

KABG AMELİYATI SONRASI HASTA VE HASTA YAKINLARINA VERİLEN BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ TABURCULUK EĞİTİMİNİN HASTANIN İYİLEŞME SÜRECİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Mehmet AHRAZ

Öğr. Gör. Dr. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Türkiye,
mahraz@ksu.edu.tr ORCID-ID: 0000-0001-8241-6664

Ayla YAVA

Prof. Dr. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Türkiye,
ayla.yava@hku.edu.tr ORCID-ID: 0000-0003-3468-6779

Mehmet ACIPAYAM

Prof. Dr. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü, Türkiye,
macipayam@ksu.edu.tr ORCID-ID: 0000-0001-6071-4775

Öz

Dünyada kalp ve damar cerrahisinin önde gelen merkezlerinde koroner arter baypas greftleme (KABG) ameliyatı en sık tercih edilen cerrahi girişimlerinden biridir. KABG ameliyatı sonra hastalara taburculuk öncesi evde bakıma yönelik taburculuk eğitimleri verilmektedir. Randomize kontrollü olarak yapılan çalışma, Temmuz - Eylül 2025 tarihleri arasında, kontrol grubu 42 ve hasta, çalışma grubu 45 hasta ile gerçekleşti. Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu, Yaşam Kalitesi Ölçeği-SF-12, Algılanan Stres Ölçeği ve Richard-Campbell Uyku Ölçeği kullanıldı. Algılanan stres ölçeği (kontrol grubu 44.76±9.60, çalışma grubu 40.48±8.31) ve Richard-campbell uyku ölçeği (kontrol grubu 49.76±9.60, çalışma grubu 64.33±23.83) açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0.05$). Yaşam kalitesinin alt boyutları incelendiğinde, mental alt boyut arasında (kontrol grubu 42.78±20.87, çalışma grubu 51.13±14.57) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bulgular ışığında, KABG ameliyatı sonrası hasta ve hasta yakınlarına verilen bireyselleştirilmiş taburculuk eğitimini algılanan stresi azalttığı, yaşam kalitesini ve uyku kalitesini iyileştirilmesi konusunda yarar sağladığı kanıtlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: KABG Ameliyatı, Bireyselleştirilmiş taburculuk eğitimi, Uyku, Stres, Yaşam kalitesi.

AN EXAMINATION OF THE EFFECT OF INDIVIDUALIZED DISCHARGE EDUCATION PROVIDED TO PATIENTS AND THEIR RELATIVES AFTER CABG SURGERY ON PATIENT RECOVERY PROCESS

Abstract

Coronary artery bypass grafting (CABG) is one of the most frequently preferred surgical procedures in leading cardiovascular surgery centers worldwide. Following CABG surgery, patients receive pre-discharge education on home care. This randomized controlled trial was conducted between July and September 2025, with a control group of 42 patients and a study group of 45 patients. The Patient Demographic Characteristics Form, Quality of Life Scale-SF-12, Perceived Stress Scale, and Richard-Campbell Sleep Scale were used. A statistically significant difference was found between the two groups in terms of perceived stress scale (control group 44.76±9.60, study group 40.48±8.31) and Richard-Campbell Sleep Scale (control group 49.76±9.60, study group 64.33±23.83) ($p<0.05$). When the sub-dimensions of quality of life were examined, a statistically significant difference was determined between the mental sub-dimensions (control group 42.78±20.87, study group 51.13±14.57) ($p<0.05$). In light of the findings, it has been proven that individualized discharge education given to patients and their relatives after CABG surgery reduces perceived stress and improves quality of life and sleep quality.

Keywords: CABG Surgery, Individualized discharge education, Sleep, Stress, Quality of life.

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütüne göre kardiyovasküler hastalıklar (KVH), dünya çapındaki tüm ölümlerin tahmini %32'sini kapsamakta, takip edilmesi gereken en önemli hastalık grubu arasında yer almaktadır (1,2). Benzer sonuçlar, Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association, AHA) tarafından Amerika'daki kadın ve erkekler için, Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) (2019) tarafından da ESC üyesi ülkeler için bildirilmekte ve ESC üyesi ülkelerde her yıl yaklaşık 3.900.000 bireyin KVH nedeniyle yaşamını kaybettiği belirtilmektedir. Dünyadakine benzer şekilde, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2023) verilerine göre de dolaşım sistemi hastalıkları ülkemizdeki ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır (3-5).

Günümüzde KVH ile ilgili koruyucu sağlık hizmetleri ön plana çıkmaktadır ancak hastalık geliştiğinde ise tedavi yaklaşımları üç grupta ele alınmaktadır. Bunlardan birincisi risk faktörlerinin azaltılması, ikincisi tıbbi tedavi ve üçüncüsü cerrahi tedavidir. Bu yaklaşımlardan açık kalp ameliyatı, tıbbi tedaviye oranla semptomsuz, kaliteli ve daha uzun bir yaşam beklentisi sağlaması nedeniyle tercih edilmektedir (6-8). KABG ameliyatı uzun süren ameliyatlara olup, kanama, kalp tamponadı, debisinin düşmesi, aritmi, solunum, renal ve nörolojik komplikasyonlar, enfeksiyonlar, sternal oynama, emboli, endokardit, greft oklüzyon komplikasyonları görülebilir (9-11).

Dünyada kalp ve damar cerrahisinin önde gelen merkezlerinde KABG ameliyatı mortalitesi dünya genelinde azalmasına rağmen hastanın taşıdığı riske göre %1 ile % 5.3 arasında değişmektedir. Türkiye'de KABG ameliyatı geçirenlerin mortalite oranı %4 ile % 5 arasında değişmektedir. Düşük riskli hastalarda önlenabilir ölümler hala meydana gelmektedir. (12-15). KABG ameliyatı sonra hastalar 6-7. günde taburcu edilir. Taburculuk öncesi evde bakıma yönelik taburculuk eğitimleri verilmektedir. Bu eğitimler hastaların geçirdikleri ameliyatın özelliklerine uygun olarak; ağrı yönetimi, ilaç kullanımı, vücut hijyeni, beslenme, boşaltım, yara bakımı, etkin solunumu sürdürme, iş yaşantısına başlama, günlük yaşam aktiviteleri ve egzersizler, sigara-alkol kullanımı, spor/egzersiz yapma, rutin kontrol zamanları, araba kullanma, cinsellik ve acil durumlarda yapması gerekenler gibi konuları içermektedir (16-18).

Kalp cerrahisi sonrası erken ve geç dönem komplikasyonların önlenmesinde ve yaşanan sorunların azaltılmasında bireye özel hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanması önemlidir (19-20). Yirminci yüzyılda bakımın planlanmasında hastalık merkezli yaklaşımlardan uzaklaşarak hasta ve aile merkezli yaklaşım benimsenmeye başlanmış ve uygulamalar bu yönde geliştirilmiştir. Bu şekilde hasta/aile ile sağlık profesyonelleri arasında çift yönlü etkileşimsel ilişki kurularak hastanın değer ve seçimleri göz önünde bulundurularak bakıma yön verilmesi söz konusudur (21). Literatürde kalp cerrahisi sonrası hastaya verilen taburculuk eğitiminin iyileşme ve yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik olarak hemşirelerin rutin uygulamaların yanında yeni ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının da yer aldığı görülmektedir (22,23). Öte yandan, son yıllarda araştırmalar aile temelli bakıma yönelmiş, hastaların ve ailelerinin sağlık hizmeti kalitesini ve memnuniyetini iyileştirme girişimleri artmıştır (24). Bu bilgiler ışığında ameliyat sonrası hasta gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu doğrultuda hasta yakınlarının katılımıyla bireyselleştirilmiş eğitimlerin planlanması, hastanın ameliyat öncesi hedeflenen fonksiyonlarını kazanması ve sürdürmesi için uygun tedavi/bakım yöntemlerinin seçilmesini ve uygulanmasını içeren bir süreçtir. Hastalar kendilerine verilen taburculuk eğitimine ne kadar çok uygun davranırsa, iyileşme süreci hızlanarak, komplikasyonların ve hastaneye yeniden yatışların o oranda azalması beklenir (25).

