

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KORONER ARTER BYPASS GREFT AMELİYATI
GEÇİREN HASTALARA TABURCULUK SONRASI TELE-
HEMŞİRELİK HİZMETİ İLE VERİLEN
DANIŞMANLIĞIN, DEPRESYON ANKSİYETE VE STRES
DÜZEYİNE ETKİSİ

Fatma EREN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Fatma CEBECİ

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2018- ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu alışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 07/06/2018

İmza

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Fatma CEBECİ
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM
Akdeniz Üniversitesi



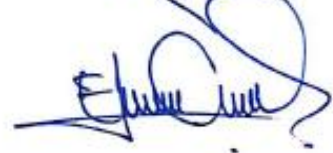
Üye : Prof. Dr. Mehmet Ziya FIRAT
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ
Ege Üniversitesi



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Emine ÇATAL
Akdeniz Üniversitesi



Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih vesayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Narin DERİN

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdaki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Fatma EREN

İmza



Tez Danışmanı

Doç. Dr. Fatma CEBECİ

İmza



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim süresince gelişimime katkı sağlayan, çalışmanın planlanması ve yürütülmesi aşamasında desteğini ve emeğini esirgemeyen, değerli hocam ve danışmanım Sayın Doç. Dr. Fatma CEBECİ'ye,

Tezimin verilerinin değerlendirilmesindeki yardımları için Sayın Prof. Dr. Mehmet Ziya FIRAT'a,

Değerli görüş ve katkıları nedeniyle Sayın Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM, Prof. Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ ve Dr. Öğr. Üyesi Emine ÇATAL'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca yardımlarından dolayı Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü personeline,

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinleri vermeleri nedeniyle Akdeniz Üniversitesi Başhekimliğine,

Çalışmamı gerçekleştirmek için verdikleri izin ve çalışma sürecindeki destekleri nedeniyle Akdeniz Üniversitesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı hocalarımdan Sayın Prof. Dr. Ömer Bayezid başta olmak üzere, Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Ozan Erbasan, Prof. Dr. Cengiz Türkay ve Prof. Dr. İlhan Gölbaşına ve tüm poliklinik ekibine,

Akdeniz Üniversitesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniğindeki değerli asistan ve hemşirelerine,

Her zaman yanımda olan değerli arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca attığım her adımda yanımda olan, destekleri ile bana güç veren, en değerlilerim, ANNEM, BABAM ve ABİME,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hasta ve ailelerine sonsuz ve en içten teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Amaç: Koroner Arter Baypas Greft (KABG) ameliyatı geçiren hastalara taburculuk sonrası tele-hemşirelik hizmeti ile verilen danışmanlığın depresyon, anksiyete ve stres düzeyine etkisini incelemektir.

Yöntem: Araştırma, Ağustos 2016-Haziran 2017 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nin Kalp Damar Cerrahisi Kliniği'nde müdahale-kontrol gruplu randomize kontrollü model kullanılarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini 55 müdahale, 55 kontrol olmak üzere 110 hasta oluşturmuştur. Araştırmada, etik kurul onayı, kurum izinleri ile hastalardan yazılı onam alınmıştır. Veriler, Kişisel Bilgi Formu, DASS-42 aracılığıyla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Müdahale ve kontrol grubuna yatış, taburculuk, birinci kontrol ve ikinci kontrol de DASS-42 uygulanmıştır. Müdahale grubuna taburculuktan sonraki birinci gün, birinci hafta, ikinci hafta ve üçüncü hafta telefonla arama protokolü uygulanmıştır. Veriler IBM SPSS 23 ve SAS 9.4 programı kullanılarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Pearson ki-kare, Fisher'in kesin ki-kare, Shapiro-Wilk testi, t testi, varyans analizi, korelasyon analizi ile değerlendirilmiş, tüm analizler %95 güven aralığında yapılmıştır.

Bulgular: Hastaların yatışta stres (6.46), taburculukta ise anksiyete (7.87) ve depresyon (6.35) puan ortalamalarının en yüksek seviyede olduğu saptanmıştır. Yatışta en düşük seviyede olan depresyon puan ortalamalarının (1.15) taburculukta belirgin bir artış gösterdiği görülmüştür. KABG ameliyatı geçiren ve taburculuk sonrası tele-hemşirelik hizmeti ile danışmanlık verilen müdahale grubundaki hastaların depresyon, anksiyete ve stres puanlarının, kontrol grubuna göre azaldığı ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç: Tele-hemşirelikle verilen danışmanlıkla müdahale grubundaki hastaların kontrol grubundaki hastalara göre depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Koroner arter baypas greft, tele-hemşirelik, depresyon, anksiyete, stres.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to examine the impact of the post-discharge tele-nursing service, for Coronary Artery Bypass Grafting (CABG) patients, on the level of depression, anxiety and stress.

Method: The research was conducted at Akdeniz University, Clinic of Cardiovascular Surgery using randomized controlled trial with intervention and control groups between August 2016 and June 2017. The sample of the survey consisted of 55 intervention patients and 55 control patients. Ethics committee approval, institutional review board and patients' informed consent were received. The data were collected through personal information form and Depression Anxiety Stress Scale (DASS-42) with face-to-face interviews. Intervention group was applied phone call protocol was followed at the first day; first, second and third week after discharge. Intervention and control group received DASS-42 during hospitalization, discharge, first and second follow-ups. The data were evaluated with numbers, percentage, average, standard deviation, Pearson's chi-square, Shapiro–Wilk test, t-test, variance analysis and correlation analysis using IBM SPSS 23.0 and SAS 9.4; and it was found significant as $p < 0.05$.

Results: Average scores of stress (6.46) during hospitalization and anxiety (7.87) and depression (6.35) during discharge were found to be the highest level. It was detected that depression average scores (1.15) at the lowest level during hospitalization showed a significant increase during discharge. It was found that depression, anxiety and stress scores of the intervention group patients who had CABG and received telenursing service after discharge decreased compared to the control group and these differences were found statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: It was determined that levels of depression, anxiety and stress of the intervention group patients who received phone counselling decreased by comparison with the control group.

Key words: Coronary artery bypass graft, tele-nursing, depression, anxiety, stress.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Koroner Arter Hastalığı	3
2.1.1. Koroner Arter Hastalığının Epidemiyolojisi	3
2.1.2. Koroner Arter Hastalığının Risk Faktörleri	4
2.1.3. Koroner Arter Hastalığında Prognoz ve Tedavi	5
2.2. Koroner Arter Baypas Greft Ameliyatı	6
2.2.1. Koroner Arter Baypas Greft Ameliyatının Endikasyonları	7
2.2.2. Ameliyat Öncesi Değerlendirme	7
2.2.3. Koroner Arter Baypas Greft Ameliyatında Kullanılan Yöntemler	8
2.2.4. Koroner Arter Baypas Greft Ameliyatında Kullanılan Greftler	9
2.3. Koroner Arter Baypas Greft Ameliyatından Sonra Tele-hemşirelik Hizmeti ve Danışmanlık	11
2.3.1. Tele Sağlık	12
2.3.2. Tele Tıp	13
2.3.3. Tele- Hemşirelik	14
2.3.4. Koroner Arter Baypas Greft Ameliyatından Sonra Tele- Hemşirelik ile Danışmanlık	15
2.3.5. Tele-Hemşirelik ile Verilen Danışmanlık Hizmetinin Taburculuk Sonrası Depresyon Anksiyete ve Stres Üzerine Etkisi	18

2.4. Koroner Arter Baypas Greft Ameliyatından Sonra Depresyon Anksiyete ve Stres	19
2.4.1. Koroner Arter Baypas Greft Ameliyatından Sonra Depresyon Anksiyete ve Stres İlişkisi ve Önemi	20
3. GEREÇ ve YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Tipi	25
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.4. Örneklem Alınma Kriterleri	26
3.5. Araştırmanın Etik Onamı	26
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	27
3.7. Ön Uygulama	27
3.8. Veri Toplama Araçları	27
3.8.1. Kişisel Bilgi Formu	27
3.8.2. Depresyon Anksiyete Stress Ölçeği (DASS-42)	28
3.8.3. Telefonla Danışmanlık Protokolü	29
3.8.4. WhatsApp KABG grubu ile Danışmanlık	30
3.8.5. Girişim Protokolü	30
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları/Zorlukları	38
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	38
4.BULGULAR	39
5. TARTIŞMA	79
5.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özellikleri, Risk Faktörleri ve Hastalıkları İle İlgili Özellikler Bakımından İncelenmesi	80
5.2. Hastaların Yatış, Taburculuk Birinci ve İkinci Kontroldeki Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerinin İncelenmesi	83
5.3. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Birinci ve İkinci Kontroldeki Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerinin İncelenmesi	85
5.4. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Yatış, Taburculuk Birinci ve İkinci Kontroldeki Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerinin Demografik	

Özelliklerine Göre İncelenmesi 89

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 95

6.1. Sonuçlar 95

6.2. Öneriler 97

KAYNAKLAR 98

EKLER

EK-1. Depresyon, Anksiyete, Stres -42 Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının İzin Yazısı

EK-2- Depresyon, Anksiyete, Stres -42 Ölçeğinin İzin Yazısı

EK-3. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden Kalp Damar Cerrahisi Kliniğinde Araştırmanın Yapılması İçin Alınan İzin Belgesi

EK-4. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan Alınan Etik Onay Belgesi

EK-5. Müdahale Grubu Aydınlatılmış Onam Formu

EK-6. Kontrol Grubu Aydınlatılmış Onam Formu

EK-7. Kişisel Bilgi Formu

EK-8. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-42)

EK-9. Telefonla Arama Protokolü

EK-10.Kontrol ve Müdahale Grubundaki Yatış, Taburculuk Birinci ve İkinci Kontrol Depresyon, Anksiyete ve Stres Hastalarının Ortalamalarının Dağılımı

EK-11. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Depresyon, Anksiteye ve Stres Düzeylerinin Dağılımı ve Yatış, taburculuk Birinci ve İkinci Kontroldeki Hastaların Depresyon, Anksiyete, Stres Puanlarının Kontrol ve Müdahale Gruplarına Göre Tanımlayıcı İstatistikleri ve Varyans Analizi Sonuçları

EK-12 Randamizasyon

ÖZGEÇMİŞ 128

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo

4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	40
4.2. Araştırma Kapsamındaki Hastaların Risk Faktörlerine Sahip Olma Durumları	41
4.3. Çalışmada Yer Alan Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklere Göre Dağılımları	42
4.4. Yatış, Taburculuk Birinci ve İkinci Kontroldeki Hastaların Depresyon, Anksiyete, Stres ve Genel Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri ve Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	43
4.5. Yatış, Taburculuk Birinci ve İkinci Kontroldeki Hastaların Depresyon, Anksiyete, Stres Puanlarının Kontrol ve Müdahale Gruplarına Göre Tanımlayıcı İstatistikleri ve t testi Sonuçları	44
4.6. Yatış, Taburculuk Birinci ve İkinci Kontroldeki Hastaların Depresyon, Anksiyete, Stres Puanlarının Kontrol ve Müdahale Gruplarına Göre Tanımlayıcı İstatistikleri ve Varyans Analizi Sonuçları	46
4.7. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Yatış, Taburculuk Birinci ve İkinci Kontrol Hastaların Depresyon Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Tanımlayıcı İstatistikleri ve Test Sonuçları	49
4.8. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Yatış, Taburculuk Birinci ve İkinci Kontrol Hastaların Anksiyete Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Tanımlayıcı İstatistikleri ve Test Sonuçları	58
4.9. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Yatış, Taburculuk Birinci ve İkinci Kontrol Hastaların Stres Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Tanımlayıcı İstatistikleri ve Test Sonuçları	68

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil

3.1. Araştırmanın Uygulama Şeması	37
3.2 Consort akış diyagramı	38
4.1. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Yatış, Taburculuk Birinci ve İkinci Kontrol Hastalarının Depresyon, Anksiyete, Stres Ortalamalarının Dağılımı	45
4.2. Kontrol Grubunun Yatış, Taburculuk Birinci ve İkinci Kontrol Hastaların Depresyon, Anksiyete, Stres Ortalamalarının Dağılımı	48
4.3. Müdahale Grubunun Yatış, Taburculuk Birinci ve İkinci Kontrol Hastaların Depresyon, Aksiyete, Stres Ortalamalarının Dağılımı	48

SİMGELER ve KISALTMALAR

ACCF	:Amerikan Kardiyoloji Koleji (American College of Cardiology Foundation)
AHA	: Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association)
ANA	: Amerikan Hemşireler Birliği
BKI	: Beden Kitle İndeksi
DASS	: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GEA	: Pediküllü Sağ Gastroepiploik Arter
ICN	: Uluslararası Hemşireler Birliği
İMA	: İnternal Mamarian Arter
İTA	: İnternal Torasik Arter
KABG	: Koroner Arter Baypas Greft
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KPB	: Kardiyo Pulmoner Baypas
LAD	: Sol Ön İnen Dal (Left Anterior Descending)
MIDKAB	: Minimal İnvaziv Direkt Koroner Arter Baypas Greft
OPKAP	: Çalışan Kalpte Koroner Arter Baypas
PTCA	: Perkütan Translüminal Koroner Anjioplasti
RIAS	: Roter Etkileşim Analiz Sistemi (Roter Interaction Analysis System)
TEKAB	: Total Endoskopik Koroner Arter Baypas Greft
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünyada kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölümlerin 2030 yılında 22,2 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (Şencan ve ark., 2015). Ülkemizde ise dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşen ölümlerin %40,5'i iskemik kalp hastalığından kaynaklanmaktadır (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526> Erişim Tarihi: 13.6.2016). İskemik kalp hastalıklarının başında yer alan koroner arter hastalığı (KAH)nın batılı ülkelerde azalma, gelişmekte olan ülkelerde ise artma eğilimi göstermektedir (Şencan ve ark., 2015).

Koroner arter baypas greft (KABG) ameliyatı, koroner arter hastalığının tedavi yöntemlerinden biridir (Badır ve Demir Korkmaz, 2010). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde her yıl yaklaşık 400.000 kişi koroner arter baypas greft (KABG) operasyonu geçirirken, ülkemizde bu rakamın yılda 20.000 düzeyinde olduğu tahmin edilmektedir (Kervan ve ark., 2011; Tully ve Baker, 2012). Teknoloji alanındaki gelişmeler cerrahi girişimlerin güvenliğini ve kalitesini arttırarak, cerrahi sonrası hızlı iyileşme (Enhanced Recovery After Surgery- ERAS) ya da diğer adıyla hızlandırılmış cerrahi süreç (Fast Track Surgery-FTS) protokolünü gündeme getirmiştir (Haanschoten ve ark., 2012; Jakopsen ve ark., 2014; Watson, 2015). Bu süreç hastanede kalış süresini kısaltarak hastaların ameliyat sonrası iyileşme sürecinin büyük kısmını evde geçirmelerine yol açmıştır (Jakopsen ve ark., 2014). Büyük ve riskli cerrahi girişimlerden biri olan KABG ameliyatı, hastayı pek çok yönden etkilemekte, iyileşme süreci, hasta ve yakınları açısından oldukça stresli bir deneyim olmaktadır (Direk ve Şenol Çelik, 2012; Roohafza, 2015). Hastanede yatış süresinin azalması, evde bakım sürecinde hasta ve yakınlarının desteklenmesinin önemini arttırmaktadır (Jakopsen ve ark., 2014; Maserat ve ark., 2011; Yıldırım ve Özkahraman, 2011; Demirkıran, 2012). KABG ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası problemlerinin saptanması amacıyla yapılan bir araştırmada herhangi bir problemle karşılaştıklarında iletişim içinde bulunacakları bir sağlık çalışanının gerekli olduğu vurgulanmıştır (Elitoğ ve Erkuş, 2010). Hasta ve ailelerinin evde yaşadıkları sorunlara yönelik danışmanlık ihtiyaçlarının karşılanmasında iletişim sistemleri ve teknoloji kaynaklarının kullanılması olarak tanımlanan tele hemşirelik uygulamalarından yararlanılabilir (Souza- Junior ve ark.,

2016). Tele takibin hastanın duygu durum semptomlarının ve anksiyete düzeylerini izlemede etkin olarak kullanılabildiği belirtilmektedir (Furuya ve ark., 2013). ABD’nde KABG ameliyatı sonrası hastaların %30 ile %40’nda depresyon yaşandığı, depresyon ve anksiyetenin ise ameliyat sonrası iyileşmeyi geciktirerek tekrarlı hastane yatışlarının artmasına (Morone ve ark., 2010), bireyin öz-yönetim davranışlarının olumsuz etkilenmesine yol açtığı (Fredericks et al. 2012) bildirilmektedir. KABG cerrahisi, uzun iyileşme süreci ve dikkat edilmesi gereken yaşam tarzı gerektirir. Bu durum da ameliyat sonrası bakım ve yaşam tarzı değişikliğine uyum sağlayamayan kişilerde depresyon, anksiyete ve strese neden olabilmektedir (Baker ve ark., 2011; Tully ve ark., 2011; Chaudhury ve ark., 2016). Sağlık çalışanlarının ise kalp cerrahisi sonrası artan anksiyete ve / veya depresyon oranlarını yönetme sorumlulukları vardır. Bu çalışmayla koroner arter baypas greft ameliyatı geçiren hastalara taburculuk sonrası tele-hemşirelik hizmeti ile verilen danışmanlığın; bakımın sürekliliğine, hastanın durumundaki fiziksel ve psikolojik değişikliklerin erken dönemde saptanarak müdahale edilmesine, böylece yaşanan sorunların azaltılmasında etkili olacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

KABG ameliyatı geçiren hastalara taburculuk sonrası tele-hemşirelik hizmeti ile verilen danışmanlığın depresyon, anksiyete ve stres düzeyine etkisini incelemek amacı ile yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₁- Tele-hemşirelik hizmeti ile verilen danışmanlık, koroner arter baypas greft ameliyatı yapılan hastalarda kontrol grubuna göre depresyonda anlamlı bir fark yaratır.

