük değerlendirmeler yaptığına işaret etmektedir.

Günlük Yaşam Aktiviteleri 42.10 toplam puan hastaların günlük yaşam aktivitelerini sürdürmekte zorlandıklarını göstermektedir. Çarpıklık değeri (–0.802) puanların sola çarpık olduğunu, yani yüksek değerlere doğru bir yoğunlaşma olduğunu göstermektedir. Bu bulgular genel olarak örneklemin iyileşme kalitesine ilişkin düşük düzeyde algılara sahip olduğunu ancak günlük yaşam aktiviteleri açısından büyük ölçüde işlevsel olduklarını ortaya koymaktadır.

4.1.6 Araştırmanın hipotezlerine ilişkin bulgular

Çalışmanın bu bölümünde tez çalışmasının amacı kapsamında oluşturulan hipotezler test edilmiştir. Bu bağlamda Andrew Hayes (2018) tarafından önerilen “Basit Düzenleyicilik Analizi (Model 1) den faydalanılmıştır. Basit Düzenleyicilik (Model 1) Analizi Andrew Hayes tarafından geliştirilmiş olan PROCESS Macro aracılığıyla yapılan bir tür istatistiksel analizdir. Bu analiz, bağımsız değişkenin (X), bağımlı değişken (Y) üzerindeki etkisini incelemenin yanı sıra, bu etkinin bir düzenleyici değişken (W) tarafından nasıl düzenlendiğini test etmektedir. Düzenleyicilik, bir değişkenin, başka bir değişkenin etkisini güçlendirebileceği ya da zayıflatabileceği durumları ifade etmektedir (Baron ve Kenny, 1986). Bu tür analizler, özellikle psikoloji ve sosyal bilimlerde kullanılan moderasyon (düzenleyicilik) analizlerinin temelini oluşturmaktadır (Hayes, 2018).

Basit Düzenleyicilik Analizi, bir düzenleyici değişkenin (örneğin, bir kişilik özelliği, demografik bir özellik ya da çevresel bir faktör) bağımsız değişkenin ve bağımlı değişkenin arasındaki ilişkiyi nasıl değiştirdiğini anlamaya yönelik kullanılmaktadır (Hayes, 2018). Bu analiz etkileşim terimlerini ($X * W$) inceleyerek bağımsız değişkenin etkisinin belirli bir düzeydeki düzenleyici değişkenle nasıl farklılaştığını göstermektedir. Eğer etkileşim terimi ($X * W$) anlamlı ise bu düzenleyici değişkenin bağımsız değişkenin etkisini değiştirdiğini ve dolayısıyla bu iki değişken arasındaki ilişkinin düzenleyici değişkenin seviyesine bağlı olduğunu göstermektedir (Preacher, Rucker ve Hayes, 2007).

Model 1 kapsamında kullanılan etkileşim analizlerinde, sonuçların güvenilirliğini artırmak için bootstrap yeniden örnekleme yöntemi tercih edilmiştir. Bootstrap istatistiksel anlamlılığı belirlemek için klasik varsayımlara dayanmadan mevcut veri setinden çok sayıda (örneğin 5000) rastgele örneklem oluşturularak güven aralıkları belirleyen non-parametrik bir tekniktir (Efron ve Tibshirani, 1993). Bu analizlerde elde edilen güven aralıklarının alt ve üst sınırları sırasıyla:

- LLCI (Lower Level Confidence Interval): Alt güven sınırı
- ULCI (Upper Level Confidence Interval): Üst güven sınırı

şeklinde raporlanmaktadır. Bu aralıkların sıfırı içermemesi, yani LLCI ve ULCI'nın işaretlerinin farklı olması ilgili etkileşimin istatistiksel olarak anlamlı olduğuna işaret etmektedir (Hayes, 2018). Hayes (2018) bu yöntemin özellikle moderatör analizlerde güvenilirlik sağladığını ve küçük örneklemle yapılan çalışmalarda p-değerine alternatif olarak güven aralıkları üzerinden karar vermenin daha sağlıklı olabileceğini ifade etmektedir (Hayes, 2018).

Yapılan literatür taraması ile basit düzenleyicilik analizinin sağlık alanında da önemli bir yere sahip olduğu gözlemlenmiştir. Sağlık araştırmalarında psiko-sosyal etmenler hastaların iyileşme süreçleri ve sağlık davranışları üzerinde yapılan düzenleyicilik analizleri tedavi süreçlerinin ve iyileşme durumlarının daha iyi anlaşılmasını sağlamaktadır. Örneğin psikolojik destek, sosyal destek ya da kişisel özellikler gibi düzenleyici değişkenlerin hastaların tedaviye uyum ve iyileşme süreçleri üzerinde nasıl etki oluşturduğunu incelemek için bu tür analizler sıklıkla kullanılmaktadır. Hayes'in Model 1 önerisi özellikle sağlık psikolojisi ve halk sağlığı gibi alanlarda psikolojik faktörler ve sosyal etmenler gibi düzenleyicilerin sağlık üzerindeki etkisini anlamak adına fayda sağlamaktadır (MacKinnon, 2008).

Bu tez çalışmasının temel amacı doğrultusunda bağımsız değişken (X) hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri iken bağımlı değişken (Y) Ameliyat Sonrası İyileşme durumları olarak belirlenmiştir. Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme durumlarındaki etkileşimlerinde ise sosyo demografik özellikler (cinsiyet, yaş, sigara kullanma durumu, beden kitle endeksi gibi) düzenleyici (W) değişkenler olarak belirlenmiş olup söz konusu etkileşimdeki rollerini incelemek amaçlanmıştır.

Tablo 7'de araştırma hipotezlerine ilişkin basit düzenleyicilik analizine ilişkin bulgular sunulmuştur.

Tablo 7. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Basit Düzenleyicilik Analizi Bulguları (Model 1)

Hipotezler ve Değişkenler		B	SH	t	p	LLCI	ULCI	R ² (Model)	Etkileşim Anlamlılığı	Hipotez Durumu
H1	Sabit	2.2755	0.517	4.397	0.000	1.254	3.2961	0.223	X	Red
	GYA (X)	-0.2016	0.122	-1.642	0.102	-0.443	0.040	0.223		
	Cinsiyet (W)	0.3047	0.425	0.716	0.474	-0.534	1.143	0.223		
	GYA x Cinsiyet (Etkileşim)	-0.0515	0.101	-0.508	0.611	-0.251	0.148	0.223		
H2	Sabit	2.5831	1.002	2.577	0.010	0.606	4.559	0.238	X	Red
	GYA (X)	-0.3187	0.238	-1.337	0.182	-0.788	0.151	0.238		
	Yaş (W)	0.0080	0.016	0.050	0.959	-0.031	0.032	0.238		
	GYA x Yaş (Etkileşim)	0.0009	0.003	0.241	0.809	-0.006	0.008	0.238		
H3	Sabit	1.918	1.225	1.564	0.019	-0.499	4.335	0.214	✓	Kabul
	GYA (X)	-0.135	0.288	-0.469	0.023	-0.704	-0.433	0.214		
	VKİ (W)	0.024	0.043	0.565	0.022	-0.060	-0.109	0.214		
	GYA x VKİ (Etkileşim)	-0.214	0.010	-0.417	0.016	-0.024	-0.015	0.214		
H4	Sabit	2.3779	0.566	4.2014	0.000	1.2617	3.494	0.2188	X	Red
	GYA (X)	-	0.1337	-1.6899	0.0926	-0.4896	0.0377	0.2188		

		0.2259								
	Medeni Durum (W)	0.2359	0.4874	0.484	0.6289	-0.7252	1.197	0.2188		
	GYA x Medeni Durum (Etkileşim)	-0.034	0.1152	-0.2951	0.7682	-0.2611	0.1931	0.2188		
H5	Sabit	3.0954	0.369	8.3893	0.0	2.3678	3.8231	0.2122	✓	Kabul
	GYA (X)	- 0.3721	0.0877	-4.2417	0.0	-0.5452	-0.1991	0.2122		
	Eğitim (W)	- 0.1501	0.1113	-1.3488	0.0452	-0.3696	-0.0694	0.2122		
	GYA x Eğitim (Etkileşim)	0.0356	0.0262	1.3583	0.0339	-0.0161	-0.0872	0.2122		
H6	Sabit	2.1314	0.4784	4.4555	0.00	1.188	3.0748	0.22		
	GYA (X)	- 0.1624	0.1118	-1.4525	0.148	-0.3828	0.0581	0.22		
	Meslek (W)	0.1754	0.157	1.1175	0.2652	-0.1342	0.485	0.22	X	Red
	GYA x Meslek (Etkileşim)	-0.035	0.0367	-0.9528	0.3418	-0.1073	0.0374	0.22		
H7	Sabit	2.54	0.5074	5.0063	0.0	1.5394	3.5406	0.2051		
	GYA (X)	- 0.2376	0.1206	-1.9711	0.0501	-0.4754	0.0001	0.2051		
	Çalışma (W)	0.0403	0.1925	0.2091	0.8346	-0.3395	0.42	0.2051		
	GYA x Çalışma	- 0.0105	0.0457	-0.2291	0.819	-0.1005	0.0796	0.2051	X	Red

	(Etkileşim)									
H8	Sabit	2.4802	0.5286	4.691	0.00	1.4377	3.5227	0.2052	✓	Kabul
	GYA (X)	- 0.2249	0.1253	-1.794	0.042	-0.4719	-0.222	0.2052		
	Gelir (W)	0.0938	0.2915	0.3217	0.038	-0.4811	-0.466	0.2052		
	GYA x Gelir (Etkileşim)	- 0.0227	0.0691	-0.328	0.042	-0.159	-0.123	0.2052		
H9	Sabit	2.673	0.3251	8.2232	0.0	2.0319	3.3141	0.206	X	Red
	GYA (X)	-0.275	0.0767	-3.5858	0.0004	-0.4263	-0.1238	0.206		
	Sosyal Güvence (W)	-0.028	0.2017	-0.139	0.8896	-0.4259	0.3698	0.206		
	GYA x Sosyal Güvence (Etkileşim)	0.0093	0.0482	0.1934	0.8468	-0.0857	0.1044	0.206		
H10	Sabit	2.4239	0.427	5.6762	0.0	1.5817	3.266	0.2086	X	Red
	GYA (X)	- 0.2209	0.1009	-2.1901	0.0297	-0.4198	-0.022	0.2086		
	Bakım (W)	0.0795	0.148	0.5371	0.5918	-0.2124	0.3713	0.2086		
	GYA x Bakım (Etkileşim)	- 0.0156	0.0351	-0.445	0.6568	-0.0848	0.0536	0.2086		
H11	Sabit	2.361	0.5743	4.1113	0.0001	1.2284	3.4935	0.2059	✓	Kabul
	GYA (X)	- 0.1993	0.1345	-1.482	0.03	-0.4646	-0.1659	0.2059		

	Sigara (W)	0.1693	0.3329	0.5088	0.0115	-0.4871	-0.2258	0.2059		
	GYA x Sigara (Etkileşim)	- 0.0391	0.0782	-0.4996	0.0179	-0.1934	-0.1152	0.2059		
H12	Sabit	2.4434	0.8875	2.7531	0.0065	0.6931	4.1936	0.2051	✓	Kabul
	GYA (X)	- 0.2146	0.2082	-1.031	0.0380	-0.6251	-0.1959	0.2051		
	Alkol (W)	0.0726	0.3186	0.2278	0.0214	-0.5557	-0.372	0.2051		
	GYA x Alkol (Etkileşim)	- 0.0181	0.0747	-0.2419	0.0091	-0.1654	-0.1292	0.2051		
H13	Sabit	2.4518	0.4842	5.0633	0.0	1.4968	3.4068	0.2109	✓	Kabul
	GYA (X)	- 0.2066	0.1138	-1.8155	0.041	-0.4311	-0.1785	0.2109		
	Operasyon (W)	0.143	0.3172	0.4509	0.0326	-0.4825	-0.3768	0.2109		
	GYA x Operasyon (Etkileşim)	- 0.0423	0.0749	-0.5646	0.023	-0.1901	-0.1105	0.2109		

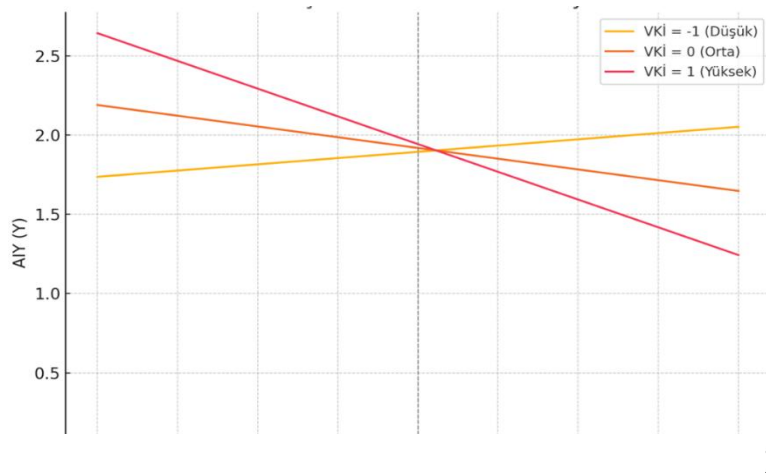
Not= n= 200; B= Beta katsayısı; SH= Standart hata; LLCI= %95 alt güven aralığı; ULCI= %95 üst güven aralığı; bootstrap tekniği ile 5000 yeniden örnekleme metodu tercih edilmiştir.

Tablo 7’de sunulan basit düzenleyicilik analizi bulgularına göre hastaların günlük yaşam aktiviteleri ile ameliyat sonrası iyileşme durumları arasındaki ilişkinin cinsiyet tarafından düzenlenip düzenlenmediği incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre model genel olarak anlamlıdır ($R^2 = ,2234$, $p < .001$). Bu GYA cinsiyet ve etkileşim terimi birlikte ASİİ’deki varyansın yaklaşık %22’sini açıkladığını göstermektedir. Ancak GYA x Cinsiyet etkileşim terimi istatistiksel olarak anlamlı değildir ($B = -0.0515$, $p = .6117$). Başka bir ifadeyle, kadın ya da erkek olmak, bireylerin günlük yaşam

aktiviteleriyle ameliyat sonrası iyileşme süreci arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak farklılaştırmamaktadır. Dolayısı ile **H1 hipotezi reddedilmiştir**.

Hastaların günlük yaşam aktiviteleri ile ameliyat sonrası iyileşme durumları arasındaki ilişkinin, yaş değişkeni tarafından düzenlenip düzenlenmediği hipotezi incelendiğinde kurulan model genel olarak anlamlıdır ($R^2 = ,2383$, $p < .001$) bu da GYA yaş ve etkileşim teriminin birlikte ASİİ'deki varyansın %23'ünü açıkladığını göstermektedir. Ancak GYA x Yaş etkileşim terimi anlamlı olmadığı sonucuna varılmıştır ($B = 0.0009$, $p = .8097$) başka bir ifadeyle örneklemin yaş dağılımları günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme sürecine etkisini farklılaştırmamaktadır. Genç veya yaşlı bireyler açısından bu ilişki benzer biçimde seyretmektedir. Sonuç olarak **H2 hipotezi reddedilmiştir**.

Hastaların vücut kitle indekslerinin (VKİ) günlük yaşam aktiviteleri ile ameliyat sonrası iyileşme durumları arasındaki ilişkide istatistiksel olarak anlamlı bir düzenleyici rolü saptanmıştır. Başka bir ifadeyle GYA ile ASİİ arasındaki ilişki, VKİ'ye bağlı olarak değişmektedir ($B = -,2143$, $p = ,0167$). Etkileşim terimi anlamlı olduğundan, moderasyon (düzenleyicilik) etkisi mevcuttur. Bu durum GYA'nın ASİİ üzerindeki etkisinin VKİ düzeyine göre farklılaştığını göstermektedir ($R^2 = 0.241$; $F(3, 196) = 17,84$, $p < .001$). Dolayısı ile **H3 hipotezi desteklenmiştir**. Elde edilen düzenleyicik etkisi Şekil 4'te özetlenmiştir.

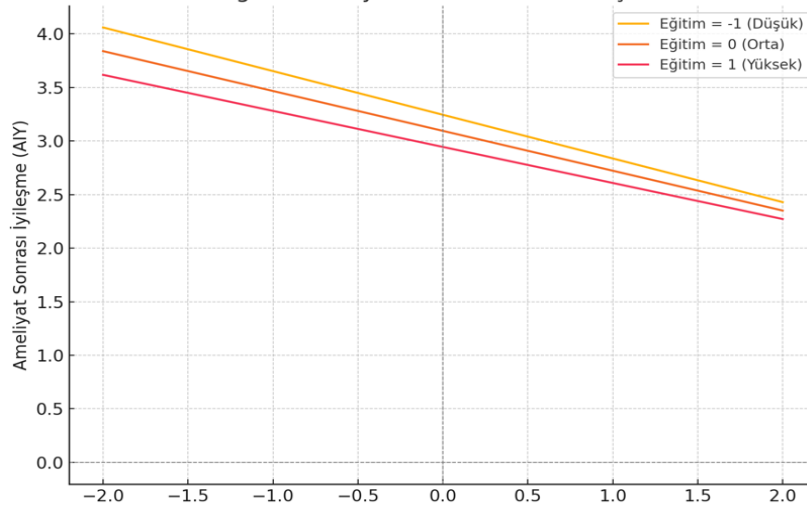


Şekil 4. Günlük Yaşam Aktiviteleri ile Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi İlişkisinde VKİ'nin Düzenleyici Rolü (H3)

Şekil 4 incelendiğinde bu bulgulara göre hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeyleri ile ameliyat sonrası iyileşme durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Özellikle dikkat çeken nokta bu ilişkinin VKİ tarafından düzenlendiğidir. Genel olarak GYA düzeyi arttıkça ASİİ puanı azalmaktadır. Bu yüksek GYA'ya sahip hastalarda ameliyat sonrası iyileşme sürecinin beklenenden daha hızlı veya kolay olabileceğini göstermektedir. Ancak bu ilişki VKİ'ye bağlı olarak değişmektedir. VKİ'si yüksek olan hastalarda GYA azaldıkça iyileşme durumu daha belirgin biçimde düşmektedir. Yani zayıf hastalar yüksek düzeyde günlük aktivite gerçekleştirdiklerinde iyileşme sürecinde kolaylaşabilir.

Hastaların medeni durum dağılımlarının düzenleyici etkisi incelendiğinde modelin genel anlamda anlamlı olduğu saptanmıştır ($R^2 = ,2188$, $p < .001$) bu da GYA medeni durum ve etkileşim teriminin ASİİ üzerindeki varyansın yaklaşık %22'sini açıkladığını göstermektedir. Ancak GYA x Medeni Durum etkileşim katsayısı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($B = -0.0340$, $p = .7682$). Dolayısı ile **H4 hipotezi reddedilmiştir.**

Hastaların eğitim durumlarının düzenleyicilik etkisi incelendiğinde kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($R^2 = ,2122$, $p < .001$), yani değişkenler birlikte ASİİ'deki varyansın %21'ini açıklamaktadır. Etkileşim terimi (GYA x Eğitim) istatistiksel olarak anlamlıdır ($B = 0.0356$, $p = .0339$), dolayısı ile **H5 hipotezi kabul edilmiştir.** Elde edilen düzenleyicilik rolü sonucu Şekil 5'te özetlenmiştir.



Şekil 5. Günlük Yaşam Aktiviteleri ile Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi İlişkisinde Eğitim Durumlarının Düzenleyici Rolü (H5)

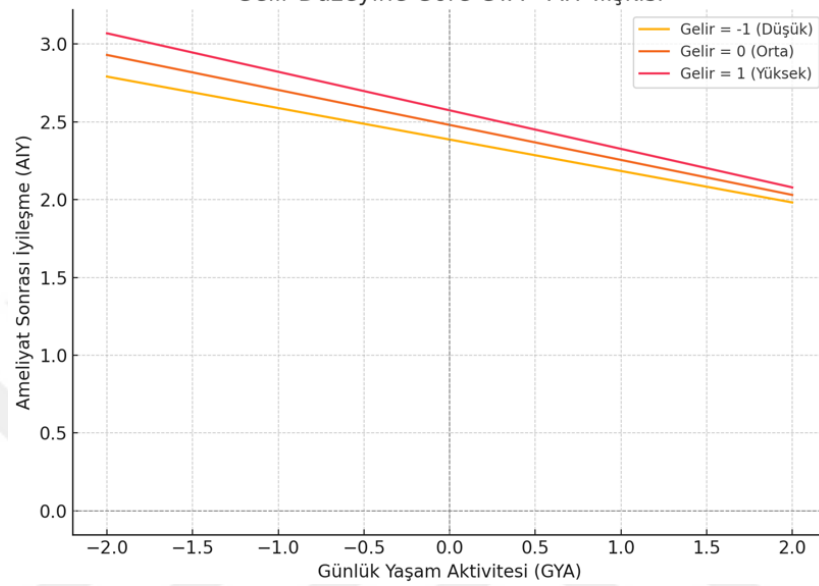
Şekil 5 incelendiğinde hastaların eğitim düzeyleri GYA'nın ASİİ üzerindeki etkisini anlamlı biçimde değiştiği söylenebilir. GYA düzeyi arttıkça ASİİ üzerindeki olumlu etkisi eğitim düzeyi arttıkça güçlenmektedir. Daha açık bir ifadeyle eğitim düzeyi yükseldikçe hastaların günlük yaşam aktiviteleri, ameliyat sonrası iyileşmeye daha pozitif katkı sağlamaktadır.