Kalp cerrahisi sonrası, bireyselleştirilmiş taburculuk eğitiminin hasta sonuçlarının iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik kanıt düzeyi yüksek çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Bu çalışma sonuçlarının, hastalarda kalp cerrahisi sonrası verilen taburculuk eğitiminin algılanan streslerini azalttığı, uyku ve yaşam kalitesini belirlemede, kanıta dayalı en iyi hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Hipotezleri

H1: KABG ameliyatı sonrası hasta ve hasta yakınlarına verilen bireyselleştirilmiş taburculuk eğitimi, ameliyat sonrası komplikasyonların azaltılmasında etkilidir.

H2: KABG ameliyatı sonrası hasta ve hasta yakınlarına verilen bireyselleştirilmiş taburculuk eğitimi, hastaların yaşam kalitesini olumlu yönde etkiler.

H3: KABG ameliyatı sonrası hasta ve hasta yakınlarına verilen bireyselleştirilmiş taburculuk eğitimi, hastaların uyku kalitesini olumlu yönde etkilidir.

H4: KABG ameliyatı sonrası hasta ve hasta yakınlarına verilen bireyselleştirilmiş taburculuk eğitimi, hastaların algılanan stres düzeylerini azaltmada etkilidir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma, KABG ameliyatı sonrası hasta ve hasta yakınlarına verilen bireyselleştirilmiş taburculuk eğitiminin, hastanın uyku, yaşam kalite ve algıladığı stres düzeyine etkisinin incelenmesi amacıyla randomize kontrollü bir çalışma olarak yapıldı

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Temmuz 2025- Eylül 2025 tarihleri arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nin Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı'nda yatan hasta kliniklerinde kalp cerrahisi geçirmiş olan hastalar, örneklemini ise taburculuğu planlanan, dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar/hasta yakınları oluşturacak. Örneklem sayısını belirlemek için G*Power (v3.1.9. 7) programı kullanılarak güç analizi yapıldı. Demir ve Özer (2021) tarafından güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılan Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği (MILQ-TR) puan ortalamaları baz alınarak %80 güven aralığında, $\alpha=0.05$ yanılma düzeyi temelinde iki grup için örneklem büyüklüğü toplamı 66, her gruba 33 hasta seçilmesi belirlendi. Fakat araştırma sürecinde kayıplar olabileceği ve araştırmanın gücü göz önünde bulundurularak kontrol grubu 42, çalışma grubu 45 hasta ile ve toplam 87 kişi ile araştırmanın gerçekleştirilmesine karar verildi.

Randomizasyon

Hastalara ait veriler eş zamanlı olarak blok randomizasyon yöntemi ile toplandı. Randomizasyon için, randomizer.org programı kullanıldı. Bu program ile kontrol ve çalışma grubu olmak üzere rastgele iki set oluşturuldu ve programın verdiği sıralamaya göre hastalar kontrol ve çalışma grubuna dahil edildi. (Örnek randomizasyon: KDC kliniğinde taburculuğu planlanan altı hasta/hasta yakını için, her hasta/yakınına bir sayı numarası verildi. Randomizasyon üzerinden iki set oluşturuldu. Set 1; 3,5,1 numaralı sayı, Set 2; 2,4,6 numaralı sayı. Rastgele yöntem ile Set 1'e Kontrol Gurubu hastaları, Set 2'ye Çalışma Gurubu hastaları atandı).

Hastaların ve Hasta Yakınlarının Araştırmaya Alınma Kriterleri

18 yaş ve üzerinde olması, (hasta ve hasta yakını için), Türkçe okuyup yazması, anlaması ve iletişim kurabilmesi (hasta ve hasta yakını için), bilincin açık, oryante, koopere ve iletişime açık olması (hasta ve hasta yakını için), KABG ameliyatı geçirmiş olma (hasta için), taburculuk döneminde olma (hasta için), hasta bakımında önemli rol oynayanlar (hasta yakını için), araştırmaya gönüllü olma (hasta ve hasta yakını için) çalışmaya alınma kriterleri olarak belirlendi.

Hastaların ve Hasta Yakınlarının Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

İletişim ve zihinsel engelin olması (hasta ve hasta yakını için), KABG ameliyatı dışında ameliyat olması (hasta için), hasta bakımında önemli rol oynamayanlar (hasta yakını için) araştırmadan dışlanma kriterleri olarak belirlendi.

2.3. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak “Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu”, “ Yaşam Kalitesi Ölçeği- SF-12”, Algılanan Stres Ölçeği, “, Richard-Campbell Uyku Ölçeği”, Bireyselleştirilmiş Taburculuk Eğitim broşürü” kullanıldı.

2.3.1. Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu.

Literatür doğrultusunda geliştirilen ‘Hasta Kişisel Bilgi Formu’ (2,10,20,25) kişisel bilgiler, sosyoekonomik, hastalık özgeçmişi, alışkanlıklar, taburculuk sonrası yaşanan sorunlar, Bireyselleştirilmiş Taburculuk Eğitiminin (BTE) Etki Durumu, Hasta yakınının görüşlerinin olduğu 7 bölüm ve 38 sorudan oluşmaktadır. Formun doldurulması yaklaşık 10-30 dakika sürmektedir.

2.3.2. Algılanan Stres Ölçeği

Ölçek, Cohen ve ark. (1983) ta rafından geliştirilmiş ve Eskin ve ark. (2013) tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. ASÖ’nün, 14, 10 ve 4 maddeden oluşan formları bulunsa da bu araştırmada 14 maddelik ASÖ-14 formu kullanılmıştır. Katılımcılar her maddeyi “Hiçbir zaman (0)” ile “Çok sık (4)” arasın da değişen 5’li Likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmektedir. Maddelerden olumlu ifade içeren 7’si tersten puanlanmaktadır. ASÖ-14 toplam puan üzerinden değerlendirilir ve alınabilecek puanlar 0-56 arasındadır. 30 ve üstü puan bireyin stresinin olduğunu göstermektedir. Puanın yükselmesine bağlı olarak stres düzeyi artmaktadır (Eskin ve ark., 2013). Geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,87 olarak bulunmuştur.

2.3.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12)

Soylu ve Kütük (2021) tarafından geçerlik ve güvenirliği yapılan SF-12 ölçeği, 12 madde ve 8 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları fiziksel işlevsellik, fiziksel rol, beden ağrısı, genel sağlık, enerji, sosyal işlevsellik, duygusal rol ve mental sağlıktan oluşmaktadır (13). Fiziksel ve duygusal rolle ilgili maddeler evet veya hayır olacak şekilde cevaplanırken, ölçeğin diğer maddeleri 3 ve 6 arasında puanlanmaktadır. Genel sağlık, fiziksel işlevsellik, fiziksel rol ve beden ağrısı alt boyutları puanları FBÖ-12 puanını (fiziksel bileşen özet puanı) oluştururken; sosyal işlevsellik, duygusal rol, mental sağlık ve enerji alt boyutları ise MBÖ-12 puanını (mental bileşen özet puanı) oluşturmaktadır. FBÖ-12 ve MBÖ-12 puanları 0 ile 100 arasında değişmekte olup, yüksek puan daha iyi sağlığı göstermektedir. Soylu ve Kütük (2021) çalışmalarında ölçeğin Cronbach alpha katsayısı değerini FBÖ-12 için 0,73; MBÖ-12 için ise 0,72 olarak belirlemişlerdir.

