



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZİ

KORONER ARTER BYPASS GREFT CERRAHİSİ GEÇİREN HASTALARDA  
TELE HEMŞİRELİK DANIŞMANLIĞININ SEMPTOM KONTROLÜ VE ÖZ  
BAKIM GÜCÜNE ETKİSİ

Betül ÇETİNER

DANIŞMAN  
Dr. Öğr. Üyesi Tuluha AYOĞLU

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Tezli Yüksek Lisans Programı

Şubat, 2024

## TEZ KABUL VE ONAYI

Betül ÇETİNER tarafından, Dr. Öğr. Üyesi Tuluha AYOĞLU danışmanlığında hazırlanan "KORONER ARTER BYPASS GREFT CERRAHİSİ GEÇİREN HASTALARDA TELE HEMŞİRELİK DANIŞMANLIĞININ SEMPTOM KONTROLÜ VE ÖZ BAKIM GÜCÜNE ETKİSİ" başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 12/02/2024 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

### Tez Jürisi

	İmza	Sonuç
<b>DANIŞMAN</b>	Dr. Öğr. Üyesi Tuluha AYOĞLU İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
<b>ÜYE</b>	Doç. Dr. Nuray AKYÜZ İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
<b>ÜYE</b>	Doç. Dr. Ayda KEBAPÇI Koç Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Betül ÇETİNER

(İmza)

*Hemşirelik mesleğine gönül vermiş olan tüm meslektaşlarıma ve her anımda yanımda olup elimden tutan eşim ve aileme ithaf ediyorum.*

## **BÜTÇE DESTEKLERİ**

### **KORONER ARTER BYPASS GREFT CERRAHİSİ GEÇİREN HASTALARDA TELE HEMŞİRELİK DANIŞMANLIĞININ SEMPTOM KONTROLÜ ve ÖZ BAKIM GÜCÜNE ETKİSİ**

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

## TEŞEKKÜR

Tez yazım sürecimde ve ders dönemimde desteğini esirgemeyen sevgili danışmanım **Sayın Dr. Öğr. Üyesi Tuluha AYOĞLU'na**

Ders dönemim boyunca bilgi ve deneyimleri ile beni geliştiren tüm yüksek lisans **hocalarıma**, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi **KVC Yoğun Bakım hemşire ve hekim ekibine**,

Veri toplama sürecimde gönüllü olan **tüm hastalarım**,

Tüm eğitim hayatım boyunca yanımda olan, yüreklendiren, bana olan güvenleriyle ellerimden tutan değerli annem **Nimet KAHVECİ** ve babam **Ramazan KAHVECİ'ye**

Bir an olsun motivasyonumu kaybetmeme izin vermeyen, sevgisi ve saygısıyla beni hep yukarıya taşıyan sevgili eşim **Yunus ÇETİNER'e**,

Sonsuz teşekkür ederim.

Şubat 2024

Betül ÇETİNER

# İÇİNDEKİLER

## Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI.....	ii
BEYAN .....	iii
BÜTÇE DESTEKLERİ .....	v
TEŞEKKÜR .....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
ŞEKİL LİSTESİ.....	x
TABLO LİSTESİ.....	xi
KISALTMA LİSTESİ.....	xii
ÖZET .....	xiii
ABSTRACT .....	xv
1. GİRİŞ .....	1
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	3
2.1 KORONER ARTER HASTALIĞI .....	3
2.1.1. Koroner Arter Hastalığının Epidemiyolojisi .....	3
2.1.2 Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri.....	4
2.1.3 Koroner Arter Hastalığında Prognoz ve Tedavi .....	4
2.2. KORONER ARTER BYPASS GREFT CERRAHİSİ .....	6
2.2.1. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisinin Endikasyonları .....	6
2.2.2. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisinde Kullanılan Yöntemler .....	7
2.2.3. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisinde Kullanılan Greftler.....	8
2.3. KORONER ARTER BYPASS GREFT CERRAHİSİNDEN SONRA TELE- HEMŞİRELİK HİZMETİ VE DANIŞMANLIK.....	8
2.3.1. Tele Sağlık .....	8
2.3.2. Tele Tıp .....	9

2.3.3. Tele- Hemşirelik .....	10
2.3.4. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisinden Sonra Tele- Hemşirelik ile Danışmanlık .....	11
2.3.5. Tele-hemşirelik ile Verilen Danışmanlık Hizmetinin Taburculuk Sonrası Semptom Kontrolü ve Öz Bakım Gücüne Etkisi .....	12
3. YÖNTEM.....	13
3.1 ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ.....	13
3.2 ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ .....	13
3.3 ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ.....	13
3.4 ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI .....	14
3.5 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	14
3.6 ARAŞTIRMAYA ALINMA VE ARAŞTIRMADAN DIŞLANMA KRİTERLERİ....	15
3.7 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI .....	16
3.7.1 Hasta Tanıtım Formu (EK-3):.....	16
3.7.2 Telefonla Danışmanlık Formu (EK-4): .....	16
3.7.3 Telefonla Arama Protokolü (EK-5): .....	17
3.7.4 Öz Bakım Gücü Ölçeği (EK-6): .....	18
3.7.5 Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri (KCSE) (EK-7) .....	18
3.8 VERİLERİN TOPLANMASI .....	19
3.9 VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ .....	21
3.10 ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ .....	21
3.11 ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI/ZORLUKLARI .....	22
4. BULGULAR.....	24
4.1. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulgular.....	24
4.2. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri ve Öz Bakım Gücü Ölçek Puan Ortalamalarına Ait Bulgular .....	27
4.3. Deney Grubu Hastalarda Ölçüm Zamanına Göre Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri ve Öz Bakım Gücü Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	33
4.4. Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri ve Öz Bakım Gücü Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular .....	34
4.5. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Ait Bulgular .....	35
4.6. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Ait Bulgular .....	39
5. TARTIŞMA.....	44

5.1. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması .....	45
5.2. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Kalp Cerrahisi Semptom Envanterine Ait Bulgularının Tartışılması .....	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	55
6.1. Sonuçlar .....	55
6.2. Öneriler .....	58
KAYNAKLAR .....	59
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	87
ETİK KURUL İZİN YAZISI .....	88
KURUM İZİNİ YAZILARI .....	90
ÖZGEÇMİŞ.....	91

## ŞEKİL LİSTESİ

	<b>Sayfa No</b>
Şekil 3-1 : Consort Akış Diyagramı.....	23
Şekil 4-1: İlk Ölçüm KCSE Düzeyi.....	31
Şekil 4-2: Son Ölçüm KCSE Düzeyi .....	31
Şekil 4-3: İlk Ölçüm Öz Bakım Gücü (ÖBG) Düzeyi.....	32
Şekil 4-4: Son Ölçüm Öz Bakım Gücü (ÖBG) Düzeyi .....	32
Şekil 4-5: Deney grubu KCSE ve ÖBGÖ puan grafiği .....	34

## TABLO LİSTESİ

### Sayfa No

Tablo 3.5.1 : Çalışmada Kullanılacak Bilgisayar Destekli Randomizasyon Yöntemi ile Oluşturulan 12’li Set Dağılımı .....	15
Tablo 4.1.1: Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyodemografik Bilgileri (n=72) .....	25
Tablo 4.1.2: Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Sağlık/Hastalık Öyküsüne Ait Bulgular (n=72) .....	26
Tablo 4.2.1: Deney ve Kontrol Grubu Hastaların KCSE ve Öz Bakım Gücü Ölçek Puan Ortalamaları .....	27
Tablo 4.2.2: Gruplara (Deney ve Kontrol) Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması .....	28
Tablo 4.3.1: Deney Grubu Hastalarda Ölçüm Zamanına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması (n=36) .....	33
Tablo 4.4.1: Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri ve Öz Bakım Gücü Ölçek Puanları Arasındaki İlişki .....	34
Tablo 4.5.1: Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyodemografik Bilgilerine Göre İlk Ölçüm KCSE Puan Ortalamaları .....	35
Tablo 4.5.2: Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyodemografik Bilgilerine Göre Son Ölçüm KCSE Puan Ortalamaları .....	36
Tablo 4.5.3: Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Sağlık/Hastalık Öyküsüne Göre İlk ve Son Ölçüm KCSE Puan Ortalamaları .....	38
Tablo 4.6.1: Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyodemografik Bilgilerine Göre İlk Ölçüm ÖBGÖ Puan Ortalamaları .....	39
Tablo 4.6.2: Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyodemografik Bilgilerine Göre Son Ölçüm ÖBGÖ Puan Ortalamaları .....	40
Tablo 4.6.3 :Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Sağlık/Hastalık Öyküsüne Göre İlk ve Son Ölçüm ÖBGÖ Puan Ortalamaları .....	42

## KISALTMA LİSTESİ

<b>ACC</b>	: Amerikan Kardiyoloji Koleji (American College of Cardiology)
<b>AHA</b>	: Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association)
<b>ANA</b>	: Amerikan Hemşireler Birliği
<b>BKI</b>	: Beden Kitle İndeksi
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>EKG</b>	: Elektrokardiyografi
<b>ICN</b>	: Uluslararası Hemşireler Birliği
<b>IMA</b>	: İnternal Mamarian Arter
<b>KABG</b>	: Koroner Arter Bypass Greft
<b>KAH</b>	: Koroner Arter Hastalığı
<b>KCSE</b>	: Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri
<b>KOAH</b>	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
<b>KPB</b>	: Kardiyopulmoner Bypass
<b>LAD</b>	: Sol Ön İnen Arter (Left Anterior Descending)
<b>LMCA</b>	: Sol Ana Koroner Arter (The Left Main Coronary Artery)
<b>MIDKAB</b>	: Minimal İnvaziv Direkt Koroner Arter Bypass Greft
<b>ÖBGÖ</b>	: Öz Bakım Gücü Ölçeği
<b>PKG</b>	: Perkütan Koroner Girişim
<b>RCA</b>	: Sağ Koroner Arter (The Right Coronary Artery)
<b>RIAS</b>	: Roter Etkileşim Analiz Sistemi (Roter Intercation Analysis System)
<b>SVG</b>	: Safen Ven Greft
<b>TEKAB</b>	: Total Endoskopik Koroner Arter Bypass Greft
<b>TEKHARF</b>	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
<b>TUIK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu

## ÖZET

### YÜKSEK LİSANS TEZİ

#### KORONER ARTER BYPASS GREFT CERRAHİSİ GEÇİREN HASTALARDA TELE HEMŞİRELİK DANIŞMANLIĞININ SEMPTOM KONTROLÜ ve ÖZ BAKIM GÜCÜNE ETKİSİ

**Betül ÇETİNER**

**İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa**

**Lisansüstü Eğitim Enstitüsü**

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı**

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Tezli Yüksek Lisans Programı**

**Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Tuluha AYOĞLU**

**Amaç:** Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalarda taburculuk sonrası tele hemşirelik danışmanlığının semptom kontrolü ve öz bakım gücüne etkisini incelemek amacıyla randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak yapıldı.

**Yöntem:** Araştırma Temmuz 2022- Temmuz 2023 tarihleri arasında İstanbul ilindeki bir şehir hastanesinin kardiyovasküler cerrahi kliniğinde koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren 36'sı deney, 36'sı kontrol grubunda olmak üzere toplam 72 hasta ile gerçekleştirildi. Araştırma öncesinde gerekli etik kurul onayı, kurum izinleri, hastalardan yazılı onam ve ölçek sahiplerinden izinleri alındı. Veriler, Hasta Tanıtım Formu, Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri, Telefonla Danışmanlık Formu ve Öz Bakım Gücü Ölçeği ile toplandı. Deney ve kontrol grubu hastalarla yoğun bakım servisine yatışında görüşülerek hasta bilgi formu uygulandı. Kontrol grubu hastalara taburculuğun ilk 24 saatinde ve taburculuk sonrası 3. haftada Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri ve Öz Bakım Gücü Ölçeği telefon ile ulaşılarak uygulandı. Deney grubu hastalara ise taburculuğun ilk 24 saatinde, birinci haftada, ikinci haftada ve üçüncü haftada

telefonla arama protokolü doğrultusunda danışmanlık hizmeti verilerek Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri ve Öz Bakım Gücü Ölçeği uygulandı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS yazılımı versiyon 26 (IBM Corp, Armonk, NY,USA) programı kullanıldı. Sonuçlar, %95 güven aralığında anlamlılık ise  $p<0,05$  altında değerlendirildi.

**Bulgular:** Araştırma gruplarına (deney ve kontrol) göre hastaların tanıtıcı özelliklerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p>0,05$ ) ve grupların homojen olarak dağılım gösterdiği saptandı. Gruplar karşılaştırıldığında ilk ve son ölçüm Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri puanlarının tele hemşirelik danışmanlığı verilen deney grubunda, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu ( $p<0,001$ ); her iki ölçümde deney grubunda kalp cerrahisi ilişkili semptomların kontrol grubuna göre daha düşük düzeyde görüldüğü belirlendi. Grup içi karşılaştırmada hem deney hem de kontrol grubunda ilk ölçüme göre son ölçümde kalp cerrahisi ilişkili semptomların istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı saptandı ( $p<0,001$ ). Grup içi karşılaştırmada deney grubunda ilk ölçüme göre son ölçümde öz bakım gücünde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir artma görülürken ( $p<0,001$ ), kontrol grubunda ilk ölçüme göre son ölçümde öz bakım gücünde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir değişim saptanmadı ( $p>0,05$ ).

**Sonuç:** Koroner arter bypass greft cerrahisi sonrası tele hemşirelik ile verilen danışmanlığın hastaların taburculuk sonrası kalple ilişkili semptomları azaltmada ve öz bakım gücünün arttırmada etkili olduğu bulundu.

Şubat 2024 , 107 sayfa.

**Anahtar kelimeler:** koroner arter bypass greft cerrahisi, öz bakım gücü, semptom kontrolü, tele hemşirelik

## **ABSTRACT**

### **M.Sc. THESIS**

#### **The Effect of Tele-Nursing Counseling on Symptom Control and Self Care Strength in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery**

**Betül ÇETİNER**

**İstanbul University-Cerrahpaşa**

**Institute of Graduate Studies**

**Department of Surgical Nursing**

**Surgical Diseases Nursing, Master's Program with Thesis**

**Supervisor: Assist. Prof. Dr. Tuluha AYOĞLU**

**Objective:** It was planned as randomized controlled experimental study to examine the effect of post discharge telenursing counseling on symptom control and self-care in patients who undergoing coronary artery bypass graft surgery.

**Method:** The research was conducted between July 2022 and July 2023 with a total of 72 patients, 36 of whom were in the experimental group and 36 of whom were in the control group, who underwent coronary artery bypass graft surgery in the cardiovascular surgery clinic of a city hospital in Istanbul. Before the research, the necessary ethics committee approval, institutional permissions, written consent from the patients and permission from the scale owners were obtained. Data were collected with the Patient Information Form, Cardiac Surgery Symptom Inventory, Telephone Consultation Form and Self-Care Strength Scale. The patients in the experimental and control groups were interviewed and a patient information form was applied when they were admitted to the intensive care unit. The Cardiac Surgery Symptom Inventory and the Self-Care Strength Scale were administered to the control group patients by

telephone in the first 24 hours of discharge and at the 3rd week after discharge. The patients in the experimental group were given counseling services in line with the telephone call protocol in the first 24 hours of discharge, in the first week, in the second week and in the third week, and the Cardiac Surgery Symptom Inventory and Self-Care Power Scale were administered. SPSS software version 26 (IBM Corp, Armonk, NY, USA) was used to evaluate the data. The results were evaluated with a 95% confidence interval and significance below  $p < 0.05$ .

Results: There was no statistically significant difference in the descriptive characteristics of the patients according to the research groups (experimental and control) ( $p > 0,05$ ) and it was determined that the groups were distributed homogeneously. When the groups were compared, the first and last measurement Cardiac Surgery Symptom Inventory scores were statistically significantly lower in the experimental group given telenursing consultancy compared to the control group ( $p < 0,001$ ); In both measurements, it was determined that cardiac surgery-related symptoms were seen at a lower level in the experimental group than in the control group. In intra-group comparison, it was determined that cardiac surgery-related symptoms decreased statistically significantly in the last measurement compared to the first measurement in both the experimental and control groups ( $p < 0,001$ ). In intra-group comparison, while a statistically significant increase was observed in the self-care strength at the last measurement compared to the first measurement in the experimental group ( $p < 0,001$ ), no statistically significant change was detected in the self-care strength at the last measurement compared to the first measurement in the control group ( $p > 0,05$ ).

Conclusion: It was determined that the symptoms of the patients in the intervention group of the counseling provided by tele nursing decreased and their self-care power increased compared to the patients in the control group.

February 2024, 107 pages.

**Keywords:** coronary artery bypass graft, self care strength, symptom control, tele nursing

## 1. GİRİŞ

Ülkemizde ve tüm dünyada ölümlerin birincil sebebi kardiyovasküler hastalıklardır (Andersson ve Vasan, 2018; Gohari ve diğerleri, 2022). Koroner arter hastalığı (KAH), dünya nüfusunun yaklaşık %1,72'sinde görülmektedir ve buna bağlı gelişen kalp krizi erkeklerde kadınlara oranla daha sık rastlanmaktadır (Khan ve diğerleri, 2020). Yapılan son çalışmalarda 18-45 yaş genç yetişkinlerde de kardiyovasküler hastalık risk prevalansının artma eğiliminde olduğu bildirilmektedir. Gelecek yıllarda kardiyovasküler hastalıkların ve buna bağlı ölümlerin günümüze oranla 2 kat artacağı öngörülmektedir (Andersson ve Vasan, 2018). Gelişmiş ülkelerde, koroner arter bypass greft (KABG) ameliyatı geçiren hastaların yaşı 65 yaş ve üzeri iken ülkemizde daha genç yaşlardadır (Emre ve Tuna, 2021).

Dünyada kalp ve damar cerrahisinin önde gelen merkezlerinde KABG cerrahisi mortalitesi, hastanın taşıdığı riske göre %1 ile %4 arasında değişmektedir. (Emre ve Tuna, 2021). Bu cerrahiler uzun süren ve hastaların yaşam kalitesine doğrudan etkisi olan büyük cerrahi girişimlerdir. Koroner arter bypass greft cerrahisi sonrası komplikasyonlar, ilk altı hafta içerisinde görülmektedir. Ameliyat sonrası erken dönemde komplikasyon gelişmeyen hastalar, ortalama 7 gün içerisinde taburcu olup iyileşme sürecinin büyük bir kısmını evde geçirmektedir. Hastaneden eve taburculuk sonrasında gelişebilecek olası komplikasyonların erken tanınması ve önlenmesi ise iyi bir izlem ve bakım ile mümkün olmaktadır (Doğu ve diğerleri, 2015; Aydın ve Gürsoy, 2019; Emre ve Tuna, 2021). Yapılan çalışmalarda, ameliyat sonrası dönemde göğüs ağrısı, çarpıntı, bacaklarda ödem, insizyon bölgelerinde enfeksiyon, iştah kaybı, uyku bozuklukları, yorgunluk, halsizlik ve psikolojik olmak üzere birçok semptomun yaşanabileceği bildirilmektedir. (Direk ve Çelik, 2012; Kocaşlı ve Kanan, 2020; Balanuye ve Bulut, 2021; Gohari ve diğerleri, 2022). Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastaların taburculuk sonrası evde yaşadıkları sorunların erken dönemde belirlenmesi, çözümünde bir sağlık çalışanı ile iletişimde olmalarının faydalı olduğu yapılan çalışmalarda görülmüştür (Gohari ve diğerleri, 2022). Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN), tele hemşireliği "Hasta bakımını geliştirmek için hemşirelikte iletişim teknolojilerinin kullanılmasıdır" şeklinde tanımlamaktadır. Tele hemşirelik uygulamaları, taburculuk sonrası hastalar ile iletişimin sürdürülmesini ve gerekli tedavi, bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin de kesintisiz verilmesini sağlamaktadır

(Arpag ve Kanan, 2019). Cerrahi hastalarında, tele hemşirelik uygulamalarının kullanılması ile olası komplikasyonların önlenmesi, hasta izlem ve bakımlarının sürekliliğinin sağlanması, hastalarının öz bakım gücünün desteklenerek semptomların kontrol altına alınabildiği ve böylelikle morbidite ve mortalite oranlarının da azaltılabildiği belirtilmektedir (Pazar ve diğerleri, 2015; Boroumand ve Moeini, 2016; Aydın ve Gürsoy, 2019; Gohari ve diğerleri, 2022).

Koroner arter bypass greft cerrahisi sonrasında verilen hemşirelik bakımının amacı, hastalara öz bakım gücünü en erken sürede kazandırarak hastaların kendi ihtiyaçlarını yardım almadan yapabilmelerini ve günlük yaşantılarını sürdürebilmelerini sağlamaktır. Bu sayede iyileşme sürecine hastanın kendisi dahil edilmekte ve süreç hızlanmaktadır (Direk ve Çelik, 2012). Tele hemşireliğin taburculuk sonrası evde bakımda kullanılmasındaki genel amaç ise hastaların hastanelere başvuru sayısını azaltmak, yeniden yatışları azaltarak maliyet etkin bir bakım sağlamak, hastaların evdeki bağımsız aktivitelerini sürdürmelerini sağlayarak yaşam kalitesini arttırmak, eğitim ve danışmanlık hizmeti ile süreci yönetip sağlıklarını geliştirmek, hasta ve bakım verenler arasında güven ortamı oluşturarak korku, kaygıyı azaltmak ve bakımda telekomünikasyon kullanımının artırılmasını sağlamaktır (Arpag ve Kanan, 2019; Ersoy ve ark., 2015). Bu çalışma ile birlikte KABG geçiren hastalara taburculuk sonrası verilen tele hemşirelik danışmanlığının, taburculuk sonrası hastaların yaşadığı sorunları erken dönemde saptayarak müdahale edilmesine, öz bakım gücünü artırarak semptom kontrolünün sağlanmasında olumlu anlamda katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## 2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

### 2.1 KORONER ARTER HASTALIĞI

Kalbin oksijenle beslenmesini sağlayan damarlara koroner arter denir. Temelde sağ ana koroner ve sol ana koroner arterler kalbin beslenmesi sağlar. Koroner arterlerde meydana gelen daralma veya tıkanma ile kalbe giden kan akımında kısmi ya da tam kesilme meydana gelir. Kan akışındaki azalmaya bağlı kalbin beslenememesi ile miyokard kasında oksijenlenmenin bozulması ile ortaya çıkan duruma koroner arter hastalığı (KAH) denir (Tanrıverdi ve Savaş Tetik, 2017).

Koroner arter hastalığının en önemli sebebi aterosklerozdur. Ateroskleroz, aterosklerotik plaklar sebebiyle damar çapında daralma ya da tam tıkanıklık meydana gelmesi sonucunda kalbin beslenememesi durumunu ifade eder (Güler, 2022).

#### 2.1.1. Koroner Arter Hastalığının Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre dünyadaki ölümlerin en önemli sebebi KAH'dır ve %13,2'sinde neden iskemik kalp hastalıklarıdır. Tüm dünyada, KAH'ın görülme insidansının yaklaşık %1,72 olduğu ve yaklaşık 126 milyon insanın bu hastalıktan etkilendiği düşünülmektedir. Erkeklerde kadınlara oranla daha sık görülmekle birlikte yaşla doğru orantılı artış göstermektedir. Koroner arter hastalığının 2030 yılına kadar 100.000 kişinin 1.845'inden daha fazlasında görülmesi beklenmektedir (Khan ve diğerler, 2020). Dünya Sağlık örgütü, 2030 yılına kadar 23 milyon insanın KAH nedeniyle ölebileceğini öngörmektedir (Doğu ve diğerleri, 2015).

Kardiyovasküler hastalıklara bağlı olarak 2019'da 17,9 milyon insanın öldüğü ve bu oranın tüm küresel ölümlerin %32'sini temsil ettiği görülmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle meydana gelen 17 milyon erken ölümün (70 yaş altı) %38'i kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanmaktadır. (Dünya Sağlık Örgütü. Cardiovascular Diseases.

[https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Erişim Tarihi: 19.10.2022). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre ise 2019 yılında %36,8 ile dolaşım sistemi hastalıkları ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır.

Dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklı ölümler, alt ölüm nedenlerine göre incelendiğinde, ölenlerin %39,1'inin iskemik kalp hastalığından yaşamını kaybettiği bildirilmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710> Erişim Tarihi: 19.10.2022).

### **2.1.2 Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri**

Koroner arter hastalığının oluşumundaki risk faktörleri genetik ve çevresel nedenli olup değiştirilebilir ve değiştirilemez risk faktörleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Irk, cinsiyet (erkeklerde, kadınlara oranla daha fazla), yaş (erkek>45 yaş, kadın>55 yaş), genetik yatkınlık/ailesel öykü değiştirilemeyen risk faktörleridir. Yaşın ilerlemesine bağlı olarak KAH riski artmakta olup genetik yatkınlığın olması hem erkek hem de kadın için risk oluşturmaktadır. TEKHARF çalışmasında her yaşın erkeklerde %3,9 ve kadınlarda %3,6 oranında koroner arter hastalığının olasılığını arttırmaktadır (Gülhan Güner ve Nural, 2020). Değiştirilebilen risk faktörlerini ise hipertansiyon (arter kan basıncının  $\geq 140/90$  mmHg veya antihipertansif tedavi alıyor olmak), hiperkolesterolemi (total kolesterol  $\geq 200$  mg/dl, LDL-kolesterol  $\geq 130$  mg/dl, HDL erkeklerde  $< 40$  mg/dl; kadınlarda  $< 50$  mg/dl) diyabet, sigara içiciliği, sedanter yaşam, obezite/şişmanlık, düzenli egzersiz yapmamak, stres, dengeli ve düzenli beslenmemek gibi nedenler oluşturmaktadır (Türkmen ve diğerleri, 2012).

### **2.1.3 Koroner Arter Hastalığında Prognoz ve Tedavi**

Koroner arter hastalığı, mortalite ve morbidite nedeni olarak tüm dünyada ve ülkemizde ilk sırada yer almaktadır. Orta ve ileri yaş hastalığı olarak da bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2018 verilerine göre KAH, tüm dünyada %16,6 mortalite oranına sahiptir. Ülkemizin de içinde bulunduğu Avrupa Bölgesinde ise bu oran %25,4 olarak belirlenmiştir (Abanoz ve Amaç, 2021; Ahçioğlu ve Yılmazel, 2021). Hastalığın ilerlemesi ile birlikte hastanın yaşam kalitesi oldukça etkilenmektedir. Nefes darlığı, yorgunluk, dispne ile beraber solunum güçlüğü gibi semptomlardan dolayı hastalar günlük aktivitelerde zorluk yaşamaktadırlar. Yaşanan güçlükler hastaların psikolojik, fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlar yaşamasına sebep olmaktadır (Yümin ve diğerleri, 2017; Yavuzgil,2016). Koroner arter hastalığı, birden fazla kronik hastalık varlığında ortaya çıkar. Koroner arter hastalığı tanısı alan hastalarda kronik hastalık sayısı arttıkça hastaneye yatışların giderek arttığı görülmektedir (Forman ve diğerleri, 2018; Ahçioğlu ve Yılmazel, 2021). Genç bireylere göre yaşlılarda

semptomatik KAH, ciddi morbidite ve mortalite ile seyretmektedir (Sarıcaoğlu ve Uysalel, 2023).