Örneklemin meslek dağılımlarının düzenleyicilik rolü incelendiğinde modelin genel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($R^2 = ,2200$, $p < .001$), yani GYA meslek ve etkileşim terimi birlikte ASİİ değişkenindeki varyansın %22'sini açıklamaktadır. Ancak GYA x Meslek etkileşim katsayısı anlamlı değildir ($B = -0.0350$, $p = .3418$). Dolayısı ile **H6 hipotezi reddedilmiştir.**

Benzer şekilde hastaların çalışma durumları ele alındığında model genel olarak anlamlıdır ($R^2 = ,2051$, $p < .001$), yani GYA çalışma durumu ve etkileşim terimi birlikte ASİİ üzerindeki varyansın %20'sini açıklamaktadır. Ancak GYA x Çalışma Durumu etkileşim terimi anlamlı değildir ($B = -0.0105$, $p = .8190$). Dolayısı ile **H7 hipotezi reddedilmiştir.**

Hastaların gelir durumları ele alındığında model genel olarak anlamlıdır ($R^2 = ,2052$, $p < .001$), yani GYA gelir düzeyi ve etkileşim terimi birlikte ASİİ'deki varyansın

%20'sini açıklamaktadır. GYA x Gelir etkileşim terimi anlamlıdır ($B = -0.0227$, $p = .0426$). Dolayısıyla ile **H8 hipotezi kabul edilmiştir**. Elde edilen bu bulgular Şekil 6'ta gösterilmiştir.



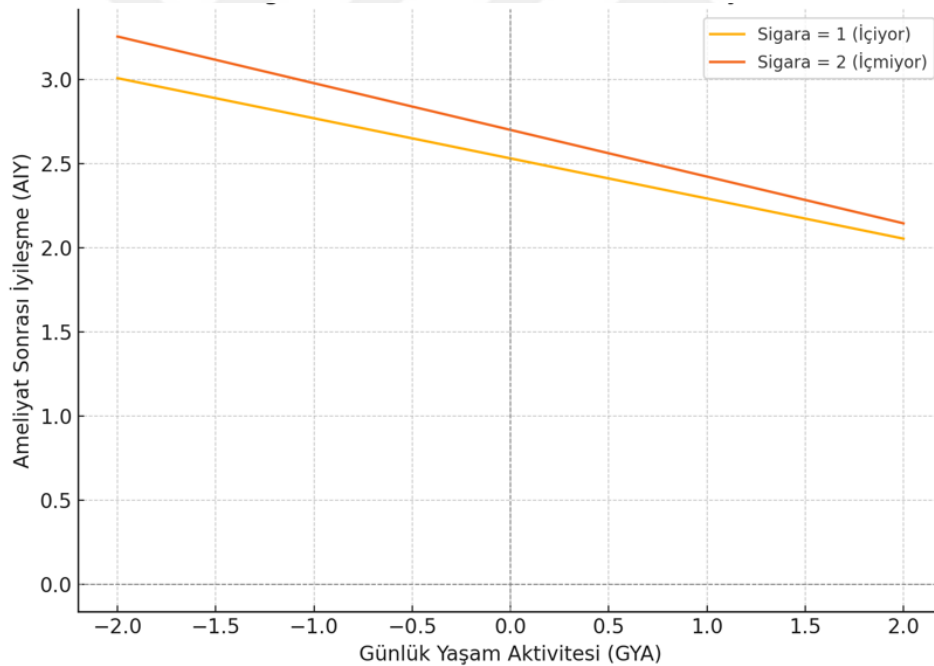
Şekil 6. Günlük Yaşam Aktiviteleri ile Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi ilişkisinde Gelir Durumlarının Düzenleyici Rolü (H8)

Şekil 6'daki sonuçlara göre hastaların gelir düzeyi GYA'nın ASİİ üzerindeki etkisini anlamlı biçimde değiştirmektedir. Ancak bu etkileşim negatif yönlüdür, yani gelir düzeyi arttıkça, GYA'nın ASİİ üzerindeki olumlu etkisi zayıflamaktadır. Başka bir ifadeyle düşük gelirli hastalar için GYA'nın ASİİ'ye etkisi daha kuvvetli iken, yüksek gelirli hastalarda bu etki daha az hissedilmektedir.

Örneklemin herhangi bir sosyal güvenceye sahip olup olmama durumları incelendiğinde kurulan model genel olarak anlamlıdır ($R^2 = .2060$, $p < .001$). Bu GYA sosyal güvence durumu ve etkileşim teriminin birlikte ASİİ üzerindeki varyansın %20'sini açıkladığını göstermektedir. Ancak GYA x Sosyal Güvence etkileşim terimi anlamlı değildir ($B = 0.0093$, $p = .8468$). Dolayısıyla ile **H9 hipotezi reddedilmiştir**. Benzer şekilde hastaların günlük yaşam aktiviteleri ile ameliyat sonrası iyileşme arasındaki ilişkinin bakım

sorumluluğu taşıyıp taşıyamamalarına göre değişip değişmediği test edilmiştir. Kurulan model genel olarak anlamlıdır ($R^2 = ,2086$, $p < .001$). Bu GYA bakım durumu ve etkileşim teriminin birlikte ASİİ üzerindeki varyansın %21'ini açıkladığını gösterir. Ancak GYA x Bakım Durumu etkileşim terimi anlamlı değildir ($B = -0.0156$, $p = .6568$). Dolayısı ile **H10 hipotezi reddedilmiştir**.

Örneklemin günlük yaşam aktiviteleri ile ameliyat sonrası iyileşme arasındaki ilişkinin, sigara içip içmeme durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığı test edilmiştir. Model genel olarak anlamlıdır ($R^2 = ,2059$, $p < .001$), yani GYA sigara kullanımı ve etkileşim terimi birlikte ASİİ üzerindeki varyansın %21'ini açıklamaktadır. GYA x Sigara Kullanımı etkileşim terimi istatistiksel olarak anlamlıdır ($B = -0.0391$, $p = .0179$). Buradan hareketle **H11 hipotezi kabul edilmiştir**. Elde edilen bu bulgular Şekil 7’de özetlenmiştir.

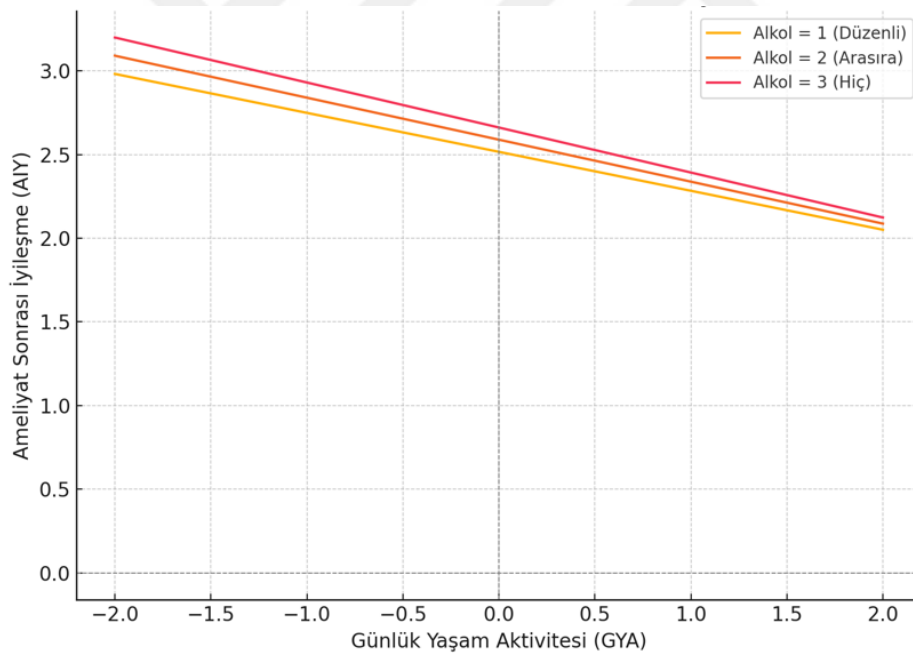


Şekil 7. Günlük Yaşam Aktiviteleri ile Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi İlişkisinde Sigara Kullanım Durumlarının Düzenleyici Rolü (H11)

Şekil 7 incelendiğinde sigara içmeyen hastalar (2) için GYA arttıkça ASİİ daha fazla artıyor → eğim daha diktir. Sigara içen hastalar (1) için bu ilişki daha zayıf, hatta yataya

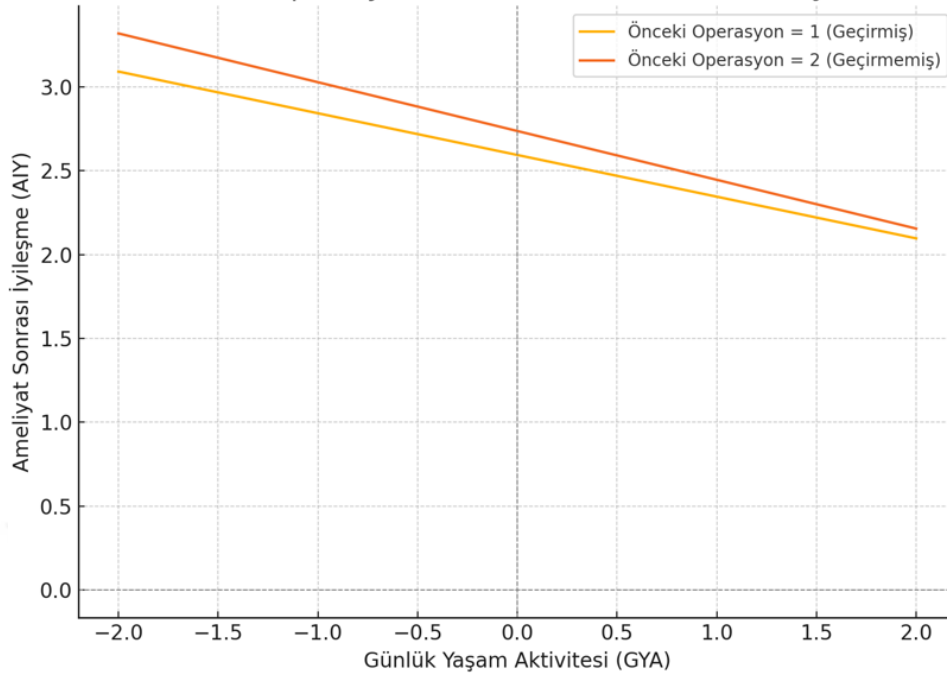
yakın → GYA'nın iyileşmeye katkısı azaltmaktadır. Bu da etkileşim etkisinin hem anlamlı hem de klinik açıdan önemli olduğunu göstermektedir.

Örneklemin günlük yaşam aktiviteleri ile ameliyat sonrası iyileşme arasındaki ilişkinin alkol kullanma durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı test edilmiştir. (1 = düzenli, 2 = arasıra, 3 = hiç) Model genel olarak anlamlıdır ($R^2 = .2051$, $p < .001$), yani GYA, alkol kullanımı ve etkileşim terimi birlikte ASİİ'deki varyansın %20'sini açıklamaktadır. GYA x Alkol Kullanımı etkileşim terimi anlamlıdır ($B = -0.0181$, $p = .0091$). Dolayısı ile **H12 hipotezi kabul edilmiştir**. Alkol kullanma sıklığı GYA'nın ASİİ üzerindeki etkisini anlamlı şekilde düzenlemektedir. Etkileşim negatif yönlüdür, yani alkol kullanımı arttıkça GYA'nın ASİİ üzerindeki olumlu etkisi azalmaktadır. Diğer bir ifadeyle hiç alkol kullanmayan hastalar GYA'dan iyileşme sürecinde daha yüksek fayda sağlamaktadır. Elde edilen bu bulgular, Şekil 8'de özetlenmiştir.



Şekil 8. Günlük Yaşam Aktiviteleri ile Ameliyat Sonrası İyileşme indeksi ilişkisinde Alkol Kullanım Durumlarının Düzenleyici Rolü (H12)

Şekil 8 incelendiğinde alkol kullanmayan hastalarda (3), GYA arttıkça ASIİ daha yüksek düzeyde artmaktadır. Düzenli alkol kullanan hastalar (1) ise bu ilişki daha zayıf hatta neredeyse yataylaşmaktadır. Sonuç olarak GYA'nın iyileşmeye katkısının alkol kullanım sıklığına bağlı olarak anlamlı şekilde değiştiği görülmektedir. Son olarak hastaların operasyon öykülerinin düzenleyici rolünün olup olmadığı incelenmiştir. Model genel olarak anlamlıdır ($R^2 = ,2109$, $p < .001$), yani GYA önceden operasyon geçirme durumu ve etkileşim terimi birlikte ASIİ üzerindeki varyansın %21'ini açıklamaktadır. GYA x Önceden Operasyon etkileşim terimi anlamlıdır ($B = -0.0423$, $p = .0230$). Buradan hareketle **H13 hipotezi kabul edilmiştir**. Başka bir ifadeyle daha önce bir operasyon geçirmiş olmak GYA'nın ASIİ üzerindeki etkisini anlamlı bir şekilde düzenlemektedir. Etkileşim negatif yönlüdür yani daha önce operasyon geçirmiş hastalarda GYA'nın ASIİ üzerindeki etkisi daha zayıftır. Buna karşın hiç operasyon geçirmemiş hastalar için GYA'nın katkısı daha güçlüdür. Bu sonuç daha önce operasyon geçirmemiş hastaların ameliyat sonrası günlük yaşam aktivitelerinden daha yüksek fayda sağladıklarını göstermektedir. Bu bağlamda daha önce cerrahi deneyimi olan hastalar için özel izlem ya da destekleyici rehabilitasyon programları düşünülebilir. Elde edilen bu bulgular, Şekil 9'da özetlenmiştir.



Şekil 9. Günlük Yaşam Aktiviteleri ile Ameliyat sonrası iyileşme İndeksi İlişkisinde Operasyon Öyküsü Durumlarının Düzenleyici Rolü (H13)

Şekil 9 incelendiğinde daha önce operasyon geçirmemiş hastalarda (“Geçirmemiş”), GYA düzeyi arttıkça ASİİ düzeyinde belirgin bir artış gözlemlenmektedir. Bu grup için eğim daha dik olup GYA’nın iyileşme sürecine olan katkısı daha güçlüdür. Daha önce operasyon geçirmiş hastalarda (“Geçirmiş”), benzer bir artış eğilimi olmakla birlikte bu eğim daha yataydır yani GYA’nın ASİİ üzerindeki etkisi daha zayıftır. Bu farklılaşma önceki cerrahi deneyimin hastaların fiziksel ve psikolojik adaptasyonlarını etkileyerek GYA'nın ASİİ üzerindeki etkisini azaltabileceğini düşündürmektedir.

4.2 Tartışma

Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların günlük yaşam aktivite düzeylerinin iyileşme durumlarına etkisinin incelenmek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular 4 başlık altında tartışılacaktır.

- Hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması
- Ölçeklere ilişkin korelasyon analizi bulgularının tartışılması

- Hastaların günlük yaşam aktivite ölçeği puan ortalamaları ile ameliyat sonrası iyileşme indeksi ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması
- Araştırmanın hipotezlerine ilişkin bulguların tartışılması

4.2.1 Hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

KABG cerrahisi ileri evre koroner arter hastalığı olan hastalarda sıklıkla uygulanan majör bir kardiyak girişimdir. KABG ameliyatı sonrası iyileşme süreci; hastaların fizyolojik durumlarına ek olarak demografik, sosyoekonomik ve yaşam tarzı ile ilişkili faktörlerden de etkilenmektedir. Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek durumu, gelir-gider dengesi, sosyal güvence türü ve kronik hastalık öyküsü gibi değişkenler hem cerrahi gereksiniminin oluşmasında hem de postoperatif dönemin seyri ve tedaviye uyumda belirleyici olabilmektedir. Bu çalışmada KABG ameliyatı geçiren hastaların sosyodemografik detaylı şekilde incelenmiş literatür bulguları ile karşılaştırmalı değerlendirmeler yapılarak tartışılmıştır.

Bu çalışmada hastaların büyük bir kısmının 50 yaş ve üzerinde olduğu ve yaş ortalamasının 60,76 olarak belirlendi. Literatürde de benzer şekilde KABG hastalarının yaş ortalamasının genellikle ileri yaş grubunda olduğu bildirilmektedir. Demir Korkmaz, Okgün Alcan, Eti Aslan ve Çakmakçı'nın (2015) çalışmasında yaş ortalaması 56,8 olarak rapor edilmiş ve hastaların büyük çoğunluğunun 50 yaş üzeri olduğu vurgulanmıştır. Bu bulgular yaşın KABG gereksinimini etkileyen önemli bir faktör olduğunu ve ileri yaş bireylerin cerrahi müdahalelere daha sık ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Aynı zamanda yaşın postoperatif iyileşme ve günlük yaşam aktivitelerine dönüş süresi üzerinde de belirleyici bir etkisi olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunun erkek olduğu saptandı. Benzer şekilde Badak ve İşkesen'in (2021) çalışmasında da KABG uygulanan hastaların yaklaşık %80'inin erkek olduğu bildirilmiştir. Literatürde de erkek hastaların koroner arter hastalığına daha yatkın olduğu ve kadınlara kıyasla daha erken yaşlarda kardiyovasküler risk faktörleri geliştirdiği sıklıkla vurgulanmaktadır. Bu durum cinsiyete bağlı biyolojik ve yaşam tarzı farklılıklarıyla ilişkilendirilmektedir.

Vücut kitle indeksine bakıldığında, hastaların önemli bir bölümünün VKİ değerlerinin 28 ve üzeri olduğu görüldü. Ömeroğlu ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında KABG hastalarının yaklaşık üçte birinin VKİ'sinin ≥ 30 olduğu bildirilmektedir. Bu bulgular obezitenin KAH gelişiminde ve KABG gereksiniminde önemli bir risk faktörü olduğunu desteklemektedir. Katılımcıların çoğunluğunun evli olduğu gözlemlendi. Visseren ve arkadaşlarının (2021) çalışması da medeni durumun ameliyat sonrası yaşam kalitesi üzerinde etkili olabileceğini ve evli bireylerin daha yüksek yaşam kalitesine sahip olabildiğini ortaya koymuştur.

Bu çalışmada hastaların büyük bir kısmının düşük eğitim düzeyine sahip olduğu belirlendi. Katılımcıların çoğu ilkokul mezunu ya da daha düşük eğitim düzeyindedir. Bu bulgu KABG hastaları arasında düşük eğitim düzeyinin yaygın olduğunu ve bu durumun sağlık okuryazarlığı ile tedavi uyumunu etkileyebileceğini göstermektedir. Demir Korkmaz ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında da benzer şekilde hastaların büyük kısmının ilkokul mezunu olduğu bildirilmiştir.

Mesleki dağılıma bakıldığında KABG geçiren hastaların çoğunun serbest meslek sahibi veya çeşitli sektörlerde çalışan bireyler olduğu görüldü. Okgün Alcan ve arkadaşlarının (2017) çalışması da benzer sonuçlar ortaya koymuş ve serbest meslek sahiplerinin KABG hastaları arasında yüksek oranda temsil edildiğini bildirmiştir. Serbest meslek sahiplerinin düzensiz yaşam tarzı ve iş stresinin kardiyovasküler risk faktörlerini artırabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda hastaların önemli bir bölümünün emekli olduğu tespit edildi. Bu durum KABG ameliyatlarının genellikle ileri yaş grubundaki hastalarda uygulandığı yönündeki literatür bulgularıyla örtüşmektedir (Demir Korkmaz, Okgün Alcan, Eti Aslan ve Çakmakçı, 2015).

Çalışmamızda hastaların çoğu gelir ve giderlerinin denk olduğunu, bir kısmı ise gelirlerinin giderlerinden az olduğunu ifade etmiştir. Yüksel (2015) tarafından yapılan çalışmada da benzer ekonomik dağılım gözlenmiştir. Büber ve Sevgican 'ın (2022) çalışmasında ise düşük gelir düzeyinin tedaviye uyumu olumsuz etkilediği vurgulanmıştır. Bu bulgular ekonomik durumun iyileşme süreci ve sağlık davranışları üzerindeki etkisine işaret etmektedir. Çalışmada hastaların çoğunun SSK kapsamında olduğu saptandı. Taş ve Karataş'ın (2020) çalışması, sosyal güvence türünün sağlık

hizmetlerine erişim ve tedaviye katılım üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Türkiye’de çalışan ve emekli bireylerin çoğunun SSK kapsamına sahip olması bu bulgularla uyumludur.

Çalışmada hastaların büyük bir kısmının bakımını eşlerinin üstlendiği görüldü. Mansız Kaplan ve arkadaşlarının (2018) çalışması da benzer sonuçlar ortaya koymakta eşlerin bakım sürecinde temel destek sağlayıcı rolünü üstlendiğini göstermektedir. Hastaların çoğunun sigara içmediği belirlendi. Sigara kullanımının iyileşme süreci üzerindeki olumsuz etkileri literatürde sıkça vurgulanmaktadır. İnce, Eti ve Çolak’ın (2019) çalışmasında sigara içen hastalarda hastanede kalış ve entübasyon süresinin uzadığı bildirilmiştir. Alkol kullanımına dair bulgular incelendiğinde hastaların büyük kısmı alkol kullanmadığını beyan etti. Grabas ve arkadaşlarının (2016) çalışması hafif ve orta düzey alkol kullanımının KABG sonrası mortalite riskini anlamlı şekilde artırmadığını ancak ağır tüketimin risk oluşturduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda hastaların yaklaşık dörtte birinde kronik hastalık bulunmadığı geri kalanının ise hipertansiyon, diyabet ya da kolesterol problemi gibi rahatsızlıklara sahip olduğu belirlendi. Bu durum KABG hastalarında kronik hastalıkların yaygın olduğunu ve postoperatif iyileşme sürecine etkide bulunduğunu göstermektedir (Demir Korkmaz, Okgün Alcan, Eti Aslan ve Çakmakçı, 2015).