2.3.4. Richard-Campbell Uyku Ölçeği:

Richards tarafından 1987 yılında geliştirilen RCSQ gece uykusunun derinliğini, uykuya dalma süresini, uyanma sıklığını, uyandığında uyanık kalma süresini, uykunun kalitesini ve ortamdaki gürültü düzeyini değerlendiren 6 maddeden oluşan bir ölçektir. Her bir madde görsel analog skala tekniği ile 0 ila 100 arasında yer alan çizelge üzerinde değerlendirilir. Ölçekten alınan “0-25” arası puan çok kötü uykuyu, “76-100” arası puan çok iyi uykuyu belirtmektedir. Ölçek toplam puanı 5 madde üzerinden değerlendirilir, ortamdaki gürültü düzeyini değerlendiren 6. madde toplam puan değerlendirmesi dışında bırakılır. Ölçeğin puanı arttıkça hastaların uyku kaliteleri de artmaktadır. Richards tarafından geliştirilen ölçeğin Cronbach α değeri 0,82 olarak bulunmuştur (17).

2.3.5. Bireyselleştirilmiş Taburculuk Eğitim broşürü

Hastanın ihtiyaçlarına göre hazırlanmış toplam 14 bölümden oluşmaktadır. Bölümler; Ağrı ile baş etme, yara bakımı, istenmeyen etkilerin önlenmesi, diyet ve beslenme yönetimi, hobi ve inanç yönetimi, alışkanlıkların yönetimi, hastalığa uyum süreci, kan basıncı yönetimi, cinsel yaşam, fiziksel aktivite yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, fiziksel aktivite yönetimi, psikolojik yönetim ve acil durum yönetimidir. Yüz yüze görüşme yöntemi ile hasta ihtiyaçlarına yönelik 15-30 dakika sürede anlatıldı.

Eğitim kitapçığının içerik planlaması literatür doğrultusunda gerçekleştirildi. KABG cerrahisi sonrası hastaların en sık yaşadığı komplikasyonlar ve gereksinimler listelenerek eğitim başlıkları ve içerikleri oluşturuldu. Beslenme ve fiziksel aktivite konusuna ait önerilerin alınmasının ardından gerekli revizyonlar yapılarak eğitim kitapçığına son hali verildi ve alanında uzman toplam 4 kişi (1 KVC Doktoru, 2 Cerrahi Hastalıklar Hemşiresi, 1 Diyetisyen, 1 Fizyorehabilitasyon) uzman görüşü alındı.

Hastanelerde hastalara yazılı bir taburculuk eğitim materyali veya kitapçığı verilmemektedir. Ayrıca taburculuk sonrası hastaların izlemini sürdüren herhangi bir uygulama söz konusu değildir. Hastalar randevu günlerinde polikliniğe kontrole gelmektedirler.

2.4. Çalışmanın Uygulama Süreci

KDC kliniklerinde bulunan, ameliyat sonrası taburculuk aşamasında olan, çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan randomizasyon ile belirlenen, çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların sözlü ve yazılı onamı alındıktan sonra; çalışma ve kontrol grubu farklı olmak üzere yapılması planlanan araştırma anlatıldı ve verileri toplandı. Hastanın taburcu olacağı bilgisine klinik sekreterinden ya da o gün çalışmakta olan hemşiresinden ulaşıldı. Tekrar kontrole geleceği günü ise poliklinik sekreterinden ya da belirtilen iletişim telefon numarasından aranarak öğrenildi. Kontrollere gelemeyen veya başka sağlık kuruluşunda kontrollere giden hastalara telefon ile görüşme sağlandı. Kontrol ve çalışma grubu hasta ve hasta yakınları ile görüşme hasta taburcu olmadan önce ve hasta tekrar ameliyat sonrası ilk kontrole çağırıldığında (4. hafta) görüşme yapıldı ve veriler dolduruldu.

Kontrol grubu

Hasta ve hasta yakını ile ‘Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu’ dolduruldu. Hastanın boy ve kilosu, yaş, KVC YB’ünden çıkış saati vs. bilgileri hastanın dosyasından alındı. Hastanın sosyoekonomik durumu, hastalık özgeçmişi, alışkanlıkları, taburculuk sonrası yaşanan sorunlar kendi ve yakınından alındı. Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu’nun doldurulması 5-10 dk sürdü. Ardından hastaların, Yaşam Kalitesi Ölçeği- SF-12”, “, Richard-Campbell Uyku Ölçeği” ve Algılanan Stres Ölçeği anlatıldıktan sonra dolduruldu. Kontrol grubu hastalarına yönelik kliniğin standart taburculuk eğitimi klinik hemşireleri tarafından verilmekte olup, bireyselleştirilmiş taburculuk eğitimi hasta ve yakınına araştırmacılar tarafından verilmemiştir. Son olarak hastaların 4. hafta kontrole geldiklerinde belirlenen ölçeklerin tekrar bilgisinin alınacağı anlatıldı.

Çalışma grubu

Hasta ve hasta yakını ile ‘Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu’ dolduruldu. Hastanın boy ve kilosu, yaş, KVC YB’ünden çıkış saati vs. bilgileri hastanın dosyasından alındı. Hastanın sosyoekonomik durumu, hastalık özgeçmişi, alışkanlıkları, eğitim için mevcut/taburculuk sonrası yaşanan sorunlara ve gereksinimlere yönelik, BTE hasta ve yakınına anlatıldı. Bireyselleştirilmiş Taburculuk Eğitiminin (BTE) Etki Durumu Hasta yakınının görüşleri alındı. Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu’nun doldurulması 5-10 dk sürdü. BTE ise sorunlara ve gereksinimlere göre 15-30 dakika anlatıldı. Ardından hastaların; Yaşam Kalitesi Ölçeği- SF-12”, “Richard-Campbell Uyku Ölçeği” ve Algılanan Stres Ölçeği anlatıldıktan sonra dolduruldu. Son olarak hastaların 4. hafta kontrole geldiklerinde belirlenen ölçeklerin tekrar bilgisinin alınacağı anlatıldı. Ayrıca hastanın yaşam bulgularını kaydedip kaydetmediği, yaşadıkları komplikasyonlar, hastaneye başvuru veya yatışının olup olmadığı sorgulandı ve ilgili forma kaydedildi. Hastanın gereksinim ve yaşadıkları komplikasyonlara göre bireyselleştirilmiş taburculuk eğitim tekrarı yapıldı. Kontrollere gelemeyen veya başka sağlık kuruluşunda kontrollere giden hastalara telefon ile görüşme sağlandı. Çalışma grupta yer alan hasta ve hasta yakınlarına BTE kitapçığında yer alan bilgilerin özeti telefon üzerinden PDF olarak aktarıldı ve istedikleri takdirde kitapçığa araştırmacılara ulaşarak BTE ulaşabileceği bilgisi verildi.

2.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: “Yaşam Kalitesi Ölçeği- SF-12”, “Richard-Campbell Uyku Ölçeği”, Algılanan Stres Ölçeği. Bağımsız değişkenler: Eğitim kitapçığı, cinsiyet, eğitim seviyesi, kronik hastalık varlığı, alışkanlıklar, hasta yakınının varlığı, ameliyat öncesi klinikte yatış süresi, yoğun bakımda kalış süresi, ameliyat sonrası klinikte yatış süresi, ameliyat sonrası komplikasyon gelişme durumu, hastaneye tekrar yatma durumu ve taburculuk sonrası sorun gelişme durumu ve sorunların çözümünde verilen eğitimin etkinliği.