H₁- Tele-hemşirelik hizmeti ile verilen danışmanlık, koroner arter baypas greft ameliyatı yapılan hastalarda kontrol grubuna göre anksiyetede anlamlı bir fark yaratır.

H₁- Tele-hemşirelik hizmeti ile verilen danışmanlık, koroner arter baypas greft ameliyatı yapılan hastalarda kontrol grubuna göre streste anlamlı bir fark yaratır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koroner Arter Hastalığı

Kalbi besleyen koroner arterlerin daralma veya tıkanması sonucu oluşan hastalığa koroner arter hastalığı (KAH) denmektedir (Badır ve Demir Korkmaz, 2010). KAH, kalp kasına oksijen açısından zengin kan sağlayan koroner arterlerin içinde plak oluştuğunda ortaya çıkmaktadır. KAH'nın en sık nedeni aterosklerozdur. Bu süreç; arterlerin tabakasının lipid parçacıklarının, karbonhidrat, fibröz doku, bazı kan elemanları ve kalsiyum gibi maddelerin birikmesi ile oluşan ve damarların lümenini tıkayarak normal kan akımını engelleyen patolojik bir süreçtir (Bhatia, 2010; Karadakova ve Eti Aslan, 2017; Avcı Işık, 2018). Gerekli önlem alınmazsa plak büyür ve zamanla kan akımını engeller ve darlık %100 olduğunda veya emboli ile tıkanığında angina pectoris ve kalp krizi ile sonuçlanmaktadır (Bhatia, 2010).

2.1.1. Koroner Arter Hastalığının Epidemiyolojisi

Dünya sağlık örgütü (DSÖ), iskemik kalp hastalıklarının ölümler listesinin başında yer aldığını bildirmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle 2012 yılında gerçekleşen 17.5 milyon ölüm, tüm dünyadaki ölümlerin %31'ini oluşturmaktadır, bunların 7.4 milyonu ise koroner kalp hastalığına bağlı gelişmektedir (Dünya Sağlık Örgütü. The Top 10 Causes of Death. Fact sheet No:310http://www.who.int/mediacentre/fact_sheets/fs310/en/. Erişim tarihi: 12.12.2016).

Amerika Kalp Birliği (American Heart Association-AHA) verilerine göre Amerika Birleşik Devletleri'nde 6 kişiden biri Koroner Arter Hastalığı (KAH) nedeniyle hayatını kaybetmektedir (Roger ve ark., 2011; AHA, Heart Disease and Stroke Statistics 2017). Kalp ve damar hastalıkları Avrupa'daki ölümlerin %45'ini oluşturmaktadır (European Cardiovascular Disease Statistics. 2017, Erişim Tarihi: 09/08/2017, <http://www.ehnheart.org/cvd-statistics.html>). Ülkemizde ise kalp ve damar hastalıkları, %40.4 ile ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer almaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri 2015 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=2152>; Erişim Tarihi: 10 Eylül 2017, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Kalp%20Damar%2020152020%20Pdf.pdf> Erişim: 12 Kasım 2016).

En yaygın görülen kalp damar hastalığı KAH' dır (Cassar ve ark., 2009; Smeltzer ve ark., 2010). Ülkemizde 2012 yılında erişkinlerde koroner olayların sayısal değerlendirmesinde ülke genelinde yılda 420 bin civarında koroner olay meydana geldiği, bunlardan 180 bini yeni akut koroner sendromu, 120 bini KAH bilinen hastalarda akut olayın tekrar ettiğini, 120 bini de sağlıklı görünen kişilerde “sessiz” gelişme diye nitelenebilecek ve kadınlarda sık olarak rastlanan yeni kronik KAH'lığını göstermektedir (Onat ve Can, 2017). Koroner hasta sayısı yılda 140 bin kadar artmakta, 300 bin yeni ve tekrar eden koroner olay, 95 bin ölüm, ani kalp krizi ve akut koroner sendromda bir yıllık mortalite olarak %32'ye karşılık gelmektedir (Onat ve Can, 2017).

KAH mortalite/morbitide oranının daha fazla olması, üretken yaş grubunda görülmesi, yaşam kalitesini değiştirmesi, tedavi maliyetinin fazla olması ve önemli komplikasyonlara yol açması gibi nedenlerden dolayı ciddi bir toplum sağlığı sorunu olarak belirtilmektedir (Cassar ve ark., 2009; Smeltzer ve ark., 2010).

2.1.2. Koroner Arter Hastalığının Risk Faktörleri

Koroner arter hastalıklarının gelişimine neden olan geleneksel risk faktörleri hiperkolesterolemi, hipertansiyon, diyabet, obezite, sedanter yaşam, sigara ve aile öyküsüdür. Bu faktörler, aterosklerotik süreci ilerletmektedir (Montalescot ve Sechem, 2013). KAH için risk faktörlerinin bazıları kontrol edilemezken, bazı risk faktörleri de kontrol altına alınabilmektedir. Değiştirilemeyen risk faktörleri cinsiyet (erkeklerde, premenopozal kadınlara göre üç kat daha fazla görülür), yaş, genetik yatkınlık/aile öyküsü ve ırk olarak belirtilmektedir. Değiştirilebilen risk faktörleri hipertansiyon (140/90 mmHg üzeri veya antihipertansif tedavi görüyor olmak), diyabetes mellitus, sigara/alkol kullanımı, Hiperkolesterolemi (total kolesterol ≥ 200 mg/dl, yüksek HDL (low-density lipoprotein) değeri (bir veya hiç risk faktörü taşımayan hastalar için LDL-kolesterol ≥ 160 mg/dl; iki veya daha fazla risk faktörü bulunan hastalar için LDL-kolesterol ≥ 130 mg/dL; KAH bulunan veya KAH risk eşdeğeri olan hastalar için LDL-kolesterol ≥ 100 mg/dL), düşük high-density lipoprotein değeri (HDL-kolesterol < 40 mg/dl), dengesiz beslenme, şişmanlık/obezite, kadınlarda östrojen eksikliğinin olması, stres, düzenli egzersiz yapılmaması ve sadanter yaşam olarak belirtilmektedir (Smeltzer ve ark., 2010; Avcı

Işık, 2018) Ayrıca çocukluk çağı, küreselleşme ve şehirleşme kalp ve damar hastalıkları gelişiminde önemli olan diğer faktörlerdir (Onat ve Can, 2017).

2.1.3 Koroner Arter Hastalığında Prognoz ve Tedavi

KAH'nın risk faktörleri arasında yer alan tansiyon yüksekliği, fiziksel hareketsizlik, obeziteye yol açabilen sağlıksız beslenme, tütün kullanımı ve stres gibi olumsuz faktörlerin önlenmesi ile 860.083 sakatlığa bağlı kayıp yaşam yılının (Disability Adjusted Life Year-DALY), 772.814'ünün ve 300.000'den fazla ölümün engellenebileceği hesaplanmaktadır (Yardım ve ark., 2015). KAH göğüs ağrısı, nefes darlığı, yorgunluk, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanma gibi bireysel sorunlara; ani ölüm, ekonomik ve iş gücü kayıpları gibi toplumsal sorunlara neden olması farklı tedavi seçeneklerinin ele alınmasını gerektirmektedir (Tuna ve Çelik, 2014).

Kalp damar hastalıklarında korunmanın etkili olduğu ve bu nedenle ölümlerde görülen azalmanın %50'sinin belirtilen risk faktörlerinin kontrolü ile, %40'ının da tedavilerdeki iyileşme ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Perk ve ark., 2012). Kişide koroner arter hastalığı, nefes darlığı, anjina, bitkinlik ve yorgunluk semptomlarının yanı sıra fiziksel aktivite ve egzersize karşı azalmış tolerans yaşatmaktadır. Bu fiziksel aktivite ile ilişkili semptomlar arttıkça hastalar bu semptomlardan kaçınmak için aktivitelerini azaltmaya çalışmakta, bu durum da fiziksel, sosyal ve mental fonksiyonlarda azalmaya neden olmakta sağlık algısının bozulmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine yol açmaktadır (Alsén, 2009).

Kararlı koroner arter hastalığında (KAH) tedavinin temel hedefi kardiyovasküler morbidite ve mortaliteyi azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Bu amaçlara ulaşmada kullanılan tedavi yöntemlerini üç başlık altında toplamak mümkündür.

1. Yaşam tarzı değişiklikleri, risk faktörlerinin kontrolü, kanıta dayalı farmakolojik tedavi ve hasta eğitimi,
2. Dirençli angina tedavi yöntemleri (farmakolojik veya revaskülarizasyon tedavi yöntemleri,
3. Perkütan translüminal koroner anjioplasti (PTCA), intrakoronar stent implantasyonu, aterektomi, brakiterapi, transmiyokardiyal lazer revaskülarizasyonu

gibi perkütan koroner girişimler ve revaskülarizasyon tedavileri (KABG)'dir (Mahmood, Khalid ve Ali, 2011; Windecker ve ark., 2014; Yavuzgil, 2016; Kalyoncuoğlu ve ark., 2017).

Stabil angina pektoris olan hastalarda medikal tedaviyle bulgular düzeltilerek yaşam kalitesi ve yaşam süresi arttırılabilmektedir (Kalyoncuoğlu ve ark., 2017; <http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k06/47429.htm?wbnum=1304> Erişimtarihi:19.06.2017). Angina semptomlarını gidermeye yönelik olarak nitratlar, beta blokerler ve kalsiyum kanal blokerleri olmak üzere başlıca üç grup ilaç kullanılmaktadır (Kalyoncuoğlu ve ark., 2017). Medikal tedaviyle kontrol altına alınamayan anjina ve iskemide PTKA uygulanmaktadır (Chowdhury ve ark., 2017). Anjioplastiden sonra gelişen restenozları ve akut oklüzyonları önlemek için koroner stent uygulanmaktadır (Karakoyun ve ark., 2014). Anjina medikal tedaviye yanıt vermiyorsa cerrahi tedavi tercih edilmektedir (Kalyoncuoğlu ve ark., 2017).

2.2. Koroner Arter Baypas Greft (KABG) Ameliyatı

KAH'nın tedavi seçeneklerinden biri olarak KABG ameliyatı, tüm dünyada başarıyla uygulanan, daha kaliteli ve uzun bir yaşam sağlaması nedeniyle medikal tedaviye oranla oluşturduğu olumlu etkisiyle kabul görmüş bir girişim olarak belirtilmekte ve daha çok tercih edilmektedir (Smeltzer ve ark., 2010; Holmes et al. 2011; Farkouh ve ark., 2012; A Report of the American College of Cardiology Foundation-ACCF /American Heart Association- AHA Task Force on Practice Guideline for Coronary Artery Bypass Graft Surgery: Executive Summary <http://circ.ahajournals.org/content/124/23/2610.full.pdf+html> Erişim Tarihi: 29 Mart 2018). KABG ameliyatı, tıkanıklık ya da darlık olan koroner arterin sonrasında kalan bölge ile aort arasında ven veya arter kullanılarak köprü oluşturmaktır. Oluşturulan bu köprü ile kanlanamayan miyokardın kanlanması, beslenmesi ve oksijenlenmesi amaçlanmaktadır (<https://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/cabg> erişim: 11 Aralık 2016). KABG ile koroner arterin distalindeki %50-70 ve daha fazla oranda daralmış tıkalı alana kan gönderilerek miyokardın iskemik bölgesinin perfüzyonu düzeltilir (<https://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/cabg> erişim: 11/12/2016; 2011 ACCF/AHA Guideline for Coronary Artery Bypass Graft Surgery. Circulation.2011; 6;124:2610-42).

2.2.1 Koroner Arter Baypas Greft Ameliyatının Endikasyonları

The American College of Cardiology-ACCF ve The American Heart Association-AHA tarafından oluşturulan rehberlere göre KABG endikasyonları;

- Medikal tedaviye karşın geçmeyen angina
- Perkütan koroner girişimlerin komplikasyonu ya da başarısızlığı
- 3 ana koroner arterde önemli darlık
- İki ya da üç koroner arterde tıkanıklık olması ile birlikte sol ventrikülün fonksiyon bozukluğu
- Sol ana koroner (LAD) arterin %50' den fazla darlığı
- Orta sol çoklu damar %70 den fazla darlık ventrikül sistolik disfonksiyonlu (EF 35-50),
- Proksimal sol ön inen arter (Left Anterior Descending -LAD) ile birlikte bir koroner arterde darlık
- Proksimal LAD tutulumu olsun olmasın kompleks 3 damar hastalığı
- Birtanesi LAD olmak üzere iki ya da üç koroner arterin tıkanıklığı şeklinde sıralanmaktadır (ACCF/AHA, 2011; Demir Korkmaz, 2016).

2.2.2 Ameliyat Öncesi Değerlendirme

Hastayı kalp cerrahisinin neden olacağı preoperatif strese dayanabilecek en uygun koşullara getirmek için yapılan ameliyat öncesi değerlendirme önemlidir (Özbek ve Bayındır, 2013). Koroner arter baypas cerrahisi planlanan hastaya yapılan fizik muayenede kardiyovasküler ve solunum sistemi ile birlikte tüm diğer sistemler ve havayolu değerlendirilmektedir. Nörolojik muayenede bilinç düzeyi, emosyonel durum değerlendirilmekte ve nörolojik defisit olup olmadığına bakılmaktadır. Hasta bireyi değerlendirmede yaşı, cinsiyeti, boyu, kilosu, vital bulguları, mevcut sistemik hastalığı, kullandığı ilaçlar, alışkanlıklar (sigara, alkol, madde kullanımı vb), alerji öyküsü, daha önce geçirdiği operasyonlar sorgulanmaktadır (Özbek ve Bayındır, 2013). Koroner arter baypas cerrahisi için başvuran ve klopidogrel alan hastaların ilaç kesildikten 3 gün sonra ameliyata alınması gerekmektedir (Gao ve ark., 2010).