Koroner arter hastalığının tedavisinde amaç miyokardın oksijen ihtiyacını karşılamaktır. Böylelikle KAH'a bağlı semptomları azaltılması ve beraberinde prognozun düzelmesi sağlanmaktadır (Yavuzgil, 2016).

Tanı koyulan KAH olgularında başlıca tedavi basamakları;

1. Yaşam biçimi değişiklikleri, risk faktörlerinin kontrolü, tedavi ve hasta eğitimleri,
2. Dirençli angina tedavi yöntemleri (farmakolojik veya revaskülarizasyon yöntemleri)
3. Revaskülarizasyon (perkütan koroner girişim veya KABG cerrahisi) tedavileri uygulanır (Yavuzgil,2016; Kalyoncuoğlu ve diğerleri, 2017)

Yaşam biçimi değişiklikleri, hasta eğitimi ile birlikte yapılması gereken bir süreçtir. Koroner arter hastalığına sebep olan risk faktörlerini ortadan kaldırmaya yönelik hareket edilmelidir. Sigaranın bırakılması, sedanter yaşamdan uzak olma, egzersiz programı ile hareketli bir yaşam biçiminin olması, dengeli iyi bir beslenme, kilo kontrolü ve kan basıncı kontrolü (kan basıncı <140/90) ile hastalıktan korunma sağlanabilmektedir (Kalyoncuoğlu ve diğerleri, 2017; Winzer ve diğerleri, 2018; Abanoz ve Amaç, 2021).

Farmakolojik tedavide; antikoagülan, antiplatelet ajan, ACE inhibitörleri, Beta Blokerler, Kombine alfa ve beta Blokerler, kolesterol düşürücüler, nitratlar, vazodilatörler ve diüretikler kullanılmaktadır (Kalyoncuoğlu ve diğerleri, 2017; Ahçıoğlu ve Yılmazel, 2021).

Stabil angina pektoris olan hastalarda, hastaya özgü belirlenen medikal tedavi ile birlikte semptomlar düzeltilerek yaşam kalitesinin artırılması sağlanmaktadır. Medikal tedavi ile stabilize olmayan angina ve iskemide ise perkütan koroner girişim (PKG) uygulanır. Bu işlemde, tıkalı ya da darlık olan koroner arter, kateter aracılığı genişletilip artere stent yerleştirilmektedir (Karabulut ve Gün, 2019). PKG uygulanamayan, kompleks koroner arter anatomisi olan yüksek riskli hastalarda koroner arter bypass cerrahisi tercih edilmektedir (Kalyoncuoğlu ve diğerleri, 2017; Ovalı ve Şahin, 2018).

## 2.2. KORONER ARTER BYPASS GREFT CERRAHİSİ

Koroner arter bypass grefti, KAH'ı olan kişilerde, semptomları hafifletmek, oluşabilecek komplikasyonların önüne geçmek ve kişinin yaşam kalitesini arttırmaya yönelik yapılan cerrahi bir girişimdir. Hastanın koroner arterinde, darlık veya tıkanıklığın olduğu bölgeye ven ya da arter ile köprü yapılır. Köprüleme işlemi ile birlikte iskemik kalan miyokardın kan akışı artar. Böylelikle miyokard tabakasının beslenmesi ve oksijenlenmesi sağlanır. Oluşturulan köprüye greft denir (Bachar ve Manna, 2018).

Koroner arter bypass grefti, dünyada gerçekleştirilen en yaygın ameliyatlar arasında yer alır. Her yıl yaklaşık 8 milyon KABG ameliyatı gerçekleştirilmekte olup en sık yapılan majör cerrahi girişimler arasında yer almaktadır. Gelişen teknoloji ve düşük mortalite oranlarıyla tercih edilme oranı giderek artmaktadır (Gohari ve diğerleri, 2022).

### 2.2.1. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisinin Endikasyonları

Amerikan Kardiyoloji Koleji/Amerikan Kalp Derneği (ACC/AHA- The American College of Cardiology / The American Heart Association) tarafından oluşturulan 2021 kılavuzuna göre KABG endikasyonları;

- Perkütan koroner girişiminin uygulanamadığı ya da başarılı olamadığı geniş bir miyokard alanının risk altında olması,
- Sol ventrikül disfonksiyonu ile birlikte çoklu koroner arterde tıkanıklık ya da darlık olması (EF< %35),
- Anatomik olarak karmaşık KAH'ın olması,
- Üç ana koronerde ciddi darlık varlığının bulunması,
- Sol ana koroner arterde (Left main coronary artery- LMCA) ciddi stenoz varlığının olması,
- Sol ön inen dal (Left anterior descending- LAD) stenozuna eşlik eden bir veya iki arter darlığının olması,
- Proksimal LAD stenozunun %50'den fazla olması şeklinden sıralanmaktadır. (ACC/AHA, 2021).

### **2.2.2. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisinde Kullanılan Yöntemler**

Koroner arter hastalığında, anatomik olarak karışık olan hastalarda birincil tedavi KABG olarak kabul edilmektedir (Doenst ve diğerleri, 2022). Güvenli bir şekilde yapılan cerrahinin, ülkemizdeki ve dünyadaki mortalite oranı oldukça düşük olup yaklaşık %1'in altına inmektedir (Eren, 2018; Emre ve Tuna, 2021). Genel olarak açık ve kapalı olmak üzere iki cerrahi teknik yöntemi kullanılmaktadır. Açık bypass cerrahisi, On-pump ve off-pump şeklinde, kardiyopulmoner bypass cihazının kullanılıp kullanılmamasına bağlı olarak iki farklı şekilde gerçekleştirilmektedir (Bachar ve Manna, 2018).

On-pump (kardiyopulmoner bypass ile birlikte) ve off-pump (kardiyopulmoner bypass desteği olmadan) yapılabildiği gibi gelişen teknoloji ile birlikte minimal invaziv direkt koroner arter bypass (MİDKAB) ve total endoskopik koroner arter bypass greft (TEKAB) cerrahisi de uygulanmaktadır (Avcı Işık, 2018). Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisinde açık teknikle on-pump yöntemi ile bypass cerrahisi yapılmaktadır.

#### **On-Pump**

Koroner arter bypass cerrahisini gerçekleştirmenin daha geleneksel bir yöntemidir. Kalp ve akciğer fonksiyonlarının kısa süreliğine durdurulup dolaşımın kalp-akciğer makinesi denilen makine ile gerçekleştirildiği işlemdir. Bu işleme Kardiyopulmoner bypass (KPB) ya da ekstrakorporeal dolaşım denir. (Daşdemir ve diğerleri., 2022).

Kardiyopulmoner bypass pompası tarafından vücudun kan akışı sürdürülür. Kalp durdurulduktan sonra aortta açılan küçük bir açıklık ile, koroner arterin tıkanma yerinin distalinde açılan küçük bir açıklık arasında greft oluşturulur. Greftleme işlemi bittikten sonra vücut, kardiyopulmoner bypass makinesinden ayrılır ve kalp yeniden çalıştırılır (Islam ve diğerleri, 2014).

#### **Off-Pump**

Kalp-akciğer pompası kullanılmadan, çalışan kalpte KABG cerrahisinin yapıldığı yöntemdir. İşlem sırasında kalbin sabit kalması için özel cihazlar kullanılır ve işlem bölgesinin hareketleri azaltılır. Kalp, kan pompalamaya ve vücudun ihtiyaç duyduğu tansiyonu oluşturmaya devam eder. On-pump yöntemine göre daha az invazif olarak kabul edilmektedir (Talas ve diğerleri, 2023).

### 2.2.3. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisinde Kullanılan Greftler

Koroner arter bypass greft cerrahisinin başarısını ve hastalarda uzun dönemde olumlu etkilerini belirleyen en önemli faktörlerden biri kullanılan greftlerdir (Altun ve diğerleri, 2020).

**İnternal Mammary Arter (İMA):** Koroner arter bypass cerrahisinin en çok tercih edilen ve yapı olarak en uygun görülen greftidir. Bu greftin en önemli özelliği ise elastik yapılı bir arter olmasıdır (Akcan, 2021). Ateroskleroza daha dirençli olması sebebiyle tıkanma oranı düşüktür. Sol İMA, genellikle miyokardın büyük bir alanının beslenmesini sağlayan LAD tıkanıklığında, yerine anastomoze edilir ve bu, tüm dünyada standart olarak kabul edilmektedir. Amerikan Kalp Derneği (AHA)'nin 2011 kılavuzuna göre de LAD arterine sol İMA'nın kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır. Sağ İMA ise sağ koroner arterin (RCA) gövdesine ve ana dallarına anastomoze edilir. Safen ven greftine göre postoperatif dönemde azalmış mortalite ve uzun dönem sağkalım ve patentlik oranına sahiptir (Dursun ve Şanlı, 2013).

**Radial Arter:** Brakiyal arterin iki uç dalından biridir. Ortalama 20 cm uzunluğundadır ve musküler bir yapısı vardır. Musküler yapısından dolayı spazma daha yatkındır. Spazma daha yatkın olması sebebiyle postoperatif dönemde vazodilatör ajanların kullanılması gerekmektedir (Akcan, 2021). Vazodilatör kullanımı ile postoperatif dönemde vazospazmın önüne geçilir ve İMA grefti kadar yüksek sağkalım ve patent oranına sahip olur (Dursun ve Şanlı, 2013). Radial arter alınması durumunda parmaklarda iskemik komplikasyonlar görülebilir. Bu risk az da olsa mevcuttur. Bu yüzden arter alınmadan önce Allen testi ile kollateral dolaşım kontrol edilmelidir (Akcan, 2021).

**Safen Ven Greft:** Koroner arter bypass greft cerrahisinde en çok kullanılan venöz grefttir. Arteriyel greftler ile karşılaştırıldığında ilk 18 ay tıkanma oranları yüksek olup bu oran yaklaşık %10-25'tir (Akcan, 2021). Erişimi kolay olan safen ven greftleri, arteriyel greftlere göre spazma oldukça dayanıklıdır (Dursun ve Şanlı, 2013).

## 2.3. KORONER ARTER BYPASS GREFT CERRAHİSİNDEN SONRA TELE-HEMŞİRELİK HİZMETİ VE DANIŞMANLIK

### 2.3.1. Tele Sağlık

Teknolojinin gelişmesi, tüm alanlardaki iletişimin ve bilgi alışverişinin gerçekleşmesini kolaylaştırıp güçlü kılınmasını sağlamaktadır. Bu gelişim, sağlık alanında da yenilikleri

beraberinde getirmektedir. Tüm dünyada ve ülkemizde sağlık kuruluşlarının ve sağlık çalışanlarının sayısının yetersiz olması, hasta sayısının artması, uzaktan bakım ve tedavi uygulamalarına yönelimi ve önemini beraberinde getirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, tele sağlığı, sağlığı koruma ve geliştirilmesi alanlarında teknoloji ve telekomünikasyon sistemlerinin birbirine entegrasyonu şeklinde tanımlamaktadır. Tele sağlık uygulamaları; sağlık kuruluşuna uzak mesafede yaşayan hastaların izlemine, hastaların kendi bakım ve tedavi sürecinde aktif rol almasını, planlı hasta ev ziyaretlerinin azaltılmasını, acil birimlere başvuruların azaltılmasını ve sağlık harcamalarındaki maliyeti azaltıp kısa sürede sağlık hizmeti verilmesini amaçlamaktadır (Eray ve diğerleri, 2015; Özkan ve Asar, 2022). Gelişmekte olan ülkelerde tele sağlık hizmetinin, tanı ve tedavi sürecini kolaylaştırması, mesafeleri ortadan kaldırması, bakımın sürekliliğini sağlaması ve sağlık sistemlerini iyileştirmesi açısından oldukça önem taşımaktadır (Toffoletto ve Tello, 2020). Teknoloji geliştikçe veri toplama araçlarının çeşitliliği de artmaktadır. Akıllı telefonlar, video konferans sistemleri, internet ağına bağlı çalışan glikometre, saturasyon probu, tansiyon aletleri gibi ölçüm cihazları ile birlikte düzenli görüşmeler ve takipler yapılabilmektedir (Ersoy ve diğerleri, 2015).

### **2.3.2. Tele Tıp**

Artan nüfus ve ortalama yaşam süresinin artması, sürekli takip edilmesi gereken hasta sayısının artması, kronik hastalıkların ve yaşlı hastaların takiplerinde kişi odaklı sağlık hizmetine yönelim olması tele tıp kavramının hayatımıza girmesini sağlamıştır (Çam ve Kaçmaz, 2018; Toffoletto ve Tello, 2020). Elektronik araçlar ve çeşitli bilişim sistemleri ile hastanın tanılması, tanıya yönelik tedavinin sağlanması ve tedavi sonrasında hasta izleminin yapılması olarak tanımlanan tele tıp, dünyada birçok alanda kullanılıyor olsa da ülkemizde henüz gelişmekte olan bir uygulamadır (Çam ve Kaçmaz, 2018; Dilbaz ve diğerleri, 2020). Tele tıp uygulamaları, hastalara fayda sağladığı gibi sağlık çalışanlarına ve kuruluşlarına da fayda sağlamaktadır. Sağlık kuruluşları açısından tele tıp uygulamalarının hastanede yatış sürelerini azaltması ile birlikte yatış maliyetlerine de doğrudan etkisi olmaktadır. Kurumlar arası hasta verilerinin aktarılabilmesi ve acil durumlarda hızlı bağlantılar ile erken müdahalelerin sağlanması kalitenin artmasına olanak sağlamaktadır. Bunun yanı sıra sağlık çalışanları açısından ise sürekli eğitim ile bilgi ve becerilerini geliştirme, hasta izleminde sürekliliği sağlama, etkili ve doğru kararlar verebilme ile birçok fırsatı sunmaktadır (Korkmaz ve Hoşman, 2018). Güncel uygulama alanlarında tele tıp, üç ana başlık altında ele alınmaktadır. Bunlar eş

zamanlı uygulamalar, eş zamanlı olmayan uygulamalar ve hasta izlemi olarak sıralanmaktadır. Eş zamanlı uygulamalarda bilgisayar, telefon aracılığı ile hasta birey ve sağlık çalışanı arasında iletişim kurularak değerlendirme ve izlem yapılmaktadır. Eş zamanlı olmayan uygulamalar ise “sakla ve ilet” sistemi ile verilerin bir noktada toplandıktan sonra incelenip, yorumlanıp yanıtlandığı bir süreçtir. Uzaktan hasta izleminde, klinik ölçümlerin, yaşam bulgularının sağlık çalışanına doğrudan aktarılması sağlanır. Kan şekeri, kan basıncı ve elektrokardiyografi (EKG) izlemleri uzaktan hasta izlemi uygulamasına örnek olarak verilebilir (Ucael ve diğerleri, 2021).

### 2.3.3. Tele- Hemşirelik

Tele-hemşirelik, hasta bakımında iletişim teknolojilerinin ve sistemlerinin kullanılarak hasta bakımını geliştirme şeklidir (Keskin ve Özhelvacı, 2022; Özkan ve Asar, 2022). Tele-hemşirelik uygulamaları, Amerika Hemşireler Derneği (ANA- American Nursing Association) tarafında 1992 yılında uzmanlık alanı olarak kabul edilen “Hemşirelik Bilişim Uzmanlığı” ile başlamaktadır. Bu uzmanlık alanının alt dalı olan hemşirelik uygulamaları yaygınlaşmaya başlamaktadır (ANA,2001; Keskin ve Özhelvacı, 2022;). Tele hemşirelik, ANA tarafından “iletişim teknolojileri kullanılarak hastaların sağlık durumu hakkında bilgi edinme, bakımını sağlama, hasta eğitimi gibi uygulamaları içeren hemşirelik faaliyetidir” ifadesiyle tanımlanmaktadır (Pazar ve diğerleri, 2015). Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) ise tele hemşireliği, “Hasta bakımını geliştirmek için hemşirelikte iletişim teknolojilerinin kullanılmasıdır” şeklinde tanımlanmaktadır (<http://www.icn.ch/networks/tele-aims-and-objectives/> Erişim Tarihi: 21.11.2023).

Gelişmekte ve yaygınlaşmakta olan tele hemşirelik uygulamaları; yaşlı bireylerin ve kronik hastalıkların izleminde mesafe bakılmaksızın sağlık hizmeti verilmesini, taburculuk sonrası evde bakımın sürekliliğini, sağlık kuruluşlarına başvuruların azaltılmasını, hasta güvenliğinin artırılmasını ve bakımın maliyetini düşürmeyi sağlamaktadır (Doğan ve Gül, 2021).

Tele-hemşirelik, çeşitli yöntemler ve farklı materyaller ile yapılabilmektedir. Telefon, video (kısa video kayıtları, konferanslar) ve internet hizmetleri ile uygulanabilmektedir. Bu sayede hemşire, hastasını düzenli ve sürekli takip edebilir, eğitim vererek danışmanlık yapabilir ve hastanın kendi bakımına katılmasını sağlayarak bakım kalitesini arttırabilir (Köse ve Avşar, 2021).

### **2.3.4. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisinden Sonra Tele- Hemşirelik ile Danışmanlık**

Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalar, ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmemesi durumunda ortalama olarak yedi gün içerisinde hastaneden taburcu olmaktadır (Aydın ve Gürsoy, 2019). Koroner arter bypass greft cerrahisi, KAH'a bağlı semptomları azaltma ve yaşam kalitesini artırmada önemli ve etkili bir yöntem olsa da cerrahi sonrası hastalarda fiziksel, ruhsal, emosyonel semptomlar görülebilmektedir (Kocaşlı ve Kanan, 2020; Balanuye ve Bulut, 2021). Taburculuk sonrası hastalar, yorgunluk, uyku düzeninde bozulma, halsizlik, stres, kaygı, ağrı, halsizlik gibi birçok semptomu yaşamaktadırlar. Taburculuk sonrası yaşanan bu semptomlar, hastanın acil birime başvurmasına sebep olabilmektedir. Eve taburculuk sonrasında hastaların ilaçlarını düzenli kullanması, egzersizlerini kendilerini yormayacak şekilde yapması, dengeli beslenmesi gerekmektedir (Kara ve Yılmaz, 2020; Balanuye ve Bulut, 2021). Hastaların günlük aktivitelerini başkalarından bağımsız olarak gerçekleştirme ise yaklaşık altı haftayı bulmaktadır. Bu süreçte hasta, yaşadığı sağlık sorunlarını tek başına ya da yanında bakım verenler ile birlikte çözmeye çalışmaktadır (Aydın ve Gürsoy, 2019; Emre ve Tuna, 2021; Gohari ve diğerleri, 2022). Taburculuk sonrası, hastanın evinde sağlık çalışanlarından uzak olması kaygıya ve strese sebep olup süreci yönetememesine sebep olmaktadır. Hastanın, her an bir sağlık çalışanına ulaşabilecek olması kendisi ve bakım veren için güven ortamını oluşturmaktadır (Köstekli ve diğerleri, 2020).

Tele hemşirelik uygulamalarının, ameliyat ve taburculuk sonrası hastalara sağlık hizmeti sunarak sorularını yanıtlamada, tedavi planına uyumunu arttırmada ve hastada görülen semptomların yönetimine faydalı olduğu görülmektedir (Gohari ve diğerleri, 2022). Cerrahi sonrası hemşirelik izlemlerinde tele-hemşirelik uygulamaları tüm dünyada ve ülkemizde önem kazanmaktadır (Bikmoradi ve diğerleri., 2016; Köstekli ve diğerleri, 2020; Gohari ve diğerleri, 2022). Günümüzde hasta izlemini kolay ve ulaşılabilir bir şekilde yapmak, hastaların sağlık davranışlarını geliştirmek, hastalığa ve tedavi sürecine uygun eğitim vermek, hasta ve ailesine destek olmak amacıyla mesaj ve telefonla izlem yöntemleri etkin olarak kullanılmaktadır (Boroumand ve Moeini, 2016). Taburculuk sonrası tele-hemşirelik uygulamaları, hastaların acil birime başvurularının azaltılmasını, olası komplikasyonların erken tanınip erken girişimde bulunulmasını, hastanın düzenli ilaç kullanımına uyumunu, cerrahi sonrası döneme adaptasyonunun kolaylaştırılmasını ve hastaya özgü bakım planının oluşturulup uygulanmasını

sağlamaktadır (Bikmoradi ve diğerleri, 2016; Köstekli ve diğerleri, 2020; Balanuye ve Bulut, 2021; Gohari ve diğ., 2022).

### **2.3.5. Tele-hemşirelik ile Verilen Danışmanlık Hizmetinin Taburculuk Sonrası Semptom Kontrolü ve Öz Bakım Gücüne Etkisi**

Öz bakım, kişinin kendi hayatının belirli dönemlerinde karşılaştığı durumlara karşı verdiği fiziksel, duygusal ve sosyal fonksiyonları kapsamaktadır. Öz bakım gücü ise kişinin yaşamını, sağlığını sürdürmek ve sağlığını korumak için gerekli faaliyetleri başlatma ve uygulama yeteneğidir (Kars Fertelli ve Tel, 2007; Kurban, 2017).

Öz bakım gücünü arttıracak uygulamalardan biri hasta takibidir ve aynı zamanda hemşirelik hizmetinin en önemli unsurudur. Literatürde hastaların öz bakım gücünün artırılmasının yaşam tarzı değişikliğinde, kardiyovasküler risk faktörlerinin iyileştirilmesinde ve yeniden hastaneye yatışların önlenmesinde faydalı olduğundan bahsedilmektedir (Boroumand ve Moeini, 2016).

Koroner arter bypass greft cerrahisi sonrasında nefes darlığı, insizyon bölgesinde ağrı, korku, yara yerinde enfeksiyon, bacaklarda ödem, ağrı, halsizlik, uykusuzluk ve sindirim sorunları görülmektedir. Literatüre bakıldığında hastaların %69'unda nefes darlığı, %39'unda uyku bozuklukları ve %39'unun insizyon bölgesinde ağrı ve %18'inde iştahsızlık semptomlarının olduğu belirtilmektedir (Gohari ve diğerleri, 2022). Bu semptomlar, genelde cerrahi sonrası ilk altı hafta içerisinde görülüp hastanın normal yaşamına dönmesini geciktirerek uyumunu zorlaştırmaktadır (Balanuye ve Bulut, 2021; Tuna ve Emre, 2021).

Literatür incelendiğinde kardiyak cerrahi öyküsü olan hastalarda, hemşireler tarafından yapılan telefon görüşmelerinin; bilgi alışverişini, semptomların kontrolünü, komplikasyonların erken tanılanmasını, yaşam kalitesinin iyileştirilmesini, hasta ve ailesine güven vererek kurduğu iletişim sayesinde taburculuk sonrası uyumunun artmasını sağladığı saptanmıştır (Gohari ve diğerleri, 2022).

Kocaşlı ve Kanan'ın 2020 yılında yaptığı çalışmanın sonucuna göre taburculuk sonrası süreçte fiziksel, sosyal ve emosyonel destek alan bypass hastalarının iyileşme süreçlerinin, destek almayan hastalara göre daha olumlu ilerlediği görülmüştür.

### 3. YÖNTEM

#### 3.1 ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu tez çalışması, koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalarda taburculuk sonrası tele hemşirelik danışmanlığının semptom kontrolü ve öz bakım gücüne etkisini incelemek amacıyla randomize kontrollü deneysel olarak planlandı ve gerçekleştirildi.

#### 3.2 ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Hipotez 1<sub>1</sub> (H1<sub>1</sub>): Koroner arter bypass greft cerrahisinde taburculuk sonrası tele hemşirelik danışmanlığı verilen deney grubu hastalar kontrol grubuna göre daha az semptom bildirir.

Hipotez 1<sub>2</sub> (H1<sub>2</sub>): Koroner arter bypass greft cerrahisinde taburculuk sonrası tele hemşirelik danışmanlığı verilen deney grubu hastaların öz bakım gücü kontrol grubuna göre daha yüksektir.

Hipotez 1<sub>3</sub> (H1<sub>3</sub>): Koroner arter bypass greft cerrahisinde taburculuk sonrası hastaların semptomları azaldıkça öz bakım gücü artar.

#### 3.3 ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; sosyodemografik [yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi (BKİ), çalışma durumu, eğitim durumu, meslek, yaşanılan yer, medeni durum, evde kiminle yaşadığı, sağlık güvencesi, gelir durumu] ve sağlık/hastalık öyküsünde [aile ve çevreden destek alma durumu, KAH süresi, ailede KAH öyküsü, eşlik eden başka bir kronik hastalık varlığı, düzenli kullandığı ilaçları, alışkanlıklar (sigara, alkol, madde), yoğun bakımda kalma süresi, hastanede yatma süresi] ilişkin bilgilerdir.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise; koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalarda taburculuk sonrası görülen semptomlar ve taburculuk sonrası hastaların öz bakım gücüdür.

### 3.4 ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Bu araştırma, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi'nin, kardiyovasküler cerrahi (KVC) yoğun bakım ünitesinde ve kardiyovasküler cerrahi yatan hasta servisinde Temmuz 2022-Temmuz 2023 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesi 10 yataklı (üçü izolasyon odası), KVC yatan hasta servisi ise 30 yataklı bir klinikdir.

### 3.5 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Temmuz 2022- Temmuz 2023 tarihleri arasında Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi'nin, KVC yoğun bakım ünitesinde ve KVC servislerinde yatan koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise, araştırmanın amacı hakkında bilgilendirme (**EK-1 ve EK-2**) sonrası araştırmaya katılmada gönüllü olan ve araştırma kriterlerini sağlayan, evren içindeki hastalar oluşturdu.

Araştırmada, açık kalp cerrahisi geçiren hastalarda tele hemşirelik danışmanlığının semptom kontrolü ve öz bakım gücüne etkisinin belirlenmesi amacıyla araştırmaya dahil edilecek örneklem büyüklüğünü belirlemede yararlanılacak etki büyüklüğünün hesaplanmasında Cohen tarafından geliştirilen hesaplama (d-değeri) yöntemi kullanıldı. Etki büyüklüğü indeksi olan d değerini belirlemek için Nart A. tarafından 2013 yılında bildirilen, açık kalp ameliyatı sonrası mobilize olan hastalarda öz bakım gücünün araştırıldığı çalışmadaki bulgular kullanıldı. Bu bağlamda  $d=0.67$ (etki büyüklüğü), %95 güven düzeyinde ( $1-\alpha$ ), %80 test gücü ( $1-\beta$ ) ile gruplar arasındaki öz bakım gücünde öngörülen yaklaşık %15'lik ortalama farka ( $\pm\%27$  standart sapma ile) önem atfedildiğinde her bir grupta alınması gereken örneklem sayısı belirtilen kriterler eşliğinde G-power (versiyon 3.1) paket programı yardımı ile 36 (toplam 72) olarak belirlendi.