2.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS for Windows 25.0 paket programı kullanılarak analiz edildi. Sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler ortalama $\pm$ standart sapma, minimum ve maksimum değerler; kategorik değişkenler için ise sayı (n) ve yüzde (%) olarak sunuldu. Sürekli değişkenlerin dağılım özellikleri Shapiro–Wilk testi ve histogram ile q-q grafikleri incelenerek değerlendirildi; gruplar arası karşılaştırmalarda varyans homojenliği Levene testi ile kontrol edildi. Normal dağılım gösteren sürekli değişkenlerin çalışma ve kontrol grupları arasındaki karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t-testi, normal dağılmayan değişkenlerde ise Mann–Whitney U testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerin (sosyodemografik özellikler ve ölçeklerin kategorik sınıflandırmaları vb.) gruplar arası karşılaştırılmasında ki-kare (χ^2) testi, beklenen hücre frekanslarının yetersiz olduğu durumlarda ise Fisher’in kesin ki-kare testi uygulandı. Çalışma ve kontrol gruplarının T0 (taburculuk günü) ve T1 (ameliyattan 21–28 gün sonrası) zaman noktalarındaki Algılanan Stres Ölçeği, Richard-Campbell Uyku Ölçeği ve SF-12 yaşam kalitesi ölçeği toplam ve alt boyut puanları her bir zamanda gruplar arasında karşılaştırıldı. Tüm istatistiksel analizler çift yönlü (two-tailed) olarak yürütüldü ve istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi. Ayrıca çalışmada kullanılan ölçeklerin iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayıları hesaplanarak değerlendirildi.

2.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik izinler alındı (Karar no. 2024/74), KSÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi KVC anabilim dalından ve KSÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi başhekimliğinden izinler alındı (E-92860489-200-439341). Araştırmada kullanılan ölçekler için ölçek sahiplerinden kullanım izni alındı. Kalp ve Damar Cerrahisi Polikliniği’nde ve Kliniği’nde görev yapmakta olan tüm hekimler, hemşireler ve sekreterine iş birliğini kolaylaştırmak amacıyla çalışmanın detayları hakkında bilgi verildi. Araştırmaya katılan tüm hasta/yakınlarına araştırmanın amacı açıklanarak yazılı ve sözlü onamları alındı. Elde edilen verilerin isim belirtilmeden rapor halinde sunulacağı ve sadece bilimsel amaçla kullanılacağı açıklandı.

3. BULGULAR

Tablo 3.1, Çalışma Grubu ve Kontrol Grubundaki hastaların çeşitli tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması sunuldu. Yaş ortalaması çalışma grubunda $64,57 \pm 8,72$, kontrol grubunda ise $64,7 \pm 9,11$ olarak belirlendi. Beden Kitle İndeksi (BKİ) çalışma grubunda $29,05 \pm 4,80$ (min: 19, maks: 38.), kontrol grubunda $28,55 \pm 5,02$ olarak hesaplandı. Hastanede kalma süresi çalışma grubunda $10,33 \pm 3,58$ gün (min:8 maks:20), kontrol grubunda ise $10,04 \pm 2,65$ gün (min:9 maks:18) olarak belirlendi. Gruplar arasındaki tüm bu karşılaştırmalarda, farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p > 0,05$). Yaş gruplarında, çalışma grubunda en yüksek oran %51.1 ile 18-65 yaş aralığı tespit edildi. BKİ açısından, çalışma grubunda en yüksek oran %55.6 ile BKİ’si 30 ve üzeri olan hastalar olarak belirlendi. Cinsiyet dağılımında, çalışma grubunda erkekler %71.1 ile en yüksek orana sahip bulundu. Medeni durum dağılımında çalışma grubunda %46.7’sinin evli olduğu belirlendi. Eğitim durumu açısından, en yüksek oran %55.5 ile ilköğretim mezunları olarak saptandı. Çalışma durumunda ise en yüksek oran kontrol grubunda %85.7 ile çalışmadığı tespit edildi. Kontrol grubu

hastalarının %28.6'sının yalnız yaşadığı bulundu. Gruplar karşılaştırıldığında, tüm bu özelliklerdeki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Kontrol ve Çalışma Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özellikler Açısından Karşılaştırılması (N=87)

	Kontrol Grubu (n=42)	Çalışma Grubu (n=45)	Test	P
	ortalama $\pm$ ss* En az:- en çok:	ortalama $\pm$ ss* En az:- en çok:		
Yaş (yıl)	64.7 $\pm$ 9.11 44-78	64,57 $\pm$ 8,72 46-78	t= 0.594	p= 0.554
Beden kitle indeksi	28.55 $\pm$ 5.02 18.60-37.60	29.05 $\pm$ 4.80 19.00-38.00	t= -0.479	p= 0.633
Hastanede yatış süresi (gün)	10.04 $\pm$ 2.65 9-18	10.33 $\pm$ 3.58 8-20	z= 0.424	p= 0.673
	n (%)	n (%)		
Yaş Grupları (yıl)				
18-64	16(38.1)	23(51.1)	$\chi^2= 3.320$	p= 0.190
65-74	18(42.9)	11(24.4)		
>74	9(15)	11(24.4)		
Beden kitle indeksi Grupları			$\chi^2=67.644$	p= 0.181
25-29.9	8(19.0)	5(11.1)		
30-39.9	19(45.2)	25(55.6)		
40 ve üzeri	15(35.)	15(33.3)		
Cinsiyet			$\chi^2=1.827$	p=0.177
Erkek	24(57,1)	32(71.1)		
Kadın	18(42,9)	13(28.9)		
Medeni Hali			$\chi^2=0.097$	p= 0.756
Bekâr	21(50)	24(53.3)		
Evli	21(50)	11(46.7)		
Eğitim Durumu			$\chi^2=3.853$	p=0.571
Okuryazar değil+ Okuryazar	13(30.9)	10(22.2)		
İlköğretim (ilkokul ve ortaokul)	20(47.6)	25(55.5)		
Ortaöğretim (lise) ve üzeri	9(21,4)	8(17.8)		
Çalışma Durumu			$\chi^2=1.426$	p=0.232
Çalışmıyor	36(85.7)	34(75.6)		
Çalışıyor	6(14.3)	11(24.4)		
İkametgâh Yeri			$\chi^2=2.282$	p=0.519
İl merkezi	15(35.7)	22(48.9)		
İlçe	9(21.4)	6(13.3)		
Köy	17(40.5)	15(33.3)		
Farklı bir il	1(2.4)	2(4.4)		
Bakım Veren Kişilerin Varlığı			$\chi^2=0.190$	p=0.663
Yalnız yaşıyor	12(28.6)	11(24.4)		
Eşi ve çocukları ile	30(71.4)	34(75.6)		
Diğer [§]				

Ort $\pm$ SS*: Ortalama $\pm$ standart sapma, BKİ **: Beden Kitle İndeksi, X2test: Ki-kare testi, t test: Bağımsız gruplarda t-testi z: "Mann Whitney U testi"

Tablo 3.2'de Kontrol ve Çalışma Grubundaki hastaların taburculukta hastalıkla ilgili karşılaştığı sorunların karşılaştırılmasına ilişkin bulgular sunuldu. Herhangi bir sorun yaşayanların oranı; T1 zamanında kontrol grubunda %100, çalışma grubunda %91.1 olarak bulundu. Sorunların nedenlerine bakıldığında; T1 zamanında ilk üç neden kontrol grubunda; uyku (%45.2), ağrı (%69.0), stres (%45.2); ilk üç neden çalışma grubundaki ise; uyku (%41.2), ağrı (%68.6), stres (%43.1) olarak bulundu. Taburcu olduktan sonra hastaneye gelme oranları; T1 zamanında kontrol grubunda %28.6,