Ameliyat öncesi hastalara koroner damarları değerlendirmek için anjiyografi; kalbin ileti sistemi ve olası ritim bozukluklarının tespiti için EKG, kalbin gücünü (Ejektasyon Fraksiyonu) ve kalp kapakçıklarının durumunu tespit etmek için EKO, akciğer kapasitesinin ölçülmesi için solunum fonksiyon testleri, akciğerlerin durumunu

belirlemek için akciğer filmi, Üst Abdomen USG, veya BT gibi radyolojik tetkikler yapılmaktadır. Kalp enzimleri, karaciğer, böbrek fonksiyonları, kan grubu, kan sayımı, kanama zamanı, kan şekeri, tiroit hormon seviyelerini değerlendirmek için de kan tetkiklerine bakılmaktadır (Badır ve Demir Korkmaz, 2010). Hastada angina, azalmış egzersiz kapasitesi, hipertansiyon, birden fazla kardiyovasküler hastalık (periferik vasküler hastalık, myokard enfarktüsü, konjestif kalp yetmezliği vb.), diyabet, KOAH, astım, obezite, sigara içimi, renal fonksiyon bozukluğu (BUN, kreatinin yüksekliği) karaciğer fonksiyon bozukluğu (serum billuribin ve protrombin zamanı yüksekliği) bulunması risk faktörlerini oluşturmaktadır (Özbek ve Bayındır, 2013). Hasta, cerrahi, anestezi yönetimi ve riskleri konusunda bilgilendirilerek uygulamaları kabul ettiğine dair yazılı onamı alınmaktadır (Özbek ve Bayındır, 2013).

2.2.3 Koroner Arter Baypas Greft Ameliyatında Kullanılan Yöntemler

KABG günümüzde tüm dünyada kalp cerrahları arasında en sık yapılan ameliyat olarak literatürde yer almaktadır. Bununla birlikte son yıllarda girişimsel kardiyolojideki gelişmeler koroner cerrahisinde işlem sayılarının düşmesine yol açmıştır. Amerika Birleşik Devletlerinde 2009 yılında yaklaşık 205.000 hastaya koroner arter baypas ameliyatı yapılmıştır. Bu rakamın ülkemizde 35.000 düzeyinde olduğu tahmin edilmektedir (Çobanoğlu ve İşbir, 2013). Avrupa Topluluğu İstatistik Ofisi Eurostat verilerine göre, 2013 yılında her 100.000 kişinin Malta'da 91.0'ine, Danimarka'da 71,7'sine, Almanya'da 67'sine, İtalya'da 36.3'üne, İngiltere'de 28,7'sine ve Türkiye'de 67'sine kalp revaskülarizasyonu için baypas anastomozu yapılmıştır (Eurostat. Surgical operations and procedures statistics. http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Surgical_operations_and_procedures_statistics Erişim tarihi: 29 Aralık 2016).

Koroner arter baypas cerrahisi ileri teknoloji kullanarak güvenli bir şekilde yapılabilmektedir. Ülkemizde ve dünyada cerrahi ölüm oranları neredeyse %1'lerin altına inmiştir. Tüm dünyada yaklaşık %80 oranında uygulanan yöntem kardiyopulmoner baypas kullanılarak yapılan standart koroner arter baypas cerrahisidir (Çobanoğlu ve İşbir, 2013). KABG cerrahisi açık ve kapalı olarak iki farklı teknikle yapılmaktadır. Kapalı KABG tekniği içerisinde son dönemde kullanılan minimal invaziv direkt koroner arter baypas greft (MIDKAB) ve total

endoskopik koroner arter baypas greft (TEKAB) cerrahisi bulunmaktadır (Avcı Işık, 2018). Çalışan kalpte KABG yapılmasına; Off Pump; Beating Heart = OPKAB denilmektedir (Paç ve ark., 2013). Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim dalında henüz sadece açık teknikle ve on-pump ya da off-pump yöntemleriyle KABG ameliyatı gerçekleştirilmektedir.

On-pump

Güvenliğin artırılması ve uygun görüşün sağlanması amacıyla kalp akciğer sisteminin devre dışı bırakılması gerekebilmektedir. Bu nedenle kalbin pompa ve akciğerlerin gaz alışverişi fonksiyonlarının geçici bir süre ile kalp akciğer makinesi adı verilen cihaz yolu ile sağlanması işlemine Kardiyopulmoner Baypas (KPB) ya da diğer adıyla ekstrakorporeal dolaşım denir (Ersayın Kantaş, 2012). Bu yöntemle medyan sternotomi, internal mamaryan arter ile eş zamanlı safen ven ve/veya radyal arter çıkarılması ve parsiyel veya kros klemp altında proksimal anastomozların yapılması yer almaktadır. Kalp genellikle 4-5 saatlik ameliyat esnasında 30-90 dakika kadar durdurulur (Çobanoğlu ve İşbir, 2013).

Off-pump

Çalışan kalpte koroner baypas ameliyatı ise kalbi durdurmadan, kalp akciğer pompasına bağlanmadan gerçekleştirilen cerrahi yöntemdir. Ameliyat sırasında kalbin sabit kalmasını sağlayan özel cihazlar kullanılarak, sadece üzerinde çalışılacak kalp bölgesinin hareketleri azaltılarak yapılan KABG ameliyatına OPKAB denilmektedir (Paç ve ark., 2013). Atan kalpte kardiyopulmoner baypas desteği ile çok az merkezde uygulama imkanı olan kardiyopulmoner destekli veya desteksiz endoskopik yöntemler kullanılarak da yapılan ameliyatlarda bulunmaktadır (Çobanoğlu ve İşbir, 2013).

2.2.4. Koroner Arter Baypas Greft Ameliyatında Kullanılan Greftler

Koroner arter baypas greft ameliyatında arter ve ven greftleri kullanılmaktadır. Tıkalı olan bir veya daha fazla koroner artere, safen ven, internal mamarian arter (İMA), internal torasik arter (İTA), pediküllü sağ gastroepiploik arter (GEA) ya da radial arter ile baypas yapılarak myokardın revaskülarizasyonunu sağlanmaktadır (Kurlansky, Traad, Dorman et al, 2010; Goldman ve ark., 2011; Windecker ve ark., 2014).

Safen ven grefti; Koroner arterin çapına daha uygun olduğu için büyük ve küçük safenöz venler baypas greftde en çok kullanılan damarlardır. Daha kolay ulaşılma çıkarılma, ve spazm olmama gibi avantajları bulunmaktadır. Anostomoz venin bir ucunun aortayla (proksimal anastomoz) ve diğer ucuyla obstrüksiyonun hemen gerisine (distal anastomoz) yapılmaktadır. Büyük bir ven kullanıldığı için alınan ekstremitede ödem gelişebilmektedir. Ödem derecesi zamanla değişim göstererek azalabilmektedir. KABG'den yaklaşık 5 ile 10 yıl sonra, greftleme için kullanılan safen venlerde semptomatik aterosklerotik değişiklikler olduğu, cerrahi girişimden on yıl %50'sinin tıkandığı belirtilmektedir (Avcı Işık, 2018). Hastanın varis olup olmadığı, alt ekstremitenin geçirilmiş travmaları, daha önce geçirdiği bacak ameliyatları, ödem ve cilt hastalığı veya mevcut ülserasyon durumuna göre tercih edilmektedir. Safen ven grefti sonrasında bazı komplikasyonlar; pretibial ödem, cilt nekrozu, uyuşukluk görülebilmektedir (Solak ve ark. 2011; Özyacıoğlu ve Tiryakioğlu, 2011; Çobanoğlu ve İşbir, 2013).

İnternal Torasik Arter (ITA) / İnternal Mammary Arter (IMA); Uzun vadede sonuçları iyi olarak görünen arteriyel greftler içinde en sık kullanılan damardır. İMA en çok LAD için kullanılmaktadır. İMA'nın kan akımı ortalama 120–180 ml/dk'dır. Kan akımı Eğer 100 ml/dk'nın altında ise greft olarak kullanılamaz (Solak ve ark., 2011; Özyacıoğlu ve Tiryakioğlu, 2011; Çobanoğlu ve İşbir, 2013). İMA subklaviyen arterin ikinci dalı olup; ön göğüs duvarının hemen yanında sternum gerisinde kostal kartilaja doğru inmektedir. Sol İMA sağdan daha uzun ve geniş olduğu için genellikle sol inen koroner artere baypas için kullanılmaktadır. Çapı koroner arterin çapına yakındır ve anatomik yerinden dolayı aortik anostomoz gerektirmemektedir. Vasküler endotelyum arteriyel basınca ve yüksek akıma uyum sağlaması sonucunda aterosklerozisi azalttığı belirtilmektedir. İMA'nın ameliyattan sonra %90 oranında on yılın üzerinde açık kaldığı ve İMA'nın greft olarak kullanılmasının yaşam süresini uzattığı belirtilmektedir. İMA'nın baypas için yeterince uzun ve geniş olmaması ve ulnar sinir hasarının ortaya çıkabilmesi İMA kullanımının dezavantajlarından (Avcı Işık, 2018).

Radial Arter; Koronerlerde akım sağlayan İMA'dan sonra en iyi arterdir. Radial arterin İMA gibi elastik arterlerden yapısal farkı media tabakasının daha kalın ve tunika media içindeki miyositlerin çok sıkı organize olmasıdır. Bu nedenle radial

arter, vazoaktif ajanlara karşı daha şiddetli bir kontraksiyon cevabı oluşturmaktadır. Lümenin safen ven greftine göre daha düzenli, Radyal arter uzunluğunun yeterli olması, koroner arterlere çap olarak daha uygun olması ve aterosklerozdan nadir etkilenmeleri nedeni ile uygun greft olarak değerlendirilmiştir. Ulnar arter ön kolun ve elin kanlanması için yeterli olmaktadır. Ameliyat öncesi yapılacak basit bir testle (allen testi) radial arterin kullanılıp kullanılmayacağına karar verilmektedir (Avcı Işık, 2018). Radial arterler genellikle tek başına kullanılmazlar, “t” ve “y” grefti şeklinde İMA’ya eklenerek yan dal olarak kullanılırlar (Bojar, 2007; Solak ve ark., 2011; Özyacıoğlu ve Tiryakioğlu, 2011; Çobanoğlu ve İşbir, 2013).

2.3. Koroner Arter Baypas Greft Ameliyatından Sonra Tele-Hemşirelik Hizmeti ve Danışmanlık

Son yıllarda iletişim teknolojilerinin kullanılarak sağlık bakım hizmetinin verildiği tele sağlık ve tele hemşirelik hizmetlerinin kullanımı önem kazanmıştır (Pazar, Taştan ve İyigün, 2015). Yapılan randomize kontrollü bir araştırmada telefon destekli kardiyovasküler yaşam şekli programında lipit değerlerinin düştüğü, hastaların kilo verdiği, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin arttığı, psikososyal durumlarının iyileştiği ortaya konmuştur (Stuart et al. 2014). Tele hemşirelik uygulamasının kullanıldığı, eğitim kitapçığı verilerek ve telefon ile eğitim desteği verilen kalp yetersizliği hastalarında tedaviye uyumun, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin arttığı, psikososyal durumlarının iyileştiği ortaya konulmuştur (Yu ve ark., 2015). Wu ve arkadaşları (2014)’nın kalp kateterizasyonu uygulanan hastalarda multimedya eğitim programları kullanarak yaptığı çalışmada, anksiyetenin azaldığı ve hasta memnuniyetinin arttığı saptanmıştır (Wu ve ark., 2014). Ülkemizde ise görsel-ışitsel eğitim verilen bireylerin kalp hızı, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, solunum sayısı ortalama değerleri ve depresyon, anksiyete, stres puanı ortalamalarının işlem sonrasında işlem öncesine göre azaldığı eğitim uygulanmayan bireylerde ise arttığı görülmüştür (Balcı ve Enç, 2013). Açık kalp ameliyatı sonrası ortaya çıkabilecek bu problemlerin önlenmesi ameliyat sonrası dönemde hemşirelerin bakım sorumluluklarını yerine getirmesi ve taburculuk sürecinde etkili ve verimli bir taburculuk eğitimi verilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Avcı Işık, 2018).

Yirmi birinci yüzyılda, sağlık sistemindeki hızlı değişimler ve toplumun gereksinimleri, sağlık sisteminin ve profesyonel sağlık personelinin yaklaşmakta olan sağlık sorunlarına doğru bir şekilde hazırlanıp hazırlanmadığını sorgulamaya neden olmuştur. Teknoloji uzun yaşama olanak tanımakta (Kumar, 2011; Kamei, 2013), uzakta olanı yakınlaştırmaktadır. Telekomünikasyon teknolojisi olarak ortaya çıkan teknolojinin sağlığa yansması özellikle cerrahi işlemler, terapötik tedavi ve yoğun bakım yönetiminde gündeme gelmiştir (Kamei, 2013). Sağlıkta telekomünikasyon teknolojilerine olan bağlılığın artması ile bakım ortamlarında teknolojiyi bilen sağlık profesyonellerinin gerekliliğini ortaya çıkarmıştır (Kumar, 2011; Kamei, 2013; Hebda ve Czar, 2013). Bu profesyonel grup içinde yer alan hemşireler için de giderek artan ve gelişen talep ile uğraşmak anlamına gelmektedir (Hebda ve Czar, 2013). Sağlık kurumlarında finansal ve insan kaynaklarının kısıtlı olması da sağlık hizmetlerinin daha pratik ve uygun maliyetli çözümler sunma gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır (Kamei, 2013; Hebda ve Czar, 2013; Aston, 2015). Hemşireler, hastaların fiziksel, duygusal, sosyal ve spiritüel rahatlığını sağlamak amacıyla güvenli, etkili ve kaliteli bakım girişimlerini gerçekleştirmektedir. Bakım girişimlerini gerçekleştirirken teknolojik gelişmelerden etkilenmektedirler. Bu nedenle son yıllarda tele sağlık, tele tıp ve tele hemşirelik hizmetlerinin kullanımı önem kazanmıştır (Ertek, 2011; Kumar, 2011; Kamei, 2013; Hebda ve Czar, 2013; Aston, 2015).

2.3.1. Tele-Sağlık

Tele-sağlık, sağlık kuruluşuna uzak yerlerde oturan bireyler, hastalar ve klinisyenler ile sağlık personeli arasında sağlıkla ilgili hizmetlerin (sağlık verileri, bakım bilgisi, eğitim vs.) iletişim teknolojileri (telefon, faks, bilgisayar, e-mail, web uygulamaları, iki yönlü interaktif video, interaktif televizyon ya da bunların tamamının kullanılması) kullanılarak paylaşılmasıdır (Ertek, 2011; Aston, 2015).

Tele-sağlık sistemlerinin amacı;

- Kişilerin sağlıkla ilgili değişikliklerini erken saptamak,
- Tespit edilmiş sağlık problemlerinin müdahalesini erken dönemde yapmak,
- Uzak bölgelerde yaşayan bireylerin sağlık gereksinimlerini evlerinde karşılamak,
- Hasta bireylerin akut bakımdan öz bakıma geçişini sağlayarak sağlık hizmetlerine yönelik maliyetleri azaltmak,

Oluşabilecek semptom veya komplikasyonları önleyerek hastane ortamına tekrarlı yatışları azaltmak ve sağlığı geliştirmektir (Fairchild ve ark., 2010; Holmström, 2011; Russell ve ark., 2015; Aston, 2015).

Tele-sağlık uygulamaları, bilgilerin depolanıp sonra değerlendirildiği depola ve ilet servisleri; uzaktan kontrol ve takip servisleri; interaktif servisler olmak üzere üç kategoride incelenmektedir (Ertek 2011; Aston, 2015). Tele-sağlık uygulamalarının özellikle sağlık imkanlarına ulaşımın zor olduğu kırsal bölgelerde yaşayanlar için hasta ve bakım verici ilişkisinin kalitesini, hasta memnuniyetini, tedaviye uyum gibi hasta sonuçlarını önemli derecede etkilediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Işık ve Güler, 2010; Peel, Russell ve Gray,2011; Tousignant et al. 2011; Takahashi et al. 2012; Boman et al. 2012; Kalender ve Özdemir, 2014).