Araştırma, açık etiketli körleme, randomize ve kontrollü deneysel bir araştırma olarak yapıldı. Grupların homojen bir şekilde dağılabilmesi için bilgisayar destekli basit randomizasyon yöntemi kullanıldı. Bunun için "<https://www.random.org/integer-sets>" internet adresinde yer alan fonksiyonlardan yararlanılarak 72 set oluşturuldu ve bu setlerin her birinde, her çalışma grubundan 3'er katılımcı olmak üzere 6 katılımcı yer aldı. Bir sonraki işlem olarak oluşturulan 72 set 1'er sayı ile gösterilip, Excel'de "RASTGELEARADA" fonksiyonu kullanılarak 1 ile 72 arasında 12 tane sayı üretilerek randomizasyonda kullanılacak 12 adet set rastgele belirlendi. (**Tablo 3.5.1**). Böylelikle seçim yanlılığı azaltmak ve sonuç parametreleri üzerinde etkili

olabilecek değişkenleri kontrol altına alabilmek için hastalar, çalışma ve kontrol gruplarına randomize olarak atanmış oldu.

**Tablo 3.5.1 : Çalışmada Kullanılacak Bilgisayar Destekli Randomizasyon Yöntemi ile Oluşturulan 12’li Set Dağılımı**

Set No	No.	Set
71	1	D, D, K, K, D, K
52	2	K, D, D, D, K, K
64	3	D, D, D, K, K, K
34	4	D, K, K, D, D, K
16	5	D, K, K, D, D, K
50	6	D, K, K, D, D, K
70	7	D, D, D, K, K, K
57	8	D, K, K, K, D, D
69	9	K, K, D, D, D, K
10	10	K, K, D, D, K, D
65	11	D, K, K, D, K, D
27	12	K, D, D, D, K, K
<b>Grup Kodlamaları</b>		<b>D=Deney grubu</b> <b>K=Kontrol grubu</b>

Buna göre 1. ve 2. katılımcılar deney grubuna, 3 ve 4. katılımcılar kontrol grubuna, 5. katılımcı deney grubuna ve 6. katılımcı kontrol grubuna vb. şekilde olmak üzere her gruba 36 katılımcı eşit ve homojen olarak atandı.

### 3.6 ARAŞTIRMAYA ALINMA VE ARAŞTIRMADAN DIŞLANMA KRİTERLERİ

Hastalara araştırmaya alınma kriterleri;

- İlk kez koroner arter bypass greft cerrahisi geçirecek olması,
- Kalp cerrahisi sırasında başka bir cerrahi girişim uygulanmamış olması,
- Türkçe okuyabilmesi ve yazabilmesi,

- Telefon ile iletişim kurabilmesi,
- Araştırmaya katılmada gönüllü olmasıdır.

Hastaların araştırmadan dışlanma kriterleri;

- İşitme, anlama, görme ve konuşma probleminin olması
- Demans, Alzheimer gibi nörolojik hastalıklarının olması,
- Taburculuk sonrası komplikasyon gelişip ikinci kez cerrahi girişim kararı alınmış olması,
- Telefonu olmayan ve düzenli iletişim kurulamayacak hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

### 3.7 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama aracı olarak “Hasta Tanıtım Formu” (EK-3), “Telefonla Danışmanlık Formu” (EK-4), “Telefonla Arama Protokolü” (EK-5), “Öz Bakım Gücü Ölçeği” (EK-6) ve “Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri” (EK-7) kullanıldı.

**3.7.1 Hasta Tanıtım Formu (EK-3):** Literatür doğrultusunda (Özcan,2008; Nart, 2013; Eren, 2018; Bozkurt, 2019) ve uzman görüşüne başvurularak araştırmacı tarafından geliştirilen bu form iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, hastaların sosyodemografik bilgilerinin [yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi (BKİ), çalışma durumu, eğitim durumu, meslek, yaşanılan yer, medeni durum, evde kiminle yaşadığı, sağlık güvencesi, gelir durumu]; ikinci bölüm ise, sağlık-hastalık öyküsüne ait bilgilerin [aile ve çevreden destek alma durumu, ailede KAH öyküsü, eşlik eden başka bir kronik hastalık varlığı, düzenli kullandığı ilaçları, alışkanlıklar (sigara, alkol, madde), yoğun bakımda kalma süresi, hastanede yatma süresi] yer aldığı toplam 20 maddeden oluşmaktadır.

**3.7.2 Telefonla Danışmanlık Formu (EK-4):** Deney grubu hastalara araştırmacı tarafından taburculuktan 24 saat sonraki birinci gün ile birinci, ikinci ve üçüncü haftalarda olmak üzere toplam dört kez telefon ile danışmanlık ve eğitim hizmeti verildi. Telefon ile danışmanlık protokolünün oluşturulmasında açık kalp cerrahisi geçiren hastaların taburculuk sonrası problem yaşadığı ve desteğe en çok ihtiyaç duyduğu zamanlar ele alındı. Literatür incelendiğinde, hastaların erken iyileşme dönemlerinde; taburcu oldukları gün (Atal ve Dicle, 2011; Tamdoğan,2015), birinci hafta (Yılmaz ve Çiftçi, 2010; Çevik ve Zaybak, 2011; Tamdoğan,2015), ikinci hafta (Bikmoradi ve diğerleri, 2016; Afacan, 2019; Bulut ve Balanuye,

2021) ve üçüncü hafta (Bulut ve Balanuye, 2021) semptomların daha fazla yaşandığı ve semptomların kontrolünde sağlık profesyonellerinin desteğine ihtiyaç duydukları görülmüştür.

Tele-hemşirelik hizmetlerinden biri olarak verilen telefonla danışmanlık protokolü için literatür (Tamdoğan, 2015; Bikmoradi ve diğerleri, 2016; Afacan, 2019) dikkate alınmış olup konu başlıkları; ağrı durumu, yara yerinin durumu, ilaç kullanımı, duygu durumu, uyku düzeni/dinlenme, hareket/aktivite durumu, solunum egzersizleri, hijyen, beslenme ve diyet, yeterli sıvı alımı, acil durumları içermektedir.

Hastanın taburcu olduğu ilk gün yapılacak aramada araştırmacı hastalara protokole uygun danışmanlık hizmeti verip birinci, ikinci ve üçüncü haftalarda tekrar aranacakları konusunda bilgilendirme yapıldı.

**3.7.3 Telefonla Arama Protokolü (EK-5):** Deney grubu için yapılacak görüşmeler Roter etkileşim analiz sistemi (RIAS)’ne göre planlandı. Bu sistem, kişilerarası etkileşim, problem çözme ve sosyo-emosyonel iletişimi desteklemek amacıyla geliştirilmiştir ve kavramsal olarak iletişimi temelde iki kategoriye ayırmaktadır. Bunlar, görev odaklı ve sosyo-emosyonel unsurları yansıtmaktadır. Görev odaklı iletişim, büyük ölçüde hastaya soru sorma ve bilgi verme olarak değerlendirilirken sosyo-emosyonel iletişim ise endişe, iyimserlik, şakalaşma, günlük sohbeti içermektedir. Bu teknik hem hastalar hem de görüşmeyi yapan sağlık profesyonelleri için iletişimi detaylandırabileceği, kapsamlı bir görüşmeyi gerçekleştirebileceği bir ortam sağlar. Roter etkileşim analiz sisteminin pratiklik, işlevsellik, esneklik-uyarlanabilirlik ve ek katılımcıları da dahil edebileceği çoklu iletişim sistemi olmasının yanı sıra iletişimde birçok kolaylığı ve geçerliliği vardır (Roter ve Larson, 2002).

Araştırmada, Telefonla Danışmanlık ve Telefonla Arama Protokolü formunda yer alan maddelerin kapsam geçerliğinin tespiti için uzmanlardan her bir maddenin uygunluğunu Kapsam Geçerlik İndeksi’ne (KGİ) göre puanlamaları istenmiştir. Puanlama; A= “Uygun değil”, B= “Maddenin uygun şekilde değiştirilmesi gerek”, C= “Uygun ancak ufak değişiklik gerek”, D= “Uygun” şeklindedir. KGİ kullanılarak elde edilen sonuçların değerlendirilmesi için Davis tekniğinden yararlanılmıştır. Buna göre her bir maddenin KGİ oranı belirlenmiştir. KGİ değeri; (C) ve (D) seçeneklerini işaretleyen uzman sayısının toplam uzman sayısına bölünmesiyle hesaplanmıştır. Uzman görüşlerine göre Telefonla Danışmanlık ve Telefonla Arama Protokolündeki maddelerin KGİ %80 üzeri olarak bulunmuştur. Bu bulgularla

“Telefonla Danışmanlık ve Telefonla Arama Protokolü” maddelerinin ölçülmek istenen davranışı temsiliyetinin yeterli olduğu belirlendi.

**3.7.4 Öz Bakım Gücü Ölçeği (EK-6):** Kearney ve Fleischer tarafından 1979 yılında geliştirilmiştir. İnsanların kendi kendilerine bakma yeteneklerini ve güçlerini belirlemeye yarayan ölçek, 35 ifadeden (madde) oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe dilinde geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını Nursen Nahcivan (1994) yapmıştır. Ölçek bireylerin öz-bakım eylemleriyle ilgilenme durumlarını kendi değerlendirmeleri üzerine odaklanmıştır. Her bir ifade, 0’dan 4’e kadar puanlanmıştır. Bireylerin öz-bakıma karşı yönelimleri 5’li Likert-tip ölçek üzerinde katılımcıların yanıtlaması ile belirlenir. Yanıt seçeneklerinden, “Beni hiç tanımlamıyor” yanıtına 0 puan, diğerlerine sırasıyla “Beni pek tanımlamıyor” 1 puan, “Fikrim yok” 2 puan, “Beni biraz tanımlıyor” 3 puan ve “Beni çok tanımlıyor” yanıtına 4 puan verilir. Türkçeleştirilen ölçekte 8 madde (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26. ve 31. maddeler) negatif olarak değerlendirilir ve puanlama ters döndürülür. Maksimum puan ise 140’tır. Ölçekten alınan puanın yüksekliği bireyin öz-bakım ya da kendi kendine bakma yeteneğinin, gücünün yüksekliğini gösterir. Ölçeğin cronbach alfa değeri 0.92’dir (Nahcivan, 1994).

Bu araştırmada deney grubunda ilk ve son ölçüm Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) cronbach alfa ( $\alpha$ ) katsayı değeri sırasıyla 0,904 ve 0,889 olarak hesaplanırken; kontrol grubunda 0,817 ve 0,840 olarak hesaplandı.

**3.7.5 Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri (KCSE) (EK-7):** KCSE LaPier ve Jung (2002) tarafından geliştirilmiştir. Orjinal envantere 76 madde bulunmaktadır ve envanter genel, kardiyak, gövde, alt ve üst ekstremitte semptomları olmak üzere 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Altınok ve Sağlam (2018) tarafından yapılmıştır. KCSE Türkçe hali tek boyutlu olup 35 maddeden oluşmaktadır. Envanter likert tiptedir ve semptomlar 0-4 arasında “Hiç”, “Çok Az”, “Orta”, “Çok”, “Oldukça fazla” olarak değerlendirilmektedir. Envanterden alınacak puan aralığı 0-140 arasında değişmektedir. Alınan puanlar yükseldikçe hastalarda semptom şiddeti artmaktadır. Envanterde ters çevrilen madde bulunmamaktadır ve envanterin Cronbach alfa katsayısı 0,961’dir (Altınok ve Sağlam, 2018).

Bu araştırmada, ölçeğin genel Cronbach alfa değeri deney grubunda ilk ve son ölçüm katsayı değeri sırasıyla 0,866 ve 0,956 olarak hesaplanırken; kontrol grubunda 0,720 ve 0,876 olarak hesaplandı.

### 3.8 VERİLERİN TOPLANMASI

**Deney grubu için;** araştırma kriterlerini sağlayan hastalara, yoğun bakım tedavi süreci bitip servise taburculuğu planlandığı dönemde araştırmanın amacı açıklandı. Bilgilendirilmiş onam formu (Deney grubu- EK-1) hasta tarafından okunarak imzalandı. Hastanın hastaneden taburcu olduktan ilk 24 saat içinde aranacağı bilgisi verildi. Hasta Tanıtım Formu, Bölüm I Sosyodemografik Bilgiler (**EK-1**), yüz yüze görüşülerek uygulandı. Randomizasyon yöntemi ile deney grubunda yer alacağı belirlenen hastalar, taburculuk sonrası ilk 24 saatte, taburculuk sonrası birinci, ikinci ve üçüncü hafta olmak üzere toplamda dört kez Telefonla Arama Protokolü (**EK-5**) uygulanarak telefon ile arandı. Her görüşmede, Öz Bakım Gücü Ölçeği (**EK-6**) ve Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri (**EK-7**) uygulandı. Ölçek ve envanter değerlendirmesi sonrası Telefonla Danışmanlık Formu (**EK-4**) içerisinde yer alan konular ve sorular doğrultusunda hastalara danışmanlık hizmeti verildi. Hastalardan gelen sorular yanıtlandı. Hastalara taburculuklarının birinci, ikinci ve üçüncü haftasında tekrar aranacakları bilgisi verildi. İhtiyaç durumunda araştırmacıyı telefon ile arayabilecekleri bildirildi.

Taburculuktan sonraki ilk 24 saat içinde yapılan birinci görüşmede hastalara nasıl hissettikleri sorularak görüşme başlatıldı. Hasta Tanıtım Formu, Bölüm II Sağlık-Hastalık İlişkinine yönelik tanıtım bilgileri (**EK-3**) telefon ile görüşülerek uygulandı. Öz Bakım Gücü Ölçeği (**EK-6**) ve Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri (**EK-7**) uygulandı. Telefonla Danışmanlık Formunda yer alan ağrı durumu, yara yeri durumu, ilaç kullanımı, duygu durumu, uyku düzeni/dinlenme, aktivite programı, solunum egzersizi, hijyen, beslenme düzeni ve diyet, acil durum konularında hastalara sorular soruldu. Hastalara ihtiyaç duydukları, öğrenmek istedikleri konular hakkında danışmanlık hizmeti verildi. Görüşme sonunda hastaların kendilerini daha rahat ve güvende hissetmeleri sağlandı.

Taburculuktan sonraki birinci haftada yapılan ikinci görüşme, hastaya nasıl hissettiği sorularak başlatıldı. İlk görüşmeden ikinci görüşmeye kadar geçen bir haftalık süreçte yaşadıkları bir sorun olup olmadığı sorgulandı. Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri uygulandı. Uygulama sonrası Telefonla Danışmanlık Formunda yer alan konulara yönelik ilk görüşmede olduğu gibi danışmanlık hizmeti verildi. Semptomlarına yönelik yapabilecekleri hakkında danışmanlık hizmeti verildi. Hastaya 1 hafta sonra tekrar planlanan saatte aranacakları ve bu süre içerisinde bir sorunu olursa telefon ile arayabileceği söylenerek görüşme sonlandırıldı.

Taburculuktan sonraki ikinci haftada yapılan üçüncü görüşme, hastaya nasıl hissettiği sorularak başlatıldı. İlk iki görüşmeye göre hastalar daha istekli ve daha özgüvenli hissettiklerini ifade ettiler. İkinci görüşmeden üçüncü görüşmeye kadar geçen bir haftalık süreçte yaşadıkları bir sorun olup olmadığı sorgulandı. Öz Bakım Gücü ve Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri uygulandı. Uygulama sonrası hastalara, Telefonla Danışmanlık Formunda ele alınan konulara yönelik nelere dikkat ettiği soruldu. Önceki görüşmelerde verilen bilgiler tekrarlandı. Hastalardan gelen sorular yanıtlandı. Semptomlarına yönelik danışmanlık hizmeti verildi. Bir sonraki görüşmenin saati planlanarak görüşme sonlandırıldı.

Taburculuktan sonraki üçüncü haftada yapılan dördüncü görüşme, hastanın genel durumu sorularak başlatıldı. İlk üç görüşmede uygulanan ölçek ve envanter uygulanıp danışmanlık hizmeti verildi. Hastaya, son görüşme olduğu söylenerek teşekkür edildi.

Toplamda 36 hasta ile 144 görüşme yapıldı. Yalnızca iki hasta, yara yeri durumunun fotoğrafını whatsapp üzerinden paylaştı. Bir hasta ise, yara yeri akıntısı olduğunu ifade etti ve kontrol tarihini beklemeden hastaneye gelmesi konusunda bilgi verilerek polikliniğe çağrıldı.

**Kontrol grubu için;** Araştırma kriterlerini sağlayan hastalara, yoğun bakım tedavi süreci bitip servise taburculuğu planlandığı dönemde araştırmanın amacı açıklandı. Bilgilendirilmiş onam formu (Kontrol grubu- EK-2) hasta tarafından okunarak imzalandı. Hastanın hastaneden taburcu olduktan ilk 24 saat içinde aranacağı bilgisi verildi. Hasta Tanıtım Formu, Bölüm I Sosyodemografik Bilgiler (**EK-1**), yüz yüze görüşülerek uygulandı. Randomizasyon yöntemi ile kontrol grubunda yer alacağı belirlenen hastalar, taburculuk sonrası ilk 24 saatte, taburculuk sonrası üçüncü hafta olmak üzere toplamda iki kez Telefonla Arama Protokolü (**EK-5**) uygulanarak telefon ile arandı. Her görüşmede, Öz Bakım Gücü Ölçeği (**EK-6**) ve Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri (**EK-7**) uygulandı.

Taburculuktan sonraki ilk 24 saat içinde yapılan birinci görüşmede hastalara nasıl hissettikleri sorularak görüşme başlatıldı. Öz Bakım Gücü Ölçeği (**EK-6**) ve Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri (**EK-7**) uygulandı. Bir sonraki görüşme saati planlanarak görüşme sonlandırıldı.

Taburculuktan sonraki üçüncü haftada yapılan ikinci görüşmede hastalara nasıl hissettikleri sorularak görüşme başlatıldı. Öz Bakım Gücü Ölçeği (**EK-6**) ve Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri (**EK-7**) uygulandı. Görüşmenin son görüşme olduğu söylenerek hastaya teşekkür edildi.

Toplam 36 hasta ile 72 görüşme yapıldı. Yalnızca bir hasta, iki görüşme arasında telefonla aradı. Etik ilkelere uyularak soruları yanıtlandı.

Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalara, hastaneden taburcu oldukları zaman uzman hekim tarafından rutin taburculuk eğitimi sözel olarak verilip hastalara herhangi bir broşür, eğitim kitapçığı verilmemektedir. Kontrol ve deney grubu hastaların tamamı, rutin taburculuk eğitimini uzman hekim tarafından taburcu olduğu gün almıştır.

### 3.9 VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmada sürekli değişkenlerin normallik varsayımı Kolmogorov-Smirnov testi ile sınıandı. Kategorik değişkenler frekans (n, %); sürekli değişkenler ortalama ve standart sapma olarak sunuldu. Ölçeklerin güvenilirliğini ölçmek amacıyla cronbach alpha güvenilirlik katsayıları belirlendi. Sürekli değişkenlerde iki grup arasındaki karşılaştırmalar Bağımsız örneklem t testi ile yapıldı. İki'den fazla grup karşılaştırmaları tek yönlü ANAOVA (varyans) testi ile yapıldı. ANOVA testinde, anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Tukey testi kullanıldı. Gruplar arasındaki nitel karşılaştırmalarda Ki-Kare testleri (*Fisher'in kesin ki-kare testi ve Pearson ki-kare testi*) kullanıldı. Nicel iki değişken arasındaki tekrarlı ölçümlerde farklılığın test edilmesinde İlişkili (bağımlı) örneklem t-testi, ikiden fazla tekrarlı ölçümde ise Tekrarlı Ölçümler ANOVA testinden yararlandı. Sürekli iki değişken arasındaki ilişki düzeyi Pearson korelasyon testi ile incelendi. Sonuçlar; %95 güven aralığında anlamlılık ise  $p < 0,05$  altında değerlendirildi. Bütün istatistiksel hesaplamalar SPSS yazılımı versiyon 26 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) ile yapıldı.

### 3.10 ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmada, ölçeklerin kullanılabilmesi için ölçeklerin Türkçe geçerlik güvenilirliğini yapan yazarlardan gerekli yazılı izinler alındı (**EK-8, EK-9**). Araştırmaya başlamadan önce İstanbul Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul izni, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi ve T.C. İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izin alındı. Araştırmada örneklem seçim kriterlerine uygun olan hastalara, araştırma içeriği, amacı ve araştırmacının beklentileri açıklandı. Gönüllü olarak katılımı kabul eden hastalardan sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onam (**EK-1, EK-2**) alındıktan sonra veriler toplandı. Gizlilik ilkesi doğrultusunda hastalara, alınan kişisel bilgilerin

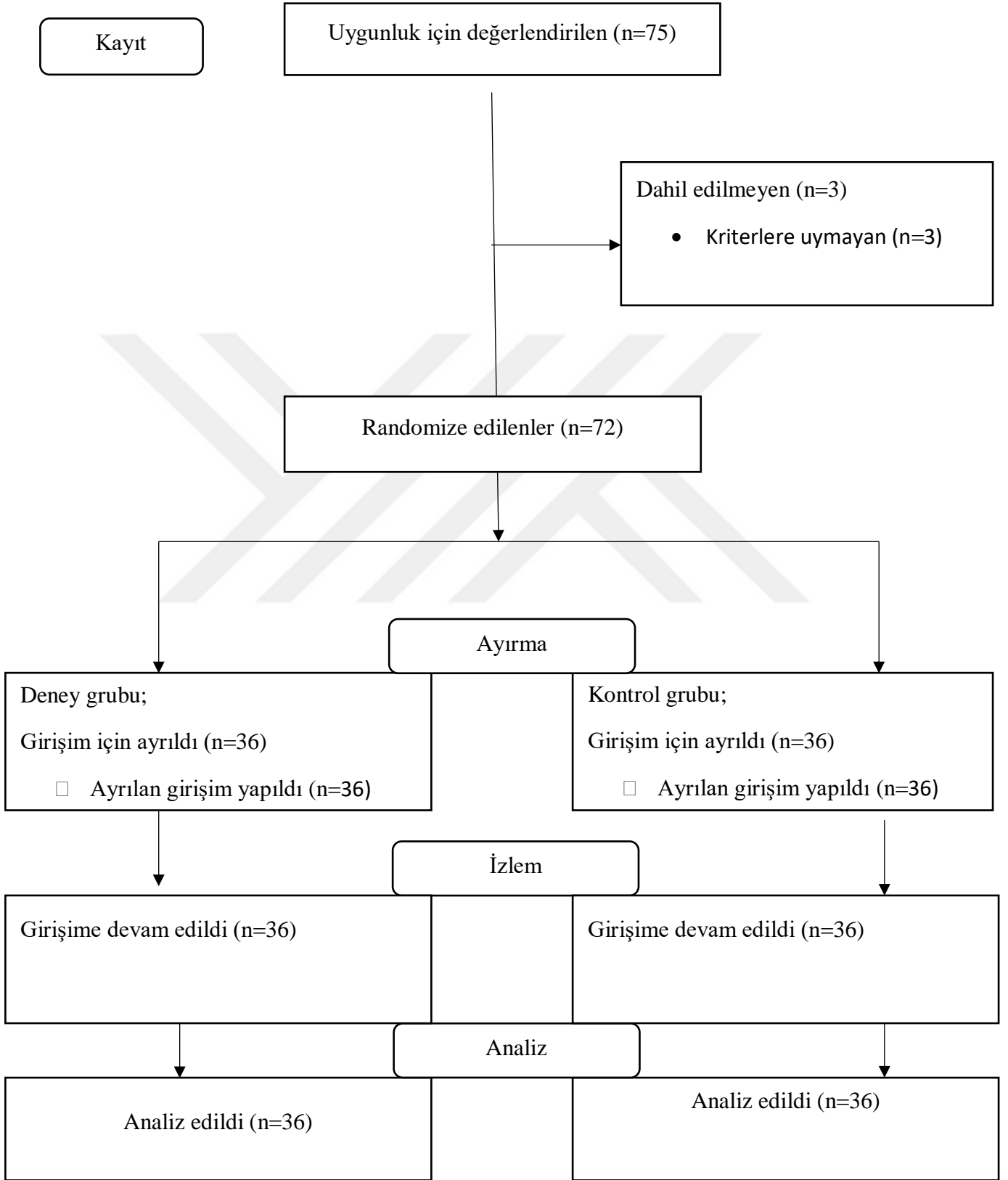
araştırma dışında kimseyle paylaşılmayacağı, araştırma amacı dışında kullanılmayacağı konusunda bilgi verildi. Veri toplama sırasında hastaların bakım ve tedavisini aksatmayacak zaman dilimlerine dikkat edilerek zarar vermeme ilkesine uygun davranıldı.

### **3.11 ARAşTIRMANIN SINIRLILIKLARI/ZORLUKLARI**

Araştırma sonuçları, araştırmanın gerçekleştirildiği hastanenin, kardiyovasküler cerrahi (KVC) yoğun bakım ünitesinde KABG cerrahisi sonrası yatan hastalara genellenebilir. İletişim araçlarından yalnızca telefon kullanılmış olması ise hastalara gün içerisinde ulaşma konusunda zorluk yaşanmasına sebep olmaktadır.



## CONSORT AKIŞ DİYAGRAMI



Şekil 3-1 Consort Akış Diyagramı

## 4. BULGULAR

Bu bölümde, koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalarda taburculuk sonrası tele hemşirelik danışmanlığının semptom kontrolü ve öz bakım gücüne olan etkisini incelemek amacıyla randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular ve istatistiksel analizleri tablo ve şekil olarak sunuldu.

Araştırma, Temmuz 2022 ve Temmuz 2023 tarihleri arasında Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi'nin, KVC yoğun bakım ünitesinde ve KVC yatan hasta servislerinde açık kalp cerrahisi geçiren ve evren içinden randomizasyonla seçilen 36'sı deney ve 36'sı kontrol grubu olmak üzere toplam 72 hasta ile tamamlandı.

Deney ve kontrol grubu hastalardan elde edilen bulgular altı bölümde ele alındı.

**Birinci Bölüm (4.1):** Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulgular

**İkinci Bölüm (4.2):** Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Kalp Cerrahi Semptom Envanteri (KCSE) ve Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) Puan Ortalamalarına Ait Bulgular

**Üçüncü Bölüm (4.3):** Deney Grubu Hastalarda Ölçüm Zamanına Göre Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri ve Öz Bakım Gücü Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

**Dördüncü Bölüm (4.4):** Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri ve Öz Bakım Gücü Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

**Beşinci Bölüm (4.5):** Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

**Altıncı Bölüm (4.6):** Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

### 4.1. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulgular

Bu bölümde, deney ve kontrol grubu hastaların sosyodemografik bilgilerine [yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi (BKİ), çalışma durumu, eğitim durumu, meslek, yaşanan yer, medeni durum, evde kiminle yaşadığı, sağlık güvencesi, gelir durumu] (**Tablo 4.1.1**) ve sağlık/hastalık

öyküsüne [aile ve çevreden destek alma durumu, KAH süresi, ailede KAH öyküsü, eşlik eden başka bir kronik hastalık varlığı, düzenli kullandığı ilaçları, alışkanlıklar (sigara, alkol, madde), yapılan cerrahi girişim, cerrahi girişimde kullanılan greft/ greftler, yoğun bakımda kalma süresi, hastanede yatma süresi] (Tablo 4.1.2) ait bulgulara yer verildi.