çalışma grubunda %26.7 olarak belirlendi. En fazla kontrole gelinen poliklinik; kontrol grubunda %33.3 ile göğüs hastalıkları bulundu. Tüm gruplar karşılaştırıldığında bu özelliklerdeki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 3.2. Kontrol ve Çalışma Grubundaki Hastaların Taburculukta Hastalıkla İlgili Karşılaştığı Sorunların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (N=87)

	T1 Ölçümü**		Test	p
	Kontrol Grubu n (%)	Çalışma Grubu n (%)		
T1 Süresinde herhangi bir sorun yaşama durumu ifadesi				
Evet	42(100.0)	41(91.1)	$\chi^2=0.048$	P=0.067
Hayır	0(0)	4(8.9)		
Herhangi bir sorun yaşama (Evet)§				
Beslenme	9(21.4)	8(17.8)		
Uyku	19(45.2)	17(37.8)		
Ağrı	29(69.0)	31(68.6)		
Yara iyileşmesi ve Enfeksiyon	10(23.8)	12(26.7)		
Stres	19(45.2)	20(44.4)		
Solunum	18(42.9)	17(37.8)		
Fiziksel egzersiz	12(28.6)	7(15.6)		
Alışkanlıklar	2(4.8)	1(2.2)		
Hijyen	9(21.4)	5(11.1)		
İlaç kullanımı	4(9.5)	2(4.4)		
T1 Süresinde Sorun nedeni ile acil/polikliniğe/kliniğe gelme durumu			$\chi^2= 0.843$	P=0.516
Evet+	12(28.6)	12(26.7)		
Hayır	30(71.4)	33(73.3)		
Acil/Polikliniğe gelme durumu (Evet)+			$\chi^2= 0.076$	P=0.476
Acil	3(25.0)	3(25.0)		
Enfeksiyon Poliklinik	3(25.0)	3(25.0)		
Ruh Hastalıkları Poliklinik	1(8.3)	2(16.7)		
Göğüs hastalıkları Poliklinik	4(33.3)	3(25.0)		
Dahiliye Poliklinik	1(8.3)	1(8.3)		

χ^2 : Ki-kare testi., +Yatış günü toplamı ve Poliklinik yerleri KSÜ SUA Hastanesi veri sisteminden elde edilmiştir.

**T1:Ameliyattan 21-28. gün sonrası saat 08:00-16:00 arası (Rutin kontrollere çağrıldığı zaman aralığı).

Tablo 3.3’de Çalışma grubundaki hastaların bireyselleştirilmiş taburculuk eğitim programına ilişkin bilgilerinin karşılaştırılmasına bulgular sunuldu. Bireyselleştirilmiş eğitim sonunda en çok fayda sağlanan ilk üç eğitim modülü; akılcı ilaç kullanımına (%95.6), tansiyon yönetimi ve cihazı kullanımına (%93.3), fiziksel/solunum aktivitenin nasıl yapılacağı (%80) olarak bulundu. Sunulan eğitimin etkinliğine; ölçümünde kısmen diyenlerin oranı %60 olarak bulundu.

Tablo 3.3. Çalışma grubundaki hastaların bireyselleştirilmiş taburculuk eğitim programına ilişkin bilgilerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (N=45)

	T1 Ölçümü** Çalışma Grubu n (%)
Bireyselleştirilmiş Taburculuk Eğitiminin (BTE) İyileşmenize Katkı Sağlama Durumu	
Evet	14(31.1)
Hayır	4(8.9)
Biraz kısmen	27(60)
BTE ağrı yönetimine katkı sağladı	
Evet	21(46.7)
Hayır	24(53.3)
BTE yara yönetimine katkı sağladı	
Evet	31(68.9)
Hayır	14(31.1)
BTE alışkanlıklar yönetimine katkı sağladı	
Evet	34(75.6)
Hayır	11(24.4)
BTE nasıl besleneceğim konusuna katkı sağladı	
Evet	29(64.4)
Hayır	16(35.6)
BTE tansiyon yönetimi ve cihazı kullanımına katkı sağladı	
Evet	42(93.3)
Hayır	3(6.7)
BTE akılcı ilaç kullanımına katkı sağladı	
Evet	43(95.6)
Hayır	2(4.4)
BTE uyku yönetimine katkı sağladı	
Evet	27(60)
Hayır	18(40)
BTE fiziksel/solunum aktivitenin nasıl yapılacağı konusunda katkı sağladı	
Evet	36(80)
Hayır	9(20)
BTE stres yönetimine katkı sağladı	
Evet	21(46.7)
Hayır	24 (53.3)

Tablo 3.4. Kontrol ve Çalışma grubundaki hastaların ölçeklerin tanınması ve karşılaştırılmasına ilişkin bulguları sunuldu.

T0 zamanında;

Algılanan stres ölçeği ortalaması; kontrol grubunda 44.97 ± 9.91 , çalışma grubunda 44.35 ± 8.63 olarak belirlendi. Her iki grup için kontrol grubu (%76.2); çalışma grubu (%73.3) yüksek düzeyde stresli bulundu. Richard-campbell uyku ölçeği ortalaması; kontrol grubunda 54.64 ± 31.70 , çalışma grubunda 54.51 ± 29.88 olarak belirlendi. Her iki grup için kontrol grubu (%40.5); çalışma grubu (%44.4) uyku kalitesi kötü bulundu. SF-12 yaşam kalitesi ölçeği ortalaması; kontrol grubunda 46.26 ± 22.99 , çalışma grubunda 41.98 ± 20.24 olarak belirlendi. Her iki grup için kontrol grubu (%50.0); çalışma grubu (%66.7) yaşam kalitesi düşük bulundu.

T1 zamanında;

Algılanan stres ölçeği ortalaması; kontrol grubunda 44.76 ± 9.60 , çalışma grubunda 40.48 ± 8.31 olarak belirlendi. Her iki grup için kontrol grubu (%76.2); çalışma grubu (%46.7) yüksek düzeyde stresli bulundu. Algılanan stres ölçeği açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p < 0.05$). Richard-campbell uyku ölçeği ortalaması; kontrol grubunda 49.76 ± 9.60 , çalışma grubunda 64.33 ± 23.83 olarak belirlendi. Kontrol grubundaki hastaların (%47.6) uyku kalitesini kötü olarak belirtirken, çalışma grubundaki hastaların (%26.7) uyku kalitesi kötü bulundu. Farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p < 0.05$). SF-12 yaşam kalitesi ölçeği ortalaması; kontrol grubunda 40.88 ± 20.84 , çalışma grubunda 48.13 ± 16.54 , her iki grup için kontrol grubundaki hastaların (%71.4); çalışma grubundaki hastaların (%55.5) yaşam kalitesi düşük bulundu. Farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p > 0.05$). Yaşam kalitesinin alt boyutları incelendiğinde, mental alt boyut arasında kontrol grubundaki hastaların (42.78 ± 20.87), çalışma grubundaki hastaların (51.13 ± 14.57) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p < 0.05$).

