



**YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**KORONER ARTER BYPASS GREFT AMELİYATI
UYGULANAN HASTALARDA TABURCULUK EĞİTİMİ VE
TELEFON İLE DANIŞMANLIĞIN ÖZ BAKIM GÜCÜ, BAŞ
ETME VE UYUM SÜRECİNE ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ

Ufuk KAYA

**Lefkoşa
Ağustos, 2022**

**YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**KORONER ARTER BYPASS GREFT AMELİYATI
UYGULANAN HASTALARDA TABURCULUK EĞİTİMİ VE
TELEFON İLE DANIŞMANLIĞIN ÖZ BAKIM GÜCÜ, BAŞ
ETME VE UYUM SÜRECİNE ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ

Ufuk KAYA

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Ümran DAL YILMAZ

Lefkoşa

AĞustos, 2022

Etik İlkelere Uygunluk Beyanı

Bu tezin içinde sunduğum verileri, bilgileri ve belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu; çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce, sonuç ve bilgilere bilimsel etik kurallar gereği olarak eksiksiz şekilde uygun atıf yaptığımı ve kaynak göstererek belirttiğimi beyan ederim.

Ufuk KAYA

17/08/2022

Teşekkür

Tez danışmanım Prof. Dr. Ümran DAL YILMAZ'a, tez dönemim boyunca desteği, ilgisi, bilgisi ve yol göstericiliği için,

Tez dönemi boyunca, tez izleme komiteleri ve savunmamda engin bilgi ve desteklerini benimle paylaşan Prof. Dr. Nurhan BAYRAKTAR, Doç. Dr. Gülten SUCU DAĞ, Prof. Dr. Sevinç TAŞTAN ve Prof. Dr. Hatice BEBİŞ hocalarıma,

Çok değerli hocam, uzunca süre beraber çalıştığım Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu müdürüm Doç. Dr. Aslı AYKAÇ'a ve Meslek Yüksekokulu'nda beraber çalıştığım ekip arkadaşlarıma manevi desteklerini eksik etmedikleri için,

Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi, Kardiyovasküler Cerrahi klinik şefi Uzm. Dr. Ozan EMİROĞLU ve klinikte çalışan tüm meslektaş hemşire arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemde en büyük emek ve desteğini hissettiğim pek kıymetli annem Ayşe, babam Ahmet, meslektaşım kardeşim Ercan KAYA'ya ve çok değerli aileme,

Teşekkür ederim.

Ufuk KAYA

*Babam Ahmet Kaya, Rahmetli teyzem Nilüfer Elçioğlu, dedem Ahmet Ak'a
ithafen...*

Özet

Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Uygulanan Hastalarda Taburculuk Eğitimi ve Telefon ile Danışmanlığın Öz Bakım Gücü, Baş Etme ve Uyum Sürecine Etkisi

Kaya, Ufuk

Doktora, Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ümran Dal Yılmaz

Ağustos, 2022, 157 sayfa

Bu çalışma, koroner arter bypass greft ameliyatı uygulanan hastalarda taburculuk eğitimi ve telefon ile hasta danışmanlığının öz bakım gücü, baş etme ve uyum sürecine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Randomize kontrollü, deneysel olarak yapılmış olan bu çalışmada deney ve kontrol grupları 35 kişiden oluşmuştur (N=70). Her iki gruba Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu, Öz Bakım Gücü Ölçeği, Baş Etme ve Uyum Süreci Ölçeği uygulanmıştır. Deney grubundaki hastalara taburculuk eğitimi verilmiş ve iki ay süreyle telefon ile danışmanlık hizmeti verilmiştir. Sürecin sonunda her iki gruba veri toplama formları son kez uygulanmıştır. Araştırma için gerekli etik izinler ve hastalardan onam alınmıştır.

Deney grubuna verilen taburculuk eğitimi ve telefon ile danışmanlık hizmetinin ardından, hastaların öz bakım gücü ölçeği ortalama puanları 13,94, baş etme ve uyum süreci ölçeği ise 13,6 artmıştır. Kontrol grubunun öz bakım gücü ölçeği puanı 7,86, baş etme ve uyum süreci ortalama puanı 9,14 artmıştır. Her iki grupta meydana gelen etki büyüklüğü istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Taburculuk eğitimi ve telefon ile hasta danışmanlığı verilen deney grubunda, olumlu sonuçlar elde edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Koroner arter bypass greft, taburculuk eğitimi, hasta danışmanlığı, öz bakım, baş etme ve uyum

Abstract

The Effect of Discharge Training and Phone Counseling on Self Care Agency and Coping and Adaptation Process in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft

Kaya, Ufuk

PhD, Department of Nursing

Advisor: Prof. Dr. Ümran Dal Yılmaz

August, 2022, 157 pages

This study was conducted to determine the effect of discharge training and phone counseling on self-care agency, coping and adaptation process in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. The study has a randomized controlled, experimental design. Both experimental and control groups consisted of 35 individuals (N=70). A Patient Descriptive Characteristics Form, the Exercise of Self-Care Agency Scale, and the Coping and Adaptation Processing Scale were administered to both groups. Patients in the experimental group were given discharge training and phone counseling service was given for two months. At the end of the process, data collection forms were administered to both groups for the last time. Necessary ethical approvals were taken and consent was taken from the patients.

After the discharge training and phone counseling given to the experimental group, the mean exercise of self-care agency scale score of the patients increased by 13.94; the mean coping and adaptation processing scale increased by 13.6. The mean exercise of self-care agency scale score of the control group increased by 7.86; the mean coping and adaptation processing score increased by 9.14. The effect size occurred for both groups was statistically significant ($p<0.05$). Positive results were achieved in the experimental group which received given discharge training and phone counseling.

Keywords: coronary artery bypass graft, discharge training, patient counseling, self-care, coping and adaptation

İçindekiler

Onay	i
Etik İlkelerine Uygunluk Beyanı	ii
Teşekkür	iii
İthaf	iv
Özet	v
Abstract	vi
İçindekiler	viii
Tablolar/Şekiller Listesi	xi
Kısaltmalar	xiii

BÖLÜM I

Giriş	1
Problemin Tanımı.....	1
Araştırmanın Amacı.....	4
Araştırmanın Önemi.....	4
Araştırmanın Sınırlılığı.....	5
Araştırmanın Hipotezleri.....	5

BÖLÜM II

Kavramsal Temeller / Kuramsal Temeller ve İlgili Araştırmalar	6
Genel Bilgiler.....	6
Koroner Arter Hastalığı.....	6
Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri.....	6
Koroner Arter Hastalığı Epidemiyolojisi.....	7
Koroner Arter Hastalığında Tanı ve Tedavi Yöntemleri.....	8
Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı.....	9
Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Endikasyonları.....	9
Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Acil Endikasyonları.....	9
Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Komplikasyonları.....	10
Taburculuk Eğitimi.....	11

Taburculuk Eğitiminin Önemli Noktaları ve Standartları.....	12
Taburculuk Eğitiminin Yararları.....	13
Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Sonrası Taburculuk Eğitimi.....	14
Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Sonrası Telefon ile Hasta Danışmanlığı.....	15
Telefon ile Danışmanlık Hizmetinin Avantajları.....	16
Öz Bakım Yetersizliği Teorisi.....	16
Öz Bakım ve Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı.....	17
Roy Adaptasyon (Uyum) Modeli.....	19
Baş Etme, Uyum ve Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı.....	19

BÖLÜM III

Yöntem.....	21
Araştırmanın Tasarımı.....	21
Araştırmanın Evreni.....	21
Randomizasyon.....	21
Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	23
Veri Toplama Formları.....	23
Hastalara Ait Tanıtıcı ve Tıbbi Özellikler Formu.....	23
Öz Bakım Gücü Ölçeği.....	23
Baş Etme ve Uyum Süreci Ölçeği.....	24
Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Uygulanan Hastaların Taburculuk Eğitimi Rehberi.....	24
Telefon Danışmanlığı Hasta İzlem Formu.....	26
Araştırmanın Uygulanması.....	26
İstatistiksel Analiz.....	27
Araştırmanın Etik Yönü.....	27

BÖLÜM IV

Bulgular ve Yorumlar.....	29
----------------------------------	-----------

BÖLÜM V

Tartışma.....	72
----------------------	-----------

BÖLÜM VI

Sonuç ve Öneriler.....	79
Sonuçlar.....	79
Öneriler.....	82
Kaynakça.....	83
Ekler.....	95
Ek 1.Koroner Arter Bypass Greft Uygulanan Hastaların Taburculuk Eğitimi Rehberi.....	95
Ek 2.Hastalara Ait Tanıtıcı ve Tıbbi Özellikler Formu ile Onam Formu.....	113
Ek 3.Öz Bakım Gücü Ölçeği.....	117
Ek 4.Baş Etme ve Uyum Süreci Ölçeği.....	120
Ek 5.Telefon Danışmanlığı Hasta İzlem Formu.....	124
Ek 6.Doktor Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Etik Kurul Onay Formu....	125
Ek 7.Baş Etme ve Uyum Süreci Ölçeği İzni.....	126
Ek 8.Öz Bakım Gücü Ölçeği İzni.....	127
Ek 9.Clinical Trial Numarası.....	128
Ek 10.Taburculuk Eğitimi Rehberi Uzman Önerileri.....	129
Ek 11.Doktora Tez Makale SCI-E Kapsam Görüntüsü.....	130
Ek 12.Doktora Tez Makale Kabulü.....	131
Ek 13.Doktora Tez Kongre Sözlü Sunum Kabulü.....	132
Ek 14.Doktora Tez Kongre Sözlü Sunum Kongre Kitap Metni.....	133
İntihal Raporu.....	134
Özgeçmiş.....	135

Tablolar Listesi

Tablo 1. <i>Araştırmanın CONSORT Şeması</i>	22
Tablo 2. <i>Araştırmanın Uygulama Şeması</i>	28
Tablo 3. <i>Hastaların tanıtıcı özellikleri (1)</i>	29
Tablo 4. <i>Hastaların tanıtıcı özellikleri (2)</i>	31
Tablo 5. <i>Hastaların tıbbi özellikleri (1)</i>	33
Tablo 6. <i>Hastaların tıbbi özellikleri (2)</i>	35
Tablo 7. <i>Baş etme ve uyum süreci ile öz bakım gücü ölçekleri puan dağılımı.</i>	36
Tablo 8. <i>Eğitim ve danışmanlık sonrası baş etme ve uyum süreci ile öz bakım gücü ölçeklerinin etki büyüklüğü</i>	38
Tablo 9. <i>Hastaların baş etme ve uyum süreci ölçek puan ortalamalarının yaş, cinsiyet, yaşanılan ilçe ile karşılaştırılması</i>	39
Tablo 10. <i>Hastaların baş etme ve uyum süreci ölçek puan ortalamalarının medeni durum, çocuk sayısı ve eğitim durumu ile karşılaştırılması</i>	41
Tablo 11. <i>Hastaların baş etme ve uyum süreci ölçek puan ortalamalarının çalışma, sigara ve alkol kullanma durumları ile karşılaştırılması</i>	43
Tablo 12. <i>Hastaların baş etme ve uyum süreci ölçek puan ortalamalarının gelir-gider durumu, evde bakım verecek birey ve evde bakıma ihtiyaç düşüncesi değişkenleri ile karşılaştırılması</i>	45
Tablo 13. <i>Hastaların baş etme ve uyum süreci ölçek puan ortalamalarının kronik hastalık varlığı, kronik hastalık ve kalp krizi geçirme durumu ile karşılaştırılması</i>	47
Tablo 14. <i>Hastaların baş etme ve uyum süreci ölçek puan ortalamalarının KABG nedeni, ameliyat durumu, greftlenen damar sayısı ile karşılaştırılması</i>	49
Tablo 15. <i>Hastaların baş etme ve uyum süreci ölçek puan ortalamalarının ameliyat hakkında eğitim alma durumu, ameliyat hakkında bilgi kaynakları ile karşılaştırılması</i>	51
Tablo 16. <i>Hastaların baş etme ve uyum süreci ölçek puan ortalamalarının bilgi yeterlilik, evde yaşanacaklar hakkında endişe durumu ve sorunlarla baş etme yöntemi ile karşılaştırılması</i>	53

Tablo 17. Hastaların öz bakım gücü ölçek puan ortalamalarının yaş, cinsiyet ve yaşanılan ilçe ile karşılaştırılması.....	55
Tablo 18. Hastaların öz bakım gücü ölçek puan ortalamalarının medeni durum, çocuk sayısı ve eğitim durumu ile karşılaştırılması.....	57
Tablo 19. Hastaların öz bakım gücü ölçek puan ortalamalarının çalışma, sigara ve alkol kullanma durumları ile karşılaştırılması.....	59
Tablo 20. Hastaların öz bakım gücü ölçek puan ortalamalarının gelir-gider durumu, evde bakım verecek birey, evde bakıma ihtiyaç düşüncesi ile karşılaştırılması.....	61
Tablo 21. Hastaların öz bakım gücü ölçek puan ortalamalarının kronik hastalık varlığı, kronik hastalık, kalp krizi geçirme durumu ile karşılaştırılması.....	63
Tablo 22. Hastaların öz bakım gücü ölçek puan ortalamalarının KABG nedeni, ameliyat durumu, greftlenen damar sayısı ile karşılaştırılması.....	65
Tablo 23. Hastaların öz bakım gücü ölçek puan ortalamalarının ameliyat hakkında eğitim alma durumu ve ameliyat hakkında bilgi kaynakları ile karşılaştırılması.....	67
Tablo 24. Hastaların öz bakım gücü ölçek puan ortalamalarının bilgi yeterlilik durumu, evde yaşanacaklar hakkında endişe durumu ve sorunlarla baş etme yöntemi ile karşılaştırılması.....	69
Tablo 25. Deney grubu hastalarında, taburculuğun ardından evde meydana gelen problem ve sorunlar.....	71

Kısaltmalar

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
AHA:	American Heart Association
Diğ:	Diğerleri
DM:	Diyabetes Mellitus
DPÖ:	Devlet Planlama Örgütü
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
HT:	Hipertansiyon
KABG:	Koroner Arter Bypass Greft
KAH:	Koroner Arter Hastalığı
KKA:	Konvansiyonel Koroner Anjiyografi
KKTC:	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
LAD:	Sol Ana Koroner Arter
MI:	Miyokard Infarktüsü
N/n:	Sayı
Ort:	Ortalama
SS:	Standart Sapma
TC:	Türkiye Cumhuriyeti
X²:	Kruskal Wallis
Vd:	Ve diğerleri

BÖLÜM I

Giriş

Problemin Tanımı

Dünyada beklenen yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıkların sıklığını ve görülme oranlarını artırmıştır (Aslan & Hoccoğlu, 2017; Demir Doğan, & diğ., 2019; Taşdemir & Oğuzöncül, 2020). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyada ölümlerin %71'inin nedeni kronik hastalıklardır. Aynı rapora göre; ölümlere neden olan dört kronik hastalık arasında sırasıyla; (1) kardiyovasküler hastalıklar, (2) kanser, (3) solunum sistemi hastalıkları ve (4) diyabetes mellitus (DM) yer almaktadır (DSÖ, 2021).

Erken ölüme neden olan kronik hastalıklar listesinde yer alan kardiyovasküler hastalıklar içerisinde koroner arter hastalıkları (KAH) birinci sırada yer almaktadır (Annaç, 2018; Sakman, 2019). Türkiye İstatistik Kurumu 2019 yılı verilerine göre, ölümlerin %39,8'inin kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklandığı belirtilmektedir. Kardiyovasküler hastalıkların içerisinde ise en çok ölüme iskemik kalp hastalıklarının (%39,1) neden olduğu bildirilmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2020; Civek & Akman, 2022).

Günümüzde KAH'ndaki artış ile beraber koroner arter bypass greft (KABG) ameliyatlarının sayısı da artmaktadır (Akbari & Şenol Çelik, 2018; Öztürk, 2021). Türkiye 2011 verilerine göre; 15 yaştan büyük erkeklere KABG yapılma oranı %21,6, kadınlarda ise %9,1 olarak saptanmıştır (Köse, & diğ., 2013). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) Devlet Planlama Örgütü'nün (DPÖ) yayınladığı rapora göre 2016 yılında 8,8 bin ameliyat gerçekleştirilmiş ve bu ameliyatların 292'sinin kalp ve damar cerrahisine ait olduğu belirtilmiştir (DPÖ, 2020).

KABG; daralmış ya da tıkanmış olan koroner arter bölgelerine arter ve/veya ven greftleri kullanılarak köprü oluşturulması işlemidir. KABG ameliyatı ile birçok avantaj sağlanabilmektedir. Bunlar; iskeminin yarattığı hasarın düzeltilmesi, miyokardın kanlanması, beslenmesi ve oksijenlenmesi, anjina ve dispnenin ortadan kalkması, hastanın yorgunluğunun azalması, yaşam kalitesinin artmasıdır (Karadakovan & Eti Aslan, 2017; Akbari & Şenol Çelik, 2018; Ahraz, 2018).

KABG ameliyatlarının başarı oranları artmış olmasına rağmen hastalarda sorunlar ve/veya komplikasyonlar taburcu olmadan hastanede veya olduktan sonra evde de gelişebilmektedir. KABG ameliyatı sonrası eve taburcu olan hastalarda, solunum ve dolaşım sistemi ile ilgili problemler, ameliyat bölgesinde olası sorunlar, ağrı (omuz, sırt, göğüs, bacak), uykusuzluk, çarpıntı, halsizlik, yorgunluk, ruh hali değişiklikleri, depresyon ve iştahsızlık görülebilmektedir (Akbari & Şenol Çelik, 2018).

Tuna ve Emre (2020) yaptıkları çalışmada, KABG ameliyatı sonrası hastaların evde yara yeri (%75), ağrı (%56,7), solunum (%41,7) problemleri yaşadığını tespit etmiştir (Tuna & Emre, 2020). Totur Dikmen ve Yavuz van Giersbergen (2021) hastaların öz bakım (4,9), sosyal (%4,4), psikolojik (%2,2) ve fizyolojik (%1,8) problemler konusunda ihtiyaç duyduğunu belirlemiştir (Totur Dikmen & Yavuz van Giersbergen, 2021). Aydın ve Gürsoy (2019) ise hastaların ağrı, uyku, aktivite, solunum ve gastrointestinal sisteme ilişkin sorunlar yaşadığını belirlemiştir (Aydın & Gürsoy, 2019).

Ameliyat sonrası dönemde, taburcu olan hastanın bakım ihtiyacı son bulmamaktadır. Bu ihtiyaç haftalarca hatta aylarca sürebilmektedir. Hastanede kısa süre kalan hastanın cerrahi yaralarının iyileşmesi, kalp fonksiyonlarının rehabilitasyonu, iyileşme döneminin çoğu evde sağlanmaktadır. Bu dönemde, hasta ve ailesi çoğu zaman endişe içindedir, taburculuk sonrası gereksinimleri için eğitime ihtiyaçları vardır. Hasta ve ailesi, evde hastanın bakımından sorumludur ve bu sorumluluk bilgi eksikliği nedeni ile birçok sorunu ortaya çıkarmaktadır. Bu sorunlar; yetersiz yapılmış taburculuk planlaması ile daha da artmaktadır (Bikmoradi, & diğ., 2017). Taburculuk planlaması, evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesini, bakımın devamlılığını ve bakımda kalitenin artmasını ve bakımın sürekliliğini sağlamaktadır (Henke, & diğ., 2017; Kuşeli Dost & Kaya, 2021).

Hastanın ve bakım verenin evde karşılaşılabileceği güçlükler, problemler, semptom yönetebilme kapasiteleri, kendi ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri taburculuk eğitiminin amaçları arasında yer almaktadır. Taburculuk eğitimi, hastaların hastaneye yatışı ile başlar, taburculuğun ardından evde bakım ihtiyaçlarını karşılamak için planlı ve sürekli eğitimi kapsar. Taburculuk eğitiminin birçok olumlu yönü bulunmaktadır. Bunlar; ağrı yönetimi, evde bakım ziyaretlerinin azaltılması,

hastaneye tekrar başvuruların azaltılması, iyileşme sürecinin hızlanması, öz bakım gücünün artması, maliyetin azalması, anksiyete düzeyinin azaltılması, baş etme ve uyumun artması ve hasta memnuniyetidir (Esmaelpour, & diğ., 2017; Akbari & Şenol Çelik, 2018).

Öz bakım, baş etme ve uyum, sağlığı geliştirmede önemini korumaktadır. Öz bakım, sağlık kaygıları ile karşı karşıya kalan bireylerin, bu kaygılar ile baş etmeleri ve sağlıklarını iyileştirmelerini sağlamak, uyumlarını artırmak için aldıkları kararlar ve uygulamalar olarak tanımlanmaktadır. Bu kararlar ve uygulama becerilerinin artmasıyla hastaların kendi sağlıklarını daha aktif bir biçimde koruyabildiği ifade edilmektedir (Ermiş, & diğ., 2018; Ghavami, & diğ., 2018; Akdeniz & Canlı Özer, 2021).

Hasta izleminde öz bakımın yanında önemli olan diğer konular ise baş etme ve uyumdur. Baş etme ve uyum; bireyin iç ve dış dünyasında meydana gelen gereklilik ve zorunlulukları gidermek, kontrol altına almak, gerginliği azaltmak için gösterdiği bilişsel ve davranışsal çabalar. Bu çabalar, aileden gelen destek, maneviyat gibi değişkenlere göre farklılık gösterebilmektedir. Ameliyat sonrası dönemde eksik bilgilendirilen ve takip edilmeyen hastaların öz bakımda yetersizlik, baş etme ve uyumda güçlük yaşadıkları belirtilmektedir (Eşlik & Çetinkaya, 2019; Balanuye & Bulut, 2021).

Günümüzde teknoloji kullanımının artması ile birlikte, telefon ile hasta danışmanlığı; evde hasta izlemi, ilaç yan etki izlemi, danışmanlık, ani gelişen durumlar, randevu hatırlatma, taburculuk eğitiminin etkinliğini değerlendirme, eğitim ihtiyaçlarını belirleme, performans değerlendirmesi, hastane ve ev arası iletişimin sağlanması, eğitime katılımın artırılması öz bakımın güçlendirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması, baş etme ve uyumun sağlanması amacıyla uygulanabilmektedir (Dığın, 2018).

Telefon ile hasta danışmanlığında sürekliliğin sağlanması ile ameliyat sonrası bakım sonuçları ve hastanın tıbbi durumu daha iyi olabilmektedir. Ameliyat sonrası taburcu edilen hastaların evde değerlendirilmesinin çoğu zaman kolay olmadığını, bu nedenden dolayı mobil sağlık uygulamalarının ev ortamında meydana gelebilecek değişimleri ve zamanında yapılabilecek değerlendirmeyi sağlayabilmesi açısından önemli olduğu belirtilmektedir (Tuna & Emre, 2020).

Günümüzde tıbbın ve teknolojinin hızla gelişmesi ve hastaları daha rahat izlemenin mümkün olduğu ürünlerin geliştirilmesi, telefonla hasta danışmanlığı, hasta eğitimleri yolu ile KABG ameliyatı geçirmiş bireylere daha çok yardımcı olunabilmektedir. Eğitimler ve telefonla danışmanlık hizmetleri ile hastanelere başvuruların azalması, öz bakım gücünün, yaşam kalitesinin, baş etme ve uyumun artması sağlanabilmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, KABG ameliyatı geçiren hastalarda taburculuk eğitimi ve telefonla danışmanlığın öz bakım, baş etme ve uyum sürecine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Önemi

Öz bakım, baş etme ve uyum, sağlığı geliştirmede önemini korumaktadır. Günümüzde teknoloji kullanımının artması ile birlikte, telefon ile hasta danışmanlığı; evde hasta izlemi, ilaç yan etki izlemi, danışmanlık, ani gelişen durumlar, randevu hatırlatma, taburculuk eğitiminin etkinliğini değerlendirme, eğitim ihtiyaçlarını belirleme, performans değerlendirmesi, hastane ve ev arası iletişimin sağlanması, eğitime katılımın artırılması öz bakımın güçlendirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması, baş etme ve uyumun sağlanması amacıyla uygulanabilmektedir. Günümüzde tıbbın ve teknolojinin hızla gelişmesi ve hastaları daha rahat izlemenin mümkün olduğu ürünlerin geliştirilmesi, telefonla hasta danışmanlığı, hasta eğitimleri yolu ile KABG ameliyatı geçirmiş bireylere daha çok yardımcı olunabilmektedir. Eğitimler ve telefonla danışmanlık hizmetleri ile hastanelere başvuruların azalması, öz bakım gücünün artması, yaşam kalitesinin yükselmesi, baş etme ve uyumun artması sağlanabilmektedir.

Daha önce KKTC’de bu konuda yapılmış benzer bir çalışma olmaması nedeniyle, KABG sonrası, hastaların evde yaşayabilecekleri sorunlarla baş edebilmelerinde, öz bakım, baş etme ve uyumlarını yükseltmede taburculuk eğitimi ve telefonla danışmanlığın önemini ortaya koymak için bu çalışmanın yararlı olacağı öngörülmüştür.

Araştırmanın Sınırlılığı

Bu araştırma, Lefkoşa Doktor Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi kardiyovasküler cerrahi kliniğinde yatan ve KABG ameliyatı olmuş hastalar ile sınırlandırılmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

1) H_0 – Taburculuk eğitimi ve telefon ile hasta danışmanlığının öz bakım gücü ile baş etme ve uyum sürecine etkisi yoktur.

H_1 – Taburculuk eğitimi ve telefon ile hasta danışmanlığının öz bakım gücü ile baş etme ve uyum sürecine etkisi vardır.

2) H_0 – Deney grubu ile kontrol grubunun öz bakım gücü ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur.

H_1 – Deney grubu ile kontrol grubunun öz bakım gücü ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark vardır.

3) H_0 – Deney grubu ile kontrol grubunun baş etme ve uyum süreci ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur.

H_1 – Deney grubu ile kontrol grubunun baş etme ve uyum süreci ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark vardır.

BÖLÜM II

Kavramsal Temeller / Kuramsal Temeller ve İlgili Araştırmalar

Genel Bilgiler

Koroner Arter Hastalığı

KAH, aterosklerotik plakların koroner (kalbi besleyen) arterlerde daralma ve tıkanmaya bağlı olarak, kan akımının azalmasıyla miyokarda (kalp kası) iskemi ve buna bağlı komplikasyonlar ile gözlemlenen, kalp hastalıkları içerisinde en sık gözlenen durumdur. Aynı zamanda koroner kalp hastalığı olarak da isimlendirilebilmektedir (Kasapoğlu & Enç, 2017; Agrawal, & diğ., 2020).

KAH, ömür boyu süren, uzun yıllar belirti vermeden ilerleyen, herhangi bir aşamaya gelindikten sonra semptomlar ile ortaya çıkan kronik bir durumdur. Genellikle iskemi, kararlı ya da kararsız angina pectoris, miyokard infarktüsü (MI - kalp krizi), kalp yetmezliği ve ölüm ile ortaya çıkmaktadır (Malakar, & diğ., 2019; Musunuru & Kathiresan, 2019).

Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri

KAH'nda değiştirilebilen ve değiştirilemeyen olarak, iki grupta risk faktörlerini sınıflandırılabilir. Değiştirilebilen (özellikle yaşam tarzı kontrolü ile) risk faktörleri arasında; sigara içmek, obezite ve fizyolojik inaktivite bulunmaktadır. Doğru beslenme (diyet) veya tıbbi (medikal) tedavi yardımıyla da düzeltilebilecek risk faktörleri arasında; lipit metabolizma bozuklukları, DM, hipertansiyon (HT), hiperkolesterolemi, metabolik sendrom ve insülin rezistansı yer almaktadır. Değiştirilemeyen risk faktörleri arasında ise; ırk, yaş, cinsiyet, genetik faktörler ve aile hikayesi yer almaktadır (Karakoç Kumsar & Taşkın Yılmaz, 2017; Oğuz, & diğ., 2019).

KAH için yeni tanımlanmış risk faktörleri de bulunmaktadır. Bunlar; homosistein, trombotik risk faktörleri, lipoprotein (a) yüksekliği ve inflamatuvar faktörlerdir (Tanrıverdi & Şafak Tetik, 2017).

Koroner Arter Hastalığı Epidemiyolojisi

American Heart Association'ın (AHA - Amerikan Kalp Derneği) 2020 yılında yayınlamış olduğu '2020 Heart Disease and Stroke, Statistical Update Fact Sheet At-a-Glance' (2020 Kalp Hastalığı ve İnme, Bir Bakışta İstatistiksel Güncelleme Bilgi Sayfası) isimli rapora göre; kalp hastalıkları, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) birinci ölüm nedeni olarak belirtilmiştir. KAH, ülkede 2017 yılında >365 bin ölüme neden olmuştur (tüm ölümler içinde %13). 2005 yılından 2014 yılına kadar yapılmış olan incelemelerde; tahmini MI vakaları >605 bin, tekrarlayan MI vakaları ise >200 bin olarak belirtilmiştir. Ortalama her 40 saniyede bir Amerikalının MI geçirdiği belirtilmektedir. MI geçirmiş olan hastaların ortalama yaşı ise erkeklerde 65,6, kadınlarda ise 72 olarak tespit edilmiştir. Bu belirtilen rakam ve durumların yanında, 2007 yılından 2017 yılına kadar KAH'na bağlı gerçek ölüm nedeni %10 azalma göstermiştir. Ancak risk faktörleri ciddi bir şekilde artmaya devam etmektedir (AHA, 2020).

Türkiye'de 2011 yılında yayımlanan 'Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'na göre; KAH sıklığı erkeklerde 3,8, kadınlarda ise 2,3 olarak belirlenmiştir. Dolaşım sistemi hastalıklarının oranlarında ise artış gözlemlenmektedir. Ülkede 2013 yılı dolaşım sistemi hastalığına sahip birey sayısı 143,084 iken, 2014 yılında bu rakam 151,696'ya yükselmiştir (Türkiye Cumhuriyeti, Sağlık Bakanlığı, 2015).

TEKHARF 2017 yılında yayımladığı rakamlara göre; Türkiye'de yaklaşık 3,5 milyon KAH'na sahip bireyin bulunduğu ve bu oranın yılda %4 arttığı belirtilmiştir. Her yıl >210 bin kişinin KAH'ndan dolayı öldüğünün tahmin edildiği de raporda belirtilmektedir (Onat, & diğ., 2017). Başka bir rapora göre; 2030 yılından itibaren kalp ve damar hastalığına bağlı ölümlerin 22 milyonu aşacağı, 2035 yılı itibariyle de kalp ve damar hastalıkları tüm ölümlerin %45,1'ini oluşturacağı öngörülmektedir (Türkiye Cumhuriyeti, Sağlık Bakanlığı, 2019).

KKTC'nde KAH'na sahip bireylerin oran veya sayısını belirtecek herhangi bir kaynak bulunmamaktadır. Ancak yapılmış olan kardiyovasküler cerrahi ameliyatlarının yıllar içerisindeki durumu, KAH hakkında bilgi verebileceği düşünülmektedir. Ülkede 2015 yılında 486, 2016'da 292, 2018'de 337 ve 2019'da 321 bireyin ameliyatı gerçekleştirilmiştir (KKTC İstatistik Kurumu, 2019).

Koroner Arter Hastalığında Tanı ve Tedavi Yöntemleri

KAH'nın tespit edilmesinde, altın yöntem olarak kabul edilen konvansiyonel koroner anjiyografi (KKA) uygulanmaktadır. KKA, koroner anatomiyi görüntülemek, tedavi seçeneklerini ve prognozu değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. KKA, günümüzde halen en güvenilir tanılama yöntemlerinden birisi olarak bilinmektedir. Günümüzde KKA nedeni ile gelişen komplikasyon oranları azalmış ve hastanede yatış süresi kısalmıştır (Ahraz, 2018).

Çok kesitli bilgisayarlı tomografi koroner anjiyografi, pozitron emisyon tomografisi, manyetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tek foton emisyon tomografisi gibi yöntemler son dönemlerde kullanılmaktadır. Bu yöntemlerin avantajları ve dezavantajları mevcuttur. Manyetik rezonans görüntüleme; tarama zamanının uzun olması, değişken protokol ve geniş alan tarama eksikliği nedeni ile sınırlı olarak bilinmektedir. Pozitron emisyon tomografisi ve bilgisayarlı tek foton emisyon tomografisi, koroner plak kateterizasyonu ve koroner lümen hakkında sınırlı bilgi sağlamak ve anatomik detay bilgisini yetersiz vermektedir. Bu gibi sebepler, bu yöntemlerin kullanımının sınırlı olmasına neden olmaktadır (Sun, & diğ., 2011).

Kullanılabilen yöntemlerin bir diğeri de intravasküler ultrasondur. İnvasküler ultrason, koroner arterlerin görüntülenmesi ve koroner aterosklerotik plakların iyi şekilde değerlendirilmesine olanak vermektedir. Ancak, işlem sırasında komplikasyon riskinin fazla olması, zaman alması nedeni ile rutin olarak kullanılmamaktadır (Koplay & Erol, 2013).

KAH'nın tedavisi için birçok yöntem bulunmaktadır. Değiştirilebilir risk faktörleri açısından sigara içilmesinin sonlandırılması, kan basıncı ve lipit kontrolü bulunmaktadır. Sigara içmeyi bırakan bireyin, koroner olay yaşam riski bir veya iki yılda %50 azalma göstermektedir (Kasapoğlu & Enç, 2017). Farmakolojik tedavi olarak; anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri, antitrombositer ilaçlar, beta blokerler, hormon replasman tedavisi, kalsiyum kanal blokerleri, lipid düşürücü ilaçlar, nitratlar kullanılmaktadır (Durusoy, & diğ., 2010). Tanı yöntemlerinin ardından, yapılan farmakolojik tedavinin yanında en yaygın kullanılan yöntemlerden birisi KABG ameliyatıdır. Majör ve riskli olarak kabul edilen KABG ameliyatı, bireyi fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik yönden etkilemektedir (Demirkıran & Uzun, 2012).

Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı

KAH'nın tedavisinde yaşamın uzatılması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, bireyin komplikasyonlardan korunması ve semptomların azaltılması amacı ile bireylere KABG ameliyatı uygulanmaktadır. KABG, dünyada en çok uygulanan ameliyatlardan birisidir (Okgün Alcan, & diğ., 2017; Ovalı & Şahin, 2018).

KABG, ateroskleroz nedeni ile miyokarda yeterli kan gitmemesi sonucu, etkilenen bölgede bulunan damarlara greft (köprüleme) işlemi kullanılarak, kanlanmanın yani oksijenlenme ve beslenmenin sağlanmasıdır. Bu sayede iskemi nedeni ile gelişen semptomlar giderilmekte, MI veya ani ölüm gibi komplikasyonlar önlenmekte ve anginaya bağlı ağrı azaltılarak hastanın yaşam kalitesi yükseltilebilmektedir (Montrief, & diğ., 2018).

Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Endikasyonları

KABG ameliyatı uygulanma endikasyonları arasında;

(1) kararlı ve farmakolojik/medikal tedaviye yanıt vermeyen angina, (2) tanısal amaçlı peruktan koroner girişimlerin başarısızlıkla sonuçlanması, (3) üç ana koroner arterde tıkanıklık meydana gelmesi, (4) iki veya üç koroner arterde tıkanıklık olması ile beraber gelişen sol ventrikül fonksiyonlarında bozulma, (5) sol ana koroner arterde (LAD) %50'den fazla tıkanıklık meydana gelmesi, (6) ventrikül sistolik disfonksiyonun eşlik ettiği orta sol çoklu damarda %70'den fazla olan darlık, (7) proksimal LAD ile beraber herhangi bir koroner arterde darlık oluşması, (8) proksimal LAD tutulumu mevcut olsun veya olmasın üç damar hastalığının var olması, (9) bir tanesi LAD olacak şekilde, iki veya üç koroner arterin tıkanıklığıdır (Yavuz, 2019).