**Tablo 4.1.1: Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyodemografik Bilgileri (n=72)**

	<b>Deney (n=36)</b>	<b>Kontrol (n=36)</b>	<b>Toplam (n=72)</b>	<b>Test değeri</b>	<b>P- değeri</b>
<b>Değişkenler</b>	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>		
<b>Yaş</b>	59,56±11,16	62,78±9,83	61,17±10,57	1,300 <sup>a</sup>	0,198
<b>Cinsiyet</b>				0,084 <sup>b</sup>	0,772
Erkek	29(80,6)	28(77,8)	57(79,2)		
Kadın	7(19,4)	8(22,2)	15(20,8)		
<b>Medeni Durum</b>				0,000 <sup>b</sup>	1,000
Evli	30(83,3)	30(83,3)	60(83,3)		
Bekar	6(16,7)	6(16,7)	12(16,7)		
<b>BKİ</b>	25,80±4,15	26,09±3,22	25,95±3,69	0,337 <sup>a</sup>	0,737
<b>BKİ grup</b>				4,736 <sup>b</sup>	0,094
Normal	19(52,8)	13(36,1)	32(44,4)		
Kilolu	10(27,8)	19(52,8)	29(40,3)		
Obez	7(19,4)	4(11,1)	11(15,3)		
<b>Eğitim Durumu</b>				0,000 <sup>b</sup>	1,000
Lise altı eğitim	21(58,3)	21(58,3)	42(58,3)		
Lise ve üzeri eğitim	15(41,7)	15(41,7)	30(41,7)		
<b>Çalışma Durumu</b>				1,447 <sup>b</sup>	0,485
Çalışıyor	13(36,1)	9(25,0)	22(30,6)		
Çalışmıyor	5(13,9)	8(22,2)	13(18,1)		
Emekli	18(50,0)	19(52,8)	37(51,4)		
<b>Gelir Durumu</b>				- <sup>c</sup>	1,000
Gelir gidere denk	30(83,3)	30(83,3)	60(83,3)		
Gelir giderden fazla	6(16,7)	6(16,7)	12(16,7)		
<b>Yaşanılan Yer</b>				0,000	1,000
İl	33(91,7)	33(91,7)	66(91,7)		
İlçe	3(8,3)	3(8,3)	6(8,3)		
<b>Birlikte Yaşam</b>				1,587 <sup>c</sup>	0,685
Yalnız	3(8,3)	1(2,8)	4(5,6)		
Eş ile	12(33,3)	12(33,3)	24(33,3)		
Eş ve çocuk/veya çocuk	19(52,8)	22(61,1)	41(56,9)		
Akraba	2(5,6)	1(2,8)	3(4,2)		
<b>Sağlık Güvencesi</b>				UD	UD
Evet	36(100,0)	36(100,0)	72(100,0)		

p>0,05; a:Bağımsız örneklem t testi, b:Pearson ki-kare testi, c: Fisher kesin ki-kare testi, UD: Uygun değil, Ss: Standart sapma, KAH: Koroner Arter Hastalığı

Araştırmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması  $61,17 \pm 10,57$  yıl, %79,2'si (n=57) erkek, %83,3'ü (n=60) evli, %51,4'ü (n=37) emekli, %83,3'ünün (n=60) geliri giderine denk, %58,3'ünün (n=42) lise ve altı eğitim düzeyine sahip idi. Hastaların, %91,7'sinin (n=66) il merkezinde ikamet ettiği, %56,9'unun (n=41) eşi ve çocukları/ çocukları ile birlikte kaldığı saptandı. Hastaların tamamı (%100) bir sağlık sigortasına sahip idi (**Tablo 4.1.1**).

**Tablo 4.1.2: Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Sağlık/Hastalık Öyküsüne Ait Bulgular (n=72)**

Değişkenler	Deney	Kontrol	Toplam	Test değeri	P-değeri
	(n=36)	(n=36)	(n=72)		
	n(%)	n(%)	n(%)		
<b>Aile Desteği</b>				0,296 <sup>b</sup>	0,586
Evet, çok iyi	28(77,8)	26(72,2)	54(75,0)		
Evet, iyi	8(22,2)	10(27,8)	18(25,0)		
<b>Ailede KAH Öyküsü</b>				1,000 <sup>b</sup>	0,317
Evet	26(72,2)	22(61,1)	48(66,7)		
Hayır	10(27,8)	14(38,9)	24(33,3)		
<b>Kronik Hastalık Varlığı</b>				0,355 <sup>b</sup>	0,551
Evet	30(83,3)	28(77,8)	58(80,6)		
Hayır	6(16,7)	8(22,2)	14(19,4)		
<b>Düzenli İlaç Kullanımı</b>				0,963 <sup>b</sup>	0,326
Evet	25(69,4)	21(58,3)	46(63,9)		
Hayır	11(30,6)	15(41,7)	26(36,1)		
<b>Sigara Kullanımı</b>				0,250 <sup>b</sup>	0,617
Kullandı	25(69,4)	23(63,9)	48(66,7)		
Hiç kullanmadı	11(30,6)	13(36,1)	24(33,3)		
<b>Alkol Tüketimi</b>				- <sup>c</sup>	0,999
Evet	4(11,1)	3(8,3)	7(9,7)		
Hayır	32(88,9)	33(91,7)	65(90,3)		
<b>YBÜ'de Yatış Süresi, ort±Ss</b>	3,78±2,23	4,14±2,67	3,96±2,45	0,622 <sup>a</sup>	0,536
<b>Hastane Yatış Süresi, ort±Ss</b>	8,31±4,41	9,14±5,18	8,72±4,79	0,735 <sup>a</sup>	0,465

p>0,05; a:Bağımsız örneklem t testi, b:Pearson ki-kare testi, c: Fisher kesin ki-kare testi, UD: Uygun değil, Ss: Standart sapma

**Tablo 4.1.2** incelendiğinde, hastaların tamamının aile desteği gördüğü, %66,7'sinin (n=48) ailesinde koroner arter hastalığının (KAH) olduğu, %80,6'sında (n=58) kronik hastalık öyküsünün bulunduğu ve %63,9'unun (n=46) düzenli ilaç kullandığı belirlendi. Alışkanlıklarına göre hastalar incelendiğinde, hastaların %66,7'sinin (n=48) sigara kullandığı ve %9,7'sinin (n=7) ise alkol tükettiği saptandı. BKİ ortalamasının 25,95±3,69 ve %44,4'ünün normal BKİ düzeyinde olduğu saptandı. Hastaların ortalama 3,96±2,45 gün yoğun bakım ünitesinde ve ortalama 8,72±4,79 gün de hastanede kaldığı belirlendi.

Araştırma gruplarına (deney ve kontrol) göre hastaların tanıtıcı özelliklerinde (sosyodemografik bilgiler ve sağlık/hastalık öyküsü) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05) ve bu özellikler açısından grupların homojen olarak dağılım gösterdiği görüldü (**Tablo 4.1.1** ve **Tablo 4.1.2**).

#### 4.2. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri ve Öz Bakım Gücü Ölçek Puan Ortalamalarına Ait Bulgular

Bu bölümde, deney ve kontrol grubu hastaların KCSE ve ÖBGÖ puan ortalamalarına (**Tablo 4.2.1**) ve gruplara (deney ve kontrol) göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasına (**Tablo 4.2.2**) ait bulgular ele alındı.

**Tablo 4.2.1: Deney ve Kontrol Grubu Hastaların KCSE ve Öz Bakım Gücü Ölçek Puan Ortalamalar**

Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri (KCSE)	Deney (n=36)		Kontrol (n=36)	
	Ort±Ss	En az-En çok	Ort±Ss	En az-En çok
İlk Ölçüm (Taburculuk sonrası 1.Gün)	51,69±9,35	37-78	79,25±6,05	66-94
2.Ölçüm (1.Hafta)	41,64±9,27	27-69	-	-
3.Ölçüm (2.Hafta)	27,33±11,84	10-64	-	-
Son Ölçüm (3.Hafta)	17,19±10,36	7-52	25,33±7,75	12-46
Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ)	Ort±Ss	En az-En çok	Ort±Ss	En az-En çok

İlk Ölçüm (Taburculuk Sonrası 1.Gün)	100,17±14,85	67-130	90,28±11,63	71-122
2.Ölçüm (1.Hafta)	105,14±11,17	83-130	-	-
3.Ölçüm (2.Hafta)	113,61±10,76	94-136	-	-
Son Ölçüm (3.Hafta)	118,75±10,26	100-140	90,17±11,43	58-113

Ss: Standart sapma

**Tablo 4.2.1** incelendiğinde deney grubu hastalarda KCSE'nin ölçüm zamanlarına göre puan ortalamaları sırasıyla incelendiğinde; ilk ölçüm (taburculuk sonrası 1.gün) için 51,69±9,35; ikinci ölçüm (1.hafta) için 41,64±9,27; üçüncü ölçüm (2. Hafta) için 27,33±11,84 ve son ölçüm (3.hafta) için 17,19±10,36 olduğu saptandı. Kontrol grubunda ise KCSE'nin ölçüm zamanlarına göre ilk ölçüm (taburculuk sonrası 1. gün) ve son ölçüm (3.hafta) puan ortalamaları sırasıyla incelendiğinde 79,25±6,05 ve 25,33±7,75 olduğu belirlendi.

**Tablo 4.2.1** incelendiğinde deney grubu hastalarda ÖBGÖ'nün ilk ölçüm (taburculuk sonrası 1.gün) ile son ölçüm (3.hafta) puan ortalamaları sırasıyla incelendiğinde; ilk ölçüm (taburculuk sonrası 1. gün) için 100,17±14,85; ikinci ölçüm (1. Hafta) için 105,14±11,17; üçüncü ölçüm (2. hafta) için 113,61±10,76 ve son ölçüm (3. hafta) için 118,75±10,26 puan ortalaması olduğu belirlendi. Kontrol grubunda ise ÖBGÖ'nün ilk ölçüm (taburculuk sonrası 1. gün) ve son ölçüm (3. hafta) puan ortalamaları sırasıyla 90,28±11,63 ve 90,17±11,43 olduğu saptandı.

**Tablo 4.2.2: Gruplara (Deney ve Kontrol) Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

	Deney (n=36)	Kontrol (n=36)		
<b>Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri (KCSE)</b>	<b>Ort±Ss</b>	<b>Ort±Ss</b>	<b>Test değeri<sup>a</sup></b>	<b>P-değeri</b>
İlk Ölçüm (Taburculuk Sonrası 1.Gün)	51,69±9,35	79,25±6,05	14,840	<0,001*
Son Ölçüm (3.Hafta)	17,19±10,36	25,33±7,75	3,775	<0,001*
Fark	-34,50±7,45	-53,92±4,33	13,523	<0,001*
<b>Test değeri<sup>b</sup></b>	27,782	74,795		
<b>P-değeri</b>	<0,001*	<0,001*		
	<b>Deney (n=36)</b>	<b>Kontrol (n=36)</b>		
<b>Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ)</b>	<b>Ort±Ss</b>	<b>Ort±Ss</b>	<b>Test değeri<sup>a</sup></b>	<b>P-değeri</b>

İlk Ölçüm (Taburculuk Sonrası 1.Gün)	100,17±14,85	90,28±11,63	3,145	<b>0,002*</b>
Son Ölçüm (3.Hafta)	118,75±10,26	90,17±11,43	11,164	<b>&lt;0,001*</b>
Fark	18,58±12,19	-0,11±10,30	7,030	<b>&lt;0,001*</b>
<b>Test değeri<sup>b</sup></b>	9,149	0,065		
<b>P-değeri</b>	<b>&lt;0,001*</b>	0,949		

\*p<0,05; a:Bağımsız örneklem t testi, b:Bağımlı örneklem t testi, Ss: Standart sapma

## Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri

### *Gruplar arası karşılaştırmada;*

Hastaların ilk ve son ölçüm KCSE puanlarının (**Şekil 4-1 ve Şekil 4-2**) deney grubunda, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptandı (**ilk ve son ölçüm, t=14,840 ve 3,775; p<0,001**). Hem ilk ölçüm hem de son ölçüm değerlendirmelerinde deney grubunda kalp cerrahisi ilişkili semptomların daha düşük düzeyde görüldüğü belirlendi. (**Tablo 4.2.2**).

### *Grup içi karşılaştırmada;*

Hem deney hem de kontrol grubunda ilk ölçüme göre son ölçümde kalp cerrahisi ilişkili semptomların istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı saptandı (**deney, t=27,782; kontrol, t=74,795; p<0,001**) (**Tablo 4.2.2**).

### *Farklı zamanlarda ölçülen KCSE düzeyindeki değişim farkı gruplar arası karşılaştırıldığında;*

İlk ve son ölçümlerin farkı karşılaştırıldığında; deney grubundaki hastaların KCSE düzeyi ortalama -34,50±7,45 birim, kontrol grubundaki hastaların ise ortalama -53,92±4,33 birim azaldığı belirlendi. İki grup arasındaki KCSE düzeyi değişim farkı istatistiksel olarak değerlendirildiğinde; deney grubundaki düşüşün kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük olduğu bulundu (**t=13,523; p<0,001**) (**Tablo 4.2.2**).

## Öz Bakım Gücü Ölçeği

### *Gruplar arası karşılaştırmada;*

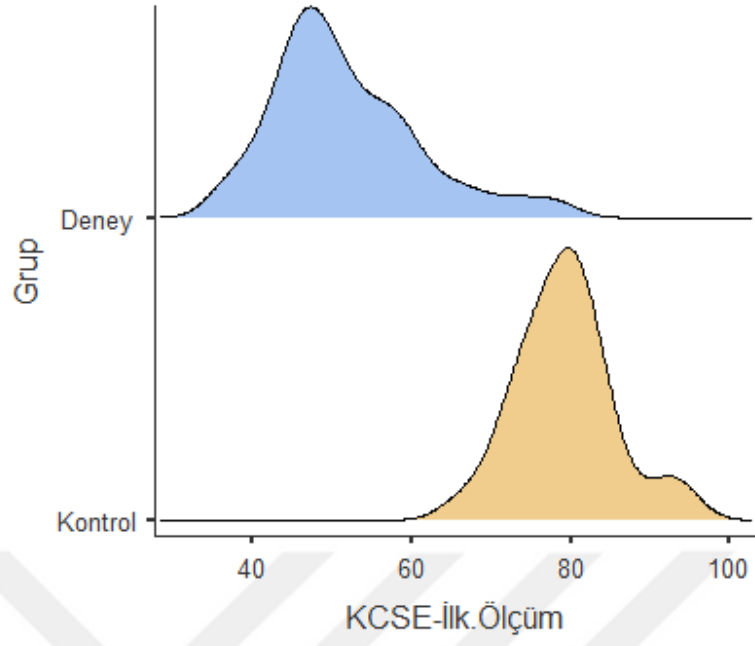
Hastaların ilk ve son ölçüm ÖBGÖ puanlarının (**Şekil 4-3 ve Şekil 4-4**) deney grubunda, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (**ilk ve son ölçüm,  $t=3,145$ ;  $p=0,002$  ve  $t=11,164$ ;  $p<0,001$** ). Hem ilk ölçüm hem de son ölçüm değerlendirmelerinde deney grubunda öz bakım gücünün daha yüksek olduğu belirlendi. (**Tablo 4.2.2**).

### *Grup içi karşılaştırmada;*

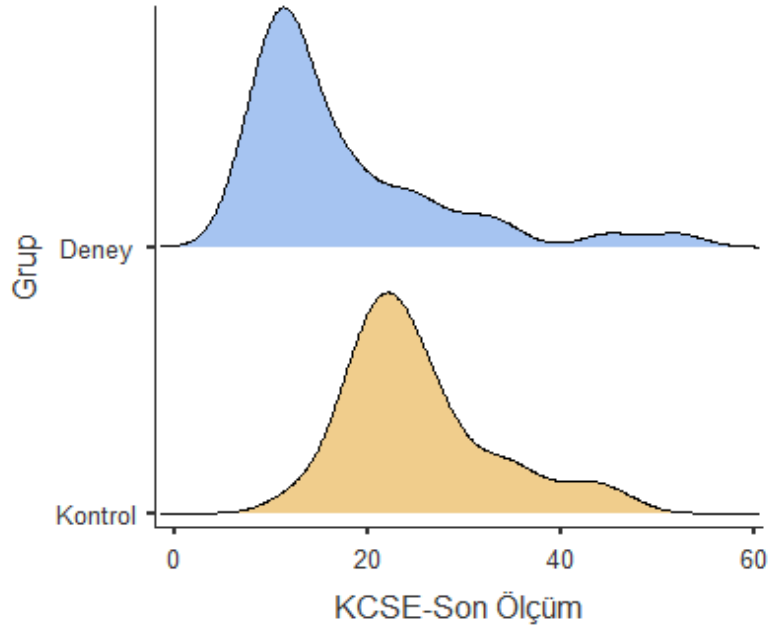
Deney grubunda ilk ölçüme göre son ölçümde öz bakım gücünde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir artma olduğu saptandı ( **$t=9,149$ ;  $p<0,001$** ). Fakat kontrol grubunda ilk ölçüme göre son ölçümde öz bakım gücünde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir değişim saptanmadı ( **$p>0,05$** ) (**Tablo 4.2.2**).

### **Farklı zamanlarda ölçülen ÖBGÖ düzeyindeki değişim farkı gruplar arası karşılaştırıldığında;**

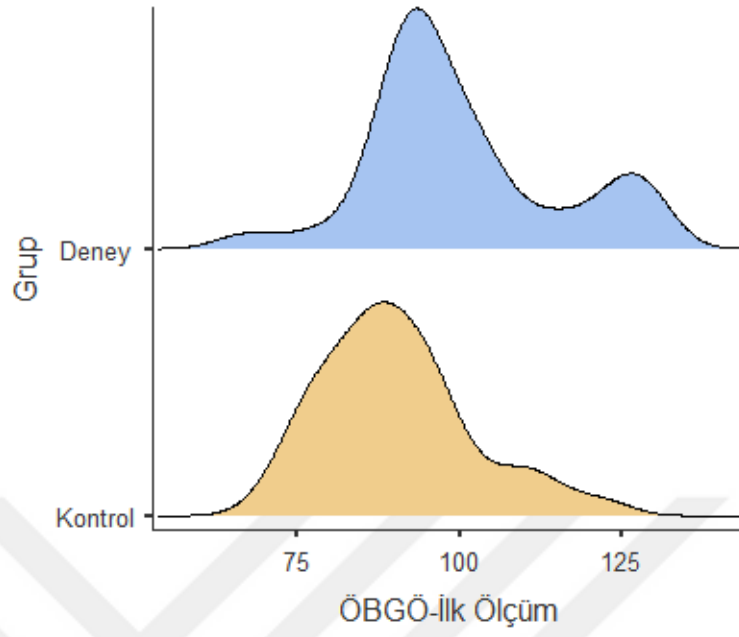
İlk ve son ölçümlerin farkı karşılaştırıldığında deney grubundaki hastaların öz bakım gücünde ortalama  $18,58\pm 12,19$  birim artış, kontrol grubundaki hastaların ise ortalama  $-0,11\pm 10,30$  birim düşüş olduğu belirlendi. İki grup arasındaki öz bakım gücündeki değişim farkı istatistiksel olarak değerlendirildiğinde; deney grubundaki artışın kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu ( **$t=7,030$ ;  $p<0,001$** ) (**Tablo 4.2.2**).



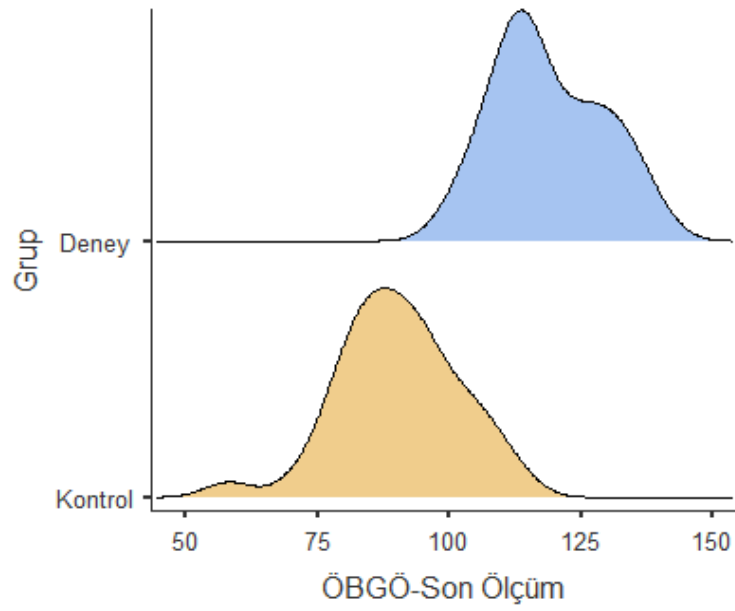
**Şekil 4-1: İlk Ölçüm KCSE Düzeyi**



**Şekil 4-2: Son Ölçüm KCSE Düzeyi**



**Şekil 4-3: İlk Ölçüm Öz Bakım Gücü (ÖBG) Düzeyi**



**Şekil 4-4: Son Ölçüm Öz Bakım Gücü (ÖBG) Düzeyi**

### 4.3. Deney Grubu Hastalarda Ölçüm Zamanına Göre Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri ve Öz Bakım Gücü Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Bu bölümde deney grubu hastalarda ölçüm zamanına göre KCSE ve ÖBGÖ puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgulara (Tablo 4.3.1 ve Şekil 4.3.1) yer verildi.

**Tablo 4.3.1: Deney Grubu Hastalarda Ölçüm Zamanına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması (n=36)**

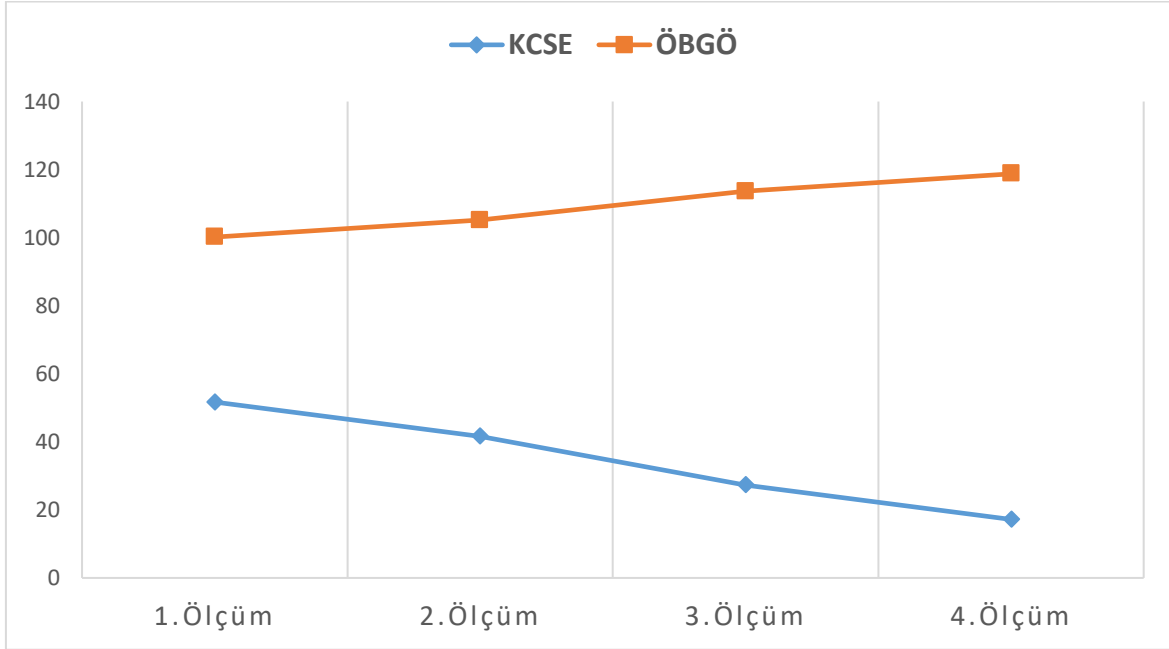
<b>Deney</b>	
(n=36)	
<b>Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri</b>	<b>Ort±Ss</b>
<b>(KCSE)</b>	<b>Ort±Ss</b>
1.Ölçüm <sup>1</sup> (Taburculuk Sonrası 1.Gün)	51,69±9,35
2.Ölçüm <sup>2</sup> (1.Hafta)	41,64±9,27
3.Ölçüm <sup>3</sup> (2.Hafta)	27,33±11,84
4.Ölçüm <sup>4</sup> (3.Hafta)	17,19±10,36
<b>Test değeri<sup>a</sup></b>	524,335
<b>p-değeri</b>	<0,001
<b>Fark</b>	$f=4<3<2<1$
<b>Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ)</b>	<b>Ort±Ss</b>
1.Ölçüm <sup>1</sup> (Taburculuk Sonrası 1.Gün)	100,17±14,85
2.Ölçüm <sup>2</sup> (1.Hafta)	105,14±11,17
3.Ölçüm <sup>3</sup> (2.Hafta)	113,61±10,76
4.Ölçüm <sup>4</sup> (3.Hafta)	118,75±10,26
<b>Test değeri</b>	72,263
<b>p-değeri<sup>a</sup></b>	<0,001
<b>Fark</b>	$f=1<2<3<4$

\*p<0,05; Tekrarlı Ölçümler ANOVA testi

Deney grubun hastalarda yapılan ölçümlerde, hastaların kalp cerrahisi ilişkili semptom ve öz bakım gücü değişiminde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı (**KCSE, F=524; p<0,001 ve ÖBGÖ, F=72,263; p<0,001**). Yapılan alt grup analizlerinde bu farkın bütün ölçüm zamanları arasında olduğu belirlendi. Deney grubunda, ilk ölçümden son ölçüme doğru giderek

kalp cerrahisi ilişkili semptomların azaldığı; öz bakım gücünün ise arttığı görüldü (Tablo 4.3.1 ve Şekil 4.3.1).

Şekil 4-5: Deney grubu KCSE ve ÖBGÖ puan grafiği



#### 4.4. Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri ve Öz Bakım Gücü Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Bu bölümde KCSE ve ÖBGÖ puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular ele alındı (Tablo 4.4.1).

Tablo 4.4.1: Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri ve Öz Bakım Gücü Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

KCSE	Test	Deney	Kontrol
		(n=36)	(n=36)
		ÖBGÖ	ÖBGÖ
İlk ölçüm	r	-0,079	<b>0,369</b>
	P-değeri	0,646	<b>0,027*</b>
Son ölçüm	r	-0,156	-0,230
	P-değeri	0,364	0,178

\*p<0,05; r: Spearman korelasyon testi

Deney grubunda yapılan ilk ve son ölçümlerde hastaların KCSE ve ÖBGÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki varlığı saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.4.1).