Son yıllarda yapılan çalışmalar, evde sağlık bakım hizmetlerinin yönetiminde tele-sağlık teknolojilerinin etkinliğini ortaya koymuş ve tele-sağlık uygulaması ile evde bakım uygulamasının entegre edilmesi üzerine yoğunlaşmıştır. Bu uygulamaların sağlık maliyetinin azaltılmasında da etkin olduğu görülmüştür (Klug et al. 2010; Chen et al. 2010; Whittaker ve Wade, 2014; Udsen, Hejlesen ve Ehlers, 2014).

2.3.2. Tele-Tıp

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre tele-tıp, “bireylerin ve toplumların sağlık düzeylerinin iyileştirilmesi, hastalıkların ve kazaların önlenmesi; sağlık personelinin sürekli eğitimi ile tüm sağlık profesyonelleri tarafından bilgi ve iletişim teknolojileri kullanılarak, uzaktan ve geçerli bilgi iletişim yöntemleri ile sağlık hizmetlerinin verilmesi” şeklinde tanımlanmaktadır (DSÖ, 2010). Tele-tıp, tele-sağlık hizmetleri klinik uygulamalardan daha çok tedavi ve hasta takibinde kullanılmaktadır (Ertek, 2011).

Tele-tıp uygulamaları;

- Sağlık personeliyle hasta arasındaki iletişimi sağlayan cihazlar (telefon, video konferans, kısa mesaj),
- İnteraktif sistemler (bilgisayar destekli uygulamalar, evde düşmelere karşı uyarı veren sensörler, ses algılayıcıyla çalışan telefonlar),

· Yaşam bulgularının ölçümünü sağlayan cihazlar (kan basıncı, oksijen saturasyonu ve kilo ölçümü, kan şekeri, Elektrokardiyogram-EKG, Elektromiyogram-EMG, Elektroensefelogram-EEG izlemi) olmak üzere üç alanda gruplanabilir (Ertek, 2011).

Bireyin yaşam bulgularının ölçümünü sağlayan cihazlar, elbise, kemer, aksesuar, saat, gözlük şeklinde giyilebilir veya vücut içine yerleştirilebilir şekilde yapılabilmekte ve bu cihazlarla hastanın izlenmesi mümkün olmaktadır. Hasta, ölçüm sağlayan aparatların verilerini bilgisayara aktararak, sağlık kuruluşuna iletebileceği gibi video-konferans yöntemiyle de bu işlemi gerçekleştirebilir (Van Den Berg, 2012).

2.3.3. Tele-Hemşirelik

Tele-hemşireliği, Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) “Hasta bakımını geliştirmek için hemşirelikte iletişim teknolojilerinin kullanılmasıdır” şeklinde tanımlamaktadır (<http://www.icn.ch/networks/tele-aims-and-objectives/> erişim 10.06.2017). Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) ise tele-hemşireliği, “İletişim teknolojileri kullanılarak hastaların sağlık durumu hakkında bilgi edinme, bakımını sağlama, hasta eğitimi gibi uygulamaları içeren hemşirelik faaliyetidir” şeklinde tanımlamaktadır (Kumar ve Snooks, 2011). İletişim ortamının genişlemesi farklı olanaklar yaratmaktadır. Bilimsel gelişimi geliştirmeye çalışmak için çeşitli bilgi alanlarında yeni araçların kullanılması söz konusu olmaktadır. Sağlıkta, bu kaynaklar bilimsel alanın odağına göre tele-sağlık, tele-tıp ve telekomünikasyon olarak isimlendirilmektedir. Telekomünikasyon teknolojileri, hemşirelerin ihtiyacı olan herkese nerede olursa olsun bakım vermesini olanaklı hale getirmiştir (Kumar ve Snooks 2011; Souza-Junior ve ark., 2016; Bikmoradi ve ark., 2016).

Tele-hemşirelik, hemşirelik faaliyetlerini geliştiren bir stratejidir. Tele-hemşirelik, insana erişimi kolaylaştırır, zaman, kaynak tasarrufu sağlayarak hastaların ve sağlıklı insanların öz bakım ihtiyaçları doğrultusunda sağlıklarının korunmasını ve geliştirilmesini sağlayabilir (ICN, 2007; Kumar ve Snooks 2011; Souza-Junior ve ark., 2016). Günümüzde hemşirelik, giderek artan oranda uzaktan telekomünikasyon teknolojileri kullanarak eğitim, danışmanlık, takip ve hemşirelik bakımı sağlayarak yürütülmektedir. Telefon, video (kısa video filmleri, video konferans), tabletler, başucu bilgisayarları, tele radyoloji ve internet gibi hizmetler hemşirelerin, zaman ve yer kısıtlamaları olmaksızın hastalara hemşirelik bakım hizmeti vermesini sağlayarak

bakım kalitesini önemli ölçüde geliştirmiştir (Kumar ve Snooks 2011; <https://crnns.ca/wp-content/uploads/2017/09/Telenursing.pdf> erişim: 17.10.2017).

2.3.4. Koroner Arter Baypas Greft Ameliyatından Sonra Tele-Hemşirelik ile Danışmanlık

Koroner Arter Baypas ameliyatından sonra hastaneden taburcu edilen hastalar kendi bakımlarından sorumludur. Bu durum, hasta ve aileleri üzerinde korku ve endişe yaratmaktadır (Zang ve ark., 2012; Bikmoradi ve ark., 2016). Kronik hastalıklarda hastanın ilaçlara ve diyete bağlılığı, fiziksel aktivite planına uyma, risk faktörlerinden kaçınma ile yasanan sorunlar arasında doğrudan ilişkisi vardır ve bu durumlar kişiye özel bakım koşullarına bağlıdır (Bosworth, 2010). Evdeki birçok problem, sağlık hizmetleri, beslenme, ilaç kullanımı ve tedavi planlarının takibi konularında bilgi ve beceri eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Açık kalp ameliyatı sonrası hastalar için eğitim ve danışmanlık eksikliği ve sağlık merkezlerine erişim eksikliği taburculuktan sonra hastaların sorun yaşamalarına neden olmaktadır (Yılmaz ve Çiftçi, 2010; Kadda ve ark., 2015; Coskun, Senture ve Ustunsoz, 2016).

Telefonla yapılan hemşirelik uygulamaları, ilerleme sürecinde olan spesifik hemşirelik alanı içinde yer almakla birlikte, ülkemizin kültürel yapısına uygun bir yöntemdir (Hintistan ve Çilingir 2012). Hemşireler telefon aracılığı ile kişilerin yaşamlarının tüm alanlarında yaşadığı sorunlarla etkin baş etmelerine ve kaliteli bir yaşam sürmelerine yardımcı olabilir. Kişilerin günlük yaşam aktiviteleri, sağlığı algılayışları, beklentileri gibi konuları belirleyebilir, fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda gereksinim duydukları konuları ortaya çıkarabilir (Han ve ark., 2010; Hintistan ve Çilingir, 2012). Tele hemşirelik, bakımı ve danışmanlığı hastanın destek ihtiyaçlarını güçlendirerek ve devam ettirerek, hastaların yaşam kalitelerini ve zamanlarını geliştirir gerekli bilgileri sağlar. Buna ek olarak, verilen eğitimle sağlık merkezlerine başvurma ihtiyacı kalmadığından, tekrarlı hastane başvuru sayıları ve tedavi maliyetleri de düşebilir. Tele-hemşirelik maliyetleri düşürmek, ayakta tedavi ve acil servis ziyaretlerini azaltmak, hastanede kalış sürelerini kısaltmak, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini arttırmak ve sağlık bakım masraflarını azaltmak için etkili olmaktadır (American Academy of Ambulatory Care Nursing, 2011; Kumar, 2011; Kamei, 2013). Bakımda sürekliliğin sağlanması, kalitenin yükseltilmesi, iletişimin geliştirilmesi, performansın değerlendirilmesi, ulaşılabilir olması, uygulamanın kolay

olması, memnuniyetin artırılması, klinik rehber oluşturması, aileye destek sağlanması, bekleme sũresinin kısaltılması, eğitimi kolaylaştırması, diğer sağlık profesyonellerine ulaşımın sağlanması ve sağlık bakım ihtiyaçlarının giderilmesine yardımcı olabilecek hazır bilgi sağlanması, yõntemin diğer yararlı yõnleri olarak gõsterilmektedir (Hintistan ve Çilingir, 2012; Hebda ve Czar, 2013; Rutledge ve ark., 2014; Aston, 2015). Hastalar uzaktan erişim yoluyla evde kullanılan kan basıncı izleme, kan glũkoz izlemi ve EKG / kardiyak izlem gibi cihazlarla değerlendirilebilir ve yõnetilebilir. Tele hemşirelik sayesinde web ve telefon uzerinden eğitim ve danışmanlık alabilirler (Westra, 2012). Bu durum hastaneye başvurma ve tedavileri takip etmek için seyahat etme gereksinimini ortadan kaldırarak, hastaların seyahat sũresinden ve masraftan tasarruf etmesine olanak tanımaktadır. Kırsal alanda ikamet eden, sağlık hizmetlerine erişimi sınırlı olan hastalar bu şekilde uzaktan sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedirler (Atkin ve Barrett, 2012; Westra, 2012).

Hemşirelerin õzellikle KAH gibi kronik hastalıkların yõnetiminde telefon danışmanlıkları ile iyileşme sağlayabildikleri belirtilmektedir (Han ve ark., 2010; Kamei, 2013). Tele hemşirelik ile ilgili çalışmaların yurt dışında daha yoğun olduğu, ũlkemizde ise kısıtlı olduğu gõrũlmektedir (Çınar ve ark., 2010; Gellis ve ark., 2012; Kalender ve Özdemir, 2014). Yapılan çalışmalarda; telefonla danışmanlık, izlem, eğitim gibi tele-hemşirelik uygulamalarının hastaların hastalığa ilişkin bilgi ve davranışlarında, genel sağlıklarında ve yaşam kalitelerinde artma; depresyon ve acile başvuru oranlarında ise azalma sağladığı bildirilmektedir (Çınar ve ark., 2010; Gellis ve ark., 2012). Hastaların duygu ve dũřuncelerinin ifadesinde, fiziksel, ruhsal ve sosyal durumlarının değerlendirilmesinde, hastalık bulgularının belirlenmesinde, iyileştirilmesinde ve yaşam kalitelerinin yũkseltilmesinde hemşirelerin õnemli rolleri vardır (Han ve ark., 2010; Cebeci ve şenol elik, 2011; Hindistan ve Çilingir, 2012). Hemşireler, telefonla hastaların kendi gereksinimlerini karşılamaları, gũnlũk yaşamdaki sosyal rollerini etkin olarak yerine getirmelerini değerlendirebilir, ilaçların etki/yan etkilerini takip edebilir, fizyolojik ve psikolojik yardıma gereksinim duyan kişileri en kısa sũrede yõnlendirebilir, fiziksel ve ruhsal durumlarını etkili danışmanlık yõntemleri ile iyileştirebilir (Hindistan ve Çilingir, 2012). Tele-hemşirelik sayesinde hemşirelerin zamanlarını daha doğru kullanmaları, kısa sũrede daha çok hastaya ulaşmaları da õnemlidir (Fairchild ve ark., 2010). KABG sonrası hasta ve ailelerinin evde bakımları ile ilgili sorunlarla karşılaştıkları ve danışmanlık

ihtiyaçlarının olduğu bildirilmektedir (Yılmaz ve ifi, 2010; Cebeci ve Şenol elik 2011; Maserat ve ark., 2011).

Evde sağlık bakım hizmetlerinin yönetiminde, tele-sağlık teknolojilerinin etkin olduğu bildirilmektedir (Fairchild ve ark., 2010). Toplumun sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanmasında hemşirelik hizmetinin teknoloji kaynakları ve iletişim sistemleri kullanılarak sunulması olarak tanımlanabilen tele-hemşirelik uygulamalarının da giderek arttığı görülmektedir (Souza- Junior ve ark., 2010). Ses ve görüntü gibi verileri ve video iletişim sinyallerini göndermek için elektromanyetik kanalların kullanılmasını da kapsayan tele-hemşirelik hizmeti tele-sağlığın bir alt dalı olarak kabul edilebilir (McGinley ve Lucas, 2006). Tele sağlık hizmetiyle ev ziyaretlerinin yapıldığı, hasta ve yakınlarının taburculuk öncesi ve taburculuktan üç hafta sonra depresyon ve anksiyete seviyelerine bakıldığı bir çalışmada hastaların anksiyete ve depresyon seviyelerinin düştüğü belirtilmiştir (Keeping-Burke ve ark., 2013). KABG sonrası 12 ay süren randomize kontrollü bir çalışmada, tele hemşirelikle danışmanlık hizmeti ve rutin tarama ile daha ekonomik bir hizmet verilebildiği grlmŐtir (Donohue ve ark., 2014). KABG sonrası, eğitimde ses kaydının kullanıldığı randomize kontrollü bir araştırmada, müdahale öncesinde ve altı hafta boyunca depresyon ve anksiyete düzeylerine bakılmış rutin uygulamanın yapıldığı grupla müdahale grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur (Hoseini ve ark., 2013). KABG yapılan hastalarda ameliyat sonrası eğitim, depresyonu azaltır ve genel sağlığı geliştirir. Ameliyat sonrası eğitimin standardizasyonu ise hemşirelik bakımı için önemli bir unsurdur (Safabakhsh, 2004; Sadeghi ve ark., 2009; Fredricks ve ark., 2010). Hemşireler, telefonla hastaların öz bakımlarını yapabilme yeteneklerini, günlük yaŐamdaki sosyal rollerini yerine getirebilme düzeyini değerlendirebilir, ilaçların etki/yan etkilerini takip edebilir, fizyolojik ve psikolojik yardıma gereksinim duyan kiŐileri erken dönemde yönlendirebilir, etkili danışmanlık yöntemleri ile fiziksel ve ruhsal durumlarını iyileŐtirebilirler (Bektaş, 2006; Giesen ve ark., 2007). Telefon takibi; hastanın bilgisini değerlendirmede, duyu duru semptomlarını ve anksiyete düzeylerini izlemede, yaşam tarzı değişikliklerini teşvik etmede etkin olarak kullanılabilir (Furuya ve ark., 2013).

Whittaker ve Wade (2014)'in yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, ev tabanlı kardiyak rehabilitasyon programının, standart hastane tabanlı programa göre maliyet

etkin olarak bulunmuştur. Billups ve arkadaşları (2014)'nın entegre sağlık sistemindeki genel bakıma karşı evde kan basıncı izleme programına dayalı çalışmada, evde kan basıncı izleme programının, ilaçlar ve laboratuvar izlemi için yatırım gerektirdiği ancak kan basıncı kontrolünün önemli ölçüde sağlandığı bulunmuştur (Billups ve et al., 2014). Thokala ve arkadaşları (2013) İngiltere'de ileri düzey kalp yetmezliği ile taburcu edilen yetişkin hastalar için olağan bakım ile ev tabanlı uzaktan izleme stratejilerinin maliyet etkililiğini analiz etmişlerdir. Girişimler; yapılandırılmış telefon desteği; insandan insana temas yolu; ev tabanlı uzaktan gözetim; olağan bakım olmak üzere dörde şekilde verilmiştir. Çalışmanın sonucunda ev tabanlı çoğu senaryonun optimal bir strateji olduğu ancak müdahaleler ve maliyetlerle ilgili belirsizliklerin olduğu tespit edilmiştir (Thokala ve et al., 2013). Pandor ve arkadaşları (2013)'nin, yaptıkları sistematik incelemede de ev merkezli uzaktan izlem, kalp yetmezliği olan hastalarda maliyet etkin bulunmuştur (Pandor ve et al. 2013). Chen ve arkadaşları (2010)'nin 550 kalp yetmezliği olan Çinli hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, hemşire liderliğindeki telefon danışmanlığı ile ev-tabanlı müdahalenin klinik sonuçlarını iyileştirdiği ve maliyet-etkili olduğu bulunmuştur (Chen ve ark., 2010).