Tablo 3.4. Kontrol ve Çalışma grubundaki hastaların ölçeklerin tanımlanması ve karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (N=87)

Ölçek Parametreleri	T0 Ölçümü				T1 Ölçümü			
	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	Test	p	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	Test	p
	N=42	N=45			N=42	N=45		
	ortalama±ss*	ortalama±ss**			ortalama±ss**	ortalama±ss**		
Algılanan Stres Ölçeği	44.97±9.91	44.35±8.63	t=-0.312	p=0.756	44.76±9.60	40.48±8.31	t=0.429	p=0.029
Richard-Campbell Uyku Ölçeği	54.64±31.70	54.51±29.88	t=-0.020	p=0.084	49.76±9.60	64.33±23.83	t=-2.429	p=0.017
SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği	46.26±22.99	41.98±20.24	t=0.922	p=0.359	40.88±20.84	48.13±16.54	t=-1.802	p=0.075
Fiziksel Alt Boyut	46.49±29.89	41.39±23.52	t=0.886	p=0.378	37.62±24.15	46.27±21.70	t=-1.759	p=0.082
Mental Alt Boyut	46.36±21.27	44.96±19.49	t=0.320	p=0.750	42.78±20.87	51.13±14.57	t=-2.175	p=0.032
	n (%)				n (%)	n (%)		
Algılanan Stres Ölçeği								
11-26 puan düşük stres	1(2.4)	1(2.2)			4(9.5)	2(4.4)		
27-41 puan orta stres	9(21.5)	11(24.4)	$\chi^2=0.112$	p=0.946	6(14.3)	22(48.9)	$\chi^2=12.003$	p=0.002
42-56 puan yüksek stres	32(76.2)	33(73.3)			32(76.2)	21(46.7)		
Richard-Campbell Uyku Ölçeği								
0-25 çok kötü uyku	17(40.5)	20(44.4)	$\chi^2=0.140$	p=0.708	20(47.6)	12(26.7)	$\chi^2=4.101$	p=0.043
76-100 çok iyi uyku	25(59.5)	25(55.6)			22(52.4)	33(73.3)		
SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği								
0-50 Düşük yaşam kalitesi	21(50)	30(66.7)	$\chi^2=4.490$	p=0.106	30(71.4)	25(55.5)	$\chi^2=3.021$	p=0.221
51-70 Orta yaşam kalitesi	12(28.6)	12(26.7)			8(19)	16(85.6)		
71-100 Yüksek yaşam kalitesi	9(21.4)	3(6.7)			4(9.5)	4(8.9)		

Ort. ±SS. *: Ortalama ±Standart Sapma, t test: Bağımsız örneklem t-testi, χ^2 : Ki-kare testi, **T0:Taburcu olacağı gün saat 08:00-16:00 arası, **T1:Ameliyattan 21-28. gün sonrası saat 08:00-16:00 arası (Rutin kontrollere çağrıldığı zaman aralığı)

4. TARTIŞMA

Koroner arter bypass greftleme (KABG) ileri koroner arter hastalığının tedavisinde en sık başvuru, mortaliteyi azaltan ve yaşam kalitesini artıran etkin bir girişimdir. Bununla birlikte, ameliyat sonrası dönemde hastaların karşılaştığı komplikasyonlar, fiziksel kısıtlılıklar, psikososyal

sorunlar ve yaşam tarzı değişiklikleri gereksinimi; taburculuk eğitiminin kalitesini iyileşme sürecinin vazgeçilmez bir unsuru haline getirmiştir (26, 27). Yapılan çalışmalar, KABG cerrahi sonrası dönemde bireyselleştirilmiş taburculuk eğitiminin; hasta sonuçları, tedaviye uyumu, ilaç uyumu, yaşam kalitesi ve komplikasyon gelişimi üzerinde belirgin etkileri olduğunu göstermektedir (28).

KABG’de yaş risk olmaktan ziyade, riske maruz kalma ve komplikasyonları yönetme açısından önemlidir. Yapılan çalışmalar insanlar yaşlandıkça, KAH görülme sıklığının arttığı ve 65 yaş üstü kişilerde çok damarlı KAH görülme olasılığı daha yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmamızda da yaş ortalaması literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir (29). KABG cerrahisi geçirenler kadınlarda, erkeklere kıyasla daha yüksek bir operatif mortalite oranı olduğu iyi bilinmektedir. Fakat KABG geçiren, 1.863.719 hastayı (kadınların %33,6’sı) içeren retrospektif bir kohort çalışmasında, çalışma süresi boyunca kadınların hastanedeki ölüm oranının erkeklerle karşılaştırıldığında sürekli olarak daha yüksek olduğunu bulunmuştur. Bu sebeple önlenabilir risk faktörlerinin her iki cinsiyet içinde iyi bir taburculuk eğitimi ile sunulmasını öneriyoruz (30). TÜİK sonuçlarına göre, 2016 yılında %14,9 olan yalnız yaşayan fertlerden oluşan tek kişilik hane halklarının oranının 2024 yılında %20’ye yükseldiği görüldü. KABG cerrahisi sonrası bireyselleştirilmiş taburculuk eğitiminin unsurları belirlenir ve kişilere anlatırken yalnız yaşama durumu sorgulanmalı ve bu duruma özel taburculuk eğitimleri sunulmaktadır (31). KABG cerrahisi sonrası hastalar taburcu olduktan sonra karşılaştıkları fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar devam edebiliyor (32). Taburcu olduktan sonraki ilk aydaki sorunlar solunum sistemi, dolaşım, ameliyat bölgesi, ilaç kullanımı, beslenme, boşaltım, egzersizler, kişisel bakım, ağrı kontrolü, omuz, sırt, göğüs veya bacak ağrısı, uykusuzluk, kabuslar, çarpıntı, halsizlik, yorgunluk, ruh hali değişimleri, depresyon ve iştahsızlık ile ilgilidir (33, 34). Direk ve ark. (2012), KABG geçiren hastaların taburcu olduktan sonra yorgunluk, nefes darlığı, yara yerinde ağrı, halsizlik, uykusuzluk, iştahsızlık, korku, stres hali, bacaklarda ödem, yara açılması, beslenme sorunu ile karşılaştığını bildirmiştir (35).

Gill ve ark. (2023), KABG geçiren hastaların taburculuk sonrası solunum problemleri, ağrı, yara iyileşmesi, beslenme, uyku ve stres ile ilgili sorun yaşadıklarını bildirmiştir (36). Çalışmamıza bakıldığında T1 zamanında ilk üç sorun; Kontrol grubunda; ağrı (%69.0), stres ve uyku (%45.2), ilk üç sorun çalışma grubunda; ağrı (%68.6), stres (%44.4) ve uyku (%41.2) olarak bulundu. Yapılan çalışmalar ile çalışmamız uyumlu olup belirlenen komplikasyonların ve sorunların çözümüne katkı sağlayarak, H1 hipotezimizin doğruluğu kanıtlanmıştır. Özellikle KABG cerrahi geçiren hastalarda hastalığa uyum sürecinde; kısa ve uzun dönemde hastanın takip edilmesi, ailenin bu süreçte aktif rol almasını önemsiyoruz. Çalışma bulgularında ve benzer çalışma sonuçlarında da görülen ağrı, stres yönetimi ve uyku sorunlarına özel bireyselleştirilmiş eğitim ve ailenin sürece dahil edilmesiyle komplikasyonların ve iyileşme sürecinin hızlanacağı çalışma sonucunda da ispatlanmıştır. Günümüzde KABG cerrahisi başarı şansı yüksek bir tedavi olarak uygulanmaktadır. Tüm bu gelişmelere ek olarak, cerrahi ve anestezi teknikleri, yoğun bakım takip ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler sonucunda hastane yatış süreleri son 10 yılda önemli oranda azalmıştır (37). Yavuz ve ark. (2019) KABG hastalara yönelik yapmış olduğu çalışmada, hastaların %86’sının ilk 10 günde taburcu olduğu, %15.6’sının taburculuk sonrası tekrar hastaneye başvurduğu görülmektedir (38). Çalışmamızda tekrar hastaneye başvuru oranının kontrol grubunda %28.6, çalışma grubunda %26.7 olarak benzer oranlarda olduğu değerlendirildi. Tedavi başarı oranının artırılması, hastalığa uyumu ve iyileşmenin sağlanması için; hastaların gereksinim duydukları bilgilere yönelik; ağrı yönetimi, ilaç kullanımı, vücut hijyeni, beslenme, boşaltım, yara bakımı, etkin solunumu sürdürme, işe başlama, günlük yaşam aktiviteleri ve egzersizler, sigara-alkol kullanımı ve spor yapma, rutin kontrol zamanları, acil durumlarda acil service başvurma, araba kullanma ve cinsellik konularında araştırmacı hemşire tarafından hastalara bireyselleştirilmiş taburculuk eğitimi sunulmalı, gerektiği durumlarda telefon ile danışmanlık ve eğitim hizmeti de sağlanmıştır (39, 40). Standartlaştırılmış eğitim programları çoğu zaman hastanın bireysel farklılıklarını, öğrenme hızını, kültürel özelliklerini, yaşam koşullarını ve sosyal destek düzeyini dikkate almamaktadır. Oysa bireyselleştirilmiş taburculuk

eğitimi, hastanın ihtiyaçlarına göre yapılandırıldığında, eğitimin anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini artırmakta; böylece hastaların klinik taburculuk sonrası bakım süreçlerinde daha etkin bir rol üstlenmelerini sağlamaktadır. Bireyselleştirilmiş taburculuk eğitim alan hastalarda; ameliyat sonrası yaşamsal aktivitelerini, yaşam kalitesini ve komplikasyonları azalttığı bulunmuştur (41).