KABG Ameliyatı Uygulama Acil Endikasyonları

(1) Akut MI, peruktan girişim yapılamıyor veya başarısız olmuşsa, hastanın anatomisi KABG'e uygunsa ve ısrarcı iskemi/hemodinamik instabilite varlığı, (2) MI sonrası dönemde, mekanik komplikasyonlar nedeni ile ameliyata doğru giden akut MI hastası, (3) kardiyojenik şok, (4) iskemi nedenli ciddi ventriküler bir aritmi

gelişmişse, sol ana koroner arter veya üç damar tıkanıklığı, (5) ST elevasyonlu MI, tekrarlayan anjinaların var olması, MI'nün üzerinden en fazla 48 saat geçmesi, (6) 75 yaş ve üzeri hastalarda kardiyojenik şok ve beraberinde ST elevasyonlu MI ve sol dal bloğunun olması, (7) hemodinamisi stabil olan hastada ısrarcı şekilde anginaların var olması, (8) no-reflow durumunun olması (Lafçı, & diğ., 2014).

Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Komplikasyonları

KABG ameliyatının erken dönemde; akut MI, akut solunum yetmezliği, asidoz, ateş, böbrek yetmezliği, depresyon, hemoraji, HT, hipovolemi nedeniyle kalp debisinin düşmesi, huzursuzluk, intravasküler koagülasyon, kardiyak tamponad, konfüzyon, koroner kalp yetmezliği, pulmoner emboli, serebral emboli, sıvı-elektrolit dengesizlikleri, uyum sorunu, yara yerinde enfeksiyon, geç dönemde ise; emboli, endokardit, greft oklüzyonu, hepatit, pankreatit, yara yerinde enfeksiyon gibi komplikasyonlar meydana gelebilmektedir (Emre, 2019).

Bu komplikasyonların yanında; akciğerlerin yeterli perfüze olmaması ve bireysel özellikler sebebi ile atelektazi; entübasyon zamanının uzaması, atelektazi nedeniyle pnömoni; plevral kavitenin zarar görmesi ve invaziv işlemlerin hatalı yapılmasıyla pnömotoraks; kanama, pnömoni ve kötü etkilenen lenfatik drenaj sistemlerinden dolayı plevral effüzyon; koroner damarlarda yetersiz kanlanmadan ötürü MI; ateş, elektrolit dengesizlikleri, enfeksiyon, hipervolemi, hipoksi, ilaç toksikasyonu; iskemi, kateter irritasyonu, koroner spazm ve perikardiyal tamponad sebebiyle aritmi; kanama, drenlerde meydana gelen tıkanıklık ve pıhtılaşma bozukluklarından dolayı perikardiyal tamponad gelişebilmektedir. Aynı zamanda anjiyografi, kardiyopulmoner bypass, diüretikler, ilaç toksikasyonu ve ameliyat sonrası dönemde gelişen hipotansiyonla beraber gelişen renal fonksiyonlarda bozulma; kardiyopulmoner bypass, yetersiz kan basıncı nedeniyle gelişen serebral embolizasyon ve iskemik hipoperfüzyon nedeniyle nörolojik fonksiyonlarda bozulma; kardiyopulmoner bypass, entübasyon süresinde uzama, beslenmenin geç (24-48 saat) başlaması ve düşük kardiyak output nedeniyle gastrointestinal fonksiyonlarda bozulma; anestezi nedeni bağışıklığın baskılanması, insizyon yerlerinin bulunması, beslenmenin yetersiz olması, kan transfüzyonlarının fazla

olması ve hijyenin yetersiz olmasından dolayı enfeksiyon gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir (Ay, 2019).

Mavili vd (2016) KABG çalışmalarında ameliyatının ardından, hastalarda erken dönemde gelişen komplikasyonları araştırmışlardır. Hastaların %7,3'ünde kalp yetmezliği ve kardiyak output, %22,5'inde aritmi, %12,3'ünde solunum kaynaklı problemler, %21'inde renal fonksiyonlarda bozulma ve %1,3'ünde serebrovasküler olay gelişmiştir. Çalışma kapsamına alınan hastaların %41,5'inde en az bir komplikasyon ve %19'unda ise iki veya daha fazla komplikasyon gelişmiş olduğu belirlenmiştir (Mavili, & diğ., 2016).

KABG ameliyatından önce, sırasında veya ameliyattan sonraki dönemde uygun bakım ve eğitim büyük önem taşımaktadır. Özellikle ameliyat sonrası dönemde önemli konulardan bir tanesi hastanın taburculuğa hazırlanmasıdır. Bunun için, özellikle hemşirenin sorumluluğunda olan taburculuk eğitimi konusu ön plana çıkmaktadır (Demirkıran & Uzun, 2012).

Taburculuk Eğitimi

Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemlerin en önemli hedeflerinden biri hastayı taburculuğa hazırlamaktır. Bu hedefte en temel görev hemşireye aittir (Öz Alkan, 2016). Genel olarak hastanın primer hemşiresi, servis veya klinik sorumlu hemşiresi, hastanın irtibatta kalabileceği bir hemşire, klinik bakım koordinatörleri olarak adlandırılan 'süper' hemşireler, sosyal hizmet departmanında olan hemşireler, yataklı hasta servisinde görev alan hemşireler taburculuk planlaması ve eğitiminden sorumludurlar. Hemşirelerin taburculuk planlaması ve eğitim aşamalarında hastaların öz bakım gücünü yükseltmek, uyumunu kolaylaştırmak, komplikasyonları önlemek, baş etme gücünü artırmak gibi konularda bilgi vermesi büyük önem taşımaktadır (Çetinkaya & Duru Aşiret, 2017; Aydın & Gürsoy, 2019).

Taburculuk eğitimi; bireyin hastaneye yatması itibariyle başlayan, taburculuğun ardından bakımın etkili şekilde sürdürülmesini sağlamak amaçlı gerçekleşen süreçtir (Yalçın, & diğ., 2015). KABG ameliyatı uygulanacak olan hastanın ve ailesinin ameliyat öncesi, sırası, sonrasında ve evde bakıma yönelik bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Eğitim ile hasta kendi aktif bakımına aktif olarak

katılır, durumu ile ilgili güçsüzlük duygusundan kurtulur, sağlığını erken sürede kazanır, komplikasyonlar önlenir ve evde bakımın düzenli sürdürülmesi sağlanır (Sarıtaş, & diğ., 2018)

Taburculuk eğitimi, ameliyat olmuş hastaların iyileşme dönemlerinin evde de devam etmesini sağlamaktadır. Taburculuk eğitiminde önemli olan, sağlık ekibinin ne bildiği ve aktardığından çok, hastanın ne bilmek istediği, ihtiyacı olanlar ile ilgilidir. İyi planlanmış bir taburculuk eğitimi; hastanede yatış süresini kısaltır, hastanede ve evde verilen bakımın kalitesini artırır, hasta ve ailesinin memnuniyetini artırır, hastaların kendi sağlıklarıyla ilgili sorumluluk almalarını sağlayıp, bireyin normal hayatına daha hızlı dönmesine olanak sağlamaktadır (Güçlü & Kurşun, 2017).

Hemşireler; hastanede yatan hastalar ile diğer sağlık profesyonellerinden daha uzun süre vakit geçirmekte ve hastaları daha iyi tanımaktadır. Bu nedenle, bakım verdikleri süre boyunca hastanın ihtiyaçlarını rahatlıkla belirleyebilir ve bilgili almaya hazır olunuşluğu değerlendirebilir (Soyer, & diğ., 2018).

Taburculuk Eğitiminin Önemli Noktaları ve Standartları

Taburculuk eğitiminin etkili olabilmesi için bazı noktalara dikkat etmek gerekmektedir. Bunlar; (1) eğitim anlaşılır, sade ve basit olmalıdır, (2) eğitim sırasında hastanın soru sorulmasına izin verilmelidir, (3) eğitim sırasında ortam iyi aydınlatılmış ve ısısı normal olmalı, (4) hastanın konuya odaklanmasını sağlayacak kadar sessizlik sağlanmalı, (5) hastanın mahremiyetine dikkat edilmeli, (6) hastanın isteğine göre aile de eğitime dahil edilmelidir (Uysal, 2012; Türen & Efil, 2014).

Hasta eğitimi ve bakımın devamlılığı için sağlık kurum ve kuruluşlarının uyması gereken bazı eğitim standartları geliştirilmiştir. Bunlar; (1) hastalara ilaç kullanımı, tıbbi malzemelerin kullanımı, ilaç-besin etkileşimi ve beslenme hakkında bilgi verilmeli, (2) hasta bireylerde öz bakım düzeyinin artırılması hakkında bilgi verilmeli, (3) hastaların ihtiyaç duyacağı tedavi ve bakım gibi olanaklara nasıl ve ne zaman ulaşacağı hakkında bilgi verilmeli, (4) bakıma yönelik hasta ve yakınlarına bilgi verilmeli, (5) hijyen hakkında bilgi verilmeli, (6) hasta, yakınları ve birincil

bakım verecek bireye taburculuk eğitimi verilmeli, (7) eğitim için planlamalar yapılmalı ve organizasyon sağlanmalıdır (Meşe, 2018).

Tüm taburculuk süreci ve eğitimi boyunca dikkat edilmesi gereken eğitim standartları American Medical Association tarafından geliştirilmiştir. Bunlar; (1) eğitim hastanın bedensel, sosyal ve ruhsal gereksinimlerini karşılamalı, (2) taburculuk için ihtiyaç olabilecek konular multidisipliner bir ekip tarafından belirlenmeli, (3) taburculuğun öncesinde gereken tüm planlamalar yapılmalı, (4) taburculuğun öncesinde hastanın ihtiyaç duyabileceği bakım ihtiyaçları için gerekli düzenlemeler yapılmalı, (5) taburculuğun öncesinde hastaya, yakınlarına ve primer bakım vericiye taburculuk eğitimi verilmeli, (6) hasta ve yakınları için, kendilerini rahat ifade edecekleri ortam yaratılmalı, (7) hastanın tedavi ve bakımından sorumlu ekip ile hasta ve ailesi arasında etkili bir iletişim kurulmalıdır (Meşe, 2018).

Taburculuk Eğitiminin Yararları

Taburculuk eğitiminin hem hasta hem de sağlık kuruluşu için birçok yararı mevcuttur. Taburculuk eğitiminin hasta için yararları; (1) hastanede kalış süresi kısalır, (2) bakımın kalitesi artar, (3) memnuniyet artar, (4) birey öz bakım gereksinimlerini rahatlıkla karşılar, (5) hasta ve bakım vericiye bakımın nasıl olacağı ile ilgili bilgi ve beceri kazandırır, (6) taburculuğun ardından dahi bakımın sürekliliği sağlanır, (7) hasta ve yakınları hastalıkla ilgili karar verme sürecine dahil edilir, (8) tedaviye uyum artar, (9) erken veya geç dönemde oluşabilecek komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olunur, (10) hasta evde olası küçük sağlık sorunları ile rahat baş edebilir, (11) hastalığa yönelik hem hastanın hem de yakınlarının endişesi giderilir (Meşe, 2018).

Taburculuk eğitiminin sağlık kuruluşu açısından yararları da şunlardır; (1) hastaneye tekrar yapılan başvurular azalır, (2) hastanenin maliyeti azalır, (3) sağlık ekibi arasında iletişim artar, (4) sağlık çalışanları ve hasta arasında güvene dayalı bir ilişki oluşur, (5) hastanın memnuniyeti arttıkça kurumun tercih edilmesi de artar, (6) kurumun tercih edilmesinin artması ile de kalite artar (Asıgbulmuş, 2016; Meşe, 2018).

Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Sonrası Taburculuk Eğitimi

Kardiyovasküler hastalıklardan dolayı ameliyat uygulanan hastalara ve yakınlarına taburculuk eğitimi verilmesi son derece önemlidir (Tuna, 2019). Çünkü ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek komplikasyonları önlemek, hasta ve yakınlarının anksiyete ve korkularını gidermek gibi konularda taburculuk eğitimine gereksinim vardır. Özellikle günümüzde iyileşme dönemlerinin bir aşaması da evde gerçekleşmektedir. Bu nedenle sorunların önlenmesi, sağlık kuruluşlarına tekrar başvuruların önlenmesi ve maliyetin azaltılması gibi konularda etkin taburculuk eğitimi gereklidir (Meşe, 2018).

Literatürde taburculuk eğitiminin uygulanmış olduğu çalışmalar mevcuttur. Akbari (2014) KABG ameliyatı uygulanmış hastalara verilen taburculuk eğitimi ve danışmanlık hizmetinin yaşam kalitesi, taburculuk sonrası yaşanan sorunlara etkisini incelediği araştırmasında deney grubunun yaşadığı sorunlar kontrol grubuna göre daha az olarak tespit edilmiş, taburculuk eğitiminin ve danışmanlığın deney grubu üzerine pozitif etki ettiği belirlenmiştir (Akbari, 2014). Salık Asar (2015) total kalça protezi uygulanan hastalara ameliyat öncesi ve sonrası dönemde verilen taburculuk eğitiminin günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesine etkisinin incelendiği araştırmada, deney grubuna dahil olan hastaların yaşam kalitelerinin arttığı ve günlük yaşam aktivitelerinin ise olumlu yönde etkilendiği saptanmıştır (Salık Asar, 2015).

Avcı Işık (2017) ise KABG ameliyatı uygulanmış hastalara taburculuk eğitimi ve danışmanlık hizmeti vermiş, bu sayede de hastaların öz-etkililik, bakım davranışları ve yaşanan sorunlar üzerine etkisini incelemiştir. Araştırmanın sonucuna göre; deney grubuna dahil edilmiş olan hastaların kendi bakım davranışlarının istenen seviyeye çıktığı, yaşanan sorunların azaldığı ve öz-etkililik düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir (Avcı Işık, 2017). Yaman Aktaş vd (2020) KABG uygulanmış hastalara taburculuk eğitiminin anksiyete ve depresyona etkisini incelemiş ve eğitimin verilmiş olduğu hastalarda depresyonun azaldığı belirlenmiştir (Yaman Aktaş, & diğ.,2020).

KABG ameliyatı uygulanmış bireylere verilecek olan taburculuk eğitimi hastalık, sağlık sorunları, evde bakım gibi konuları içermelidir. Tüm içerik kısa, orta veya uzun vadeli dönem düşünülerek kapsamlı şekilde hazırlanmalıdır. Eğitim, sadece hasta değil, ailesi ve yakınları da ele alınarak düzenlenmelidir. Tüm bu

şekilde hazırlanan taburculuk eğitimi sayesinde hastalar ihtiyaç duydukları konularda eğitim almış olacak ve bu sayede memnuniyet artacaktır (Yalçın, & diğ., 2015).

Hastalık halinde iyileştirmek, hasta, ailesi ve tüm toplumun sağlığını korumak ve/veya geliştirmek, bireylerin sağlıklı yaşam davranışları kazandırmaya çalışmak hemşirenin eğitici rolü içerisinde gerçekleşmektedir. Hemşire bu rolünü kullanarak hasta, ailesi, toplum, meslektaş ve hemşirelik öğrencilerine bilgi aktarmaktadır. Özellikle KABG gibi büyük ve kompleks ameliyatların ardından taburcu olan hastaların ve ailesinin evde uymaları gereken bakım kuralları ve diğer konularda hemşire taburculuk eğitimi vermelidir. Hemşirenin verdiği taburculuk eğitimi sayesinde iyileşme hızlanır, hastaneye başvurular azalır, maliyet etkin bir yol izlenir, hasta ile hemşire arasında iletişim ve güven artar.

Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Sonrası Telefon ile Hasta Danışmanlığı

Günümüz sağlık uygulamaları teknolojiyi de içinde barındırmaktadır (Pazar, & diğ., 2015). Hemşire; hastaların bakımında fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla hastaya eğitim vermenin yanında telefon ile izlem ya da danışmanlık hizmeti de vererek onların yaşam kalitesini ve öz bakım güçlerini artırmaktadır (Tuna & Emre, 2020). Telefon ile danışmanlık hizmeti sayesinde hasta ve/veya yakınlarının endişesi de azalmakta, hastaneye gereksiz başvurular önlenmekte ve hastalarının bakım konusunda kontrolleri artmaktadır (Chen, & diğ., 2017).

Danışmanlık; modern ve özerklik düzeyi en yüksek hemşirelik rollerinden birisidir. Danışmanlık rolü ile beraber hemşire hasta ve yakınlarının farkındalığını artırır, hastalığın veya evde devam edecek olan bakımın gidişatı ve etkilerini öğretir, durumundan dolayı destek alabileceği kişi, kurum ve kuruluşları belirtir, evde bakım uygulamalarında yapılması ve yapılmaması gereken uygulamaları öğretir ve bunları tekrar ettirir (Taylan, & diğ.,2012).

KABG ameliyatlarının ardından hastalara verilecek telefon ile danışmanlık hizmeti içerisinde genellikle taburculuk eğitiminin içerdiği konu ve başlıklar bulunmaktadır. Bunlar arasında; ameliyat sonrası kullanılması gereken ilaçlar, günlük yaşamda dikkat edilmesi gerekenler, ağrı, egzersiz, yara bakımı, hijyen,

beslenme, kabızlık, uyku, günlük aktiviteler, gelişebilecek sorunlar, sigara/alkol kullanma durumu, stres/kaygıdan uzak durma, sağlık kurumuyla iletişim bulunmaktadır (Dığın, 2018).

Telefon ile Danışmanlık Hizmetinin Avantajları

Telefon ile danışmanlık hizmetinin yararları arasında; (1) hastaların ihtiyaç duyduğu bilgilerin tekrarlanması ile yaşam kaliteleri artar, (2) endişe azalır, (3) hastanelere gereksiz başvurular önlenir, (4) hastaların muayene ve kontrollerini aksatmamasını sağlar, (5) karşılaşılabilecek problemlerin önüne geçilebilir, (6) bakım davranışları olumlu yönde gelişir, (7) bilgi düzeyleri artar, (8) daha çok sorumluluk üstlenilir ve (9) sorunlar ile baş etme daha da kolaylaşır (Tuna & Emre, 2020).

Öz Bakım Yetersizliği Teorisi

Modern hemşirelik alanında ve uygulamalarında en sık kullanılan teorilerden biri olan, Dorothea Elizabeth Orem tarafından geliştirilen Öz Bakım Yetersizliği (Eksikliği) Teorisi ilk kez 1956 (bazı kaynaklarda 1959) yılında ‘Öz Bakım Teorisi’ olarak gelişmeye başlamış, 1971-2001 yılları arasında ‘Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Teorisi’ olarak son halini almıştır (Ünsal Avdal & Kızılcı, 2010; Bahar, 2011; Çelik & Yıldırım, 2016).

Orem’e göre öz bakım kavramı; kişinin yaşamını, sağlık ile iyilik halini koruması için kendisine düşen aktiviteleri gerçekleştirmesidir. Kişinin öz bakım becerisini gelişmesi iletişim, kültür, eğitim, etkileşim ve zamana bağlıdır. Kişiye düşen aktiviteler doğru zamanda başlamalı ve uygulanmalıdır (Özgür, & diğ., 2010; Bağ & Mollaoğlu, 2010; Sis Çelik & Aksoy Derya, 2019).

Öz bakım gücü ise bireyin sürekli olan bakım ihtiyaçlarını karşılamak için yaşamında düzenlemeler yapması ve geliştirmesi, öz bakım ile alakalı konularla ilgilenmesi, anlaması, kavraması, gözlem yapması, kullanması, karar vermesi ve verdiği kararı uygulama başarısıdır. Kısaca özetlenecek olursa öz bakım gücü, kişinin tüm etkinliklerini gerçekleştirme kabiliyetidir (Özgür, & diğ., 2010). Öz bakım gücü tam ve yerinde olan kişi kendi öz bakım ihtiyaçlarını yeterli ve uygun

düzyeyde karşılayabilir, kendi sağlığıının sorumluluğunu üstlenebilir ve kimseye bağı olmadan hayat aktivitelerini gerçekteştirebilir (Muz & Eğlence, 2013).

Teorinin oluşmasında Orem birçok önemli hemşirenin ve yazarın isminden söz etmektedir ancak herhangi temel bir faktör mevcut değildir. Hemşirelik mesleğine katkılarını çok önemli değerli bulan Orem'in sözünü ettiği kişiler arasında; Abdellah, Henderson, Johnson, King, Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Riehl, Rogers, Roy, Travelbee ve Widenbach bulunmaktadır ancak bunlarla sınırlı değildir (Karadağ, & diğ., 2017).

Orem'in teorisine temellendirilmiş ulusal ve uluslararası birçok çalışmaya literatürde rastlamak mümkündür. Menopoz sonrası kadınlar (Özgür, & diğ., 2010), hemodiyaliz uygulanan hastalar (Unsar, & diğ., 2007; Bağ & Mollaoğlu, 2010; Muz & Eğlence, 2013; Moghadam & Nasiri, 2014; Kurbun & Metin Akten, 2018), gebeler (Nicolli, & diğ., 2015; Sis Çelik & Aksoy Derya, 2019), inmeli hastalar (Durmaz Akyol, & diğ., 2003), vazovagal senkoku olan hastalar (Çelik & Yıldırım, 2016), hipertansiyon (Bahar, 2011), DM (Ünsal Avdal & Kızılcı, 2010; Yıldırım & Çevik, 2016), periton diyalizi (Aylaz & Erci, 2009), kırıklar (Yavaş Çelik, 2019), sağlıklı gençler (Nahcivan, 1993), KABG ameliyatı geçiren hastalar (Cebeci, 2004; Negarandeh, & diğ., 2012; Nart, 2013) gibi konularda Türkiye'de yapılmış çokça çalışmaya rastlamak mümkündür.

Öz Bakım ve Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı

Hemşirenin temel görevlerinden biri kişiyi hayatını devam ettirebilmesi için bilgi, istek ve gücü kazanması amaçlı yardım etmek, bireyin öz bakımını gerçekteştirmesini sağlamaktır. Bu nedenle KABG ameliyatlarında hem hastanın hem de ailenin işbirliği ve bakıma katılmaları büyük önem arz etmektedir. KABG ameliyatlarının ardından hemşirenin amacı; bireye kendi öz bakımını yapacak hale gelinceye kadar yardım etmek ve en kısa sürede kendi bakımını üstlenmesini, ihtiyaçlarını karşılayabilmesini ve kalp sağlığını koruyabilmesini sağlamaktır. Tüm bunların başarılabilmesi hem hasta hem de ailesine verilebilecek eğitim ve danışmanlık hizmetine bağıdır (Cebeci, 2004; Nart, 2013).

Orem'in teorisi hemşireler tarafından hasta eğitimi ve danışmanlık konularında en çok kullanılan yöntemlerden olduğu belirtilmektedir. Kişiye verilecek olan eğitim; sağlıklı davranış ve alışkanlıklar kazandıracak, kişinin kendi sağlığı ile ilgili daha fazla sorumluluk almasını sağlayacak ve böylelikle öz bakımını artıracaktır (Cebeci, 2004).

Nart (2013) çalışmasında açık kalp ameliyatının ardından mobilize olmuş hastalarda öz bakım gücü değerlendirilmiştir. Bu çalışmaya göre; hastaların öz bakım güçlerinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmaya göre; yaş arttıkça öz bakım gücünün arttığı, evli olan kişilerde öz bakım gücünün daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Nart, 2013).

Cebeci (2004) çalışmasında KABG ameliyatı geçirmiş hastalara taburculuk eğitimi ve danışmanlık hizmetinin öz bakım gücüne, anksiyete ve depresyon durumuna etkisi incelenmiştir. Çalışmaya göre; girişim grubunun öz bakım gücü, kontrol grubundan daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Kontrol grubunda olan hastaların taburculuğun ardından daha çok sorun yaşadığı belirlenmiştir (Cebeci, 2004).

Orem'in teorisi bireyselliğe odaklı olması, hastanın ihtiyaçlarını, sınırlılıklarını, sağlık algılamasını, kapasitesini ve bakım davranışlarını değerlendirmesi için sistematik bir hemşirelik rehberi sağlamasından dolayı hasta eğitimi ve danışmanlığında kullanılmaktadır. KABG ameliyatlarının ardından kişilerin öz bakımlarını eğitim ve danışmanlık yolu ile artırmak, yaşadığı güçlükleri azaltmak ve yok etmek, eksik veya yanlış olanı tamamlamak veya düzeltmek, var olan olumlu davranış ve uygulamaları geliştirmek ve pekiştirmek büyük önem arz etmektedir (Cebeci, 2004; Nart, 2013).

Orem'in teorisi hastaların evlerinde öz bakım güçlerinin artırılması, bakıma katılımlarının sağlanması, yanlış olan sağlık bakım davranışlarının düzeltilmesi bakımından önem taşımaktadır. Teorinin bireyselliğe odaklanması sayesinde, hastanın değerlendirilmesi aşamasında hemşireye rehberlik etmektedir. Bu rehberlik kolaylığı sayesinde hastaya sağlıklı davranışlar kazandırılması daha kolay olabilmektedir (Cebeci, 2004).

Roy Adaptasyon (Uyum) Modeli

Adaptasyon (Uyum) Modeli, Callista Roy tarafından ‘karşılıklı etkileşime’ dayalı dünya görüşüne dayanarak 1964-1966 yılları arasında geliştirilmiştir ve ‘uyum’ kavramında yoğunlaşmıştır. Hemşirelik alanında araştırma, uygulama, eğitim ve yönetim gibi alanlarda çok geliştirilen, sürekli olarak test edilen modellerden biri olarak bilinmektedir. Modele göre uyum; iç ve dış çevrede bulunan değişikliklere kişinin veya grupların olumlu cevap vermesidir (Çatal & Dicle, 2011; Karayurt, & diğ., 2014; Çatal, 2015).

Uyum modeli, 1970 yılı itibari ile uygulanmaya başlamış, 1986 yılında da hemşirelik alanındaki uygulamalara rehber oluşturacak şekilde yeniden kavramsallaştırılmıştır (Kacaroglu Vicdan & Gülseven Karabacak, 2014). Uyum modeli’nin geliştirilmesinde Roy birçok teori ve modelden yararlanmıştır. Bunlar; Dorothy Johnson’ın Davranışsal Sistem Modeli, Bertalanffy’nin Genel Sistem Teorisi, Helson’ın Adaptasyon Düzeyi Teorisi, Selye’nin Genel Adaptasyon Teorisi, Folkman ve Lazarus’un Etkileşimsel Stres ve Baş Etme Modelidir (Karadağ, & diğ., 2017).

Roy, hemşirelik alanında çalışan kişilerin, toplumun sağlık ihtiyaçlarına ve iyi oluşuna katkıda bulunmak amacıyla özelleşmiş olan bilgilerini kullanmaları gerektiğini belirtmektedir. Modele göre hemşireliğin amacı; uyumu yükseltmek ve yaşam süresini uzatmaktır. Ona göre hemşirelik hümanistik ve bilimsel bir meslek dalıdır (Erol Ursavaş, & diğ., 2014).

Modelin kullanıldığı çalışmalara literatürde rastlamak mümkündür. Model kullanılarak; primer beyin tümörü (Baksi Şimşek & Sarıkaya, 2015), MI (Turan Kavradım & Canlı Özer, 2016), bariatrik cerrahi (Yılmaz & Yılmaz, 2019), romatoid artrit (Özkaraman, & diğ., 2012), meme kanseri (Erol Ursavaş, & diğ., 2014), karaciğer transplantasyonu (Karayurt, & diğ., 2014), KABG (Çatal & Dicle, 2011; Çatal, 2015) alanlarında çalışmalar literatürde mevcuttur.

Baş Etme, Uyum ve Koroner Arter Bypass Graft Ameliyatı

KABG ameliyatları ardından iyileşme dönemi stresli, anksiyeteye neden olan bir durumdur ve bu durum uygun baş etme yöntemleri ile yönetilebilmektedir. Baş

etme ve uyum kavramları ameliyat sonrası dönemde stres, stresör ve bu konuların yönetimi gibi kavramların anlaşılmasını gerektirmektedir. Stres; kişi için zorlayıcıdır ve stres yanıtı kişiyi değiştirebilir, uyuma sokabilir. Değişik stresörlerle karşı karşıya kalan kişiler, stresin düzeyine göre stres yanıtı oluşturmaktadırlar. Stresörlerle karşı karşıya kalan kişi değişime uğramakta ve değişen duruma uyum sağlamaktadır. Kişi, baş etme mekanizmaları sayesinde stresör(ler)in neden olacağı etkilerden kendini korumaya çalışmaktadır. Bu durumda baş etme şu şekilde tanımlanabilmektedir: kişinin kendisi için strese neden olan ve stresi oluşturan uyarana direnç göstermesi, bu duruma dayanması için gösterdiği tepkilerdir (davranışsal, bilişsel ve duygusal). Uyum modeli; temel araştırmalarda kullanılmasının yanı sıra uyum sürecini içeren çalışmalarda da kullanılabilmektedir (Çatal, 2015).

BÖLÜM III

Yöntem

Araştırmanın Tasarımı

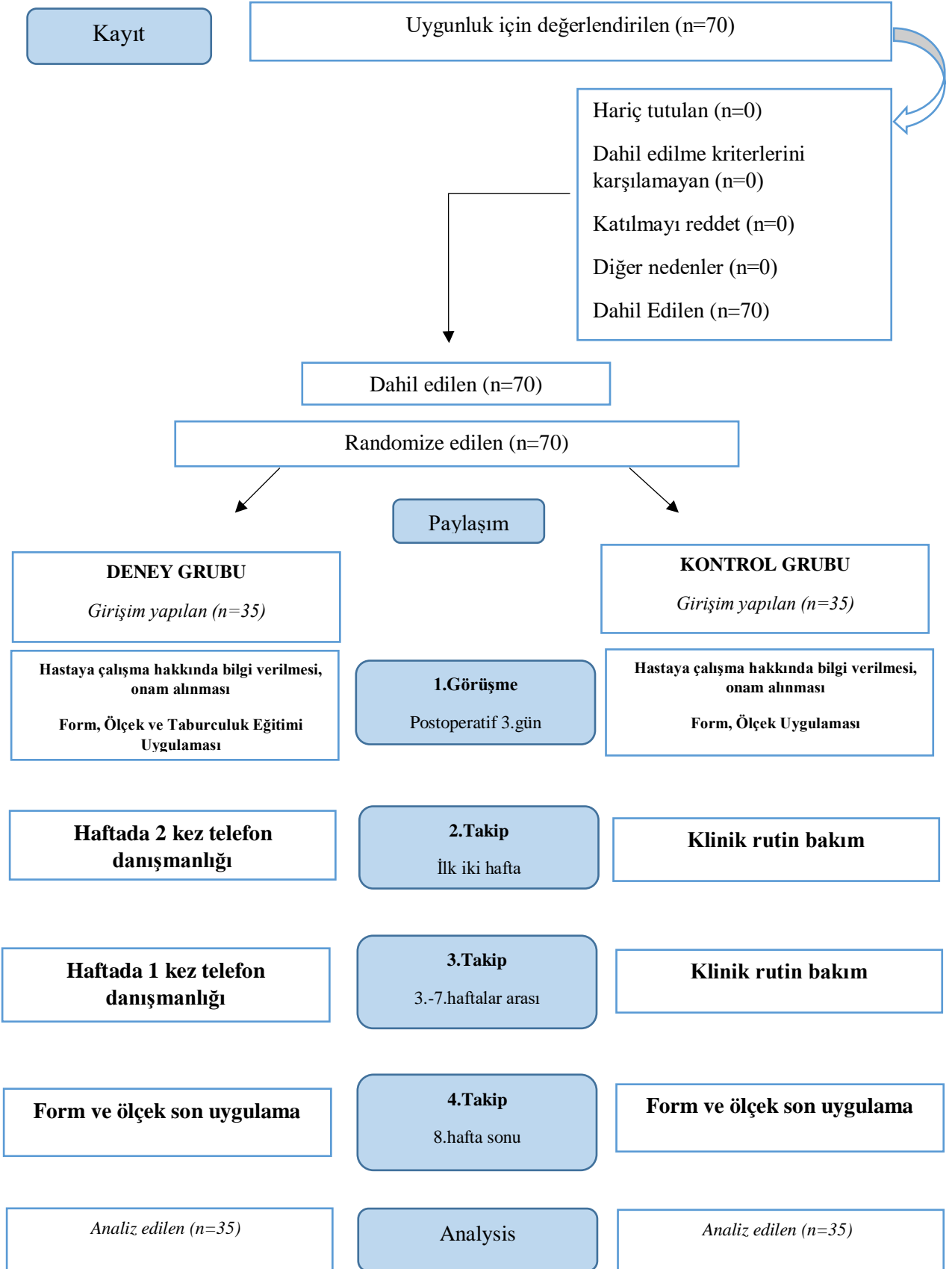
Bu çalışma, KABG ameliyatı uygulanan hastalara verilen taburculuk eğitimi ve telefon ile hasta danışmanlığının öz bakım gücü, baş etme ve uyum sürecine etkisini belirlemek amacıyla, Eylül 2020 – Mayıs 2021 tarihleri arasında randomize kontrollü, ön-son test, kontrol gruplu olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Lefkoşa, Doktor Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Servisi'nde yatan, KABG ameliyatı uygulanmış hastalar oluşturmuştur. Çalışmalarda gücün en az %80 olmasından yola çıkarak, örneklem büyüklüğü hesaplanması aşamasında istatistik alanında uzman bir öğretim üyesinden yardım alınarak ve G*power analizi programı kullanılarak hesaplama yapılmıştır. Buna göre; %80 güç, %5 hata payı ile 35 deney, 35 kontrol, toplamda 70 hastanın olması gerektiği tespit edilmiştir. Veri toplama sürecinde herhangi bir kayıp yaşanmamıştır (Tablo 1).

Randomizasyon

Araştırmada blok randomizasyon uygulanarak grupların dağılımı sağlanmıştır. Randomizer.org sitesi ile randomizasyon işlemi uygulanmıştır. Buna göre; öncelikli olarak kombinasyonlar oluşturulmuştur. Katılımcı sayısı (70) kombinasyon sayısına bölündü ve kombinasyonlar, gruba göre sıralandılar (toplam 18 grup). Gruplarda yer alan A ve B ise kura yöntemi ile deney (B) ve kontrol (A) olarak belirlenmiştir.

Tablo 1.*Araştırmanın CONSORT şeması*

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- KABG ameliyatı uygulanmış olmak,
- Türkçe konuşup, okuyup, yazabilmek,
- Görsel, işitsel, bedensel ve zihinsel engele sahip olmamak,
- 18 yaşından büyük olmak.
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek

Veri Toplama Formları

Hastalara Ait Tanıtıcı ve Tıbbi Özellikler Formu

Toplam 44 soru içeren form iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; hastalara ait sosyo-demografik özelliklere (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma statüsü, sigara-alkol kullanma durumu, sosyal güvence varlığı, gelir durumu, bakımından sorumlu kişiler, yardıma/bakıma ihtiyaç durumu) ait 20 soru yer alırken, ikinci bölümde hastanın tıbbi durumu/KABG ameliyatına yönelik olarak (kronik hastalık varlığı, kalp krizi geçirme durumu, ameliyatın gerçekleşme şekli, değişen damar sayısı, eğitim alma durumu, bilgi kaynakları, bilgilerin yeterli olma durumu, endişe durumu, devam eden veya biten sorunlar, bilmek istediği tıbbi konular) 24 soru bulunmaktaydı (Cebeci, 2004; Çatal, 2015) (Ek 2).