2.3.5. Tele-Hemşirelik ile Verilen Danışmanlık Hizmetinin Taburculuk Sonrası Depresyon Anksiyete ve Stres Üzerine Etkisi

Hastanın taburculuktan sonraki yaşamına uyumunda ve sorunlarıyla baş etmesinde danışmanlık ve sağlık ekibi içindeki bütünleştirici rolleriyle hemşireler çok önemli bir konuma sahiptir (Demirkıran, 2012). KABG cerrahisi uzun iyileşme süreci ve dikkat edilmesi gereken yaşam tarzı gerektirir. Bu durum ameliyat sonrası bakım ve yaşam tarzı değişikliğine uyum sağlayamayan kişilerde depresyon, anksiyete ve strese neden olabilmektedir (Baker ve ark., 2011; Tully ve ark., 2011; Chaudhury ve ark., 2016). KABG ameliyatı sonrası hastaların yaşadığı sorunların erken saptanması için ev ortamında da etkili bakım verilmesi ve bakımın sürekliliğinin sağlanması gerekir (Fadıloğlu, 2006). Yılmaz ve Çifçi (2010)'nin yaptığı bir çalışmada, açık kalp ameliyatı geçirmiş hastaların taburcu edildikten sonraki ilk hafta içerisinde fizyolojik sorunlara ek olarak kendini algılama, stresle baş etme, stres toleransı, rol ve ilişkilerle ilgili sorun yaşadığı görülmüş, hastaların yaşadıkları sorunlarla baş edebilmek için sağlık personeline gereksinim duydukları belirtilmiştir. KABG olan

hastalara yapılan psikolojik müdahale, acı, anksiyeteyi ve depresyonu azaltır ve böylece yaşam kalitesini de arttırmaktadır (Donohue ve ark., 2014).

Tele-hemşirelik hizmetinin verildiği eğitimde ses kaydının kullanıldığı randomize kontrollü bir araştırmada KABG sonrası müdahale öncesinde ve altı hafta boyunca depresyon ve anksiyete düzeylerine bakılmış, rutin uygulamanın yapıldığı grupla müdahale grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur. Eğitim verilen grubun Anksiyete ve depresyon seviyelerinin düştüğü görülmüştür (Hoseini ve ark., 2013).

KABG cerrahisi hastalarında depresyon ve anksiyetenin varlığı ve kalıcılığı iyileşmeyi daha da tehlikeye atabilmektedir. Tele-hemşirelikle yapılan davranışsal ve psikolojik müdahaleler, bu tür hastaların genel sonuçlarında ve yaşam kalitesinde belirgin iyileşmeler sağlamaktadır (Rollman ve ark., 2009). KABG sonrası oluşan depresyonun tedavisi için telefonla verilen hizmetin, on iki aylık maliyet etkinliğine bakıldığı randomize kontrollü bir çalışmada kaliteli bakım sağlandığı ve düşük maliyetli bir tedavi yöntemi olduğu ortaya çıkmıştır (Donohue ve ark., 2014) KABG cerrahisi hastalar için fiziksel ve psikolojik olarak stresli bir süreçtir ve stres kontrol kaybına yol açmaktadır (Mitra ve Razieh, 2014). KABG cerrahisi stress düzeyi ile ilgili çok az çalışma bulunmakla birlikte Özer ve arkadaşları KABG sonrası stresin azalmasında eğitimin etkili olabileceğini belirtmişlerdir (Özer ve ark., 2010).

2.4. Koroner Arter Baypas Greft Ameliyatından Sonra Depresyon Anksiyete ve Stres

Majör cerrahi girişimlerden birisi olan KABG sonrası hastaların depresyon, anksiyete seviyeleri artarken (Cebeci ve Şenol Çelik, 2011; Tully ve ark., 2015) stresle baş etmede sıkıntılar yaşadıkları görülmekte (Parvan ve ark., 2013) ve stresli hastaların belirlenmesinde hemşirelerin önemi vurgulanmaktadır (Parvan ve ark., 2013; Mitra ve Razieh, 2014).

Depresyon, derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü, hem bunaltılı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile karakterize bir sendromdur (Tezvaran ve ark., 2010; Kara ve ark., 2016).

Anksiyete fizyolojik, psikolojik ve davranışsal belirtilerin eşlik ettiği hoş olmayan gerginlik, kaygı ve tedirginlik hissi ya da yaygın bir korku hissi veya açıklanamayan rahatsızlık olarak tanımlanmaktadır. Hastaneye yatan birçok kişide meydana gelen bir durum olan anksiyete; evrensel, ilkel, hoş olmayan bir gerginlik ve endişe duygusudur (Öz, 2014). Anksiyete aynı zamanda anksiyete rahatsızlık veren gerginlik duygularını azaltmak için insanları harekete geçiren ya da değişiklik yapmaya yönlendiren önemli bir davranış motivatörüdür. Anksiyetenin kaynağı sıklıkla belirli değildir veya birey tarafından bilinmemektedir (Sarıkoç ve Demiralp 2014).

Stres; organizmanın ruhsal ve bedensel olarak zorlanması, kısıtlanması, engellenmesiyle ortaya çıkan bedensel, zihinsel, psikolojik ve davranışsal rahatsızlıklar olarak adlandırılır (Mitra ve Razie 2014).

2.4.1. Koroner Arter Baypas Greft Ameliyatından sonra Depresyon Anksiyete ve Stres İlişkisi ve Önemi

Koroner arter hastalığı bulunan hastalarda depresif belirti prevalansı ve psikiyatrik bozukluk oranı, genel popülasyondan önemli derecede yüksektir (Hare ve ark., 2014). Kalp hastalıklarında yaşanan sorunların ciddi/ölümcül olması, erken ölümlerin daha sık yaşanması, stres, anksiyete ve depresyon görülme sıklığını da arttırmaktadır (Utriyaarasit ve ark., 2010; Hare ve ark. 2014; Leili ve ark., 2016). Koroner arter hastalıklarından sonra depresyon ve anksiyete bozuklukları ise kötü sonuçlara neden olabilmektedir (Hare ve ark., 2014; Leili ve ark., 2016).

Ameliyat, kişinin benlik saygısında azalmaya, beden imajında bozulmaya ve yaşam tarzı değişikliğine neden olan yaşamı tehdit eden bir unsur olarak görülebilmektedir. Ameliyat sonrası hastalar rol ya da görev değişiklikleri, çaresizlik, sakat kalma ve ölüm gibi durumlarla karşılaşma nedeniyle anksiyete yaşarlar (Hernández ark., 2015; Tully ark., 2015; Mahdavi, ark., 2016; Rosiek ark., 2016). Hastada gerilime neden olan anksiyete kontrol altına alınmadığında, psikolojik stres kaynaklarından birini oluşturmaktadır. Psikolojik stres birçok hastalığa yol açabilir, var olan hastalığın daha da kötüleşmesine neden olabilir (Chard 2012; Neupane ve ark., 2016).

KAH'nın tedavisi için yapılan büyük ve riskli cerrahi girişimlerden biri olarak kabul edilen KABG ameliyatı, hastayı pek çok yönden etkilemektedir (Direk ve Şenol

Çelik, 2012). KABG ameliyatı yaşam kalitesini arttırmasına, yaşam süresini uzatmasına rağmen hastalar için önemli bir anksiyete kaynağı olmaktadır (Tully ark., 2015).

KABG ameliyatı sonrasında hastalarda, göğüs ya da bacadaki insizyon bölgesinde ağrı, uyku bozuklukları, yorgunluk, iştahsızlık, konstipasyon ve vücut hareketlerinde kısıtlılık gibi fiziksel sorunlar (Cebeci ve Şenol Çelik 2008; Elitoğ ve Erkuş, 2010; Yılmaz ve Çifçi, 2010), anksiyete, depresyon (Cebeci ve Şenol Çelik, 2011; Tully ve ark., 2015), stresle başa çıkmada güçlük ve duygu durum değişikliği gibi psikososyal sorunlar yaşanmaktadır (Gallagher ve McKinley, 2007; McKenzie ve ark., 2010; Tully ve ark., 2015). Depresyonun etiolojisine yönelik yapılan çalışmalarda; sağlıksız yaşam tarzı, sigara ve alkol kullanımı, fiziksel aktivite azlığı, ilaç bağımlılığı ve sağlıksız beslenmenin sorunların yaşanmasında etkili olduğu belirtilmektedir (Hasler, 2010; Player ve Peterson, 2011; Ravven ve ark., 2013). Anksiyete ve depresyon, aşırı katekolamin salınımı ile sinir sistemi aktivasyonuna bağlı kalp hızının, miyokardın oksijen ihtiyacının, kan basıncı ve ventriküllerin kasılma hızının artmasına yol açmaktadır (Hasler, 2010). KABG ameliyatı sonrası hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinde artış olduğu (Cebeci ve Şenol Çelik, 2011), %20'sinde ise depresyon görüldüğü bildirilmektedir (Ravven ve ark., 2013). KABG sonrası depresif ruh hali, depresyon ve anksiyetenin ameliyat sonrası iyileşmeyi geciktirerek tekrarlı hastane yatışlarında artışa neden olmaktadır (Morone ve ark., 2010). ABD de yılda 400.000 KABG yapılan hastanın ameliyat sonrasında %30 ile %40'nın depresyon yaşadıkları görülmüş kadınlarda ve genç yaştaki hastalarda daha fazla olduğu tespit edilmiştir. KAH'na bağlı yaşanan somatik sıkıntılar da KABG sonrası cerrahi strese bağlı hastaların depresyon yaşamasının sebebi olabilmektedir (Tully ve Baker, 2012). Amerikan Kalp Derneği 2004 kılavuzunda KABG hastalarında depresyonun taranması gerektiği vurgulanmaktadır (Smith ve ark., 2011). Lopez ve arkadaşlarının (2007) KABG sonrası hastaların fiziksel, sosyal ve psikolojik etkilerine baktığı çalışmada taburculuktan sonraki ilk hafta depresyonun yüksek olduğu altıncı aydan sonra azaldığı görülmüştür (Lopez ve ark., 2007). Yapılan çalışmalarda depresyonun KABG sonrası morbidite ve mortalite için risk oluşturduğu bildirilmektedir (Connerney ve ark., 2010; Winefield ve ark., 2011). KABG sonrası depresyon belirtileri gösteren hastaların %25'inin morbidite yaşamalarına neden olmaktadır. Bu amaçla yapılan bir çalışmada hastaların %20'

sinde ameliyat sonrası depresyonun plazma interferon ve interlökin değerleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Steptoe ve ark., 2015). Yara iyileşmesinin gecikmesi, enfeksiyon varlığı depresyona neden olabilmektedir (Cser'ep ve ark., 2013).

KABG ameliyatı geçiren hastalarda anksiyetenin de sık yaşandığı (Douki ve ark., 2011, Navarro-Garcia ve ark., 2011; Tully ve ark., 2011; Tully ve Baker, 2012), depresyon gibi anksiyetenin de morbitide de önemli role sahip olduğu bildirilmektedir (Pedersen ve ark., 2011). KABG öncesi ve sonrası anksiyete nedenlerine bakıldığı çalışmada, ameliyat sonrasında fiziksel fonksiyon yetersizliğinin anksiyeteye neden olduğu görülmüştür (Douki ve ark., 2011). KABG ameliyatı geçiren hastalarda ameliyat ile ilgili bilinmezlik ve ölüm korkusu hastanın anksiyete yaşamasına neden olabilmektedir. Bu hastalarda anksiyete ile postoperatif mortalite arasında ilişki bildirilmiştir (Douki ve ark., 2011, Navarro-Garcia ve ark., 2011). Cser'ep ve arkadaşları (2012)'nin on yıl boyunca ameliyat öncesi anksiyete ile eğitim düzeyinin mortalite üzerine etkisini inceledikleri çalışmada (n=180), ameliyat öncesi anksiyetenin mortalite ile ilişkili olduğu bulunmuştur. KABG hastalarında ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete durumları ile anksiyete ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi Douki ve arkadaşları (2011)'nin inceledikleri çalışmada (n=187), ameliyat öncesi ile ameliyat sonrası anksiyete durumu arasında pozitif yönde ilişki (p=0.000) saptanmıştır. Ameliyat öncesi anksiyete ile ameliyat öncesi mental sağlık arasında ise negatif ilişki (p=0.000) belirlenmiştir. Açık kalp cerrahisi hastalarının (n=100) %32'sinin ameliyat öncesinde anksiyete yaşadığı, yaşanan bu anksiyetenin ameliyat sonrası ağrıyı ve analjezik tüketimini arttırdığı belirlenmiştir (Navarro-Garcı ve ark., 2011). Depresyon ve anksiyete KABG sonrası iyileşmeyi olumsuz yönde etkilemektedir (Kidd ve ark., 2016). KABG sonrası depresyon düzeyinin arttığı (Cebeci ve Şenol Çelik, 2011), depresyonun iyileşmeyi geciktirerek tekrarlı hastane yatışlarında artışa yol açtığı bildirilmektedir (Morone ve ark., 2010).

Kişi, durum ya da olay karşısında hafif bir tedirginlik duygusundan panik derecesine kadar değişik seviyelerde anksiyete yaşayabilmektedir. Hastaların yaşadığı anksiyetenin belirlenmesi, yapılacak girişimlerin planlanması için de gereklidir (Taşdemirve ark., 2013; Santos Martins ve Oliveira 2014). Hafif düzeyde anksiyete baş etme ve merakta, artma, tetikte olma, eksiksiz mantıklı düşünme, artmış uyanıklık gibi özelliklere sahipken; orta düzeyde anksiyetede seçici dikkatsizlik, ağız

kuruluğu, çarpıntı, artmış solunum hızı, nabızda artma, kas gerginliği, amaçsız aktivite gibi özellikler bulunmaktadır. Şiddetli düzey anksiyete yaşandığında ise yüksek düzeyde çarpıtılmış algı ve bilişsel fonksiyon, yaklaşan ölüm hissi, hiperventilasyon, kaba motor tremorlar, uyuşukluk, mide bulantısı, baş ağrısı, baş dönmesi gibi özellikleri vardır. Panik düzeyde anksiyete durumunda tablo daha da ciddileşir ve dispne, göğüs ağrısı, görsel alanın bozulması, aklını yitirme hissi, ölüm korkusu, duygusal acı, inkontinans ve kusma görölmektedir. Hafif veya orta düzey anksiyete genellikle fizyolojik fonksiyonları hızlandırırken, şiddetli anksiyete yavaşlatabilir. Uzun süreli panik işlev görmede felce neden olabilir ve bazen ölümlle sonuçlanabilir (Kocabaşoğlu 2008; Öz 2014). Cerrahi girişimin hastanın beklentilerini karşılayamayacağı veya olumsuz sonuçlanabileceği düşüncesi anksiyeteye yol açabilir (Aksoy 2012). Yapılan sistematik derlemede, depresyon, anksiyete ve stresin sağlıklı bireylerin rolleri ve fiziksel yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Tully ve ark., 2009).

KABG ameliyatı ve sonrasında yaşamı tehdit eden bir olay olması ve ameliyat sonrası yaşanan sorunlar nedeni ile hastalar fizyolojik ve psikolojik stres yaşamaktadır (Ozer ve ark., 2010). Ameliyat sonrası özellikle ilk birkaç hafta, iyileşme süreciyle birlikte stres ve olumsuz psikolojik süreç hakimdir (Utriyaprasit ve ark., 2010). Anksiyete bireyin stres durumunun artmasına neden olarak fizyolojik süreçleri olumsuz yönde etkiler. Akut stres sistolik ve diyastolik kan basıncını arttırır. Miyokard iskemisini önlemek için miyokardın oksijenlenmesini ve koroner perfüzyonu azaltır. Akut anksiyete durumlarında hiperventilasyon yaygın olarak görülür ve bu durum koroner arter spazmına ya da aritmilere yol açar. Anksiyete otonom sinir sistemini harekete geçirerek koroner arter hastalığı (KAH) belirtilerinin daha da artmasına neden olabilir (Tully ve Baker 2012). Kobra ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada, KABG ameliyatından sonra tekrar hasta olma, yeniden ameliyat olma, ölüm korkusu, evde ve işte yaşanan rol kaybının stres nedeni olduğu ortaya konmuştur. Çalışma sonucunda hemşirelerin hastanın içsel stresörlerini iyi tanımlamaları ve ortadan kaldırmalarına yönelik girişimlerin önemli olduğu vurgulanmıştır (Kobra ve ark., 2013). KABG sonrası hastaları etkileyen değişimlerin, her hasta için farklı olduğu (Baker ve ark., 2011), bu değişikliklerin ele alınmamasının, hastalarda yaşanan sorunların devam etmesine yol açtığı, anksiyete ve depresyonu ortaya çıkarabildiği bildirilmektedir (Sidar ve ark., 2013). Özer ve

arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada, KABG ameliyatına ilişkin stresin azaltılmasında eğitimin etkili olduğu bulunmuştur. Psikolojik stres riski olan hastaların değerlendirilmesinde anksiyete ve korku algısının belirlenmesi oldukça önemlidir. Hastaların stres ile baş etmelerine yardımcı olunması sağlık profesyonellerinin görevlerindedir (Shabestari ve Parizad 2014).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, randomize kontrollü bir çalışmadır. Randomizasyon yönteminde araştırmaya davet edilen hastaların müdahale ya da kontrol gruplarından hangisinde yer alacağı bir bilgisayar programı aracılığı ile (<https://www.randomizer.org/>) basit randomizasyon yöntemiyle belirlenmiştir. Randomizasyon hastalar üzerinden yapılmış olup, oluşan sayı dizisine göre müdahale ya da kontrol grubunda yer alması gerektiği belirlenmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği'nde yapılmıştır.