Kontrol grubunda yapılan ilk ölçümde hastaların KCSE ve ÖBGÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki varlığı saptandı ( $r=0,369$ ;  $p=0,027$ ). Son ölçümde ise iki ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki varlığı saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.4.1).

#### 4.5. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Bu bölümde deney ve kontrol grubu hastaların tanıtıcı özelliklerine (sosyodemografik bilgiler ve sağlık/hastalık öyküsü) göre KCSE puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ait bulgulara yer verildi (Tablo 4.5.1, Tablo 4.5.2, Tablo 4.5.3).

**Tablo 4.5.1: Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyodemografik Bilgilerine Göre İlk Ölçüm KCSE Puan Ortalamaları**

Değişkenler	Kategori	KCSE-İlk Ölçüm			
		Deney (n=36)		Kontrol (n=36)	
		n	Ort±Ss	n	Ort±Ss
Yaş	<65	21	49,76±9,40	19	78,00±7,20
	≥65	15	54,40±8,89	17	80,65±4,24
	<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		1,492		1,361
	<b>P-değeri</b>		0,145		0,184
Cinsiyet	Erkek	29	50,86±9,92	28	79,14±6,51
	Kadın	7	55,14±5,81	8	79,63±4,44
	<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		1,090		0,196
	<b>P-değeri</b>		0,283		0,846
Medeni Durum	Evli	30	52,17±9,22	30	79,47±5,59
	Bekar	6	49,33±10,56	6	78,17±8,57
	<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		0,672		0,475
	<b>P-değeri</b>		0,506		0,638
BKİ	<25kg/m <sup>2</sup>	19	53,26±9,77	13	78,38±5,35
	≥25kg/m <sup>2</sup>	17	49,94±8,81	23	79,74±6,48
	<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		1,066		0,639
	<b>P-değeri</b>		0,294		0,527
Eğitim Durumu	Lise altı	21	53,24±8,64	21	78,48±6,05
	Lise ve üzeri	15	49,53±10,18	15	80,33±6,10
	<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		1,178		0,905
	<b>P-değeri</b>		0,247		0,372
Çalışma Durumu	Çalışıyor	13	47,85±7,29	9	81,67±7,53
	Çalışmıyor	5	54,60±3,65	8	78,75±4,62

	Emekli	18	53,67±11,02	19	78,32±5,81
	<b>Test değeri<sup>b</sup></b>		1,824		0,969
	<b>P-değeri</b>		0,177		0,390
<b>Gelir Durumu</b>	Gelir gidere denk	30	50,03±8,21	30	78,77±6,52
	Gelir giderden fazla	6	60,00±11,06	6	81,67±1,37
	<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		<b>2,566</b>		<b>2,207</b>
	<b>P-değeri</b>		<b>0,015*</b>		<b>0,034*</b>
<b>Birlikte Yaşam</b>	Yalnız	3	49,67±11,02	1	83,00±-
	Eş ile	12	53,33±9,14	12	78,67±5,80
	Eş ve çocuk/veya çocuk	19	51,21±9,22	22	79,09±6,35
	Akraba	2	49,50±17,68	1	86,00±-
	<b>Test değeri<sup>b</sup></b>		0,208		0,563
	<b>P-değeri</b>		0,890		0,644

\*p<0,05; a:Bağımsız örneklem t testi, b:Tek yönlü ANOVA testi; Ss: Standart sapma

**Tablo 4.5.1** incelendiğinde her iki grupta da ilk ölçüm KCSE puanları ile hastaların sadece, gelir durumu tanıtıcı özelliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki varlığı saptandı. Geliri giderlerinden fazla olan hastalarda kalp cerrahisi ile ilişkili semptomların görülme düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (**deney grubu: t=2,566, p=0,015; kontrol grubu: t=2,207, p=0,034**) (Tablo 4.5.1).

**Tablo 4.5.2: Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyodemografik Bilgilerine Göre Son Ölçüm KCSE Puan Ortalamaları**

Değişkenler	Kategori	KCSE-Son Ölçüm			
		Deney (n=36)		Kontrol (n=36)	
		n	Ort±Ss	n	Ort±Ss
<b>Yaş</b>	<65	21	13,52±9,31	19	23,63±7,85
	≥65	15	22,33±9,79	17	27,24±7,39
	<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		<b>2,739</b>		1,413
	<b>P-değeri</b>		<b>0,010*</b>		0,167
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	29	14,93±9,45	28	24,57±7,99
	Kadın	7	26,57±9,03	8	28,00±6,59
	<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		<b>2,947</b>		1,108
	<b>P-değeri</b>		<b>0,006*</b>		0,276
<b>Medeni Durum</b>	Evli	30	16,80±10,58	30	24,77±7,39
	Bekar	6	19,17±9,81	6	28,17±9,58
	<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		0,505		0,961
	<b>P-değeri</b>		0,617		0,334
<b>BKİ</b>	<25kg/m <sup>2</sup>	19	16,37±9,56	13	23,85±3,16
	≥25kg/m <sup>2</sup>	17	18,12±11,41	23	26,17±9,38
	<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		0,500		1,086
	<b>P-değeri</b>		0,620		0,286
<b>Eğitim Durumu</b>	Lise altı	21	16,62±6,97	21	24,57±8,08

	Lise ve üzeri	15	18,00±14,06	15	26,40±7,39
	<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		0,351		0,693
	<b>P-değeri</b>		0,730		0,493
<b>Çalışma Durumu</b>	Çalışıyor <sup>1</sup>	13	11,08±3,12	9	26,11±9,99
	Çalışmıyor <sup>2</sup>	5	25,00±2,55	8	27,00±6,68
	Emekli <sup>3</sup>	18	19,44±12,67	19	24,26±7,23
	<b>Test değeri<sup>b</sup></b>		<b>5,066</b>		0,398
	<b>P-değeri</b>		<b>0,012*</b>		0,675
	<b>Fark</b>		<b>f=1&lt;2,3</b>		-
<b>Gelir Durumu</b>	Gelir gidere denk	30	15,57±8,97	30	25,23±8,38
	Gelir giderden fazla	6	25,33±13,76	6	25,83±3,49
	<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		<b>2,224</b>		0,171
	<b>P-değeri</b>		<b>0,033*</b>		0,865
<b>Birlikte Yaşam</b>	Yalnız	3	18,33±9,07	1	32,00±-
	Eş ile	12	20,42±14,31	12	25,75±7,02
	Eş ve çocuk/veya çocuk	19	14,47±6,39	22	24,32±8,09
	Akraba	2	22,00±16,97	1	36,00±-
	<b>Test değeri<sup>b</sup></b>		0,978		1,018
	<b>P-değeri</b>		0,415		0,398

\*p<0,05; a:Bağımsız örneklem t testi, b:Tek yönlü ANOVA testi; Ss: Standart sapma

## Deney grubu

Son ölçümde yapılan değerlendirmede, 65 yaş altı hastalara göre 65 yaş ve üzeri olanlarda kalp cerrahisi ile ilişkili semptomların görülme düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (**t=2,739; p=0,010**) (Tablo 4.5.2).

Son ölçümde yapılan değerlendirmede, erkeklere göre kadınlarda kalp cerrahisi ile ilişkili semptomların görülme düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu (**t=2,947; p=0,006**) (Tablo 4.5.2).

Son ölçümde yapılan değerlendirmede, çalışma durumuna göre hastaların kalp cerrahisi ile ilişkili semptomların görülme düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptandı (**F=5,066; p=0,012**). Yapılan alt grup analizinde bu farkın aktif olarak bir işte çalışan hastalardan kaynaklandığı belirlendi. Aktif olarak çalışan hastalarda kalp cerrahisi ile ilişkili semptomların görülme düzeyi daha düşük idi. (Tablo 4.5.2).

Son ölçümde yapılan değerlendirmede, geliri giderlerinden fazla olan hastalarda kalp cerrahisi ile ilişkili semptomların görülme düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (**t=2,224; p=0,033**) (Tablo 4.5.2).

### Kontrol grubu

Son ölçümde yapılan değerlendirmede kontrol grubu hastalarının tanıcı özelliklerine göre kalp cerrahisi ile ilişkili semptomlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.5.2).

**Tablo 4.5.3: Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Sağlık/Hastalık Öyküsüne Göre İlk ve Son Ölçüm KCSE Puan Ortalamaları**

Değişkenler	KCSE-İlk Ölçüm				KCSE-Son Ölçüm	
	Deney (n=36)		Kontrol (n=36)		Deney (n=36)	Kontrol (n=36)
	n	Ort.±Ss	n	Ort.±Ss	Ort.±Ss	Ort.±Ss
<b>Ailede KAH Öyküsü</b>						
Evet	26	50,85±8,81	22	79,32±6,15	16,92±11,10	25,09±8,11
Hayır	10	53,90±10,82	14	79,14±6,13	17,90±8,61	25,71±7,42
<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		0,875		0,083	0,250	0,232
<b>P-değeri</b>		0,388		0,934	0,804	0,818
<b>Kronik Hastalık</b>						
<b>Varlığı</b>						
Evet	30	52,90±8,84	28	79,79±6,34	17,57±9,60	26,25±7,82
Hayır	6	45,67±10,31	8	77,38±4,81	15,33±14,56	22,13±7,02
<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		1,782		0,993	0,477	1,344
<b>P-değeri</b>		0,084		0,328	0,637	0,188
<b>Düzenli İlaç</b>						
<b>Kullanımı</b>						
Evet	25	53,60±9,34	21	80,57±6,55	18,16±10,16	26,62±7,81
Hayır	11	47,36±8,20	15	77,40±4,90	15,00±10,95	23,53±7,55
<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		1,911		1,583	0,840	1,185
<b>P-değeri</b>		0,064		0,123	0,407	0,244
<b>Sigara Kullanımı</b>						
Kullandı	25	51,16±10,23	23	80,04±6,32	16,32±10,33	25,00±8,46
Hiç kullanmadı	11	52,91±7,26	13	77,85±5,51	19,18±10,64	25,92±6,56

<b>Test değeri<sup>a</sup></b>	0,511	1,047	0,759	0,339
<b>P-değeri</b>	0,612	0,302	0,453	0,737
<b>YBÜ'de Yatış Süresi</b>	<b>r=0,424; p=0,010*</b>	<b>r=0,372;</b> <b>p=0,026*</b>	<b>r=0,556;</b> <b>p&lt;0,001*</b>	<b>r=0,511;</b> <b>p=0,001*</b>
<b>Hastane Yatış Süresi</b>	<b>r=0,476; p=0,003*</b>	<b>r=0,347;</b> <b>p=0,038*</b>	<b>r=0,663;</b> <b>p&lt;0,001*</b>	<b>r=0,488;</b> <b>p=0,003*</b>

\*p<0,05; a:Bağımsız örneklem t testi, r: Pearson korelasyon testi; Ss: Standart sapma

**Tablo 4.5.3** incelendiğinde her iki grupta da hastaların yoğun bakımda kalma süreleri arttıkça ilk ölçüm (deney grubu: **r=0,424, p=0,010**; kontrol grubu: **r=0,372, p=0,026**) ve son ölçüm (deney: **r=0,663, p<0,001**; kontrol: **r=0,347, p=0,038**) kalp cerrahisi ile ilişkili semptomların görülme düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptandı. Hastaların hastanede yatış süresi arttıkça ilk ölçüm (deney grubu: **r=0,476, p=0,003**; kontrol grubu: **r=0,511, p=0,001**) ve son ölçüm (deney grubu: **r=0,663, p<0,001**; kontrol grubu: **r=0,488; p=0,003**) kalp cerrahisi ile ilişkili semptomların görülme düzeyinin de istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı görüldü. Her iki grup hastaların diğer sağlık/hastalık öyküsüne göre kalp cerrahisi ile ilişkili görülen semptomlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (**p>0,05**).

#### 4.6. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Bu bölümde deney ve kontrol grubu hastaların tanıtıcı özelliklerine (sosyodemografik bilgiler ve sağlık/hastalık öyküsü) göre ÖBGÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ait bulgulara yer verildi.

**Tablo 4.6.1: Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyodemografik Bilgilerine Göre İlk Ölçüm ÖBGÖ Puan Ortalamaları**

Değişkenler	Kategori	ÖBGÖ-İlk Ölçüm			
		Deney (n=36)		Kontrol (n=36)	
		n	Ort±Ss	n	Ort±Ss
Yaş	<65	21	97,19±13,87	19	86,84±9,46
	≥65	15	104,33±15,66	17	94,12±12,86
	<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		1,444		1,947
	<b>P-değeri</b>		0,158		0,060

<b>Cinsiyet</b>	Erkek	29	100,24±15,41	28	91,43±12,75
	Kadın	7	99,86±13,36	8	86,25±5,04
<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		0,061		1,729	
<b>P-değeri</b>		0,952		0,094	
<b>Medeni Durum</b>	Evli	30	98,77±15,00	30	91,83±11,57
	Bekar	6	107,17±13,03	6	82,50±9,14
<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		1,276		1,856	
<b>P-değeri</b>		0,211		0,072	
<b>BKİ</b>	<25kg/m <sup>2</sup>	19	101,11±16,03	13	88,77±9,94
	≥25kg/m <sup>2</sup>	17	99,12±13,83	23	91,13±12,61
<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		0,396		0,580	
<b>P-değeri</b>		0,695		0,566	
<b>Eğitim Durumu</b>	Lise altı	21	96,95±12,46	21	87,38±10,92
	Lise ve üzeri	15	104,67±17,11	15	94,07±11,34
<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		1,568		1,783	
<b>P-değeri</b>		0,126		0,084	
<b>Çalışma Durumu</b>	Çalışıyor	13	99,08±15,62	9	90,56±11,51
	Çalışmıyor	5	94,60±6,99	8	85,38±3,20
	Emekli	18	102,50±15,96	19	92,21±13,62
<b>Test değeri<sup>b</sup></b>		0,594		0,975	
<b>P-değeri</b>		0,558		0,388	
<b>Gelir Durumu</b>	Gelir gidere denk	30	96,67±12,05	30	88,27±10,04
	Gelir giderden fazla	6	117,67±16,17	6	100,33±14,71
<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		<b>3,686</b>		<b>2,486</b>	
<b>P-değeri</b>		<b>0,001*</b>		<b>0,018*</b>	
<b>Birlikte Yaşam</b>	Yalnız	3	108,00±19,31	1	96,00±.
	Eş ile	12	101,42±16,09	12	92,83±10,74
	Eş ve çocuk/veya çocuk	19	97,11±14,02	22	89,50±11,89
	Akraba	2	110,00±4,24	1	71,00±.
<b>Test değeri<sup>b</sup></b>		0,857		1,249	
<b>P-değeri</b>		0,473		0,308	

\*p<0,05; a:Bağımsız örneklem t testi, b:Tek yönlü ANOVA testi; Ss: Standart sapma

**Tablo 4.6.1** incelendiğinde her iki grupta da ilk ölçüm ÖBGÖ puanları ile hastaların sadece, gelir durumu tanıtıcı özelliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki varlığı saptandı. Geliri giderlerinden fazla olan hastalarda öz bakım gücü düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (**deney grubu: t=3,686, p=0,001; kontrol grubu: t=2,486; p=0,018**) (Tablo 4.6.1).

**Tablo 4.6.2: Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyodemografik Bilgilerine Göre Son Ölçüm ÖBGÖ Puan Ortalamaları**

	<b>ÖBGÖ-Son Ölçüm</b>	
	<b>Deney</b> (n=36)	<b>Kontrol</b> (n=36)

Değişkenler	Kategori	n	Ort±Ss	n	Ort±Ss
Yaş	<65	21	117,52±8,58	19	88,00±10,11
	≥65	15	120,47±12,36	17	92,59±12,62
	<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		0,796		1,210
	<b>P-değeri</b>		0,404		0,235
Cinsiyet	Erkek	13	119,03±9,65	28	91,54±12,20
	Kadın	5	117,57±13,34	8	85,38±6,76
	<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		0,334		1,360
	<b>P-değeri</b>		0,740		0,183
Medeni Durum	Evli	30	118,90±10,77	30	90,80±11,88
	Bekar	6	118,00±7,97	6	87,00±9,03
	<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		0,193		0,738
	<b>P-değeri</b>		0,848		0,465
BKİ	<25kg/m <sup>2</sup>	19	121,79±9,34	13	89,46±10,28
	≥25kg/m <sup>2</sup>	17	115,35±10,44	23	90,57±12,24
	<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		1,953		0,275
	<b>P-değeri</b>		0,059		0,785
Eğitim Durumu	Lise altı	21	118,71±9,55	21	87,38±10,92
	Lise ve üzeri	15	118,80±11,53	15	94,07±11,34
	<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		0,024		1,783
	<b>P-değeri</b>		0,981		0,084
Çalışma Durumu	Çalışıyor	13	120,00±8,04	9	90,67±12,66
	Çalışmıyor	5	115,60±14,31	8	84,00±6,09
	Emekli	18	118,72±10,90	19	92,53±12,07
	<b>Test değeri<sup>b</sup></b>		0,319		1,634
	<b>P-değeri</b>		0,729		0,211
Gelir Durumu	Gelir gidere denk	30	116,90±9,35	30	88,60±10,87
	Gelir giderden fazla	6	128,00±10,33	6	98,00±11,90
	<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		<b>2,613</b>		1,906
	<b>P-değeri</b>		<b>0,013*</b>		0,065
Birlikte Yaşam	Yalnız	3	113,33±4,62	1	98,00±.
	Eş ile	12	118,42±12,27	12	93,17±8,98
	Eş ve çocuk/veya çocuk	19	118,89±9,83	22	89,05±12,19
	Akraba	2	127,50±2,12	1	71,00±.
	<b>Test değeri<sup>b</sup></b>		0,753		1,501
	<b>P-değeri</b>		0,529		0,233

\*p<0,05; a:Bağımsız örneklem t testi, b:Tek yönlü ANOVA testi; Ss: Standart sapma

## Deney grubu

Deney grubunda son ölçüm ÖBGÖ puanları ile hastaların sadece, gelir durumu tanıtıcı özelliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki varlığı saptandı. Geliri giderlerinden fazla olan hastalarda öz bakım gücü düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ( $t=2,613$ ;  $p=0,013$ ) (Tablo 4.6.2).

### Kontrol grubu

Kontrol grubunda son ölçümde yapılan değerlendirmede sosyodemografik bilgilerine göre hastaların öz bakım gücünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.6.2).

**Tablo 4.6.3 :Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Sağlık/Hastalık Öyküsüne Göre İlk ve Son Ölçüm ÖBGÖ Puan Ortalamaları**

Değişkenler	ÖBGÖ-İlk Ölçüm				ÖBGÖ-Son Ölçüm	
	Deney (n=36)		Kontrol (n=36)		Deney (n=36)	Kontrol (n=36)
	n	Ort±Ss	n	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
<b>Ailede KAH Öyküsü</b>						
Evet	26	97,46±13,28	22	91,91±11,36	117,19±9,14	90,82±12,35
Hayır	10	107,20±17,09	14	87,71±12,00	122,80±12,34	89,14±10,19
<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		1,819		1,057	1,306	0,424
<b>P-değeri</b>		0,078		0,298	0,214	0,675
<b>Kronik Hastalık Varlığı</b>						
Evet	30	99,73±12,98	28	90,54±11,44	118,17±10,63	90,71±11,32
Hayır	6	102,33±23,69	8	89,38±13,05	121,67±8,31	88,25±12,42
<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		0,261		0,246	0,758	0,532
<b>P-değeri</b>		0,803		0,807	0,454	0,598
<b>Düzenli İlaç Kullanımı</b>						
Evet	25	98,12±12,56	21	90,10±10,53	116,88±9,79	89,52±11,54
Hayır	11	104,82±18,96	15	90,53±13,41	123,00±10,48	91,07±11,63
<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		1,257		0,110	1,692	0,394
<b>P-değeri</b>		0,217		0,913	0,100	0,696
<b>Sigara Kullanımı</b>						
Kullandı	25	99,52±15,42	23	93,04±13,30	119,60±9,91	92,26±13,06
Hiç kullanmadı	11	101,64±14,09	13	85,38±5,44	116,82±11,27	86,46±6,72
<b>Test değeri<sup>a</sup></b>		0,389		1,975	0,745	1,487
<b>P-değeri</b>		0,700		0,056	0,462	0,146

<b>YBÜ'de Yatış Süresi</b>	r=-0,170; p=0,323	r=-0,182; p=0,287	r=-0,217; p=0,203	<b>r=-0,347;</b> <b>p=0,038*</b>
<b>Hastane Yatış Süresi</b>	r=-0,131; p=0,446	r=-0,196; p=0,253	r=-0,207; p=0,225	r=-0,320; p=0,057

\*p<0,05; a: Bağımsız örneklem t testi, r: Pearson korelasyon testi; Ss: Standart sapma

### **Deney grubu**

Deney grubunda ilk ve son ölçümde yapılan değerlendirmede sağlık/hastalık öyküsüne göre hastaların öz bakım gücünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (**p>0,05**) (Tablo 4.6.3).

### **Kontrol Grubu**

Yoğun bakımda kalma süreleri arttıkça hastaların son ölçüm öz bakım gücünde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir azalma olduğu saptandı (**r=-0,347; p=0,038**) (Tablo 4.6.3).

Kontrol grubunda diğer sağlık/hastalık öyküsüne göre hastaların öz bakım gücünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (**p>0,05**).

## 5. TARTIŞMA

Kardiyovasküler hastalığı olan birey ve aileleri, yaşamları boyunca bu hastalığın neden olduğu semptomlarla baş etmek durumunda kalmaktadır (Gohari, 2022). Koroner arter kalp hastalıkları dünya çapında ölüm ve sakatlığın önde gelen nedenlerinden biri olmakla beraber toplumlara ciddi ekonomik yük getirmektedir (Jiang ve diğerleri, 2020). Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalarda taburculuk sonrası döneme ilişkin eğitim verilmediği takdirde yaşam kalitesini etkileyebilecek pek çok fiziksel ve psikolojik komplikasyon ve semptomlar meydana gelmektedir (Akbari ve Çelik, 2018).

Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastaların, taburculuk sonrası süreçte evde bazı yakınmalarının ve gereksinimlerinin olduğu görülmektedir. Bu hastaların taburculuk sonrası yaşadığı semptomlar; iştahsızlık, uyku düzeninde bozulma, ağrı, çarpıntı hissi, gastrointestinal sorunlar ve duyu durum değişiklikleri olarak özetlenebilir (Barnason ve diğerleri, 2009; Sawatzky ve diğerleri, 2013; Emre ve Tuna, 2021). Günümüzde sağlık alanındaki teknolojik gelişmelerin ve tedavi/bakım uygulamalarındaki kanıt temelli yaklaşımların artması ile hastaların cerrahi sonrası hastanede kalış süreleri kısalmaktadır. Buna bağlı olarak erken iyileşme döneminde gelişebilecek olası komplikasyonlar ve bazı semptomlarla hasta ve ailesinin evde baş etmesi gerekmektedir. Taburculuk sonrası dönemde olası komplikasyonların önlenmesi, yaşanan semptomların kontrolünün sağlanması, hastanın öz bakım gücünü ve yaşam kalitesini arttırmaktadır (Cebeci ve Çelik, 2011; Lie ve diğerleri, 2012; Akbari ve Şenol Çelik, 2018; Emre ve Tuna, 2021). Taburculuk sonrası evde bakım süreci ile ilgili eğitim ve danışmanlık almayan hastaların daha fazla ağrı deneyimlediği ve yeniden hastaneye yatışların da arttığı bilinmektedir (Mistian ve Poot, 2006; Bsharat ve Karadağ, 2019). Yapılan çalışmalarda koroner arter bypass greft cerrahisi sonrasında hastaların evde yaşadıkları semptomların kontrolünü sağlayabilmeleri ve günlük yaşam aktivitelerine dönebilmeleri için yardım ve desteğe gereksinim duyduğu bildirilmektedir (Cebeci ve Çelik, 2011; Direk ve Şenol Çelik, 2012; Lie ve diğerleri, 2012). Sağlık sistemi ve sağlık hizmeti sunumundaki hızlı değişimler, teknolojiye gelişmeler, toplumun gereksinimleri ve artan yaşlı nüfus ile birlikte tele sağlık ve tele hemşirelik uygulamaları yaygınlaşmaktadır (Bikmoradi ve diğerleri, 2016). Tele hemşirelik uygulamaları ile yer ve zaman kısıtlaması olmaksızın hasta ve ailelerine eğitim

ve danışmanlık hizmeti verilebilmekte, hastaların izlem, tedavi ve bakım sürekliliği sağlanabilmektedir (Bikmoradi ve diğerleri, 2016).

Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalarda taburculuk sonrası tele hemşirelik danışmanlığının semptom kontrolü ve öz bakım gücüne etkisini incelemek amacıyla randomize kontrollü deneysel olarak gerçekleştirilen bu araştırma sonucunda elde edilen bulgular literatür eşliğinde altı bölümde tartışıldı.

### **5.1. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması**

Literatürde koroner arter bypass greft ameliyatı için erkek cinsiyetin ve ileri yaşın daha riskli olduğunu belirten çalışmalara rastlanılmaktadır (Ceylan ve diğerleri, 2011; Fındık ve diğerleri, 2012). Bu çalışmada da literatür ile uyumlu olarak çoğunluğunu erkek hastaların (%79,2) oluşturduğu ve yaş ortalamasının  $61,17 \pm 10,57$  yıl olduğu görüldü (**Tablo 4.1.1**).

Koroner arter hastalığı için değiştirilebilir risk faktörlerinden biri obezitedir. Kilo fazlalığı ve obezite, kardiyovasküler hastalıkların sebep olduğu ölümlerde önemli bir risk oluşturmaktadır (Helvacı, tipi ve Belen, 2014). TEKHARF 2002 raporlarına göre Türkiye’de erkeklerde %25,3 ve kadınlarda %44.2 oranında obezite saptanmıştır (Türkmen, Badır ve Ergün, 2012). Bu çalışmada hastaların %55,6’sının kilolu ve obez grubunda olduğu saptanmış olup hastaların çoğunluğu literatürde belirtilen risk faktörüne sahip idi (**Tablo 4.1.2**).

Yapılan çalışmalarda KABG cerrahisi sonrası ailesi ile yaşayan hastaların ailesinden gördüğü destekle beraber taburculuk sonrası evde bakım sürecine daha iyi uyum sağladığı belirtilmektedir (Barry ve diğerleri, 2006; Alcan, Korkmaz ve Çakmakçı, 2017). Bu çalışmada hastaların çoğunluğu (%90,2) eş ve/veya çocukları ile yaşadığı belirlendi. Bu bulgu Türk toplumunun aile yapısı ile uyumlu ve literatürde belirtilen aile desteğinin varlığını gösteren bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Sağlık ve iyilik halinin bozulduğu durumlarda özellikle uzun süreli izlem ve kontrolün gerektiği kronik hastalıklarda ailenin/yakınlarının desteği hastalık ve semptomlar ile baş edebilmede önemli bir konudur. Bu çalışmada hastaların tamamının (%100) aile desteği aldığı ve aile desteğini çok iyi (%75) ve iyi (%25) olarak ifade ettiği belirlendi (**Tablo 4.1.2**). Bu araştırma bulgusu Türk toplumunda aile birliğini ve desteğini göstermesi açısından dikkate değerdir.