Öz Bakım Gücü Ölçeği

Ölçek, Kearney ve Fleicher tarafından 1979 yılında geliştirilmiş, 43 maddelik İngilizce bir formdur. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği, 1993 yılında Nahcivan tarafından yapılmış ve form 35 maddeye indirilmiştir. Ölçek, bireylerin kendilerine bakım verebilme kabiliyetlerini ve öz bakım güçlerini belirleyebilmek amacıyla, beşli likert tiptedir. Ölçek, 0'dan 4'e kadar puanlanan ifadelerden oluşmaktadır. Her bir ifadeye yer alan 'beni hiç tanımlamıyor' (0), 'beni pek tanımlamıyor' (1), 'fikrim yok' (2), 'beni biraz tanımlıyor' (3) ve 'beni çok tanımlıyor' (4) puanlamalarından oluşmaktadır. Ölçekte yer alan 8 ifade (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26 ve 31) negatif değerlendirilmekte ve puanlama ters döndürülmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 35, en yüksek puan ise 140'tır. Ölçeğin uygulanmasından sonra elde

edilen sonuçlara göre; 24-64 puan 'kötü', 65-100 puan 'orta', 101-112 puan 'iyi' ve 113-140 puan 'çok iyi' öz bakım gücünü ifade etmektedir. Sınır kesme değeri (cut-off value) yoktur. Öz bakım konusunda en çok kullanılan ölçek olma özelliği taşıması ve 8-10 dakika gibi kısa sürede uygulanabilmesi, anlaşılır olması avantajlarından sayılmaktadır. Ölçeğin cronbach-alfa değeri ,92'dir (Nahcivan, 2004) (Ek 3).

Baş Etme ve Uyum Süreci Ölçeği

Ölçek, Callista Roy tarafından 2004 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirliği Çatal tarafından 2015 yılında yapılmıştır. Ölçeğin teorik temelinde Roy Uyum Modeli ve bilişsel sürecine ilişkin kavramlar yer almaktadır. Ölçek; çözüm bulma ve odaklanma, fiziksel ve karara bağlama, dikkat süreci, sistematize etme süreci, öğrenme ve ilişki kurma gibi alt boyutlardan oluşmaktadır. Alt boyutlarda yer alan madde sayıları ise; 'çözüm bulma ve odaklanma' 10 madde, 'fiziksel ve karara bağlama' 14 madde, 'dikkat süreci' 9 madde, 'sistematize etme süreci' 6 madde ve 'öğrenme ve ilişki kurma' 8 madde şeklindedir. Ölçek; likert tipinde hazırlanmıştır. Bunlar; 'hiçbir zaman', 'nadiren', 'bazen' ve 'her zaman'dır. 'Hiçbir zaman' 1, 'nadiren' 2, 'bazen' 3 ve 'her zaman' 4 puan ile hesaplanmaktadır. Toplamda 47 maddeden oluşan ölçekten en az 47 en fazla 188 puan alınabilmektedir. Ters skorlanan puanlar; Toplanan maddeler, her bir alt ölçeğin sayısal yanıtlarının toplanması ile elde edilmektedir. Fiziksel ve karara bağlama alt boyutunun maddeleri ters çevrilerek yeniden puanlanmakta ve hesaplanmaktadır. Ters skorlanan maddeler; 5, 8, 13, 15, 20, 23, 24, 29, 33, 35, 39, 43, 45 ve 47'dir. Ters skora 1=4, 2=3 veya 3=2, 4=1 şeklinde yapılmaktadır. Ölçeğin cronbach alfa değeri ,94'tür (Çatal & Dicle, 2012) (Ek 4).

Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Uygulanan Hastaların Taburculuk Eğitimi Rehberi

Rehber, araştırmacı tarafından literatür incelenerek hazırlanmıştır (Cebeci, 2004; Özcan, 2008; Dığın, 2018; Ahraz, 2018) (Ek 1). Rehberde yer alan bilgiler şu şekildedir:

- Koroner arter bypass greft ameliyatı nedir?
- Ameliyat için hangi damarlar kullanılır?
- Koroner arter bypass greft ameliyatının çeşitleri nelerdir?
- Koroner arter bypass greft ameliyatı hangi durumlarda uygulanır?
- Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası kullanmam gereken ilaçlar nelerdir?
- Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası günlük yaşamda nelere dikkat etmeliyim?
- Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası ağrılarımı nasıl giderebilirim?
- Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrasında egzersiz yapabilir miyim?
- Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası yara bakımı nasıl olmalıdır?
- Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası beslenmemde nelere dikkat etmeliyim?
- Kabızlığı nasıl önleyebilirim?
- Koroner arter bypass greft ameliyatından sonra ne zaman banyo yapabilirim?
- Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrasında kaliteli bir uyku için öneriler nelerdir?
- Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası bir sorun geliştiğini ve hastaneye gitmem gerektiğini gösteren belirtiler nelerdir?
- Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası günlük aktivitelere ne zaman dönebilirim?
- Koroner arter bypass greft ameliyatı olduktan sonra sigara ve alkol kullanabilir miyim?
- Stres ve kaygıdan nasıl uzak durabilirim?
- Taburculuk sonrası hangi sıklıkta kontrole gitmeliyim?
- Taburculuk sonrası sağlık kurumu ile nasıl iletişim kurabilirim?

Telefon Danışmanlığı Hasta İzlem Formu

Form, deney grubuna alınan hastaların haftalık izlenmesi amaçlı kullanılmıştır. Eğitim formunda yer alan konu başlıklarına göre ve/veya diğer sorunlara yönelik başlıklar oluşturulmuş ve hastaların belirttiği sorunlara yönelik her hafta işaretlemeler yapılmıştır. Her hastanın bir sonraki telefon danışmanlığı zamanına kadar devam eden veya sonlanan sorunları formda belirtilmiştir. Formda yer alan genel sorunlar; ilaçlar, ağrı, egzersiz, yara bakımı, ödem, varis çorabı, korse, beslenme, kabızlık, banyo, uyku, acil durumlar, işe geri dönüş, cinsel yaşam, seyahat, ziyaretçiler, merdiven çıkma, alkol/sigara kullanma, stres/kaygı durumu, kontroller ve diğer konulardır (Ek 5)..

Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulama kısmı Lefkoşa Doktor Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Kardiyovasküler Cerrahi Servisi'nde yürütülmüştür. Blok randomizasyona göre belirlenmiş kombinasyonlar neticesinde kapalı zarf uygulamasına gidilmiş ve bu sayede girişim yapılacağı gün hastaların deney veya kontrol grubuna alınması sağlanmıştır.

Deney ve kontrol gruplarında ilk görüşmede hastalar ile tanışılmış ve araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hastalara ilk olarak (her iki grup dahil) Hastalara Ait Tanıtıcı Özellikler Formu, Öz Bakım ile Baş Eetme ve Uyum Süreci ölçekleri uygulanmıştır. Bunun ardından, deney grubuna dahil olan hastalara araştırmacı ile baş başa kaldığı, sessiz, hastanın rahat edebileceği ayrı bir ortamda taburculuk eğitimi verilmiştir. Taburculuk eğitimi, araştırmacı tarafından literatüre bağlı kalınarak geliştirilen 'Koroner Arter Bypass Graft Ameliyatı Uygulanan Hastaların Taburculuk Eğitimi Rehberi' ile verilmiştir. Eğitimin ortalama süresi 25-30 dakika arasında değişmiştir. Eğitim süresince hastaların konuyu daha iyi anlaması amaçlı soru sormasına izin verilmiş ve bu sorular araştırmacı tarafından yanıtlanmıştır. Eğitimin ardından deney grubunda bulunan hastalara taburculuk eğitimi rehberinin bir kopyası verilmiştir.

Birinci ve ikinci hafta, deney grubuna dahil edilmiş olan hastalar, evlerine taburculuğu takiben ilk iki hafta haftada iki kez telefon ile aranmış ve danışmanlık hizmeti verilmiştir. Telefon ile danışmanlık hizmeti verilirken hastaların yaşadığı

sorunlar, bu sorunlara yönelik öneriler ‘Telefon Danışmanlığı Hasta İzlem Formu’na kaydedilmiştir. İlk iki hafta kontrol grubuna herhangi bir girişim yapılmamıştır.

Üçüncü ve sekizinci haftalar arasında deney grubunda olan hastalar haftada bir kez olacak şekilde telefon ile aranmış ve danışmanlık hizmeti verilmiştir. Bu haftalarda da hastaların yaşadığı sorunlar ve bu sorunlara yönelik öneriler ‘Telefon Danışmanlığı Hasta İzlem Formu’na kaydedilmiştir. Belirtilen haftalar içerisinde kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmamıştır.

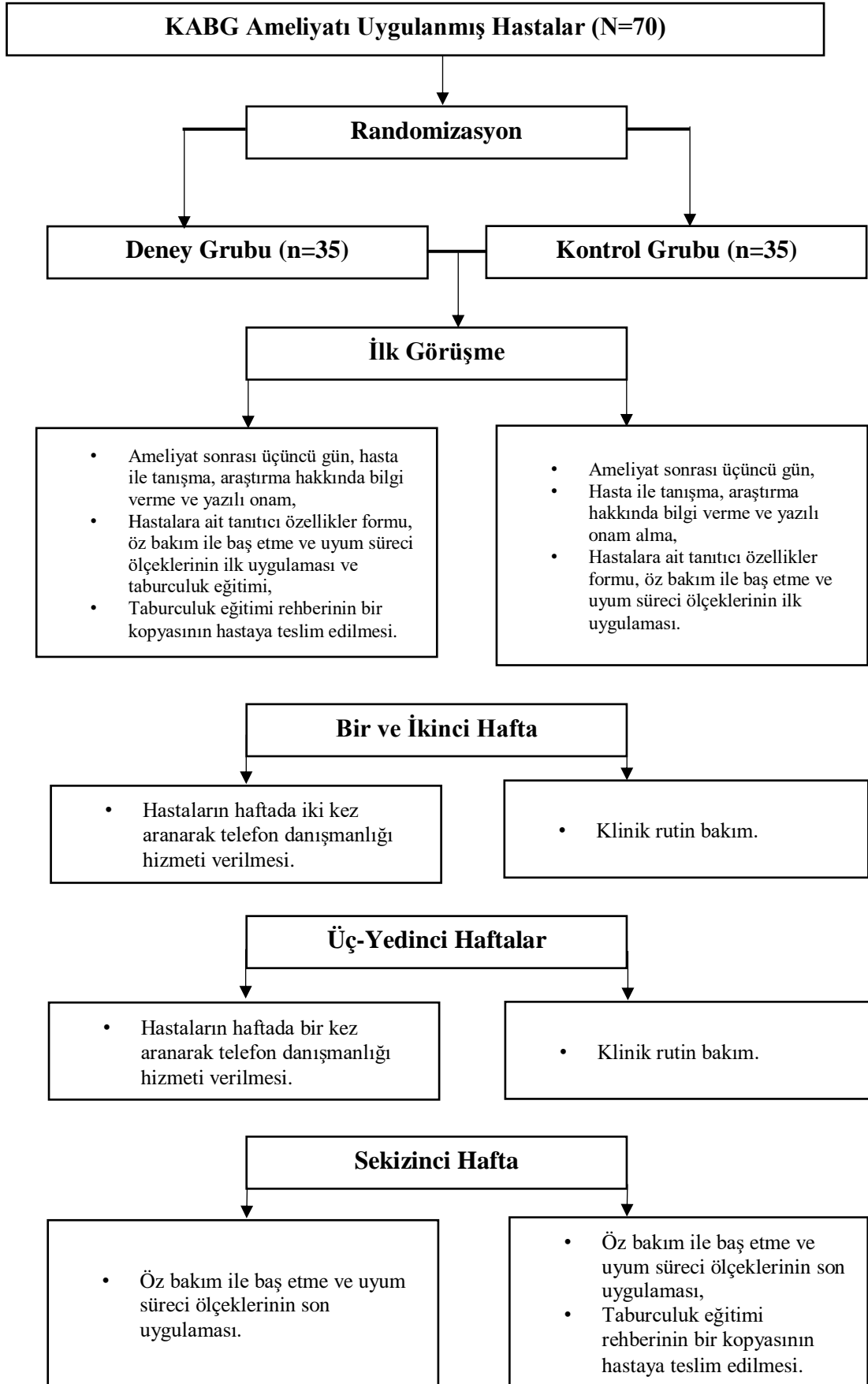
Sekizinci hafta (2.ay) sonu, iki ayın sonunda deney ve kontrol grupları ile hastanede yüz yüze görüşülmüştür. Bu görüşmede Öz Bakım ile Baş Etme ve Uyum Süreci ölçekleri son defa uygulanmıştır. Bunun ardından kontrol grubunda olan hastalara taburculuk eğitim rehberinin bir kopyası verilmiştir.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analiz için Statistical Package for Social Sciences 18.0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerin analizi için yüzde ve frekanslar belirlenmiştir. Araştırma verilerinin normal dağılıma uygun olup olmadığının değerlendirilmesi için Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen iki değişkenli veriler için Mann-Whitney U, üç veya daha fazla değişkene sahip veriler için Kruskal Wallis-H testi uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren iki değişkenli veriler için Independent Samples T-Test uygulanmıştır. Veriler %95’lik güven aralığında ve $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın gerçekleştirilmesi için; Lefkoşa Doktor Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi etik kurulundan (YTK.1.01 (EK015/20)), araştırmaya kabul edilmiş hastalardan (yazılı), araştırma kapsamında kullanılan ölçeklerin geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olan araştırmacılardan gerekli izinler alınmıştır.

Tablo 2.*Araştırmanın Uygulama Şeması*

BÖLÜM IV

Bulgular ve Yorumlar

Tablo 3.

Hastaların tanıtıcı özellikleri (1) (N=70)

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		p
	N	%	n	%	
Yaş					
40-49	-	-	2	5,7	0,800
50-59	10	28,6	10	28,6	
60-69	13	37,1	10	28,6	
70-79	9	25,7	8	22,9	
80 ve üzeri	3	8,6	5	14,3	
Cinsiyet					
Kadın	11	31,4	14	40,0	0,183
Erkek	24	68,6	21	60,0	
Yaşanılan İlçe					
Lefkoşa	15	34,3	14	40,0	0,461
Girne	5	14,3	6	17,1	
Gazimağusa	7	20,0	6	17,1	
Güzelyurt	8	22,9	5	14,3	
İskele	3	8,6	4	11,4	
Medeni Durum					
Evli	30	85,7	32	91,4	0,160
Bekâr	5	14,3	3	8,6	
Çocuk Sayısı					
Yok	0	0	1	2,9	0,413
Bir	2	5,7	4	11,4	
İki	18	51,4	14	40,0	
Üç ve üzeri	15	42,9	16	45,7	
Eğitim Durumu					
Okur-Yazar	6	17,1	4	11,4	0,292
İlkokul Mezunu	3	8,6	3	8,6	
Lise Mezunu	21	60,0	23	65,7	
Üniversite mezunu	5	14,3	5	14,3	
Toplam	35	100,0	35	100,0	

n: Sayı, %:Yüzde, *p<0,05

Tablo 3'te hastaların tanıtıcı özelliklerinin ilk bölümü yer almaktadır. Deney grubunda yer alan hastaların çoğunluğu 60-69 yaş aralığında (%37,1), erkektir (%68,6). Hastaların birçoğunun Lefkoşa ilçesinde yaşadığı (%34,3), evli olduğu (%85,7), iki çocuğunun olduğu (%51,4) ve lise düzeyinde eğitim seviyesine sahip olduğu (%60) belirlenmiştir.

Kontrol grubunda yer alan hastaların çoğunluğu 50-59, 60-69 (her ikisi %28,6) yaş aralığında, erkektir (%60). Hastaların birçoğunun Lefkoşa ilçesinde yaşadığı (%40), evli olduğu (%91,4), üç ve üzeri çocuğunun olduğu (%45,7) ve lise düzeyinde eğitim seviyesine sahip olduğu (%65,7) tespit edilmiştir.

Tablo 4.*Hastaların tanıtıcı özellikleri (2) (N=70)*

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		p
	n	%	n	%	
Çalışma Durumu					
Çalışmıyor	0	0	2	5,7	0,638
İşçi	8	22,9	4	11,4	
Memur	2	5,7	2	5,7	
Ev hanımı	9	25,7	10	28,6	
Emekli	16	45,7	17	48,6	
Sigara Kullanma Durumu					
Kullanıyor	0	0	2	5,7	0,661
Kullanmıyor	20	57,1	15	42,9	
Bıraktı	15	42,9	18	51,4	
Alkol Kullanma Durumu					
Kullanıyor	10	28,6	12	34,3	0,324
Kullanmıyor	20	57,1	17	48,6	
Bıraktı	5	14,3	6	17,1	
Gelir-Gider Durumu					
Gelir, giderden az	0	0	1	2,9	0,571
Gelir, gidere denk	33	94,3	30	85,7	
Gelir, giderden fazla	2	5,7	4	11,4	
Evde Bakım Verecek Birey					
Eş	18	51,4	18	51,4	0,201
Çocuk	9	25,7	6	17,1	
Aile Üyesi	2	5,7	3	8,6	
Bakıcı	6	17,1	8	22,9	
Evde Bakıma İhtiyaç Düşüncesi					
Var	32	91,4	30	85,7	0,324
Yok	3	8,6	5	14,3	
Toplam	35	100,0	35	100,0	

n: Sayı, %:Yüzde, *p<0,05

Tablo 4'te hastaların tanıtıcı özelliklerinin ikinci bölümü yer almaktadır. Deney grubunda yer alan hastaların çoğunluğunun emekli (%45,7) olduğu, sigara ya da alkol kullanmadığı (her ikisi %57,1), gelir-gider durumlarının denk olduğu (%94,3), evde eşin bakım vereceği (%51,4) ve evde bakıma ihtiyacının olduğunu düşündüğü (%91,4) saptanmıştır.

Kontrol grubunda yer alan hastaların çoğunluğunun emekli (%48,6) olduğu, sigara ya da alkol kullanmadığı (sırasıyla %42,9, %48,6), gelir-gider durumlarının denk olduğu (%85,7), evde eşin bakım vereceği (%51,4) ve evde bakıma ihtiyacının olduğunu düşündüğü (%85,7) belirlenmiştir.

Tablo 5.*Hastaların tıbbi özellikleri (1) (N=70)*

Tıbbi Özellikler	Deney Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		p
	n	%	n	%	
Kronik Hastalık Varlığı					
Evet	22	62,9	26	74,3	0,044*
Hayır	13	37,1	9	9	
Kronik Hastalık					
DM	3	8,6	4	11,4	0,059
HT	10	28,6	11	31,4	
DM + HT	6	17,1	8	22,9	
Yok	13	37,1	9	25,7	
Diğer	3	8,6	3	8,6	
Kalp Krizi Geçirme Durumu					
Evet	8	22,9	5	14,3	0,083
Hayır	27	77,1	30	85,7	
KABG Nedeni					
Kalp Krizi	8	22,9	6	17,1	0,057
Göğüs Ağrısı	3	8,6	1	2,9	
Anjiyo Sonucu	24	68,6	28	80,0	
Ameliyat Durumu					
Acil	5	14,3	7	20,0	0,160
Planlı	30	85,7	28	80,0	
Greftlenen Damar Sayısı					
Bir	5	14,3	7	20,0	0,786
İki	13	37,1	10	28,6	
Üç	12	34,3	11	31,4	
Üçten Fazla	5	14,3	7	20,0	
Toplam	35	100,0	35	100,0	

n: Sayı, %:Yüzde, *p<0,05

Tablo 5'te hastalara ait tıbbi özelliklerin ilk bölümü gösterilmektedir. Deney grubunda yer alan hastaların çoğunluğunun kronik hastalığının mevcut olduğu (%62,9), bu kronik hastalığın çoğu hastada hipertansiyon (%28,6) olduğu belirlenmiştir. Hastaların çoğu kalp krizi geçirmemiş (%77,1), anjiyo sonucuna göre karar verilmiş (%68,6), ameliyatı planlı gerçekleşmiş (%85,7) ve iki damarı greftlenmiştir (%37,1).

Kontrol grubunda yer alan hastaların çoğunluğunun kronik hastalığının mevcut olduğu (%74,3), bu kronik hastalığın çoğu hastada Hipertansiyon (%31,4) olduğu tespit edilmiştir. Hastaların çoğu kalp krizi geçirmemiş (%85,7), anjiyo sonucuna göre karar verilmiş (%80), ameliyatı planlı gerçekleşmiş (%80) ve üç damarı greftlenmiştir (%31,4).

Tablo 6.*Hastaların tıbbi özellikleri (2) (N=70)*

Tıbbi Özellikler	Deney Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		p
	n	%	n	%	
Ameliyat Hakkında Eğitim Alma Durumu					
Evet	21	60,0	25	71,4	0,044*
Hayır	14	40,0	10	28,6	
Ameliyat Hakkında Bilgi Kaynakları					
Hekim	32	91,4	27	77,1	0,033*
Hemşire	3	8,6	6	17,1	
İnternet	0	0	2	5,7	
Bilgi Yeterlilik Durumu (hastanın ifadesi ile)					
Yeterli	29	82,9	32	91,4	0,083
Yetersiz	6	17,1	3	8,6	
Evde Yaşanacaklar Hakkında Endişe Durumu					
Evet	20	57,1	24	68,6	0,044*
Hayır	15	42,9	11	31,4	
Sorunlarla Baş Etme Yöntemi/Paylaşma					
Aile ile	25	71,4	20	57,1	0,039*
Arkadaşlarla	2	5,7	4	11,4	
Kendi kendine	0	0	1	2,9	
Sağlık çalışanlarıyla	8	22,9	10	28,6	
Toplam	35	100,0	35	100,0	

n: Sayı, %:Yüzde, *p<0,05

Tablo 6’da hastalara ait tıbbi özelliklerin ikinci kısmı verilmektedir. Deney grubunda yer alan hastaların çoğunluğu ameliyat hakkında eğitim almış (%60), hekimden bilgi almış (%91,4), bilgilerin yeterli olduğunu (%82,9) belirtmiştir. Hastaların %57,1’i evde yaşanabilecekler hakkında endişe duymakta ve sorunlarıyla aileleri ile paylaşarak baş etmektedirler (%71,4).

Kontrol grubunda yer alan hastaların çoğunluğu ameliyat hakkında eğitim almış (%71,4), hekimden bilgi almış (%77,1), bilgilerin yeterli olduğunu (%91,4) belirtmiştir. Hastaların %68,6’sı evde yaşanabilecekler hakkında endişe duymakta ve sorunlarıyla aileleri ile paylaşarak baş etmektedirler (%57,1).

Tablo 7.

Baş etme ve uyum süreci ile öz bakım gücü ölçekleri puan dağılımı (N=70)

		Deney Grubu (n=35) Ort.±SS	Kontrol Grubu (n=35) Ort.±SS	p	t test
Baş Etme ve Uyum Süreci Ölçeği	Eğitim ve Danışmanlık Öncesi	119,82±9,76	118,88±9,15	0,010*	2,731
	Eğitim ve Danışmanlık Sonrası	133,42±6,35	126,74±7,06	0,001*	7,106
P		0,001*	0,001*		
t test		-10,836	-6,721		
Öz Bakım Gücü Ölçeği	Eğitim ve Danışmanlık Öncesi	84,08±14,76	81,17±12,37	0,019*	2,467
	Eğitim ve Danışmanlık Sonrası	98,02±13,70	90,31±12,39	0,001*	7,542
P		0,001*	0,001*		
t test		-17,357	-8,963		

*n: Sayı, *p<0,05, Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma*

Hastalara verilmiş olan taburculuk eğitimi ve telefon ile hasta danışmanlığı hizmetleri öncesi ve sonrasında; baş etme ve uyum süreci ve öz bakım gücü ölçek puanları Tablo 7’de belirtilmektedir.

Buna göre; deney grubunda yer alan hastaların eğitim ve danışmanlık öncesi baş etme ve uyum süreci ölçek ortalama puanı 119,82±9,76, sonrasında ise 133,42±6,35 olarak belirlenmiştir. Deney grubunda yer alan hastalarda 13,6’lık bir puan yüksekliği tespit edilmiştir. Kontrol grubunda olan hastaların ilk puan ortalamaları 118,88±9.15, son puan ortalamaları ise 126,74±7,06 olarak tespit edilmiştir. Kontrol grubunda 7,86 puan artışı belirlenmiştir.

Baş etme ve uyum süreci içerisinde, deney ve kontrol gruplarının kendi içinde anlamlı çıktığı ($p<0,05$) belirlenmiş, her iki grubun karşılaştırmasında da (öncesi ve sonrası dönem, sırasıyla $p=0,010$, $0,001$) istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Öz bakım gücü ölçeği, eğitim/danışmanlık öncesi ve sonrası

karşılaştırmasında her iki grupta istatistiksel anlamlılık belirlenmiştir (sırasıyla $p=0,019, 0,001$) ($p<0,05$).

Tablo 8.

*Eğitim ve danışmanlık sonrası baş etme ve uyum s¼reci ile ¼z bakım g¼c¼
¼l¼ceklerinin etki b¼y¼kl¼đ¼ (N=70)*

	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Etki B¼y¼kl¼đ¼	Z	p
Baş Etme ve Uyum S¼reci ¼l¼đ¼	13,6	7,86	5,74	-5,055	0,001*
¼z Bakım G¼c¼ ¼l¼đ¼	13,94	9,14	4,8	-5,220	0,001*

* $p < 0.05$

Tablo 8’de hastaların ¼z bakım g¼c¼ ile baş etme ve uyum ¼l¼cek etki b¼y¼kl¼kleri verilmektedir. Buna g¼re; eğitim ve danışmanlık ¼ncesi ile sonrası d¼nemler arasında baş etme ve uyum s¼reci ¼l¼đ¼nde, deney grubunda 13,6, kontrol grubunda da 7,86; ¼z bakım g¼c¼ ¼l¼đ¼nde, deney grubunda 13,94, kontrol grubunda ise 9,14’l¼k etki b¼y¼kl¼đ¼ saptanmıştır. Gruplar arasında da istatistiksel anlamlılık mevcuttur ($p < 0,05$).

Tablo 9.

Hastaların baş etme ve uyum süreci ölçek puan ortalamalarının yaş, cinsiyet, yaşanılan ilçe ile karşılaştırılması (N=70)

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu (n=35)			Fark	Kontrol Grubu (n=35)		
	İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS			İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS	Fark
Yaş							
40-49	-	-	-		119,50±13,43	129,00±4,24	9,5
50-59	117,60±12,13	131,90±4,88	14,3		113,60±10,37	124,00±6,18	10,4
60-69	122,53±9,75	132,92±7,30	10,3		121,70±8,88	128,90±6,91	7,2
70-79	116,00±6,53	133,66±6,72	17,6		119,62±6,94	127,00±7,11	7,4
80 ve üzeri	127,00±0,00	140,00±0,00	13		122,40±7,53	126,60±10,23	4,2
<i>p</i>	0,129	0,060			0,328	0,611	
<i>X</i> ²	5,666	7,404			4,622	2,691	
Cinsiyet							
Kadın	116,27±7,40	129,18±6,63	12,9		117,78±8,36	124,64±7,78	6,86
Erkek	121,45±10,40	135,37±5,29	13,9		119,61±9,77	128,14±6,35	8,53
<i>p</i>	0,054	0,001*			0,458	0,137	
Yaşanılan İlçe							
Lefkoşa	110,50±4,70	128,25±7,25	17,7		116,14±9,42	125,42±7,91	9,28
Girne	117,80±6,57	133,00±2,73	15,2		120,00±11,89	127,00±6,13	7
Gazimağusa	125,14±10,80	135,00±4,86	9,86		121,16±7,67	129,16±4,35	8
Güzelyurt	127,75±5,41	138,00±1,85	10,25		120,40±8,67	130,40±7,02	10
İskele	127,00±0,00	139,00±0,00	12		121,50±8,34	122,75±8,46	1,25
<i>p</i>	0,001*	0,031*			0,842	0,587	
<i>X</i> ²	21,202	10,650			1,410	2,827	
<i>Fark</i>	1-3, 1-4, 1-5	1-4, 1-5			Fark yok.	Fark yok.	

n: Sayı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, *X*²: Kruskal Wallis, **p*<0,0

Tablo 9’da hastaların baş etme ve uyum süreci ölçek puan ortalamaları ile yaş, cinsiyet ve yaşanılan ilçe gibi değişkenlerin karşılaştırması gösterilmektedir.

Deney grubunda 70-79 yaş aralığında olan (fark 17,6), erkek (fark 13,9), Lefkoşa ilçesinde yaşayan (fark 17,7), hastaların eğitim ve danışmanlık öncesi ile sonrası arasındaki ölçek ortalama puanı fark daha yüksek olarak saptanmıştır. Eğitim ve danışmanlık öncesinde; yaşanılan ilçe ($p=0,001$), sonrasında ise cinsiyet, yaşanılan ilçe (sırasıyla $p=0,001$, $p=0,031$) genel ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0.05$).

Kontrol grubunda 50-59 yaş aralığında olan (fark 10,4), erkek (fark 8,53), Lefkoşa ilçesinde yaşayan (fark 9,28), hastaların iki aylık süreç öncesi ile sonrası arasındaki ölçek ortalama puanı fark daha yüksek olarak saptanmıştır.

Eğitim ve danışmanlık sonrası dönemde, deney grubunda baş etme ve uyum süreci ölçeğinden en yüksek puanı alan 80 ve üzeri yaşta olan ($140,00\pm 0,00$), erkek ($135,37\pm 5,29$), İskele ilçesinde yaşayan ($139,00\pm 0,00$) hastalar olmuştur. İki aylık dönem sonunda, kontrol grubunda baş etme ve uyum süreci ölçeğinden en yüksek puanı alan 40-49 yaş arasında olan ($129,00\pm 4,24$), erkek ($128,14\pm 6,35$), Güzelyurt ilçesinde yaşayan ($130,40\pm 7,02$) hastalar olmuştur.

Tablo 10.

Hastaların baş etme ve uyum süreci ölçek puan ortalamalarının medeni durum, çocuk sayısı ve eğitim durumu ile karşılaştırılması (N=70)

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu (n=35)		Fark	Kontrol Grubu (n=35)		Fark
	İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS		İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS	
Medeni Durum						
Evli	117,96±9,08	132,40±6,30	14,4	117,84±8,74	126,00±6,78	8,16
Bekâr	131,00±5,47	139,60±0,54	8,6	130,00±6,08	134,66±5,77	4,66
<i>p</i>	0,006*	0,004*		0,031*	0,038*	
Çocuk Sayısı						
Yok	-	-	-	115,00±0,00	132,00±0,00	17
Bir	137,00±0,00	139,00±0,00	2	122,25±14,29	130,00±8,48	7,75
İki	119,61±10,62	131,00±6,30	11,3	117,64±10,32	125,00±6,03	7,36
Üç ve üstü	119,82±9,76	135,60±5,72	15,7	119,37±7,14	127,12±7,71	7,75
<i>p</i>	0,060	0,045*		0,906	0,449	
<i>X</i> ²	5,618	6,222		,559	2,646	
Eğitim Durumu						
Okur-yazar	117,50±10,40	132,50±8,21	15	117,25±9,53	121,75±13,22	4,5
İlkokul	123,00±0,00	136,00±0,00	13	119,33±7,23	131,00±5,00	11,6
Lise	119,35±9,75	133,14±6,82	13,7	119,21±8,38	127,13±4,72	7,92
Üniversite	122,60±13,14	134,20±4,38	11,6	118,40±15,07	126,40±10,89	8
<i>p</i>	0,875	0,993		0,865	0,640	
<i>X</i> ²	,694	,088		,733	1,687	

n: Sayı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, *X*²: Kruskal Wallis, **p*<0,05

Tablo 10'da hastaların baş etme ve uyum süreci ölçek puan ortalamaları ile medeni durum, çocuk sayısı ve eğitim durumu gibi değişkenlerin karşılaştırması gösterilmektedir.

Deney grubunda evli (fark 14,4), üç ve üstü sayıda çocuğu olan (fark 15,7) ve eğitim durumu okur-yazar olan (fark 15) hastaların eğitim ve danışmanlık öncesi ile sonrası arasındaki ölçek ortalama puanı fark daha yüksek olarak saptanmıştır. Eğitim ve danışmanlık öncesinde; medeni durum özellikleri ile genel ortalama puanı arasında ($p=0,006$), sonrasında ise medeni durum ve çocuk sayısı özellikleri ile (sırasıyla $p=0,004$, $p=0,045$) genel ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0.05$).

Kontrol grubunda evli olan (fark 8,16), bir ile üç ve üstü sayıda çocuğu olan (her iki değişkende fark 7,75) ve eğitim durumu ilkökul düzeyinde olan (fark 11,6) hastaların iki aylık süreç öncesi ile sonrası arasındaki ölçek ortalama puanı fark daha yüksek olarak saptanmıştır. İki aylık süreç öncesinde ve sonrasında; medeni durum özelliği ile genel ortalama puanları arasında (sırasıyla $p=0,031$, $p=0,038$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).

Eğitim ve danışmanlık sonrası dönemde, deney grubunda baş etme ve uyum süreci ölçeğinden en yüksek puanı alan bekâr olan ($139,60\pm 0,54$), bir çocuğu bulunan ($139,00\pm 0,00$) ve ilkökul düzeyinde eğitim durumuna sahip olan ($136,00\pm$) hastalar olmuştur. İki aylık dönem sonunda, kontrol grubunda baş etme ve uyum süreci ölçeğinden en yüksek puanı alan bekâr olan ($134,66\pm 5,77$), çocuğu olmayan ($132,00\pm 0,00$) ve ilkökul düzeyinde eğitim durumuna sahip olan ($131,00\pm 5,00$) hastalar olmuştur.

Tablo 11.

Hastaların baş etme ve uyum süreci ölçek puan ortalamalarının çalışma, sigara ve alkol kullanma durumları ile karşılaştırılması (N=70)

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu (n=35)		Fark	Kontrol Grubu (n=35)		Fark
	İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS		İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS	
Çalışma Durumu						
Çalışmıyor	-	-	-	119,00±9,89	127,50±3,53	8,5
İşçi	113,00±8,28	130,37±4,17	17,37	111,50±10,66	124,50±2,64	13
Memur	136,00±0,00	138,00±0,00	2	130,00±1,41	132,00±0,00	2
Ev hanımı	114,33±6,72	127,66±6,38	13,33	114,30±6,56	123,10±8,26	8,8
Emekli	124,31±7,78	137,62±3,91	13,31	122,00±8,58	128,70±6,96	6,7
<i>p</i>	0,001*	0,030*		0,018*	0,149	
<i>X</i> ²	17,918	21,520		11,853	6,767	
<i>Fark</i>	2-3, 2-5	2-5, 3-4, 4-5		Fark yok.	Fark yok.	
Sigara Kullanma Durumu						
Kullanıyor	-	-	-	117,00±9,89	128,50±3,53	11,5
Kullanmıyor	117,05±6,99	132,25±6,47	15,2	117,06±7,51	125,13±7,84	8,07
Bıraktı	123,53±11,80	135,00±6,05	11,47	120,61±10,43	127,88±6,66	7,27
<i>p</i>	0,039*	0,067		0,460	0,494	
<i>X</i> ²	4,242	3,346		1,553	1,412	
Alkol Kullanma Durumu						
Kullanıyor	126,90±9,82	138,20±0,91	11,3	122,41±9,29	129,25±6,60	6,84
Kullanmıyor	117,50±6,87	132,70±6,89	15,2	119,16±7,40	127,00±6,21	7,84
Bıraktı	115,00±13,69	126,80±1,09	11,8	109,40±9,55	119,80±7,82	10,4
<i>p</i>	0,020*	0,017*		0,023*	0,086	
<i>X</i> ²	7,822	8,183		7,576	4,914	
<i>Fark</i>	1-2	1-2, 1-3		1-3	Fark yok.	

n: Sayı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, X^2 : Kruskal Wallis, * $p<0,05$

Tablo 11’de hastaların baş etme ve uyum süreci ölçek puan ortalamaları ile çalışma, sigara ve alkol kullanma durumlarının karşılaştırması gösterilmektedir.