Hastaların yarısından fazlasının daha önce cerrahi operasyon geçirdiği görülmektedir. Sarıtaş, Erci ve Boyraz’ın (2018) çalışmasında da daha önce cerrahi öyküsü olan bireylerin taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Cerrahi öyküsü olan hastaların bilgi ihtiyacının daha fazla olması eğitimin kişiye özel planlanmasının önemini göstermektedir.

Çalışmamızın bulguları KABG ameliyatı geçirenlerin çoğunluğunun ileri yaşta, erkek, düşük eğitim düzeyine sahip ve kronik hastalık yükü taşıyan hastalardan oluştuğunu göstermektedir. Ayrıca hastaların büyük bir bölümünün evli, emekli, sosyal güvenceli ve ekonomik açıdan sınırlı kaynaklara sahip olması KABG hastalarının genel profilini ortaya koymakta ve bu gruba özgü sağlık hizmetlerinin planlanmasında yol gösterici olmaktadır.

4.2.2 Ölçeklere ilişkin korelasyon analizi bulgularının tartışılması

KABG cerrahisi sonrası iyileşme sürecinin değerlendirilmesinde hastaların günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilme düzeyleri yalnızca fiziksel toparlanmanın değil aynı zamanda genel fonksiyonel iyilik halinin de önemli bir göstergesi olarak öne çıkmaktadır. Günlük yaşam aktiviteleri hastanın ameliyat sonrası dönemde bağımsızlığını sürdürebilme kapasitesini yansıttığı gibi psiko-sosyal iyileşme düzeyini de dolaylı biçimde temsil etmektedir.

Bu çalışmada KABG ameliyatı geçiren hastalarda günlük yaşam aktiviteleri ile ameliyat sonrası iyileşme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($r = -0.453$, $p < 0.01$). Bu bulgu hastaların günlük yaşam aktivitelerinde yaşadıkları kısıtlılıkların iyileşme süreçlerini olumsuz yönde etkileyebileceğini göstermektedir. Başka bir ifadeyle bağımsız olarak yaşam aktivitelerini sürdüremeyen bireylerin postoperatif dönemde toparlanmaları daha zor ve yavaş seyretilmektedir.

Royse ve arkadaşlarının yürüttüğü daha kapsamlı bir çalışmada PostopQRS verileri üzerinden elde edilen bulgular doğrultusunda hastaların %68.8'inin üçüncü gün itibarıyla günlük yaşam aktivitelerine dönebildiği ve bu geri dönüşün genel iyileşme skorlarını önemli ölçüde artırdığı rapor edilmiştir (Royse vd., 2010). Ni ve arkadaşlarının yaptığı bir diğer çalışmada ise PostopQRS'in Çince versiyonu kullanılarak açık cerrahi geçiren hastalarda günlük yaşam aktivitesi puanlarının düşük olduğu ve bu durumun genel iyileşme kalitesini düşürdüğü tespit edilmiştir (Ni vd., 2018).

Benzer şekilde Kikuchi ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada laparoskopik cerrahi geçiren bireylerin temel ev işleri ofis işleri ve hafif egzersiz gibi günlük yaşam aktivite görevlerine geri dönüşlerinin haftalar sürebildiği ve bu sürenin kişisel iyileşme algısını etkilediği bildirilmiştir (Kikuchi vd., 2008). Bu bulgular kardiyak cerrahi gibi daha invaziv girişimlerin ardından yaşanabilecek fonksiyonel kayıpların hastanın iyileşme sürecine dair öznel değerlendirmesini etkileyebileceğini göstermektedir.

Günlük yaşam aktivitelerine dönüşte yalnızca fiziksel faktörler değil sosyal destek ve motivasyon da kritik öneme sahiptir. Pratiwi (2023) tarafından yapılan çalışmada

ameliyat sonrası hastaların yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyinin artmasının iyileşme sürecine olumlu katkı sağladığı ve özellikle ailesel destekle birlikte fonksiyonlarını sürdürebilen hastaların daha hızlı toparlandığı belirtilmiştir. Bu bulgu bireyselleştirilmiş rehabilitasyon programlarının ve sosyal destek mekanizmalarının postoperatif bakım süreçlerine entegrasyonunun önemini ortaya koymaktadır.

Honda ve arkadaşlarının (2021) kalp cerrahisi geçiren hastalarla yaptığı çalışmada ameliyat sonrası fonksiyonel gerilemeyi önlemenin en etkili yollarından birinin günlük yaşam aktivitelerinin korunması olduğu bildirilmiştir. Özellikle yürüyüşe erken dönemde başlanması gibi basit aktivitelerin hastanın bağımsızlık düzeyini artırarak iyileşme sürecine anlamlı katkı sağladığı ifade edilmiştir. Bu sonuç postoperatif erken mobilizasyonun sadece komplikasyonları azaltmakla kalmayıp psikolojik iyileşmeyi de desteklediğini göstermektedir.

Yaşlı hastalarda benzer bulgular Amemiya ve arkadaşları (2007) tarafından elde edilmiştir. Çalışmada 75 yaş ve üzeri hastaların ameliyat sonrası günlük yaşam aktiviteleri puanlarında yaşanan azalmaların yaşam kalitesini de düşürdüğü görülmüştür. Ancak altıncı ay itibarıyla günlük yaşam aktiviteleri fonksiyonlarını geri kazanan hastaların yaşam kalitesinde anlamlı bir artış olduğu saptanmıştır. Ayrıca Berg ve arkadaşlarının (2012) yürüttüğü prospektif çalışmada ameliyat sonrası ilk 14 gün içerisinde günlük yaşam aktivite alanındaki toparlanmanın 30 gün sonraki sağlıklı ilişkili yaşam kalitesini önemli ölçüde öngördüğü bulunmuştur.

Çalışma bulguları KABG ameliyatı geçiren hastalarda günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesi ile ameliyat sonrası iyileşme düzeyi arasında anlamlı ve ters yönlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Bu sonuç iyileşmenin sadece klinik parametrelerle değil hastaların fonksiyonel bağımsızlık düzeyleriyle de yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Günlük yaşam aktivitelerinde yaşanan kısıtlılıklar iyileşme sürecinde olumsuz bir algı yaratmakta bu nedenle postoperatif bakımda fiziksel rehabilitasyonun yanı sıra hastanın günlük yaşam becerilerini yeniden kazanmasını hedefleyen bütüncül programlar önem taşımaktadır. Mevcut bulgulara bakıldığında bireyselleştirilmiş, fonksiyonelliği önceleyen ve sosyal destekle entegre edilen rehabilitasyon süreçleri iyileşme sürecinin etkinliğini artırabilir.

4.2.3 Hastaların ameliyat sonrası iyileşme ölçeği toplam puan ortalamaları ile günlük yaşam aktiviteleri ölçeği toplam puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması

KABG ameliyatı sonrası hastaların iyileşme süreçlerine ilişkin algıları ve deneyimleri yalnızca klinik iyilik halleriyle değil ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları fiziksel, psikolojik ve işlevsel zorlukların bütüncül değerlendirilmesiyle anlaşılabilir. Bu doğrultuda hastaların ameliyat sonrası dönemde karşılaştıkları semptomların sıklığı, şiddeti ve yaşam kalitesine etkileri ile günlük yaşam aktivitelerini sürdürme kapasiteleri iyileşme deneyiminin tüm boyutlarını ortaya koyan önemli göstergelerdir.

Çalışmamızda hastaların ASIİ toplam puan ortalamasının 1.52 olduğu saptandı. Bu bulgu hastaların ameliyat sonrası dönemde genel olarak ciddi bir zorluk yaşamadıklarını göstermektedir. Ancak alt boyutlar incelendiğinde en yüksek ortalamanın Fiziksel Aktivite boyutunda görülmesi bireylerin özellikle fiziksel işlevlerde belirgin sınırlılıklar yaşadıklarını ortaya koymaktadır. En düşük puan ortalamasının Bağırsak Semptomları alt boyutunda elde edilmesi ise bu alandaki sorunların daha hafif düzeyde yaşandığını göstermektedir.

Benzer bulgulara Berhuni ve arkadaşları (2024) tarafından yürütülen ve Fournier Gangreni ameliyatı geçiren hastalarda kullanılan Uludağ Fournier Gangreni Şiddet İndeksi'ne (UFGSİ) dayalı çalışmada da ulaşılmıştır. Araştırmada düşük indeks puanına sahip hastaların önemli ölçüde daha düşük mortaliteye ve daha iyi klinik iyilik haline sahip oldukları bildirilmiştir. Bu durum düşük skora ile hasta genel durumunun iyileşme eğiliminde olduğu yönündeki yorumu desteklemektedir. Kulakaç ve Sayılan (2024) hastaların ameliyat öncesi cerrahi anksiyete düzeylerinin ve bakım algılarının ASIİ puanlarıyla anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Artuvan ve Yurtsever (2020) tarafından Tip 1 diyabetli adölesanlarla yapılan çalışmada hastaların yaşam kalitesini etkileyen psikolojik ve davranışsal durumlarının ölçümlendiği ölçeklerde düşük puanların daha az sorun yaşandığını ve bireysel baş etme becerilerinin daha iyi olduğunu yansıttığı gösterilmiştir. Bu bulgu ASIİ gibi ölçeklerde düşük ortalamaların sadece fiziksel değil aynı zamanda psikososyal iyilik halinin de yüksek olabileceğini göstermektedir. Çalışmamızda hastaların düşük eğitim düzeyine sahip

olması postoperatif iyilik halini etkileyen faktörlerden biri olarak değerlendirilebilir çünkü eğitim seviyesi hastaların sağlık bilgilerini anlama, önerilere uyum sağlama ve iyilik halini destekleyen davranışları benimseme yeterliğini doğrudan şekillendirmektedir.

ASİİ toplam puanı; cerrahi sonrası iyileşmenin yalnızca fiziksel değil aynı zamanda duygusal ve sosyal yönlerini de yansıtan bütüncül bir göstergedir. Literatürdeki çeşitli çalışmalar, düşük ASİİ skorlarının genellikle düşük fiziksel aktivite, yüksek cerrahi kaygı, yetersiz bakım algısı ve zayıf psikososyal destekle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. ASİİ toplam puanının düşük olması hastaların hem fiziksel hem de duygusal açıdan iyileşme sürecini tamamlanmamış olarak algıladıklarını göstermektedir. Bu nedenle ASİİ'nin bütüncül yapısı hasta merkezli iyileşme süreçlerinin takibinde değerli bir ölçüt olma potansiyeline sahiptir.

Fiziksel Aktiviteler alt boyutunda elde edilen 2.52'lik ortalaması hastaların ameliyat sonrası dönemde fiziksel işlevlerde belirgin güçlük yaşadığını göstermektedir. Bu bulgu KABG sonrası fiziksel aktivite düzeyinin hem iyileşme hızında hem de yaşam kalitesinde belirleyici bir rol oynadığını vurgulamaktadır. Jonsson ve Westerdahl (2012) yaptıkları çalışmada ameliyat sonrası dönemde daha fazla fiziksel aktivite gösteren bireylerin pulmoner iyileşme süreçlerinin daha hızlı gerçekleştiğini belirtmişlerdir. Benzer şekilde Gray ve arkadaşları (2021) fiziksel aktiviteye yönelik motivasyonel destek ve bireyselleştirilmiş planlamanın bu süreçte çok kritik olduğunu vurgulamaktadır. Wang ve arkadaşları (2024) tarafından yapılan prospektif çalışmada yüksek preoperatif fiziksel aktiviteye sahip hastaların postoperatif dönemde daha hızlı iyileştikleri ve daha az komplikasyon yaşadıkları bildirilmiştir. Bu bulgu ASİİ puanlarının özellikle fiziksel aktivite düzeyiyle yakın ilişkili olduğunu ve hastaların iyileşme algısının bu faktörden önemli ölçüde etkilendiğini desteklemektedir. Pook ve arkadaşları (2022), başka fonksiyonel iyileşme ölçeklerinin geçerlilik ve duyarlılık analizlerini incelemiş ve düşük fiziksel aktivitenin iyileşme skorlarının postoperatif komplikasyonlarla doğrudan ilişkili olduğunu göstermiştir.

Çalışmamızda Psikolojik Semptomlar alt boyut ortalamasının 1.50 olarak saptanması hastaların çoğunluğunun ameliyat sonrası dönemde düşük düzeyde psikolojik sıkıntı

yaşadıklarını göstermektedir. Emamzadehashemi ve arkadaşları (2024) psikolojik iyilik halinin KABG sonrası yaşam kalitesiyle güçlü ilişkili olduğunu bildirmiştir.

Genel Semptomlar boyutundaki ortalama değerin 1.23 olması hastaların semptomları genellikle hafif düzeyde yaşadıklarını göstermektedir. Bu bulgu Miller ve Grindel'in (2004) çalışmasıyla örtüşmektedir. Söz konusu çalışmada postoperatif semptomların zaman içinde giderek azaldığı ve altıncı haftada çoğu hastada ortadan kalktığı raporlanmıştır.

Bağırsak Semptomları alt boyut ortalamasının 1.02 olması bu tür semptomların genelde düşük düzeyde yaşandığını; ancak bazı hastalarda belirgin hale geldiğini göstermektedir. KABG sonrası bağırsak hareketlerinin yavaşlaması, analjezik ilaç kullanımı ve uzun süreli yatak istirahatinin bu semptomları tetikleyebileceği bilinmektedir. Sarıtaş ve arkadaşları (2018), hastaların bu tür semptomları çoğunlukla kendilerinin tolere etmeye çalıştıklarını ve genellikle yardım talep etmediklerini belirtmişlerdir. Bu sonuç, bazı hastalarda gözlenen belirtilerin dışlanmaması gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda İstek-Arzu Semptomları alt boyut ortalamasının 1.35 olarak saptanması ameliyat sonrası dönemde hastaların motivasyon, yaşam enerjisi ve arzularında genel olarak düşük düzeyde sorun yaşadıklarını göstermektedir. Ancak bu düzeyin bazı hastalarda yükselerek dikkat çektiği görülmektedir. Bu bulgu motivasyonel durumun iyileşme sürecinde önemli bir etken olduğunu ortaya koymaktadır. Motivasyon ve iyileşme arasındaki bu ilişki literatürde de desteklenmektedir. Özellikle Scheier ve arkadaşları (1989) iyimserlik düzeyinin sadece fiziksel iyileşme değil aynı zamanda yaşam kalitesi enerji düzeyi ve hayata dönüş hızını olumlu etkilediğini bildirmiştir.

Çalışmamızda GYA puan ortalamasının 42.10 olarak saptanması hastaların ameliyat sonrası dönemde günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken zorluk yaşadıklarını göstermektedir. GYA yalnızca fiziksel kapasiteyi değil aynı zamanda psikolojik iyilik halini ve çevresel destek düzeyini de yansıtan bütünsel bir göstergedir. Lapier ve arkadaşları (2008) yaptıkları çalışmada KABG sonrası ilk haftalarda hastaların GYA fonksiyonlarında anlamlı bir düşüş yaşadıklarını ancak bu durumun zamanla toparlandığını belirtmişlerdir. Gray ve arkadaşları (2024) ise hastaların GYA

düzeylerini etkileyen en büyük faktörlerin psikolojik motivasyon, aile desteği ve hastane sonrası profesyonel yönlendirme olduğunu ortaya koymuştur. Van Rooy ve Coopoo (2017) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada 12 haftalık egzersiz ve yaşam tarzı değişim programının GYA fonksiyonları üzerinde pozitif etki yarattığı ve bireylerin işlevselliğini anlamlı biçimde artırdığı bildirilmiştir. Benzer şekilde Gizem Açıkgöz ve İbrahimoglu'nun (2019) çalışmasında KABG'ye benzer yoğun cerrahi girişimlerin ardından hastaların hem preoperatif hem de postoperatif dönemde günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık yaşadığı ancak hemşirelik bakımının bu sürece olumlu katkı sağladığı rapor edilmiştir.

Çalışma bulguları KABG ameliyatı sonrası hastaların iyileşme sürecinin sadece klinik parametrelerle değil aynı zamanda hastaların motivasyonel düzeyleri fiziksel aktiviteleri ve günlük yaşam işlevsellikleri ile yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. GYA ölçeğinden elde edilen yüksek puanlar hastaların bağımsızlıklarını büyük oranda koruyabildiğini ancak bireysel farklılıkların iyileşme algısını etkileyebileceğini göstermektedir. Literatürdeki benzer çalışmalar da fiziksel aktivite, motivasyonel destek ve multidisipliner rehabilitasyon programlarının iyileşme sürecinde kritik rol oynadığını desteklemektedir. Sonuçlara göre psikososyal destekle entegre edilmiş bireyselleştirilmiş rehabilitasyon programları iyileşme kalitesini artırmak açısından önem taşımaktadır. Özdemir ve arkadaşlarının (2006) retrospektif araştırmasında, hemiparetik hastaların hastaneye yatış ve taburculuk öncesi GYA puanlarında anlamlı iyileşme gözlenmiştir. Benzer şekilde Gündoğmuş Öcek ve arkadaşları (2007) 1000 hemiplejik hastayı kapsayan geniş ölçekli bir çalışmada, GYA'nın hasta eğitim düzeyi yaş ve rehabilitasyon süresi ile anlamlı ilişkili olduğunu, bu etkenlerin iyileşme sürecini belirgin şekilde etkilediğini bildirmiştir.

Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, özellikle fiziksel bağımsızlığın değerlendirilmesinde etkili uygulanması kolay ve ekonomik bir ölçektir. Türkiye'de yapılan çalışmalar da bu ölçeğin klinik ortamda güvenle kullanılabileceğini göstermektedir. Rehabilitasyon sürecinde bireyselleştirilmiş değerlendirme araçlarının kullanımı hastaya özgü iyileşme hedeflerinin belirlenmesine önemli katkı sağlayacaktır.

4.2.4 Araştırmanın hipotezlerine ilişkin bulguların tartışılması

H1 = Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme durumları üzerindeki etkisinde cinsiyet dağılımlarının düzenleyici rolü vardır.

GYA cinsiyet ve etkileşim terimi birlikte ASİİ'deki varyansın yaklaşık %22'sini açıkladığını göstermektedir. Ancak, GYA x Cinsiyet etkileşim terimi istatistiksel olarak anlamlı değildir ($B = -0.0515$, $p = .6117$). Başka bir ifadeyle kadın ya da erkek olmak bireylerin günlük yaşam aktiviteleriyle ameliyat sonrası iyileşme süreci arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak farklılaştırmamaktadır. Dolayısı ile **H1 hipotezi reddedilmiştir.**

Cinsiyetin düzenleyici etkisinin istatistiksel olarak anlamlı çıkmaması GYA'nın ameliyat sonrası iyileşme üzerindeki etkisinin kadın ve erkek hastalarda benzer şekilde işlediğini göstermektedir. Başka bir ifadeyle günlük yaşam aktivitelerindeki düşüşün iyileşmeyi azaltıcı etkisi hem kadınlarda hem de erkeklerde benzer düzeydedir. Bu bulguya dayanarak GYA düzeyini iyileştirmeye yönelik müdahalelerin cinsiyet farkı gözetmeden planlanabileceği söylenebilir.

Literatürde cinsiyete bağlı postoperatif toparlanma farklılıklarına işaret eden bazı çalışmalarla çelişmektedir. Örneğin Royse ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilen Postoperative Quality of Recovery Scale (PQRS) ile yürütülen çalışmalarda kadınların duygusal ve fiziksel iyileşme alanlarında erkeklere kıyasla daha geç toparlandıkları bildirilmiştir. Benzer şekilde Ni vd., (2018) Çinli bir örnekleme kadın hastaların özellikle açık cerrahiler sonrası daha düşük günlük yaşam aktivite (Activities of Daily Living) skorları ile daha yavaş iyileştiklerini ortaya koymuştur. Bununla birlikte mevcut çalışmada cinsiyetin bu ilişkide belirleyici olmaması bazı önemli faktörlerin etkisiyle açıklanabilir. Öncelikle örnekleme erkek hastaların baskın oranı istatistiksel gücün cinsiyet karşılaştırması açısından zayıflamasına neden olabilir. Ayrıca sağlık sistemi ve cerrahi sonrası bakım süreçlerinin standartlaşmış olması cinsiyet temelli farklılıkların klinik yansımalarını azaltabilir. Nitekim bazı güncel çalışmalar özellikle planlı cerrahilerde ve yapılandırılmış rehabilitasyon süreçlerinde cinsiyet farklarının belirgin şekilde azaldığını bildirmektedir (Bowyer, Jakobsson, Ljungqvist ve Royse, 2014).

Ayrıca bu bulgu sağlık hizmeti planlamasında klinisyenler için olumlu bir gösterge olabilir. GYA düzeylerini artırmaya yönelik postoperatif müdahaleler cinsiyetten bağımsız olarak tüm hastalara eşit etki sağlayabileceğinden birey merkezli bakım modellerinde cinsiyet temelli ayırım yapmaksızın rehabilitasyon programlarının geliştirilmesi önerilebilir.

Çalışmamızda cinsiyetin GYA ile iyileşme arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak anlamlı şekilde düzenlemediği görülmüştür. Gelecekteki çalışmaların daha dengeli cinsiyet dağılımına sahip örneklemelerle ve farklı cerrahi türlerine göre ayrıştırılarak yapılması bu ilişkinin daha net anlaşılmasına katkı sağlayacaktır. Ayrıca biyolojik cinsiyetin ötesinde toplumsal cinsiyet rolleri ve bireysel baş etme stratejilerinin de bu süreçteki etkilerini araştıran karma yöntemli çalışmalar önerilmektedir.