Araştırmada hastaların yarısından fazlasının (%58,3) eğitim düzeyi lise ve altı, çoğunluğunun ise (%75) emekli olduğu ve çalışmadığı belirlendi (**Tablo 4.1.1**). Koroner arter hastalıkların ileri yaşlarda daha çok görülmesi ve bu yaşlardaki bireylerin ise daha çok emekli bireyler olması ile açıklanabilir. Koroner arter hastalığı olan bireyler cerrahi sonrası eve taburculukta da bazı semptomlar yaşamaktadır (Koçaşlı ve Kanan,2020; Balanuye ve Bulut, 2021). Bu araştırmada hastaların daha çok eğitim düzeyinin lise ve altı olması ve ileri yaşta olmaları semptomların yönetiminde daha fazla desteğe gereksinim duyabileceklerini düşündürmesi açısından dikkate alınması gereken bir bulgudur.

Araştırmada hastaların çoğunluğunun (%83,3) gelirinin giderine denk olduğu, tamamının (%100) sosyal güvencesinin olduğu ve tamamına yakınının ilde yaşadığı (%91,7) saptandı (**Tablo 4.1.1**). Kronik hastalıklar, semptomlar ve komplikasyonlar nedeni ile yaşam boyu izlem ve kontrol gerektiren hastalıklardır. Koroner arter bypass greft cerrahisi sonrasında da hastaların bazı semptomlar yaşayabileceği ve komplikasyonlar gelişebileceği bilinmektedir. Hasta bireylerin bu süreçte sağlık harcamalarına ilişkin gelir durumlarının iyi olması ve sosyal güvencesini varlığı hastalık süreci ile baş etmede önemli parametreler içindedir. Ayrıca büyük yerleşim merkezlerinde yaşıyor olmanın sağlık hizmetlerine istenildiğinde hızlı ve kolay ulaşma bakımından bir avantaj oluşturmaktadır ki kronik hastalıklarda oldukça önemlidir. Bu bilgiler doğrultusunda bu araştırmada yer alan bireylere ait bulgular olumlu olarak değerlendirilebilir.

Kardiyovasküler hastalıkların gelişiminde bir diğer önemli risk faktörü sigara kullanımınıdır. Sigara içiciliği, kardiyovasküler hastalıklara bağlı gelişen mortalite ve morbidite oranlarının artmasında doğrudan etkilidir. Değiştirilebilir risk faktörlerinden biri olan sigara içiciliği, ateroskleroz oluşumunu tetikleyerek KAH oluşumunu 3-4 kat arttırmaktadır. Yapılan çalışmalarda, sigara içiciliğinin %80 oranında KAH gelişimini arttırdığı görülmüştür (Türk, Karaca ve Akı, 2021). Koroner arter bypass greft cerrahisi sonrası içilen sigaranın ise oluşabilecek komplikasyon ve semptomların ortaya çıkışını hızlandırdığı ve kolaylaştırdığı belirtilmektedir (Ampatzidou ve diğerleri, 2021). Bu araştırmada deney grubu hastaların %69,4'ü (n=25) ve kontrol grubu hastaların %63,9'unun (n=23) aktif sigara içtiği saptandı. İki grup toplamında hastaların %66,7'sinin (n=48) sigara kullanıyor olması literatüre ve diğer çalışma bulgularına benzemekte olup koroner arterlerdeki darlık ya da tıkanıklığa sebep olduğunu düşündürmektedir.

Yapılan çalışmalarda KAH'a eşlik eden başka kronik hastalık/hastalıkların bulunması KABG cerrahisi sonuçlarını ve buna bağlı hastaların yaşam kalitesini olumsuz açıdan ve doğrudan etkilediği belirtilmiştir (Kara ve Yılmaz, 2020). Bu çalışmada ise deney grubu hastaların %83,3'ünde (n=30) ve kontrol grubu hastaların %77,8'inde (n=28) KAH'a eşlik eden başka kronik hastalıkların görüldüğü ayrıca hastaların %63,9'unun düzenli ilaç kullandığı belirlendi (**Tablo 4.1.2**). Birden çok kronik hastalık varlığının olması cerrahi sonrası iyileşme sürecinde bireylerin semptom yaşaması ve komplikasyon gelişmesi açısından daha fazla risk oluşturmaktadır. Bu çalışmada da hastaların çoğunluğunda birden fazla kronik hastalık varlığı ve düzenli ilaç kullanımı, cerrahi sonrası süreçte evde daha fazla destek ve yakın izlemi gerektirdiğini düşündürmesi açısından değerli bir bulgudur.

Değiştirilemez risk faktörlerinden biri aile öyküsünde KAH varlığının bulunmasıdır. Kadın ve erkek için bu durum cinsiyet fark etmeksizin risk oluşturmaktadır (Türkmen, Badır ve Ergün, 2012). Yapılan çalışmalarda, KAH gelişiminin en önemli faktörlerden birinin pozitif aile öyküsünün varlığı olduğu saptanmıştır (Dülek, Vural ve Gönenç, 2018). Literatür ve diğer çalışma bulgusuna benzer olarak bu çalışmada deney grubu hastaların %72,2'sinin (n=26) ve kontrol grubu hastaların %61,1'inin (n=22) ailesinde KAH öyküsü bulunduğu görüldü (**Tablo 4.1.2**).

KABG cerrahisi geçiren hastalar, cerrahi sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmediğinde ortalama olarak yedi gün içinde hastaneden taburcu olmaktadır (Aydın ve Gürsoy, 2019). Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakımda, açık kalp cerrahisi geçiren ve 48 saatten fazla yoğun bakımda yatan hastaların yoğun bakım yatış süreleri uzamış olarak kabul edilmektedir (Tunç ve diğerleri, 2018). Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastaların yoğun bakım yatış süreleri iki grup incelemesinde, deney grubu ve kontrol grubunda sırasıyla ortalama (**3,78±2,23 ve 4,14±2,67**) gün olduğu ve hastanede kalış sürelerinin ortalama deney ve kontrol grubu hastalarda sırasıyla (**8,31±4,41 ve 9,14±5,18**) gün olduğu belirlendi ve literatür ile uyumlu idi. Her iki grupta yoğun bakımda ve hastanede yatış süreleri uzadıkça kalp cerrahisi ilişkili semptomların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı görüldü (**Tablo 4.5.3**).

Araştırmaya alınan hastaların tanıtıcı özelliklerine (**Tablo 4.1.1 ve Tablo 4.1.2**) bakıldığında deney ve kontrol grubundaki hastaların benzer olduğu ve iki grup arasında yapılan değerlendirmelerde istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı görüldü (**p>0.05**). İki grubun benzer nitelikte olduğu ve hastaların gruplara homojen olarak dağılım gösterdiği belirlendi.

Araştırma sonuçlarını etkileyebilecek bağımsız değişkenler açısından her iki grubun benzer olması, araştırma sonuçlarının güvenilir olduğunu ve ortaya çıkan sonuçların yapılan müdahaleden kaynaklandığını göstermesi açısından kayda değerdir.

## **5.2. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Kalp Cerrahisi Semptom Envanterine Ait Bulgularının Tartışılması**

KABG ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası en az bir semptom ile hastaneye başvuru yaptıkları ve yaşadıkları semptomların kontrolünü sağlayamadıkları görülmektedir (Direk ve Şenol Çelik, 2012). Tele hemşirelik sistemi ile KABG hastalarına verilen danışmanlık hizmeti, semptom kontrolünü artırarak yaşam kalitesine doğrudan etki sağlamaktadır (Gohari ve diğerleri, 2022). Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalarla yapılan bir çalışmada, deney grubu hastalara taburculuk sonrası hemşire tarafından telefon ile danışmanlık hizmeti verilmiş ve taburculuğun 2. ve 6. haftasında değerlendirilmiştir. Telefon ile hemşirelik danışmanlığı alan deney grubu hastaların, danışmanlık almayan kontrol grubu hastalara göre daha az semptom ifade ettiği ve yüksek fiziksel işlevsellik gösterdiği belirtilmiştir (Sawatzky, Christie & Singal, 2013). Bikmoradi ve ark.nın (2016) yaptığı benzer bir çalışmada ise taburculuk sonrası video konferansların ve telefon aramalarının hastalarının yaşam kalitesini artırıp cerrahi sonrası görülen semptomları azalttığı görülmüştür. Ayrıca tele hemşirelik hizmetinin hastaların tedaviye uyumunu arttırdığı ve maliyet etkili hizmet sağladığı belirtilmiştir.

Cebeci ve Şenol Çelik'in (2008) taburculuk eğitimi ve danışmanlığın KABG hastalarında öz bakım yeteneği ve taburculuk sonrası sorunlara etkisini inceledikleri çalışmada deney grubunun öz bakım puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve taburculuk sonrası daha az semptom deneyimledikleri bulunmuştur.

Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalarla yapılan başka bir çalışmada ise cerrahisi sonrası ilk dört hafta içinde semptomların danışmanlık ile beraber %50 oranında azaldığı belirtilmiştir (Elitoğ ve Erkuş, 2010).

Bu çalışmada deney grubu hastaların KCSE puanı ilk ölçümde (taburculuk sonrası 1.gün)  $51,69 \pm 9,35$  ve son ölçümde (3.hafta)  $17,19 \pm 10,36$  olarak ölçüldü. Kontrol grubu hastaların KCSE puanı ise ilk ölçümde (taburculuk sonrası 1.gün)  $79,25 \pm 6,05$  ve son ölçümde (3.hafta)  $25,33 \pm 7,75$  olarak ölçüldü. Her iki grupta da KCSE puan ortalamaları açısından ilk ölçüm ile

son ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş olduğu saptandı (**deney,  $t=27,782$ ; kontrol,  $t=74,795$ ;  $p<0,001$** ) (Tablo 4.2.2). Ancak her iki grup karşılaştırıldığında tele hemşirelik danışmanlığı verilen deney grubu hastaların kontrol grubu hastalara göre KCSE puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilk ölçüm ve son ölçümde daha düşük olduğu ve daha az semptom deneyimlendiği belirlendi (**ilk ve son ölçüm,  $t=14,840$  ve  $3,775$ ;  $p<0,001$** ) (Tablo 4.2.2). Literatür ve diğer çalışma bulgularına paralel olarak bu bulgu, tele hemşirelik danışmanlığının kalp cerrahisi sonrası semptomları düşürdüğünü gösteren olumlu bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Ayrıca bu sonuç etkili ve maliyet etkin bir yöntem olmasından dolayı ülkemizde tele hemşireliğin yaygınlaşmasının faydalı olacağını düşündürmektedir. ***H1<sub>1</sub> hipotezi doğrulandı.***

İlk ve son ölçümlerin farkı karşılaştırıldığında; deney grubundaki hastaların KCSE düzeyi ortalama  $-34,50 \pm 7,45$  birim, kontrol grubundaki hastaların ise ortalama  $-53,92 \pm 4,33$  birim azaldığı belirlendi. İki grup arasındaki KCSE düzeyi değişim farkı istatistiksel olarak değerlendirildiğinde; deney grubundaki düşüşün kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük olduğu bulundu ( **$t=13,523$ ;  $p<0,001$** ) (Tablo 4.2-2). Her iki grupta da semptomların taburculuk sonrası ilk güne göre son ölçümde azalmış olması ise iyileşmenin doğal bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Bu çalışmada ilk ölçüme göre son ölçümdeki düşüşün kontrol grubunda deney grubuna göre daha fazla olması deney grubunun ilk ölçüm puanının kontrol grubuna göre çok daha düşük olması ile ilişkilendirilebilir.

Bu araştırmada deney grubu hastaların her bir ölçüm zamanına göre (taburculuk sonrası 1.gün, 1.hafta, 2.hafta ve 3.hafta) puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistik olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı ( **$F:524$ ,  $p<0,001$** ). Yapılan alt grup analizlerinde ise farkın bütün ölçüm zamanları arasında olduğu; ilk ölçümden son ölçüme doğru giderek kalp cerrahisi ile ilişkili semptomların azaldığı görüldü. Bu sonuç, her bir danışmanlığın hastalardaki semptomları azaltmada etkili olduğunu göstermesi açısından dikkate değer bir bulgudur.

Bu araştırma sonuçları, literatür sonuçları ile paralellik göstermekte olup hastalarda görülen semptomların kontrolünü sağlama ve azaltmada tele hemşirelik danışmanlığının etkili olduğunu gösterdi. Etkili ve maliyet etkin bir yöntem olmasından dolayı ülkemizde tele hemşireliğin yaygınlaşması ile tele hemşirelik danışmanlık sisteminin kurulmasının faydalı olacağını düşündürmektedir.

### 5.3. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğine Ait Bulgularının Tartışılması

Koroner arter bypass greft cerrahisi sonrası hastalarının günlük aktivitelerini başkalarından bağımsız olarak gerçekleştirmesi yaklaşık altı haftayı bulmaktadır. Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalarda taburculuk sonrası dönemde verilen tele hemşirelik danışmanlığı, öz bakım gücünün artırılmasında önemli bir yer tutar (Gohari ve ark., 2022; Emre ve Tuna, 2021; Aydın ve Gürsoy, 2019) Tele hemşirelik sistemi ile beraber taburculuk sonrası telefon ile danışmanlık verilen KABG hastalarında öz bakım gücündeki artma ile taburculuk sonrası normal yaşama uyumun daha kolay sağlanacağı, daha hızlı ve daha rahat bir iyileşme süreci olacağı belirtilmektedir (Kaya ve Dal Yılmaz, 2022).

Gohari ve arkadaşları (2022) tarafından yapılan, KABG hastalarının (n=120) dahil edildiği bir çalışmada, hastalar üç gruba ayrılmış olup taburculuk sonrası ev ziyareti (n=40) yapılan hasta grubu ile telefonla görüşme yapılan hasta grubunun (n=40) öz bakım gücü ve yeterlilikleri aynı puanda olduğu ve aralarında fark olmadığı ancak her iki grubun kontrol grubuna göre öz bakım gücü ve yeterliliğinin anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır. Benzer başka bir çalışmada (Cebeci ve Şenol Çelik, 2008) ise taburculuk eğitimi ve taburculuk sonrası verilen danışmanlık hizmeti ile deney grubu KABG hastalarının öz bakım gücü ölçeğinden aldığı puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve kontrol grubundaki hastalarla karşılaştırıldığında taburculuk sonrasında daha az sorun yaşadığı görülmüştür. Ayrıca öz bakım gücünün artması ile semptomların kontrolünün sağlandığı ve yaşanan semptomları azaltmada taburculuk sonrası eğitimin ve danışmanlığın etkili olduğu belirtilmiştir.

Bu çalışmada, deney grubu hastaların ÖBGÖ puanı ilk ölçümde (taburculuk sonrası 1.gün)  $100,17 \pm 14,85$  ve son ölçümde (3.hafta)  $118,75 \pm 10,26$  olarak ölçüldü. Kontrol grubu hastaların ÖBGÖ puanı ise ilk ölçümde (taburculuk sonrası 1.gün)  $90,28 \pm 11,63$  ve son ölçümde (3.hafta)  $90,17 \pm 11,43$  olarak ölçüldü. Deney grubunda ilk ölçüme göre son ölçümde öz bakım gücünde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir artma olduğu saptandı ( $t=9,149$ ;  $p<0,001$ ). Ancak kontrol grubunda ilk ölçüme göre son ölçümde öz bakım gücünde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir değişim saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.2.2).

Her iki grup karşılaştırıldığında ise tele hemşirelik danışmanlığı verilen deney grubu hastaların kontrol grubu hastalara göre ÖBGÖ puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilk ölçüm ve son ölçümde daha yüksek olduğu ve öz bakımlarının arttığı belirlendi (ilk ve son

**ölçüm,  $t=3,145$ ;  $p=0,002$  ve  $t=11,164$ ;  $p<0,001$ ) (Tablo 4.2.2).** Ayrıca ilk ve son ölçümlerin farkı karşılaştırıldığında deney grubundaki hastaların öz bakım gücünde ortalama  $18,58\pm 12,19$  birim artış, kontrol grubundaki hastaların ise ortalama  $-0,11\pm 10,30$  birim düşüş olduğu belirlendi. İki grup arasındaki öz bakım gücündeki değişim farkı istatistiksel olarak değerlendirildiğinde; deney grubundaki artışın kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu ( $t=7,030$ ;  $p<0,001$ ). (Tablo 4.2.2).

Bu araştırmada deney grubu hastaların her bir ölçüm zamanına göre (taburculuk sonrası 1.gün, 1.hafta, 2.hafta ve 3.hafta) ÖBGÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistik olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı ( $F= 72,263$ ;  $p<0,001$ ). Yapılan alt grup analizlerinde ise farkın bütün ölçüm zamanları arasında olduğu; ilk ölçümden son ölçüme doğru giderek öz bakım gücünün arttığı görüldü. Bu sonuca göre her bir danışmanlığın hastalardaki öz bakım gücünü arttırmada oldukça etkili olduğunu göstermesi açısından önemli bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Literatür ve diğer çalışma bulgularına benzer olarak bu bulgular, tele hemşirelik danışmanlığının kalp cerrahisi sonrası öz bakım gücünü arttırmada oldukça etkili olduğunu ve danışmanlık alan bireylerin günlük yaşama daha kolay uyum sağladığını göstermektedir. ***H1<sub>2</sub> hipotezi doğrulandı.***

#### **5.4. Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri ve Öz Bakım Gücü Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması**

Literatürde öz bakım gücü artan hastaların daha az semptom yaşadığı belirtilmektedir (Demirkıran, 2011; Direk ve Şenol Çelik, 2012; Li ve ark., 2012; Kara ve Yılmaz, 2020). Bu araştırmada, deney grubu hastalarda öz bakım gücünün artmasında ve kalp cerrahisi ile ilişkili semptomların azalmasında tele hemşirelik ile verilen danışmanlığın etkili olduğu görüldü. İletişim araçlarından yalnızca telefon kullanılmasına rağmen taburculuk sonrası iyileşmeyi etkileyen öz bakım gücü ve semptom kontrolünün artması araştırma hipotezlerini destekler niteliktedir.

Bu çalışmada, literatür ve diğer çalışma bulgularından farklı olarak yapılan ölçümlerde (ilk ve son ölçüm) hastaların KCSE ve ÖBGÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki varlığı saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.4.1). Sadece kontrol grubunda yapılan ilk ölçümde hastaların KCSE ve ÖBGÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir

ilişki varlığı saptandı ( $r=0,369$ ;  $p=0,027$ ) (Tablo 4.4.1). Son ölçümde ise iki ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki varlığı saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.4.1). *H1<sub>3</sub> hipotezi doğrulanmadı.*

### 5.5. Tanıtıcı Özelliklerine Göre KCSE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Tartışılması

Kontrol ve deney grubu ilk ölçüm (taburculuk sonrası 1. gün) ve deney grubu son ölçüm (3. hafta) KCSE puanları değerlendirildiğinde geliri giderlerinden fazla olan hastalarda kalp cerrahisi ile ilişkili semptomların görülme düzeyinin, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü (**deney grubu:  $t=2,566$ ,  $p=0,015$ ; kontrol grubu:  $t=2,207$ ,  $p=0,034$** ) (Tablo 4.5.1). Gelirin fazla olması bireylerin beklentilerinde bir artışa ve dolayısı ile yaşadıkları sorunları da daha fazla ifade etmelerine neden olabilir. Ayrıca geliri fazla olan bireylerin bilgiye ulaşmada kolaylık sağlayan teknolojik gelişmeleri daha kolay elde edebildikleri düşünüldüğünde KABG cerrahisi sonrası semptomlara ilişkin bilgileri elde ettikleri ve bunu ifade etmede daha cesaretli olduklarını düşündürmektedir. Son ölçümde tele hemşirelik danışmanlığı alan geliri fazla olan deney grubu hastalarda da semptomların daha fazla ifadesi ( **$t=2,224$ ;  $p=0,033$** ) (Tablo 4.5.2) bilgiye kolay ulaşma ve danışmanlık hizmeti ile ilişkilendirilebilir.

Deney grubu hastalarda, son ölçüm (3.hafta) KCSE puanlarında 65 yaş altı hastalara göre 65 yaş ve üzeri olanlarda kalp cerrahisi ile ilişkili semptomların görülme düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ( **$t=2,739$ ;  $p=0,010$** ) (Tablo 4.5.2). TEKHARF çalışma sonucunda 60-69 yaş grubu insanlarda her beş kişiden birinde KAH görülürken 70 yaş ve üzeri insanların dörtte birinde KAH görülmektedir (İkitimur, Karadağ ve Öngen,2010). Naughton ve arkadaşlarının (2007) kardiyovasküler risk faktörleri olan hastalarda cerrahi uygulanan hastaların taburculuk sonrası semptomları incelendiğinde yaşlı hastalarda semptomların, genç hastalara göre daha fazla görüldüğü ve yaş arttıkça semptomların da arttığı belirtilmiştir. Bu araştırma bulgusu diğer çalışma bulgularına desteklemektedir.

Deney grubu hastalarda, erkeklere göre kadınlarda kalp cerrahisi ile ilişkili semptomların görülme düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu ( **$t=2,947$ ;  $p=0,006$** ) (Tablo 4.5.2). Bu araştırmaya katılan hastaların %79,2'sini ( $n=57$ ) erkekler, %20,8'ini ( $n=15$ ) kadın hastalar oluşturmaktadır (Tablo 4.1.1). Koroner arter hastalığı, erkeklerde 45 yaşından sonra risk oluştururken kadınlarda bu risk 10-15 yıl daha geç karşımıza

çıkılmaktadır. Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastaların üçte birini ise kadın hastalar oluşturmaktadır (Kaya ve diğerleri, 2013). Türk toplumunda erkekler kendilerini güçsüz ve zayıf gösterebilecek sorunları ifade etmekte isteksizdir. Erkekler, sağlık sorunlarını ifade etmeyi bir güçsüzlük olarak düşünebilmektedir. Ayrıca araştırmada erkek hasta sayısının kadın hastalardan fazla olmasının da araştırma sonuçlarını etkilediğini düşündürmektedir.

Son ölçümde yapılan değerlendirmede, çalışma durumuna göre hastaların kalp cerrahisi ile ilişkili semptomların görülme düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptandı (**F=5,066; p=0,012**). Yapılan alt grup analizinde bu farkın aktif olarak bir işte çalışan hastalardan kaynaklandığı belirlendi. Aktif olarak çalışan hastalarda kalp cerrahisi ile ilişkili semptomların görülme düzeyi daha düşük idi. (**Tablo 4.5.2**). Fiziksel olarak aktif olan bireylerde, aktivitenin kan basıncını düşürme, kilo kontrolünü sağlama ve kolesterol seviyesini düşürme gibi etkileri ile kardiyovasküler hastalık riskini azaltmaktadır (Yeşil ve Altıok, 2012). Koroner arter bypass greft cerrahisi sonrası hastaların aktif çalışma durumunun ise fiziksel aktiviteye benzer etki gösterdiği ve hastalarda görülen semptomları azalttığını göstermektedir. Ayrıca bir işle meşguliyet bireylerin dikkatini başka yöne vermesini ve semptomları daha az hissetmesini sağlamış olabilir.

Bu araştırmada, her iki grupta da hastaların yoğun bakımda kalma süreleri arttıkça ilk ölçüm (**deney grubu: r=0,424, p=0,010; kontrol grubu: r=0,372, p=0,026**) ve son ölçüm (**deney: r=0,663, p<0,001; kontrol: r=0,347, p=0,038**) kalp cerrahisi ile ilişkili semptomların görülme düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptandı. Hastaların hastanede yatış süresi arttıkça ilk ölçüm (**deney grubu: r=0,476, p=0,003; kontrol grubu: r=0,511, p=0,001**) ve son ölçüm (**deney grubu: r=0,663, p<0,001; kontrol grubu: r=0,488; p=0,003**) kalp cerrahisi ile ilişkili semptomların görülme düzeyinin de istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı görüldü (**Tablo 4.6.3**). KABG cerrahisi geçiren hastalar, cerrahi sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmediğinde ortalama olarak yedi gün içinde hastaneden taburcu olmaktadır (Aydın ve Gürsoy, 2019). Bu araştırmada, deney grubu hastaların ortalama hastanede kalış sürelerinin  $8,31 \pm 4,41$  gün, kontrol grubu hastaların ise  $9,14 \pm 5,18$  gün olduğu saptanmış olup (**Tablo 4.6.3**) literatür bilgisi ile paraleldir. Yoğun bakımda kalış ve yatış süresinin uzaması bireylerin taburcu olmaya hazır olmadığının ve iyileşmedeki gecikmenin bir göstergesidir. Bu sürelerin uzaması yaşanan semptomların ve sorunların da ciddiyeti ile ilişkilidir ve beklenen bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Her iki grup hastaların sağlık/hastalık öyküsünün diğer özelliklerine göre kalp cerrahisi ile ilişkili görülen semptomlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.6.3).

### 5.6. Tanıtıcı Özelliklerine Göre ÖBGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada grupların sosyodemografik bilgilerine göre ilk ve son ölçüm ÖBGÖ puanları karşılaştırıldığında sadece gelir durumu tanıtıcı özelliğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. İlk ölçümde geliri giderinden fazla olan deney ve kontrol grubu hastalarda (**deney grubu:  $t=3,686$ ,  $p=0,001$ ; kontrol grubu:  $t=2,486$ ;  $p=0,018$** ) (Tablo 4.6-1), son ölçümde ise geliri giderinden fazla olan deney grubu hastalarda (**deney grubu:  $t=2,613$ ,  $p=0,013$** ) öz bakım gücü düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi. Maddi olanaklardaki sınırlılıklar bireylerin öz bakımları için gereksinim duydukları malzemelerin temininde ve destek sistemlerine ulaşmada yetersizliklere yol açar. Bu açıdan bakıldığında geliri fazla olan bireylerde öz bakım gücünün yüksek bulunması beklenen bir sonuç olarak dikkate değerdir.