Deney grubunda işçi (fark 17,37), sigara kullanmayan (fark 15,2), alkol kullanmayan (fark 15,2) hastaların eğitim ve danışmanlık öncesi ile sonrası arasındaki ölçek ortalama puanı fark daha yüksek olarak saptanmıştır. Eğitim ve danışmanlık öncesinde çalışma durumu, sigara ile alkol kullanma durumu ile genel ortalama puanları arasında (sırasıyla $p=0,039$, $p=0,020$), sonrasında çalışma durumu, alkol kullanma durumu özellikleri ile (sırasıyla $p=0,030$, $p=0,017$) genel ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0.05$).

Kontrol grubunda işçi (fark 13), sigara kullanan (fark 11,5), alkol kullanmayı bırakmış olan (fark 10,4) hastaların iki aylık süreç öncesi ile sonrası arasındaki ölçek ortalama puanı fark daha yüksek olarak belirlenmiştir. İki aylık süreç öncesinde alkol kullanma durumu özelliği ile genel ortalama puanları arasında ($p=0,023$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Eğitim ve danışmanlık sonrası dönemde, deney grubunda baş etme ve uyum süreci ölçeğinden en yüksek puanı alan memur ($132,00\pm 0,00$), sigarayı bırakmış ($127,66\pm 6,64$), alkol kullanan ($131,10\pm 5,52$) hastalar olmuştur. İki aylık dönem sonunda, kontrol grubunda baş etme ve uyum süreci ölçeğinden en yüksek puanı alan memur ($132,00\pm 0,00$), sigara kullanan ($128,50\pm 3,53$), alkol kullanan ($129,25\pm 6,60$) hastalar olmuştur.

Tablo 12.

Hastaların baş etme ve uyum süreci ölçek puan ortalamalarının gelir-gider durumu, evde bakım verecek birey ve evde bakıma ihtiyaç düşüncesi değişkenleri ile karşılaştırılması (N=70)

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu (n=35)		Fark	Kontrol Grubu (n=35)		Fark
	İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS		İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS	
Gelir-Gider Durumu						
Az	-	-	-	125,00±0,00	130,00±0,00	5
Denk	118,84±9,16	133,15±6,44	14,31	118,50±9,12	126,46±7,45	7,96
Fazla	136,00±0,00	138,00±0,00	2	120,25±11,35	128,00±4,69	7,75
<i>p</i>	0,038*	0,431		0,800	0,809	
<i>X</i> ²	4,288	,620		,446	,424	
Evde Bakım Verecek Birey						
Eş	119,94±10,40	133,50±5,02	13,56	117,44±9,82	126,50±6,11	9,06
Çocuk	112,33±3,90	129,00±8,35	16,67	112,33±4,17	119,33±6,80	7
Aile Üyesi	137,00±0,00	139,00±0,00	2	127,00±13,22	132,00±8,71	5
Bakıcı	125,00±2,19	138,00±2,19	13	124,00±3,11	130,87±4,29	6,87
<i>p</i>	0,006*	0,096		0,057	0,016*	
<i>X</i> ²	12,392	6,354		7,523	10,351	
<i>Fark</i>	1-3, 2-3, 2-4	Fark yok.		Fark yok.	2-4	
Evde Bakıma İhtiyaç Düşüncesi						
Var	120,46±9,98	133,65±6,61	13,19	119,53±9,00	127,16±6,93	7,63
Yok	113,00±0,00	131,00±0,00	18	115,00±10,12	124,20±8,16	9,2
<i>p</i>	0,214	0,373		0,321	0,523	

n: Sayı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, *X*²: Kruskal Wallis, **p*<0,05

Tablo 12’de hastaların baş etme ve uyum süreci ölçek puan ortalamaları ile gelir-gider durumu, evde bakım verecek birey ve evde bakıma ihtiyaç düşüncesinin karşılaştırması gösterilmektedir.

Deney grubunda gelir-gider durumu denk (fark 14,31), evde çocuğun bakım vereceği (fark 16,67) ve evde bakıma ihtiyacı olduğunu düşünmeyen (fark 18) hastaların eğitim ve danışmanlık öncesi ile sonrası arasındaki ölçek ortalama puanı fark daha yüksek olarak saptanmıştır. Eğitim ve danışmanlık öncesinde gelir-gider durumu, evde bakım verecek birey özellikleri ile genel ortalama puanları arasında (sırasıyla $p=0,038$, $p=0,006$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0.05$).

Kontrol grubunda gelir-gider durumu denk (fark 7,96), evde eşin bakım vereceği (fark 9,06) ve evde bakıma ihtiyacı olduğunu düşünmeyen (fark 9,2) hastaların iki aylık süreç öncesi ile sonrası arasındaki ölçek ortalama puanı fark daha yüksek olarak belirlenmiştir. İki aylık süreç sonrasında evde bakım verecek birey özelliği ($p=0,016$) genel ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Eğitim ve danışmanlık sonrası dönemde, deney grubunda baş etme ve uyum süreci ölçeğinden en yüksek puanı alan geliri giderden fazla ($132,00\pm 0,00$), evde aile üyesinden birinin bakım vereceği ($137,00\pm 1,41$) ve evde bakıma ihtiyacı olduğunu düşünen ($126,84\pm 7,26$) hastalar olmuştur. İki aylık dönem sonunda, kontrol grubunda baş etme ve uyum süreci ölçeğinden en yüksek puanı alan geliri giderden az ($130,00\pm 0,00$), evde aile üyelerinden birinin bakım vereceği ($132,00\pm 8,71$) ve evde bakıma ihtiyacı olduğunu düşünen ($127,16\pm 6,93$) hastalar olmuştur.

Tablo 13.

Hastaların baş etme ve uyum süreci ölçek puan ortalamalarının kronik hastalık varlığı, kronik hastalık ve kalp krizi geçirme durumu ile karşılaştırılması (N=70)

Tıbbi Özellikler	Deney Grubu (n=35)		Fark	Kontrol Grubu (n=35)		Fark
	İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS		İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS	
Kronik Hastalık Varlığı						
Evet	119,86±10,47	133,59±6,75	13,73	119,03±9,60	127,00±6,93	7,97
Hayır	119,76±8,83	133,15±5,88	13,39	118,44±8,23	126,00±7,81	7,56
<i>p</i>	0,771	0,492		0,865	0,762	
Kronik Hastalık						
DM	117,00±0,00	140,00±0,00	23	111,40±8,23	126,00±7,81	14,6
HT	124,20±13,88	135,20±6,39	11	115,25±4,19	123,75±8,42	8,5
DM+HT	112,50±0,54	126,50±4,92	14	122,36±12,25	128,63±7,83	6,27
Yok	119,76±8,83	133,15±5,88	13,39	114,62±7,06	124,87±4,94	10,25
Diğer	123,00±0,00	136,00±0,00	13	123,66±0,57	131,00±5,00	7,34
<i>p</i>	0,209	0,006*		0,382	0,425	
χ^2	5,865	14,547		4,179	3,859	
<i>Fark</i>	Fark yok.	1-3, 2-3		Fark yok.	Fark yok.	
Kalp Krizi Geçirme Durumu						
Evet	113,00±8,28	130,37±4,17	17,37	111,40±9,23	125,80±3,70	14,4
Hayır	121,85±9,35	134,33±6,66	12,48	120,13±8,67	126,90±7,51	6,77
<i>p</i>	0,018*	0,067		0,076	0,567	

n: Sayı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, χ^2 : Kruskal Wallis, *p<0,05

Tablo 13'te hastaların baş etme ve uyum süreci ölçek puan ortalamaları ile kronik hastalık varlığı, kronik hastalık ve kalp krizi geçirme durumunun karşılaştırması gösterilmektedir.

Deney grubunda kronik hastalığı olan (fark 13,73), kronik hastalığı DM olan (fark 23), kalp krizi geçiren (fark 17,37) hastaların eğitim ve danışmanlık öncesi ile sonrası arasındaki ölçek ortalama puanı fark daha yüksek olarak saptanmıştır. Eğitim ve danışmanlık öncesinde kalp krizi geçirme durumu ile ($p=0,018$), sonrasında ise kronik hastalık ($p=0,006$) ve genel puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Kontrol grubunda kronik hastalığı olan (fark 7,97), kronik hastalığı DM olan (fark 14,6), kalp krizi geçiren (fark 14,4) hastaların iki aylık süreç öncesi ile sonrası arasındaki ölçek ortalama puanı fark daha yüksek olarak belirlenmiştir. Eğitim ve danışmanlık sonrası dönemde, deney grubunda baş etme ve uyum süreci ölçeğinden en yüksek puanı alan kronik hastalığı olan ($133,59\pm 6,75$), kronik hastalığı DM olan ($140,00\pm 0,00$) grupların olduğu belirlenmiştir.

İki aylık dönem sonunda, kontrol grubunda baş etme ve uyum süreci ölçeğinden en yüksek puanı alan kronik hastalığı olan ($127,00\pm 6,93$), kronik hastalığı diğer olan ($131,00\pm 5,00$), kalp krizi geçirmemiş ($126,90\pm 7,51$) hastalardır.

Tablo 14.

Hastaların baş etme ve uyum süreci ölçek puan ortalamalarının KABG nedeni, ameliyat durumu, greftlenen damar sayısı ile karşılaştırılması (N=70)

Tıbbi Özellikler	Deney Grubu (n=35)		Fark	Kontrol Grubu (n=35)		Fark
	İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS		İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS	
KABG Nedeni						
Kalp Krizi	113,00±8,28	130,37±4,17	17,37	110,83±8,08	123,33±7,14	12,5
Göğüs Ağrısı	117,00±0,00	140,00±0,00	23	118,00	126,00	8
Anjiyo	122,45±9,77	133,62±6,74	11,17	120,64±8,70	127,50±7,08	6,86
<i>p</i>	0,051	0,013*		0,073	0,423	
<i>X</i> ²	5,945	8,761		5,238	1,721	
<i>Fark</i>	Fark yok.	1-3		Fark yok.	Fark yok.	
Ameliyat Durumu						
Acil	113,00±10,95	130,00±5,47	17	112,28±10,16	124,42±6,45	12,14
Planlı	120,96±9,26	134,00±6,38	13,04	120,53±8,27	127,32±7,20	6,79
<i>p</i>	0,065	0,129		0,055	0,331	
Greftlenen Damar Sayısı						
Bir	121,60±13,14	128,40±8,76	6,8	118,42±9,46	125,14±5,87	6,72
İki	120,61±10,60	133,46±5,76	12,85	120,60±11,63	124,80±9,13	4,2
Üç	117,25±8,87	134,75±5,49	17,5	117,90±8,53	128,54±7,65	10,64
Üçten Fazla	122,20±7,12	135,20±6,57	13	118,42±7,32	128,28±2,75	9,86
<i>p</i>	0,654	0,203		0,902	0,528	
<i>X</i> ²	1,625	4,608		,576	2,220	

n: Sayı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, *X*²: Kruskal Wallis, **p*<0,0

Tablo 14’te hastaların baş etme ve uyum süreci ölçek puan ortalamaları ile KABG nedeni, ameliyat durumu ve greftlenen damar sayısı değişkenlerinin karşılaştırması gösterilmektedir.

Deney grubunda KABG nedeni göğüs ağrısı olan (fark 23), ameliyatı acil gerçekleşen (fark 17) ve üç damarı greftlenen (fark 17,5) hastaların eğitim ve danışmanlık öncesi ile sonrası arasındaki ölçek ortalama puanı fark daha yüksek olarak saptanmıştır. Kontrol grubunda KABG nedeni kalp krizi olan (fark 12,5), ameliyat durumu acil olan (fark 12,14) ve greftlenen damar sayısı üç olan (fark 10,64) hastaların iki aylık süreç öncesi ile sonrası arasındaki ölçek ortalama puanı fark daha yüksek olarak belirlenmiştir.

Eğitim ve danışmanlık sonrası dönemde, deney grubunda baş etme ve uyum süreci ölçeğinden en yüksek puanı alan KABG nedeni göğüs ağrısı olan ($140,00\pm 0,00$), ameliyatı planlı gerçekleşen ($134,00\pm 6,38$) ve üçten fazla damarı greftlenen ($135,20\pm 6,57$) grupların olduğu belirlenmiştir. İki aylık dönem sonunda, kontrol grubunda baş etme ve uyum süreci ölçeğinden en yüksek puanı alan KABG nedeni anjio olan ($127,50\pm 7,08$), ameliyatı planlı gerçekleşen ($127,32\pm 7,20$) ve üç damarı greftlenen ($128,54\pm 7,65$) hastalardır.

Tablo 15.

Hastaların baş etme ve uyum süreci ölçek puan ortalamalarının ameliyat hakkında eğitim alma durumu, ameliyat hakkında bilgi kaynakları ile karşılaştırılması (N=70)

Tıbbi Özellikler	Deney Grubu (n=35)		Fark	Kontrol Grubu (n=35)		Fark
	İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS		İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS	
Ameliyat Hakkında Eğitim Alma Durumu						
Evet	119,38±11,02	131,71±6,05	12,33	117,08±9,69	126,08±7,76	9
Hayır	120,50±7,84	136,00±6,11	15,5	123,40±5,83	128,40±4,88	5
<i>p</i>	0,543	0,013*		0,070	0,464	
Ameliyat Hakkında Bilgi Kaynakları						
Hekim	120,37±10,04	133,09±6,55	12,72	118,96±9,24	125,96±7,54	7
Hemşire	114,00±0,00	137,00±0,00	23	115,16±8,13	129,16±5,26	14
İnternet	-	-	-	129,00±2,82	130,00±2,82	1
<i>p</i>	0,477	0,593		0,558	0,374	
<i>X</i> ²	,505	,285		,342	,790	

n: Sayı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, *X*²: Kruskal Wallis, **p*<0,05

Tablo 15’te hastaların baş etme ve uyum süreci ölçek puan ortalamaları ile ameliyat hakkında eğitim alma durumu ve ameliyat hakkında bilgi kaynaklarının karşılaştırması gösterilmektedir.

Deney grubunda ameliyat hakkında eğitim almayan (fark 15,5), bilgi kaynağı hemşire olan (fark 23) hastaların eğitim ve danışmanlık öncesi ile sonrası arasındaki ölçek ortalama puanı fark daha yüksek olarak saptanmıştır. Eğitim ve danışmanlık sonrasında ameliyat hakkında eğitim alma durumu ile ($p=0,013$) genel puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlılık belirlenmiştir ($p<0.05$).

Kontrol grubunda ameliyat hakkında eğitim alan (fark 9), bilgi kaynağı hemşire olan (fark 14) hastaların eğitim ve danışmanlık öncesi ile sonrası arasındaki ölçek ortalama puanı fark daha yüksek olarak saptanmıştır.

Eğitim ve danışmanlık sonrası dönemde, deney grubunda baş etme ve uyum süreci ölçeğinden en yüksek puanı alan ameliyat hakkında eğitim almayan ($136,00\pm6,11$), bilgi kaynağı hemşire olan ($137,00\pm0,00$) hastalar olmuştur. İki aylık dönem sonunda, kontrol grubunda baş etme ve uyum süreci ölçeğinden en yüksek puanı alan ameliyat hakkında eğitim almayan ($128,40\pm4,88$), bilgi kaynağı internet olan ($130,00\pm2,82$) hastalar oluşturmuştur.

Tablo 16.

Hastaların baş etme ve uyum süreci ölçek puan ortalamalarının bilgi yeterlilik, evde yaşanacaklar hakkında endişe durumu ve sorunlarla baş etme yöntemi ile karşılaştırılması (N=70)

Tıbbi Özellikler	Deney Grubu (n=35)		Fark	Kontrol Grubu (n=35)		Fark
	İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS		İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS	
Bilgi Yeterlilik Durumu						
Yeterli	120,31±9,74	133,62±6,06	13,31	119,28±9,15	127,03±6,41	7,75
Yetersiz	117,50±10,40	132,50±8,21	15	114,66±9,81	123,66±14,0	9
<i>p</i>	0,553	0,843		0,288	0,616	
Evde Yaşanacaklar Hakkında Endişe Durumu						
Evet	114,50±6,73	132,85±5,57	18,35	116,41±8,26	126,29±7,42	9,88
Hayır	126,93±8,68	134,20±7,40	7,27	124,27±9,02	127,72±6,45	3,45
<i>p</i>	0,001*	0,221		0,015*	0,762	
Sorunlarla Baş Etme Yöntemi						
Aile	117,12±8,29	132,12±6,71	15	117,90±8,30	125,05±6,54	7,15
Arkadaşlar	137,00±0,00	139,00±0,00	2	121,50±15,80	130,75±12,5	9,25
Kendi	-	-	-	112,00	125,00	13
Sağlık çalışanı	124,00±9,84	136,12±4,32	12,12	120,50±8,63	128,70±5,27	8,2
<i>p</i>	0,016*	0,094		0,699	0,210	
<i>X</i> ²	8,284	4,724		1,428	4,521	
<i>Fark</i>	1-2	Fark yok.		Fark yok.	Fark yok.	

n: Sayı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, *X*²: Kruskal Wallis, **p*<0,05

Tablo 16’da hastaların baş etme ve uyum süreci ölçek puan ortalamaları ile bilgi yeterlilik durumu, evde yaşanacaklar hakkında endişe durumu, sorunlarla baş etme yöntemi ile karşılaştırması gösterilmektedir.

Deney grubunda bilginin yeterli olduğunu düşünmeyen (fark 15),evde yaşanabilecekler hakkında endişe duyan (fark 18,35), sorunlarıyla aile ile paylaşarak baş eden (fark 15) hastaların eğitim ve danışmanlık öncesi ile sonrası arasındaki ölçek ortalama puanı fark daha yüksek olarak saptanmıştır. Eğitim ve danışmanlık öncesinde evde yaşanacaklar hakkında endişe durumu ve sorunlarla baş etme yöntemi ile (sırasıyla $p=0,001$, $p=0,16$) genel puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlılık belirlenmiştir ($p<0.05$).

Kontrol grubunda bilginin yeterli olduğunu düşünmeyen (fark 9),evde yaşanabilecekler hakkında endişe duyan (fark 9,88), sorunlarıyla arkadaşları ile paylaşarak baş eden (fark 9,25) hastaların eğitim ve danışmanlık öncesi ile sonrası arasındaki ölçek ortalama puanı fark daha yüksek olarak saptanmıştır. Eğitim ve danışmanlık öncesinde evde yaşanacaklar hakkında endişe durumu ($p=0,015$) ve ölçek genel puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Eğitim ve danışmanlık sonrası dönemde, deney grubunda baş etme ve uyum süreci ölçeğinden en yüksek puanı alan bilginin yeterli olduğunu düşünen ($133,62\pm 6,06$), evde yaşanabilecekler hakkında endişe duymayan ($134,20\pm 7,40$) ve sorunlarını arkadaşları ile paylaşarak baş eden ($139,00\pm 0,00$) hastalar olmuştur. İki aylık dönem sonunda, kontrol grubunda baş etme ve uyum süreci ölçeğinden en yüksek puanı alan bilgilerin yeterli olduğunu düşünen ($127,03\pm 6,41$), evde yaşanacaklar hakkında endişe duymayan ($127,72\pm 6,45$), sorunlarıyla arkadaşları ile paylaşarak baş eden ($128,70\pm 5,27$) hastalar oluşturmuştur.

Tablo 17.

Hastaların öz bakım gücü ölçek puan ortalamalarının yaş, cinsiyet ve yaşanılan ilçe ile karşılaştırılması (N=70)

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu (n=35)		Fark	Kontrol Grubu (n=35)		Fark
	İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS		İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS	
Yaş						
40-49	-	-	-	87,50±17,67	95,50±9,19	8
50-59	84,20±11,73	96,20±8,91	12	76,90±10,11	87,40±8,52	10,5
60-69	91,00±18,83	103,15±19,3	12,15	86,20±15,78	96,70±18,24	7,5
70-79	76,33±8,67	94,00±8,78	17,67	82,62±10,94	88,12±8,13	5,5
80 ve üzeri	77,00±0,00	94,00±0,00	17	74,80±6,34	84,80±8,52	10
<i>p</i>	0,585	0,896		0,606	0,488	
<i>X</i> ²	1,941	,603		2,854	3,830	
Cinsiyet						
Kadın	74,45±8,60	89,18±6,53	14,73	77,00±11,78	85,00±11,82	8
Erkek	88,50±15,01	102,08±14,2	13,58	83,95±12,24	93,85±11,72	9,9
<i>p</i>	0,011*	0,010*		0,066	0,041*	
Yaşanılan İlçe						
Lefkoşa	74,91±8,06	91,00±8,51	16,09	80,35±13,05	87,35±11,57	7
Girne	80,60±7,66	91,20±4,38	10,6	78,16±10,79	90,16±12,44	12
Gazimağusa	91,57±17,75	101,14±16,5	9,57	85,83±12,90	93,50±11,57	7,67
Güzelyurt	83,75±12,49	99,25±7,92	15,5	75,20±2,68	86,40±1,67	11,2
İskele	110,00±0,00	127,00±0,00	17	89,00±17,60	101,00±20,9	12
<i>p</i>	0,022*	0,015*		0,842	0,587	
<i>X</i> ²	11,447	12,351		2,889	2,776	
<i>Fark</i>	1-3, 2-5, 4-5	1-5, 2-5, 3-5, 4-5		Fark yok.	Fark yok.	

n: Sayı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, *X*²: Kruskal Wallis, **p*<0,05

Tablo 17’de hastaların öz bakım gücü ölçek puan ortalamaları ile yaş, cinsiyet ve yaşanılan ilçe değişkenlerinin karşılaştırması gösterilmektedir.

Deney grubunda 70-79 yaş aralığında (fark 17,67), kadın (fark 14,73), İskele ilçesinde yaşayan (fark 17) hastaların eğitim ve danışmanlık öncesi ile sonrası puan ortalamaları farkları daha yüksek olarak saptanmıştır. Kontrol grubunda ise 50-59 yaş aralığında (fark 10,5), erkek (fark 9,9), Girne ve İskele ilçesinde yaşayan (fark, her ikisinde 12) hastaların eğitim ve danışmanlık öncesi ile sonrası puan ortalamaları farkları daha yüksek olarak tespit edilmiştir.

Deney grubunda; eğitim ve danışmanlık öncesinde cinsiyet, yaşanılan ilçe değişkenleri ile (sırasıyla $p=0,011$, $p=0,022$), sonrasında cinsiyet, yaşanılan ilçe ile (sırasıyla $p=0,010$, $p=0,015$) ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlılık saptanmıştır. Kontrol grubunda; iki aylık süreç sonunda cinsiyet ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Eğitim ve danışmanlık sonrası dönemde, deney grubunda öz bakım gücü ölçeğinden en yüksek puanı alan grupların 60-69 yaş arası ($103,15\pm 19,3$), erkek ($102,08\pm 14,2$), İskele ilçesinde yaşayan ($127,00\pm 0,00$) hastalar olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise 60-69 yaş arası ($96,70\pm 18,24$), erkek ($93,85\pm 11,72$), İskele ilçesinde yaşayan ($101,00\pm 20,9$) hastaların iki aylık süreç sonunda puan ortalamaları daha yüksek olarak tespit edilmiştir.

Tablo 18.

Hastaların öz bakım gücü ölçek puan ortalamalarının medeni durum, çocuk sayısı ve eğitim durumu ile karşılaştırılması (N=70)

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu (n=35)		Fark	Kontrol Grubu (n=35)		Fark
	İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS		İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS	
Medeni Durum						
Evli	83,06±14,24	96,76±13,18	13,7	80,90±12,55	89,87±12,11	8,97
Bekâr	90,20±18,07	105,60±15,8	15,4	84,00±12,12	95,00±17,34	11
<i>p</i>	0,198	0,355		0,595	0,836	
Çocuk Sayısı						
Yok	-	-	-	73,00	87,00	14
Bir	110,00±0,00	123,00±0,00	13	85,50±13,32	99,50±17,07	14
İki	88,11±15,55	99,94±14,99	11,83	82,28±14,01	91,85±14,69	9,57
Üç ve üstü	75,80±6,72	92,40±7,42	16,6	79,62±11,33	86,87±8,04	7,25
<i>p</i>	0,014*	0,069		0,799	0,561	
<i>X</i> ²	8,513	5,357		1,009	2,054	
<i>Fark</i>	2-4, 3-4	Fark yok.		Fark yok.	Fark yok.	
Eğitim Durumu						
Okur-yazar	71,50±6,02	88,50±6,02	17	70,25±4,71	79,00±6,97	8,72
İlkokul	77,00±0,00	96,00±0,00	19	76,33±1,15	84,66±4,16	8,33
Lise	87,52±14,64	100,09±14,1	12,57	83,08±13,29	91,17±12,01	8,09
Üniversite	89,00±19,17	102,00±19,1	13	84,00±12,02	99,80±14,87	15,8
<i>p</i>	0,167	0,110		0,194	0,074	

n: Sayı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, *X*²: Kruskal Wallis, **p*<0,05

Tablo 18’de hastaların öz bakım gücü ölçek puan ortalamaları ile medeni durum, çocuk sayısı ve eğitim durumu karşılaştırması gösterilmektedir.

Deney grubunda bekâr (fark 15,4), üç ve üstü çocuk sahibi (fark 16,6) ve ilkokul mezunu (fark 19) hastaların eğitim ve danışmanlık öncesi ile sonrası puan ortalamaları farkları daha yüksek olarak saptanmıştır. Kontrol bekâr (fark 11), çocuğu olmayan ve bir çocuğu olan (fark, her ikisinde 14) ve üniversite mezunu (fark 15,8) hastaların eğitim ve danışmanlık öncesi ile sonrası puan ortalamaları farkları daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Deney grubunda; eğitim ve danışmanlık öncesinde çocuk sayısı değişkeni ile ($p=0,014$) ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlılık saptanmıştır.

Eğitim ve danışmanlık sonrası dönemde, deney grubunda öz bakım gücü ölçeğinden en yüksek puanı alan grupların bekâr ($105,60\pm 15,8$), bir çocuğu olan ($123,00\pm 0,00$) ve üniversite mezunu olan ($102,00\pm 19,1$) hastalar olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise bekâr ($95,00\pm 17,34$), bir çocuğu olan ($99,50\pm 17,07$) ve üniversite mezunu olan ($99,80\pm 14,87$) hastaların iki aylık süreç sonunda puan ortalamaları daha yüksek olarak tespit edilmiştir.

Tablo 19.

Hastaların öz bakım gücü ölçek puan ortalamalarının çalışma, sigara ve alkol kullanma durumları ile karşılaştırılması (N=70)

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu (n=35)		Fark	Kontrol Grubu (n=35)		Fark
	İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS		İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS	
Çalışma Durumu						
Çalışmıyor	-	-	-	86,00±8,48	90,50±7,77	4,5
İşçi	79,25±6,08	92,25±3,61	13	75,75±3,77	87,00±2,44	11,25
Memur	104,00±0,00	112,00±0,00	8	101,00±1,41	102,00±0,00	1
Ev hanımı	71,22±5,28	87,66±6,26	16,44	70,30±4,83	79,40±6,91	9,1
Emekli	91,25±15,57	105,00±15,4	13,5	85,94±12,15	96,11±12,83	10,17
<i>p</i>	0,003*	0,004*		0,002*	0,007*	
<i>X</i> ²	13,891	13,288		17,143	13,951	
<i>Fark</i>	3-4, 4-5	4-5		2-3, 3-4, 4-5	4-5	
Sigara Kullanma Durumu						
Kullanıyor	-	-	-	74,50±0,70	88,50±0,70	14
Kullanmıyor	74,70±6,35	89,25±5,29	14,55	73,60±7,17	82,20±6,72	8,6
Bıraktı	96,60±13,45	109,73±12,6	13,13	88,22±12,46	97,27±12,66	9,05
<i>p</i>	0,001*	0,001*		0,002*	0,001*	
<i>X</i> ²	18,944	19,142		12,194	14,488	
<i>Fark</i>	Fark yok.	Fark yok.		2-3	2-3	
Alkol Kullanma Durumu						
Kullanıyor	97,70±17,21	110,90±18,0	13,2	88,08±14,56	96,91±16,57	8,83
Kullanmıyor	76,65±7,48	91,80±7,02	15,15	77,16±8,56	86,33±7,21	9,17
Bıraktı	86,60±13,14	97,20±4,38	10,6	79,00±13,61	88,80±11,16	9,8
<i>p</i>	0,020*	0,029*		0,203	0,220	
<i>X</i> ²	7,823	7,116		3,186	3,032	

<i>Fark</i>	1-2	1-2	Fark yok.	Fark yok.
-------------	-----	-----	-----------	-----------

n: Sayı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, X²: Kruskal Wallis, *p<0,05

Tablo 19’da hastaların öz bakım gücü ölçek puan ortalamaları ile çalışma, sigara ve alkol kullanma durumlarının karşılaştırması gösterilmektedir.

Deney grubunda ev hanımı (fark 16,44), sigara kullanmayan (fark 14,55), alkol kullanmayan (fark 15,15) hastaların eğitim ve danışmanlık öncesi ile sonrası puan ortalama farkları daha yüksek belirlenmiştir. Kontrol grubunda; işçi (fark 11,25), sigara kullanan (fark 14), alkol kullanmayı bırakan (fark 9,8) hastaların eğitim ve danışmanlık öncesi ile sonrası puan ortalama farkları yüksek olarak tespit edilmiştir.

Deney grubunda; eğitim ve danışmanlık öncesinde çalışma durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu (sırasıyla p=0,003, p=0,001, p=0,020) değişkenleri ile, sonrasında da çalışma durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu (sırasıyla p=0,004, p=0,001, p=0,029,) değişkenleri ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel farklılık saptanmıştır. Kontrol grubunda; iki aylık sürecin başlangıcında çalışma durumu, sigara kullanma durumu (sırasıyla p=0,002, p=0,002) değişkenleri ile, sonrasında ise çalışma durumu, sigara kullanma durumu (sırasıyla p=0,007, p=0,001) değişkenleri ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlılık belirlenmiştir (p<0.05).

Eğitim ve danışmanlık sonrası dönemde, deney grubunda öz bakım gücü ölçeğinden en yüksek puanı alan grupların memur (112,00±0,00), sigara kullanmayı bırakan (109,73±12,6), alkol kullanan (110,90±18,0) hastalar olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise memur (102,00±0,00), sigara kullanmayı bırakan (97,27±12,66), alkol kullanan (96,91±16,57) hastalar oluşturmuştur.

Tablo 20.

Hastaların öz bakım gücü ölçek puan ortalamalarının gelir-gider durumu, evde bakım verecek birey, evde bakıma ihtiyaç düşüncesi ile karşılaştırılması (N=70)

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu (n=35)		Fark	Kontrol Grubu (n=35)		Fark
	İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS		İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS	
Gelir-Gider Durumu						
Az	-	-	-	83,00	97,00	14
Denk	82,87±14,33	97,18±13,65	14,31	79,93±11,77	89,63±12,92	9,7
Fazla	104,00±0,00	112,00±0,00	8	90,00±16,57	93,75±9,53	3,75
<i>p</i>	0,098	0,100		0,442	0,504	
<i>X</i> ²	2,737	2,703		1,631	1,372	
Evde Bakım Verecek Birey						
Eş	88,50±15,03	100,27±14,6	11,77	83,72±12,97	91,61±10,85	7,89
Çocuk	74,22±9,33	90,00±9,75	15,78	72,83±9,19	81,00±8,53	8,17
Aile Üyesi	110,00±0,00	123,00±0,00	13	86,33±18,50	100,00±24,2	13,67
Bakıcı	77,00±0,00	95,00±1,09	18	79,75±9,31	90,75±10,99	11
<i>p</i>	0,015*	0,048*		0,276	0,354	
<i>X</i> ²	10,405	7,900		3,872	3,258	
<i>Fark</i>	1-2, 2-3, 3-4	2-3, 3-4		Fark yok.	Fark yok.	
Evde Bakıma İhtiyaç Düşüncesi						
Var	84,93±15,17	98,96±13,97	14,03	82,03±13,15	91,00±13,08	8,97
Yok	75,00±0,00	88,00±0,00	13	76,00±2,91	86,20±6,41	10,2
<i>P</i>	0,180	0,213		0,555	0,422	

n: Sayı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, *X*²: Kruskal Wallis, **p*<0,05

Tablo 20’de hastaların öz bakım gücü ölçek puan ortalamaları ile gelir-gider durumu, evde bakım verecek birey ve evde bakıma ihtiyacı düşüncesi ile karşılaştırması gösterilmektedir.

Deney grubunda gelir-gider durumu denk (14,31), evde bakıcının bakım vereceği (fark 18) ve evde bakıma ihtiyacı olduğunu düşünen (fark 14,03) hastaların eğitim ve danışmanlık öncesi ile sonrası puan ortalama farkları daha yüksek belirlenmiştir. Kontrol grubunda; geliri giderden az (fark 14), evde aile üyelerinden birinin bakım vereceği (fark 13,67) ve evde bakıma ihtiyacı olduğunu düşünmeyen (fark 10,2) hastaların eğitim ve danışmanlık öncesi ile sonrası puan ortalama farkları yüksek olarak tespit edilmiştir.

Deney grubunda; eğitim ve danışmanlık öncesinde evde bakım verecek birey ($p=0,015$) değişkeni ile, sonrasında da evde bakım verecek birey ($p=0,048$) değişkeni ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel farklılık saptanmıştır.

Eğitim ve danışmanlık sonrası dönemde, deney grubunda öz bakım gücü ölçeğinden en yüksek puanı alan grupların geliri giderden fazla ($112,00\pm 0,00$), evde aile üyelerinden birinin bakım vereceği ($123,00\pm 0,00$) ve evde bakıma ihtiyacı olduğunu düşünen ($98,96\pm 13,97$) hastalar olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise geliri giderden az ($97,00$), evde aile üyelerinden birinin bakım vereceği ($100,00\pm 24,2$) ve evde bakıma ihtiyacı olduğunu düşünen ($91,00\pm 13,08$) hastalar oluşturmuştur.

Tablo 21.

Hastaların öz bakım gücü ölçek puan ortalamalarının kronik hastalık varlığı, kronik hastalık, kalp krizi geçirme durumu ile karşılaştırılması (N=70)

Tıbbi Özellikler	Deney Grubu (n=35)		Fark	Kontrol Grubu (n=35)		Fark
	İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS		İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS	
Kronik Hastalık Varlığı						
Evet	82,54±12,67	97,59±11,35	15,05	80,03±11,15	89,11±11,16	9,08
Hayır	86,69±18,02	98,76±17,46	12,07	84,44±15,69	93,77±15,65	9,33
<i>p</i>	0,986	0,706		0,650	0,545	
Kronik Hastalık						
DM	86,00±0,00	103,00±0,00	17	80,50±9,25	86,50±9,11	6
HT	89,00±15,62	103,40±12,6	14,4	84,18±12,18	94,63±11,75	10,45
DM+HT	72,83±3,71	86,00±2,19	13,17	75,62±11,75	83,50±11,08	7,88
Yok	86,69±18,02	98,76±17,46	12,07	84,44±15,69	93,77±15,65	9,33
Diğer	77,00±0,00	96,00±0,00	19	76,00±1,73	87,33±1,15	11,33
<i>p</i>	0,075	0,047*		0,523	0,487	
<i>X</i> ²	8,482	9,652		3,212	3,444	
Kalp Krizi Geçirme Durumu						
Evet	79,25±6,08	92,25±3,61	13	75,60±3,28	85,60±3,78	10
Hayır	85,51±16,30	99,74±15,12	14,23	82,10±13,11	91,10±13,18	9
<i>P</i>	0,676	0,374		0,436	0,395	

n: Sayı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, *X*²: Kruskal Wallis, **p*<0,05

Tablo 21’de hastaların öz bakım gücü ölçek puan ortalamaları ile kronik hastalık varlığı, kronik hastalık, kalp krizi geçirme durumu ile karşılaştırması gösterilmektedir.