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi 983 yataklıdır. Kalp Damar Cerrahisi Kliniğinde 32 (10'u yoğun bakım, 22'si klinik) yatak bulunmaktadır. Klinikte 13 hemşire, 08-20, 08-16,16-24 şeklinde vardiyalar ve 16-08, 20-08 ve 24-08 nöbetler şeklinde görev yapmaktadır. Kalp Damar Cerrahisi Kliniğinde yürütülen planlı bir taburculuk eğitimi bulunmamaktadır. Taburcu olurken hastalara doktorlar tarafından "Koroner Arter Cerrahisi Sonrası Yaşam" kitapçığı verilmekte ayrıca evde kullanmaları gereken ilaçlar yazılıp tekrar kontrole geleceği tarih söylenmektedir. Kitapçıkta; koroner cerrahi riski, koroner arter hastalığında kullanılan cerrahi teknikler, ameliyat sonrası dönemin nasıl geçeceği, kalp cerrahisini izleyen dönemde rehabilitasyon, uyarıcı belirtiler (çarpıntı, solunum sıkıntısı, aşırı terleme, yüksek ateş, aşırı bitkinlik, baş dönmesi) ve dikkat edilecek noktalar başlıkları yer almaktadır. Ancak kitapçıkta çok kısıtlı bilgiler bulunmaktadır. Hastalardan, taburcu olduktan sonra yedinci günde ve birinci ayda kontrole gelmeleri istenmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı yataklı servisinde Ağustos 2016 Haziran 2017 tarihleri arasında KABG ameliyatı olan hastalar oluşturmuştur. Bu tarihler arasında 120 hastaya KABG ameliyatı yapılmıştır.

Örneklemin büyüklüğü istatistiksel olarak Güç Analizi (Power Analysis) ile belirlenmiştir. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniğinde 1 Ocak 2014-1 Ocak 2015 tarihleri arasında 151 hastaya Koroner Arter Baypas Greft ameliyatı uygulanmıştır. Bu sayıya göre yapılan güç analizinde %95 güven ve %5 yanılma payı ile evren büyüklüğü 110 (55 Kontrol, 55 Müdahale Grubu) olarak belirlenmiştir.

Örneklem büyüklüğünü saptamak için:

$$n = \frac{N.P.Q.Z^2}{(N-1)d^2 + Z^2PQ} \text{ formülü kullanılmıştır.}$$

N: Koroner Arter Baypas Greft yapılan toplam hasta sayısı; 151

n: Örneklem büyüklüğü

P: Evrendeki depresyon, stres, anksiyete gözlenme oranı; 0,5

Q (1-P): depresyon, stres, anksiyete gözlenmememe oranı; 0,5

Z_{α} : $\alpha = 0.05, 0.01, 0.001$ için 1.96, 2.58 ve 3.28 değerleri; 1.96

d= Örneklem hatası;0.05 olarak alınmıştır (Şenol, 2012).

3.4. Örneklem Alınma Kriterleri

- İlk ve elektif KABG ameliyatı olan,
- KABG ameliyatı sırasında başka bir cerrahi girişim uygulanmayan,
- Herhangi bir psikiyatrik tanı veya tedavi almayan (dosya bilgisi),
- Türkçe okuma yazma bilen,
- İşitme, anlama, görme ve konuşma problemi olmayan,
- Kendisinde ya da ailesinde akıllı telefon bulunan hastalar dahil edilmiştir.

İlk üç madde depresyon, anksiyete ve stresi etkileyebileceğinden, sonraki üç madde ise formları doldurma, taburculuk sonrası hastaneden verilen kitapçığı okuma, tele hemşirelik hizmeti ile verilecek eğitiminin uygulanabilirliği ve anlaşılması açısından araştırma kapsamına alınmıştır.

3.5. Araştırmanın Etik Onamı

Araştırmaya başlamadan önce Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (onay no: 70904504/343) (EK-4), araştırmanın yapılacağı hastaneden yazılı izin (onay no: 06/10/2016-E.107894) (EK-3) alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan bireylere araştırma verilerini toplamaya başlamadan

önce, araştırmanın yapılma amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler açıklanarak “Aydınlatılmış Onamları” (EK-5) (EK-6) yazılı olarak alınmıştır. “Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği”ni kullanmak için ölçeği geliştiren yazarlardan biri olan P. Lovibond (EK-2) ile Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapan araştırmacılardan biri olan N. Bilgel’den (EK-1) kendileri ve diğer yazarlar adına e-mail yolu ile izin alınmıştır. Araştırma boyunca mahremiyet, edinilen bilgilerin gizliliği ve gizliliğinin korunması etik ilkesine özen gösterilmiştir. Ayrıca elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek ‘Kimliksizlik ve Güvenlik’ etik ilkesi yerine getirilmiştir.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri: Araştırmanın bağımlı değişkeni koroner arter baypas greft uygulanan hastalarda ameliyat sonrası yaşanan sorunlar, depresyon, anksiyete ve stres, bağımsız değişkenleri ise tele-hemşirelik hizmeti ile verilen danışmanlıktır.

3.7. Ön Uygulama

Çalışmaya başlamadan önce veri toplama formunun anlaşılabilirliğini değerlendirmek için örnekleme alınma kriterlerine uygun 10 kişiye ön test yapılmıştır. Ön test verileri değerlendirmeye dahil edilmemiştir.

3.8. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, Kişisel Bilgi Formu ve “Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği (DASS-42) ile toplanmıştır. Müdahale grubuna alınan hastalara “Telefonla Danışmanlık Protokolü” ve akıllı telefon ile internet ağı üzerinden “WhatsApp KABG grubu” aracılığı ile tele-hemşirelik hizmeti verilmiştir.

3.8.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-7)

Kişisel Bilgi Formu 4 alt gruptan oluşmaktadır. BÖLÜM A (EK-7) hastanın hastaneye yatma tarihi, ameliyat tarihi, taburcu olma tarihi, birinci ve ikinci kontrole gelme tarihi, cinsiyet, yaş, çalışma durumu, mesleği, medeni durumu, yaşadığı yer, eğitim durumu, sağlık güvencesi, gelir durumu, verilen destek, koroner arter hastalığının süresi, kullandığı ilaçlar, koroner arter hastalığı oluşturan faktörlerin varlığı (sigara, alkol kullanımı, hipertansiyon, diyabet, kan lipit düzeyi, fiziksel egzersiz, obezite, New York Kalp Cemiyetine (NYHA) göre hastanın efor kapasitesi, ejeksiyon fraksiyon (EF) değerini içermektedir. Kişisel Bilgi Formunun içinde

BÖLÜM B (EK-7) değiştirilen damar sayısı, cross-klemp süresi, yoğun bakımda kalma süresi, hastanede yatma süresini içermektedir. BÖLÜM C (EK-7)'de müdahale grubunun taburcu olduktan sonra, yaşanan sorunlarına ilişkin verilen danışmanlık hizmetlerinin kaydedildiği bölüm yer almaktadır. BÖLÜM D (EK-7)'de müdahale grubuna telefonla verilen hemşirelik hizmetinden memnun kalıp kalmadığı sorgulanmaktadır.

3.8.2. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-42) (EK-8)

Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-42), son bir hafta içinde belirtilen negatif duygusal durumların düzeyini belirlemede kullanılmaktadır. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği 1995 yılında Lovibond & Lovibond tarafından geliştirilmiş ve 2006 yılında Uncu, Bayram ve Bilgel tarafından Türk toplumuna uyarlanmış, geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. DASS-42'de 14'ü depresyon, 14'ü anksiyete ve 14'ü stres boyutlarına ait olmak üzere toplam 42 madde bulunmaktadır. Depresyon Ölçeği; kişisel duygularda olumsuzluk, bir işe başlamada isteksizlik ve yavaşlık, moral bozukluğu ve keder, insani değersizlik, zevk almama ve isteksizlik, gelecek hakkında olumsuz hissetmek, hayatın anlamsızlığı gibi duyguları değerlendirmektedir. Anksiyete Ölçeği; otonomik yanıtları, iskelet kası yanıtlarını, durumsal endişeleri değerlendirirken, Stres Ölçeği; gevşemede zorlanma, öfke nöbetleri, kolay öfkelenme ve kızgınlık, sabırsızlık ve tolerans eksikliği gibi durumları incelemektedir. Ölçek 0 hiçbir zaman, 1 bazen ve ara sıra, 2 oldukça sık ve 3 her zaman şeklinde dörtlü likert tipi bir derecelendirmeye sahiptir. Depresyon, anksiyete ve stres boyutlarının her birinden alınan puanların yüksek olması, bireyin ilgili probleme sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Ters madde bulunmayan ölçeğin toplam puanları her bir alt boyut için 0 ile 42 arasında değişmektedir. DASS- 42 ölçeğinin 5 alt grubu bulunmaktadır. Depresyon puanı; sıfır ile dokuz arası normal, 10-13 arası hafif, 14-20 arası orta, 21-27 arası ileri, 28 üzeri çok ileri düzeyi göstermektedir. Anksiyete puanı; sıfır ile yedi arası normal, sekiz ile dokuz arası hafif, 10-14 arası orta, 15-19 arası ileri, 20 üzeri çok iler düzeyi göstermektedir. Stres puanı; 0 – 14 arası normal, 15-18 arası hafif, 19-25 arası orta, 26-33 arası ileri, 34 üzeri çok ileri düzeyi göstermektedir. Ölçeğin Türkçe versiyonunda Cronbach alfa değeri depresyon için 0.92, anksiyete için 0.86 stres için 0.88 olarak bulunmuştur (Bilgel ve Bayram, 2010). Araştırmamızda Cronbach alfa değerleri; depresyon için 0.55, anksiyete için 0.85, stres için 0.75 olduğu görülmüştür.

3.8.3. Telefonla Danışmanlık Protokolü (EK-9)

Müdahale grubuna alınan hastalara araştırmacı tarafından taburculuktan sonraki birinci gün ile birinci, ikinci ve üçüncü haftalarda olmak üzere toplam dört kez telefon ile danışmanlık verilmiştir.

Telefonla danışmanlık protokolünün oluşturulmasında; KABG ameliyatı sonrasında hastaların en çok problem yaşadığı ve desteğe ihtiyaç duyduğu dönemler dikkate alınmıştır. Literatür incelendiğinde hastaların erken iyileşme evrelerinde; taburcu oldukları gün (Henderson ve Zernike, 2001; Cebeci ve Şenol Çelik, 2008; Cebeci ve Şenol Çelik, 2011), birinci hafta (Yılmaz ve Çiftçi, 2010; Cebeci ve Şenol Çelik, 2008; Cebeci ve Şenol Çelik, 2011; Lie ve ark., 2012; Sethares ve ark., 2013; Yang ve ark., 2015), ikinci hafta (Lie ve ark., 2012; Sethares ve ark., 2013; Bikmoradi, 2016) ile üçüncü hafta (Cebeci ve Şenol Çelik, 2008; Cebeci ve Şenol Çelik, 2011; Lie ve ark., 2012; Firouzabadi ve ark., 2014; Yang ve ark., 2015) daha fazla sorun yaşadıkları ve sağlık personeline gereksinim duydukları görülmüştür. Lie ve arkadaşları tarafından (2012), KABG ameliyatı geçiren hastalarla yaptıkları çalışmada, hastaların ilk ay içinde takip edilmeleri ve rehabilitasyonu için desteklenmeleri gerektiği belirtilmektedir.

Tele-hemşirelik hizmetlerinden biri olarak verilen telefonla danışmanlık protokolü için Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalının hazırladığı “Koroner Arter Cerrahisi Sonrası Yaşamınız” kitapçığının konu başlıkları ile birlikte literatür dikkate alınmıştır (Cebeci ve Şenol Çelik, 2008; Demirkıran, 2012). Konu başlıkları; ağrı, ilaç kullanımı, yara yer(ler)i, uygun hareket ve yürüyüş, solunum, duygu durumu, uyku/ dinlenme, yeterli sıvı alımı, beslenme/diyet, banyo, acil durum müdahaleleri, yapılması ve yapılmaması gereken uygulamalardan oluşmaktadır.

Taburcu olduğu ilk gün yaptığı aramada araştırmacı, hastalara protokole uygun danışmanlık hizmeti vermiş, birinci, ikinci ve üçüncü haftalarda tekrar aranacakları konusunda bilgilendirilmiştir. Ayrıca danışmanlığa ihtiyaç duymaları halinde 10.00-22.00 saatleri arasında kendilerinin araştırmacıyı telefon ile arayabilecekleri söylenmiştir. Telefon görüşmelerinin ortalaması 12 dakika (\bar{x} = 12 min-max 7-17dk)'dır.

3.8.4. WhatsApp KABG grubu ile Danışmanlık

Müdahale grubuna alınan hastalar için akıllı telefon ile internet ağı üzerinden sürekli erişim sağlayabilecekleri ve danışmanlık alabilecekleri “WhatsApp KABG grubu” kurulmuştur. Grup yöneticisi araştırmacı, grup üyeleri ise müdahale grubundaki hasta ve aileleridir. Müdahale grubundaki bireylere, problemlerini bu grup aracılığı ile araştırmacıya sorabilecekleri ve görüntü (yara yerinin durumu ile ilgili fotoğraf vb) paylaşabilecekleri, grup üyeleri ile yazışabilecekleri ve görüşmeler yapabilecekleri söylenmiştir. Ancak yalnız 3 hasta “WhatsApp KABG grubu” üzerinden yara yeri durumu ile ilgili fotoğraf paylaşmıştır. KABG grubunu, grup üyeleri önemli ve özel günlerde tebrik ve kutlama olarak kullanmışlardır. Aktif katılım sağlanamamıştır.