Yoğun bakımda kalma süreleri arttıkça kontrol grubu hastaların son ölçüm öz bakım gücünde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir azalma olduğu saptanırken ( $r=-0,347$ ;  $p=0,038$ ) diğer sağlık hastalık özelliklerine göre öz bakım gücünde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.6.3). Uzamış yoğun bakım yatış süresi 10 ile 30 gün arasında farklı sürelerde tanımlanmaktadır. Hasta tanısına, yattığı yoğun bakım tipine göre bu süreler değişkenlik göstermektedir. Cerrahi ve alanında özelleşmiş olan yoğun bakımlarda bu süre 7-14 gün arasında değişkenlik göstermektedir (Dal ve diğerleri, 2022). Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakımda, açık kalp cerrahisi geçiren ve 48 saatten fazla yoğun bakımda yatan hastaların yoğun bakım yatış süreleri uzamış olarak kabul edilmektedir (Tunç ve diğerleri, 2018). Bu araştırmada, deney grubu hastaların yoğun bakımda kalış süresi ortalama  $3,78\pm 2,23$  gün iken kontrol grubunun ise  $4,14\pm 2,67$  gün olarak saptandı (Tablo 4.6.3). Yoğun bakım yatış süresinin uzamasının başlıca sebebi, hastada gelişen komplikasyonlar ve iyileşmedeki gecikmedir. Oluşan komplikasyonlar hastaların iyileşmesini olumsuz etkileyip taburculuk sonrası dönemde de eski sağlığına kavuşmasında gecikmelere neden olabilir. Dolayısı ile bireylerin öz bakım gücünü de olumsuz etkileyebilir. Komplikasyonların veya uzamış semptomların hasta üzerinde fiziksel, duygusal ve psikolojik bir etki bırakması hastanın öz bakım gücünün azalmasına sebep olabilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalarda taburculuk sonrası tele hemşirelik danışmanlığının semptom kontrolü ve öz bakım gücüne etkisini incelemek amacıyla randomize kontrollü deneysel olarak gerçekleştirilen bu araştırmadan elde edilen sonuçlar şu şekildedir:

- Araştırma gruplarına (deney ve kontrol) göre hastaların tanıtıcı özelliklerinde (sosyodemografik bilgiler ve sağlık/hastalık öyküsü) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p>0,05$ ) ve bu özellikler açısından grupların homojen olarak dağılım gösterdiği saptandı (**Tablo 4.1.1 ve Tablo 4.1.2**).
- Bu araştırmada deney grubu hastaların KCSE puanı ilk ölçüm (taburculuk sonrası 1.gün) için  $51,69\pm 9,35$ ; ikinci ölçüm (1.hafta) için  $41,64\pm 9,27$ ; üçüncü ölçüm (2. Hafta) için  $27,33\pm 11,84$  ve son ölçüm (3.hafta) için  $17,19\pm 10,36$  olarak saptandı. Kontrol grubu hastaların KCSE puanı ise ilk ölçümde (taburculuk sonrası 1.gün)  $79,25\pm 6,05$  ve son ölçümde (3.hafta)  $25,33\pm 7,75$  olarak belirlendi (**Tablo 4.2.1**).
- Gruplar karşılaştırıldığında ilk ve son ölçüm KCSE puanlarının deney grubunda, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu (**ilk ve son ölçüm,  $t=14,840$  ve  $3,775$ ;  $p<0,001$** ); her iki ölçümde deney grubunda kalp cerrahisi ilişkili semptomların kontrol grubuna göre daha düşük düzeyde görüldüğü belirlendi. (**Tablo 4.2.2**). *H1<sub>1</sub> doğrulandı.*
- Grup içi karşılaştırmada hem deney hem de kontrol grubunda ilk ölçüme göre son ölçümde kalp cerrahisi ilişkili semptomların istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı saptandı (**deney,  $t=27,782$ ; kontrol,  $t=74,795$ ;  $p<0,001$** ). İlk ve son ölçümlerin farkı karşılaştırıldığında; deney grubundaki hastaların KCSE düzeyi ortalama  $-34,50\pm 7,45$  birim, kontrol grubundaki hastaların ise ortalama  $-53,92\pm 4,33$  birim azaldığı belirlendi; İki grup arasındaki KCSE düzeyi değişim farkı istatistiksel olarak değerlendirildiğinde; deney grubundaki düşüşün kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük olduğu bulundu ( **$t=13,523$ ;  $p<0,001$** ) (**Tablo 4.2.2**).

- Deneysel grubu hastalarda ölçüm zamanına göre (taburculuk sonrası 1. gün, 1. hafta, 2. hafta, 3. hafta) KCSE puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (**KCSE, F=524,335; p<0,001**); yapılan alt grup analizlerinde bu farkın bütün ölçüm zamanları arasında olduğu ve ilk ölçümden son ölçüme doğru giderek kalp cerrahisi ilişkili semptomların azaldığı görüldü (**Tablo 4.3.1 ve Şekil 4.3.1**).
- Bu araştırmada deneysel grubu hastalarda ÖBGÖ'nün ilk ölçüm (taburculuk sonrası 1.gün) ile son ölçüm (3.hafta) puan ortalamaları sırasıyla incelendiğinde; ilk ölçüm (taburculuk sonrası 1. gün) için 100,17±14,85; ikinci ölçüm (1. hafta) için 105,14±11,17; üçüncü ölçüm (2. hafta) için 113,61±10,76 ve son ölçüm (3. hafta) için 118,75±10,26 puan ortalaması olduğu belirlendi. Kontrol grubunda ise ÖBGÖ'nün ilk ölçüm (taburculuk sonrası 1. gün) ve son ölçüm (3. hafta) puan ortalamalarının sırasıyla 90,28±11,63 ve 90,17±11,43 olduğu bulundu (**Tablo 4.2.1**).
- Gruplar karşılaştırıldığında ilk ve son ölçüm ÖBGÖ puanlarının deneysel grubunda, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu (**ilk ve son ölçüm, t=3,145; p=0,002 ve t=11,164; p<0,001**); her iki ölçümde deneysel grubunda öz bakım gücünün kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlendi. (**Tablo 4.2.2**). *H1<sub>2</sub> doğrulandı.*
- Grup içi karşılaştırmada deneysel grubunda ilk ölçüme göre son ölçümde öz bakım gücünde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir artma görülürken (**t=9,149; p<0,001**), kontrol grubunda ilk ölçüme göre son ölçümde öz bakım gücünde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir değişim saptanmadı (**p>0,05**) (**Tablo 4.2.2**). İlk ve son ölçümlerin farkı karşılaştırıldığında deneysel grubundaki hastaların öz bakım gücünde ortalama 18,58±12,19 birim artış, kontrol grubundaki hastaların ise ortalama -0,11±10,30 birim düşüş olduğu belirlendi. İki grup arasındaki öz bakım gücündeki değişim farkı istatistiksel olarak değerlendirildiğinde; deneysel grubundaki artışın kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu (**t=7,030; p<0,001**) (**Tablo 4.2.2**).
- Deneysel grubu hastalarda ölçüm zamanına göre (taburculuk sonrası 1. gün, 1. hafta, 2. hafta, 3. hafta) ÖBGÖ puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (**ÖBGÖ, F=72,263; p<0,001**); yapılan alt grup analizlerinde bu farkın bütün ölçüm zamanları arasında olduğu ve ilk ölçümden son ölçüme doğru giderek öz bakım gücünün arttığı görüldü (**Tablo 4.3.1 ve Şekil 4.3.1**).
- Deneysel grubunda yapılan ilk ve son ölçümlerde, kontrol grubunda yapılan son ölçümde hastaların KCSE ve ÖBGÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki varlığı

saptanmadı ( $p>0,05$ ). Kontrol grubunda yapılan ilk ölçümde hastaların KCSE ve ÖBGÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki varlığı saptandı ( $r=0,369$ ;  $p=0,027$ ) (Tablo 4.4.1). *HI<sub>3</sub> doğrulanmadı.*

- Deney ve kontrol grubu hastaların sosyo demografik bilgilerine göre KCSE puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ilk ölçüm zamanına göre sadece gelir durumunda her iki grupta anlamlı ilişki varlığı belirlendi. Geliri giderlerinden fazla olan hastalarda kalp cerrahisi ile ilişkili semptomların görülme düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (deney grubu:  $t=2,566$ ,  $p=0,015$ ; kontrol grubu:  $t=2,207$ ,  $p=0,034$ ) (Tablo 4.5.1).
- Deney ve kontrol grubu hastaların sosyo demografik bilgilerine göre KCSE puan ortalamaları karşılaştırıldığında son ölçüm zamanına göre kontrol grubunda anlamlı bir fark bulunmazken ( $p>0,05$ ) deney grubunda yaş, cinsiyet, çalışma durumu ve gelir durumunda anlamlı fark bulundu. Buna göre 65 yaş ve üzerinde ( $t=2,739$ ;  $p=0,010$ ), kadınlarda ( $t=2,947$ ;  $p=0,006$ ), aktif olarak bir işte çalışmayanlarda ( $F=5,066$ ;  $p=0,012$ ) ve geliri giderinden fazla olanlarda ( $t=2,224$ ;  $p=0,033$ ) kalp cerrahisi ile ilişkili semptomların görülme düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.5.2).
- Deney ve kontrol grubu hastaların sağlık hastalık öyküsüne göre KCSE puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ilk ve son ölçüm zamanında her iki grup için yoğun bakım [ilk ölçüm (deney grubu:  $r=0,424$ ,  $p=0,010$ ; kontrol grubu:  $r=0,372$ ,  $p=0,026$ ) ve son ölçüm (deney:  $r=0,663$ ,  $p<0,001$ ; kontrol:  $r=0,347$ ,  $p=0,038$ )] ve hastanede yatış [ilk ölçüm (deney grubu:  $r=0,476$ ,  $p=0,003$ ; kontrol grubu:  $r=0,511$ ,  $p=0,001$ ) ve son ölçüm (deney grubu:  $r=0,663$ ,  $p<0,001$ ; kontrol grubu:  $r=0,488$ ;  $p=0,003$ )] süresine göre anlamlı fark bulundu. Yoğun bakımda kalma ve hastanede yatış süresi arttıkça kalp cerrahisi ile ilişkili semptomların görülme düzeyinin de istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı görüldü (Tablo 4.5.3).
- Deney ve kontrol grubu hastaların sosyo demografik bilgilerine göre ÖBGÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ilk ölçüm zamanına göre sadece gelir durumunda her iki grupta anlamlı ilişki varlığı belirlendi. Geliri giderlerinden fazla olan hastalarda öz bakım gücünün istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (deney grubu:  $t=3,686$ ,  $p=0,001$ ; kontrol grubu:  $t=2,486$ ;  $p=0,018$ ) (Tablo 4.6.1).
- Deney ve kontrol grubu hastaların sosyo demografik bilgilerine göre ÖBGÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında son ölçüm zamanına göre kontrol grubunda anlamlı bir

fark bulunmazken ( $p>0,05$ ) deney grubunda sadece gelir durumuna göre anlamlı bir fark belirlendi. Buna göre geliri giderlerinden fazla olan deney grubu hastalarda öz bakım gücü düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ( $t=2,613$ ;  $p=0,013$ ) (Tablo 4.6.2).

- Deney ve kontrol grubu hastaların sağlık/hastalık öyküsüne göre ÖBGÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sadece kontrol grubunun son ölçüm zamanında yoğun bakımda kalma süresine göre anlamlı bir fark bulundu ( $r=-0,347$ ;  $p=0,038$ ). Buna göre yoğun bakımda kalma süreleri arttıkça kontrol grubu hastaların son ölçüm öz bakım gücünde bir azalma olduğu saptandı (Tablo 4.6.3).

## 6.2. Öneriler

Araştırma sonuçları doğrultusunda;

- Koroner arter bypass greft cerrahisinden sonra hastalara, daha uzun takip süreli danışmanlık hizmeti verilmesi ile ilgili çalışmaların yapılması,
- Multidisipliner planlar doğrultusunda ileri çalışmaların yapılması,
- Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalara, taburculuk sonrası tele hemşirelik danışmanlığının bir rutin haline getirilerek yaygınlaştırılması ve bir sağlık politikası haline getirilip uzman alanların oluşturulması,
- Tele hemşirelik danışmanlığının, hasta yatışı ile başlayıp taburculuk sonrası ilk 6 haftayı içeren sürede devam ettirilip bakımda bütünlüğün sağlanması,
- Araştırmanın daha geniş örneklem gruplarında daha uzun süreli takip edilerek sonuçların karşılaştırılması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

Abanoz, M. & Amaç, B. (2021). Kardiyopulmoner Bypass Eşliğinde Yapılan Kalp Cerrahisinde Vücut Kitle İndeksinin Morbidite ve Mortalite Üzerine Etkisi. *Medical Records*, 3(1), 36-40.

ACCF/AHA Guideline for Coronary Artery Bypass Graft Surgery. A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Developed in collaboration with the American Association for Thoracic Surgery, Society of Cardiovascular Anesthesiologists, and Society of Thoracic Surgeons. 2011;6;58(24):123-210.

ACCF/AHA Guideline for Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Circulation*. 2011;6 (124):2610-42.

Afacan, M. (2019). *Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Sonrası Taburculuk Bilgilendirme Takvimi Kullanımının Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi* (Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Akbari, M., & Şenol Çelik, S. (2018). The Effects of discharge training and postdischarge counseling on quality of life after coronary artery bypass graft surgery. *Nursing and Midwifery Studies*, 7(3),105-110.

Alcan, A. O., Korkmaz, F. D., & Çakmakçı, H. (2017). Koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 25(1), 45-51.

Altun, Ş., Atay, M., Coşkun, O., Kömürcü, İ.G., & Bakuy, V. (2020). Koroner Arter Bypass Cerrahisinde Safen Ven Greft Kullanımının Venöz Yetersizlik Gelişimi Üzerine Etkisi. *Gevher Nesibe Journal of Medical and Health Sciences*, 5(9), 84-90.

Ampatzidou, F., Ioannidis, R., Drosos, O., Mavromanolis, C., Vlahou, A., & Drossos, G. (2021). Smoking behavior after coronary artery bypass surgery: Quit, relapse, continuing. *Annals of cardiac anaesthesia*, 24(1), 56–61.

Andersson, C. & Vasan, R.S. (2018). Epidemiology of Cardiovascular Disease in Young Individuals. *Nature Reviews Cardiology*, 15(4), 230-240.

Aslan Doğan, B. & Gül, E. (2021). Covid-19, Tele-Sağlık ve Tele-Hemşirelik. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 30(3), 342-345.

Atal, E. & Dicle, A. (2011). Koroner Arter Bypass Greftli Hastalarda Erken Dönem Hemşirelik Bakımının Roy'un Uyum Modeline Göre Analizi. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 13(3).

Avcı Işık, S. (2018). Koroner Arter Hastalıkları Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 4(1), 8-19.

Aydın Akbuđa, G., & Bahçeli, A. (2017). Kalp Cerrahisi Girişimi Uygulanan Yaşlı Bireylere Yönelik Bakım. *Bozok Tıp Dergisi*, 7(2), 71-76.

Bachar, B.J., & Manna, B. (2018). Coronary Artery Bypass Graft. Erişim Tarihi: 01.12.2023 <https://europepmc.org/article/NBK/nbk507836>

Balanuye, B., & Bulut, H. (2021). Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Geçiren Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Uyum Süreci. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(3).

Barnason, S., Zimmerman, L., Nieveen, J., Schulz, P., Miller, C., Hertzog, M., & Tu, C. (2009). Influence of a symptom management telehealth intervention on older adults' early recovery outcomes after coronary artery bypass surgery. *Heart & Lung: The Journal of Cardiopulmonary and Acute Care*, 38(5), 364-376.

Barry, L. C., Kasl, S. V., Lichtman, J., Vaccarino, V., & Krumholz, H. M. (2006). Social support and change in health-related quality of life 6 months after coronary artery bypass grafting. *Journal of psychosomatic research*, 60(2), 185-193.

Bikmoradi, A., Masmouei, B., Ghomeisi, M., & Roshanaei, G. (2016). Impact of Tele-Nursing on Adherence to Treatment Plan in Discharged Patients After Coronary Artery Bypass Graft surgery; A Quasi-experimental study in Iran. *International Journal of Medical Informatics*, 86, 43-48.

Boroumand, S., & Moeini, M. (2016). The Effect of a Text Message and Telephone Follow-up Program on Cardiac Self-Efficacy of Patients with Coronary Arterys Disease: A Randomized Controlled Trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(2), 171-176.

Bsharat, R., & Karadağ, M. (2019). The impact of patient education on quality of life of patients undergoing coronary artery bypass grafting (CABG) in the West Bank of Palestine. *EC Nursing and Healthcare*, 1, 11-23.

Cebeci, F., & Şenol Çelik, S. (2011). Effects of discharge teaching and counselling on anxiety and depression level of CABG patients. *Turkish Journal of Thorarcic and Cardiovascular Surgery*, 19(2), 170-176.

Cebeci, F., & Şenol Çelik, S. (2008). Discharge training and counselling increase self-care ability and reduce postdischarge problems in CABG patients. *Journal of clinical nursing*, 17(3), 412-420.

Ceylan, Y., Kaya, Y., & Tuncer, M. (2011). Akut koroner sendrom kliniği ile başvuran hastalarda koroner arter hastalığı risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi*, 18(3), 147-154.

Chiang, L., Chen, W.C., Dai, Y.T., & Ho, Y.L. (2012). The Effectiveness of Telehealth care on caregiver burden, mastery of stress, and family function among family caregivers of heart failure patients: a quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(10), 1230-1242.

Çevik, K. & Zaybak, A. (2011). Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Yapılan Egzersizlerin ağrıya Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(4), 54-59.

Dal, H. C., Emir, H. O., Bayar, A., Aysel, A., Şirin, H., Dicle, Ç. B., ... & Turan, S. (2022). Üçüncü Basamak Yoğun Bakım Ünitelerinde Uzamış Yatışların Analizi. *Journal of the Society of Thoracic Carido-Vascular Anaesthesia & Intensive Care*, 28(3).

Daşdemir, E., Aksu. T., & Türkoğlu, H. (2022). Kardiyopulmoner Bypass ile Açık Kalp Cerrahisi Uygulana Hastalarda Hipotermi ve Normotermnin; Hemoglobin ve Serebral Near-Infrared Spektroskopi Üzerine Etkisi. *Bozok Tıp Dergisi*, 12(3), 85-90.

Dilbaz, B., Kaplanoğlu M., & Kaya, D. (2020). Teletıp ve Telesağlık: Geçmiş, Bugün ve Gelecek. *Eurasian Journal of Health Technology Assessment*, 4(1), 40-56.

Direk, F., & Şenol Çelik, S. (2012). Postoperative Problems Experienced by Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery and Their Self-Care Ability After Discharge. *Türk Göğüs Kalp ve Damar Cerrhisi Dergisi*, 20(3): 530-535.

Dirimeşe, E., Demir Korkmaz, F., & Okgün Alcan, A. (2016). Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Öncesi Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 56-61.

Doenst, T., Thiele, H., Haasenritter, J., Wahlers, T., Massberg, S., & Haverich, A. (2022). The Treatment of Coronary Artery Disease. *Deutsches Arzteblatt International*, 119(42), 716-723.

Doğu, Ö., Çolak Güngörsün, H., & Erkorkmaz, Ü. (2015). Koroner By-pass Ameliyatı Olan Hastalarda Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Journal of Human Rhythm*, 1(4),155-161.

Dursun, M., & Şanlı, Ş. (2013). Koroner Baypas Greftlerin Değerlendirilmesi. *Türk Radyoloji Derneği Dergisi*, 1,83-92.

Dülek, H., Vural, Z. T., & Gönenç, I. (2018). Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri. *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(2), 53-58.

Elitoğ, N., & Erkuş, B. (2010). Post Discharge Assessment of the Most Frequent their problems in who had undergoing CABG Surgery Patients. <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/>. (Erişim tarihi: 13.02.2023)

Emre, Ö., & Tuna, A. (2021). Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Telefon ile İzlenmesinin Bakım Sonuçlarına Etkisi. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(1), 44-53.

Eray, A., Ateş, E., & Set, T. (2018). Yetişkin Bireylerde Kardiyovasküler Hastalık Riskinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22(1), 12-19.

Eren, F. (2018). *Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastalara Taburculuk Sonrası Tele-Hemşirelik Hizmeti ile Verilen Danışmanlığın, Depresyon Anksiyete ve Stres Düzeyine Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Ersoy, S., Yıldırım, Y., Aykar, F.Ş., & Fadiloğlu, Ç. (2015). Hemşirelikte İnovatif Alan: Evde Bakımda Tele Hemşirelik ve Tele Sağlık. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4), 194-201.

Fındık, O., Haberal, İ., Akyıldız, M., Aksoy, T., Ertürk, E., Zorman, Y., & Zengin, M. (2012). EuroSCORE, Cleveland ve CABDEAL klinik risk sınıflama sistemlerinin Türk toplumu için duyarlılık ve özgüllüklerinin karşılaştırılması. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 20, 458-66.

Forman, D.E., Maurer, M.S., Boyd, C., Brindis, R., Salive, M.E., Horne, F.M., ... & Rich, M.W. (2018). Multiborbidity in older adults with cardiovascular disease. *Journal of the American Collage of Cardiology*, 71 (19), 2149-2161.

Gohari, F., Hasanvand, S., Gholami, M., Heydari, H., Baharvand, P., & Almasian, M. (2022). Comparison of the effectiveness of home visits and telephone follow-up on the self-efficacy of patients having un-dergone coronary artery bypass graft surgery (CABG) and the burden of their family caregivers: A randomized con-trolled trial. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 40(1), e14.

Hartford, K. (2005). Telenursing and patients' recovery from bypass surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 459-468.

Helvacı, A., Tipi, F.F., & Belen, E. (2014). Obeziteye bağlı kardiyovasküler hastalıklar. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(1), 5-14.

İkitimur, B., Karadağ, B., & Öngen, Z. (2010). Yaşlılarda Koroner Arter Hastalığı. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2, 13-20.

İlaslan, E. (2109). *Web Tabanlı Eğitimin ve Telefonla İzlemin Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Semptom Yönetimine ve Yaşam Kalitesine Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Islam, M.Y.U., Ahmed, M.U., Khan, M.S., Bawany, F.I., Khan, A., & Arshad, M.H. (2014). On Pump Coronary Artery Bypass Graft Surgery Versus Off Pump Coronary Artery Bypass Graft Surgery: A Review. *Global Journal of Health Science*, 6(3), 186.

Jiang, W., Zhang, Y., Yan, F., Liu, H., & Gao, R. (2020). Effectiveness of a nurse-led multidisciplinary self-management program for patients with coronary heart disease in communities: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 103(4), 854-863.

Kalyancuoğlu, M., Öztürk, S., Durmuş, G., Keskin B., & Can, M.M. (2017). Güncel Tedavi Kılavuzları Işığında Kronik İskemik Kalp Hastalığı Tedavisine Yaklaşım. *Medical Bulletin of Haseki/ Haseki Tıp Bülteni*, 55(2).

Kara, D. ve Yılmaz, E. (2020). Açık Kalp Cerrahisi Yapılan Hastalarda Öz Yeterliliğin İlaç Uyumu ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 34(1), 55-62.

Karabulut, İ., & Gün, M. (2019). Perkütan Korone Girişim Uygulanan Hastalarda Hastalık Algısının İlaç Uyumuna Etkisi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 10(21), 8-16.

Kars Fertelli, T. Ve Tel, H. (2007). Miyokard İnfarktüsü Sonrası Bireylere Verilen Planlı Eğitimin Öz Bakım Gücüne Etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 11(2), 57-61.

Kaya, M., İyigün, T., İyigün, M., Bakır, İ., & Yeniterzi, M. (2013). Kırk beş yaş altı kadın ve erkeklerde koroner arter cerrahi sonuçları. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 21, 581-7.

Kaya, U., & Dal Yılmaz, Ü. Discharge Training and Telephone Counseling Applied by Nurses to Coronary Artery Bypass Graft Patients: What Is It, Why Is It Important, What Are the Benefits?. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*.

Koçaşlı, S. Ve Kanan, N. (2020). Açık Kalp Cerrahisi sonrası Hastaların Fiziksel ve Psikososyal İyileşme Durumları. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 146-158.

Koh, K. W. L., Wang, W., Richards, A. M., Chan, M. Y., & Cheng, K. K. F. (2016). Effectiveness of advanced practice nurse-led telehealth on readmissions and health-related outcomes among patients with post-acute myocardial infarction: ALTRA Study Protocol. *Journal of advanced nursing*, 72(6), 1357-1367.

Korkmaz, F.D., Alcan, A.O., Aslan F.E., & Çakmakçı, H. (2015). Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Sonrası Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 23(2), 285-294.

Korkmaz, S., & Hoşman İ. (2018). Sağlık Sektöründe Tele-Tıp Uygulamaları: Tele-Tıp Uygulama Boyutlarını İçeren Bir Araştırma. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4(3), 251-263.

Köse, A., & Avşar, G. (2022). Tele Hemşirelik Uygulamalarının İncelenmesi: Sistemik Derleme. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 29-41.

Kurbun, H. (2017). *Hemodiyaliz Hastalarında Öz-Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi, Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bakım Enstitüsü).

Lie, I., Bunch, E.H., Smeby, N.A., Arnesen, H., & Hamilton, G. (2012). Patients' experiences with symptoms and needs in the early rehabilitation phase after coronary artery bypass grafting. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11(1), 14-24.

Mistiaen, P., & Poot, E. (2006). Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. *Cochrane database of systematic reviews*, (4).

Mohebbi, H., Mazlom, S. R., Kasraei, M. R., Hamed, Z., Hosseinihah, H., Dehghan Moghimi, H., ... & Malekzadeh, J. (2018). Comparison of the effects of media-based and face-to-face cardiac rehabilitation training programs on self-efficacy in patients undergoing coronary artery bypass grafting. *Evidence Based Care*, 8(2), 67-77.

Naheivan, N. (1994). Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması: Öz-Bakım Gücü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 7(33), 109-119.

Nart, A. (2013). *Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Mobilize Olan Hastalarda Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Naughton, C., & Feneck, R. O. (2007). The impact of age on 6-month survival in patients with cardiovascular risk factors undergoing elective non-cardiac surgery. *International journal of clinical practice*, 61(5), 768-776.

Ovalı, C., & Şahin, A. (2018). Koroner Arter Bypass Cerrahisi Sonrası Erken Kardiyak Komplikasyonların Tanı ve Tedavisinde Ekokardiyografinin Rolü. *Çukurova Medical Journal*, 43(4), 862-867.

Özcan, H. (2008). *Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastalar Tarafından Kullanılma Oranları* (Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Pazar, B., Taştan, S. Ve İyigün, E. (2015). Tele Sağlık Ssiteminde Hemşirenin Rolü. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 11(1),1-4.

Roter, D. ve Larson, S. (2002). The Roter Interaction Analysis System (RIAS): Utility and Flexibility for Analysis of Medical Interactions. *Patient Education and Counseling*, 46(4), 243-251.

Sarıcaoğlu, M.C., & Uysalel, M.A. (2023). Yetmiş Yaş ve Üzeri Hastalarda Koroner Bypass: Morbidite ve Mortaliteyi Etkileyen Risk Faktörleri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 76(3).

Sawatzky, J.A.V., Christie, S., & Singal, R.K. (2013). Exploring outcomes of a nurse practioner-managed cardiac surgery follow-up intervention: A randomized trial. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), 2076-2087.

Shrestha, R., Rawal, L., Bajracharya, R., & Ghimire, A. (2020). Predictors of cardiac self-efficacy among patients diagnosed with coronary artery disease in tertiary hospitals in Nepal. *Journal of Public Health Research*, 9(4).