Deney grubunda kronik hastalığı olan (fark 15,05), kronik hastalığı diğer grubunda (fark 19), kalp krizi geçirmemiş (fark 14,23) hastaların eğitim ve danışmanlık öncesi ile sonrası puan ortalama farkları daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise kronik hastalığı olmayan (fark 9,33), kronik hastalığı diğer grubunda bulunan (fark 11,33), kalp krizi geçirmiş (fark 10) hastaların iki aylık süreç sonunda puan ortalama farkları daha yüksek olarak belirlenmiştir.

Deney grubunda; eğitim ve danışmanlık sonrasında kronik hastalık ($p=0,047$) ile ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlılık saptanmıştır ($p<0.05$).

Eğitim ve danışmanlık sonrası dönemde, deney grubunda öz bakım gücü ölçeğinden en yüksek puanı alan grupların kronik hastalığı olmayan ($98,76\pm 17,46$), HT hastası ($103,40\pm 12,6$), kalp krizi geçirmemiş ($99,74\pm 15,12$) hastaların olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise kronik hastalığı olmayan ($93,77\pm 15,65$), HT hastası ($94,63\pm 11,75$), kalp krizi geçirmemiş ($91,10\pm 13,18$) hastalar en yüksek puan ortalamasına sahip olarak tespit edilmiştir.

Tablo 22.

Hastaların öz bakım gücü ölçek puan ortalamalarının KABG nedeni, ameliyat durumu, greftlenen damar sayısı ile karşılaştırılması (N=70)

Tıbbi Özellikler	Deney Grubu (n=35)		Fark	Kontrol Grubu (n=35)		Fark
	İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS		İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS	
KABG Nedeni						
Kalp Krizi	79,25±6,08	92,25±3,61	13	75,33±3,26	87,66±7,17	12,33
Göğüs Ağrı	86,00±0,00	103,00±0,00	17	87,00	90,00	3
Anjio	85,45±17,33	99,33±16,02	13,88	82,21±13,45	90,89±13,49	8,68
<i>p</i>	0,646	0,228		0,503	0,801	
<i>X</i> ²	,875	2,959		1,373	,443	
Ameliyat Durumu						
Acil	81,80±6,57	94,80±1,09	13	76,57±3,20	88,57±5,94	12
Planlı	84,46±15,76	98,56±14,75	14,1	82,32±13,55	90,75±13,59	8,43
<i>p</i>	0,567	0,943		0,130	0,614	
Greftlenen Damar Sayısı						
Bir	84,00±18,53	95,20±15,33	11,2	79,71±15,70	86,00±13,79	6,29
İki	88,53±19,09	102,46±19,3	13,93	81,40±14,09	93,20±16,54	11,8
Üç	76,00±1,80	92,50±4,01	19,2	78,27±9,33	89,18±10,01	10,91
Üçten Fazla	92,00±8,21	102,60±0,54	10,6	86,85±11,06	92,28±7,76	5,46
<i>p</i>	0,226	0,193		0,380	0,545	
<i>X</i> ²	4,351	4,724		3,073	2,134	

n: Sayı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, *X*²: Kruskal Wallis, **p*<0,05

Tablo 22’de hastaların öz bakım gücü ölçek puan ortalamaları ile KABG nedeni, ameliyat durumu ve greftlenen damar sayısının karşılaştırması gösterilmektedir.

Deney grubunda göğüs ağrısı nedeni ile KABG ameliyatı olmuş (fark 17), ameliyatı planlı gerçekleşmiş (fark 14,1) ve üç damarı greftlenmiş (fark 19,2) hastaların eğitim ve danışmanlık öncesi ile sonrası puan ortalama farkları daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise KABG nedeni kalp krizi olan (fark 12,33), ameliyat durumu acil gerçekleşmiş (fark 12), iki damarı greftlenmiş (fark 11,8) hastaların iki aylık süreç sonunda puan ortalama farkları daha yüksek olarak belirlenmiştir.

Eğitim ve danışmanlık sonrası dönemde, deney grubunda öz bakım gücü ölçeğinden en yüksek puanı alan grupların göğüs ağrısı nedeni ile KABG ameliyatı geçirmiş ($103,00\pm 0,00$), ameliyatı planlı gerçekleşmiş ($98,56\pm 14,75$), üçten fazla damarı greftlenmiş ($102,60\pm 0,54$) hastaların odluğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise anjiyo sonucuna göre KABG ameliyatı geçirmiş ($90,89\pm 13,49$), ameliyatı planlı gerçekleşmiş ($90,75\pm 13,59$) ve iki damarı greftlenmiş ($93,20\pm 16,54$) hastalar en yüksek puan ortalamasına sahip olarak tespit edilmiştir.

Tablo 23.

Hastaların öz bakım gücü ölçek puan ortalamalarının ameliyat hakkında eğitim alma durumu ve ameliyat hakkında bilgi kaynakları ile karşılaştırılması (N=70)

Tıbbi Özellikler	Deney Grubu (n=35)		Fark	Kontrol Grubu (n=35)		Fark
	İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS		İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS	
Ameliyat Hakkında Eğitim Alma Durumu						
Evet	82,23±14,47	96,09±12,20	13,86	80,64±12,60	88,60±12,08	7,96
Hayır	85,35±15,64	100,92±15,7	15,42	82,50±12,34	94,60±12,73	12,1
<i>p</i>	0,385	0,388		0,453	0,289	
Ameliyat Hakkında Bilgi Kaynakları						
Hekim	85,12±15,03	99,15±13,80	14,03	80,22±12,54	90,44±13,53	10,22
Hemşire	73,00±0,00	86,00±0,00	13	82,66±11,20	88,83±7,35	6,17
İnternet	-	-	-	89,50±17,67	93,00±12,72	3,5
<i>p</i>	0,049*	0,075		0,514	0,969	
<i>X</i> ²	3,874	3,161		1,330	,063	

n: Sayı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, *X*²: Kruskal Wallis, **p*<0,05

Tablo 23'te hastaların öz bakım gücü ölçek puan ortalamaları ile ameliyat hakkında eğitim alma durumu, ameliyat hakkında bilgi kaynaklarının karşılaştırması gösterilmektedir.

Deney grubunda ameliyat hakkında eğitim almamış (fark 15,42), ameliyat hakkında bilgi kaynağı hekim olan (fark 14,03) hastaların eğitim ve danışmanlık öncesi ile sonrası arasındaki ölçek ortalama puanı fark daha yüksek olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunda ameliyat hakkında eğitim almamış (fark 12,1), ameliyat hakkında bilgi kaynağı hekim olan (fark 10,22) hastaların iki aylık süreç sonunda puan ortalama farkları daha yüksek olarak tespit edilmiştir.

Deney grubunda; eğitim ve danışmanlık öncesinde ameliyat hakkında bilgi kaynakları ($p=0,049$) değişkeni ile, sonrasında da bilgi yeterlilik durumu ($p=0,015$) değişkeni ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlılık belirlenmiştir.

Deney grubunda; eğitim ve danışmanlık sonrasında ameliyat hakkında eğitim almamış ($100,92\pm 15,7$), ameliyat hakkında bilgi kaynağı hekim olan ($99,15\pm 13,80$), hastaların, iki aylık sürecin sonunda kontrol grubunda da ameliyat hakkında eğitim almamış ($94,60\pm 12,73$), ameliyat bilgi kaynağı internet olan ($93,00\pm 12,72$) hastaların ölçek puan ortalamaları daha yüksek saptanmıştır.

Tablo 24.

Hastaların öz bakım gücü ölçek puan ortalamalarının bilgi yeterlilik durumu, evde yaşanacaklar hakkında endişe durumu ve sorunlarla baş etme yöntemi ile karşılaştırılması (N=70)

Tıbbi Özellikler	Deney Grubu (n=35)		Fark	Kontrol Grubu (n=35)		Fark
	İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS		İlk Ort.±SS	Son Ort.±SS	
Bilgi Yeterlilik Durumu						
Yeterli	86,68±14,74	100,00±14,0	13,32	82,21±12,34	91,12±12,53	8,91
Yetersiz	71,50±6,02	88,50±6,02	17	70,00±6,08	81,66±7,50	11,66
<i>p</i>	0,028*	0,015*		0,067	0,184	
Evde Yaşanacaklar Hakkında Endişe Durumu						
Evet	77,00±7,08	92,10±6,70	15,1	77,20±7,96	86,50±6,61	9,3
Hayır	93,53±17,14	105,93±16,6	12,4	89,81±15,97	98,63±17,63	8,82
<i>p</i>	0,008*	0,031*		0,037*	0,029*	
Sorunlarla Baş Etme Yöntemi						
Aile ile paylaşarak						
Arkadaşlarla paylaşarak	82,36±14,14	96,60±13,45	14,24	80,85±12,74	90,20±12,62	9,35
Kendi kendine çözerek	110,00±0,00	123,00±0,00	13	86,00±12,96	101,00±16,3	15
Sağlık çalışanları ile paylaşarak	-	-	-	92,00	85,00	-7
	83,00±12,99	96,25±10,11	13,25	78,80±12,23	86,80±9,33	8
<i>p</i>	0,096	0,155		0,611	0,407	
<i>X</i> ²	4,694	3,726		1,818	2,900	

n: Sayı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, *X*²: Kruskal Wallis, **p*<0,05

Tablo 24’te hastaların öz bakım gücü ölçek puan ortalamaları ile bilgi yeterlilik durumu, evde yaşanacaklar hakkında endişe durumu, sorunlarla baş etme yöntemlerinin karşılaştırması gösterilmektedir.

Deney grubunda bilgilerin yetersiz olduğunu düşünen (fark 17), evde yaşanacaklar hakkında endişe duyan (fark 15,1) ve sorunları ile aileyle paylaşarak baş eden (fark 14,24) hastaların eğitim ve danışmanlık öncesi ile sonrası arasındaki ölçek ortalama puanı fark daha yüksek olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunda bilgilerin yetersiz olduğunu düşünen (fark 11,66), evde yaşanacaklar hakkında endişe duyan (fark 9,3) ve sorunları ile arkadaşlarıyla paylaşarak baş eden (fark 15) hastaların iki aylık süreç sonunda puan ortalama farkları daha yüksek olarak tespit edilmiştir.

Deney grubunda; eğitim ve danışmanlık öncesinde ameliyat hakkında bilgi yeterlilik durumu, evde yaşanacaklar hakkında endişe durumu (sırasıyla $p=0,028$, $p=0,008$) değişkenleri ile, sonrasında da bilgi yeterlilik durumu, evde yaşanacaklar hakkında endişe durumu (sırasıyla $p=0,015$, $p=0,031$) değişkenleri ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlılık belirlenmiştir. Kontrol grubunda; iki aylık süreç öncesinde evde yaşanacaklar hakkında endişe durumu ($p=0,037$) değişkeni ile, sonrasında da evde yaşanacaklar hakkında endişe durumu ($p=0,029$) değişkeni ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Deney grubunda; eğitim ve danışmanlık sonrasında bilgilerin yeterli olduğunu düşünen ($100,00\pm 14,0$), evde yaşanacaklar hakkında endişe duymayan ($105,93\pm 16,6$) ve sorunları ile arkadaşlarıyla paylaşarak baş eden ($123,00\pm 0,00$) hastaların, iki aylık sürecin sonunda kontrol grubunda da bilgilerin yeterli olduğunu düşünen ($91,12\pm 12,53$), evde yaşanacaklar hakkında endişe duymayan ($98,63\pm 17,63$) ve sorunları ile arkadaşlarıyla paylaşarak baş eden ($101,00\pm 16,3$) hastaların ölçek puan ortalamaları daha yüksek saptanmıştır.

Tablo 25.

Deney grubu hastalarında, taburculuğun ardından evde meydana gelen problem ve sorunlar (n=35)

Problem/Sorun	1-2.hafta	3-7.hafta	8.hafta
İlaçlar	2	1	-
Ağrı	8	4	2
Egzersiz	-	-	-
Yara bakımı	-	1	-
Ödem	1	-	-
Varis çorabı	16	4	1
Korse	8	1	-
Beslenme	-	-	-
Kabızlık	2	-	1
Banyo	-	-	-
Uyku	3	1	-
Acil durumlar	-	1	-
İşe dönüş	-	-	-
Cinsel yaşam	-	-	-
Seyahat	-	-	-
Ziyaretçiler	-	-	-
Merdiven çıkma	-	-	-
Alkol/Sigara	-	-	-
Stres/Kaygı	1	1	-
Kontroller/İletişim	-	-	-
Toplam	41	14	4

BÖLÜM V

Tartışma

Hemşirelik kuram ve modelleri; hemşireliğin araştırma, eğitim, uygulama ve eğitim alanlarında kullanılmakta ve bu alanlara kavramsal bir çerçeve oluşturmaktadır (Koç, & diğ., 2017). Doktora tez çalışmamız için geliştirdiğimiz Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Uygulanan Hastaların Taburculuk Eğitimi Rehberi Orem'in Öz Bakım Yetersizliği Teorisi'ne göre geliştirilmiş ve hastalara uygulanmıştır.

Orem Öz Bakım Yetersizliği Teorisi'ne göre kişinin öz bakım davranışları uygulanacak eğitim, tecrübe ve merak ile gelişmektedir. Gelişen davranışlar sayesinde kişinin sağlık ve iyilik durumu olumlu yönde etkilenmektedir. Modele göre kendi öz bakım ihtiyaçlarını karşılayamayan kişi başka bir bireye gereksinim duymaktadır. Bu noktada hemşire hastanın ihtiyaçlarının sağlanması konusunda yardımcı olmaktadır (Demirtürk Selçuk ve Demirbağ, 2019).

Araştırmamızın amacı doğrultusunda, deney grubundaki hastalara taburculuk rehberi ile eğitim ve telefon ile danışmanlık hizmeti verilmiştir. Bu bağlamda hastaların öz bakım güçleri ile baş etme ve uyum süreçlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Eğitim ve danışmanlık hizmetleri öncesi ve sonrasında, deney grubunda yer alan hastaların öz bakım gücü ölçek puanları 13,94 puan artarken (son test puanı 98,02±13,70), kontrol grubunda yer alan hastaların 9,14 puan artmıştır (son test puanı 90,31±12,39).

Literatürde araştırmamızın sonuçlarına benzer veya farklı çalışmalar bulunmaktadır. Akay ve Durmaz Akyol (2014) kronik kalp yetersizliği olan hastalara tele izlem yönteminin öz bakım gücüne etkisini inceledikleri çalışmalarında, tele izlemin hastaların öz bakım güçlerini geliştirdiğini saptamışlardır (Akay ve Durmaz Akyol, 2014). Yaman Aktaş vd (2020) KABG ameliyatı uygulanmış hastalara anksiyete ve depresyonu azaltmak için taburculuk eğitimi uyguladıkları çalışmada, taburculuk eğitiminin depresyonu azalttığı belirlenmiştir (Yaman Aktaş, & diğ., 2020). Kars Fertelli ve Tel (2007) ise miyokard infarktüsü sonrası hastalara planlı

eğitimin öz bakım gücüne etkisini incelemişlerdir. Buna göre planlı eğitimin öz bakım gücü ile bilgi puanını artırdığı tespit edilmiştir (Kars Fertelli & Tel, 2007).

Williamson vd (2021) yaptıkları araştırmada koroner arter hastalığı olan bireylere verilen hasta eğitiminin bilgi, tutum ve kardiyak rehabilitasyona etkisi incelenmiştir. Çalışmaya göre; hasta eğitimlerinin koroner arter hastalığında sağlık yönetimi konusunda faydalı olabileceğini ancak sonuca göre bilgi düzeyi, kardiyak rehabilitasyon tutumu ve egzersiz konularında bazı gruplarda iyileşme görülmemiştir (Williamson, & diğ., 2021).

Muz ve Eğlence (2013) hemodiyaliz uygulanan hastaların öz bakım gücü ve öz yeterliliklerini değerlendirdikleri araştırmanın sonucuna göre hastaların öz bakım güçleri ile öz yeterlilikleri arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir (Muz & Eğlence, 2013). Tok Yıldız ve Kaşıkçı (2018) yapmış olduğu araştırmada da koroner arter hastalığı tanısı ile izlenen hastanın Orem'in teorisine göre bakımı belirtilmiştir. Çalışma sonucunda Orem'in Öz Bakım Yetersizliği Teorisi'ne göre verilen bakımın etkili olduğu tespit edilmiştir (Tok Yıldız & Kaşıkçı, 2018).

Hemşirenin modern rolleri içerisinde; bakım verici, eğitici, araştırmacı, yönetici, karar verici, hasta savunucu, iletişim ile eşgüdüm sağlayıcı, rehabilite edici, rahatlatıcı, tedavi edici, kariyer geliştirici, özerk/sorumluluk sahibi olma ve danışmanlık yer almaktadır (Ahraz, 2018). Bu roller ile beraber hemşirelik uygulama ve araştırmalarında modellerin kullanılması hemşirelik uygulamalarına odaklanmayı sağlayarak bakımı sistematize eder. Orem'e göre hemşire; kişi adına davranmak, yapmak, rehberlik etmek, destek olmak, geliştirici çevre oluşturmak ve eğitim ile yardım edebilmektedir (Tok Yıldız & Kaşıkçı, 2018).

KABG ameliyatlarının ardından hemşirelik bakımı; hastanın iyileşmesini sağlamak/hızlandırmak, oluşabilecek komplikasyonları önlemek ve yaşam kalitesi ile öz bakım gücünü yükselterek sürece katkıda bulunabilmektedir (Çam Yanık & Gürdil Yanmaz, 2019). Bu süreç ameliyat öncesi, sırası ve sonrasını kapsamaktadır. Özellikle taburculuğun ardından evde yaşanabilecek problemlerin önlenmesi için hasta ve/veya ailesine verilecek olan eğitim hemşirenin sorumluluğundadır (Yıldırım, vd., 2017). Verilecek eğitim sayesinde öz bakım gücü yükselecek olan birey; kendi öz bakım ihtiyaçlarını yeterli düzeyde ve uygun şekilde karşılayabilecek, sağlık

sorumluluğunu alabilecek ve kimseye bağımlı olmadan günlük aktivitelerini yerine getirebilecektir (Muz & Eğlence, 2013).

Tele sağlık uygulamaları içerisinde yer alan telefon ile danışmanlık hizmetlerinin uygulandığı çalışmalar da literatürde mevcuttur. Hartford (2005) KABG ameliyatı uygulanmış hastalara ve bakım veren kişilere anksiyeteyi azaltmak amacı ile tele-hemşirelik hizmeti vermiştir. Yedi hafta boyunca aramalar gerçekleştirilmiştir. Yedinci hafta itibariyle hastaların çoğu günlük yaşam aktivitelerine geri dönüş ve birkaçı da yaşam biçiminde değişiklikler yapmıştır (Hartford, 2005).

Tuna ve Emre (2020) KABG ameliyatı geçirmiş olan hastalara taburculuk sonrası telefon ile izlemin bakım sonuçlarına etkisini incelemişlerdir. Çalışma sonucuna göre; hastaların görüşmelerden memnun kaldığı ve ihtiyaçlarının belirlenmesinin bakım sonuçlarına olumlu yönde etki ettiği gözlemlenmiştir (Tuna & Emre, 2021). Bikmoradi vd (2017) KABG ameliyatı uygulanmış hastalara verilen telefon ile danışmanlığın yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmışlardır. Çalışmanın sonucuna göre; beş haftanın ardından deney ve kontrol grubu arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Bikmoradi, & diğ., 2017).

Telefon ile danışmanlık hizmeti hastaneye yatış oranını azaltmakta ve yatış süresini kısaltmaktadır. Bu sayede maliyet etkin bir uygulama olarak bilinmektedir (Pazar, & diğ., 2015). Verilen taburculuk veya hasta eğitiminin devamı niteliğinde uygulanabilen telefon danışmanlığı ile hastaların yaşam kaliteleri, öz bakım güçleri artar, endişeleri azalır (Tuna & Emre, 2021).

Eğitim ve danışmanlık hizmetleri öncesi ve sonrasında, deney grubunda yer alan hastaların baş etme ve uyum ölçek puanları 13,6 puan artarken (son test puanı 133,42±6,35), kontrol grubunda yer alan hastaların 7,86 puan artmıştır (son test puanı 126,74±7,06).

Roy'un Adaptasyon Modeli'ne göre hemşirelik uygulamaları hastaların uyumlarını kolaylaştırmaktadır. Hemşire, hastanın hastalık ve sağlık durumunu tanımalı ve uygun hemşirelik girişimlerini planlayarak uygulamalı ve değerlendirmelidir (Barış, & diğ., 2015). Model sayesinde araştırmaya bilimsel dayanak sağlanabilmektedir (Karadağ, & diğ., 2017). Bu bağlamda, KABG ameliyatı uygulanmış hastaların taburculuk sonrası dönemde öz bakım güçlerini artırmak, baş

etme ve uyum sürecini daha sağlıklı geçirmelerini sağlamak için desteklenmeleri ve bilgilendirilmeleri gerekmektedir (Sarıtaş, & diğ., 2018).

KABG ameliyatının ardından komplikasyonlar ve problemler ortaya çıkabilmektedir. Bu komplikasyon ve problemler uygun bakım, taburculuk eğitimi ve danışmanlık ile önlenabilir. Ameliyatın ardından uygulanan taburculuk eğitimi ve danışmanlık hizmetinin; ameliyat sonrası sorunları hafiflettiği, yeniden hastaneye yatış oranını, sağlık bakım harcamalarını azalttığı, hasta memnuniyeti ile yaşam kalitesini artırdığı, hastaların fonksiyonel bağımsızlığını desteklediği, öz bakım davranışlarını geliştirmeyi ve bireysel gereksinimlerin karşılanmasını sağladığı belirtilmektedir (Fredericks & Yau, 2013; Akbari & Şenol Çelik, 2018).

Hastaların eve taburculuğunu takiben; bakım, yaşam kalitesi gibi konularda hastalarda kaygı gelişebilmektedir. Çalışmamızda hastaların evde daha çok ağrı, hareketsizlik, varis çorabı kullanımı, boğazda yanma ve gıcık hissi konularında sorun yaşadığı tespit edilmiştir.

Direk ve Şenol Çelik (2012) KABG ameliyatı uygulanan hastaların taburculuk sonrası yaşadıkları sorunları inceledikleri araştırmalarında; eve taburculuğu takiben hastaların supine pozisyonda yatamama, yorgunluk/halsizlik, nefes almada zorluk, ağrı (yara yerinde), uykusuzluk, iştahta azalma, korku/karamsarlık, ödem, yara yerinin açılması, aritmi ve kabızlık sorunlarını yaşadığı belirlenmiştir (Direk & Şenol Çelik, 2012).

Mavili vd (2016) çalışma sonucuna göre hastalarda en fazla kardiyak komplikasyonların görüldüğü (%29,8), bunun yanı sıra üriner (%21) ve solunum sistemini ilgilendiren komplikasyonların (%12,3) görüldüğü tespit edilmiştir (Mavili, & diğ., 2016).

Profesyonel bir hemşirenin eğitici rolü kapsamında yapmış olduğu eğitimler hastalıklardan korunma, sağlığın geliştirilmesi, hasta ve yakınlarının bakıma ve bakımın yönetimine katılımlarını sağlama, komplikasyonlardan koruma, diğer sağlık sorunlarından korunma, en kısa sürede normal hayatına dönüşünü sağlama, sağlığı geliştirme gibi faydalar sağlamaktadır (Şenyuva & Taşocak, 2007). Sağlık eğitimi hemşirenin temel görevlerinden birisidir ve hasta hakları arasında da yer almaktadır. İsmi sağlık, hasta veya taburculuk eğitimi olarak adlandırılabilen bu eğitimler hemşirelik mesleğine profesyonel bir nitelik kazandırmakta, verilen bakımın

kalitesini artırmakta ve sağlık hizmet harcamalarında azalma sağlamaktadır (Yetkin, 2002).

Verilen eğitim hastaların bazı tanıtıcı ve tıbbi özelliklerini etkileyebilmekte ve etkilenebilmektedir. Sarıtaş vd (2018) yapmış oldukları araştırmada 30-40 yaşları arasında olan, erkek, bekar, üniversite mezunu, gelir durumu giderden fazla, eşlerin bakım verdiği hastaların KABG ameliyatı sonrası öğrenim gereksinimleri diğer değişkenlere göre daha fazla saptanmıştır (Sarıtaş, & diğ., 2018). KABG ameliyatı olmuş hastaların evde karşılaşılabilecekleri sorunlara yönelik oluşturduğumuz taburculuk eğitimi rehberi uygulamasının ardından da, deney grubunda yer alan hastalarımızın öz bakım ile baş etme ve uyum süreci ölçek puanları kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırma sonuçlarımıza göre; eğitim ve danışmanlık öncesi ile sonrası öz bakım ölçek ortalama puanları, deney grubu erkek ve İskele ilçesinde yaşayan hastaların daha yüksek saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Cebeci (2004) çalışmasında da erkek ve kırsal bölgede yaşayan hastaların yatış, taburculuk ve takiben birinci ve ikinci kontrollerinde öz bakım gücü ölçek puanları daha yüksek olarak saptanmıştır (Cebeci, 2004). Çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak; Aylaz ve Erci'nin (2009) araştırma sonucuna göre kadın hastaların hem ön hem de son testte öz bakım gücü ölçek puanları daha yüksek tespit edilmiştir (Aylaz & Erci, 2009).

Akbari ve Şenol Çelik (2018) çalışmalarında da KABG ameliyatı sonrası hastaların yaşam kalitelerinin belirlenmesi için taburculuk eğitimi ve danışmanlık hizmeti verilmiştir. Hastaların yaşam kalitesi ölçeğinden almış oldukları toplam puan ile cinsiyet arasında istatistiksel anlamlılık saptanmıştır. Yine aynı çalışmada erkek hastaların yaşam kalitesi ortalama puanları kadın hastalara göre daha yüksek tespit edilmiştir (Akbari & Şenol Çelik, 2018). Sarıtaş vd (2018) çalışmalarında taburculuk eğitimi planlaması yapılırken cinsiyet faktörünün dikkatle ele alınması gerektiğini önermişlerdir (Sarıtaş, & diğ., 2018).

Çalışmamızın sonuçlarına göre öz bakım gücü ölçeği genel puan ortalamaları ile hastaların çalışma durumları arasında, hem eğitim/danışmanlık öncesinde hem de sonrasında istatistiksel anlamlılık belirlenmiştir. Memur olarak görev yapan hastaların eğitim ve danışmanlık sonrası puan ortalaması diğer iş gruplarına göre

daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızın sonucuna benzer olarak Aylaz ve Erci (2009) çalışmasında da öz bakım gücü son testte memur olarak çalışan bireylerin genel ortalaması daha yüksek saptanmıştır (Aylaz & Erci, 2009). Bunun nedeni, memur olarak çalışan bireylerin nispeten eğitim düzeylerinin yüksek olmasından dolayı tıbbi durumu daha iyi tanıma, anlayabilme, anlamlandırabilme ve verilen eğitimi uygulayabilme durumları sayılabilir.

Sigara ve alkol kullanımının KAH gelişiminde risk faktörü olduğu bilinmektedir (Durusoy, & diğ., 2010; Tanrıverdi & Savaş Tetik, 2017). Çalışmamızda, taburculuk eğitimi ve telefon ile danışmanlığın ardından öz bakım gücü ölçek puanları en çok yükselen grupların sigara ve alkol kullanmayı bırakan hastalar olduğu tespit edilmiştir.

Evinde eşi dışında, aile üyelerinden herhangi birinin bakım verdiği bireylerin eğitim ve danışmanlık sonrası öz bakım gücü ölçeği ortalama puanı diğer değişkenlere göre daha yüksek saptanmıştır. Aile üyelerinden herhangi birisi ile yaşayan veya bakım alan hastalar ile öz bakım güçleri arasında pozitif yönlü bir ilişki mevcuttur (Aylaz & Erci, 2009). Aile üyeleri ile hayatını idame eden ve onlardan bakım alan hastalarda hastalık yönetimi, günlük yaşam aktivitelerine daha erken dönme, endişe veya korkunun azalması gibi olumlu davranış ve tepki görülebileceği düşünülmektedir.

KABG komplike ve majör bir ameliyattır. Bu nedenle ameliyattan sonraki iyileşme dönemi stresli olmaktadır. Bu dönemde hastada stres yaratabilecek durumlara uygun baş etme stratejilerinin geliştirilmesi ve anksiyete düzeyinin azaltılması mümkündür (Çatal, 2015). Bu amaçla Roy'un geliştirdiği hemşirelik modelinde amaç hastanın uyumunu kolaylaştırmaktır (Barış, & diğ., 2015).

Taburculuk eğitimi ve telefon ile danışmanlık hizmetlerinin ardından yapılan son testte cinsiyet, yaşanan ilçe, medeni durum, çocuk sayısı, çalışma durumu, alkol kullanma, kronik hastalık, KABG nedeni, ameliyat durumu, ameliyat hakkında eğitim alma durumu değişkenleri ile baş etme ve uyum süreci genel ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlılık belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Baş etme ve uyum süreci ile ilgili literatürde KABG ameliyatı olmuş hastalarda uygulanmış çalışmalar çok azdır. Model kullanılarak yapılmış olan çalışmalar, modelin tedavi sürecinde pozitif etki yarattığı, iyileşmeyi hızlandırdığı ve

hastanın baş etme ile uyumunu artırdığını göstermektedir (Çatal, 2015; Çatal ve Dicle, 2011).

Kadın hastaların ameliyat sonrası dönemde anksiyete düzeylerinin yüksek olmasından (Karadağ & Bulut, 2019) dolayı erkek hastalar baş etme ve uyum süreçlerini daha hızlı atlatabilmektedir. Bunların dışında; puanları daha çok artan değişkenlerden hareketle, Kuzey Kıbrıs'ın başkenti Lefkoşa'da yaşayan hastaların sağlık hizmetleri ve ameliyat oldukları merkeze yakınlıkları, evli olan hastaların eş ve/veya çocuklarından iyileşme sürecinde destek almaları, işçi olarak çalışan bireylerin çalışma durumlarından mütevellit ellerinden geldiği kadar daha hızlı iş hayatına dönmek zorunda kalmaları, alkolün ameliyata ve hastalığa etkisinin bilinmesinden ötürü bırakmış olan, zaten mevcut kronik hastalığı olmuş ve buna uyum geliştirmiş bireyin KABG ameliyatına da uyum geliştirmesinin kolaylığı gibi nedenler hastaların son testte puanlarının daha çok artışını sağlamış olabilir.

Mesleklerin gerekliliği olan bilgi birikiminin, teorik ve pratik aşamada önemli bir kriter olduğunu unutmamak ve meslek üyelerine her zaman yol gösterdiğini hatırlamak gerekmektedir. Hemşirelik alanında da teorik ve pratik bilgiye giden yol hemşirelik kuramlarından geçmektedir. Kavram, kuram ve modeller sayesinde bilgi; bilimle yoğrulacak ve mesleğin yolunu aydınlatacaktır.

BÖLÜM VI

Sonuç ve Öneriler

Sonuçlar

Deney grubunda yer alan hastaların eğitim ve danışmanlık öncesi baş etme ve uyum süreci ölçeğinden almış oldukları ortalama puan $119,82 \pm 9,76$, sonrasında ise $133,42 \pm 6,35$ 'dir. Kontrol grubunun ise öncesinde $118,88 \pm 9,15$, sonrasında $126,74 \pm 7,06$ 'dır. Deney ve kontrol grupları arasında da istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmiştir ($p < 0,05$). Deney grubunda 13,6, kontrol grubunda da 7,86 puanlık artış tespit edilmiştir. Her iki grup arasında da istatistiksel anlamlılık mevcuttur.

Deney grubunda yer alan hastaların eğitim ve danışmanlık öncesi öz bakım gücü ölçeğinden almış oldukları ortalama puan $84,08 \pm 14,76$, sonrasında ise $98,02 \pm 13,70$ 'dir. Kontrol grubunun ise öncesinde $81,17 \pm 12,37$, sonrasında $90,31 \pm 12,39$ 'dur. Deney ve kontrol grupları arasında da istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmiştir ($p < 0,05$). Deney grubunda 13,94, kontrol grubunda da 9,14 puanlık artış tespit edilmiştir. Her iki grup arasında da istatistiksel anlamlılık saptanmıştır.

Deney grubunda eğitim ve danışmanlık öncesi yaşanılan ilçe, medeni durum, çalışma durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, gelir-gider durumu, evde bakım verecek birey tanıtıcı özellikleri ile baş etme ve uyum süreci ortalama puanlar arasında istatistiksel anlamlılık belirlenmiştir ($p < 0,05$). Kontrol grubunda ise medeni durum, alkol kullanma durumu değişkenleri ile ölçek ortalama puanı arasında istatistiksel anlamlılık vardır ($p < 0,05$).

Kontrol grubunda eğitim ve danışmanlık sonrası cinsiyet, yaşanılan ilçe, medeni durum, çocuk sayısı, çalışma durumu, alkol kullanma durumu tanıtıcı özellikleriyle baş etme ve uyum süreci ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlılık belirlenmiştir ($p < 0,05$). Kontrol grubundaysa medeni durum, evde bakım verecek birey değişkenleri ile ölçek ortalama puanı arasında istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Baş etme ve uyum süreci ölçeğinden son testte puanları en çok yükselen deney grubu tanıtıcı değişkenlerinin; 70-79 yaş aralığında (17,6), erkek (13,9), Lefkoşa ilçesinde yaşayan (17,7), evli (14,4), üç ve üstü çocuğu olan (15,7), okur-

yazar (15), işçi (17,37), sigara kullanmayan (15,2), alkol kullanmayan (15,2) gelir-gider durumu denk (14,3), evde çocuğun bakım verdiği (16,6) ve evde bakıma ihtiyacı olduğunu düşünmeyen (18) hastalara ait olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise 50-59 yaş aralığında (10,4), erkek (8,53), Lefkoşa ilçesinde yaşayan (9,28), evli (8,16), bir ile üç ve üstü çocuğu olan (7,75), ilkokul mezunu (11,6), işçi (13), sigara kullanan (11,5), alkol kullanmayı bırakan (10,4), gelir-gider durumu denk (7,96), evde eşin bakım vereceği (9,06) ve evde bakıma ihtiyacı olduğunu düşünmeyen (9,2) hastalar son testte puanları en çok yükselen gruplar olmuştur.

Deney grubunda eğitim ve danışmanlık öncesi kalp krizi geçirme durumu, evde yaşanacaklar hakkında endişe durumu, sorunlarla baş etme yöntemi tıbbi özellikleri ile baş etme ve uyum süreci ortalama puanlar arasında istatistiksel anlamlılık belirlenmiştir ($p<0,05$). Kontrol grubunda ise evde yaşanacaklar hakkında endişe durumu ölçek ortalama puanı arasında istatistiksel anlamlılık vardır ($p<0,05$).

Kontrol grubunda eğitim ve danışmanlık sonrası kronik hastalık, KABG nedeni, ameliyat durumu, ameliyat hakkında eğitim alma durumu tıbbi özellikleriyle baş etme ve uyum süreci ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlılık belirlenmiştir ($p<0,05$).