H2 = Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme durumları üzerindeki etkisinde yaş dağılımlarının düzenleyici rolü vardır.

GYA ile ameliyat sonrası iyileşme arasındaki ilişkide yaşı düzenleyici etkisinin istatistiksel olarak anlamlı çıkmaması bu ilişkinin yaşa bağlı olarak farklılaşmadığını göstermektedir. Etkileşim katsayısının anlamlı olmaması ($B = 0.0009$, $p = .8097$), GYA düzeylerinin ameliyat sonrası iyileşme üzerindeki etkisinin hem genç hem de yaşlı bireylerde benzer biçimde ortaya çıktığını göstermektedir. Modelin toplam varyans açıklama oranının %23 olması GYA ve yaşı birlikte iyileşme sürecinde anlamlı bir rol oynadığını göstermekle birlikte yaşı etkisinin bağımsız olarak veya etkileşim yoluyla belirleyici olmadığına işaret etmektedir. Dolayısı ile **H2 hipotezi reddedilmiştir.**

Literatürde yaşı postoperatif iyileşme süreci üzerinde karmaşık bir etkisi olduğu gösterilmiştir. Lapier ve Howell (2003) yaşlı hastalarda (≥ 65) GYA puanlarının daha düşük olmasına rağmen iyileşme beklentilerinin daha gerçekçi olması nedeniyle iyileşme algılarının daha olumlu olabileceğini belirtmiştir. Benzer şekilde Carroll (1995) yaşlı hastaların iyileşme sürecinde öz-yeterlilik beklentilerinin önemli bir rol oynadığını ve bu beklentilerin fiziksel aktiviteye katılımı doğrudan etkilediğini rapor etmiştir. Hogue, Palin ve Arrowsmith, (2001) yaşlı hastalarda ameliyat sonrası iyileşme sürecinin daha yavaş ve komplike seyrettiğini belirtmiştir. Ayrıca Kurlansky, Herbert, Prince, Mack ve Cleveland, (2010) yaşlı hastalarda GYA düzeylerinin düşüklüğünün

postoperatif fonksiyonel toparlanmayı geciktirdiğini rapor etmiştir. Benzer şekilde Goel, Lennon, Tilbury, Squires ve Thomas, (2013) yaşlı hastaların aktivite düzeylerini artırmada daha fazla desteğe ihtiyaç duyduğunu ortaya koymuştur.

Çalışmamızda yaşın bu ilişkide istatistiksel olarak belirleyici olmaması olası birkaç faktörle açıklanabilir. İlk olarak çalışmadaki yaş dağılımının homojen olmaması veya yaşlı birey sayısının sınırlı olması etkileşimin güçsüz görünmesine neden olabilir. Ayrıca sağlık sistemi içerisinde yapılandırılmış postoperatif bakımın yaş grupları arasında farkı dengelediği düşünülebilir. Chaudhari ve arkadaşları (2021) tarafından yürütülen bir çalışmada fonksiyonel bağımsızlığın yaş gözetmeksizin hem genç hem yaşlı hastalarda benzer şekilde arttığı gösterilmiştir.

Çalışmamızın bu bulgusu yaş grubu farklılıkları gözetilmeksizin tüm bireylerde GYA düzeylerini artırmaya yönelik müdahalelerin eşit derecede etkili olabileceğini göstermektedir. Ancak yaşa özgü baş etme biçimleri fiziksel rezerv kapasitesi ve bilişsel faktörler gibi unsurlar göz önüne alındığında yaşa duyarlı bakım modellerinin geliştirilmesi yine de önem taşımaktadır. Gelecekte yapılacak araştırmalarda yaş dağılımı daha geniş olan örneklemelerle çalışmak yaşın etkisini daha net görmeye yardımcı olabilir. Ayrıca yaşın sadece kronolojik bir parametre olarak değil biyolojik ve fonksiyonel yaş düzeyleriyle birlikte ele alınması daha açıklayıcı sonuçlar sağlayabilir.

H3 = Çalışanların günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme durumları üzerindeki etkisinde vücut kitle indekslerinin düzenleyici rolü vardır.

Hastaların vücut kitle indekslerinin günlük yaşam aktiviteleri ile ameliyat sonrası iyileşme durumları arasındaki ilişkide istatistiksel olarak anlamlı bir düzenleyici rolü saptanmıştır. Başka bir ifadeyle GYA ile ASİİ arasındaki ilişki VKİ'ye bağlı olarak değişmektedir ($B = -.2143$, $p = .0167$). Etkileşim terimi anlamlı olduğundan, moderasyon (düzenleyicilik) etkisi mevcuttur. Bu durum GYA'nın ASİİ üzerindeki etkisinin VKİ düzeyine göre farklılaştığını göstermektedir ($R^2 = 0.241$; $F(3, 196) = 17,84$, $p < .001$). Dolayısı ile **H3 hipotezi desteklenmiştir.**

Bu bulgu obezite veya fazla kilolu olmanın ameliyat sonrası toparlanma sürecinde hastaların günlük yaşam aktivitelerini sürdürme kapasitelerini etkileyebileceğini

göstermektedir. Paryad ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan çalışmada fazla kilolu ve obez hastaların KABG cerrahisinden sonraki ilk ayda özellikle enstrümantal günlük yaşam aktivitelerinde belirgin zorluk yaşadıkları bulunmuştur. Yine Chaudhari ve arkadaşları (2021), fonksiyonel bağımsızlığın postoperatif süreçte kilolu hastalarda daha yavaş geliştiğini ve bu durumun iyileşme süresini uzattığını belirtmiştir.

VKİ'nin bu süreçte düzenleyici rol oynaması fazla kilolu hastaların cerrahi sonrası dönemde daha fazla fiziksel destek, bireyselleştirilmiş egzersiz programları ve beslenme danışmanlığına ihtiyaç duyabileceğini düşündürmektedir. Özellikle obez hastalarda fiziksel aktivite toleransının düşük olması yara iyileşmesinin yavaşlaması ve yorgunluk düzeyinin yüksek olması gibi faktörler GYA üzerinde sınırlayıcı etki yaratabilir (Prabhakar vd., 2002).

Elde edilen bulgular VKİ'nin günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme üzerindeki etkisini istatistiksel olarak anlamlı biçimde düzenlediğini göstermiştir. Başka bir ifadeyle yüksek VKİ'ye sahip hastalarda günlük yaşam aktivitelerinin azalması iyileşme sürecini daha fazla olumsuz etkilemektedir. Bu durum klinik uygulamalarda VKİ düzeyine göre farklılaştırılmış, kişiye özel rehabilitasyon programlarının geliştirilmesi gerekliliğine işaret etmektedir. Ayrıca postoperatif dönemde obez hastalara yönelik yaşam tarzı değişiklikleri, egzersiz desteği ve beslenme danışmanlığının GYA düzeyini artırarak iyileşmeyi destekleyeceği öngörülmektedir.

H4 = Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme durumları üzerindeki etkisinde medeni durum dağılımlarının düzenleyici rolü vardır.

Hastaların medeni durum dağılımlarının düzenleyici etkisi incelendiğinde; Modelin genel anlamda anlamlı olduğu saptanmıştır ($R^2 = ,2188$, $p < .001$), bu da GYA medeni durum ve etkileşim teriminin ASİİ üzerindeki varyansın yaklaşık %22'sini açıkladığını göstermektedir. Ancak GYA x Medeni Durum etkileşim katsayısı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($B = -0.0340$, $p = .7682$). Dolayısıyla ile **H4 hipotezi reddedilmiştir**.

Literatürde evli hastaların kalp cerrahisi sonrası daha iyi iyileştiğine dair bulgular bulunmaktadır. King ve Reis'in (2012) çalışmasında evli hastaların KABG ameliyatı sonrası 15 yıl sağkalım oranlarının bekar hastalara kıyasla yaklaşık 2.5 kat daha yüksek

olduğu gösterilmiştir. Hill (1989), evli hastaların eşlerinden aldıkları duygusal desteğin günlük yaşam aktivitelerine dönüş sürecini kolaylaştırdığını ve bu kişilerin fiziksel toparlanmayı daha hızlı gerçekleştirdiklerini ortaya koymuştur. Whitsitt (2010), sadece evli olmanın değil evlilik kalitesinin postoperatif psikososyal uyumda belirleyici olduğunu vurgulamış ve düşük evlilik memnuniyetine sahip hastalarda iyileşmenin daha yavaş seyrettiğini göstermiştir. Bu durum sadece medeni durumu dikkate almanın yetersiz kalabileceğini ve ileriki çalışmalarda duygusal yakınlık, ilişki desteği ve sosyal bağlılık düzeylerinin de ölçülmesi gerektiğini göstermektedir.

Çalışma bulgularına göre hastaların medeni durumları, günlük yaşam aktiviteleri ile ameliyat sonrası iyileşme süreçleri arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilememektedir. Bu bulgu sağlık sistemlerinde sosyal destek ve rehabilitasyon süreçlerinin birey merkezli olarak yapılandırılmasının evli ya da bekar olmaya bakılmaksızın tüm hastalar için benzer olumlu etkiler sağlayabileceğini düşündürmektedir. Ancak literatürde evliliğin iyileşme süreci üzerindeki etkileri sıklıkla vurgulanmakta ve özellikle evlilik kalitesi gibi daha derin sosyal değişkenlerin belirleyici rol oynayabileceği öne sürülmektedir. Bu nedenle gelecekteki çalışmalarda sadece medeni durum değil bireyin ilişkisel destek yapısı ve sosyal bağlılığı da ayrıntılı şekilde değerlendirilmelidir. Ayrıca Türk kültüründe hastaların bakım sürecinde yalnız kalmaktan kaçındıkları ve genellikle yanlarında eş, anne veya kız kardeş gibi kadın bir aile bireyinin bulunmasını talep ettikleri bilinmektedir. Bu toplumsal beklenti ilişkisel destek yapısının yalnızca evlilik bağı ile sınırlı kalmadığını kültürel bağlamda kadın figürünün iyileşme sürecinde koruyucu ve destekleyici bir rol üstlendiğini göstermektedir.

H5 = Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme durumları üzerindeki etkisinde eğitim durumları dağılımlarının düzenleyici rolü vardır.

Hastaların eğitim durumlarının düzenleyicilik etkisi incelendiğinde; kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($R^2 = ,2122$, $p < .001$) yani değişkenler birlikte ASİİ'deki varyansın %21'ini açıklamaktadır. Etkileşim terimi (GYA x Eğitim) istatistiksel olarak anlamlıdır ($B = 0.0356$, $p = .0339$), dolayısı ile **H5 hipotezi kabul edilmiştir.**

Eğitim düzeyi hastaların sağlık okuryazarlığı postoperatif bakım önerilerine uyum egzersiz alışkanlıkları ve yaşam tarzı değişimlerine açıklığı açısından önemli bir belirleyici olarak kabul edilmektedir. Saboula ve arkadaşlarının (2020)  alışmasında KABG ameliyatı geçiren hastalarda hemşirelik temelli evde bakım eğitiminin günlük yaşam aktivitelerinde ve genel iyileşme durumunda anlamlı artış sağladığı gösterilmiştir. Özellikle eğitim düzeyi yüksek hastalarda bu müdahalelerin daha etkili olduğu vurgulanmıştır. Ogun ve arkadaşları (2024) tarafından yapılan çalışmada preoperatif dönemde verilen kanıta dayalı bakım eğitiminin postoperatif iyileşme sürecini hızlandırdığı ve komplikasyonları azalttığı bulunmuştur. Mevcut çalışmanın sonuçları bu literatürle uyumludur ve eğitim düzeyi yüksek bireylerde GYA düzeyindeki değişimin ameliyat sonrası iyileşmeye daha doğrudan ve belirgin yansıdığını göstermektedir.

Eğitim düzeyi aynı zamanda hastaların kendi sağlığı üzerindeki kontrol algılarını da etkilemektedir. Arıkan ve Demir Korkmaz'ın (2024)  alışmasında KABG geçiren hastalarda frailty (kırılganlık) düzeyleriyle eğitim seviyesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş düşük eğitim düzeyine sahip hastaların daha düşük günlük yaşam aktivitesi puanlarına ve daha yavaş iyileşme süreçlerine sahip olduğu gösterilmiştir. Bu durum eğitimi hastaların sadece bilgiye ulaşmada değil bilgiyi davranışa dönüştürme sürecinde de daha avantajlı olduklarını göstermektedir.

Sonuc olarak, GYA'nın iyileşmeye etkisi eğitim düzeyine göre değişmektedir. Bu durum, klinik uygulamalarda ve rehabilitasyon planlamalarında eğitim düzeyi göz önüne alınarak bireyselleştirilmiş yaklaşımların tercih edilmesini gerektirmektedir. Bu bulgu, eğitim düzeyi yüksek hastaların günlük yaşam aktivitelerinden daha fazla fayda sağladığını iyileşme sürecine daha hızlı ve etkili uyum sağladığını göstermektedir. Eğitim düzeyi, sağlık okuryazarlığı, postoperatif talimatlara uyum, egzersiz katılımı ve yaşam tarzı değişimlerine açıklık gibi faktörleri etkileyerek iyileşme sürecini dolaylı yollarla şekillendirmektedir. Bu nedenle, postoperatif bakım ve eğitim süreçlerinde hastaların eğitim düzeyine duyarlı bireyselleştirilmiş yaklaşımlar benimsemeli düşük eğitim düzeyine sahip hastalar için daha görsel uygulamalı ve sürekli destek içeren eğitim yöntemleri tercih edilmelidir.

H6 = Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme durumları üzerindeki etkisinde meslek durumları dağılımlarının düzenleyici rolü vardır.

Örneklemin meslek dağılımlarının düzenleyicilik rolü incelendiğinde; modelin genel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($R^2 = ,2200$, $p < .001$), yani GYA meslek ve etkileşim terimi birlikte ASİİ değişkenindeki varyansın %22'sini açıklamaktadır. Ancak GYA x Meslek etkileşim katsayısı anlamlı değildir ($B = -0.0350$, $p = .3418$). Dolayısı ile **H6 hipotezi reddedilmiştir.**

Mesleki durum kişinin fiziksel aktivite düzeyi sosyal rol algısı ekonomik kaynaklara erişimi ve genel yaşam düzeni üzerinde etkili olduğu için sağlık sonuçlarında belirleyici bir değişken olarak ele alınmaktadır. Ancak bu çalışmada anlamlı bir düzenleyici etkisinin olmaması bu ilişkinin daha karmaşık dinamiklerle şekillendiğini düşündürmektedir. Allen ve arkadaşlarının (1990) yaptığı çalışmada KABG geçiren hastaların işe dönüş süreçlerinin sadece fiziksel yeterlilikten değil işin fiziksel gerekliliklerinden yaş psikolojik iyilik hali ve işveren tutumlarından da etkilendiği gösterilmiştir. Benzer şekilde Owens ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında hastaların işe geri dönme düzeylerinin çoğunlukla tıbbi değil sosyal, ekonomik ve psikolojik etmenlerden etkilendiği bildirilmiştir. Bu bulgular meslek durumunun ameliyat sonrası iyileşmeyi doğrudan değil dolaylı yollarla ve başka değişkenlerle etkileşim içinde şekillendirebileceğini göstermektedir.

Mesleki durumun tek başına GYA ile ASİİ arasındaki ilişkiyi anlamlı şekilde düzenlememesi beklenmedik bir durum değildir. Meslek hastanın sağlıkla ilgili davranışlarını etkileyen çok katmanlı bir yapı olup sosyal destek, işin fiziksel zorluğu, emeklilik durumu ve hastanın psikososyal kaynakları gibi değişkenlerle birlikte değerlendirilmelidir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda, “çalışıyor/çalışmıyor” ikili sınıflandırmasının ötesine geçilerek mesleğin niteliği, iş stresi düzeyi, fiziksel aktivite gereksinimi ve iş güvencesi gibi faktörlerin de dâhil edilmesi önerilmektedir.

H7 = Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme durumları üzerindeki etkisinde çalışma durumları dağılımlarının düzenleyici rolü vardır.

Çalışmada hastaların çalışma durumları ele alındığında; Model genel olarak anlamlıdır ($R^2 = ,2051$, $p < .001$), yani GYA çalışma durumu ve etkileşim terimi birlikte ASİİ üzerindeki varyansın %20'sini açıklamaktadır. Ancak GYA x Çalışma Durumu etkileşim terimi anlamlı değildir ($B = -0.0105$, $p = .8190$). Dolayısı ile **H7 hipotezi reddedilmiştir.**

Çalışma durumu hastanın fiziksel aktivite düzeyini, yaşam düzenini ve sosyal rol algısını etkileyebilen kritik bir değişkendir. Ancak çalışıyor olmanın doğrudan iyileşme sürecini değiştirmedeği bu bulgu hastanın mesleki durumundan ziyade kişisel sağlık algısı, sosyal destek düzeyi ve psikolojik sağlamlık gibi bireysel faktörlerin iyileşmeye daha fazla etki ettiğini göstermektedir. Owens ve arkadaşları (2010), KABG sonrası işe dönüş süreçlerinin tıbbi değişkenlerden çok sosyal ve ekonomik faktörlerle ilişkili olduğunu göstermiştir. Allen ve arkadaşları (1990) tarafından yapılan bir başka çalışmada ise KABG sonrası istihdama geri dönüş oranlarının sadece fiziksel yeterlilikle değil işin niteliği, yaş ve bireysel tercihlerle belirlendiği bildirilmiştir. Bu çalışmada da benzer şekilde hastanın çalışıyor olması iyileşme sürecini doğrudan etkilememekte ancak dolaylı psikososyal faktörlerle ilişkilendirilebilmektedir. Başka bir çalışmada çalışmayan hastaların iyileşme süreçlerinde daha düşük performans gösterdiği bildirilmiştir. Özellikle yaşlı ve emekli hastalarda hareketsizlik sosyal izolasyon ve motivasyon eksikliği gibi faktörler postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkileyebilir (Lapier, 2007). Bu nedenle çalışma durumu tek başına anlamlı bir belirleyici olmasa da diğer değişkenlerle birlikte değerlendirildiğinde önemli klinik ipuçları sunabilir. Ghods ve arkadaşlarının (2019) İran'da yaptığı çalışmada KABG geçiren hastalarda çalışan olanların daha yüksek anksiyete düzeyine sahip oldukları ve bu durumun da iyileşmeyi dolaylı olarak etkileyebileceği belirtilmiştir. Bu bulgu çalışıyor olmanın olumlu veya olumsuz etkisinin kişisel stres düzeyi mesleki koşullar ve psikososyal destek yapısıyla şekillenebileceğini düşündürmektedir.

Çalışma bulguları, çalışma durumunun postoperatif iyileşme üzerinde tek başına belirleyici olmadığını ancak bireysel ve çevresel faktörlerle etkileşim halinde değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Klinik uygulamalarda çalışıyor olmak kadar hastanın genel sağlık algısı, sosyal çevresi, psikolojik dayanıklılığı ve yaşam

biçimi gibi etmenlerin göz önünde bulundurulması daha etkili müdahale planlamasına olanak sağlayacaktır.

H8 = Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme durumları üzerindeki etkisinde gelir durumları dağılımlarının düzenleyici rolü vardır.

Hastaların gelir durumları ele alındığında; Model genel olarak anlamlıdır ($R^2 = ,2052$, $p < .001$), yani GYA gelir düzeyi ve etkileşim terimi birlikte ASİİ'deki varyansın %20'sini açıklamaktadır. GYA x Gelir etkileşim terimi anlamlıdır ($B = -0.0227$, $p = .0426$). Dolayısı ile **H8 hipotezi kabul edilmiştir.**

Gelir düzeyi hastanın sağlık hizmetlerine erişimi, postoperatif dönemde bakım alma olasılığı uygun beslenme, konforlu yaşam ortamı ve fiziksel aktiviteye katılım gibi faktörleri doğrudan etkileyen bir sosyal belirleyicidir. Arıkan ve Demir Korkmaz'ın (2024) çalışmasında KABG geçiren hastalarda kırılgnlık düzeyleri ile birlikte yaşam kalitesini belirleyen en güçlü değişkenlerden birinin gelir seviyesi olduğu gösterilmiştir. Düşük gelirli hastalarda günlük yaşam aktivitelerinde belirgin düşüşler ve iyileşme sürecinde yavaşlama bildirilmiştir. Sadeh ve arkadaşlarının (2022) yaptığı kapsamlı bir çalışmada yeşil alanlara erişimin özellikle düşük gelirli hastalar için KABG sonrası yaşam kalitesine olumlu katkı sağladığı belirlenmiştir. Bu da iyileşme sürecinde sosyoekonomik koşulların çevresel etmenlerle birlikte etkileşimli olduğunu göstermektedir. Gelir düzeyinin bu ilişkide belirleyici rol oynayabileceğine ilişkin bulgular aynı zamanda Lapier'in (2008) KABG sonrası fonksiyonel kayıpları değerlendirdiği çalışmasıyla da desteklenmektedir. Bu çalışmada düşük sosyoekonomik düzeydeki hastaların ameliyat sonrası dönemde daha belirgin fiziksel sınırlılıklar yaşadığı ve rehabilitasyon programlarına daha zor eriştiği vurgulanmıştır. Foster (2023) tarafından yapılan bir çalışmada daha yüksek gelir grubuna sahip hastaların daha fazla fiziksel aktiviteye katıldıkları ve bu durumun genel sağlık durumlarına olumlu yansıdığı saptanmıştır. Bu da GYA'nın iyileşmeye katkısının hastanın gelir düzeyiyle nasıl etkileşim içinde olduğunu göstermektedir.