Talas, Z., Kanko, M., Yavuz, Ş., Omay, O., Barış, Ö., Arıkan, A.A., ... & Çardaközü, T. (2023). Atan Kalp Tekniği ile Koroner Bypass; Nasıl Yapılır ve Sonuçlarımız. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 12(1), 89-98.

Tamdoğan, S. (2015). *Açık Kalp Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Ağrının Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisi* (Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Tunç, M., Şahutoğlu, C., Karaca, N., Kocabaş, S., & Aşkar, F. Z. (2018). Erişkin Acık Kalp Cerrahisi Sonrası Yoğun Bakım Yatış Suresinde Uzama ile İlişkili Risk Faktorleri. *Turkish Journal of Anesthesia & Reanimation*, 46(4).

Turan Kavradım, S. (2018). Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalara Uygulanan Roy Uyum Modeline Temellendirilmiş Eğitimin ve Telefonla İzlemin Yaşam Kalitesi, Öz-Yeterlilik ve Uyum Düzeylerine Etkisi (Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Türk, H., Karaca, M., & Akı, M. (2021). Sigaraya Bağlı Artan Kardiyovasküler Hastalık Riskini Düşürme. *Turkey Health Literacy Journal*, 2(2), 111-118.

Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Yaşlılar, 2022. Erişim Tarihi: 05.12.2023 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2022-49667>

Türkmen, E., Badır, A., & Ergün, A. (2012). Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4), 223-231.

Tütün Yümin, E., Özel, A., Saltan, A., Sertel, M., Ankaralı, H., & Tarsuslu Şimşek, T. (2017). Koroner Arter Hastalarında Ağrı, Dispne ve Kinezyofobinin Yaşam Kalitesine Etkisi. *Anatolian Cliniche Journal of Medical Sciences*, 22(2), 75-84.

Uçael, D.Ö., Özden M., Altıntaş, E., & Aslan, D. (2021). Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Tele Tıp. *Turkish Journal of Public Health*, 19(3), 295-303.

Wang, L. W., Ou, S. H., Tsai, C. S., Chang, Y. C., & Kao, C. W. (2016). Multimedia exercise training program improves distance walked, heart rate recovery, and self-efficacy in cardiac surgery patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(4), 343-349.

Winzer, E.B., Woitek, F., & Linke, A. (2018). Physical Activity in The Prevention and Treatment of Coronary Artery Disease. *Journal of the American Heart Association*, 7(4), e007725.

World Health Organization. Noncommunicable Diseases Country Profiles, 2018. [https://www.who.int/nmh/countries/2018/tur\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/nmh/countries/2018/tur_en.pdf?ua=1) Erişim tarihi: 18.11.2023.

Writing Committee Members, Lawton, J. S., Tamis-Holland, J. E., Bangalore, S., Bates, E. R., Beckie, T. M., ... & Zwischenberger, B. A. (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.

Yavuzgil, O. (2016). Kararlı Koroner Arter Hastalığı: Epidemiyoloji ve Güncel Tedavi Kılavuzlarının Yaklaşımı. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 44.

Yeşil, P., & Altıok, M. (2012). Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde fiziksel aktivitenin önemi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 3(3), 39-48.

Yıldırım, F., Amanvermez Şenarslan, D., Bayram, B., Kurdal, A.T., Karaaslan Yüksel, Ö., & Tetik, Ö. (2022). Tek Damar Off-Pump ve On-Pump Koroner Arter Cerrahisinin Postoperatif Komplikasyonlara Etkisi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(1), 131-135.

Yılmaz, M. ve Çiftçi, E.S. (2010). Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Bireylerin Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesinde bir Model: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 18(3),183-189.

**EKLER****EK-1****BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU  
(DENEY GRUBU)**

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, telefonla izlem ve danışmanlığın koroner arter bypass greft cerrahisi geçirmiş hastaların taburculuk sonrası yaşadığı semptomları yönetme ile öz bakım gücünün etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Araştırma kapsamında size araştırmacı tarafından hastalığınızla ilgili telefonla danışmanlık verilecek ve izleminiz yapılacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmanın tüm aşamalarında kimliğiniz gizli tutulacaktır. Araştırmanın yapılabilmesi için hastanemiz Başhekimliği'nden izin alınmıştır.

Hemşire Betül KAHVECİ


Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastane KVC Yoğun Bakım Ünitesi  
İstanbul Cerrahpaşa Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi

Yukarıdaki bilgileri okudum, bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Adınız- Soyadınız

İmzanız

Adres, (telefon numarası)

 <b>İSTANBUL</b> ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA	<b>GÖNÜLLÜ ONAM FORMU*</b>
---	----------------------------

**Tarih:**

Sizi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi merkezinde hemşire Betül KAHVECİ yürütücülüğünde gerçekleştirilecek olan Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Tele Hemşirelik Danışmanlığının Semptom Kontrolü ve Öz Bakım Gücüne Etkisi başlıklı projeye davet ediyoruz. Siz bu araştırmanın gönüllü grubu içinde yer alacaksınız. Sizden ve diğer katılımcılardan elde edilecek bilgiler veya verilerle bilimsel bir sonuca ulaşılabilecektir. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce araştırmanın niçin, nasıl, ne yöntemle yapılacağı ve sizden ne istendiği katılmanın size getireceği faydaları, riskleri ve rahatsızlıkları bilmeniz gerekmektedir.

Bu nedenle, bu formun okunup anlaşılması önemlidir. Anlamadığımız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa açıklanmasını talep ediniz. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra çıkma hakkına sahiptir. Proje ile ilgili olarak aşağıdaki konularda özellikle bilgi alınız:

- Projenin niteliği,
- Amacı,
- Bilime katkıları,
- Yapılacak işlem (kan alma, anket vb.),
- Nasıl uygulanacağı,
- Hangi yöntem/yöntemlerle gerçekleştirileceği (intravenöz, soru, röportaj vb.),
- Süresi,
- Yaklaşık katılımcı sayısı (Çok merkezli ise toplam katılımcı kurum ve katılımcı sayısı).
- Riskler, ortaya çıkabilecek istenmeyen etkiler ve tedavi edilebilirliği,

Bu proje kapsamında yapılacak her türlü işlem için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bu proje sizin sosyal güvenli kurumu veya diğer sağlık sigortası kuruluşlarıyla ilgili ödemelerinize herhangi bir yük getirmeyecektir.

Sonuçlarınız ve kimliğiniz gizli tutulacaktır. Ancak istemeniz halinde elde edilen sonuçlar rapor halinde size verilecektir.

**Projenin niteliği:** Yüksek Lisans Tezi

**Amacı:** Bu tez çalışması, koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalarda taburculuk sonrası tele hemşirelik danışmanlığının semptom kontrolü ve öz bakım gücüne etkisini incelemek amacıyla randomize kontrollü deneysel olarak planlandı.

**Bilime katkısı:** Koroner arter bypass greft cerrahisi, koroner arter hastalıkların tedavisinde uygulanması günden güne giderek artan bir cerrahi işlemdir. Koroner arter bypass greft cerrahisi sonrasında hastalar taburculukta bazı semptomlar deneyimlemektedir. Bu semptomlar bireylerin öz bakımlarını da etkilemektedir. Bu tez çalışması ile taburculuk sonrası hastalarda görülmesi olası semptomların erken dönemde tanınması ve azaltılmasında tele hemşirelik danışmanlık hizmetinin yararlı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca, tele hemşirelik danışmanlığı ile taburculuk sonrası hastaların normal yaşamına daha kolay dönmesi ve öz bakım gücünün artması beklenmektedir.

**Yapılacak işlem ve Uygulama yöntemi:** Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastaların taburculuk sonra evdeki süreçte telefonla izlemi yapılacaktır. Hastaların yoğun bakıma yatışı sonrası “Hasta Tanıtım Formu” ile kişisel ve sağlık hastalık öyküsüne ilişkin bilgiler alınacaktır. Taburculuk sonrası hastalarla ilk 24 saatte, 1., 2. ve 3. haftalarda telefon görüşmesi yapılarak “Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri” ve “Öz Bakım Gücü Ölçeği” aracılığı ile veriler toplanacaktır. Telefon ile görüşmeler sırasında hastanın gereksinimi olan konularda danışmanlık hizmeti verilecektir. Her bir anket/ölçek uygulaması yaklaşık 10 dakika sürecektir.

**Katılımcı sayısı:** Bu tez çalışmasına 72 hasta katılacaktır.

**Riskler, ortaya çıkabilecek istenmeyen etkiler ve tedavi edilebilirliği:** Bu tez çalışması herhangi bir risk içermemektedir.

**EK-2****BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU****(KONTROL GRUBU)**

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, koroner arter bypass greft cerrahisi geçirmiş hastaların taburculuk sonrası yaşadığı semptomları yönetme ile öz bakım gücü etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Araştırma kapsamında sizden hastalığınızla ilgili bilgiler istenecektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmanın tüm aşamalarında kimliğiniz gizli tutulacaktır. Araştırmanın yapılabilmesi için hastanemiz Başhekimliği'nden izin alınmıştır.

Hemşire Betül KAHVECİ

Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastane KVC Yoğun Bakım Ünitesi

İstanbul Cerrahpaşa Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi

Yukarıdaki bilgileri okudum, bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Adınız- Soyadınız

İmzanız

Adres, (telefon numarası)

 <b>İSTANBUL</b> <b>ÜNİVERSİTESİ</b> <b>CERRAHPAŞA</b>	<b>GÖNÜLLÜ ONAM FORMU*</b>
---	----------------------------

**Tarih:**

Sizi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi merkezinde hemşire Betül KAHVECİ yürütücülüğünde gerçekleştirilecek olan Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Geçiren Hastalarda Tele Hemşirelik Danışmanlığının Semptom Kontrolü ve Öz Bakım Gücüne Etkisi başlıklı projeye davet ediyoruz. Siz bu araştırmanın gönüllü grubu içinde yer alacaksınız. Sizden ve diğer katılımcılardan elde edilecek bilgiler veya verilerle bilimsel bir sonuca ulaşılabilecektir. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce araştırmanın niçin, nasıl ne yöntemle yapılacağı ve sizden ne istendiği katılmanın size getireceği faydaları, riskleri ve rahatsızlıkları bilmeniz gerekmektedir.

Bu nedenle, bu formun okunup anlaşılması önemlidir. Anlamadığımız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa açıklanmasını talep ediniz. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra çıkma hakkına sahiptir. Proje ile ilgili olarak aşağıdaki konularda özellikle bilgi alınız:

- Projenin niteliği,
- Amacı,
- Bilime katkıları,
- Yapılacak işlem (kan alma, anket vb.),
- Nasıl uygulanacağı,
- Hangi yöntem/yöntemlerle gerçekleştirileceği (intravenöz, soru, röportaj vb.),
- Süresi,
- Yaklaşık katılımcı sayısı (Çok merkezli ise toplam katılımcı kurum ve katılımcı sayısı).
- Riskler, ortaya çıkabilecek istenmeyen etkiler ve tedavi edilebilirliği,

Bu proje kapsamında yapılacak her türlü işlem için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bu proje sizin sosyal güvenli kurumu veya diğer sağlık sigortası kuruluşlarıyla ilgili ödemelerinize herhangi bir yük getirmeyecektir.

Sonuçlarınız ve kimliğiniz gizli tutulacaktır. Ancak istemeniz halinde elde edilen sonuçlar rapor halinde size verilecektir.

**Projenin niteliği:** Yüksek Lisans Tezi

**Amacı:** Bu tez çalışması, koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalarda taburculuk sonrası tele hemşirelik danışmanlığının semptom kontrolü ve öz bakım gücüne etkisini incelemek amacıyla randomize kontrollü deneysel olarak planlandı.

**Bilime katkısı:** Koroner arter bypass greft cerrahisi, koroner arter hastalıklarının tedavisinde uygulanması günden güne giderek artan bir cerrahi işlemdir. Koroner arter bypas greft cerrahisi sonrasında hastalar taburculukta bazı semptomlar deneyimlemektedir. Bu semptomlar bireylerin öz bakımlarını da etkilemektedir. Bu tez çalışması ile taburculuk sonrası hastalarda görülmesi olası semptomların erken dönemde tanılanması ve azaltılmasında tele hemşirelik danışmanlık hizmetinin yararlı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca, tele hemşirelik danışmanlığı ile taburculuk sonrası hastaların normal yaşamına daha kolay dönmesi ve öz bakım gücünün artması beklenmektedir.

**Yapılacak işlem ve Uygulama yöntemi:** Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastaların taburculuk sonra evdeki süreci ile ilgili telefonla izlemi yapılacaktır. Hastaların yoğun bakıma yatışı sonrası “Hasta Tanıtım Formu” ile kişisel ve sağlık hastalık öyküsüne ilişkin bilgiler alınacaktır. Taburculuk sonrası hastalarla ilk 24 saatte ve 3. haftada telefon görüşmesi yapılarak “Kalp Cerrahisi Semptom Envanteri” ve “Öz Bakım Gücü Ölçeği” aracılığı ile veriler toplanacaktır. Her bir anket/ölçek uygulaması yaklaşık 10 dakika sürecektir.

**Katılımcı sayısı:** Tez çalışmasına 72 hasta katılacaktır.

**Riskler, ortaya çıkabilecek istenmeyen etkiler ve tedavi edilebilirliği:** Bu tez çalışmasında herhangi bir risk içermemektedir.

**EK-3****HASTA TANITIM FORMU**

Adı Soyadı:

Protokol No:

Hastaneye yatış tarihi:

Ameliyat tarihi:

Taburcu olma tarihi:

Adres:

Telefon no:

**BÖLÜM I. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER**

1) **Cinsiyetiniz:**  Kadın  Erkek

2) **Yaşınız? ...**

3) **Boyunuz: ... Kilonuz: .... BKİ: ...**

4) **Çalışma/iş durumunuz**

- Çalışmıyor  
 Çalışıyor (açıklayınız)

5) **Eğitim Durumunuz:**

- Okur yazar değil  
 İlkokul mezunu  
 Ortaokul mezunu  
 Lise Mezunu  
 Üniversite Mezunu  
 Yüksek lisans ve üzeri

6) **Mesleğiniz**

- Memur  
 İşçi  
 Serbest meslek  
 Çiftçi

- Ev hanımı
- Emekli
- Diğer.....

7) Yaşadığınız yer:  İl merkezi  İlçe  Köy

8) Medeni Durumunuz:  Evli  Bekar  Ayrı yaşıyor/ Boşanmış

9) Evde kimle yaşadığınız:

- Yalnız yaşıyorum
- Eşimle yaşıyorum
- Çocuklarımla yaşıyorum
- Eşim ve çocuklarımla yaşıyorum
- Geniş aile (eş, çocuk, anne, baba, ikinci dereceden akraba...)
- Diğer?

10) Sağlık güvenceniz:  Var  Yok

11) Gelir/gider durumu

- Gelir giderden az
- Gelir gider ile eşit
- Gelir giderden fazla

## BÖLÜM II. SAĞLIK-HASTALIK ÖYKÜSÜNE AİT BİLGİLER

12) Hastalığınız sırasında aileniz ve/veya çevreniz tarafından destek aldınız mı?

- Evet
- Hayır

13) Ailenizden ve/ veya çevrenizden destek aldıysanız bu desteği nasıl buluyorsunuz?

- Çok iyi
- İyi
- Yetersiz

**14) Ailenizde koroner arter hastalığı olan biri/ birileri var mı?**

- Evet (Var ise kimde)  
 Hayır

**15) Başka bir kronik hastalığınız/ hastalıklarınız var mı?**

- Evet  
 Hayır

**16) Başka bir kronik hastalığınız/ hastalıklarınız var ise nedir/ nelerdir?**

- Hipertansiyon  
 Diyabetes Mellitus  
 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı  
 Kolesterol  
 Kronik böbrek yetmezliği  
 Diğer.....

**17) Düzenli kullandığınız ilacınız/ilaçlarınız var mı?**

- Var  
 Yok

**18) Alışkanlıklarınız var mı? Var ise nedir?**

Sigara..... 1) İçiyor .....miktar/gün/yıl , 2)İçmiyor, 3) Bırakmış ..... (Ne zaman)

Alkol..... 1) İçiyor .....miktar/gün/yıl , 2)İçmiyor, 3) Bırakmış ..... (Ne zaman)

Madde.....1) Kullanıyor .....tür/miktar/gün/yıl , 2)Kullanmıyor, 3) Bırakmış ..... (Ne zaman)

**19) Yoğun Bakımda Kalma Süreniz (saat/gün): ...****20) Hastanede yatma süresiniz (gün): ...**

**EK-4****TELEFONLA DANIŞMANLIK FORMU (Deney grubu için)**

Hasta Adı Soyadı:

Görüşme Tarihi:

Kaçınıcı Görüşme:

Merhaba ben Betül Kahveci, görüşme için müsait misiniz? En son görüşmemizden bu yana nasılsınız?

Taburculuk sonrası ameliyata bağlı durumunuzu ve yaşayabileceğiniz semptomlara yönelik şikayetleriniz ile ilgili durumunuzu değerlendirmek için aradım.

<b>ELE ALINAN KONULAR</b>	<b>AÇIKLAMA</b>
Ağrı (yeri, şiddeti, süresi, niteliği vb.)	
Yara yerinde akıntı ya da şişlik (göğüs, bacak, kol)	
İlaç kullanımının düzeni	
Duygu durumu	
Uyku düzeni/Dinlenme	
Hareket/Aktivite	
Solunum egzersizi/Triflow kullanımı	
Hijyen	
Beslenme ve diyet	
Acil durumlar	

**EK-5****TELEFONLA ARAMA PROTOKOLÜ (Deney grubu için)**

Görüşmeler Roter etkileşim analiz sistemi (RIAS)'ne göre yapılmıştır (Roter ve Larson, 2002).

Roter Etkileşim Analiz Sistemi'ne göre;

<b>Görüşme Türü</b>	<b>Görüşme Fonksiyonu</b>	<b>İletişim Davranışları</b>
Görev Odaklı görüşme	Veri toplama	Kişiye, günlük yaşam tarzı, sağlık/hastalık bilgisi, alışkanlıklar gibi temel konularda kişisel ve hastalık durumuna ilişkin soru sorma
	Eğitim ve danışmanlık hizmeti verme	Kişinin ihtiyaç duyduğu, desteklenmesi gereken noktalarda hastalık/sağlık durumuna ilişkin bilgi verme, danışmanlık yapma, öz bakım gücünü desteklemeye yönelik eğitim verme
Sosyo-emosyonel görüşme	İlişki kurma	Kişi ile sosyal iletişimde bulunma Tıbbi olmayan, emosyonel, pozitif konuşmalar (espri, anlaşma, onaylama, takdir etme) Negatif konuşmalar (eleştiri vb.)

Araştırmada sosyo-emosyonel odaklı iletişim ile görüşme başlatılıp birey ile samimi ve güven verici bir iletişim ortamı oluşturulduktan sonra görev odaklı görüşme çerçevesinde bireye sorular sorulması planladı.

Elde edilen veriler doğrultusunda, telefonla danışmanlık formu (EK-4) ile hastanın ihtiyaç duyduğu konularda RIAS'a göre eğitim ve danışmanlık hizmeti verilecektir.

## EK-6

## ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

**Açıklama:** Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

İfadeler	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	( )	( )	( )	( )	( )
2.Kendimi beğeniyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
3.Sağlığımla ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	( )	( )	( )	( )	( )
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyuyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	( )	( )	( )	( )	( )
7.Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım.	( )	( )	( )	( )	( )
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	( )	( )	( )	( )	( )
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	( )	( )	( )	( )	( )
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	( )	( )	( )	( )	( )
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	( )	( )	( )	( )	( )

12.Dengeli beslenirim.	( )	( )	( )	( )	( )
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
14.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hakettiğime inanıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
<b>İfadeler</b>	<b>Beni hiç tanımlamıyor</b>	<b>Beni pek tanımlamıyor</b>	<b>Fikrim yok</b>	<b>Beni biraz tanımlıyor</b>	<b>Beni çok tanımlıyor</b>
17.Kararlarımı sonuna kadar uyguluyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
19.Sağlığımla ilgili kişisel kararlarımı nadiren uyguluyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
20.Kendimle dostum.	( )	( )	( )	( )	( )
21.Kendime iyi bakarım.	( )	( )	( )	( )	( )
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	( )	( )	( )	( )	( )
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	( )	( )	( )	( )	( )
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	( )	( )	( )	( )	( )
25.Yaşam bir zevktir.	( )	( )	( )	( )	( )
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	( )	( )	( )	( )	( )
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	( )	( )	( )	( )	( )
29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	( )	( )	( )	( )	( )

31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemeyi ve geçmesini beklerim.	( )	( )	( )	( )	( )
32.Kendime bakmak için bilgileneceğimi çalışırım	( )	( )	( )	( )	( )
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	( )	( )	( )	( )	( )



## EK- 7

## KALP CERRAHİSİ SEMPTOM ENVANTERİ

ADI- SOYADI:

TARİH:

Bu anket koroner arter bypass greft cerrahisi sonrası yaşadığımız problemlerin ne olduğunu değerlendiriyor. Bu bilgi, belirli semptomların veya duyguların gündelik hayatınızı ne kadar etkilediğini anlamamıza yardımcı olacaktır.

Her bir madde için, şu anda sorunuzdan ne kadar rahatsız olduğunuzu belirlemeye çalışın. Sorunun sizi nasıl hissettirdiğini ve günlük faaliyetlerinizi nasıl etkilediğini düşünün. 0'ın "hiç değil" ve 4'ün "çok fazla" olduğu bir skalada problemin sizi ne kadar rahatsız ettiğini derecelendirin.

**Şu anda, aşağıdaki belirtilerden ne kadar rahatsız oldunuz?**

(Her bir soru için bir numara işaretleyiniz.)

Semptomlar	Hiç	Çok az	Orta	Çok	Oldukça fazla
1. Dinlenme halindeyken göğüs ağrınız oluyor mu?	0	1	2	3	4
2. Hareket halindeyken göğüs ağrınız oluyor mu?	0	1	2	3	4
3. Yatarken solunum güçlüğü yaşıyor musunuz?	0	1	2	3	4
4. Hareket halindeyken solunum güçlüğü yaşıyor musunuz?	0	1	2	3	4
5. Sık sık kuru, boğazı tahriş eden öksürüğünüz oluyor mu?	0	1	2	3	4
6. Hareket halindeyken kalp çarpıntınız oluyor mu?	0	1	2	3	4
7. Ayağa kalktığınızda baş dönmesi veya sersemlik yaşıyor musunuz?	0	1	2	3	4
8. Kalp sorunlarından endişe ediyor musunuz?	0	1	2	3	4
9. Sesinizde değişiklik var mı?	0	1	2	3	4
10. Balgamlı öksürük, solunum yolunuzda tıkanıklık var mı?	0	1	2	3	4
11. Genel olarak yorgunluğunuz var mı?	0	1	2	3	4
12. Tüm vücudunuzda halsizlik var mı?	0	1	2	3	4
13. Uykuya dalmada güçlük yaşıyor musunuz?	0	1	2	3	4
14. Geceleri bir kereden fazla uyanıyor musunuz?	0	1	2	3	4
15. Kendinizi uyukulu veya yorgun hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
16. Gündüzleri uyuma ihtiyacı hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
17. İştahsızlığınız var mı?	0	1	2	3	4
18. Bulantınız var mı?	0	1	2	3	4

19. Cinsel güçsüzlüğünüz/cinsel isteksizliğiniz/ cinsel ilişkiye karşı ilgisizliğiniz var mı?	0	1	2	3	4
20. Baş ağrılarınız var mı?	0	1	2	3	4
21. Boyun ağrınız/sızınız var mı?	0	1	2	3	4
Semptomlar	Hiç	Çok az	Orta	Çok	Oldukça fazla
22. Dinlenme halindeyken göğsünüzde, ameliyat yerinizde ağrı oluyor mu?	0	1	2	3	4
23. Derin nefes alırken göğsünüzde, ameliyat yerinizde ağrı oluyor mu?	0	1	2	3	4
24. Hareket halindeyken göğsünüzde, ameliyat yerinizde ağrı oluyor mu?	0	1	2	3	4
25. Göğsünüzde, ameliyat yerinizde hassasiyet/tahriş/kaşıntı oluyor mu?	0	1	2	3	4
26. Dren bölgelerinde iyileşme güçlüğü veya sızıntı oluyor mu?	0	1	2	3	4
27. Boyun tutulmanız oluyor mu?	0	1	2	3	4
28. Göğsünüzde, ameliyat yerinizde uyuşma veya karıncalanma oluyor mu?	0	1	2	3	4
29. Dren bölgelerinde uyuşma veya karıncalanma oluyor mu?	0	1	2	3	4
30. Göğsünüzde, ameliyat yerinizin açılmasından endişe ediyor musunuz?	0	1	2	3	4
31. Dren bölgelerinizin açılmasından endişe ediyor musunuz?	0	1	2	3	4
32. Göğüs kemiğinizde çıkıntı/gıcırdama/çıtılama oluyor mu?	0	1	2	3	4
33. Bacağınızda ki ameliyat bölgelerinde iyileşme güçlüğü veya sızıntı oluyor mu?	0	1	2	3	4
34. Bacağınızda sertleşme var mı?	0	1	2	3	4
35. Bir bacağınızda diğerinden daha fazla şişlik var mı?	0	1	2	3	4

**EK-8**

**ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ**



**EK-9**

**KALP CERRAHİSİ SEMPTOM ENVANTERİ KULLANIM İZİNİ**



## İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

### KORONER ARTER BYPASS GREFT CERRAHİSİ GEÇİREN HASTALARDA TELE HEMŞİRELİK DANIŞMANLIĞININ SEMPTOM KONTROLÜ VE ÖZ BAKIM GÜCÜNE ETKİSİ

#### ORJİNALLIK RAPORU

% <b>17</b>	% <b>13</b>	% <b>3</b>	% <b>9</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

#### BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<b>Submitted to The Scientific &amp; Technological Research Council of Turkey (TUBITAK)</b> Öğrenci Ödevi	% <b>6</b>
<b>2</b>	<b>acikbilim.yok.gov.tr</b> İnternet Kaynağı	% <b>4</b>
<b>3</b>	<b>acikerisim.akdeniz.edu.tr</b> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>4</b>	<b>Submitted to Istanbul University</b> Öğrenci Ödevi	% <b>1</b>
<b>5</b>	<b>Submitted to Canakkale Onsekiz Mart University</b> Öğrenci Ödevi	% <b>1</b>
<b>6</b>	<b>acikerisim.erbakan.edu.tr</b> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>7</b>	<b>www.researchgate.net</b> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>8</b>	<b>hdl.handle.net</b> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>

## ETİK KURUL İZİN YAZISI

**Uyarı:** Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

- Etik Kurul izni gerekmektedir.**
- Etik Kurul izni gerekmemektedir.**

Betül ÇETİNER  
(İmza)





## KURUM İZİNİ YAZILARI

**Uyarı:** Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

- Kurum izni gerekmektedir.
- Kurum izni gerekmemektedir.

Betül ÇETİNER  
(İmza)



## ÖZGEÇMİŞ