Baş etme ve uyum süreci ölçeğinden son testte puanları en çok yükselen deney grubu tıbbi değişkenlerinin; kronik hastalığı olan (13,7), DM hastası (23), kalp krizi geçirmiş (17,3), göğüs ağrısı nedeni ile KABG ameliyatı olmuş (23), ameliyatı acil gerçekleşmiş (17), üç damarı greftlenmiş (17,5), ameliyat hakkında eğitim almamış (15,5), bilgi kaynağı hemşire olan (23), bilginin yetersiz olduğunu düşünen (15), evde yaşanabilecekler hakkında endişe duyan (18,3) ve aileleri ile paylaşarak sorunlarıyla baş eden (15) hastalara ait olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise kronik hastalığı olan (7,97), DM hastası (14,6), kalp krizi geçirmiş (14,4), KABG nedeni kalp krizi olan (12,5), ameliyatı acil gerçekleşmiş (12,1), üç damarı greftlenmiş (10,6), ameliyat hakkında eğitim almış (9), ameliyat hakkında bilgi kaynağı hemşire olan (14), bilginin yetersiz olduğunu düşünen (9), evde yaşanacaklar hakkında endişe duyan (9,88) ve arkadaşları ile paylaşarak sorunlarıyla paylaşarak (9,25) baş eden hastalar tespit edilmiştir.

Deney grubunda eğitim ve danışmanlık öncesi cinsiyet, çocuk sayısı, çalışma durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, evde bakım verecek birey

tanıtıcı özellikleriyle öz bakım gücü ölçeği ortalama puanlar arasında istatistiksel anlamlılık belirlenmiştir ($p<0,05$). Kontrol grubunda ise çalışma durumu, sigara kullanma durumu değişkenleri ile ölçek ortalama puanı arasında istatistiksel anlamlılık vardır ($p<0,05$).

Deney grubunda eğitim ve danışmanlık öncesi ameliyat hakkında bilgi kaynakları, bilgi yeterlilik durumu, evde yaşanacaklar hakkında endişe durumu tıbbi özellikleri ile öz bakım gücü ölçeği ortalama puanlar arasında istatistiksel anlamlılık belirlenmiştir ($p<0,05$). Kontrol grubundaysa evde yaşanacaklar hakkında endişe durumu değişkeni ile ölçek ortalama puanı arasında istatistiksel anlamlılık vardır ($p<0,05$).

Öz bakım gücü ölçeğinden son testte puanları en çok yükselen deney grubu tanıtıcı değişkenlerinin; 70-79 yaş aralığında (17,6), kadın (14,7), İskele ilçesinde yaşayan (17), bekar (15,4), üç ve üstü çocuğu olan (16,6), ilkokul mezunu (19), ev hanımı (16,4), sigara kullanmayan (14,5), alkol kullanmayan (15,1), gelir-gider durumu denk (14,3), evde bakıcının bakım vereceği (18) ve evde bakıma ihtiyacı olduğunu düşünen (14) hastalara ait olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise 60-69 yaş aralığında (10,5), erkek (9,9), Girne ve İskele ilçesinde yaşayan (12), bekar (11), çocuğu olmayan ve bir çocuğu olan (14), üniversite mezunu (15,8), işçi (11,25), sigara kullanan (14), alkol kullanmayı bırakan (9,8), geliri giderden az (14), evde eş harici aile üyelerinden birinin bakım vereceği (13,6) ve evde bakıma ihtiyacı olduğunu düşünmeyen (10,2) hastalardır.

Öz bakım gücü ölçeğinden son testte puanları en çok yükselen deney grubu tıbbi değişkenlerinin; kronik hastalığı olan (15), diğer grubu kronik hastalığı olan (19), kalp krizi geçişmemiş (14,2), KABG nedeni göğüs ağrısı olan (17), ameliyatı planlı gerçekleşmiş (14,1), üç damarı greftlenmiş (19,2), ameliyat hakkında eğitim almamış (15,4), ameliyat hakkında bilgi kaynağı hekim (14), bilginin yetersiz olduğunu düşünen (17), evde yaşanacaklar hakkında endişe duyan (15,1) ve aileleri ile paylaşarak sorunları ile baş eden (14,2) hastaların olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise kronik hastalığı olmayan (9,33), diğer grubu kronik hastalığı olan (11,3), kalp krizi geçirmiş (10), kalp krizi nedeni ile KABG ameliyatı olmuş (12,3), ameliyatı acil gerçekleşmiş (12), iki damarı greftlenmiş (11,8), ameliyat hakkında eğitim almamış (12,1), ameliyat bilgi kaynağı hekim (10,2), bilginin yetersiz

olduğunu düşünen (11,6), evde yaşanacaklar hakkında endişe duyan (9,3) ve sorunları ile arkadaşlarıyla paylaşarak baş eden (15) hastalar oluşturmuştur.

Öneriler

Belirlenen sonuçlara göre;

Taburculuk eğitimi ve telefon ile hasta danışmanlığı hizmetleri hastaların öz bakım güçlerini artırmakta, baş etme ve uyum süreçlerini kolaylaştırmaktadır. Bu nedenle taburculuk eğitimi ve telefon ile danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması,

Taburculuk eğitim materyallerinin, güncel kılavuz ve bilgiler ışığında düzenli olarak değiştirilmesi ve hastalara ulaştırılmasının sağlanması,

Kuzey Kıbrıs'ta KABG ameliyatı geçirmiş hastalara taburculuk eğitimi ve telefon ile hasta danışmanlığı uygulanmış ilk çalışma olmasının özelliği ile bu hastalar veya başka hasta grupları ile yeni çalışmaların yapılması önerilebilir.

Kaynakça

- Agrawal, H., Choy, H. K., Liu, J., Auyoung, M., Albert, M. A. (2020). Coronary Artery Disease. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 40, 185-195.
<https://doi.org/10.1161/ATVBAHA.120.313608>
- Ahraz, M. (2018). *Koroner Anjiyografi Sonrası Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Önerilen Hastalarda Hemşirenin Eğitici Hasta Danışmanlığı Rolünün Hastanın Anksiyete ve Cerrahi Kararına Etkisi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. T.C. Hasan Kalyoncu Üniversitesi.
- Akay, B., Durmaz Akyol, A. (2014). Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Tele İzlem Yönteminin Özbakım Gücüne Olan Etkisinin İncelenmesi. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 5(8), 75-88.
<https://doi.org/10.5543/khd.2014.009>
- Akbari, M. (2014). *Determination of The Effects of Discharge Training and Counseling on Quality of Life and Post Discharge Problems in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery* [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. T.C. Hacettepe University.
- Akbari, M., Şenol Çelik, S. (2018). The Effects of Discharge Training and Postdischarge Counseling on Quality of Life after Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Nurs Midwifery Stud*, 7, 105-10. https://doi.org/10.4103/nms.nms_2_18
- Akdeniz, Ş., Canlı Özer, Z. (2021). Orem'in Öz Bakım Eksikliği Teorisine Dayalı Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Semptom Yönetimi, Öz Bakım Gücü ve Sağlık Davranışlarına Planlı Hasta Eğitiminin Etkisinin Değerlendirilmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 12(28), 100-109. <https://doi.org/10.5543/khd.2021.21007>
- American Heart Association. (2020). 2020 Heart Disease and Stroke Statistical Update Fact Sheet At-a-Glance.
- Annaç, S. (2018). *Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. T.C. Hasan Kalyoncu Üniversitesi.

- Asıgbulmuş, H. (2016). *Hasta Memnuniyeti Çerçevesinde Hastane Tercihinde Etkili Olan Faktörler: Isparta İlinde Bir Araştırma* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi.
- Aslan, M., Hocoğlu, Ç. (2017). Yaşlanma ve Yaşlanma Dönemiyle İlişkili Psikiyatrik Sorunlar. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg*, 7(1), 53-62.
- Avcı Işık, S. (2017). *Koroner Arter By-Pass Greft Ameliyatı Geçiren Bireylere Verilen Taburculuk Eğitiminin ve Danışmanlık Hizmetinin Öz-Etkililik, Bakım Davranışları ve Yaşanan Sorunlar Üzerine Etkisi* [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. T.C. Kocaeli Üniversitesi.
- Ay, B. (2019). *Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Erken Mobilizasyon Sonrası Ortostatik Hipotansiyon ve Ortostatik İntolerans Görülme Sıklığının Belirlenmesi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. T.C. Gazi Üniversitesi.
- Aydın, A., Gürsoy, A. (2019). The Care Needs and Care Dependency of Coronary Artery Bypass Graft (CABG) Patients After Hospital Discharge. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(1), 8-14. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2019.008>
- Aylaz, R., Erci, B. (2009). Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarına Evde Verilen Bakımın ve İzlemin Hastaların Öz-Bakım Gücüne Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 81-90.
- Bağ, E., Mollaoğlu, M. (2010). Hemodiyaliz Uygulanan Hatalarda Özbakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 7(1-2), 31-38.
- Bahar, A. (2011). Hipertansiyonu Olan Hastaların Öz Bakım Gücünün Belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 8(1), 18-23.
- Baksi Şimşek, A., Sarıkaya, A. (2015). Hemşirelik Modeli ve Bakım: Primer Beyin Tümörlü Hastaların Roy'un Uyum Modeli ile Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(3), 224-232. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2015.224>
- 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), 232-243.

- Barış, N., Gülseven Karabacak, B., Ecevit Alpar, Ş. (2015). Roy Adaptasyon Modeline Göre Bir Hemşirelik Bakım Planı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(2), 130-139.
- Bikmoradi, A., Masmouei, B., Ghomeisi, M., Roshanaei, G., Masiello, I. (2017). Impact of telephone cpunseling on the quality of life of patients discharged after coronary artery bypass grafts. *Patient Education and Counseling*, 100, 2290-2296.
- Cebeci, F. (2004). *Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastalara Verilen Taburculuk Eğitimi ve Danışmanlık Hizmetinin Öz-Bakım Gücüne, Anksiyete ve Depresyon Durumuna Etkisi* [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. T.C. Hacettepe Üniversitesi.
- Chen, L.M., Norton, E.C., Banerjee, M., Regenbogen, S., Cain-Nielsen, A., Birkmeyer, J.D. (2017). Surgical Post-acute Care Spending Driven by Choice of Post-Acute Care Setting Rather than Intensity of Services. *Health Aff (Millwood)*, 36(1), 83-90. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0668>
- Civek, S., Akman, M. (2022). Dünyada ve Türkiye’de kardiyovasküler hastalıkların sıklığı ve riskin değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physican*, 13(1), 21-28. <https://doi.org/10.15511/tjtfp.22.00121>
- Çelik, A., Yıldırım, Y. (2016). Orem Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Kuramı’na Göre Vazovagal Senkop’u Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(14), 182-186. <https://doi.org/10.5543/khd.2016.38358>
- Çam Yanık, T., Gürdil Yılmaz, S. (2019). Kardiyovasküler Cerrahi Sonrası Yoğun Bakımda Yaşanan Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 1(2), 122-127.
- Çatal, E. (2015). *Koroner Arter Bypass Greftli Hastalarda Hemşirelik Girişimlerinin Öğrenim Gereksiniminin Karşılınması, İyileşme Algısı, Başetme-Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi* [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Çatal, E., Dicle, A. (2011). Koroner Arter Bypass Greftli Hastalarda Erken Dönem Hemşirelik Bakımının Roy’un Uyum Modeline Göre Analizi. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 2, 68-80.

- Çetinkaya, F., Duru Aşiret, G. (2017). Dahili ve Cerrahi Kliniklerindeki Hastaların Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *DEUHFED*, 10(2), 93-99.
- Demir Doğan, M., Çadırılı, Ş., Paçaçı, M., Arslan, Y. (2019). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Bakıma İlişkin Değerlendirmeleri ve Öğrenim Gereksinimleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 6(1), 22-28. <https://doi.org/10.5222/SHYD.2019.39200>
- Demirkıran, G., Uzun, Ö. (2012). Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Öğrenim Gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(1), 1-12.
- Demirtürk Selçuk, E., Demirbağ, B.C. (2019). Dorothea Elizabeth Orem'in Öz-Bakım Teorisi'ne Göre Konjestif Kalp Yetersizliği Olan Hastanın Hemşirelik Bakım Planı. *GÜSBD*, 8(3), 333-342.
- Dığın, F. (2018). *Koroner Arter Bypass Sonrası Telefonla Hemşire Danışmanlığının Yaşlı Hastaların Otonomi Düzeyine Etkisi* [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. T.C. Trakya Üniversitesi.
- 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 Damar Cerrahisi Dergisi*, 20(3), 530-535. <https://doi.org/10.5606/tgkdc.dergisi.2012.101>
- Durusoy, E., Yıldırım, T., Altun, A. (2010). Koroner Arter Hastalığı Poliklinik Takibi. *Trakya Univ Tıp Fak Derg*, 27(Supp 1), 13-18.
- Emre, Ö. (2019). *Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Telefon ile İzlenmesinin Bakım Sonuçlarına Etkisi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. T.C. Sanko Üniversitesi.
- Ermiş, N., Sayın Kasar, K., Karaman, E., Yıldırım, Y. (2018). Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Yorgunluk. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 9(20), 102-112. <https://doi.org/10.5543/khd.2019.30164>
- Erol Ursavaş, F., Karayurt, Ö., İşeri, Ö. (2014). Meme Kanseri Nedeniyle Meme Koruyucu Cerrahi Yapılan Bir Hastaya Roy Uyum Modeline Temellendirilmiş Hemşirelik Yaklaşımı. *J Breast Health*, 10, 134-140. <https://doi.org/10.5152/tjbh.2014.191>

- Esmaelpour, H., Yazdi, K., Kolagari, S., Azimi, H. R., Ahmadi, A. A. M. (2017). Effect of training and post discharge follow-up on self-care behavior of patients with ischemic heart disease. *Koomesh Spring*, 19(2), 448-457.
- Eşlik, M., Çetinkaya, A. (2019). Self-Efficacy Perceptions in Coping of the Patients' Post-Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 10(22), 41-49. <https://doi.org/10.5543/khd.2019.73644>
- Fredericks, S., Yau, T. (2013). Educational intervention reduces complications and rehospitalizations after heart surgery. *West J Nurs Res*, 35, 1251-65. <https://doi.org/10.1177/0193945913490081>
- Ghavami, H., Safarzadeh, F., Asi, R. G. A. (2018). Effect of self-care interventions on sleep quality in post-coronary artery bypass grafting patients: A single-center, randomized-controlled study. *Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 26(4), 550-556. <http://dx.doi.org/doi:10.5606/tgkdc.dergisi.2018.16789>
- Güçlü, A., Kurşun, Ş. (2017). Genel Cerrahi Hastalarının Taburculuk Eğitim Gereksinimleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(2), 107-113.
- Hartford, K. (2005). Telenursing and patients' recovery from bypass surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 459-468. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03427.x>
- Henke, R. M., Karaca, Z., Jackson, P., Marder, W. D., Wong, H. S. (2017). Discharge Planning and Hospital Readmissions. *Medical Care Research and Review*, 74(3), 345-368. <https://doi.org/10.1177/1077558716647652>
- Kacaroglu Vicdan, A., Gülseven Karabacak, B. (2014). Hemşirelik Modellerinden: Roy Adaptasyon Modeli. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 255-259.
- Karadağ, M., Bulut, H. (2019). *Cerrahi Hemşireliği*. Vize Yayıncılık.
- Karadağ, A., Çalışkan, N., Göçmen Baykara, Z. (2017). *Hemşirelik Teorileri ve Modelleri*. Akademi Basın.
- Karadakovan, A., Eti Aslan, F. (2017). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Akademi Basın.

- Karakoç Kumsar, A., Taşkın Yılmaz, F. (2017). Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörlerinden Korunmada Hemşirenin Rolü. *OTSBD*, 2(4), 18-27.
<https://doi.org/10.26453/otjhs.338014>
- Karayurt, Ö., İşeri, Ö., Erol, F. (2014). Karanlıktan Aydınlığa Canlıdan Karaciğer Transplantasyonu; Roy Uyum Modeline Temellendirilmiş Nitel Bir Çalışma. *DEUHYO ED*, 7(4), 257-264.
- Kars Fertelli, T., Tel, H. (2007). Miyokard İnfarktüsü Sonrası Bireylere Verilen Planlı Eğitimin Öz Bakım Gücüne Etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 11(2), 57-61.
- Kasapoğlu, E. S., Enç, N. (2017). Koroner Arter Hastaları İçin Bir Rehber. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(15), 1-7. <https://doi.org/10.5543/khd.2017.42713>
- Koç, Z., Keskin Kızıltepe, S., Çınarlı, T., Şener, A. (2017). Hemşirelik Uygulamalarında, Araştırmalarında, Yönetiminde ve Eğitiminde Kuramların Kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(1), 62-72. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2017.062>
- Koplay, M., Erol, C. (2013). Koroner Arter Hastalığı. *Trd Sem*, 1, 57-69.
<https://doi.org/10.5152/trs.2013.007>
- Köse, M.R., Bora Başara, B., Güler, C., Yentür, G.K., Gürbüz, A., Pekerçli, A., ve diğerleri. (2013). *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı*.
- Kurbun, H., Metin Akten, İ. (2018). Hemodiyaliz Hastalarında Öz-Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Türk Neph Dial Transpl*, 27(3), 277-287.
<https://doi.org/10.5262/tndt.2018.3229>
- Kuşeli Dost, S., Kaya, H. (2021). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planı Algısı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 25(2), 68-78.
- Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Devlet Planlama Örgütü. (2020). *Ekonomik ve Sosyal Göstergeler*.
- Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti İstatistik Kurumu. (2019). *İstatistik Yıllığı*.
- Lafçı, G., Çağlı, K., Özcan, F. (2014). Koroner arter baypas greft cerrahisi: Güncelleme. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 22(1), 211-215.
<https://doi.org/10.5606/tgkdc.dergisi.2014.7419>

- Malakar, A. K., Choudhury, D., Halder, B., Paul, P., Uddin, A., Chakraborty, S. (2019). A review on coronary artery disease, its risk factors, and therapeutics. *Journal of Cellular Physiology*, 234, 16812-16823. <https://doi.org/10.1002/jcp.28350>
- Mavili, İ., Şahutoğlu, C., Pestilci, Z., Kocabaş, S., Aşkar, F.Z. (2016). Koroner Arter Baypas Greftleme Cerrahisi Sonrası Erken Dönemde Gelişen Komplikasyonlar ve İlişkili Etiyolojik Faktörler. *GKDA Derg*, 22(1), 16-23. <https://doi.org/10.5222/GKDAD.2016.016>
- Meşe, S. (2018). *Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Ölçeğinin Geliştirilmesi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi.
- Moghadam, M.P., Nasiri, A. (2014). The Effect of Self-Care Program on The Dependence of Hemodialysis Patients Based on Orem's Self-Care Theory. *International Journal of Current Life Sciences*, 4(12), 11757-11763.
- Montrief, T., Koyfman, A., Long, B. (2018). Coronary artery bypass graft surgery complications: A review for emergency clinicians. *American Journal of Emergency Medicine*, 36, 2289-2297. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.09.014>
- Musunuru, K., Kathiresan, S. (2019). Genetics of Common, Complex Coronary Artery Disease. *Cell*, 177, 132-145. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2019.02.015>
- Muz, G., Eğlence, R. (2013). Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 15-21.
- Nahcivan, N. (1993). *Sağlıklı Gençlerde "Öz-Bakım Gücü" ve Aile Ortamının Etkisi* [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. T.C. İstanbul Üniversitesi.
- Nahcivan, N.O. (2004). A Turkish Language Equivalence of the Exercise of Self-Care Agency Scale. *Western Journal of Nursing Research*, 26(7), 813-824. <https://doi.org/10.1177/0193945904267599>
- Nart, A. (2013). *Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Mobilize Olan Hastalarda Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. T.C. Haliç Üniversitesi.
- Negarandeh, R., Nayeri, N.D., Shirani, F., Janani, L. (2012). The impact of discharge plan upon re-admission, satisfaction with nursing care and the ability to self-care for coronary artery bypass graft surgery patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11(4), 460-465. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.05.001>

- Nicolli, T., Gehlen, M.H., Ilha, S., Diaz, C.M.G., Machado, K.F.C., Nietsche, E.A. (2015). Self care theory in pregnant women during chemical detoxification from crack: nursing's contributions. *Esc Anna Nery*, 19(3), 417-423. :
<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150055>
- Oğuz, S., Erguvan, B., Ünal, G., Bayrak, B., Çamcı, G. (2019). Üniversite Öğrencilerinde Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi. *MN Kardiyoloji*, 26(3), 184-191.
- Okgün Alcan, A., Demir Korkmaz, F., Çakmakçı, H. (2017). Koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 25(1), 45-51.
<https://doi.org/10.5606/tgkdc.dergisi.2017.13336>
- Onat, A., Can, G., Yüksel, H., Ademoğlu, E., Erginel Ünaltuna, N., Kaya, A, ve diğerleri. (2017). *TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük*. Logos Yayıncılık.
- Ovalı, C., Şahin, A. (2018). Koroner arter by-pass cerrahisi sonrası erken kardiyak komplikasyonların tanı ve tedavisinde ekokardiyografinin rolü. *Cukurova Med J*, 43(4), 862-867. <https://doi.org/10.17826/cumj.380658>
- Öz Alkan, H. (2016). Hasta Eğitimi ve Davranış Değişikliği Geliştirme. *Journal of Caridovascular Nursing*, 7(Sup 2), 41-47. <https://doi.org/10.5543/khd.2016.29591>
- Özcan, H. (2008). *Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastalar Tarafından Kullanılma Oranları* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. T.C. Trakya Üniversitesi.
- Özgür, G., Yıldırım, S., Komutan, A. (2010). Menopoz Sonrası Kadınların Öz Bakım Gücü ve Etki Eden Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1), 35-43.
- Özkaraman, A., Özer, S., Balcı Alpaslan, G. (2012). Romatoid Artritli Bir Vakanın Hemşirelik Bakımında Roy Adaptasyon Modelinin Kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 138-152.

- Öztürk, G. (2021). *KABG Yapılan 75 Yaş Üstü Hastalarda Operasyon Risk Analizinin Retrospektif Değerlendirilmesi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. T.C. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi.
- Pazar, B., Taştan, S., İyigün, E. (2015). Tele Sağlık Sisteminde Hemşirenin Rolü. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 11(1), 1-4. <https://doi.org/10.5350/BTDMJB201511101>
- Sakman, Z. (2019). *Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. T.C. Hasan Kalyoncu Üniversitesi.
- Salık Asar, A. (2015). *Total Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi ve Sonrası Verilen Taburculuk Eğitiminin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. T.C. Adnan Menderes Üniversitesi.
- Sarıtaş, S., Erci, B., Boyraz, A. (2018). Koroner Arter Baypas Grefti Yapılan Hastaların Taburculuk Sonrası Öğrenim Gereksinimleri. *JAREN*, 4(3), 142-147. <https://doi.org/10.5222/jaren.2018.04834>
- Sis Çelik, A., Aksoy Derya, Y. (2019). Gebelerin Öz Bakım ile Sağlık Uygulamaları Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *GÜSBD*, 8(1), 111-119.
- Soyer, Ö., Candan Sönmez, Y., Yavuz van Giersbergen, M. (2018). Ameliyat Olan Hastaların Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *DEUHFED*, 11(3), 200-208.
- Sun, Z.H., Cao, Y., Li, H.F. (2011). Multislice computed tomography angiography in the diagnosis of coronary artery disease. *J Geriatr Cardiol*, 8, 104-113. <https://doi.org/10.1007/s11684-011-0153-7>
- Şenyuva, E., Taşocak, G. (2007). Hemşirelerin Hasta Eğitimi Etkinlikleri ve Hasta Eğitim Süreci. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg*, 15(59), 100-106.
- Tanrıverdi, B., Savaş Tetik, Ş. (2017). Aterosklerozun Patofizyolojisi ve Risk Faktörleri. *Marmara Pharmaceutical Journal*, 21, 1-9. <https://doi.org/10.12991/marupj.259875>
- Taşdemir, R., Oğuzöncül, A. F. (2020). Evde Sağlık Hizmeti Verilen Bireylerin Hastalık Durumlarının ve Sosyo-demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 17(2), 11-28.

- Taylan, S., Alan, S., Kadioğlu, S. (2012). Hemşirelik Roller ve Özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 3, 66-74.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). Birinci Basamakta Çalışan Hekimler İçin Koroner Arter Hastalığına Yönelik Eğitici Eğitimi.
- Tok Yıldız, F., Kaşıkçı, M. (2018). Koroner Arter Hastalığı Tanısı ile İzlenen Bireyin Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na Göre Bakımı (Olgu Sunumu): *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 114-120.
- Totur Dikmen, B., Yavuz van Giersbergen, M. (2021). Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri. *Gevher Nesibe Journal of Medical & Health Sciences*, 6(13), 68-73. <http://dx.doi.org/10.46648/gnj.239>
- Tuna, S. (2019). *Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Planlı Taburculuk Eğitiminin Sağlık Bilgi ve İnançlarına Etkisinin Değerlendirilmesi* [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. T.C. Manisa Celal Bayar Üniversitesi.
- Tuna, A., Emre, Ö. (2020). Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Telefon ile İzlenmesinin Bakım Sonuçlarına Etkisi. *PASHİD*, 2(1), 44-53.
- Turan Kavradım, S., Canlı Özer, Z. (2016). Miyokard İnfarktüsü Sonrası Roy Uyum Modeline Dayalı Hemşirelik Yaklaşımı. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(12), 24-35. <https://doi.org/10.5543/khd.2016.003>
- Türen, S., Efil, S. (2014). Akut Koroner Sendromlar ve Hemşirelik Yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 18(2), 43-51.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2020). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019.
- Unsar, S., Erol, O., Mollaoglu, M. (2007). The Self-Care Agency in Dialyzed Patients. *Dialysis & Transplantation*, 1-7. <https://doi.org/10.1002/dat.20094>
- Uysal, H. (2012). Kardiyak Rehabilitasyon ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 3(3), 49-59. <https://doi.org/10.5543/khd.2012.006>

- Ünsal Avdal, E., Kızılcı, S. (2010). Diyabet ve Özbakım Eksikliği Teorisinin Kavram Analizi. *DEUHYO ED*, 3(3), 164-68.
- Williamson, T.M., Rouleau, C.R., Aggarwal, S.G., Arena, R., Hauer, T., Campbell, T.S. (2021). The impact of patient education on knowledge, attitudes, and cardiac rehabilitation attendance among patients with coronary artery disease. *Patient Education and Counseling*, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.04.024>
- World Health Organization (2021). Noncommunicable Diseases.
- Yalçın, S., Arpa, Y., Cengiz, A., Doğan, S. (2015). Hemşirelerin Hastaların Taburculuk Eğitim Gereksinimlerine Yönelik Görüşleri ile Hastaların Eğitim Gereksinimlerine Yönelik Görüşlerinin Karşılaştırılması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(3), 204-209. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2015.204>
- Yaman Aktas, Y., Gok Uğur, H., Orak, O.S. (2020). Discharge Education Intervention to Reduce Anxiety and Depression in Cardiac Surgery Patients: A Randomized Controlled Study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 35, 185-192. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.08.012>
- Yavaş Çelik, M. (2019). Orem'in Öz Bakım Eksikliği Kuramı ve Bu Kurama Göre Sağ Ayak Bileği ve Pelvis Kırığı Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı. *Sağlık ve Toplum*, 29(3), 99-104.
- Yavuz, D. (2019). *Koroner Arter Bypass Graft ve Kalp Kapak Ameliyatı Olan Hastaların Evde Yaşadıkları Semptomlar ve Öz Etkililiklerinin Karşılaştırılması* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. T.C. Maltepe Üniversitesi.
- Yetkin, A. (2002). Hemşirelerin Hasta ve Ailesinin Eğitimi ile İlgili Görüş ve Uygulamaları. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(1), 53-59.
- Yıldırım, A., Çevik, B. (2016). Diyabetik Ayak Vaka Örneğinde Hemşirelik Gereksinimlerinin Orem Özbakım Kuramına Göre Değerlendirilmesi. *STED*, 25(5), 205-212.
- Yıldırım, N., Çiftçi, B., Kaşıkçı, M. (2017). Hemşirelerin Hasta Eğitimi Verme Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Atatürk İletişim Dergisi*, 14, 217-230.

Yılmaz, M., Yılmaz, P. (2019). Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Roy'un Uyum Modeline Göre Değerlendirilmesi: İki Olgu Sunumu. *HUHEMFAD-JOHUFON*, 6(1), 65-73. <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.544146>

Ekler**Ek 1.****Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Uygulanan Hastaların Taburculuk Eğitim
Rehberi****KORONER ARTER BYPASS GREFT
AMELİYATI UYGULANAN HASTALARIN
TABURCULUK EĞİTİMİ REHBERİ****UZM. UFUK KAYA
LEFKOŞA, KKTC
2020**

İÇİNDEKİLER

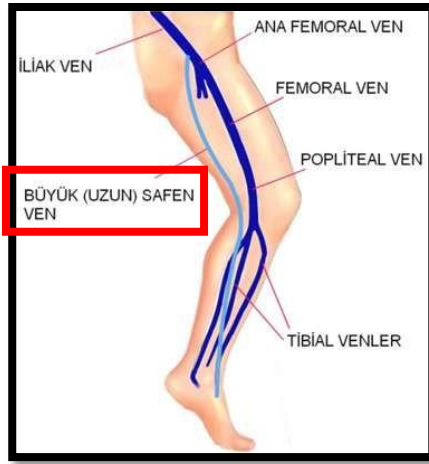
- 1.Bypass ameliyatı nedir?
- 2.Ameliyat için hangi damarlar kullanılır?
- 3.Bypass ameliyatının çeşitleri nelerdir?
- 4.Bypass ameliyatı hangi durumlarda uygulanır?
- 5.Bypass ameliyatı sonrası kullanılmam gereken ilaçlar nelerdir?
- 6.Ameliyat sonrası günlük yaşamda nelere dikkat etmeliyim?
- 7.Ameliyat sonrası ağrılarımı nasıl giderebilirim?
- 8.Ameliyat sonrasında egzersiz yapabilir miyim?
- 9.Ameliyat sonrası yara bakımı nasıl olmalıdır?
- 10.Ameliyat sonrası beslenmemde nelere dikkat etmeliyim?
- 11.Kabızlığı nasıl önleyebilirim?
- 12.Ameliyattan sonra ne zaman banyo yapabilirim?
- 13.Ameliyat sonrasında kaliteli bir uyku için öneriler nelerdir?
- 14.Ameliyat sonrası bir sorun geliştiğini ve hastaneye gitmem gerektiğini gösteren belirtiler nelerdir?
- 15.Ameliyat sonrası günlük aktivitelere ne zaman dönebilirim?
- 16.Ameliyat olduktan sonra sigara ve alkol kullanabilir miyim?
- 17.Stres ve kaygıdan nasıl uzak durabilirim?
- 18.Taburculuk sonrası hangi sıklıkta kontrole gitmeliyim?
- 19.Taburculuk sonrası sağlık kurumu ile nasıl iletişim kurabilirim?
- 20.KAYNAKLAR

1. Bypass ameliyatı nedir?

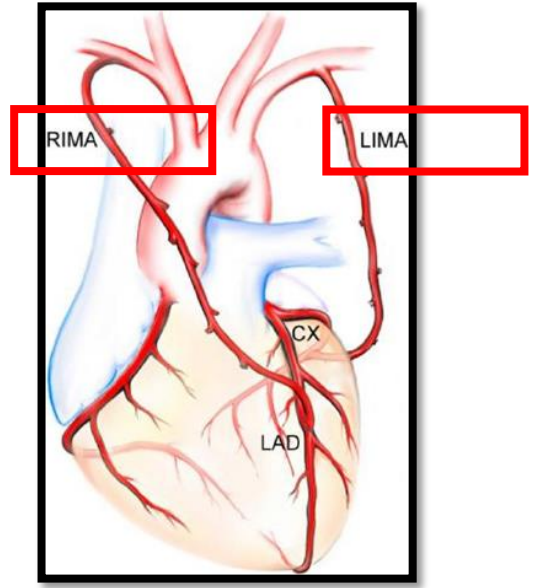
Bypass ameliyatı, kalbi besleyen damar (koroner arter) hastalıklarının tedavisinde uygulanır. Vücudun başka bir yerinden alınan damar, kalbi besleyen damara köprü işlemleri yapılarak yerleştirilir.

2. Ameliyat için hangi damarlar kullanılır?

Koroner arter bypass greft için en çok kullanılan damarlar; bacakta bulunan büyük damar (Resim 1) ve kalpte bulunan, sağda ve solda birer tane, mammarian olarak isimlendirilen (Resim 2) damarlardır.

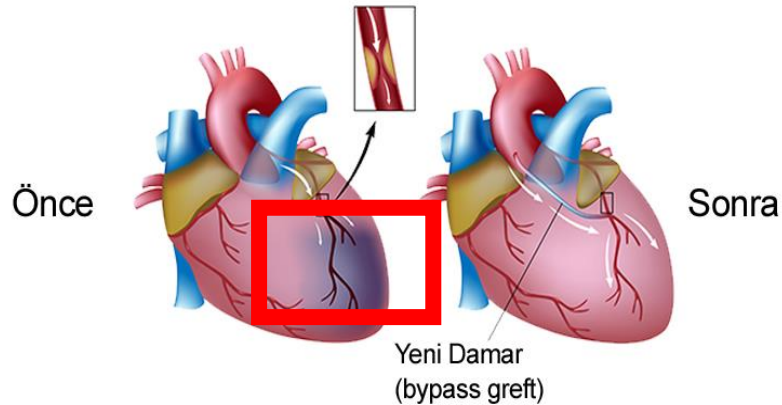


Resim 1. Büyük safen ven
(<https://www.varisbursa.com/toplardamarlar/>)



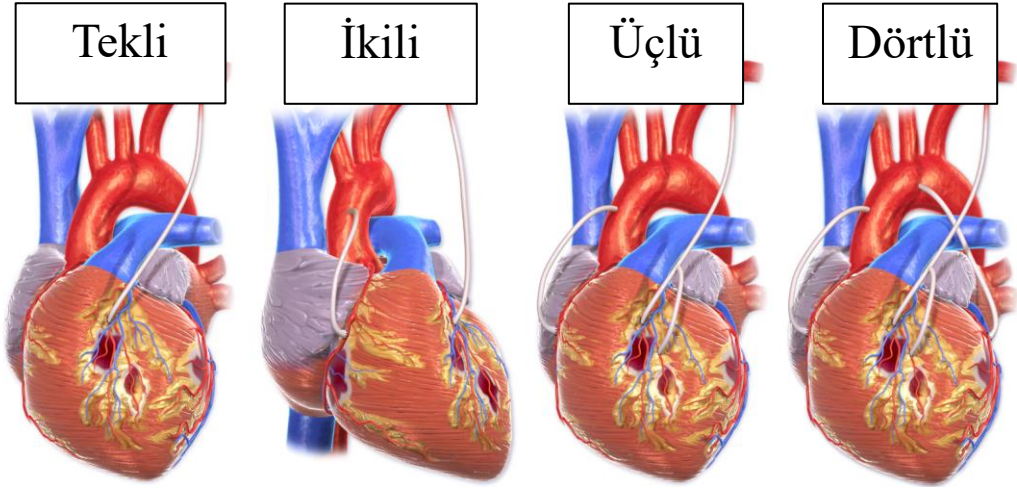
Resim 2. Mammarian damarları
(<https://vpjournal.net/article/view/3141>)

Koroner arter bypass ameliyatı



Resim 3. Tıkanmış olan (sol) ve bypass greft (köprüleme) yapılmış kalp
(<http://www.kalp-yetersizligi.com/kalp-yetersizliginde-cerrahi-tedavi-secenekleri-nelerdir/>)

3.Bypass ameliyatının çeşitleri nelerdir?