3.8.5. Girişim Protokolü

Müdahale grubu için; Araştırma kriterlerine uygun hastanın kliniğe yatışına karar verildiği ilk 24 saat içinde birey ile tanışılarak araştırmanın amacı açıklanmıştır. Aydınlatılmış onam formu (Müdahale grubu- EK-5) birey tarafından okunarak imzalanmıştır. Kişisel Bilgi Formu BÖLÜM A (EK-7) ve Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-42) (EK-8) yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Taburculuğa karar verildiği 24 saat içinde Kişisel Bilgi Formu BÖLÜM B (EK-7) ile DASS-42 tekrar uygulanmıştır. Hastaya araştırmacı tarafından taburculuktan sonraki ilk ve ikinci kontrole geldiklerinde, poliklinikte DASS- 42 Ölçeğinin tekrar uygulanacağı söylenmiş ve “Koroner Arter Cerrahisi Sonrası Yaşam” kitapçığı verilerek, kliniğin rutin taburculuk işlemi doğrultusunda taburcu edilmiştir. Randomizasyon yöntemi ile müdahale grubunda yer alacağı belirlenen hastalar, taburculuktan sonraki birinci gün araştırmacı tarafından aranmış, telefonla arama protokolünde yer verilen konular ve sorunlar doğrultusunda görüşme yapılarak, soruları yanıtlanmıştır. Hastaya birinci, ikinci ve üçüncü haftalarda araştırmacı tarafından tekrar aranacağı söylenmiştir. İhtiyaç durumunda hastaların araştırmacıyı telefon ile arayabilecekleri bildirilmiştir. Ayrıca hasta akıllı telefon ile internet ağı üzerinden sürekli erişim sağlayabileceği, sorular sorabileceği, grup üyeleri ile yazışabileceği “WhatsApp KABG grubu” na dahil edilmiş ve buradan sorular sorabileceği, grup üyeleri ile yazışabileceği anlatılmıştır. Taburculuktan sonraki telefon aramalarında da protokol uygulanmıştır. Taburculuktan sonraki birinci ve ikinci kontrole geldikleri günlerde poliklinikte DASS-42 Ölçeği tekrar uygulanmıştır. Telefon ile aramaların tamamlanmasından sonra gelen ikinci kontrol sırasında

müdahale grubundaki hastalara, telefonla verilen hemşirelik hizmetinden memnun olup olmadıkları, araştırmacı dışında poliklinikte görevli bir hekim tarafından sorulmuştur.

Kontrol grubu için; Araştırma kriterlerine uygun hastanın kliniğe yatışına karar verildiği ilk 24 saat içinde birey ile tanışılmıştır. Araştırmanın amacı açıklanarak araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların aydınlatılmış onamları (Kontrol grubu-EK-6) alınmıştır. Kişisel Bilgi Formu BÖLÜM A (EK-7) ve Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-42) (EK-8) yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Taburculuğa karar verildiği 24 saat içinde BÖLÜM B (EK-7) ve DASS-42 Ölçeği tekrar uygulanmıştır. Hastaya araştırmacı tarafından taburculuktan sonraki kontrole geldiği birinci hafta ve birinci ayda poliklinikte DASS- 42 Ölçeği'nin tekrar uygulanacağı söylenmiş ve “Koroner Arter Cerrahisi Sonrası Yaşam” kitapçığı verilerek, kliniğin rutin taburculuk işlemi doğrultusunda taburcu edilmiştir. Taburculuktan sonraki birinci ve ikinci kontrole geldikleri günlerde poliklinikte DASS-42 Ölçeği uygulanmıştır. Kontrol grubundaki hastalar, taburculuk sonrası müdahale grubu ile beklenmedik şekilde etkileşime girerek araştırmacıyı telefonla araması durumunda, etik ilkeler göz önüne alınarak sorularının yanıtlanması planlanmıştır. Ancak böyle bir durumla karşılaşmamıştır.

Kontrol ve müdahale grubuna alınan hastalara; yatışın ve taburculuğun yapıldığı günler ile birinci, ikinci kontrollerde olmak üzere toplam dört kez DASS-42 Ölçeği uygulanmıştır. Randomizasyon yöntemi ile müdahale grubuna dahil edilen hastalar araştırmacı tarafından taburculuktan sonraki birinci gün ile birinci, ikinci ve üçüncü haftalarda olmak üzere dört kez telefon ile aranmıştır.

Telefon Görüşmeleri

Görüşmeler Roter etkileşim analiz sistemi (RIAS)'ne göre yapılmıştır (Roter ve Larson, 2002). RIAS, ABD ve Avrupa'da yaygın olmak üzere dünyanın pek çok ülkesinde tıbbi görüşmelerde kullanılmaktadır. Tıbbi görüşmelerin görev odaklı (Instrumental) görüşme ve sosyo-emosyonel (affective) görüşme olmak üzere iki temel bileşeni vardır. Görev odaklı görüşme; veri toplama ve bilgi verme (eğitim, danışmanlık v.b) olarak iki fonksiyona ayrılır.

Sosyo-emosyonel (affective) odaklı görüşmenin ise ilişki kurma, aktive etme ve ortaklık olmak üzere iki fonksiyonu vardır. Sosyo emosyonel (affective) odaklı

görüşme, bir ilişki oluşturmaya odaklanan aktiviteleri yansıtır (güven verme, samimiyet, dürüstlük v.b). Birinci aşaması ilişki kurma, ikinci aşaması hastaları aktive etme ve ortaklık oluşturmaktır. Görüşmenin son fonksiyonu olan aktive etme ve ortaklık; hastanın konuşmasını, görüş bildirmesini ve düşüncelerini kolaylaştırmayı içerir (Roter ve Larson, 2002; Pires ve Cavaco, 2014; Sleptsova ve ark., 2017).

Araştırmada sosyo-emosyonel odaklı iletişim ile görüşme başlatılmış, birey ile samimi ve güven verici bir iletişim ortamı oluşturulmuştur. Daha sonra görev odaklı (Instrumental) görüşme çerçevesinde bireye sorular sorulmuştur. Elde edilen veriler ile durum değerlendirmesi yapılmıştır. Değerlendirmeler sonucunda hastaların ihtiyaçlarına uygun bilgilendirme ve danışmanlık sağlanmıştır.

Roter Etkileşim Analiz Sistemi, Telefon Hemşireliği Hizmeti'nin analiz edilmesi içinde kullanılmaktadır (Kaminsky ve ark., 2017).

Birinci Görüşme (Taburculuktan sonraki ilk 24 içinde)

Araştırmacı hastaya kendisini tanıttıktan sonra nasılsınız? sorusuyla görüşmeyi başlattı. Arama amacı anlatıldığında hastalar, şaşırdıklarını, inanamadıklarını belirterek böyle bir hizmet verildiği için çok mutlu olduklarını ifade ettiler. Sıcak ve samimi bir görüşme ortamı oluşturulduktan sonra veri toplanmaya başlandı. Telefonla arama protokolünde ele alınan konularla ilgili sorunları olup olmadığı tek tek sorgulandı. Kitapçıkta bulunan konular gerektiğinde tekrarlandı ve hastanın öğrenmek istediği sorunlara yönelik bilgi ve danışmanlık verilmeye başlandı.

İlaçların Kullanımı; “ilaçlarınızın kullanımı ile ilgili sormak istediğiniz bir şey var mı?” sorusundan sonra hastanın ihtiyacına göre bilgi verildi. Genel olarak sabah yataktan kalkarken hipotansiyon şikayetleri olması nedeni ile tansiyon ilaçlarını gün içinde alması, mümkünse tansiyon kontrolü yapması önerildi. Gece tuvalet ihtiyacı nedeni ile uyanma şikayetleri çok olduğundan, idrar söktürücü ilacını sabah erken saatlerde alması bilgisi verildi. İlaçlarını her gün düzenli kullananlar desteklendi.

Ağrı; “sizi rahatsız eden ağrı(lar)nız var mı?” sorusundan sonra ağrısı olanlara şiddeti, yeri ve şekli sorularak ağrı yönetimi konusunda bilgi verildi. İlk görüşmede hastaların çoğunluğu sternum (16 kişi) ve sırt ağrısı (18 kişi) olduğunu ifade etti.

Yara Yerleri; “yara yerleriyle ilgili sıkıntınız var mı?” sorusundan sonra ihtiyaçlarına göre danışmanlık verildi. Yara yerlerinde kızarıklık, şişlik ve akıntı olan hastalara kontrol gününü beklemeden polikliniğe başvurmaları söylendi. Safen venin alındığı bacadta hafif şişlik olabileceği, yattığı ve oturduğu sürece altını destekleyerek yükseltmesi, hareket etmeyi ihmal etmemesi önerildi.

Solunum/Triflow Kullanımı; “triflow kullanımı nasıl gidiyor, bir sıkıntı var mı?” sorusundan sonra ihtiyaca uygun bilgi ve danışmanlık verildi. Etkin triflow uygulamaları onaylanarak desteklendi. Eksik uygulamalar tamamlandı, yanlış bilgiler düzeltildi. Doğru şekilde uygulanmayanlara nasıl yapmaları gerektiği tekrar hatırlatıldı. Hastaların çoğunluğu (27 kişi) taburcu olduktan sonra triflow kullanmayı bırakacağını düşündüğünü ifade etti. Hastalara saat de 10 -15 kez ikinci kontrole kadar devam etmeleri gerektiği belirtilerek yararları anlatıldı.

Uygun Hareket ve Yürüyüş; uygun hareket ve yürüyüş yapmaya devam edip etmedikleri sorularak, en az her 2 saatte bir yürüyüş yapması, her gün yürüyüş mesafesini arttırması gerektiği hatırlatıldı. Olumlu uygulamalar desteklendi. Kitapçıkta yer alan bilgiler dışında yapması gerekenler konusunda ihtiyacı olanlara bilgi verildi. Merdiven çıkıp çıkamayacağını soran 16 hastaya, 2-3 basamakta bir kendilerini iyi hissedene kadar dinlenerek çıkabilecekleri söylendi.

Uyku/Dinlenme; uyku problemi yaşayıp yaşamadıkları sorularak, her gece belirli saatlerde yatmaları önerildi. Geceleri düzenli uykunun iyileşmedeki önemi hatırlatıldı. İlk görüşmede uyku bölünmeleri yaşadıklarını ifade eden hastalara, uykuya dalmakta zorluk, uyandıktan sonra bir daha uykuya dalamama, panikle uyanmaların yaşanabileceği, zamanla azalacağı söylendi. Öğleden sonraları 1 saatten fazla şekerleme yapmaktan kaçınmaları gerektiği anlatıldı. Tüm hastalar ilk görüşmede ne zaman yan dönerek yatabilecekleri sorusunu yöneltti.

Beslenme/Diyet; iştah durumları ve beslenmeyle ilgili problemlerinin olup olmadığı sorulan hastaların çoğunluğu ağızlarında metalik tat olduğunu yiyeceklerin tadını alamadıklarını ifade ettiler. Bu durumun geçici olduğu, az ve sık öğünlerle beslenmeleri, aşırı yağlı ve tuzlu yiyecekler yememeleri, özellikle akşamları ağır yiyeceklerden kaçınmaları gerektiği anlatıldı. Olumlu uygulamalar desteklendi.

Yeterli Sıvı Alımı; sıvı alımı ile ilgili mevcut durumları ve problem yaşayıp yaşamadıkları sorulan hastalara günde en az 1.5 -2 lt sıvı tüketmelerinin önemi tekrar hatırlatıldı. Sabah uyandıkları saatten itibaren yatana kadar her saat başı yarım bardak su içmeleri önerildi. Olumlu uygulamalar desteklendi.

Duygu Durumu; “duygusal durumunuzla ilgili paylaşmak istediğiniz bir değişiklik var mı?” sorusundan sonra ihtiyaca yönelik bilgi verildi. Üç hasta hassaslaştığını ifade etti. Kitapçıkta yer alan bilgiler dışında duygusal yönden iyi hissetmeleri için yürüyüş, kısa ziyaretler, yeterli uyku ve dinlenme önerildi. Üç hasta enfeksiyon kapmamak için ziyaretçi kabul etmediklerini ifade ettiler. Grip, nezle v.b gibi enfeksiyonu olmayan yakınlarının kısa süreli ziyaretlerinin kendilerine iyi geleceği konusunda bilgi verildi.

Banyo Yapma/ Hijyen; banyo yapmayla ilgili herhangi bir sıkıntısı yaşayıp yaşamadığı sorulan hastaların tamamı ne zaman banyo yapabileceklerini sordular. Hastalara vücutlarını su ve sabunla silerek temizleyebilecekleri ancak dikişlerin alınmasına kadar (genellikle taburculuktan sonraki birinci hafta), banyo yapmanın önerilmediği anlatıldı. Dikişler alındıktan sonra tabureye oturarak, 10 dakikayı geçmeyen ılık su, yumuşak bez ve sabunla yıkanabilecekleri söylendi.

Önemli Durumlar ve Ulaşılması Gereken Yerler; “sizi rahatsız eden önemli bir durumunuz var mı?” sorusundan sonra acil durumlarda Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servisine, Kalp Damar Cerrahisi Polikliniği’ne başvurabileceği söylendi. Haftaya bir saat planlanarak tekrar aranacakları, herhangi bir sıkıntı olursa verilen telefonu arayabilecekleri belirtildi. Görüşmenin sonunda hastadan izin alınarak WhatsApp KABG grubuna dahil edildi. Hastalara, ihtiyaç duymaları halinde araştırmacıyı telefon ile arayabilecekleri belirtildi. Ayrıca internet ağı üzerinden sürekli erişim sağlayabilecekleri, sorular sorabilecekleri, grup üyeleri ile yazışabilecekleri “WhatsApp KABG” grubundan görüşmelere devam edebilecekleri söylenerek görüşme sonlandırıldı.

İlk telefonla görüşme süresi ortalaması 13 dakika (min 9 dakika, max 17 dakika) sürmüştür.

İkinci Görüşme (Taburculuktan sonraki birinci hafta)

İkinci telefon görüşmesinde de olumlu ve sıcak görüşme ortamı devam etti. Telefonla arama protokolündeki ele alınan konular ve sorunlara yönelik birinci görüşmede olduğu gibi bilgi ve danışmanlığa devam edildi. Hastaların daha çok ağrı (25 kişi), uyku problemi (24 kişi), ve iştahsızlık (12 kişi) yaşadığı belirlendi. Yapılabilecekler hakkında danışmanlık verildi. İkinci telefon görüşme süresi ortalaması 11 dakika (min 8 dakika, max14 dakika) sürmüştür. Bireye 1 hafta sonra tekrar planlanan saatte aranacağı bir problemi olursa verilen telefonu arayabileceğini ve WhatsApp KABG grubundan yazabileceği söylenerek görüşme sonlandırıldı.

Üçüncü Görüşme (Taburculuktan sonraki ikinci hafta)

İlk iki görüşmede oluşturulan sıcak ortam devam ettirilerek “nasılsınız?” sorusu ile görüşme başlatıldı. Telefonla arama protokolündeki ele alınan konular ve sorunlara yönelik nelere dikkat ettiği sorgulanarak uygulamaları gözden geçirildi. Daha önceki görüşmelerde verilen bilgiler tekrarlandı. Bireyin soruları cevaplandı. Sorun var ise bu noktada yapılabilecekler hakkında birey yönlendirildi. Hastaların ağrı (17 kişi), safen ven alınan bacakta şişlik (2 kişi), uyku problemi (18 kişi), iştahsızlık (8 kişi) yaşadığı belirlendi. Üçüncü telefon görüşme ortalaması 10 dakika (min 7 dakika max 13 dakika)’dır. Bir sonraki haftanın görüşmesi için uygun saat planı yapılmıştır. Herhangi bir sıkıntı durumunda verilen telefon numarasından araştırmacıyı arayabileceği ve WhatsApp KABG grubundan yazabileceği yinelenerek görüşme sonlandırıldı.