Bu bulgu sosyoekonomik koşulların postoperatif iyileşme sürecinde belirleyici bir rol oynadığını ve düşük gelirli hastaların hem fiziksel hem psikolojik açıdan daha kırılgn bir iyileşme süreci geçirebileceğini göstermektedir. Düşük gelirli hastalar için sosyal

destek mekanizmalarının güçlendirilmesi evde bakım hizmetlerine erişimin artırılması ve ücretsiz rehabilitasyon programlarının yaygınlaştırılması önerilmektedir.

H9 = Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme durumları üzerindeki etkisinde sosyal güvence durumları dağılımlarının düzenleyici rolü vardır.

Örneklemin herhangi bir sosyal güvenceye sahip olup olmama durumları incelendiğinde; Kurulan model genel olarak anlamlıdır ($R^2 = ,2060$, $p < .001$). Bu GYA sosyal güvence durumu ve etkileşim teriminin birlikte ASİİ üzerindeki varyansın %20'sini açıkladığını göstermektedir. Ancak GYA x Sosyal Güvence etkileşim terimi anlamlı değildir ($B = 0.0093$, $p = .8468$). Dolayısı ile **H9 hipotezi reddedilmiştir**.

Literatürde sosyal güvence genellikle sağlık hizmetlerine erişim ve tedavi kalitesi ile ilişkilendirilmektedir. Ancak bu çalışmada anlamlı bir düzenleyici etki görülmemesi cerrahi sonrası bakım hizmetlerinin çoğunlukla ulusal sağlık sistemi tarafından sağlanıyor olması ve hastaların sosyal güvence fark etmeksizin benzer sağlık hizmeti alabiliyor olmalarından kaynaklanabilir. Benzer şekilde Koch ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında cerrahi sonrası yaşam kalitesinin sağlık sistemi destekli müdahalelerle genel olarak iyileştiği ancak bireysel sosyal destek ve aktivite düzeylerinin daha belirleyici olduğu gösterilmiştir. Connolly ve arkadaşları (2018) ABD’de yapılan büyük ölçekli bir çalışmada sigortasız olan hastaların KABG sonrası komplikasyon yeniden yatış oranı ve mortalite risklerinin özel sigortaya sahip olanlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğunu rapor etmişlerdir. Lindsay ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada ise sosyal destek düzeyi ile postoperatif semptom yükü arasında anlamlı ilişki bulunmuş ancak sosyal güvence tek başına anlamlı bir faktör olarak öne çıkmamıştır.

Çalışmamızdaki bu bulgu, sağlık hizmetlerinin erişilebilir ve kapsayıcı yapısı sayesinde bireylerin sosyal güvence farklılıklarından bağımsız olarak benzer düzeyde iyileşme gösterebildiğini düşündürmektedir. Ancak farklı sosyoekonomik yapılarda ve sağlık sistemlerinde bu ilişkinin farklılaşabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Gelecekte yapılacak çalışmaların sosyal güvence ile birlikte sosyal destek, bireysel farkındalık ve hizmet kalitesi gibi değişkenleri de bütüncül biçimde değerlendirmesi önerilmektedir.

H10 = Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme durumları üzerindeki etkisinde bakım sorumluluğu durumlarının düzenleyici rolü vardır.

Çalışmamızda hastaların günlük yaşam aktiviteleri ile ameliyat sonrası iyileşme arasındaki ilişkinin, bakım sorumluluğu taşıyıp taşıyamamalarına göre değişip değişmediği test edilmiştir. Kurulan model genel olarak anlamlıdır ($R^2 = ,2086$, $p < .001$). Bu GYA bakım durumu ve etkileşim teriminin birlikte ASİİ üzerindeki varyansın %21'ini açıkladığını gösterir. Ancak GYA x Bakım Durumu etkileşim terimi anlamlı değildir ($B = -0.0156$, $p = .6568$). Dolayısı ile **H10 hipotezi reddedilmiştir**.

Literatürde bakım sorumluluğunun özellikle eşler tarafından üstlenildiğinde hem hasta hem de bakım verenin iyileşme sürecini etkileyebileceği vurgulanmaktadır. Halm ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında KABG geçiren hastaların eşlerinin düşük düzeyde ancak sürekli bir bakım yükü yaşadıkları bu yükün zamanla değişmediği ve hasta iyileşmesini dolaylı yoldan etkileyebileceği rapor edilmiştir. Yates ve arkadaşlarının (2018) yürüttüğü çalışmada da benzer şekilde eş bakım verenlerin üzerindeki yükün özellikle ilk 6 ayda yüksek olduğu ve bu durumun hasta semptom yönetimi, fiziksel iyileşme ve duygusal iyilik hali üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir. Angus (1996), kadınların hem fiziksel hem duygusal bakım rollerini sürdürme zorunluluklarının iyileşme sürecini yavaşlattığını ve daha fazla yorgunluk, kaygı ve suçluluk duygusu yaşadıklarını bildirmiştir (Angus, 1996). Her ne kadar çalışmamızda hastaların medeni durumlarının günlük yaşam aktiviteleri ya da ameliyat sonrası iyileşme süreci üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi saptanmamış olsa da literatürde eşin bakım rolünün iyileşme sürecine çok boyutlu etkileri olduğu yönündeki bulgular bu ilişkinin sadece medeni durumla değil bakım verenin nitelikleriyle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Bu açıdan gelecekte yapılacak çalışmalarda sadece medeni durumun değil hastanın aldığı bakımın niteliği, bakım verenin rolü ve ilişkisel desteğin içeriği gibi daha kapsamlı sosyal değişkenlerin dikkate alınması önemlidir.

Çalışma sonuçlarına göre hastaların bakım sorumluluğuna sahip olmaları günlük yaşam aktiviteleri ile ameliyat sonrası iyileşme düzeyleri arasındaki ilişkiyi anlamlı biçimde düzenlememektedir. Bu durum hastaların yaşamlarındaki rol yüklerinin doğrudan değil,

dolaylı olarak örneğin stres düzeyi, sosyal destek veya psikolojik dayanıklılık üzerinden etkili olabileceğini göstermektedir.

H11 = Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme durumları üzerindeki etkisinde sigara içme durumları dağılımlarının düzenleyici rolü vardır.

Örneklemin günlük yaşam aktiviteleri ile ameliyat sonrası iyileşme arasındaki ilişkinin, sigara içip içmeme durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığı test edilmiştir. Model genel olarak anlamlıdır ($R^2 = ,2059$, $p < .001$), yani GYA sigara kullanımı ve etkileşim terimi birlikte ASİİ üzerindeki varyansın %21'ini açıklamaktadır. GYA x Sigara Kullanımı etkileşim terimi istatistiksel olarak anlamlıdır ($B = -0.0391$, $p = .0179$). Buradan hareketle, **H11 hipotezi kabul edilmiştir.**

Sigara kullanımı akciğer fonksiyonlarını zayıflatarak postoperatif dönemde pulmoner komplikasyonlara neden olmakta ve bu durum oksijenlenme kapasitesini düşürerek genel iyileşme sürecini olumsuz yönde etkilemektedir (Shigeeda vd., 2023). Literatürde sigara kullanımı KABG cerrahisi sonrası komplikasyonlar, pulmoner fonksiyon bozukluğu, düşük fiziksel kapasite ve yaşam kalitesinde azalma ile yakından ilişkilidir. Alsubaiei ve arkadaşlarının (2023) yaptığı çalışmada sigara içen hastaların KABG sonrası 6 dakikalık yürüme testinde daha kısa mesafe kat ettikleri ve daha uzun süre ventilatöre bağlı kaldıkları bulunmuştur. Saxena ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada sigara içmeye devam eden hastalarda pulmoner komplikasyonlar (pnömoni, atelektazi), uzamış yoğun bakım kalış süresi ve geç mortalite oranlarının anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmiştir. Van Domburg ve arkadaşlarının (2000) 20 yıllık takipli çalışmasında, KABG sonrası sigarayı bırakan hastaların mortalite ve yeniden revaskülarizasyon ihtiyacının sigaraya devam eden hastalara kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğu gösterilmiştir.

Çalışma bulgularına göre, sigara içmenin hastanın GYA düzeyini sınırlayarak postoperatif toparlanmayı olumsuz yönde etkilediği ancak bu etkinin sigarayı bırakan hastalarda tersine döndüğü ve iyileşmenin daha sağlıklı şekilde ilerlediği sonucuna ulaşılabilir. Klinik uygulamalarda sigara kullanımı iyileşme süreci değerlendirmelerinde dikkate alınmalı ve özellikle preoperatif dönemde etkin sigara bırakma müdahaleleri planlanmalıdır.

H12 = Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme durumları üzerindeki etkisinde alkol kullanım durumları dağılımlarının düzenleyici rolü vardır.

Örneklemin günlük yaşam aktiviteleri ile ameliyat sonrası iyileşme arasındaki ilişkinin alkol kullanma durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı test edilmiştir. (1 = düzenli, 2 = arasıra, 3 = hiç) Model genel olarak anlamlıdır ($R^2 = ,2051$, $p < .001$), yani GYA, alkol kullanımı ve etkileşim terimi birlikte ASİİ' deki varyansın %20'sini açıklamaktadır. GYA x Alkol Kullanımı etkileşim terimi anlamlıdır ($B = -0.0181$, $p = .0091$). Dolayısı ile **H12 hipotezi kabul edilmiştir.**

Literatürde alkolün kardiyovasküler sağlığa etkisi karmaşıktır. Hafif ve orta düzeyde alkol tüketiminin bazı koruyucu etkileri olabileceği ancak aşırı tüketimin açıkça olumsuz klinik sonuçlarla ilişkili olduğu bilinmektedir. Grabas ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada KABG geçiren hastalarda yalnızca ağır alkol tüketiminin (>21 birim/hafta) ölüm riskini anlamlı şekilde artırdığı hafif-orta düzey tüketimin ise anlamlı bir risk artışıyla ilişkilendirilmediği belirtilmiştir. Benzer şekilde Maheshwari ve arkadaşlarının (2010) 13.000'den fazla hasta üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada haftada 3 veya daha fazla içki içen hastaların postoperatif komplikasyonlar açısından anlamlı bir fark göstermediği ancak yoğun içicilerin tanımlanmadığı ve sonuçların bu gruba genellenemeyeceği belirtilmiştir. Yapılan bir çalışmada yüksek düzeyde alkol tüketiminin postoperatif ağrı kontrolünü zorlaştırabileceği uyku düzenini bozabileceği ve rehabilitasyon programlarına uyumu azaltabileceği de bildirilmiştir (Stombaugh vd., 2024). Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2022 verilerine göre 15 yaş ve üzeri bireylerin %12,1'i alkol kullanmakta olup bu oran erkeklerde %18,4, kadınlarda ise %5,9'dur (TÜİK, 2023). Toplumun önemli bir kısmının alkol tüketimine sahip olduğu bu veriler ışığında alkolün aniden kesilmesi ya da cerrahi öncesi hızlı yoksunluk sürecinin özellikle yoğun içicilerde fiziksel stres, anksiyete, uyku bozuklukları ve postoperatif adaptasyon güçlükleriyle ilişkilendirilebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Bu çalışma sonucunda hastaların alkol kullanma durumlarının günlük yaşam aktiviteleri ile ameliyat sonrası iyileşme düzeyleri arasındaki ilişkiyi anlamlı biçimde düzenlediği ortaya konmuştur. Özellikle yoğun alkol kullanan hastalarda günlük yaşam aktivitelerindeki sınırlılıklar iyileşme sürecini daha fazla olumsuz etkileyebilirken alkol

kullanmayan veya hafif içici bireylerde bu etkinin daha zayıf olduğu anlaşılmaktadır. Klinik uygulamalarda alkol kullanım öyküsü postoperatif risk değerlendirmelerinde dikkate alınmalı ve bu hastalara özel rehabilitasyon, beslenme ve psikososyal destek programları oluşturulmalıdır. Yapılan çalışmalar kronik alkol kullanımının bağışıklık sistemi hücreleri olan monosit ve makrofajların işlevlerini bozarak enfeksiyon riskini artırdığını ve doku onarım süreçlerini geciktirdiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca alkolün kemik iliği fonksiyonlarını baskılayarak yeni bağışıklık hücresi üretimini azaltabileceği iltihabi yanıtı düzensizleştirebileceği ve oksidatif stresi artırarak hücrel iyileşmeyi olumsuz etkileyebileceği de bildirilmiştir. Bu etkiler yoğun alkol kullanan hastalarda postoperatif iyileşme sürecinin daha yavaş ve komplikasyonlara daha açık seyretmesine neden olabilir (Malherbe ve Messaoudi, 2022).

H13= Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme durumları üzerindeki etkisinde operasyon öyküsü durumları düzenleyici rolü vardır.

Çalışmamızda hastaların operasyon öykülerinin düzenleyici rolünün olup olmadığı incelenmiştir. Model genel olarak anlamlıdır ($R^2 = ,2109$, $p < .001$), yani GYA önceden operasyon geçirme durumu ve etkileşim terimi birlikte ASİİ üzerindeki varyansın %21'ini açıklamaktadır. GYA x Önceden Operasyon etkileşim terimi anlamlıdır ($B = -0.0423$, $p = .0230$). Buradan hareketler **H13 hipotezi kabul edilmiştir**.

Literatürde daha önce geçirilmiş cerrahilerin özellikle kardiyak operasyonların tekrarlayan girişimler nedeniyle doku bütünlüğünün bozulması, skar dokusu, artan komplikasyon riski ve cerrahi stres yanıtının şiddetlenmesi gibi nedenlerle iyileşme sürecini zorlaştırabildiği bilinmektedir. Breglio ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında önceden KABG geçirmiş hastalarda reoperatif kardiyak cerrahilerin morbidite açısından daha riskli olduğu; ancak bu farkın hasta morbiditesi dikkate alındığında ortadan kalktığı gösterilmiştir. Benzer şekilde Nedeljković ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında cerrahi öncesi fonksiyonel durumun ve hastanın yaşının cerrahi sonrası fonksiyonel toparlanma üzerinde güçlü belirleyiciler olduğu; ancak önceki cerrahi öyküsünün de iyileşme sürecinde dolaylı rol oynayabileceği gösterilmiştir. Hacıoğlu ve Özer'in (2008) çalışmasında da özellikle daha önce cerrahi operasyon geçirmiş hastaların evde bakım sürecinde daha fazla desteğe ve bilgiye ihtiyaç duydukları

belirtilmiş; bu durumun dolaylı yoldan GYA düzeylerini ve iyileşme algısını etkileyebileceği vurgulanmıştır.

Çalışma bulguları daha önce cerrahi operasyon geirmış hastalarda günlük yaşam aktivitelerindeki değişimin iyileşme sürecine olan etkisinin farklılaştığını ve bu hastalarda dikkatli bir rehabilitasyon planlamasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Klinik uygulamalarda hastaların cerrahi öyküsü detaylı şekilde değerlendirilmeli özellikle birden fazla operasyon geirmış bireylerde bireyselleştirilmiş bakım yaklaşımları tercih edilmelidir.



5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmanın sonuçları:

Bu çalışma KABG ameliyatı geçiren hastaların günlük yaşam aktivite düzeylerinin ameliyat sonrası iyileşme süreci üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla yürütülmüştür. Elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- KABG ameliyatı geçirenlerin çoğunluğunun ileri yaşta, erkek, düşük eğitim düzeyine sahip ve kronik hastalık yükü taşıyan, evli, emekli, sosyal güvenceli ve ekonomik açıdan sınırlı kaynaklara sahip olduğu görülmüştür.
- Günlük Yaşam Aktiviteleri 42.10 toplam puanı hastaların günlük yaşam aktivitelerini sürdürmekte zorlandıklarını göstermektedir.
- Ameliyat Sonrası İyileşme Ölçeği toplam puanı 1.52 ortalama ile yüksek düzeyde bir iyileşme durumu görülmüştür.
- ASİİ ile alt boyutları arasında sırasıyla yüksek derecede istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişkiler gözlemlenmiştir ($r = 0.497, 0.602, 0.510, 0.624; p < 0.01$). Özellikle Fiziksel Aktivite ile ASİİ arasındaki korelasyon en yüksek pozitif ilişkiyi göstermektedir ($r = 0.602; p < 0.01$).
- Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri ile Ameliyat Sonrası İyileşme Durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki tespit edilmiştir ($r = -0.453, p < 0.01$). Başka bir ifadeyle hastalar günlük yaşam aktivitelerden düşük puan aldıkça ameliyat sonrası iyileşme durumları da azalmaktadır.
- Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme durumları üzerindeki etkisinde cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek durumu, çalışma durumu, sosyal güvence durumu ve bakım sorumluluğu durumlarının düzenleyici bir rolü yoktur.

- Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ameliyat sonrası iyileşme durumları üzerindeki etkisinde vücut kitle indeksi, eğitim durumu, gelir durumu, sigara içme durumu, alkol kullanımı ve operasyon öyküsü gibi bireysel ve sosyo-demografik değişkenlerin düzenleyici bir rolü vardır.

Araştırmanın Önerileri:

- Ameliyat sonrası iyileşme sürecinde hastaların vücut kitle indeksi, eğitim durumu, gelir düzeyi gibi bireysel farklılıkları dikkate alan bireyselleştirilmiş hemşirelik bakım yaklaşımları geliştirilmeli; bu hastalar için risk temelli izlem protokolleri uygulanmalıdır.
- Sigara ve alkol kullanan hastalara ameliyat öncesi ve sonrası etkili danışmanlık hizmetleri verilmeli; bağımlılığın iyileşme sürecine etkisi konusunda eğitimler sağlanmalı, gerekiyorsa psikososyal destekle birlikte sigara bırakma programları sunulmalıdır.
- Fiziksel aktivite düzeyi düşük hastalar için hastaya özel rehabilitasyon planları yapılmalı; hastaneden çıkış sonrasında da sürekli fiziksel destek programları uygulanmalı, fizyoterapi ve ev egzersizleri teşvik edilmelidir.
- Daha önce cerrahi operasyon geçirmiş hastalar için psikososyal destek, taburculuk eğitimi ve evde bakım koordinasyonu gibi multidisipliner destek programları hayata geçirilmelidir. Bu tür programlar hastanın iyileşme sürecini desteklemekte, yaşam kalitesini artırmakta ve yeniden hastaneye yatış oranlarını azaltmada önemli bir rol oynamaktadır.
- Eğitim düzeyi düşük hastalar için görsel materyaller, uygulamalı eğitimler ve sürekli eğitici danışmanlık sağlanarak, postoperatif dönemde bilgilendirme açığının giderilmesi sağlanmalıdır.
- Gelecek çalışmalarda iyileşme süreci ile yaşam tarzı, sosyal destek, psikolojik dayanıklılık ve bireysel baş etme becerileri gibi faktörlerin etkileşimi daha geniş örneklemlemlerle ve karma yöntemlerle incelenmelidir.

- Hastaneden taburculuk sonrası dönemde izlem programlarının standardize edilerek hastaların fonksiyonel bağımsızlık seviyelerinin sürekli değerlendirilmesi sağlanmalıdır.
- Klinik protokollere ameliyat sonrası iyileşme sürecini destekleyen fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutları kapsayan entegre yaklaşımlar eklenmeli iyileşmenin sadece komplikasyon önleme değil, fonksiyonel ve psikososyal iyilik hali hedeflenerek planlanması sağlanmalıdır.



KAYNAKÇA

- ACC/AHA/SCAI. (2021). 2021 ACC/AHA/SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 79(2), 197–215. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.09.005>
- Açıkgöz, G., ve İbrahimoglu, Ö. (2019). Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde komplike tip A aort diseksiyonunda günlük yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 10(22), 87–95. <https://doi.org/10.5543/khd.2019.64935>
- Ak, E. S., Ayoğlu, T., ve Kandemir, D. (2017). Kalp cerrahisi sonrası ağrı kontrolünde yeni yaklaşımlar. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1), 29–32. 02.04.2025 tarihinde <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ikcusbfd/issue/47225/594540> adresinden alındı.
- Akdemir, Ü. Ö., Atasever, T., ve Yetkin, I. (2008). Diabetes mellitus hastalarında koroner kan akımı rezervinin değerlendirilmesinde Tc-99m sestamibi miyokart perfüzyon sintigrafisinin niceliksel analizi. *Gazi Medical Journal*, 19, 25–30. https://consensus.app/papers/diabetes-mellitus-hastalarinda-koroner-kan-akimi-akdemir-atasever/b6f48f4b12fe58b49a9a0e9559b51690/?utm_source
- Akkaya, S., Polat, C., Ede, H., ve Öztürk, Ö. (2018). Koroner anjiyografi laboratuvarına sevki yapılan hastalarda; depresyon, anksiyete ve koroner arter hastalığı ciddiyeti ilişkisi. *Bozok Tıp Dergisi*, 8(3). <https://doi.org/10.16919/BOZOKTIP.407413>
- Aksun, M., Eryılmaz, K., Gürbüz Aytuluk, H., ve Girgin, S. (2017). Kardiyak cerrahi sonrası atriyal fibrilasyon. *Göğüs-Kalp-Damar Anestezi ve Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 23(4), 109–115. <https://doi.org/10.5222/GKDAD.2017.109>

- Allen, J., Fitzgerald, S., Swank, R., ve Becker, D. (1990). Functional status after coronary artery bypass grafting and percutaneous transluminal coronary angioplasty. *The American Journal of Cardiology*, 66(12), 921–925. [https://doi.org/10.1016/0002-9149\(90\)90926-R](https://doi.org/10.1016/0002-9149(90)90926-R)
- Allen, S. (2014). Gastrointestinal complications and cardiac surgery. *The Journal of Extra-Corporeal Technology*, 46(2), 142–149. 02.04.2025 tarihinde https://consensus.app/papers/gastrointestinal-complications-and-cardiac-surgery-allen/b600ee00d4a558a9beb0d9d347ccdc31/?utm_source
- Alsubaiei, M. E., Althukair, W., ve Almutairi, H. (2023). Functional capacity in smoking patients after coronary artery bypass grafting surgery: A quasi-experimental study. *Journal of Medicine and Life*, 16(12), 1760–1768. <https://doi.org/10.25122/jml-2023-0282>
- Amemiya, T., Oda, K., Ando, K., Kawamura, T., Kitagawa, Y., Okawa, Y., vd. (2007). Activities of daily living and quality of life of elderly patients after elective surgery for gastric and colorectal cancers. *Annals of Surgery*, 246(2), 222–228. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3180caa3fb>
- Angus, J. (1996). Women and recovery from myocardial infarction and coronary artery bypass surgery, Part I: The everyday activities of Canadian women. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(4), 9–14. 02.04.2025 tarihinde <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9136310/> adresinden alındı.
- Anthony, A., ve Sendelbach, S. (2007). Postoperative complications of coronary artery bypass grafting surgery. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 19(4), 403–415. <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2007.07.001>
- Arikan, B., ve Demir Korkmaz, F. (2024). Prevalence of frailty and associated factors in coronary artery bypass graft surgery patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvae098.081>
- Arnaz, A., Mahmudoğlu, V., Doğan, A., Altun, D., Yüksek, A., ve Yalçınbaş, Y. K. (2022). Minimal invaziv direkt koroner arter baypas cerrahisi erken dönem

sonuçlarımız. *Türk Kalp ve Damar Cerrahisi Derneği 17. Kongresi Bildiri Kitabı*, 262. 02.04.2025 tarihinde

<https://avesis.acibadem.edu.tr/yayin/55488334-8caa-45e1-ae36-724be20b1c28/minimal-invaziv-direkt-koroner-arter-baypas-cerrahisi-erken-donem-sonuclarimiz>Avesis adresinden alındı.