Resim 4. Yapılan greftleme sayısına göre damarlar ve görünümü (<http://www.ilhanmavioglu.com/koroner-bypass/>)

4.Bypass ameliyatı hangi durumlarda uygulanır?

- Kalp krizi ve beraberinde olan şiddetli göğüs ağrısı,
- Kalbi besleyen damarların %50'den fazla tıkanması,
- İki ya da üç damarda tıkanma, hasar,
- Kalbi besleyen damarlarda meydana gelen üçlü kronik hastalıklar,
- Ani kalp krizi veya kalbin fonksiyonunda bozukluk,
- Kalbe yapılan girişimlerin başarısız olması ya da komplikasyon gelişmesi durumlarında bypass ameliyatı uygulanır.

5.Bypass ameliyatı sonrası kullanmam gereken ilaçlar nelerdir?

Antibiyotikler: Ameliyatın ardından günde 3 kez damardan (daha sonra ağızdan devam edebilir) antibiyotik verilebilir. Enfeksiyon gelişimini önlemek, var ise iyileştirmek amaçlı kullanılır. Genel olarak; ishal, bulantı, kusma, alerji gibi durumlara yol açabilmektedir.

Balgam Söktürücüler: Ameliyat sonrası dönemde, öksürük ile balgamın dışarı atımını kolaylaştırmak amacı ile günde 3 defa kullanılabilir. Bu ilaçlar, bireyin duyarlılığı olması durumunda alerjiye sebep olabilir.

Mide Koruyucular: Ameliyat sonrasında mide koruyucular, diğer kullanılan ilaçların mideye yapacağı olumsuz etkileri azaltmak amacı ile damardan (daha sonra ağızdan devam edebilir) uygulanabilir. Mide koruyucular vücut tarafından iyi tolere edilir. Bu nedenle çok hafif ya da geçici yan etkiler oluşturabilir.

Kan Sulandırıcılar: Ameliyatlardan sonra kan sulandırmak ve pıhtı oluşumunu önlemek için verilir. Genellikle deri altına iğne yapılarak uygulanır. Yüksek dozda uygulandığı zaman kanamaya sebep olabilir. Çok duyarlı kişilerde, sürekli aynı bölgeye enjeksiyon yapılırsa deri olumsuz etkilenecektir.

Ritim Düzenleyiciler: Ritim düzenleyiciler de ameliyat sonrasında damardan uygulanarak veya ağızdan kullanılır. Kullanım amacı; ameliyattan sonra oluşabilecek anormal kalp ritimlerini düzenlemek ve önlemektir. Ritim düzenleyicilerin en yaygın görülebilen yan etkileri arasında; kalp hızında azalma, çarpıntı, sersemlik, baş ağrısı ve baş dönmesi bulunmaktadır.

İdrar Söktürücüler: Bu ilaçlar ameliyat sonrası dönemde uygulanabilir. Genellikle günde 1 defa kullanılması uygundur. Kullanım amacı; böbreklerde idrarın oluşmasını artırmak ve bu sayede sıvı ve diğer minerallerin artmasını sağlamaktır. İdrar söktürücü kullanan hastalarda; vücutta kaşıntı ve kabartı, ritim bozukluğu, aşırı alım gibi durumlarda da sıvı ve Potasyum gibi elektrolit dengesizlikleri görülebilir.

Ağrı Kesiciler: Damardan veya ağızdan alınarak ameliyat sonrası dönemde uygulanabilir. Ağrı kesicilerin düzenli kullanılması ciddi bir olumsuz etkiye sebep olmamaktadır. Ancak duyarlı kişilerde bulantı, kusma, ishal, alerji durumlarına sebep olabilir.



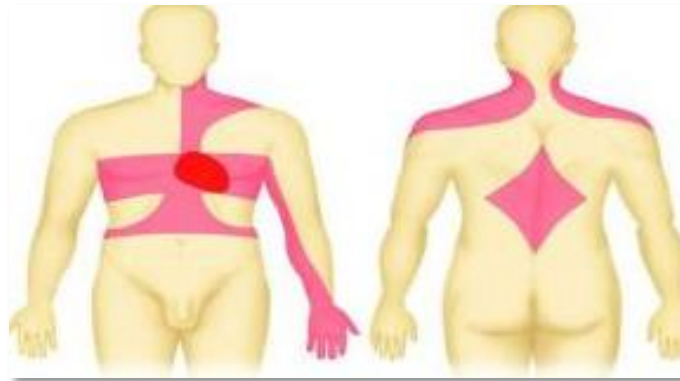
6. Ameliyat sonrası günlük yaşamda nelere dikkat etmeliyim?

Bypass ameliyatı olmuş bireyin ameliyattan sonra; yara yerinin bakımı, ani ve hastaneye başvurulması gereken durumların bilinmesi, kullanması gereken ilaçlar, egzersiz, beslenme, banyo yapma/duş alma, kaliteli uyku, günlük aktiviteler (iş, temizlik), seyahat, ziyaretçi kabulü, sigara-alkol kullanımı, kontroller ve sağlık kurumu ile iletişimin devam ettirilmesi konularında dikkatli olması beklenir.

7. Ameliyat sonrası ağrılarımı nasıl giderebilirim?

Ameliyata bağlı ağrılar 6 hafta, kas ağrıları ise 3-4 ay sürebilir. Ameliyatınızın ardından Panadol gibi ağrı kesiciler, doktorunuzun talimatı ile uygulanmaya başlayacaktır. Taburculuktan itibaren de doktorunuzun önerdiği şekilde ağrı kesici ilaçlarınızı almanız beklenmektedir. Ağrının azaltılması için aynı pozisyonda uzun süre kalmamaya dikkat edilmeli, kişiye keyif veren uğraşlarda (televizyon izleme, müzik dinleme vb) bulunulmalı veya ilaç dışı uygun uygulamalar (soğuk uygulama, masaj vb) yapılabilir.

Bu dönemde sizi en fazla paniğe sürükleyen, göğüs kemiği üzerinde olan ağrının kalp ağrısı gibi hissedilmesidir. Kalp kökenli ağrılar ilk olarak göğüs kafesinde başlamakta, devamında çeneye ve sol kola yayılım göstermektedir. Bunun dışındaki diğer ağrılar (kemik, mide vs) etkiledikleri bölgede oluşmakta ve aynı bölgede hissedilir. Ancak kalp dışında meydana gelen ağrı da çeneye, sol kola yayılmaya başlıyorsa doktora danışılmalı ve gerekirse acil yardım istenmelidir.

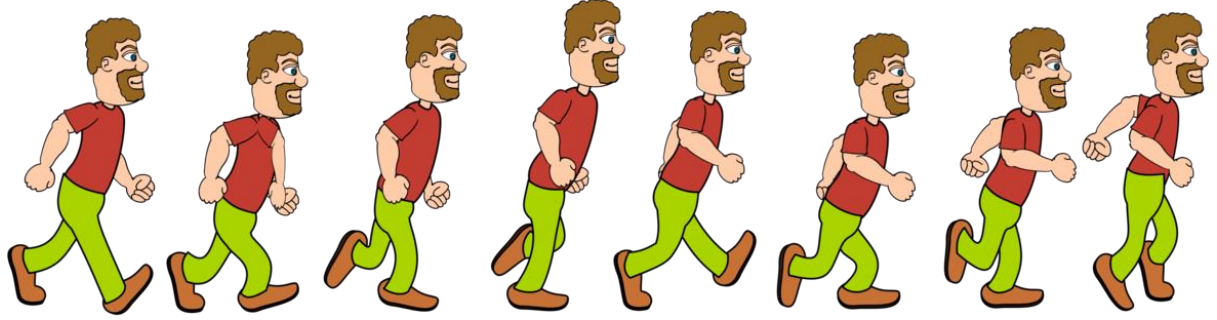


Resim 6. Kalp kaynaklı göğüs ağrısının yayılma bölgeleri

<http://www.holistichealthglobal.co.nz/reconnectivehealing/symptoms-angina-pectoris-alleviated-minutes/>

8. Ameliyat sonrasında egzersiz yapabilir miyim?

Bypass ameliyatının ardından yapılabilecek en iyi egzersiz yürüyüştür. Her gün yürüyüş mesafesinin artırılması önerilir. Yürüyüşler sırasında düz yol tercih edilmeli ve yorgunluk hissedilen zamanlarda dinlenilmelidir. Yürüyüşler açık alanda yapılmalı, çok soğuk veya sıcak ve kapalı ortamlarda yapılmamalıdır.



Resim 7. Koşan adam (temsili) (<https://unrealpb.com/index.php?/gallery/image/80-kisscc0-walk-cycle-sprite-walking-animation-human-walking-with-torso-head-and-arms-5b7190ae1874f78609744715341692621002png/>)

9. Ameliyat sonrası yara bakımı nasıl olmalıdır?

Ameliyatınızın ardından göğsünüzde, damar alınma sayısına ve yerine göre ayak ve kolunuzda ameliyat yarası bulunacaktır.



Ameliyat sonrası göğüste bulunan ameliyat yeri
<https://depositphotos.com/167817168/stock-photo-some-scar-from-open-heart.html> Erişim Tarihi: 17.08.2020



Ameliyat sonrası ayakta bulunan ameliyat yeri
<https://depositphotos.com/167817168/stock-photo-some-scar-from-open-heart.html> Erişim Tarihi: 17.08.2020

Ameliyat sonrası dönemde, özellikle bacakta (damarın alındığı bölgeye göre değişiklik gösterebilir) şişlik (ödem) meydana gelebilir. Şişliğin kontrolü; diz ile ayak bileği arasına gelecek şekilde, orta bölüme parmak ile bastırılarak yapılmaktadır. Bastırılan bölgede deri içe çöküp, yavaşça eski halini alıyor veya hiç eski haline gelmiyorsa şişlik mevcuttur.



Resim 7. Şişlik kontrolü (<http://tekinakpolat.com/odem-vucutta-sisme/>)

Normal **Ödem**



Resim 8. Kolda şişlik (temsili)
(<http://www.memesaglik.com/memenin-diger-hastaliklari/lenfodem.html>)

Normal **Ödem**



Resim 9. Ayakta şişlik (temsili)
(<https://sagligibiradim.com/odem-karsi-nasil-mucadele-verilir/>)

Şişliğin önlenmesi için varis çoraplarının ameliyat sonrası ilk 6 ay boyunca giyilmesi gerekir. Eğer bu süreden sonra dahi şişlik devam ediyor ise çorabın devamlı olarak giyilmesi önerilebilir.



Resim 10. Varis çorabı <https://m.yeniakit.com.tr/haber/varis-corabi-nasil-temizlenmelidir-478945.html>

Varis çorabı; sabah yatağınızdan kalkmadan önce, ayaklarınızı 20 dakika yastık ile destekleyip yüksekte tuttuktan sonra, sıvazlanarak giyilmelidir.



Resim 11. Varis çorabının giyilmesi (temsili) (<https://www.hakanbuzoglu.com/varis-coraplarinin-kullanimi-ve-bakimi>)

Varis çorabınızın, vücuda uygun boyutta (uygun boyutta olmadığı parmakların morarması ile anlaşılabilir) olması ve ameliyat öncesi dönemde alınması gerekmektedir. Varis çorabının gün içinde çıkarılmaması önerilmektedir. Çıkarılması gereken durumlarda bacakların altına yastık koyulması ve 20 dakika boyunca dinlenme sağlanmalıdır. Tekrar giyileceği zaman, ilk giyilen şekilde sıvazlanarak giyilmelidir. Varis çorabının giyildikten sonra kırışık olmaması gerekir. Akşam yatarken varis çorapları çıkartılmalı, bacaklar yastık ile yükseltilmelidir.

Ameliyat sonrası, göğüste bulunan ameliyat bölgesini korumak için varis çorabınızı ilk bir (1) ay yardım olarak giymeniz önerilir.

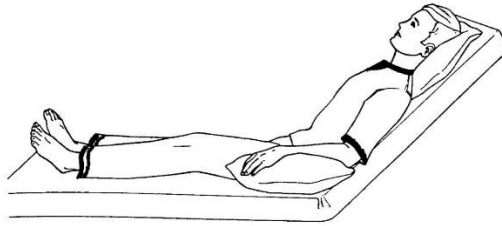
Varis çorabının elde yıkanması gerekir. Yıkandıktan sonra durulama işlemi süzme şeklinde yapılmalıdır. Bu işlemin ardından havlu üzerine serilmeli ve kurumaya bırakılmalıdır. Varis çorapları, soba veya kalorifer gibi araçların üzerine konulmamalıdır. Şişliği önlemek için diğer bir öneri ise sürekli, uzun süre aynı pozisyonda kalmamak ve bacak bacak üstüne atmamaktır.



Resim 12. Bacak bacak üstüne atılması (temsili) (<https://www.google.com/search?q=cross+leg+after+surgery&tbm=isch&ved=2ahUKEwifr-DrqvPsAhXDgM4BHZAIAgMQ2->)

Ameliyat yerinde enfeksiyon belirtileri; yara yerinde kırmızılık, ısıda artış, şişlik, hassasiyet, akıntı ve vücut sıcaklığının 38 dereceden fazla olmasıdır. Doktor önermediği halde yapılan pansuman, yara yerinin açılması, yaraya losyon veya merhem vb. maddelerin sürülmesi, hijyen eksikliği, yaranın nemli kalması, kabukların hasta tarafından soyulması enfeksiyona neden olabilir.

Enfeksiyonu önlemek için ameliyat yarasının iyileşme sürecinde su ve sabun ile temizlenmesi önerilir. Temizleme ilk günlerde silme şeklinde, daha sonra ovmadan, yumuşak yapılmalıdır.



Resim 15. Yarı yatar pozisyon (temsili)

(<https://www.topregisterednurse.com/fowlers-position>)

Ameliyat sonrası dönemde sırt yastık ile desteklenir, hastanın yarı yatar pozisyonda yatması önerilir.

İyileşme döneminde; asılma, çekme, tek kolla destek alarak kalma, çocuğu veya bebeği kucağa alma, süpürme, kavanoz açma vb işlemlerden uzak durulması gerekir. Ameliyat dikişlerinin açılmasını önlemek için; öksürme, aksırma ve hapşırma gibi durumlarda göğüs kemiğinin yastık vb. materyal ile desteklenmelidir. Bu destekleme ağrı oluşumunu da önleyecektir.



Resim 16. Göğsün el veya yastıkla desteklenmesi (<http://semihtepe.blogspot.com/2015/01/kask-ftg-ameliyatm.html>)

Taburcu olduktan sonra kontrollerinizde pansumanlarınız yapılmaktadır. Ameliyat dikişleriniz misina tarzı iplik ve metalden oluşabilir. Bu dikişler ortalama 10-14. günde alınır.



Resim 17. Göğüs korsesi
(<http://www.farukhokenek.com/kalp-ameliyati-onrasi-korse-kullanimi.html>)

Göğüs kafesini ve kemiğini korumak için ameliyat sonrası dönemde 1.5 ay süre boyunca korse giymeniz önerilebilir.

Ameliyat dikişlerinizin olduğu bölgedeki deri aşırı sıcak ve soğuktan, kurutan ve tahriş edici giysilerden korunmalıdır. Bu durumlar kaşıntıya yol açabilir. Ameliyat bölgenizde kaşıntı uzun süre devam ederse doktora başvurabilirsiniz. Ameliyat yerlerinin kaşınmaması önerilir. Çünkü kaşınma; dikişlerin açılması, ameliyat bölgesinde kanama ve enfeksiyon gibi istenmeyen durumlara yol açabilir.

10. Ameliyat sonrası beslenmemde nelere dikkat etmeliyim?

- Küçük porsiyonlar ile sık beslenme sağlanmalıdır.
- İştah için, yiyebileceğiniz ürünler içerisine sevdiğiniz eklenmelidir.
- Katı veya yüksek oranda yağ içeren besinler az miktarda tüketilmelidir.
 - Bezelye, nohut, kuru fasulye, mercimek gibi kuru baklagiller, tahıllar ve et gibi ürünler protein içermektedir. Önerilen şekilde tüketilmelidir.
 - Yağsız süt ile yapılan tatlı ürünler tüketilmelidir.
 - Kabızlığı önlemek için, günde 5 porsiyon meyve ve sebze tüketilmelidir.
 - Önerilenin dışında aşırı tuz tüketimi yapılmamalıdır.
 - Kızartmadan uzak durulmalıdır. Kızartma yerine yağsız ızgara, buğulama gibi pişirme yöntemleri tercih edilmelidir.
 - Et olarak balık, derisiz hindi veya tavuk, mecburi durumlarda yağsız dana eti tercih edilmelidir.

13. Ameliyat sonrasında kaliteli bir uyku için öneriler nelerdir?

Ameliyat sonrası dönemde ortalama 6-10 saat uyuması önerilmektedir. Kaliteli bir uyku için;

- Geceleri mümkün olduğunca aynı saatlerde yatağa girilmeli ve sabahları aynı saatlerde uyanmaya çalışılmalı,
- Mümkünse gün içinde yürüyüş gibi fiziksel aktivite yapılmalı,
- Uykudan en az 2 saat öncesine kadar herhangi bir şey yenmemeli,
- Kişinin tercihinin bağlı olarak, uyunacak odanın karanlık olmasına, gürültüsüz olmasına ve çok soğuk-sıcak olmamasına dikkat edilmelidir.

14. Ameliyat sonrası bir sorun geliştiğini ve hastaneye gitmem gerektiğini gösteren belirtiler nelerdir?

- Ameliyat öncesi göğüs ağrısına benzer; göğüste, sırtta, omuzda, çenede ve sol kolda dinlenme ile ve ağrı kesici almaya rağmen geçmeyen ağrı,
- Nefes darlığı ile beraber çarpıntı hissi,
- Ameliyat yarasında açılma, sızıntı ve kanama,
- Ameliyat yarasında kızarıklık, iltihaplı akıntı,
- Damar alınan bölgenin şişmesi, morarması, sıcaklaşması ve ağrması,
- Kahve telvesi veya kırmızı renkte kusma veya aşırı kusma,
- Ani görme değişiklikleri,
- İdrar yaparken zorlanma veya kırmızı renkte (kanlı) idrar yapma,
- Makattan kırmızı veya katran renginde kan gelmesi,
- Kol veya bacaklarda ani güç kaybı, tutulma, bayılma,
- 38 dereceden fazla olan vücut sıcaklığı,
- Vücutta kızarıklık, döküntü olması durumları acildir. Bu durumlarda hızlı bir şekilde acil servise başvurulmalıdır.

15. Ameliyat sonrası günlük aktivitelere ne zaman dönebilirim?

İşe Geri Dönüş: Hafif tempolu, zorlu aktivite gerektirmeyen işlere ilk 4 haftanın ardından, zorlayıcı, fazla efor gerektiren işlere ise 3 aydan sonra geri dönülebilir. Ev işlerine (temizlik gibi) ise ilk 8 haftanın ardından başlayabilirsiniz.

Cinsel Yaşam: Ameliyat sonrası dönemde ilk 4-8 hafta cinsel ilişkiye girilmemelidir. Kişi, kendini hazır, dinlenmiş, 1-2 kat merdiveni yorulmadan, nefes darlığı olmadan çıkabiliyor ve yorulmadan 500 metre yürüyebiliyor ve doktor onay veriyorsa cinsel yaşama başlanabilir.

Seyahat:

- Ameliyatlı birey araba kullanmak zorunda ise bunun için en az 6 hafta beklenmelidir.
- Uzun yolculuklarda, 2 saatte bir arabadan inilmeli ve 5-10 dakika yürüyüş yapılmalıdır.
- Araba dışında diğer ulaşım tercihleri için hekime/hemşireye danışılarak seyahat etmeniz uygundur.



Resim 21. Araba kullanma (temsili)
(<https://en.clipdealer.com/vector/media/A:19>)

Ziyaretçi Kabulü: Bypass ameliyatınızın ardından bir süre ziyaretçi kısıtlaması yapılması önerilmektedir. Bunun nedeni, özellikle ilk zamanlarda daha rahat dinlenmeniz ve enfeksiyonlardan korunmanız içindir.

Merdiven Çıkma:



Bypass hastalarının merdiven çıkması önerilir (germe, çekme vs nedenlerinden dolayı). Ancak merdiven çıkılması gerekiyor ise, 2-3 basamakta bir dinlenilmelidir.

Resim 22. Merdiven çıkma (temsili)
(<https://www.vectorstock.com/royalty-free-vector/climbing-stairs-icon-symbol-premium-quality-vector-14809594>)

16. Ameliyat olduktan sonra sigara ve alkol kullanabilir miyim?

Bypass ameliyatına neden olan kronik durumların oluşmasında sigara ve alkol en büyük nedenlerdendir. Ameliyatın ardından sigara ve alkol kesinlikle önerilmez.



Resim 23. Kahve, alkol ve sigara yasak görseli
(https://www.google.com/search?q=smoking+and+alcohol+after+surgery&tbm=isch&ved=2ahUKEwjSOPv1qvPsAhUN8IU-KHWAfClOQ2CegQIABAA&oeq=smoking+and+alcohol+after+surgery&gs_lcp)

17. Stres ve kaygıdan nasıl uzak durabilirim?

- Gün içerisinde pijamalarınız ile vakit geçirmek yerine, günlük, sosyal hayatınızda kullandığınız kıyafetleri giyin.
- Durumunuz elverdiğince yürüyüş yapın.
- Duygularınızı (isteğe bağlı) aile üyeleriniz ile paylaşın.
- Vücudunuzu dinlendirmeye ve geceleri iyi uyumaya özen gösterin.
- Kendiniz için iyi olabilecek uğraşlar ve aktivitelerde bulunun.
- Sorunlarınızı, üzüntülerinizi bir yakınınızla paylaşın.
- Stres ve öfke katlanabileceğiniz düzeyden fazla olmaya başlamış ise uzman kişilerden (psikolog vb.) yardım alın.

18.Taburculuk sonrası hangi sıklıkta kontrole gelmeliyim?

Rutin olarak, eve taburculuğu takiben 10-14. gün ilk kontrol ve dikişlerin alınacağı gündür. Devamında 1 ay sonra kontrole gelmeniz uygundur. Ancak doktorunuzun sizi daha erken veya geç kontrol etmek isteyebileceği durumlar da mevcuttur. Kontrollerinizde yanınızda tüm tetkik ve dosyalarınızı beraberinizde getirmelisiniz.

19.Taburculuk sonrası sağlık kurumu ile nasıl iletişim kurabilirim?

Taburculuğunuz sonrası herhangi bir konuda bilgi almak için 0392 228 54 41 numaralı telefondan Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Polikliniği ile iletişime geçebilirsiniz.

20.KAYNAKLAR

- Ahraz, A. (2018). Koroner Anjiyografi Sonrası Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Önerilen Hastalarda Hemşirenin Eğitici Hasta Danışmanlığı Rolünün Hastanın Anksiyete ve Cerrahi Kararına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep (Danışman: Prof. Dr. Ayla Yava).
- Demirkıran, G., Uzun, Ö. (2012). Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Öğrenim Gereksinimleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 28(1):1-12.
- Gürel, A. 2016. Hemşirelik, Fizyoterapi ve Sağlık Ön Lisans Bölümleri İçin Farmakoloji. 2.Baskı, Güneş Tıp Kitabevleri.
- Kaya, S., Şenturan, L. (2016). Koroner Arter Bypass Grefti Ameliyatı Geçiren Hastaların Yorgunluklarının İncelenmesi. JAREN, 2(2):59-67.
- Mavili, İ., Şahutoğlu, C., Pestilci, Z., Kocabaş, S., Aşkar, F.Z. (2016). Koroner Arter Baypas Greftleme Cerrahisi Sonrası Erken Dönemde Gelişen Komplikasyonlar ve İlişkili Etiyolojik Faktörler. GKDA Derg., 22(1):16-23. doi:10.5222/GKDDAD.2016.016
- Özcan, H. (2008). Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastalar Tarafından Kullanılma Oranları. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ümmü Yıldız Fındık).
- Pieper, B., Sieggreen, M., Freeland, B., Kulwicki, P., Frattaroli, M., Sidor, D., ve diğerleri. (2006). Discharge Information Needs of Patients After Surgery. J Wound Ostomy Continence Nurs, 22:281-291.
- Saçar, M., Önem, G., Adalı, F., Verdi, D., Saçkan, K.G., Baltalarlı, A. (2008). Koroner Arter Baypas Cerrahisi ve Hastanede Kalış Süresi: Belirleyici Faktörler: Pamukkale Tıp Dergisi, 1(2):91-97.
- Safaie, N., Montazerghaem, H., Jodati, A., Maghamipour, N. (2015). In-Hospital Complications of Coronary Artery Bypass Graft Surgery in Patients Older Than 70 Years. J Cardiovasc Thorac Res, 7(2):60-62.
- Schuld, P.S., Lottman, D.J., Barkmeier, T., Zimmerman, L., Barnason, S., Hertzog, M. (2011). Medications and Associated Symptoms/Problems after Coronary Artery Bypass Surgery. Heart Lung, 40(2):130-138.

- Seyhan Ak, E., Ayoğlu, T., Kandemir, D. (2017). Kalp Cerrahisi Sonrası Ağrı Kontrolünde Yeni Yaklaşımlar. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2(1):29-32.
- Uncu, H., Acıpayam, M., Badak, T.O., Çakır, H., Yıldız, G.D., Doğan, P., ve diğerleri. (2013). Koroner Arter Bypass Greft Yapılan 40 Yaş ve Altı Hastaların Erken Dönem Sonuçları. F.Ü. Sağ. Bil. Tıp Derg., 27(1):09-12.

Ek 2.**Hastalara Ait Tanıtıcı ve Tıbbi Özellikler Formu ile Onam Formu**

**KORONER ARTER BYPASS GREFT AMELİYATI UYGULANAN
HASTALARDA TABURCULUK EĞİTİMİ VE TELEFON İLE HASTA
DANIŞMANLIĞININ ÖZ BAKIM GÜCÜ, BAŞ ETME VE UYUM
SÜRECİNE ETKİSİ**

HASTA TANITICI ÖZELLİKLER AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın katılımcı;

Bu çalışma Koroner Arter Bypass Graft (KABG) ameliyatı uygulanan hastalara verilen taburculuk eğitimi ve telefon ile hasta danışmanlığının öz bakım gücü, baş etme ve uyum sürecine etkisini belirlemek amacı ile yapılmaktadır. Çalışma, Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi tarafından desteklenmektedir. Bunun için hastaneden gerekli etik kurul izinleri alınmıştır. Aynı zamanda Uzm. Ufuk KAYA'nın doktora tezi kapsamında gerçekleştirilmektedir.

Bu çalışmaya katılmanız halinde sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Ayrıca sizlere de çalışmaya katılımınızdan dolayı herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Çalışma için vereceğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacak ve sadece araştırma/tez için kullanılacaktır. Başka herhangi bir yayın, makale ya da mecrada kesinlikle kullanılmayacaktır. Aklınıza takılan bir soru olduğunda araştırmacı Uzm. Ufuk KAYA'yı (+90 533 830 85 25) telefon ile arayabilirsiniz. İki aylık süreç içerisinde araştırmacı belirli aralıklarla sizleri arayacak ve telefon aracılığı ile hasta danışmanlık hizmeti verecektir.

Aydınlatılmış Onam Formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; kendinize ait tanıtıcı özellikleri içeren sorular, ikinci bölümde ise tıbbi durumunuz ve ameliyatınıza ilişkin sorular bulunmaktadır. Sizden ricam, tüm soruları eksiksiz cevaplamanızdır. Tüm soruların eksiksiz cevaplandırılması çalışmanın başarısını artıracaktır.

Bu onam formunu okudum ve araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

İsim – Soyisim: Tarih: İmza:	Araştırmacının İsim – Soyisim: Tarih: İmza:
------------------------------------	---

BÖLÜM 1: HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

DENEY GRUBU			
01	ADI – SOYADI		
02	ADRESİ		
03	PROTOKOL NO.		
04	TELEFON NO.		
05	Yaş		
06	Cinsiyet	1.Kadın 2.Erkek	() ()
07	Medeni Durum	1.Evli 2.Bekar	() ()
08	Çocuk Sayısı	1.Yok 2.Bir 3.İki 4.Üç ve üzeri	() () () ()
09	Eğitim Durumu	1.Okur-Yazar 2.İlkokul Mezunu 3.Ortaokul Mezunu 4.Lise Mezunu 5.Üniversite Mezunu 6.Yüksek Lisans ve Üzeri	() () () () () ()
10	Çalışma statüsü	1.Çalışmıyorum 2.İşçi 3.Memur 4.Serbest Meslek 5.Ev Hanımı 6.Emekli	() () () () () ()
11	Sigara Kullanma Durumu	1.Kullanıyorum 2.Kullanmıyorum 3.Bıaktım	() () ()
12	Sigara (Adet, Gün, Yıl)		
13	Alkol Kullanma Durumu	1.Kullanıyorum 2.Kullanmıyorum 3.Bıaktım	() () ()
14	Alkol (Adet, Gün, Yıl)		
15	Sosyal Güvence	1.Var 2.Yok	() ()
16	Gelir Durumu	1.Gelir giderden az 2.Gelir gidere denk 3.Gelir giderden fazla	() () ()
17	Bypass ameliyatı sonrası bakımınızdan sorumlu olan kişiler var mı? Varsa kimler?	1.Eş 2.Çocuk 3.Kardeş 4.Anne	() () () ()

		5.Baba 6.İkinci Derece Akraba 7.Yok	() () ()
18	Bypass ameliyatı sonrası bakım veren bir kişiye ihtiyacınız olacağını düşünüyor musunuz?	1.Evet 2.Hayır	() ()
19	Evde bakıma gereksiniminiz var mı?	1.Evet 2.Hayır	() ()

BÖLÜM 2. TIBBİ ÖZELLİKLER

01	Kronik bir hastalığınız var mı?	1.Evet 2.Hayır	() ()
02	Yanıtınız ‘Evet’ ise bu kronik hastalığınız nedir?	1.Şeker Hastalığı 2.Yüksek Tansiyon 3.Diğer (Belirtiniz)	() () _____
03	Kalp krizi geçirdiniz mi?	1.Evet 2.Hayır	() ()
04	Bypass ameliyatına karar verilmesinin nedeni nedir?	1.Kalp krizi 2.Göğüs ağrısı 3.Anjiyo sonucuna göre 4.Diğer (belirtiniz)	() () () _____
05	Ameliyatınızın gerçekleşme durumu nedir?	1.Acil oldu 2.Planlandı	() ()
06	Ameliyatınızda kaç damar değişti?	1 2 3 3’ten fazla	() () () ()
07	Ameliyatınız hakkında size eğitim verildi mi?	1.Evet 2.Hayır	() ()
08	Ameliyata ilişkin bilgi kaynaklarınız nelerdir?	1.Doktor 2.Hemşire 3.İnternet 4.Kitap,dergi vs. 5.Diğer (Belirtiniz)	() () () () _____
09	Bu bilgiler sizin için yeterli oldu mu?	1.Evet 2.Hayır	() ()
10	Taburculuk sonrası evde yaşayabilecekleriniz hakkında endişe duyuyor musunuz?	1.Evet 2.Hayır	() ()
11	Herhangi bir sorunuz olduğunda nasıl baş edersiniz?	1.Ailemle konuşurum 2.Arkadaşlarımla konuşurum 3.Kendi kendime çözerim 4.Doktor ya da hemşire ile konuşurum 5. Hiçbir şey yapmam 6.Diğer (belirtiniz)	() () () () () ()

Ek 3.**Öz Bakım Gücü Ölçeği****ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ**

Sayın katılımcı;

Aşağıda öz bakım gücünüzü ölçecek 35 ifade bulunmaktadır. Her ifade ‘beni hiç tanımlamıyor’, ‘beni pek tanımlamıyor’, ‘fikrim yok’, ‘beni biraz tanımlıyor’ ve ‘beni çok tanımlıyor’ gibi seçenekler içermektedir. Size en yakın gelen tek bir seçeneği işaretleyiniz.

	Beni Hiç Tanımlamıyor	Beni Pek Tanımlamıyor	Fikrim Yok	Beni Biraz Tanımlıyor	Beni Çok Tanımlıyor
1. Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	0	1	2	3	4
2. Kendimi beğeniyorum.	0	1	2	3	4
3. Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	0	1	2	3	4
4. Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman ne yapmam gerektiğini biliyorum.	0	1	2	3	4
5. Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.	0	1	2	3	4
6. Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal edebilirim.	0	1	2	3	4
7. Kendime bakmadığım zaman yardım isterim.	0	1	2	3	4
8. Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	0	1	2	3	4

9. Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı genellikle ertelerim.	0	1	2	3	4
10. Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	0	1	2	3	4
11. Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	0	1	2	3	4
12. Dengeli beslenirim.	0	1	2	3	4
13. Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.	0	1	2	3	4
14. Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.	0	1	2	3	4
15. Sağlığımın çok iyi bir düzene ulaşacağına inanıyorum.	0	1	2	3	4
16. Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.	0	1	2	3	4
17. Kararlarımı sonuna kadar uygularım.	0	1	2	3	4
18. Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	0	1	2	3	4
19. Sağlığımla ilgili aldığım kararlarımın nadiren uygularım.	0	1	2	3	4
20. Kendimle dostum.	0	1	2	3	4
21. Kendime iyi bakarım.	0	1	2	3	4
22. Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüf bir durumdur.	0	1	2	3	4
23. Düzenli olarak dinlenirim ve vücut hareketleri yaparım.	0	1	2	3	4
24. Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne gibi etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	0	1	2	3	4
25. Yaşam bir zevktir.	0	1	2	3	4
26. Aile içindeki görevlerimi yeterince yapamıyorum.	0	1	2	3	4
27. Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	0	1	2	3	4

28. Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olabilmek için gereken şeylerin farkına vardım.	0	1	2	3	4
29. Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	0	1	2	3	4
30. Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	0	1	2	3	4
31. Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımın geçmesini bekler ve önemsemem.	0	1	2	3	4
32. Kendime bakabilmek için bilgilenmeye çalışırım.	0	1	2	3	4
33. Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	0	1	2	3	4
34. Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	0	1	2	3	4
35. Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	0	1	2	3	4

Ek 4.**Baş Etme ve Uyum Süreci Ölçeği****BAŞ ETME VE UYUM SÜRECİ ÖLÇEĞİ**

Sayın katılımcı;

Aşağıdaki koroner arter bypass ameliyatınız sonrası baş etme ve uyum düzeyinizi belirleyecek 47 ifade bulunmaktadır. Her ifade ‘hiçbir zaman’, ‘arada sırada/nadiren’, ‘sıklıkla’ ve ‘her zaman’ gibi seçenekler içermektedir. Size en yakın gelen tek bir seçeneği işaretleyiniz.