Hasta yakınlarına verilen eğitimin etkisi de önemli bir bileşenini oluşturmaktadır. KABG geçiren bireylerin çoğu, taburculuk sonrası dönemde günlük yaşam aktivitelerinde bir süre desteğe ihtiyaç duymakta ve bu destek çoğunlukla aile üyeleri tarafından sağlanmaktadır. Bu nedenle, bakım verenlerin ameliyat sonrası bakım gereksinimleri konusunda bilgi sahibi olmaları hem hastanın güvenliğini hem de bakım kalitesini ve iyileşmeyi doğrudan etkilemektedir. Araştırmalar, bakım veren eğitiminin; yanlış uygulamaların önüne geçtiğini, bakım yükünü azalttığını ve bakım verenlerin psikososyal uyumunu olumlu yönde etkilediğini göstermektedir (42, 43). Çalışmamızda çalışma grubundaki hastalarına verilen eğitimin etkinliği incelendiğinde ilk üç sırada; ilaç kullanımı (%95.6), tansiyon yönetimi ve cihazı kullanımına (%93.3), fiziksel/solunum aktivitenin nasıl yapılacağı konusunda (%80) etkili olduğu görülmektedir. Bireyselleştirilmiş taburculuk eğitimde ailelerin bilgi düzeyinin artması, hastaların tedaviye uyumunu ve motivasyonunu artırarak iyileşme sürecinin hızlanmasına katkıda bulunarak, yaşam kalitesini arttırır. Bilgiler doğrultusunda H2 hipotezimiz doğrulanmış olmaktadır. Taburculuk eğitiminin sadece hastaya değil, aynı zamanda birincil bakım verene yönelik planlanması, multidisipliner bakım yaklaşımının ayrılmaz bir parçasıdır. Bireyselleştirilmiş taburculuk eğitiminin iyileşme sürecine etkisini tartışırken, eğitimin uygulanma yöntemleri de önemlidir. Güncel eğilim, yalnızca yüz yüze öğretim değil; yazılı materyaller, dijital uygulamalar, video eğitimleri, telefon takipleri ve tele-sağlık hizmetleri ile eğitimin desteklenmesidir (44). Dığrak ve ark. (2024) KABG cerrahisi geçiren hastalarda özellikle tele-sağlık tabanlı takiplerin KABG hastalarında sırt üstü uyuma, göğüs korsesi kullanma, yataktan kalkmadan önce kompresyon çorabı giyme ve triflo topu kullanma gibi davranışlarda sürdürülebilirliğini artırdığı bulunmuştur. Ancak bu uygulamaların her hastaya uygun olmayabileceği, teknolojik yeterlilik gerektirdiği ve yaşlı hasta gruplarında uyum sorunları oluşturabileceği de unutulmamalıdır. Çalışmamızda literatürle uyumlu sonuçlar göstermiş olup, hem tele-sağlık hem de yüz yüze bireyselleştirilmiş eğitim sunulmuştur (45).

Bulgular ışığında, KABG ameliyatı sonrası hasta ve hasta yakınlarına verilen bireyselleştirilmiş taburculuk eğitimini verilen hastaların verilmeyenlere göre, algılanan streslerini azalttığı, komplikasyonları yönetmede katkı sağladığı, yaşam kalitesini ve uyku kalitesini iyileştirilmesi konusunda yarar sağladığı kanıtlanmıştır. Gelecekte yapılacak çalışmalara, klinik uygulamalara, kanıta dayalı hemşirelik müdahalelerinin geliştirilmesine katkı sağlaması beklenmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Aynı odada yatan hastaların birbirinden etkilenme olasılığının bulunması nedeniyle randomizasyona dahil edilmedi. Hastaların taburculuğu sonrası sadece 4. hafta kontrol verileri takip edildi. Planlanan eğitimin cerrahi sürece dahil edilmesi, standart taburculuk eğitimine kıyasla ek maliyet gerektirdi. Araştırmacının anlatım yeteneği, hasta/hasta yakınına motive etme durumu çalışma sonuçlarını etkilemiş olabilir.

5. SONUÇ VE ÖNERİ

Uygulanan KABG ameliyatı sonrası hasta ve hasta yakınlarına verilen bireyselleştirilmiş taburculuk eğitiminin hastaların; algılanan streslerini azalttığı, yaşam kalitesini ve uyku kalitesini iyileştirilmesi ortaya çıkmaktadır. Ayrıca elde edilen bulgular, hasta ve hasta yakınlarına verilen bireyselleştirilmiş taburculuk eğitiminin kliniklerde uygulamasının önemini vurgulamaktadır.

“Kabg Ameliyatı Sonrası Hasta ve Hasta Yakınlarına Verilen Bireyselleştirilmiş Taburculuk Eğitiminin Hastanın İyileşme Sürecine Etkisinin İncelenmesi” Başlıklı Makalenin Araştırma ve Etik Beyanı Bilgileri

Bu çalışma “Araştırma ve Yayın Etiği” değerlerine uygun olarak hazırlanmış ve intihal kontrol programında kontrol edilmiştir. Çalışmanın tüm sorumluluğu yazar(lar)a aittir.

Bilgilendirme	Bu çalışma özgül bir çalışmadır.
Yazar Çıkar Çatışması Beyanı	Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.
Finansal Destek	Çalışmada herhangi bir finansal destek alınmamıştır.
Yazar Katkı Oranı Beyanı	Yazarlar eşit oranda katkıda bulunmuşlardır.
Teşekkür	Çalışmayı destekleyen herhangi bir kurum/proje yoktur.
Etik Kurul Onay Belgesi	Etik Kurul onayı alınmıştır.
Ölçek İzni	Ölçek izni alınmıştır.