Arsyi, D. H., Permana, P. B. D., Karim, R. I., ve Abdurachman. (2022). The role of optimism in manifesting recovery outcomes after coronary artery bypass graft surgery: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 162, 111044. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.111044>

Artuvan, Z., ve Yurtsever, S. (2020). Tip 1 diyabetli adölesanların benlik saygısının diyetle uyumla ilişkisi. *Uluslararası Toplum ve Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 1–5. 03.04.2025 tarihinde https://consensus.app/papers/tip-1-diyabetli-adölesanların-benlik-saygısının-diyete-artuvan-yurtsever/7d572e659704523b9986902eebbbc3aa/?utm_source adresinden alındı.

Asgar Pour, H., Demir Korkmaz, F., ve Hacıoğlu, G. (2010). Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası hastalara verilen direkt bakımın türü ve harcanan zamanın incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 26(2), 27–36. 03. 04. 2025 tarihinde <https://dergipark.org.tr/en/pub/egehemsire/issue/49595/635540> adresinden alındı.

Badak, T. O., ve İşkesen, A. (2021). Koroner Arter Cerrahisinin Solunum Fonksiyonlarına Etkilerinin Değerlendirilmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 30-36. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1496122> adresinden alındı.

Badr, H., ve Taylor, C. L. (2006). Social support, self-efficacy, and coping as predictors of adjustment to lung cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 24(2), 1–22. https://doi.org/10.1300/J077v24n02_01

- Balanuye, B., ve Bulut, H. (2021). Koroner arter baypas greft cerrahisi geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde uyum süreci. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(3), 232–243. <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/1860899> adresinden alındı.
- Baron, R. M., ve Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Baş, T. (2010). *Anket (Nasıl hazırlanır, uygulanır değerlendirilir?* (6. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Berg, K., Kjellgren, K., Unosson, M., ve Arestedt, K. (2012). Postoperative Recovery and Its Association with Health-Related Quality of Life Among Day Surgery Patients. *BMC Nurs* 11, 24 <https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-24>
- Berg, K., Kjellgren, K., Unosson, M., ve Trollvik, A. (2012). Postoperative recovery and its association with health-related quality of life among day surgery patients. *BMC Nursing*, 11(1), 24. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-24>
- Berhuni, M., Yönder, H., Elkan, H., Tatlı, F., ve Uzunköy, A. (2024). Uludağ Fournier Gangreni Şiddet İndeksinin kliniğimiz hastalarındaki etkinliği. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 02.04.2025 tarihinde https://consensus.app/papers/uludağ-fournier-gangreni-şiddet-indeksinin-kliniğimiz-berhuni-yönder/7653b2caba315b84b471fac807c3cff4/?utm_source adresinden alındı.
- Bowyer, A. ve Royse, C. (2018). Approaches to the Measurement of Post-Operative Recovery, Best Practice and Research Clinical Anaesthesiology, Volume 32, Issues 3–4, Pages 269-276, ISSN 1521-6896, <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2018.02.001>.

- Bowyer, A., Jakobsson, J., Ljungqvist, O., ve Royse, C. (2014). A review of the scope and measurement of postoperative quality of recovery. *Anaesthesia*, 69(11), 1266–1278. <https://doi.org/10.1111/anae.12730>
- Breglio, A. M., Anyanwu, A. C., Itagaki, S., Polanco, A., Adams, D. H., ve Chikwe, J. (2013). Does prior coronary bypass surgery present a unique risk for reoperative valve surgery?. *The Annals of Thoracic Surgery*, 95(5), 1603–1608. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2013.01.073>
- Buffolo, E., Andrade, J. C. S., Succi, J. E., Leao, L. E. V., ve Cueva, C. (1991). Direct myocardial revascularization without cardiopulmonary bypass. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 102(4), 629–635. 02.04.2025 tarihinde <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022522391801235> adresinden alındı.
- Butler, S. F., Black, R. A., Techner, L., Fernandez, K. C., Brooks, D., Wood, M., vd. (2012). Development and validation of the Post-Operative Recovery Index for measuring quality of recovery after surgery. *Journal of Anesthesia & Clinical Research*, 3(12), 267. <https://doi.org/10.4172/2155-6148.1000267>
- Büber, İ., ve Sevgican, C. İ. (2022). Koroner arter hastalığı olanlarda medikal tedavi ve yaşam tarzı değişikliklerine uyumun değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 15(2), 239–250.
- Byrne, B. M. (2016). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (3rd ed.). New york: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315757421>
- Carrel, A. (1910). The surgery of blood vessels. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 21, 18–27. 02.04.2025 tarihinde <https://archive.org/details/bulletinofjohn2119john/page/18> adresinden alındı.
- Carroll, D. L. (1995). The importance of self-efficacy expectations in elderly patients recovering from coronary artery bypass surgery. *Heart & Lung*, 24(1), 50–59. [https://doi.org/10.1016/s0147-9563\(05\)80095-0](https://doi.org/10.1016/s0147-9563(05)80095-0)

- Cengiz, H., ve Aygin, D. (2019). Validity and Reliability Study of the Turkish Version of the Postoperative Recovery Index of Patients Undergoing Surgical Intervention. *Turkish Journal of Medical Sciences* (49), 566-573. doi:10.3906/sag-1806-33.
- Chaudhari, J., Pani, S., Mhaske, A. N., ve Mulay, A. (2021). Impact of coronary artery bypass graft on activities of daily living of patients with coronary artery disease: A comparative study using the extended nursing care model. *MGM Journal of Medical Sciences*, 8(3), 146–150. https://doi.org/10.4103/mgmj.mgmj_8_21
- Chaudhuri, K., Pletzer, A., Waqanivavalagi, S., Milsom, P., ve Smith, N. (2023). Personalized surgical planning for coronary bypass graft configurations using patient-specific computational modeling to avoid flow competition in arterial grafts. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 10. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2023.1095678>
- Chui, J., ve Murkin, J. (2021). Postoperative management after coronary artery bypass graft surgery. In *Cardiac Anesthesia and Postoperative Management* (pp. 166–173). <https://doi.org/10.1093/MED/9780198758785.003.0031>
- Connolly, T. M., White, R., Sastow, D., Gaber Baylis, L. K., Turnbull, Z., ve Rong, L. (2018). The disparities of coronary artery bypass grafting surgery outcomes by insurance status: A retrospective cohort study, 2007–2014. *World Journal of Surgery*, 42, 3240–3249. <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4631-9>
- Çakır F. (2023). Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların öz etkililik düzeylerinin iyileşme durumlarına etkisinin incelenmesi. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Kütahya.
- Çam Yanık, T., ve Gürdil Yılmaz, S. (2019). Kardiyovasküler cerrahi sonrası yoğun bakımda yaşanan sorunlar ve hemşirelik bakımı. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 1(2), 122
- Çeliktürk, N., Öden, T. N., ve Demir Korkmaz, F. (2021). Koroner arter bypass cerrahisi geçiren hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sürdürülmesi.

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 25(2), 92–101. 02.04.2025 tarihinde <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ybhd/issue/64661/908928> adresinden alındı.

Çınar, S., ve Savaş, S. (2019). Kalp cerrahisi sonrası günlük yaşam aktivitelerine dönüş: Hemşirelik bakım süreci. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 11(3), 225–230. 02.04.2025 tarihinde <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-kalp-cerrahisi-sonrasi-gunluk-yasam-aktivitelerine-donus-hemsirelik-bakim-sureci-90668.html> adresinden alındı.

Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., ve Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik. SPSS ve LISREL uygulamaları* (3. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.

Demir Erbil, D., ve Hazer, O. (2021). Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerinin ve Sosyal Ağlarının Başarılı Yaşlanmaya Etkisi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 21(80), 1846–1857. 02.04.2025 tarihinde <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1529551> adresinden alındı.

Demir Korkmaz, F., Okgün Alcan, A., Eti Aslan, F., ve Çakmakçı, H. (2015). Koroner arter baypas greft ameliyatı sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 23(2), 285-294. 02.04.2025 tarihinde <https://tgkdc.dergisi.org/pdf.php?id=2197> adresinden alındı.

Demirdağ, E., Erol, G., Çetin, E., Sicim, H., Kartal, H., ve Arslan, G. (2019). On-pump ve off-pump koroner arter bypass greft ameliyatı yapılan hastaların cerrahi sonuçlarının karşılaştırılması. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 21(2), 112–117. <https://doi.org/10.18678/dtfd.534981Avesis>

Demirkıran, G., ve Uzun, Ö. (2012). Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(1), 1–12. 02.04.2025 tarihinde <https://dergipark.org.tr/en/pub/egehemsire/issue/49351/630378> adresinden alındı.

- Denzinger, F., Wels, M., Ravikumar, N., Breininger, K., Reidelshöfer, A., Eckert, J., vd. (2019). *Coronary artery plaque characterization from CCTA scans using deep learning and radiomics*. 02.04.2025 tarihinde <https://arxiv.org/abs/1912.06075> adresinden alındı.
- Dıgın, F., ve Kızılcık Özkan, Z. (2021). Yaşlı hastaların ameliyat sonrası iyileşme durumlarının belirlenmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 413–418. <https://doi.org/10.26453/otjhs.907564>
- Doğan, C., Özer, T., Aksoy, R., Acar Deniz, R., Bayram, Z., Adademir, T., vd. (2019). The effect of time between angiography and coronary artery bypass grafting on postoperative acute kidney injury in patients with diabetes mellitus. *Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 27(1), 1–8. <https://doi.org/10.5606/tgkdc.dergisi.2019.16216>
- Doğu, Ö., Çolak Güngörsün, H., ve Erkorkmaz, Ü. (2015). Koroner by-pass ameliyatı olan hastalarda yaşam kalitesinin incelenmesi. *Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Dergisi*, 1(1), 113–129. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/105572> adresinden alındı.
- Dolu, I., Demirtaş, H., ve Çelik, S. (2024). A prospective study on activities of daily living, comfort, body image, and cardiac symptoms in coronary artery bypass patients. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2024.04.014>
- Durusoy, E., Yıldırım, T. ve Altun, A., (2010). Koroner arter hastalığı poliklinik takibi. *Trakya Univ Tip Fak Dergisi*, 27(1), 13-18. 02.04.2025 tarihinde <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/42703> adresinden alındı.
- Efron, B., ve Tibshirani, R. J. (1993). *An introduction to the bootstrap*. New york: Chapman ve Hall/CRC.
- Emamzadehashemi, M., Lin, Y. C., Huang, C. Y., Wang, C. H., Chen, Y. H., Liu, C.-C., vd. (2024). Enhanced recovery after surgery in coronary artery bypass patients. *Hu Li Za Zhi*, 71(3), 93–103. [https://doi.org/10.6224/JN.202406_71\(3\).12](https://doi.org/10.6224/JN.202406_71(3).12)

- Favaloro, R. G. (1969). Saphenous vein autograft replacement of severe segmental coronary artery occlusion: Operative technique. *The Annals of Thoracic Surgery*, 5(4), 334–339. [https://doi.org/10.1016/S0003-4975\(10\)66549-2](https://doi.org/10.1016/S0003-4975(10)66549-2)
- Ferraz, S.M., Moreira, J. P., Mendes L.C., Amaral, T. M., Andrade, A. R., Santos, A. R., vd. (2018). Avaliação da Qualidade da Recuperação E Do Estado De Saúde No Pós-Operatório De Cirurgias Eletivas [Evaluation Of The Quality of Recovery and the Postoperative Health Status After Elective Surgery]. *Braz J Anesthesiol*. 2018 Nov-Dec;68(6):577-583. doi: 10.1016/j.bjan.2018.06.002. PMID: 30197270; PMCID: PMC9391732.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4th ed.). London: Sage Publications. Ltd.
- Fornell, C., ve Larcker, D. F. (1981). Structural equation models with unobservable variables and measurement error: Algebra and statistics. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39–50. <https://doi.org/10.1177/002224378101800104>
- Foster, J. (2023). The effect of income on daily physical activity levels in Americans. *John Heinrichs Scholarly & Creative Activities Day*. <https://doi.org/10.58809/nxd14613>
- Gaba, P., Bhatia, G. S., Sharma, M., Singh, S., Jain, A., Kumar, V., vd. (2023). Percutaneous coronary intervention vs coronary artery bypass grafting in left main disease with or without acute coronary syndrome: A pooled analysis of 4 randomized clinical trials. *JAMA Cardiology*, 8(7), 672–682. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2023.1234>
- Ghods, A. A., Keramati, A., Mirmohamadkhani, M., Esmaeili, R., ve Asgari, M. R. (2019). Anxiety and associated factors in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 28(170), 127–137. 02.04.2025 tarihinde <https://jmums.mazums.ac.ir/article-1-12278-en.html> adresinden alındı.

- Goel, K., Lennon, R. J., Tilbury, R. T., Squires, R. W., ve Thomas, R. J. (2013). Impact of cardiac rehabilitation on mortality and cardiovascular events in older adults. *Circulation*, 128(14), 1576–1583. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.112.000101>
- Goetz, R. H., Rohman, M., Haller, J. D., ve Dee, R. (1961). Internal mammary-coronary artery anastomosis: A nonsuture method employing tantalum rings. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 41(3), 378–386. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13706288/> adresinden alındı.
- Grabas, M. P. K., Hansen, S. M., Torp Pedersen, C., Bøggild, H., Ullits, L. R., Deding, U., vd. (2016). Alcohol consumption and mortality in patients undergoing coronary artery bypass graft (CABG) – a register-based cohort study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 16(219). <https://doi.org/10.1186/s12872-016-0403-3>
- Gravetter, F. J., ve Wallnau, L. B. (2014). *Essentials of statistics for the behavioral sciences* (8th ed.). Cengage Learning. ABD: Wadsworth,
- Gray, E., Smith, C., Bunton, R., ve Skinner, M. (2021). Perceptions and experiences of engaging in physical activity following coronary artery bypass graft surgery. *Physiotherapy Theory and Practice*, 38(13), 2841–2855. <https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1989733>
- Gül, A., Cengiz Açıl, H., ve Aygin, D. (2022). Minimal invaziv kalp cerrahisinde güncel yaklaşımlar. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 3(1), 79–104. 02.04.2025 tarihinde <https://dergipark.org.tr/en/pub/ssd/issue/69023/1062033> adresinden alındı.
- Güler, A., ve Saçar, M. (2015). Koroner arter baypas cerrahisinde greft seçimi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 2, 88–95. 02.04.2025 tarihinde https://consensus.app/papers/koroner-arter-baypas-cerrahisinde-greft-seçimi-güler-saçar/d732d2358db4543da2f04a58d357f36a/?utm_source adresinden alındı.
- Güler, S. (Ed.). (2022). Koroner arter hastalığı ve hemşirelik bakımı. In *Sağlık Bilim 2022 Hemşirelik-1* (ss. 239–250). Ankara: Akademisyen Kitabevi. 02.04.2025

tarihinde https://www.researchgate.net/publication/362996555_Koroner_Arter_Hastaligi_ve_Hemşirelik_Bakimi_SAGLIK_BILIM_2022_HEMSIRELIK-1_Editor_Sevil_GULER adresinden alındı.

Gülhan Güner, S., ve Nural, N. (2020). Koroner arter hastalığı: Etiyoloji ve patogenezi. In N. Nural (Ed.), *Kalp damar hastalıkları hemşireliği* (1. baskı, ss. 1–6). Türkiye Klinikleri. 02.04.2025 tarihinde <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-koroner-arter-hastaligi-etiyoloji-ve-patogenezi-90709.html> adresinden alındı.

Gülhan Güner, S., ve Nural, N. (2020). Koroner arter hastalığı: Etiyoloji ve patogenezi. In N. Nural (Ed.), *Kalp damar hastalıkları hemşireliği* (ss. 1–6). Türkiye Klinikleri. 02.04.2025 tarihinde <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-koroner-arter-hastaligi-etiyoloji-ve-patogenezi-90709.html> adresinden alındı.

Gündoğmuş Öcek, B., Köseoğlu, F., ve Demirci, A. (2007). Hemiplejik 1000 Türk hastanın motor ve fonksiyonel rehabilitasyon sonuçları [Motor and functional rehabilitation outcomes of 1000 Turkish hemiplegic patients]. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, 2(2), 56–62.

Gündöner, S. (2023). Erişkin kalp cerrahisinde kardiyopulmoner bypass yönetimi. *Türk Klinik ve Kardiyovasküler Perfüzyon Dergisi*, 1(1), 1–7. <https://doi.org/10.4274/tjccp.galenos.2023.22931>

Gürbüz, A., ve Şahin, İ. (2015). *Psikolojik testler ve değerlendirme*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.

Gürbüz, S., ve Şahin, F. (2015). Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri. *Felsefe - yöntem - analiz*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Hacıoğlu, N., ve Özer, N. (2008). Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası bakımverenlerin sorunları ve gereksinimleri: Bir derleme. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 11(1), 1–8.

Halm, M., Treat Jacobson, D., Lindquist, R., ve Savik, K. (2007). Caregiver burden and outcomes of caregiving of spouses of patients who undergo coronary artery

- bypass graft surgery. *Heart & Lung*, 36(3), 170–187.
<https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2006.08.003>
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (2nd ed.). New york: The Guilford Press.
- Hill, D. R. (1989). The role of the spouse and marital satisfaction in the recovery of the coronary bypass patient. *Dissertation Abstracts International*, 50(4), 1547B.
- Hogue, C. W., Palin, C. A., ve Arrowsmith, J. E. (2001). Cardiopulmonary bypass management and neurologic outcomes: An evidence-based appraisal of current practices. *Anesthesia & Analgesia*, 92(5), 1052–1064.
<https://doi.org/10.1213/00000539-200105000-00003>
- Honda, Y., Takahashi, K., Sasanuma, N., Itani, Y., Nagase, M., Uchiyama, Y., vd. (2021). Predictors of functional decline in activities of daily living at discharge in patients after cardiovascular surgery. *Circulation Journal*, CJ-20-0909.
<https://doi.org/10.1253/circj.CJ-20-0909>
- Hussain, S. M. A., ve Harky, A. (2019). Complications of coronary artery bypass grafting. *International Journal of Medical Reviews*.
<https://doi.org/10.29252/IJMR-060101>
- İnce, F., Eti, S., ve Çolak, S. (2019). Sigara kullanımının izole koroner arter bypass greft ameliyatı geçirmiş olgularda entübasyon süresi ve hastanede kalış üzerine etkisi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 13–22. 02.04.2025 tarihinde <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/825299> adresinden alındı.
- İndelen, C., ve Berki, K. (2020). Koroner arter bypass cerrahisinde losartan'ın internal torasik arter, radial arter ve safen ven greftlerindeki nitrik oksit düzeyine etkisi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 117–123.
<https://doi.org/10.30934/kusbed.709982>
- Jin, L., Shan, L., Yu, K., Pan, Y., Sun, Y., Chen, J., vd. (2024). Postoperative acute kidney injury increases short- and long-term death risks in elderly patients (≥ 75

- years old) undergoing coronary artery bypass graft surgery. *International Urology and Nephrology*, 56, 1497–1508. <https://doi.org/10.1007/s11255-023-03845-0>
- Jonsson, M., ve Westerdahl, E. (2012). Physical activity promotes pulmonary recovery after cardiac surgery. *European Respiratory Journal*, 40(56), 493. <https://doi.org/10.1183/09031936.00049312>
- Jöreskog, K. G., ve Sörbom, D. (1993). *LISREL 8: User's guide*. Chicago: Scientific Software.
- Kapi Para, D., ve Ata, E. E. (2024). Koroner arter by-pass greft ameliyatı olacak hastalara uygulanan psikoeğitim ve progresif gevşeme egzersizinin ameliyata ilişkin anksiyete düzeyine etkisi. *Doğu Karadeniz Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 90–105. <https://doi.org/10.59312/ebshealth.1581446>
- Kara, S. G. (2025). The role of prophylaxis for preventing venous thromboembolism in major urological surgery and nursing management. *The New Journal of Urology*. <https://doi.org/10.33719/nju1503620>
- Karaağaç GL. (2013). Lomber cerrahi uygulanan hastalarda preoperatif dönemde verilen taburculuk eğitiminin günlük yaşam aktivitesine etkisinin belirlenmesi. (Yayın no: 816830). [Yüksek Lisans Tezi, İzmir Tınaztepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Karasu, V. E., ve Aksu, Ç. (2024). Koroner arter bypass sonrası hastaların sağlık algıları ve yaşam kalitesi. *Gevher Nesibe Journal of Medical & Health Sciences*, 9(3), 394–402. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13623791>
- Kasapoğlu, E. S., ve Enç, N. (2017). Koroner arter hastaları için bir rehber. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 8(15), 1–7. 02.04.2025 tarihinde https://jag.journalagent.com/kvhd/pdfs/KVHD_8_15_1_7.pdf adresinden alındı.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., ve Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged: The index of ADL. *Journal of the American*

Medical Association, 185(12), 914–919.
<https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>

Keskin, M., Ceylan, Ö., Özgür, S., Örün, U., Doğan, V., Yılmaz, O., vd. (2020). Assessment of left ventricular functions with strain and strain rate echocardiography in children with Duchenne muscular dystrophy. *Süleyman Demirel University Faculty of Medicine Journal*, 27, 59–66.
<https://doi.org/10.17343/sdutfd.554940>

Kıralı, K., Çağlar, B., Güler, M., Ömeroğlu, S., İpek, G., Balkanay, M., Işık, Ö., vd. (1999). Minimal invaziv koroner arter cerrahisinde Koşuyolu deneyimi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 7(1), 25–29.
<https://tgkdc.dergisi.org/pdf.php?id=446>

Kikuchi, I., Takeuchi, H., Shimanuki, H., Kitade, M., Kumakiri, J., Kuroda, K., vd. (2008). Questionnaire analysis of recovery of activities of daily living after laparoscopic surgery. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 15(1), 16–19.
<https://doi.org/10.1016/j.jmig.2007.08.606>

King, K. B., ve Reis, H. T. (2012). Marriage and long-term survival after coronary artery bypass grafting. *Health Psychology*, 31(1), 55–62.
<https://doi.org/10.1037/a0025061>

Kline, (2016). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New york: The Guilford Press.