“Bir kriz durumu ya da çok zor bir olay yaşadığımda; Ben	1 Hiçbir Zaman	2 Arada Sırada/Nadiren	3 Sıklıkla	4 Her Zaman
1.Bir kriz durumunda bile, birçok talimatı aynı anda sürdürebilirim.	1	2	3	4
2.Yeni soruna genellikle yeni bir çözüm getirebilirim.	1	2	3	4
3.Sorunun ne olduğunu tanımlar ve sorunu bütünüyle görmeye çalışırım.	1	2	3	4
4.Seçeneklerimi arttırmak için mümkün olduğunca daha fazla bilgi toplarım.	1	2	3	4
5.Sıkıntılı olduğumda yapmam gerekenleri bitirmede zorluk çekerim.	1	2	3	4
6.Geçmişte işe yarayan çözümleri hatırlamaya çalışırım.	1	2	3	4
7.Genellikle her türlü şeyi benim için en yararlı olacak şekilde yapmaya çalışırım.	1	2	3	4
8.Beni rahatsız eden şeyin dışında başka bir şey düşünmem.	1	2	3	4

9.Sorunu elimden gelen en iyi şekilde ele alabilirsem kendimi iyi hissederim.	1	2	3	4
10.Durumun nasıl sonlanmasını istediğimi belirlerim ve sonra hedefe nasıl ulaşacağıma bakarım.	1	2	3	4
11.Stresli olduğumda verimim azalır.	1	2	3	4
12.Bir durumla karşılaştığımda kendime biraz zaman veririm ve durumu tam kavrayana kadar harekete geçmem.	1	2	3	4
13.Bir kriz durumunu baş edebileceğimden çok daha fazla karmaşık bulurum.	1	2	3	4
14.Problemi adım adım düşünerek karar veririm.	1	2	3	4
15.Ortada hiçbir sebep yokken yavaşlamaya başladığımı hissederim.	1	2	3	4
16.Duygularımı yeniden olumlu şekle sokmak için çok çalışırım.	1	2	3	4
17.Kriz boyunca gün içinde kendimi sürekli tetikte ve aktif hissederim.	1	2	3	4
18.Duygularımı bir kenara bırakır ve olup bitenlerle ilgili son derece tarafsız olurum.	1	2	3	4
19.Olayla ilgili her şey için gözümü kulağımı açık tutarım.	1	2	3	4
20.İlk başta aşırı tepki vermeye meyilliyim	1	2	3	4
21.Başka durumlarda işe yarayan şeyleri hatırlarım.	1	2	3	4
22.Olayları olduğu gibi görerek, sorunu doğru açıdan değerlendiririm.	1	2	3	4
23.En azından bir süre için donup kalırım ve kafam karışır.	1	2	3	4
24.Problemin ne olduğunu söylemek aslında benim için çok güçtür.	1	2	3	4
25.Çok boyutlu problemleri ele alma konusunda iyiyimdir.	1	2	3	4
26.Sorunla başa çıkmak için daha fazla destek/kaynak bulmaya çalışırım.	1	2	3	4

27.Bilmediğim yerlere gitmek zorunda kaldığımda pek çok kişiye göre yolumu daha iyi bulabilirim.	1	2	3	4
28.Durumu ele alırken mizahı kullanırım.	1	2	3	4
29.Krizi atlattık için yapacağım köklü değişikliklerle hayatımı altüst etmem olasıdır.	1	2	3	4
30.(Egzersiz gibi) fiziksel aktivite ve dinlenme zamanımı dengelemeye çalışırım.	1	2	3	4
31.Stresli olduğumda verimim artar.	1	2	3	4
32.Olup biten her şeyi geçmiş deneyimlerimle ya da gelecek planlarımla ilişkilendirebilirim.	1	2	3	4
33.Yaşadığım güçlükler ne olursa olsun kendimi suçlamaya meyilliyim.	1	2	3	4
34.Yaratıcı olmaya ve yeni bir çözüm bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
35.Bazı nedenlerle tecrübelerimden yeterince yararlanamıyorum.	1	2	3	4
36.Başkalarının işine yarayan çözümlerden yararlanırım.	1	2	3	4
37.Olaya bir fırsat ya da aşılması gereken zorluk gibi görürüm ve olumlu yönden bakarım.	1	2	3	4
38.Daha fazla çözüm üretebilmek için, tüm seçenekler üzerinde düşünürüm.	1	2	3	4
39.(Egzersiz gibi) fiziksel aktivitelerimde değişiklikler yaşarım.	1	2	3	4
40.Olay meydana gelir gelmez detayları öğrenerek, olayın kontrolünü ele alırım.	1	2	3	4
41.Herhangi bir şey yapmadan önce olabilecek her tür belirsizliği açıklamaya çalışırım.	1	2	3	4
42.Krize, büyük ihtimalle doğrudan müdahale ederim.	1	2	3	4
43.Hasta olacağımı hissederim.	1	2	3	4

44. Yaşadığım zorluğu çözebilen yeni bir beceriyi oldukça çabuk öğrenir ve kullanırım.	1	2	3	4
45. Çok sık olarak yaptığım işten kolayca vazgeçerim.	1	2	3	4
46. Olayla başa çıkmak için bir dizi aktiviteyi içeren bir plan geliştiririm.	1	2	3	4
47. Birçok şeyin nasıl sonuçlanacağı hakkında iyi niyetli/olumlu düşünürüm.	1	2	3	4

Ek 5.

Telefon Danışmanlığı Hasta İzlem Formu

Görüşülen Kişi:


Görüşme Sırası:

Tarih:


Olası Problem	Problem Var	Problem Yok	Öneri Verilme Durumu	Öneriye Uyma Durumu
İlaçlar				
Ağrı				
Egzersiz				
Yara Bakımı				
Ödem				
Varis Çorabı				
Korse				
Beslenme				
Kabızlık				
Banyo				
Uyku				
Acil Durumlar				
İşe Dönüş				
Cinsel Yaşam				
Seyahat				
Ziyaretçiler				
Merdiven Çıkma				
Alkol/Sigara				
Stres/Kaygı				
Kontroller				
İletişim (Kurum ile)				

Ek 6.

Doktor Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Etik Kurul Onay Formu



K.K.T.C SAĞLIK BAKANLIĞI
DR BURHAN NALBANTOĞLU
DEVLET HASTANESİ



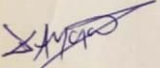
Sayı: YTK.1.01
(EK015/20)

Tarih: 23.06. 2020

Sn. Ufuk Kaya,

Etik Kurulumuzun 13 Mayıs 2020 tarihinde yapmış olduğu toplantıda, "Koroner Arter Bypass Graft Ameliyatı Uygulanan Hastalarda Taburculuk Eğitimi ve Telefon ile Danışmanlığın Öz Bakım Gúcü, Baş Etme ve Uyum Sürecine Etkisi" konulu araştırmanız tarafımızdan değerlendirilmiş olup Etik Kurulumuz tarafından uygun gürülmüştür.

Bilgilerinize saygılarımızla sunulur, başarılar dileriz.



Etik Kurul YK adına
Doç Dr Düriye Deren Oygar

Doç Dr. Düriye Deren OYGAR
İç Hastalıkları ve Nöroloji Uzmanı
Dip. Teşci No: 95092-135
21-5821469

İLETİŞİM
Tel: +90 392 22 85441
Fax: + 90 392 22 31899
Email: lbndtanitim@gmail.com

Ek 7.**Baş Etme ve Uyum Süreci Ölçeği İzni**

Fwd: "Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği" izni > Gelen Kutusu x

Emine Çatal <emine.catal@gmail.com> 27 Eyl 2019 Cum 17:30 ★ ↶ ⋮
Alıcı: ben ▾

Sayın **Ufuk KAYA**,

Türkçe'ye uyarladığımız "**Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği**"ni çalışmanızda kullanma isteğiniz beni çok memnun etti, öncelikle teşekkür eder, çalışmanızda başarılar dilerim. Ekte ilgili belgeleri ve onay olan formu yönlendiriyorum. Ayrıca yayın için kaynakça olarak doktora tezini değil de ekte pdf olarak gönderdiğim "European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care 2012 1: 7" dergiyi yazarsanız doğru olacaktır. İyi çalışmalar

Dr.Öğr.Ü. Emine ÇATAL

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.D.
07058 Kampüs
Antalya/TÜRKİYE
Phone : 0 242 310 69 18
Fax : 0 242 226 14 69
e-mail: eminecatal@akdeniz.edu.tr

Windows'u Etkinleştir
Windows'u etkinleştirmek için Ayarlar'a gidin

Ek 8.

Öz Bakım Gücü Ölçeği İzni

Sayın Hocam, Ben İstanbul Ünyersitesi Cerrahpaşası Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi öğrencisi Ufuk Kaya. Doktoranız için sizin yetiştirdiğiniz Öz Bakım

NURSEN NAHCIVAN <nursen@istanbul.edu.tr>

Alıcı: ben

26 Eyl 2019 Per 12:23



Sayın Ufuk KAYA,

Türkçe Öz-bakım Gücü Ölçeği'ni tez çalışmanızda kaynak göstermek suretiyle elbette kullanabilirsiniz. Ölçek ile ilgili ihtiyacınız olan dokümanlar ekte gönderilmiştir.

Başarı dilekleriyle,

--

Prof. Dr. Nursen NAHCIVAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Emekli Öğretim Üyesi
E posta: nnahcivan@gmail.com

Ek 9.

Clinical Trial Numarası

Gelen Kutusu (2) - ufukbkaya91 x ClinicalTrials.gov Protocol Regist: x +

register.clinicaltrials.gov/prs/app/action/LoginUser?ts=1&cx=-jg9qo4

ClinicalTrials.gov PRS
Protocol Registration and Results System

Contact ClinicalTrials.gov PRS
Org: EasternMU User: UKaya Logout

Quick Links
[New Record](#)
[Quick Start Guide](#)
[Problem Resolution Guide](#)

Records Accounts Help

Email: ufuk.kaya@emu.edu.tr [\[Update\]](#)
Help us improve: [PRS Survey](#)

Record List

Showing: 1 record [Show/Hide Columns](#)

	Protocol ID	ClinicalTrials.gov ID	Brief Title	Record Status	Last Update	Responsible Party	Problems
Open	EK015/20	NCT05104996	Discharge Training and Telephone Counseling	Public	11/05/2021 04:15	Ufuk Kaya ufuk.kaya@emu.edu.tr	

KEY: [R](#) Results [DR](#) Delayed Results [D](#) Study Documents [PR](#) PRS Review
[U](#) XML Upload [N](#) No longer public [C](#) PRS Review Comments

[Download...](#)

Ek 10.

Taburculuk Eğitimi Rehberi Uzman Önerileri

Umran Dal <umrandal65@gmail.com>
Alıcı: Prof.Dr.Hatice, ben

23 Mart Pzt 12:58

Ufuk merhaba;
Rehberini okudum, emeğine sağlık. Öneri ve düzeltmelerim üzerinde mevcut, ekte gönderiyorum. (mavi renkli işaretlediklerimi çıkarabilirsin, kırmızı ile düzeltmelerim var). Biraz uzun olmuş, Hastalarımız çok uzun materyalleri okumayabilir. Biraz daha kısaltarak, net cümlelerle revizyonu gerek. İyi çalışmalar dilerim.

Prof. Dr. Umran Dal Yılmaz
YDU Hemşirelik Fakültesi Dekanı
Lefkoşa/KKTC
Tel. 0 533 871 13 72--0 532 660 90 86

Professor Umran Dal Yılmaz
Dean, Faculty of Nursing
Near East University
[http://hemislik.nau.edu.tr/](mailto:umrandal65@gmail.com)

Nurhan Bayraktar <nurhner@gmail.com>
Alıcı: Prof.Dr.Hatice, ben

2 Mart Pzt 16:09

Ufuk merhaba,
Tezin için geliştirmiş olduğun eğitim rehberini inceledim. Genel olarak güzel hazırlamışsın, eline sağlık. Benim önerilerim aşağıda:
-Tıbbi terimler olabildiğince az kullanılmalı
-Türkçe yazım hataları düzeltilmeli (örn: Bazı yerlerde variz, bazı yerlerde varis yazılmış.)
-Eğer bu döküman hastaya da verilecekse, hastaya özel ilaçları ve önerileri içeren bir sayfa eklenmesi yararlı olur.
Kolay gelsin, sevgiler.

Prof. Dr. Nurhan Bayraktar
Faculty of Nursing
Near East University
Nicosia, TRNC

BURCU TOTUR DİKMEN <burcutotur@gmail.com>
Alıcı: ben

12 Mart Per 06:18

Ufuk merhaba, çok özür dilerim, değerlendirme için geciktim. Eğitim kitapçığının kapsamı iyi olmuş, ufak tefek önerilerim var, ektedir. Güzel ve başarılı bir çalışma olması dileğiyle...Sevgiler.

2 Ek

KORONER ARTER BYPASS GREFT AMELİYATI OLAN HASTALARIN TABURCULUK EĞİTİMİ REHBERİ

EĞİTİM REHBERİ, ...

TEZ HAKKINDA BİL...

Ek 11.

Doktora Tez Makale SCI-E Kapsam Görüntüsü

The screenshot shows the Web of Science Master Journal List search results page. The browser address bar displays the URL: <https://mjl.clarivate.com/search-results>. The page header includes the Web of Science Group logo, the title 'Master Journal List', and navigation links for 'Search Journals', 'Match Manuscript', 'Downloads', and 'Help Center'. A user greeting 'Welcome, Ufuk Kaya' is visible in the top right corner, along with 'Settings' and 'Log Out' options.

A blue banner at the top of the page reads: 'The power of the Web of Science™ on your mobile device, wherever inspiration strikes.' Below this, there are 'Dismiss' and 'Learn More' buttons.

The main content area is divided into several sections:

- Left Sidebar:** Contains a 'Filters' section with a 'Clear All' button and four filter categories: 'Web of Science Coverage', 'Open Access', 'Category', and 'Country / Region'.
- Top Left:** A section titled 'Already have a manuscript?' with a 'Find a Match' button.
- Search Bar:** A search input field containing 'JOURNAL OF KOREAN MEDICAL SCIENCE' and a 'Search' button. The 'Sort By' dropdown is set to 'Relevancy'.
- Search Results:** A section titled 'Refine Your Search Results' showing 'Found 20,521 results (Page 1)' and a 'Share These Results' link.
- Exact Match Found:** A section titled 'Exact Match Found' displaying the journal details for 'JOURNAL OF KOREAN MEDICAL SCIENCE'. The details include:
 - Publisher: KOREAN ACAD MEDICAL SCIENCES, 302 75 DONG DU ICHON, DONG YONGSAN KU, SEOUL, SOUTH KOREA, 140 031
 - ISSN / eISSN: 1011-8934 / 1598-6357
 - Web of Science Core Collection: Science Citation Index Expanded
 - Additional Web of Science Indexes: Biological Abstracts | BIOSIS Previews | Current Contents Clinical Medicine | Essential Science Indicators

The bottom of the screenshot shows the Windows taskbar with the search bar, system tray, and taskbar icons. The system tray displays the date and time: '13:29 14.07.2022'.

Ek 12.

Doktora Tez Makale Kabulü

JKMS JOURNAL OF KOREAN MEDICAL SCIENCE jkms.org **em** Editorial Manager 

HOME • LOGOUT • HELP • REGISTER • UPDATE MY INFORMATION • JOURNAL OVERVIEW
MAIN MENU • CONTACT US • SUBMIT A MANUSCRIPT • INSTRUCTIONS FOR AUTHORS • PRIVACY

Role: Author Username: ufukbkaya91@gmail.com


← Submissions with an Editorial Office Decision for Author

Page: 1 of 1 (1 total completed submissions)

Results per page 10

Action 	Manuscript Number 	Title 	Initial Date Submitted 	Status Date 	Current Status 	Date Final Disposition Set 	Final Disposition 
Action Links 	JKMS-2022-0576	Title of the article: Ideal Suggestion for Patients Who Underwent Coronary Artery Bypass Graft Surgery: Discharge Training and Telephone Counseling - A Randomized Controlled and Experimental Study	2022-06-25 07:20:20.297	2022-07-19 02:27:10.640	Accept		


Decision on the

[JKMS-2022-0576R3] 

Gelen Kutusu



JKMS EVELSI GÜN

Alicilar: ben CC: kphong@skku.edu

Ref.: Ms. No. JKMS-2022-0576R3
 Title of the article: Ideal Suggestion for Patients Who Underwent Coronary Artery Bypass Graft Surgery: Discharge Training and Telephone Counseling - A Randomized Controlled and Experimental Study
 JOURNAL OF KOREAN MEDICAL SCIENCE

Dear Dr. Kaya,

I am pleased to notice you that your work has now been accepted for publication in JOURNAL OF KOREAN MEDICAL SCIENCE. It was accepted on 2022-07-14 23:44:11.083.

Ek 13.

Doktora Tez Kongre Sözlü Sunum Kabulü

NEU Grand Library | TRNC Librar... x 9333608186.pdf x Bildirinizin Kabulü Hk. - ufukbka... x +

mail.google.com/mail/u/0/#search/inhsc/FMfcgzGpFWMRQkNlbzVXpXqdWpQJRJNs

Gmail inhsc

Oluştur

Gelen Kutusu 8

Yıldızlı

Ertelenenler

Gönderilmiş Postalar

Diğer

Meet

Yeni toplantı

Toplantıya katıl

Hangouts

Ufuk +

Bildirinizin Kabulü Hk. Gelen Kutusu x

10 ileti dizisinden 4. <> <> <>

INHSC 2022 - 1. International / 4. National Health Services Congress <info@inhsc.org> 16 Nis 2022 16:30 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: ben ↵

Sayın Ufuk Kaya,

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından 10-12 Haziran 2022 tarihlerinde düzenlenecek olan 1. Uluslararası / 4. Ulusal Sağlık Hizmetleri Kongresi'nde "105" nolu "KORONER ARTER BYPASS GREFT AMELİYATI UYGULANAN HASTALARDA TABURCULUK EĞİTİMİ VE TELEFON İLE DANIŞMANLIĞIN ÖZBAKIM GÜCÜ, BAŞETME VE UYUM SÜRECİNE ETKİSİ" başlıklı bildiriniz hakem heyeti tarafından değerlendirilmiş ve **Sözlü Sunum olarak kabul edilmiştir**. Kongremiz katılımınız ile daha da güçlenecek ve bilimsel hedefine ulaşacaktır. Başarılarınızın devamını dileriz.

*Kaydınızın tamamlanması için ödeme gerekliliğini hatırlatırız. Ücretler ve ödeme sayfasına [burayı tıklayarak](#) ulaşabilirsiniz. Ödeme yaptıysanız bu uyarıyı dikkate almayınız.

Saygılarımızla,
1. International / 4. National Health Services Congress

Yanıtla Yönlendir

Windows'u Etkinleştir
Windows'u etkinleştirmek için Ayarlar'a gidin.

Aramak için buraya yazın

Adres

14:38
15.07.2022

Ek 14.

Doktora Tez Kongre Sözlü Sunum Kongre Kitap Metni

1th International / 4st National Health Services Congress
ABSTRACT BOOK

Oral Presentation

**KORONER ARTER BYPASS GREFT AMELİYATI UYGULANAN HASTALARDA
TABURCULUK EĞİTİMİ VE TELEFON İLE DANIŞMANLIĞIN ÖZ-BAKIM
GÜCÜ, BAŞ ETME VE UYUM SÜRECİNE ETKİSİ**

Ufuk KAYA¹, Ümran DAL YILMAZ²

¹Doğu Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Gazimağusa, KKTC

²Yakın Doğu Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Lefkoşa, KKTC

Özet:

Giriş: Koroner arter bypass greft gibi majör ameliyatı sonrası taburcu olan hastalar öz-bakım gereksinimleri, uyulması gereken kural ve bakım ilkeleri konusunda problem yaşayabilmektedir. Bu döneme hazırlık için taburculuk eğitimi ve taburculuk sonrası telefon ile danışmanlık hizmetleri hastaların öz-bakım güçlerini artırmakta, ayrıca baş etme ve uyum süreçlerini kolaylaştırmaktadır.

Amaç: Bu çalışma, koroner arter bypass greft ameliyatı uygulanan hastalarda taburculuk eğitimi ve telefon ile hasta danışmanlığının öz-bakım gücü, baş etme ve uyum sürecine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Randomize-kontrollü ve deneysel tasarıma uygun olarak yürütülmüş bu çalışmada deney ve kontrol grupları 35'er hastadan oluşmuştur (N=70). Verilerin toplanması için Tamtacı Özellikler Formu, Öz-Bakım Gücü, Baş Etme ve Uyum Süreci Ölçeği ile Telefon ile Danışmanlık Hizmeti Formu kullanılmıştır. Deney grubunda bulunan hastalara araştırmacılar tarafından Orem'in Öz-Bakım Yetersizliği Teorisi'ne uygun olarak hazırlanmış Taburculuk Eğitim Rehberi ile eğitim ve taburculuğun ardından iki ay boyunca telefon ile danışmanlık hizmeti verilmiştir. İki aylık süreç sonunda her iki gruba da form ve ölçeklerin son uygulaması yapılmıştır. Araştırma için gerekli kurumdaki etik kurul izni ve hastalardan yazılı onam alınmıştır. İstatistiksel analizde normal dağılıma göre karar verilmiş olan analiz yöntemleri ile elde edilmiş olan bulgular %95'lik güven aralığında, anlamlılık p<0.05 düzeyinde değerlendirilmiş ve yorumlanmıştır.

Bulgular: Deney grubunda bulunan hastaların iki aylık süreç sonunda baş etme ve uyum sürecinden 133.42±6.35 (fark 13.6), kontrol grubunun ise 126.74±7.06 (7.86) puan aldığı belirlenmiştir. İki aylık süreç sonunda, deney grubunun öz-bakım gücü ölçeğinden 98.02±13.70 (13.94), kontrol grubunun ise 90.31±12.39 (9.14) puan aldığı tespit edilmiştir. Her iki grupta meydana gelen etki büyüklüğü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır (p<0.05).

9

10-12 June 2022

www.inhsc.org

1th International / 4st National Health Services Congress
ABSTRACT BOOK

Tartışma ve Sonuç: Taburculuk eğitimi ve telefon ile hasta danışmanlığı hizmetleri hastaların öz-bakım güçlerini artırdığı, baş etme ve uyum süreçlerini kolaylaştırdığı değerlendirilmiştir. Hemşirelik alanında da teorik ve pratik bilgiye giden yol hemşirelik kuramlarından geçmektedir. Kavram, kuram ve modeller sayesinde bilgi; bilimle yörgülacak ve mesleğin yolunu aydınlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Koroner Arter Bypass Greft, Taburculuk Eğitimi, Hasta Danışmanlığı, Öz-Bakım, Baş Etme ve Uyum

İntihal Raporu

KABG Doktora Tez			
ORJİNALLIK RAPORU			
% 9	% 9	% 4	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
BİRİNCİL KAYNAKLAR			
1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 3	
2	acikerisim.erbakan.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1	
3	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1	
4	library.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1	
5	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<% 1	
6	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1	
7	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	<% 1	
8	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<% 1	
9	acikerisim.kku.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1	

V

Özgeçmiş

- 1.Adı Soyadı** : Ufuk Kaya
2.Doğum Tarihi : 16 Ekim 1991
3.Unvanı : Uzman

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Yakın Doğu Üniversitesi	2014
Y. Lisans	Acil Hemşireliği	Yakın Doğu Üniversitesi	2017
Doktora	Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği	Yakın Doğu Üniversitesi	2022

5.Akdemik Unvanlar: Yok.

6.Yönetilen Yüksek Lisans ve Doktora Tezleri: Yok.

7.Yayımlar

7.1.Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler

Kaya, U., Güvenir, M., Balcı Okcanoğlu, T., Güler, E., Aykaç, A. (2019). Basic First Aid Knowledge Levels of Students of the Vocational School of Health Services. *Cyprus J Med Sci*, 4(3)173-6.

<https://doi.org/10.5152/cjms.2019.950>

Kaya, U., Aslay, S. (2022). A University Hospital Healthcare Personnels' Knowledge Levels About Adult Basic Life Support: A Descriptive Study. *Cyprus J Med Sci.*, 7(1), 34-39.

<https://doi.org/10.4274/cjms.2020.1472>

- Kaya, U., Aydın, N., Yıldız, K.** (2021). The Effect of Students' COVID-19 Awareness Levels on Vaccine Hesitancy. *J Basic Clin Health Sci*, S1, 204-1006. <https://doi.org/10.30621/jbachs.905240>
- Kaya, U., Aykaç, A., Süer, K.** (2021). Determination of Students' Knowledge, Attitudes and Behaviors About COVID-19. *J Basic Clin Health Sci*, S1, 204-1006. <https://doi.org/10.30621/jbachs.905240>
- Kaya, U., Aydın, N.** (2022). Adult Basic Life Support Practices During the COVID-19 Pandemic Period. *Cyprus J Med Sci*, 7(2), 163-16. <https://doi.org/10.4274/cjms.2021.3527>

7.2.Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

- Bağrıaçık, E., Aydın, N., **Kaya, U.**, Necipoğlu, D. (2020, Aralık). *Kanserde Mikrobiyatanın Önemi*. 2.Uluslararası 3.Ulusal Onkoloji Hemşireliği Kongresi'nde basılan tam metin.
- Uzun, Ö., **Kaya, U.** (2019, Ekim). *Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastalarda Basınç Yarası Prevalansı ve Risk Faktörleri*. 3.Uluslararası 11.Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi'nde sunulan sözlü bildiri.
- Kaya, U.**, Aslay, S. (2019, Ekim). *Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Sağlık Personellerinin Erişkin Temel Yaşam Desteği Konusunda Bilgi Düzeyleri*. 3.Uluslararası 11.Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi'nde sunulan sözlü bildiri.
- Kaya, U.**, Güvenir, M., Balcı Okcanoğlu, T., Aykaç, A. (2019, Ankara). *Mezuniyet Aşamasındaki Paramedik Öğrencilerinin Mesleki Beklentilerinin Belirlenmesi*. 6.Uluslararası 17.Ulusal Hemşirelik Kongresi'nde sunulan sözlü bildiri.
- Kaya, U.**, Necipoğlu, D., Turgut, N., Bebiş, H. (2019, Ankara). *Bir Üniversitede Dördüncü Sınıf Hemşirelik Öğrenci Ebeveynlerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Belirlenmesi*. 6.Uluslararası 17.Ulusal Hemşirelik Kongresi'nde sunulan sözlü bildiri.

- Kaya, U.**, Güneş, E., Eren, E., Issa, M.Y.A., Süer, K. (2020, İzmir). *Kuzey Kıbrıs'ta Bireylerin COVID-19 Pandemisiyle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*. ICHES-IDU 2020 Kongresi'nde sunulan sözlü bildiri.
- Aydın, N., Bağrıaçık, E., **Kaya, U.** (2020, Online). *COVID-19'un Kuzey Kıbrıs'taki İlk Altı Ayı*. 3rd International Conference on COVID-19 Studies'te sunulan sözlü bildiri.
- Kaya, U.**, Aydın, N. (2021, Online). *Öğrencilerin COVID-19 Farkındalık Düzeylerinin Aşı Karşıtlığına Etkisi*. COVID-19 Pandemisinde Araştırma-Yayın ve Eğitim Süreçlerine Bakış Kongresi'nde sunulan sözlü bildiri.
- Kaya, U.**, Aykaç, A., Süer, K. (2021, Online). *Öğrencilerin COVID-19 ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi*. COVID-19 Pandemisinde Araştırma-Yayın ve Eğitim Süreçlerine Bakış Kongresi'nde sunulan sözlü bildiri.
- Irmak, S., **Kaya, U.**, Özer, B. (2021, Online). *Öğrencilerin Algıladıkları Duygusal İstismar Düzeyinin ve Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi*. 2.Dünya Çocuk Kongresi'nde sunulan sözlü bildiri.
- Yıldız, K., **Kaya, U.**, Aydın, N., Güzel, A., Yıldız, M., Akçalı, K., Taşargöl, Ö. (2021, Online). *Hemşirelerin Peroperatif Dönem ERAS Protokollerine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi: Pilot Çalışma*. 2.ERAS Kongresi'nde sunulan sözlü bildiri.
- Yıldız, K., **Kaya, U.**, Aydın, N., Yıldız, M., Akçalı, K., Erdoğan, C. (2021, Online). *Is The Knowledge Level of Nurses Sufficient for the Prevention of Perioperative Deep Vein Thrombosis?* Uluslararası Gazi Sağlık Bilimleri Kongresi'nde sunulan sözlü bildiri.
- Temizkan Sekizler, E., Yıldız, K., Ak Örskıran, B., Gök, N. D., Kahraman, İ., **Kaya, U.** (2022, Online). *Determinin the Relationship Between the Time Management Skills and Academic Achievements of Nursing Students During the COVID-19 Pandemic Process*. International Scientific Research Congress'te sunulan sözlü bildiri.

- Kaya, U.,** Güvenir, M., Balcı Okcanoğlu, R., Güler, E., Karanlık, B., Aykaç, A. (2018, Muğla). *Basic First Aid Education Levels of Students in Vocational School of Health Services*. TBD Uluslararası Biyokimya Kongresi'nde sunulan poster bildiri.
- Kaya, U.,** Aydın, N., Yıldız, K. (2019, İzmir). *Mobil Sağlık Uygulamaları: Nedir, Avantajları ve Hemşireliğe Etkisi*. 3.Uluslararası 11.Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi'nde sunulan poster bildiri.
- Kaya, U.,** Aydın, N. Dal Yılmaz, Ü. (2019, İzmir). *Cerrahi Dumanın Riskleri ve Koruyucu Önlemler*. 11.Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi'nde sunulan poster bildiri.
- Kaya, U.,** Aydın, N., Güvenir, M. (2019). The Importance of Standard Isolation Measures for Health Care Personnels. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*, 53(Suppl.1), 192.
- Kaya, U.,** Aydın, N., Dal Yılmaz, Ü. (2019, Ankara). *Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü ve Üriner Kateter*. 6.Uluslararası 17.Ulusal Hemşirelik Kongresi'nde sunulan poster bildiri.
- Yıldız, K., **Kaya, U.,** Dal Yılmaz, Ü. (2019, Ankara). *Yenileşim ve Cerrahi Bakım*. 6.Uluslararası 17.Ulusal Hemşirelik Kongresi'nde sunulan poster bildiri.
- Kaya, U.,** Turgut Atak, N. (2020, Online). *Kanser: Dünya, Türkiye ve Kuzey Kıbrıs Örneği*. 2.Uluslararası 3.Ulusal Onkoloji Hemşireliği Kongresi'nde sunulan poster bildiri.
- Kaya, U.,** Aydın, N. (2020, Online). *Telefon ile Hasta Danışmanlığı: Onkolojide Yararları*. 2.Uluslararası 3.Ulusal Onkoloji Hemşireliği Kongresi'nde sunulan poster bildiri.
- Bağrıaçık, E., Aydın, N., **Kaya, U.,** Necipoğlu, D. (2020, Online). *Kanserde Mikrobiyatanın Önemi*. 2.Uluslararası 3.Ulusal Onkoloji Hemşireliği Kongresi'nde sunulan poster bildiri.

7.3.Yazılan uluslararası kitaplar veya kitaplarda bölümler: Yok.

7.4.Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler

- Uzun, Ö., **Kaya, U.** (2020). Yatan Hastalarda Basınç Yarası Risk Faktörlerinin Belirlenmesi: Bir Üniversite Hastanesi Araştırması. *Med J West Black Sea*, 4(3), 158-166. <https://doi.org/10.29058/mjwbs.2020.3.8>
- Kaya, U.**, Güvenir, M. (2020). El Yıkama, Eldiven Kullanımı ve Dirençli Bakteri Enfeksiyonlarının Önlenmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 29(4), 303-308. <https://doi.org/10.17827/aktd.855738>
- Kaya, U.** (2021). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Paramedik Eğitimi. *PASHİD*, 2(1), 26-30.
- Aydın, N., **Kaya, U.**, Dal Yılmaz, Ü. (2021). Cerrahi Dumanın Ameliyathane Çalışanlarına Etkisi. *Med J West Black Sea*, 5(1), 80-85. <https://doi.org/10.29058/mjwbs.799170>
- Kaya, U.**, Aydın, N. (2021). COVID-19 Pandemisi Döneminde İlk Yardım Uygulamaları: Avrupa Resüsitasyon Konseyi'nin Önerileri. *PASHİD*, 2(2), 84-88.
- Kaya, U.**, Aydın, N., Yıldız, K. (2021). Kardiyopulmoner Resüsitasyon Uygulamalarının Tarihsel Süreci. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 25(3), 177-183.
- Kaya, U.**, Güvenir, M., Balcı Okcanoğlu, T., Aykaç, A. (2021). Mezuniyet Aşamasındaki Öğrencilerin Meslektaşlarına İlişkin Görüşlerinin ve Mesleki Beklentilerinin Belirlenmesi: Paramedik Bölümü Örneği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(4), 461-467.
- Kaya, U.**, Güneş, E., Eren, E., Issa, M., Güler, E., Aykaç, S., Çakır, N., Süer, K. (2022). Evaluation of Turkish Cypriots' Knowledge, Attitudes and Behaviors about the COVID-19: A Descriptive Study. *Middle Black Sea Journal of Health Science*, 8(1), 106-116.

7.5.Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

Çelik, A., **Kaya, U.** (2019, Afyonkarahisar). *Mobbing: Hemşirelik Öğrencileri de Maruz Kalıyor*. 18.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi'nde sunulan poster bildiri.

Çelik, A., **Kaya, U.** (2019, Afyonkarahisar). *Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Yöntemi*. 18.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi'nde sunulan poster bildiri.

7.6.Diğer yayınlar:

Kaya, U., Yıldız, K. (2022). Nursing History of Turkish Cypriots. *Mediterranean Nursing and Midwifery*, 1(3), 131-135.

Yıldız, K., **Kaya, U.,** Dal Yılmaz, Ü. (2022). Innovation and Surgical Care in Nursing. *Mediterranean Nursing and Midwifery*, 1(3), 127-132.

Aydın, N., Bağrıaçık, E., **Kaya, U.** (2020). COVID-19'un Kuzey Kıbrıs'taki İlk Altı Ayı. *Kıbrıs Araştırmaları Dergisi*, 21(46), 15-24.

Temizkan Sekizler, E., Yıldız, K., Ak Örskıran, B., Gök, N. D., Kahraman, İ., **Kaya, U.** (2022). Determining the Relationship Between the Time Management Skills and Academic Achievements of Nursing Students During the COVID-19 Pandemic Process. *Mediterranean Nursing and Midwifery*, (Accepted).

8.Projeler

Cerrahi Hastaları İçin Taburculuk Eğitim Materyalleri Geliştirme. Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (Proje no: SAG-2019-1-015).

9. İdari Görevler

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Supervisor Hemşire	Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi	2019
YABEM Koordinatörü	Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yakın Doğu Üniversitesi	2019-2021
İlk ve Acil Yardım Bölüm Koordinatörü	Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yakın Doğu Üniversitesi	2018-2021
Çocuk Gelişimi Bölüm Koordinatörü	Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yakın Doğu Üniversitesi	2021-2021
Anestezi Bölüm Koordinatörü	Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yakın Doğu Üniversitesi	2021-2021
Çift Anadal Program Koordinatörü	Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yakın Doğu Üniversitesi	2018-2021
Robotik ve Yapay Zekâ Enstitüsü Temsilcisi	Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yakın Doğu Üniversitesi	2021

10. Bilimsel kuruluşlara üyelikler: Yok.

11. Ödüller: Yok.

12. Son iki yılda verdiğiniz lisans ve lisansüstü düzeydeki dersler

Akademik Yıl	Dönem	Dersin Adı	Haftalık Saati		Öğrenci Sayısı
			Teorik	Uygulama	
2020-2021	Güz	Acil Hasta Bakımı I	4	4	104
		Acil Hasta Bakımı III	4	4	80
		Temel İlk Yardım	3	0	297
		Acil Sağlık Hizmetleri	2	0	94
		Ameliyathane Teknolojisi	2	0	24
		Kimyasal Maddeler ve Tehlikeleri	2	0	1
		Basic First Aid	3	0	1
	Bahar	Acil Hasta Bakımı II	4	4	97
		Travma	2	0	98
		Hastalıklar Bilgisi	2	0	269
		Sağlık Hizmetleri Yönetimi	3	0	103
		Emergency Patient Care II	4	4	1
		Trauma	2	0	1
		Diseases Knowledge	2	0	2
2021-2022	Güz	Ameliyathane Teknolojisi	3	0	9
		Cerrahi Hastalıklar Bilgisi I	5	0	12
	Bahar	Surgical Diseases Nursing	4	7	24
		Emergency Care Nursing	3	2	10
		Cerrahi Hastalıklar Bilgisi II	6	0	11