KAYNAKÇA

1. World Health Organization. (2025). *Cardiovascular diseases*. Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1 (Erişim Tarihi: 20.09.2025)
2. Benjamin E. J, Muntner P, Alonso A, et al. American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics: A report from the American Heart Association Circulation, 2019;139:(10).
3. Martin SS, Aday AW, Almarzooq ZI, et al. 2024 Heart disease and stroke statistics: A report of US and global data from the American Heart Association. Circulation, 2024;1(2). doi: 10.1161/CIR.0000000000001209.
4. Timmis A, Townsend N, Chris P, et al. European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics, European Heart Journal (2020) 41,12 85.
5. Türkiye İstatistik Kurumu, (2025). *Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri*. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2024-54195> (Erişim Tarihi: 10.09.2025).
6. Çağlar M, Yeşiltepe Oskay, Ü, Arıcan E, Akyol E. Açık kalp ameliyatı sonrası öz yeterlilik ve cinsel işlev arasındaki ilişki. Avrupa Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 2021;20(4), 376-382.
7. Avrupa Kardiyoloji Derneği, (2025). *ESC-Atlas-of-cardiology*. Erişim adresi: <https://www.escardio.org/Research/ESC-Atlas-of-cardiology#> (Erişim Tarihi: 15.09.2025)
8. Qiu X. Nurse-led intervention in the management of patients with cardiovascular diseases: a brief literature review. BMC nursing, 2024;23(1), 6.
9. Raffa G, Agnello F, Occhipinti G, et al. Neurological complications after cardiac surgery: a retrospective case-control study of risk factors and outcome. J Cardiothorac Surg, 2019; 14:23
10. Tunç M, Şahutoğlu C, Karaca N ve diğerleri. Erişkin Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Yoğun Bakım Yatış Süresinde Uzama ile İlişkili Risk Faktörleri, Turk J Anaesthesiol Reanim 2018; 46(4): 283-91.
11. Emre Ö, Tuna A. Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası telefon ile izlenmesinin bakım sonuçlarına etkisi. Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2021;2(1):44-53.
12. Mejia OAV, Borgomoni, GB, Lima EG et al. Most deaths in low risk cardiac surgery could be avoidable, Scientific Reports, 2021;11(1):1045.
13. Lidén K, Ivert T, Sartipy U. Death in low-risk cardiac surgery revisited. Open Heart, 2020; 7.1: e001244.

14. Bağış M Z. Açık Kalp Cerrahisinde Preoperatif Albümin Değerinin Renal Fonksiyonlar Üzerine Etkisi: Araştırma Makalesi. *Europeanatolia Health Sciences Journal*, 2023;1(1):29-34.
15. Ljungqvist O, Scott M, Fearon K C. Enhanced recovery after surgery: a review. *JAMA surgery*, 2017;152(3):292-298.
16. Zanini M, Nery, R, et al. Effects of different rehabilitation protocols in inpatient cardiac rehabilitation after coronary artery bypass graft surgery: a randomized clinical trial. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*, 2019; 39.6:19-25.
17. Svavarsdóttir M H, Sigurðardóttir Á K, Steinsbekk A. Knowledge and skills needed for patient education for individuals with coronary heart disease: The perspective of health professionals. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2016;15.1: 55-63.
18. Dale J G, Midthus E, Dale B. Using information and communication technology in the recovery after a coronary artery bypass graft surgery: patients' attitudes. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 2018:417-423.
19. Yanık T Ç, Yılmaz S G. Kardiyovasküler Cerrahi Sonrası Yoğun Bakımda Yaşanan Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 2019; 1(2):122-127.
20. Yıldız T. Cerrahi hasta eğitiminde kullanılan güncel yöntemler: Hastalık merkezli değil, hasta merkezli eğitim. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 2015;5.2: 129-133.
21. Erdoğan M, Kırılmaz H. Hasta merkezlik ve hasta merkezli bakım. *İnsan ve İnsan Dergisi*, 2020;7(24):97-126.
22. Aktas YY, Uğur, HG, Orak, OS. Kalp cerrahisi hastalarında anksiyete ve depresyonu azaltmak için taburcu eğitimi müdahalesi: randomize kontrollü bir çalışma. *Peri Anestezi Hemşireliği Dergisi*, 2020;35 (2):185-192.
23. Arslan F E, Karacabay K, Korkmaz F D. Göğüs Kalp Damar Cerrahisinde Ağrı. *urkiye Klinikleri Surgical Nursing-Special Topics*, 2015;1.3): 9-15.
24. Shoushi F, Janati Y, Mousavinasab N, et al. The impact of family support program on depression, anxiety, stress, and satisfaction in the family members of open-heart surgery patients. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 2020; 7.2: 69-77.
25. Yoo HJ, Shim J. The effect of a multifaceted family participation program in an adult cardiovascular surgery ICU. *Critical care medicine*, 2021;49.1: 38-48.
26. Balanuye B, Bulut H. Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde uyum süreci. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2021;6(3).
27. Bachar B J, Manna B. Coronary artery bypass graft. *National library of medicine*, 2023; PMID: 29939613.
28. Kankaya E A. Kalp Kapak Ameliyatı Uygulanan Hastalarda Bireysel Danışmanlığın Antikoagülan Tedaviye Uyum, Öz-Etkililik Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi, 2021;(Master's thesis), Dokuz Eylül Üniversitesi, Türkiye, İzmir.
29. Dos Santos CCL, Matharoo AS, Cueva EP et al. The influence of sex, age, and race on coronary artery disease: a narrative review. *Cureus*, 2023;15:10.
30. Harik L, Perezgrovas-Olaria R, Dimagli A, et al. Sex differences in coronary artery bypass graft surgery outcomes: a narrative review. *Journal of Thoracic Disease*, 2023;15.9: 5041.
31. Türkiye İstatistik Kurumu, (2025). *İstatistiklerle Aile, 2024* Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Aile-2024-53898> (Erişim Tarihi: 17.09.2025).
32. Akbari M, Çelik SS. The effects of discharge training and counseling on post-discharge problems in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 2015;20.4: 442-449.
33. Dal U, Bulut H, Güler S. The problems experienced by the patients at home after surgery. *Medical Journal of Bakirkoy*, 2012;8(1).
34. Akbari M, Çelik SS. The effects of discharge training and postdischarge counseling on quality of life after coronary artery bypass graft surgery. *Nursing and Midwifery Studies*, 2018, 7.3: 105-110.
35. Direk F, Çelik SS. Koroner arter baypas greft cerrahisi geçiren hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları sorunlar ve taburcu olduktan sonra öz bakım becerileri. *Türk Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Dergisi*, 2012;20:530-5.
36. Gill E, Huda SU, Khan FU GILL, Elizbith; HUDA, Shams Ul. Post-discharge problems in cardiac surgery patients. *Saudi J Nurs Health Care*, 2023;6.6: 168-79.

37. Tunç M, Şahutoğlu C, Karaca N, ve diğerleri. Erişkin Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Yoğun Bakım Yatış Süresinde Uzama ile İlişkili Risk Faktörleri. *Türk J Anaesthesiol Reanim*, 2018;46.4:283-291.
38. Yavuz, D. Kroner Arter Bypass Greft ve Kalp Kapak Ameliyatı Olan Hastaların Evde Yaşadıkları Semptomlar ve Öz Etkililiklerinin Karşılaştırılması, 2019;(Master's thesis), Maltepe University, Türkiye. İstanbul.
39. Gohari F, Hasanvand S, Gholami M, et al. Comparison of the effectiveness of home visits and telephone follow-up on the self-efficacy of patients having undergone coronary artery bypass graft surgery (CABG) and the burden of their family caregivers: A randomized controlled trial. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 2022;40.1.
40. Dikmen B T, Van Giersbergen M Y. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri. *Gevher Nesibe Journal Of Medical And Health Sciences*, 2021;6(13):68-73.
41. Çam R, Asar A S. Total kalça protezli hastalara verilen taburculuk eğitiminin günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesine etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2019;12(4):220-233.
42. Cahill, J, Berta D. Postoperative cardiac patient education: Effects of individualized discharge planning on recovery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2020;35(6):540–548.
43. Chen L, Li H, Zhang Y. Effects of individualized discharge education on self-efficacy and readmission in patients undergoing coronary artery bypass grafting (CABG). *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2021;20(7):649–657.
44. Özkan S, Asar, A S. Cerrahi hemşireliğinde tele sağlık uygulamaları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2022;38(1):43-48.
45. Dıgırak E, Savsar A, Ögce Aktaş, F ve diğerleri. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Tele-Sağlık İzlemi ile Öz Etkililik ve Memnuniyet Durumunun Değerlendirilmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2024;15.38:156-162.