Koch, C., Li, L., Lauer, M., Sabik, J., Starr, N., ve Blackstone, E. (2007). Effect of functional health-related quality of life on long-term survival after cardiac surgery. *Circulation*, 115, 692–699.
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.640573>

Koçalışlı, S., ve Kanan, N. (2020). Açık kalp cerrahisi sonrası hastaların fiziksel ve psikososyal iyileşme durumları. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 146–158.
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/jgehes/issue/58651/808181> adresinden alındı.

- Kolesov, V. I. (1965). Mammary artery–coronary artery anastomosis as method of treatment for angina pectoris. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 49(4), 543–550. 02.04.2025 tarihinde. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6051440/> adresinden alındı.
- Kulakaç, N., ve Sayılan, A. A. (2024). The Effect of Preoperative Perceived Nursing Care and Surgical Anxiety on Postoperative Recovery. *Balıkesir Health Sciences Journal*. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.1507055>
- Kumar, L., Prakash, A., ve Gupta, S. (2019). Assessment of economic burden and quality of life in stable coronary artery disease patients. *Indian Journal of Medical Specialities*, 10(1), 26–29. https://doi.org/10.4103/INJMS.INJMS_1_18
- Kurlansky, P., Herbert, M., Prince, S., Mack, M. J., ve Cleveland, J. C. (2010). Coronary bypass in patients aged 80 years and older: Risk factors, outcomes, and costs. *The Annals of Thoracic Surgery*, 89(5), 1449–1456. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2010.01.030>
- Küçükdeveci, A.A., Yavuzer, G., Tennant, A., Süldür, N., Sonel, B., ve Arasil, T. (2000). Adaptation of the modified barthel index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 32:87-92.
- Lafçı, G., Çağlı, K., ve Özcan, F. (2014). Koroner arter baypas greft cerrahisi: Güncelleme. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 22(1), 211–215. <https://doi.org/10.5606/tgkdc.dergisi.2014.1995>
- Lapier, T. (2007). Functional status of patients during subacute recovery from coronary artery bypass surgery. *Heart & Lung*, 36(2), 114–124. <https://doi.org/10.1016/J.HRTLNG.2006.09.002>
- LaPier, T. L., ve Howell, D. (2003). Functional limitations in older patients recovering from coronary artery bypass. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal*, 14(1), 3–8. 02.04.2025 tarihinde [PubMed Central - PMC2845254](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2845254/) adresinden alındı.

- Lapier, T., Wintz, G. S., Holmes, W., Cartmell, E., Hartl, S., Kostoff, N., vd. (2008). Analysis of activities of daily living performance in patients recovering from coronary artery bypass surgery. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 27(2), 16–35. <https://doi.org/10.1080/02703180802206215>
- Lawton, J. S., Tamis Holland, J. E., Bangalore, S., Bates, E. R., Beckie, T. M., Bischoff, J. M., ve American College of Cardiology Foundation/American Heart Association. (2022). 2021 ACC/AHA/SCAI guideline for coronary artery revascularization: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 79(2), e21–e129. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.09.00>
- Lindsay, G., Smith, L., Hanlon, P., ve Wheatley, D. (2001). The influence of general health status and social support on symptomatic outcome following coronary artery bypass grafting. *Heart*, 85(1), 80–86. <https://doi.org/10.1136/heart.85.1.80>
- Loop, F. D., Lytle, B. W., Cosgrove, D. M., Stewart, R. W., Goormastic, M., Williams, G. W., vd. (1986). Influence of the internal-mammary-artery graft on 10-year survival and other cardiac events. *New England Journal of Medicine*, 314(1), 1–6. <https://doi.org/10.1056/NEJM198601023140101>
- MacKinnon, D. P. (2008). *Introduction to statistical mediation analysis*. New york: Lawrence Erlbaum Associates. <https://doi.org/10.4324/9780203809556>
- Maheshwari, A., Dalton, J. E., Yared, J.-P., Mascha, E. J., Kurz, A., ve Sessler, D. I. (2010). The association between alcohol consumption and morbidity and mortality in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 24(4), 580–585. <https://doi.org/10.1053/j.jvca.2009.09.003>
- Malherbe, D. C., ve Messaoudi, I. (2022). Transcriptional and epigenetic regulation of monocyte and macrophage dysfunction by chronic alcohol consumption. *Frontiers in Immunology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.911951>

- Malley, A., Kenner, C., Kim, T., Blakeney, B., Whittington, J., ve Cole, M. (2015). The role of the nurse and the preoperative assessment in patient transitions. *AORN Journal*, 102(2), 181.e1–181.e9. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.06.004>
- Mansız Kaplan, B., Yağcı, İ., ve Göçmen, S. (2018). Kardiyak Rehabilitasyon Programının Bakım Veren Kişilere Yönelik Faydası. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 8(3), 150–155. <https://doi.org/10.17954/amj.2018.11602>
- Meydan, H., ve Şeşen, H. (2011). Yapısal eşitlik modellemesi. *AMOS uygulamaları*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Meydan, H., ve Şeşen, H. (2011). *Yapısal eşitlik modellemesi: Temel ilkeler ve LISREL uygulamaları*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Miller, K., ve Grindel, C. G. (2004). Comparison of symptoms of younger and older patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Clinical Nursing Research*, 13(3), 179–193. <https://doi.org/10.1177/1054773804265693>
- Nedeljkovic, U. D., Krstic, N. M., Varagic Markovic, S. L., ve Putnik, S. M. (2009). Functional status of patients after surgical myocardial revascularization. *Acta Chirurgica Iugoslavica*, 56(2), 41–46.
- Ni, J., El-Ansary, D., Heiberg, J., Shen, G., You, Q., Gao, Y., vd. (2018). Validation of a revised Mandarin Chinese language version of the Postoperative Quality of Recovery Scale. *Anaesthesia and Intensive Care*, 46(3), 278–289. <https://doi.org/10.1177/0310057X1804600305>
- Okgün Alcan, A., Demir Korkmaz, F., ve Çakmakçı, H. (2017). Koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 25(1), 45–51. 02.04.2025 tarihinde <https://tgkdc.dergisi.org/pdf.php?id=2494> adresinden alındı.
- Onat, A., Şurdum Avcı, G., Şenocak, M., Örnek, E., Gözükar, Y., Karaaslan, Y., Özışık, U., İşler, M., Tabak, F. ve Özcan, R., (1991). Türkiye’de erişkinlerde kalp hastalığı ve risk faktörleri sıklığı taraması: 3. Kalp hastalıkları prevalansı. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 19(26), 33. 02.04.2025 tarihinde

https://jag.journalagent.com/z4/download_fulltext.asp?pdire=tkd&plng=tur&un=TKDA-12050 adresinden alındı.

Onat, A., ve TEKHARF Çalışma Grubu. (2010). Türk erişkinlerinde kalp hastalıkları ve risk faktörleri: TEKHARF çalışması 20. yıl (1990–2010) sonuçları. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 38(1), 1–8. 02.04.2025 tarihinde <https://tkd.org.tr/menu/78/1900lerden-2000lere-kardiyoloji> adresinden alındı.

Ongun, P., Öztekin, S. D., ve Dolapoğlu, A. (2024). Effect of a preoperative evidence-based care education on postoperative recovery of cardiac surgery patients: A quasi-experimental study. *Nursing in Critical Care*. <https://doi.org/10.1111/nicc.13082>

Owens, S., Agnew, J., Curbow, B., Selnes, O., ve Fitzgerald, S. (2010). The association of neurocognitive decline and other variables with return to work, hobbies, and activities of daily living after coronary artery bypass graft surgery. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 28(4), 348–359. <https://doi.org/10.3109/02703181.2010>.

Ömeroğlu, S. N., Göksedef, D., Balkanay, O. O., Talas, Z., Sayılğan, C., Karadağ, B., vd. (2010). Obezite ve vücut kütle indeksinin koroner arter bypass greftleme ameliyatına etkisi [The effect of obesity and body mass index on coronary artery bypass grafting]. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 18(1), 5–10. 02.04.2025 tarihinde <https://tgkdc.dergisi.org/pdf.php?id=1269> adresinden alındı.

Örer, A., ve Oto, Öztekin., (1999). Düünden bugüne kalp cerrahisi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 9(3), 282–289. 02.04.2025 tarihinde <https://tgkdc.dergisi.org/text.php?id=282&lang=tr> adresinden alındı.

Özbilgin, F., ve Kurnaz, C. (2023). Koroner arter hastalığının iris görüntülerinden yerel ikili örüntüler ve yapay sinir ağı kullanılarak tahmini. *Karadeniz Fen Bilimleri Dergisi*, 13(2), 665–679. <https://doi.org/10.31466/kfbd.1266996>

- Özdemir, F. E., ve Yılmaz, M. (2024). Açık kalp ameliyatı sürecinde yaşanan psikososyal sorunlara yönelik uygulanan kanıt temelli müdahaleler. *Türk Hemşireler Derneği Dergisi*, 5(1), 33–44. <https://doi.org/10.70479/thdd.1401780>
- Özdemir, F., Demirbağ, D., Murat, S., ve Kokino, Ş. (2006). Strok tipi ve komplikasyonların rehabilitasyon sonuçlarıyla ilişkisi. *Balkan Medical Journal*, 2006(2), 76–83. 02.04.2025 tarihinde <https://dergipark.org.tr/tr/pub/bmj/issue/3751/49853> adresinden alındı.
- Özüberk, B. (2019). *Koroner arter bypass greft cerrahisi sonrası erken dönem hastalarında faz I, faz II kardiyak rehabilitasyon ve NMES kullanımının fonksiyonel kapasite üzerine etkilerinin miyokard doku doppleri ve iki dakika yürüme testi ile değerlendirilmesi* [Doktora tezi, Pamukkale Üniversitesi]. Pamukkale Üniversitesi. 02.04.2025 tarihinde <https://gcris.pau.edu.tr/handle/11499/28195> adresinden alındı.
- Paryad, E., Balaafkandah, A., ve Ghanbari, A. (2020). Factors predicting daily and instrumental living activities in obese and overweight patients after coronary artery bypass graft surgery. *Quarterly of the Horizon of Medical Sciences*, 26(1), 2–13. <https://doi.org/10.32598/hms.26.1.2959.1ResearchGate>
- Pook, M., Elhaj, H., El Kefraoui, C., Balvardi, S., Pecorelli, N., Lee, L., vd. (2022). Construct validity and responsiveness of the Duke Activity Status Index (DASI) as a measure of recovery after colorectal surgery. *Surgical Endoscopy*, 36, 8490–8497. <https://doi.org/10.1007/s00464-022-09145-6>
- Prabhakar, G., Haan, C. K., Peterson, E. D., Coombs, L. P., Cruzzavala, J. L., ve Murray, G. F. (2002). The risks of moderate and extreme obesity for coronary artery bypass grafting outcomes. *The Annals of Thoracic Surgery*, 74(4), 1125–1131. [https://doi.org/10.1016/S0003-4975\(02\)03899-7](https://doi.org/10.1016/S0003-4975(02)03899-7)
- Pratiwi, I. G. A. A. (2023). Relationship between family support and independence in daily activities after surgery. *International Journal of Nursing and Health Services*, 5(1), 45–53. <https://doi.org/10.31674/ijnhs.2023.v05i01.006>

- Puskas, J. D., Williams, W. H., O'Donnell, R., Patterson, R. E., Sigman, S. R., Smith, A. S., vd. (2011). Off-pump and on-pump coronary artery bypass grafting are associated with similar graft patency, myocardial ischemia, and freedom from reintervention: Long-term follow-up of a randomized trial. *The Annals of Thoracic Surgery*, 91(6), 1836–1842. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2010.12.043PMC>
- Rahman, A. ve Mahdy, N. (2017). Predictive Factors Affecting Postoperative Quality of Recovery for Patients Undergoing Surgery. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*. 06. 50-60. 10.9790/1959-0603085060.
- Ralapanawa, U., ve Sivakanesan, R. (2021). Epidemiology and the magnitude of coronary artery disease and acute coronary syndrome: A narrative review. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 11(2), 169–177. <https://doi.org/10.2991/jegh.k.201217.001>
- Rallidis, L., Xenogiannis, I., Brilakis, E., ve Bhatt, D. L. (2022). Causes, angiographic characteristics, and management of premature myocardial infarction: JACC state-of-the-art review. *Journal of the American College of Cardiology*, 79(24), 2431–2449. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2022.04.015>
- Royse, C. F., Newman, S., Chung, F., Stygall, J., McKay, R. E., Boldt, J., vd. (2010). Development and feasibility of a scale to assess postoperative recovery: The Post-operative Quality Recovery Scale. *Anesthesiology*, 113(4), 892–905. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e3181d960a9>
- Saboula, N. E., Hussein, A., ve Habouh, A. G. A. (2020). Effect of home-based-nursing intervention on knowledge, daily living activities and pain for patients after coronary artery bypass graft. *Tanta Scientific Nursing Journal*, 18, 134–159. <https://doi.org/10.21608/tsnj.2020.108600>
- Saboula, N. E., Hussein, A., ve Habouh, A. G. A. (2020). Effect of home-based nursing intervention on knowledge, daily living activities and pain for patients after coronary artery bypass graft. *Tanta Scientific Nursing Journal*, 18, 134–159. <https://doi.org/10.21608/tsnj.2020.108600>

- Sadeh, M., Agay, N., Brauer, M., Chudnovsky, A., Ziv, A., ve Dankner, R. (2022). Is health-related quality of life 1-year after coronary artery bypass surgery associated with living in a greener environment?. *Environmental Research*, 113364. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2022.113364>
- Sarı, S., Keskin, H., Ergin, M., Gümüslü, S., Şahin, M., Genç, G. E., vd. (2017). Kardiyopulmoner bypass sırasında açığa çıkan mediatörler ve bunların solunum fonksiyonlarına etkisi. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 3(3), 177–184. <https://doi.org/10.21601/akd.1047172>
- Sarıtaş, S., Erci, B., ve Boyraz, A. (2018). Koroner arter baypas grefti yapılan hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 4(3), 142–147. <https://doi.org/10.5222/jaren.2018.04834>
- Savaş Tetik, S., ve Tanrıverdi, B. (2017). Aterosklerozun patofizyolojisi ve risk faktörleri. *Marmara Pharmaceutical Journal*, 21(1), 1–9. 02.04.2025 tarihinde <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/190119> adresinden alındı.
- Saxena, A., Shan, L., Reid, C., Dinh, D., Smith, J. A., Shardey, G., vd. (2013). Impact of smoking status on early and late outcomes after isolated coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Cardiology*, 61(5), 336–341. <https://doi.org/10.1016/j.jjcc.2013.01.002>
- Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. F., Magovern, G. J., Lefebvre, R. C., Abbott, vd. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1024–1040. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1024>
- Schermelleh-Engel, K. Moosbrugger, H., ve Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2) 23-74. <http://doi.org/10.23668/psycharchives.12784>

- Schumacker, R. E., ve Lomax, R. G. (2016). *A beginner's guide to structural equation modeling* (4th ed.). New York: Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781315749136>
- Shigeeda, W., Deguchi, H., Tomoyasu, M., Kaneko, Y., Yoshimura, R., Iwai, vd. (2023). Optimal period of smoking cessation to reduce the incidence of postoperative pulmonary complications in lung cancer. *Interdisciplinary Cardiovascular and Thoracic Surgery*, 36(6).
<https://doi.org/10.1093/icvts/ivad094>
- Stefil, M., Dixon, M., Benedetto, U., Gaudino, M., Lees, B., Gray, A. P., vd. (2023). Coronary artery bypass grafting using bilateral internal thoracic arteries in patients with diabetes and obesity: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Cardiology. Heart & Vasculture*, 47, 101235. 02.04.2025 tarihinde https://consensus.app/papers/coronary-artery-bypass-grafting-using-bilateral-internal-stefil-dixon/083e393758b15719a2fd87053df51e95/?utm_source adresinden alındı.
- Stombaugh, D. K., Singh, K., Malek, A., Kleiman, A. M., Walters, S., Zaaqoq, A., vd. (2024). Preoperative alcohol use, postoperative pain, and opioid use after coronary artery bypass surgery. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 38(4), 957–963. <https://doi.org/10.1053/j.jvca.2024.01.010>
- Sumrattana, S., Asdornwised, U., Wongkongkam, K., ve Tantiwongkosri, K. (2023). Effects of a telehealth program for wound healing promotion on the wound healing level in patients with diabetes undergoing coronary artery bypass graft surgery: A randomized controlled trial. *Belitung Nursing Journal*, 9, 428–436.
<https://doi.org/10.33546/bnj.2775>
- Sümer, N. (2000). Yapısal eşitlik modelleri: Temel kavramlar ve örnek uygulamalar. *Türk Psikoloji Yazıları*, 3(6), 49–74.
- Sweity, E. M., Alkaissi, A. A., Othman, W., ve Salahat, A. (2021). Preoperative incentive spirometry for preventing postoperative pulmonary complications in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: A prospective,

- randomized controlled trial. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, 16(1).
<https://doi.org/10.1186/s13019-021-01628-2>
- Şahin, A. (2021). *Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olan Hastalara Verilen Ameliyat Öncesi Eğitimin Ameliyat Sonrası Konfor Düzeyine Etkisi* (Yüksek Lisans Tezi).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2013). *Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması*. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. 02.04.2025 tarihinde <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf> adresinden alındı.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). *Türkiye sağlık istatistikleri yıllığı 2021*. 02.04.2025 tarihinde <https://www.saglik.gov.tr/TR,95111/tc-saglik-bakanligi-saglik-istatistikleri-yilligi-2021-the-ministry-of-health-of-turkiye-health-statistics-yearbook-2021-yayimlanmistir.html> adresinden alındı.
- Taş, R., ve Karataş, B. (2020). Cerrahi hastalarda sosyal güvence durumunun sağlık hizmeti sürecine etkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(3), 67–74.
- Turhan, S., ve Çan, G. (2020). Türkiye'de kalp damar hastalıkları: Halk sağlığı bakış açısı. In G. Saka (Ed.), *Halk sağlığı bakışıyla Türkiye'de kronik hastalıklar* (s. 7–14). Türkiye Klinikleri. 02.04.2025 tarihinde <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-turkiyede-kalp-damar-hastaliklari-halk-sagligi-bakis-acisi-89993.html> adresinden alındı.
- TÜİK. (2020). Ölüm nedeni istatistikleri, 2019. *Türkiye İstatistik Kurumu*. 02.04.2025 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr> adresinden alındı.
- TÜİK. (2023). *Türkiye Sağlık Araştırması, 2022* (Yayın No: 49747). 02.04.2025 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747> adresinden alındı.
- Tülüce, D., ve Kartal, M. (2021). Koroner arter hastalığının yönetimi: Cinsiyet farklılığı. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 12(29), 183–189.
<https://doi.org/10.5543/khd.2021.84856>

Türkoğlu, S., Taçoý, G., Tavi, Y., Cemri, M., Özdemir, M., Timurkaynak, T., vd. (2009). Miyokard iskemisinin dobutaminli doku doppler ekokardiyografi ile deęerlendirilmesi. *Gazi Medical Journal*, 20, 45–51. 02.04.2025 tarihinde https://consensus.app/papers/miyokart-iskemisinin-dobutaminli-doku-doppler-turkoglu-tacoy/ee741cc34a385e418965029b076f3548/?utm_source adresinden alındı.

Üstündağ, H., ve Eti Aslan, F. (2011). Koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastanın bakımı ve konforu. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 15(1), 22–28. 02.04.2025 tarihinde <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ybhd/issue/26487/278770DergiPark> adresinden alındı.

Van Domburg, R. T., Meeter, K., van Berkel, D. F., Veldkamp, R. F., van Herwerden, L. A., ve Bogers, A. J. (2000). Smoking cessation reduces mortality after coronary artery bypass surgery: a 20-year follow-up study. *Journal of the American College of Cardiology*, 36(3), 878–883. [https://doi.org/10.1016/S0735-1097\(00\)00810-X](https://doi.org/10.1016/S0735-1097(00)00810-X)

Van Rooy, L. V., ve Coopoo, Y. (2017). Physical activity and lifestyle modification in the reduction of cardiovascular disease risk in coronary artery bypass graft patients. *Journal of Physical Activity and Health*, 23, 336–353. <https://doi.org/10.4314/AJPHERD.V23I2>

Visseren, F. L. J., Mach, F., Smulders, Y. M., Carballo, D., Koskinas, K. C., Bäck, M., vd. (2021). 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 42(34), 3227–3337. <https://doi.org/10.1093/>

Wang, C. C., Grubbs, A., Foley, O. W., Bharadwa, S., Vega, B., Bilimoria, K., vd. (2024). The activity advantage: Objective measurement of preoperative activity is associated with postoperative recovery and outcomes in patients undergoing surgery with gynecologic oncologists. *Gynecologic Oncology*, 186, 137–143. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2024.04.015>

- Whitsitt, D. R. (2010). The relationship between marital quality and coronary artery bypass graft surgery as experienced by 3 couples. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 30(4), 246–250.
<https://doi.org/10.1097/HCR.0b013e3181e17248>
- WHO. (2021). Cardiovascular diseases (CVDs): Fact sheet. *World Health Organization*. 02.04.2025 tarihinde [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) adresinden alındı.
- Yalap, O. (2019). *Yapıcı sapma davranışlarının öncülleri: Otel işletmeleri çalışanları üzerinde karma bir araştırma* (Yayın no: 572091). [Doktora tezi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü].
<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Yang, J., Zhang, B., Qu, C.L., Liu, L., ve Song, Y. (2022). Analysis of risk factors for sternal wound infection after off-pump coronary artery bypass grafting. *Infection and Drug Resistance*, 15, 5249–5256.
<https://doi.org/10.2147/IDR.S381422>
- Yates, B., Park, E. O., Hug, A., Kupzyk, K., ve Skradski, S. K. (2018). Changes over time in caregiving demand and difficulty in spousal caregivers of coronary artery bypass graft surgery patients. *Applied Nursing Research*, 39, 1–3.
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.09.011>
- Yavuzgil, O. (2016). Kararlı koroner arter hastalığı: Epidemiyoloji ve güncel tedavi kılavuzlarının yaklaşımı. *Türk Kardiyoloji Derneği*, 44(3), 1-7.
- Yüksel, E. (2015). *Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların öz-etkililik düzeylerinin iyileşme durumlarına etkisi* (Yüksek lisans tezi). Doğu Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 02.04.2025 tarihinde <https://i-rep.emu.edu.tr:443/xmlui/bitstream/handle/11129/4800/yukselevrim.pdf?sequence=1> adresinden alındı.

Yüksel, S., ve Şahin, M. (2013). ST yükselmeli akut miyokard infarktüsü tedavisi. *Journal of Experimental & Clinical Medicine*, 29, 127–131.
<https://doi.org/10.5835/JECM.OMU.29.S3.006>

Zhou, S. H., Huang, S.T., Xu, N., Chen, Q., Chen, L. W., ve Kuo, Y. (2020). The application and value of continuous nursing in patients after coronary artery bypass grafting. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, 15, 96.
<https://doi.org/10.1186/s13019-020-01210-2>



EKLER

EK-1: Etik Kurul Kararı

“Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli “*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*” ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.



EK-2 Kurum İzni

“Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli “*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*” ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.



EK-3 Kurum İzni

“Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli “*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*” ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.



EK-4 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu araştırmanın başlığı “**Koroner Arter Bypass Graft Ameliyatı Geçiren Hastaların Günlük Yaşam Aktivite Düzeylerinin İyileşme Durumlarına Etkisi**” olup danışmanlığını Maltepe Üniversitesi çalışanı Gizem KUBAT BAKIR’ın yaptığı yürütücüsü Esra DENLER olan bireysel araştırma çalışması olarak yürütülmektedir. Araştırma koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların günlük yaşam aktivite düzeylerinin iyileşme durumlarına etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırma kapsamında sizden “Hasta Tanılama Formu”, “Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi” ve “Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi” ölçeklerinde yer alan soruları yanıtlamanız istenecektir. Bu çalışmaya katılma ya da katılmama hakkına sahipsiniz. Araştırmaya katılmanız durumunda sizden herhangi bir ücret istenmeyecek size de herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmanın istediğiniz aşamasında hiçbir yaptırım olmadan çalışmadan ayrılabilirsiniz. Verilecek cevaplar gizli tutulacak, elde edilecek bilgiler yalnızca bilimsel yayınlarda kullanılacaktır. Araştırmanın sağlıklı sonuçlara ulaşması ve sonuçlardan hepinizin yararlanabilmesi için cevaplarınızın gerçek kişisel görüş ve düşüncelerinizi yansıtmaları önemlidir. Lütfen bütün soruları eksiksiz cevaplayınız. İlginiz ve katılımınız için teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Bilgilendirilmiş gönüllü onam formundaki tüm açıklamaları okudum. Araştırmanın amacı, kullanılacak veri toplama araçları, süresi ve benimle ilgili her türlü bilginin gizli tutulacağı, araştırma sonuçlarının bilimsel yayınlarda kullanılacağı konusunda araştırmacı tarafından sözlü ve yazılı olarak bilgilendirildim. Araştırmaya kendi isteğimle gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı

Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:

Araştırmacı

Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:

Koşuyolu Yüksek İhtisas Eēitim ve Araştırma Hastanesi

Organ ve Doku Nakli Koordinatörlüēü

E-Posta:



Ek-5 Hasta Tanılama Formu

1. Adı ve Soyadı:

2. Cinsiyeti:

- ☐ Erkek
- ☐ Kadın

3. Doğum Tarihi:

4. Yaş:

5. Boy-Kilo:

6. BKİ:

7. Medeni Durum:

- ☐ Evli
- ☐ Bekar

8. Eğitim Durumu:

- ☐ Okur-Yazar Değil
- ☐ İlkokul
- ☐ Ortaokul
- ☐ Lise
- ☐ Ön Lisans
- ☐ Lisans
- ☐ Lisans Üstü

9. Meslek:

- ☐ Memur
- ☐ İşçi
- ☐ Serbest Meslek
- ☐ Diğer

10. Çalışma Durumu:

- ☐ Çalışıyor
- ☐ Çalışmıyor
- ☐ Emekli

11. Gelir Düzeyi:

- ☐ Geliri Giderinden Az
- ☐ Geliri Giderine Denk
- ☐ Geliri Giderinden Fazla

12. Sosyal Güvence:

- ☐ SSK
- ☐ Emekli Sandığı
- ☐ Bağ-Kur
- ☐ Diğer

13. Hastanın Bakımından Sorumlu Kişi:

- ☐ Kendi
- ☐ Eş

- Çocuklar
- Bakıcı
- Diğer

14. Sigara Kullanımı:

- Sigara İçiyorum
- Sigara İçmiyorum

15. Alkol Kullanımı:

- Düzenli Kullanıyorum
- Ara Sıra Kullanıyorum
- Hiç Kullanmadım

16. KABG Ameliyatı Tarihi:

17. Kronik Hastalık:

- Hipertansiyon
- Diyabet
- Kolesterol Sorunları
- Solunum Sorunları
- Diğer

18. Geçirmiş Olduğu Ameliyatlar:

- Var.....
- Yok

EK-6 Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

	İş yapmak için yetersiz	Çok bağımlıdır, iş yapmayı dener fakat emniyetsizdir	Orta dereceli yardıma gereksinim vardır	Minimal yardıma ihtiyacı var	Tamame bağımsızdır
Transfer					
Ambulasyon / Tekerlekli İskemle					
Merdiven					
Beslenme					
Giyinme					
Kişisel bakım					
Banyo yapma					
Tuvalet					
İdrar inkontonansı					
Gaita inkontonansı					

GYA kodlarının açıklanması:

I: İş yapmak için yetersizdir.

II: Çok bağımlıdır, iş yapmayı dener fakat emniyetsizdir.

III: Orta derecede yardıma gereksinimi vardır.

IV: Minimal yardıma gereksinimi vardır.

V: Tamamen bağımsızdır.

A-TRANSFER

0: Transferine katılamaz, mekanik bir alet olsun ya da olmasın transfer için iki kişi gereklidir.

3: Transferine katılabilir ama transferin tüm aşamalarında bir başka kişinin maksimum yardım gerekir.

8: Transferin herhangi bir aşamasında başka bir kişinin yardımı gereklidir.

12: Başka bir kişinin varlığı güvenlik için veya gözetim için gereklidir.

15: Hasta tekerlekli iskemlesi ile yatağa/sandalyeye güvenli yaklaşır, frenler, kilitler, ayak basacaklarını kaldırır, güvenli yatağa geçer, uzanır, yatak kenarında oturur duruma geçer, tekerlekli sandalyenin pozisyonunu değiştirir, geri sandalyesine güvenli geçebilir.

Bu aktivitelerin hepsinde hasta bağımsız olmalıdır.

B-AMBULASYON

0: Ambulasyonda bağımlıdır.

3: Ambulasyonda sürekli bir veya daha fazla yardımcıya ihtiyaç vardır.

8: Yürümeye yardımcı cihazlara erişme ve/veya onların kullanımları için bir yardımcı gereklidir. Yardım için bir kişi yeterlidir.

12: Hasta ambulasyonda bağımsızdır ama yardımsız 50 metre yürüyemez veya tehlikeli/riskli durumlarda güvenli için gözetim gerekir.

15: Hasta gerekirse cihazını takabilmeli, cihazını kilitleyip acabilmeli, ayakta durabilmeli, oturabilmeli, ambulasyonu için gerekli yardımcı cihaz ve aletleri kullanıma hazır pozisyona getirebilmelidir. Hasta koltuk değneği, kanadien, baston kullanabilmelidir. Ev içinde ve 50 m'lik bir mesafede yardımsız ve gözetimsiz yürüyebilir.

TEKERLEKLİ İSKEMLE KULLANMA (ambulasyona alternatif, ambulasyon 0 ise skorlanır)

0: Tekerlekli iskemle ile ambulasyonda bağımlıdır.

1: Hasta düz zeminde kısa mesafelerde tekerlekli iskemlesini sürdürebilir ancak diğer basamaklar için yardım gereklidir.

3: Bir kişinin mevcudiyeti gerekir ve tekerlekli iskemlenin masaya, yatağa vb. yerlere manüplasyonu için daima yardım gereklidir.

4: Belirli guzergahlara, makul bir sure boyunca hasta tekerlekli sandalyesini kendisi surebilir, sert koselerde minimal yardima ihtiyac duyar.

5: Bagimsiz kabul etmek icin hasta koseleri kendisi donebilmeli, cevresinde donebilmeli, iskemleyi masaya, yataga, tuvalete vs. yaklastirabilmeli; evde, kogušta vs. sandalyeyi en az 50 m surebilmelidir.

C-MERDİVEN İNİP ÇIKMA

0: Hasta merdivenleri cikamaz.

2: Merdiven inip cikmanın tum asamalarında yardım gerekir. Bu yardım yurume cihazlarının kullanım ve tasınmasının da icerir.

5: Hasta merdiven inebilir cikabilir ama yurume cihazlarını taşıyamaz, gozlem ve yardima ihtiyac duyar.

8: Genelde hic yardım gerekmez. Zaman zaman sabah tutukluğu, nefes darlığu gibi durumlarda gozetim gerekir.

10: Yardım veya gozetim olmadan guvenle basamakları iner-cıkar, gerektiğinde trabzanları tutar, kanadien, baston kullanır; inerken cikarken bu cihazları kullanabilmelidir.

D-BESLENME

0: Tum asamalarda bagımlıdır, beslenmeleri gerekir.

2: Kaşık gibi bir beslenme aletini kullanabilir, ancak yemek boyunca bir kişinin aktif yardımını gerekir.

5: Gozetimle kendi kendine beslenebilir. Caya sut ya da şeker koyma, tuz biber atma, yağ

surme, tabağu cevirme ve diğer yerleştirme aktivitelerinde yardım gereklidir.

8: Et kesme, sut kartonu acma, kavanoz kapağu acma vs. haric hazırlanmış tepsiden bagimsiz yemek yer. Başka bir kişinin varlığu gerekli değildir.

10: Başka biri yiyecekleri ulaşabileceğu bir yere koyunca tepsiden veya masadan kendi kendine yemek yiyebilir. Hasta gerekirse yardımcı cihaz kullanabilir, yiyeceklerini keser, tuz biber atabilir, ekmeğe yağ surebilir vs.

E-GİYİNME

0: Hasta giyinmenin tum asamalarında bagımlıdır. Aktivitelere katılamaz.

2: Bir dereceye kadar giyinme aktivitelerine katılabilir ancak, tüm aşamalarda bağımlıdır.

5: Herhangi bir giysiyi giymede ve/veya çıkarmada yardım gereklidir.

8: Giyinme için minimal yardım gereklidir: düğme ilikleme, fermuar çekme acma, cıvıtları acıp kapama, ayakkabı bağlama vs. şeklinde.

10: Hasta kendi kendine giyinir-soyunur, düğmeleri ayakkabı bağlarını ilikler, korseleri splintleri takar çıkarır.

F-KİŞİSEL BAKIM

0: Kişisel bakımın yapamaz, tüm aşamalarda bağımlıdır.

1: Tüm aşamalarda yardım gereklidir.

3: Kişisel bakımın bir veya daha çok basamağında biraz yardım gereklidir.

4: Hasta kişisel bakımını yapabilir ancak önce ve/veya sonrasında minimal yardım gereklidir.

5: Hasta ellerini-yuzunu yıkayabilir, dişlerini fırçalar, traş olabilir, erkek hastalar makine veya traş bacağı kendi kullanabilmeli fişini takabilmeli, dolap veya çekmecesinden aletleri kendisi alabilmelidir. Bayan hastalar makyajlarını yapabilmeli, saçını tarayabilmelidir (şekil veremeyebilir).

G-BANYO YAPMA

0: Banyo yapmada tam bağımlıdır.

1: Banyonun tüm aşamalarında yardım gereklidir.

3: Duş veya banyoya transferinde veya yıkanıp kurulanmasında yardım gereklidir.

Kondisyonu, hastalığı vb. nedeniyle görevi tamamlayamaz.

4: Su sıcaklığını ayarlama veya transferde güvenliği sağlamak için gözetim gereklidir.

5: Duş, kuvvet vs. hangi metot olursa olsun, diğer bir kişiye gerek duymadan tüm safhaları kendisi yapabilir.

H-TUVALET KULLANIMI

0: Tuvalet kullanımında tam bağımlıdır.

2: Tuvalet kullanımında yardım gereklidir.

5: El yıkama transferler veya giysilerini giyme çıkarmada yardım gereklidir.

8: Normal tuvalet kullanımında güvenlik için gözetim gereklidir. Geceleri lazımlık gerekebilir. Ama kendisi boşaltabilmeli ve temizleyebilmelidir.

10: Tuvalete oturup kalkabilir, giysilerini giyer çıkarır, giysilerini kirletmez, yardımsız tuvalet kağıdı kullanır. Gerekirse geceleri ordek, lazımlık kullanabilir ama boşaltabilmeli ve temizliğini yapabilmelidir.

I-İDRAR İNKONTİNANSI

0: Mesane kontrolünde bağımlıdır. İnkontinandır veya daimi sondası vardır.

2: İnkontinandır ama internal veya eksternal alet ile yardım edilebilir.

5: Gün boyunca kurudur ama gece ıslanabilir. Alet kullanımında biraz yardım gerekir.

8: Gece gündüz genelde kurudur ama nadiren kacırma olabilir. İnternal, eksternal alet uygulamalarında minimal yardım gereklidir.

10: Gece gündüz kontrolü vardır ve/veya internal, eksternal alet kullanımında bağımsızdır.

J-GAİTA İNKONTİNANSI

0: Hasta inkontinandır.

2: Hastaya uygun pozisyon verilmesi ya da bağırsak uyarı teknikleri şeklinde yardım gerekir.

5: Hasta uygun pozisyona gelebilir, ama uyarı teknikleri kullanamaz kendini temizleyemez. Sık sık kacırır. Bez ile bağlama gerekir.

8: Supozituar veya lavman uygulamalarında gozetim gerekir, nadiren kacırır.

10: Bağırsak kontrolü vardır, hic kacırmaz, supozituar veya lavman gerekli ise kendisi yapabilir.

EK-7 Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi (ASİİ)

AMELİYAT SONRASI İYİLEŞME İNDEKSİ

[A Post-operative Recovery Index (PoRI)]

Lütfen her soruya uygun yuvarlağı doldurarak cevaplandırınız.

Son 24 SAAT içinde...	Hiçbir zaman	Ara sıra	Bazı zamanlarda	Çoğu zaman	Her zaman
1. Gün içerisinde uyanık kalmakta için ne sıklıkla sorun, sıkıntı yaşadınız?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ne sıklıkla uyku sorunu yaşadınız? (Uykuya dalma veya uykuyu sürdürme)	☐	☐	☐	☐	☐
3. Zihinsel görevlere (işlere) odaklanmakta ne sıklıkla sorun yaşadınız? (Örneğin; okuma, bulmaca çözme, karışık yönergeleri izleme gibi)	☐	☐	☐	☐	☐
4. Konuşurken dilinizin sürçtüğünü ne sıklıkla fark ettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐

Lütfen aşağıdaki soruları, şimdiki durumunuzu normaldeki işlevsel düzeyinizle kıyaslayarak düşününüz.

Son 24 saat içinde, ne kadar kısıtlandığınızı söyleyebilir misiniz:	Hiç	Biraz Kısıtlı	Kısmen Kısıtlı	Önemli derecede kısıtlı	Son derece kısıtlı
5. Günlük aktiviteleri yapabilme (temizlik, çalışma...)	☐	☐	☐	☐	☐
6. Doğrularak oturabilme becerisi	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ayağa kalkabilme becerisi	☐	☐	☐	☐	☐
8. Kendi kendine banyo yapabilme	☐	☐	☐	☐	☐
9. Kendi kendine giyinebilme	☐	☐	☐	☐	☐
10. Birkaç blok yürüyebilme (Sokak boyunca)	☐	☐	☐	☐	☐
11. İki kat arası merdiven çıkabilme	☐	☐	☐	☐	☐
12. Araba sürme (kullanma)	☐	☐	☐	☐	☐
Son 24 saat içinde aşağıdakilerden ne kadar rahatsız oldunuz:	Hiç	Biraz rahatsız	Kısmen rahatsız	Önemli ölçüde rahatsız	Son derece rahatsız
13. En sevdiğim yiyeceklerden tat alamama	☐	☐	☐	☐	☐
14. Bir defada yalnızca küçük miktarda (küçük porsiyonda) yemek yiyebilme	☐	☐	☐	☐	☐
15. Hiçbir şeyin tadının iyi olmaması (yiyecek veya içecek)	☐	☐	☐	☐	☐
16. İştahsızlık	☐	☐	☐	☐	☐
17. Gaz ağrıları	☐	☐	☐	☐	☐
18. Gaz çıkarmada sorun	☐	☐	☐	☐	☐
19. Bağırsak boşaltımının tam gerçekleşmemiş gibi görünmesi	☐	☐	☐	☐	☐
20. Rektal (makatta) basınç veya dolgunluk hissi	☐	☐	☐	☐	☐
21. Bağırsak boşaltımının yetersiz olması, tam boşalmaması	☐	☐	☐	☐	☐
22. Cesareti kırılmış hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
23. Ameliyattan sonra tam olarak iyileşemeyeceğine endişelenme	☐	☐	☐	☐	☐
24. Normalde olduğu kadar üretken hissetmeme	☐	☐	☐	☐	☐
25. Motivasyonun düşük olması	☐	☐	☐	☐	☐

EK-8 Ölçek İzinleri

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge” ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.



ÖZ GEÇMİŞ

Esra DENLER

Eğitim

Derece

Yıl Üniversite, Enstitü, Anabilim/Anasanat Dalı

Yüksek Lisans: 2025 -Devam ediyor Maltepe Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

Lisans 2009-2013 Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

İş/İstihdam (Varsa)

2013 Tokat Medical Park Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği Hemşiresi

2014-2019 İstanbul Koşuyolu YİEAH KVC YB Hemşiresi

2019-2021 İstanbul Koşuyolu YİEAH Akciğer Nakli Klinik Sorumlu Hemşiresi

2025 -Devam ediyor İstanbul Koşuyolu YİEAH Organ ve Doku Nakli Koordinatörü

Mesleki Birlik/Dernek Üyelikleri (Varsa)

Yıl Kurum

2022-Devam ediyor Organ Nakli Koordinatörleri Derneği

Yayınlar ve Diğer Bilimsel/Sanatsal Faaliyetler

“Karaciğer Nakli Sonrası Hemşirelik Bakımı,” Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği,

Editör: G. Kubat Bakır, Serüven Yayınevi, 2024.

“Karaciğer Nakil Hastalarında Hemşirelik Yaklaşımı”, Kardiyovasküler

Hastalıklarda Hemşirelik Rehberi, Editörler: M.K. Kırallı ve D. Aydın, Akademisyen

Kitabevi, 2024.