Dördüncü Görüşme (Taburculuktan sonraki üçüncü hafta)

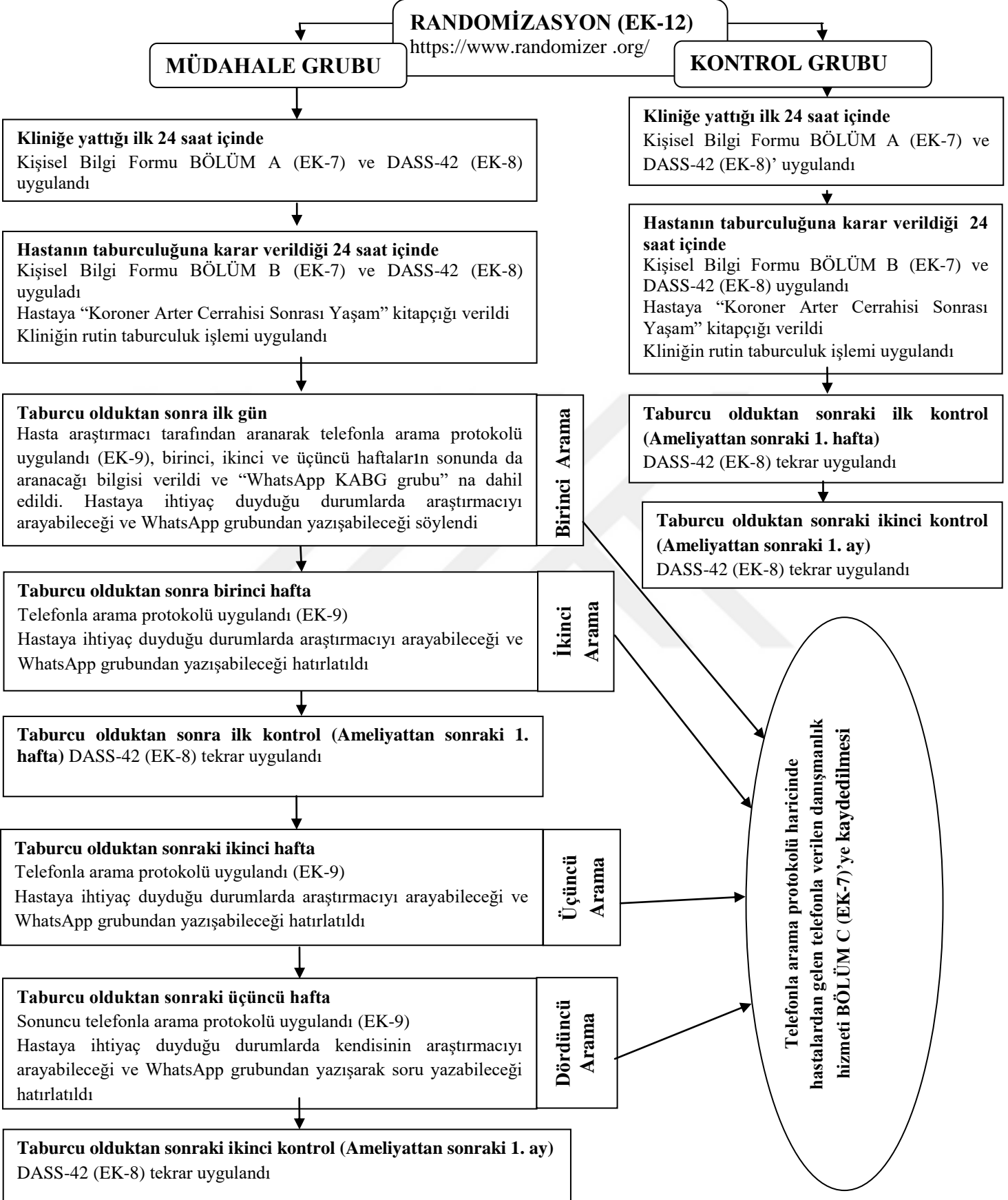
Hasta bireylerin daha özgüvenli ses tonuyla açtığı son telefon görüşmesine, hastanın durumu sorularak başlandı. Daha önceki görüşmelerde uygulanan protokol tekrarlandı. Bu görüşmede hastalar protokolde ele alınan konuları “ağrım azaldı, ilaçlarımı kullanıyorum, daha rahat kalkıp yürüyorum, uykusuzluk problemim azaldı” gibi cümlelerle net bir şekilde ifade etmeye başladılar. Hastaların ağrı (8 kişi), uyku problemi (8 kişi), iştahsızlık (2 kişi) yaşadığı ancak öncekine göre azaldığı tespit edildi. Görüşme süresi ortalama 8 dakika (min 7 dakika, max 9 dakika) sürdü. Bireye son telefon görüşmesi olduğu söylendi, teşekkür edildi ve ikinci kontrolde görüşmek üzere görüşme sonlandırıldı.

Toplamda 55 hastayla 220 görüşme yapılmıştır. Yalnızca üç hasta WhatsApp üzerinden yara yeriyle ilgili fotoğraf paylaşmıştır. Hastalar WhatsApp KABG grubunu, önemli ve özel günlerde tebrik ve kutlama amacı ile kullanmışlardır.

Rutin Telefon Protokolü Dışında Verilen Danışmanlık Hizmetleri (Hasta Aramaları)

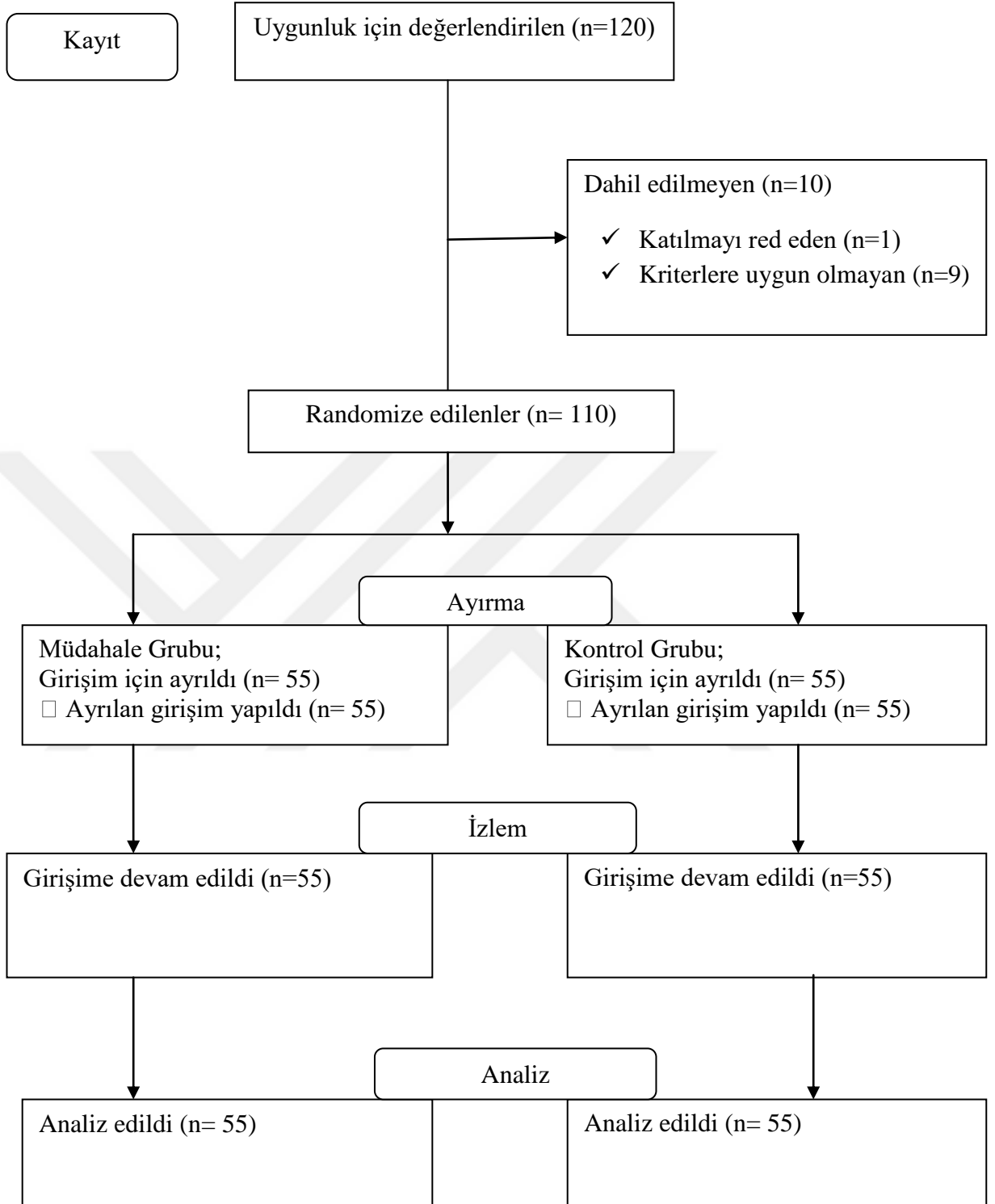
Hastalar rutin telefon protokolü dışında uykusuzluk (3 kişi), kabızlık (3 kişi), bacakta şişme (1 kişi), sigarayı bırakma (1 kişi), antibiyotik kullanımı (3 kişi), zeytinyağı kullanımı (1 kişi), işe geri dönme zamanı (2 kişi), uçakla seyahat edebilme (2 kişi), taşıt kullanma (3 kişi), cinsel yaşam (Kadın hastalar aradı) (3 kişi), mide yanması (1 kişi), randevu alma (3 kişi) nedenleriyle araştırmacıyı aramışlar, kitapçıkta yer alan bilgiler dışında ihtiyaca uygun olarak danışmanlık hizmeti verilmiştir.

ARAŞTIRMANIN UYGULAMA ŞEMASI



Şekil 3.1. Araştırmanın uygulama şeması

CONSORT AKIŞ DİYAGRAMI



Şekil 3.2 Consort akış diyagramı

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları/Zorlukları:

Zorluklar:

Kontrol grubundaki hastalarla dört, müdahale grubundaki hastalarla sekiz görüşme yapılması nedeniyle verilerin toplanması ve hasta sayısına ulaşmada zorluk yaşanması,

Müdahale grubundaki hastalara araştırmacı tarafından yapılan telefon aramalarında ulaşılamaması ve gün içinde çoklu arama yapmak zorunda kalınması,

Sınırlılıklar:

Araştırmanın tek merkezde yapılmış olması,

İletişim teknolojilerinden sadece telefonun kullanılması,

Girişimi yapan ile veri toplayan araştırmacının aynı kişi olması,

Oluşturulan WhatsApp KABG grubunun, hastalar tarafından aktif olarak kullanılmamasıdır.

3.10.Verilerin Değerlendirilmesi: Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için IBM SPSS 23 ve SAS 9.4 programı kullanılmıştır. Araştırmanın ölçümle belirlenen nicel değişkenleri için tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama ve standart sapma, sayımla belirlenen nitel değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde şeklinde gösterilmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların bireysel ve hastalıkları ile ilgili nitel değişkenler arasındaki ilişkilerin bulunmasında Pearson ki-kare ve Fisher'in kesin ki-kare testleri kullanılmıştır. Kullanılan verilerin öncelikle normal dağılıma uygunluk testleri Shapiro-Wilk testi ile yapılmıştır. Yapılan testler sonucu verilerin normal dağılım gösterdiği anlaşılmıştır ve istatistiksel analizde parametrik testler kullanılmıştır. İki kategorili değişkenler arasındaki ikili karşılaştırmalarda t testi, BKİ gibi üç veya daha fazla kategorili değişkenler arasındaki farklılıkları bulabilmek amacıyla Varyans Analizi uygulanmıştır. Kontrol grubunun depresyon anksiyete ve stres puan ortalamaları ile müdahale grubunun depresyon anksiyete ve stres puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için korelasyon analizi yapılmıştır. Çalışmanın tamamında anlamlılık düzeyi olarak 0.05 değeri kabul edilmiştir. Araştırmamızda Cronbach alfa değerleri; depresyon için 0.55, anksiyete için 0.85, stres için 0.75 bulunmuştur.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

	Grup				Genel		DEĞERLENDİRME	
	Kontrol (n: 55)		Müdahale (n: 55)				χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet								
Kadın	12	21.8	13	23.6	25	22.7	0.052	0.820
Erkek	43	78.1	42	76.3	85	77.2		
Yaş								
49 ve altı	8	14.5	8	14.5	16	14.5	3.948	0.267
50-59	14	25.4	11	20.0	25	22.7		
60-69	21	38.1	30	54.5	51	46.3		
70 ve üzeri	12	21.8	6	10.9	18	16.3		
Çalışma/İş Durumu								
Çalışıyor	18	32.7	12	21.8	30	27.2	1.650	0.199
Çalışmıyor	37	67.2	43	78.1	80	72.7		
Meslek								
Memur	4	7.27	1	1.8	5	4.5	5.563	0.234
Serbest	12	21.8	7	12.7	19	17.2		
Çiftçi	1	1.8	4	7.2	5	4.5		
Ev Hanımı	11	20.0	10	18.1	21	19.0		
Emekli	27	49.0	33	60.0	60	54.5		
Medeni Durum								
Evlü	48	87.2	47	85.4	95	86.3	0.077	0.781
Bekar	7	12.7	8	14.5	15	13.6		
Yaşadığı Yer								
Kırsal	15	27.2	14	25.4	29	26.3	0.047	0.829
Kentsel	40	72.7	41	74.5	81	73.6		
Eğitim Durumu								
Okur Yazar	3	5.4	3	5.4	6	5.4	1.254	0.869
İlkokul	26	47.2	31	56.3	57	51.8		
Ortaokul	8	14.5	6	10.9	14	12.7		
Lise	10	18.1	7	12.7	17	15.4		
Yüksek Okul ve Üzeri	8	14.5	8	14.5	16	14.5		
Ekonomik Durum								
Gelir Giderden Az	7	12.7	9	16.3	16	14.5	1.098	0.577
Gelir Gider Dengeli	46	83.6	42	76.3	88	80.0		
Gelir Giderden Fazla	2	3.6	4	7.2	6	5.4		
Sosyal Destek								
Çok iyi	26	47.2	27	49.0	53	48.1	0.038	0.981
İyi	27	49.0	26	47.2	53	48.1		
Yetersiz	2	3.6	2	3.6	4	3.6		

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri ve ki-kare analizine ait bulgular Tablo 1’de yer almaktadır. Müdahale ve Kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özelliklerine göre benzer oldukları, hepsinin sağlık güvencesi olduğu saptanmış ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı ortaya çıkmıştır ($p>0.05$)

Tablo 4.2. Araştırma kapsamındaki hastaların risk faktörlerine sahip olma durumları

	Grup				Genel		DEĞERLENDİRME	
	Kontrol (n: 55)		Müdahale (n: 55)				χ^2	<i>p</i>
	n	%	n	%	n	%		
Sigara								
İçiyor	33	60.0	34	61.8	67	60.9	0.038	0.845
İçmiyor	22	40.0	21	38.1	43	39.0		
Alkol								
Alan	4	7.2	2	3.6	6	5.4	0.705	0.401
Almayan	51	92.7	53	96.3	104	94.5		
Hipertansiyon								
Var*	52	94.5	49	89.0	101	91.8	1.089	0.297
Yok	3	5.4	6	10.9	9	8.1		
Ailede KAH Öyküsü								
Var	34	61.8	41	74.5	75	68.1	2.053	0.152
Yok	21	38.1	14	25.4	35	31.8		
Total Kolesterol Yüksekliği								
Var	12	21.8	17	30.9	29	26.3	1.171	0.279
Yok	43	78.1	38	69.0	81	73.6		
LDL Yüksekliği								
Var	15	27.2	23	41.8	38	34.5	2.573	0.109
Yok	40	72.7	32	58.1	72	65.4		
HDL Düşüklüğü								
Var	26	47.2	23	41.8	49	44.5	0.331	0.565
Yok	29	52.7	32	58.1	61	55.4		
Trigliserid Yüksekliği								
Var	22	40.0	20	36.3	42	38.1	0.154	0.695
Yok	33	60.0	35	63.6	68	61.8		
Lipid Düşürücü Tedavi								
Alan	20	36.3	21	38.1	41	37.2	0.039	0.844
Almayan	35	63.6	34	61.8	69	62.7		
Diyabet								
Var	29	52.7	26	47.2	55	50.0	0.327	0.567
Yok	26	47.2	29	52.7	55	50.0		
Düzenli Spor								
Yapan	6	10.9	5	9.0	11	10.0	0.101	0.751
Yapmayan	49	89.0	50	90.9	99	90.0		
BKI**								
Normal(18.5-24.9 kg/m ²)	15	27.2	14	25.4	29	26.3	0.055	0.973
Fazla (25-29.9 kg/m ²)	24	43.6	25	45.4	49	44.5		
Obez(30 ve üzeri kg/m ²)	16	29.0	16	29.0	32	29.0		

*Antihipertansif tedavi alanlar bu gruba eklenmiştir.

**Hastaların kilosu normal, fazla kilolu, obez veya morbid obez olup olmadıkları Beden Kitle İndeksine göre saptanmıştır (BKI=vücut ağırlığı(kg)/boy uzunluğunun karesi (m²)).

Tablo 2’de KAH ile ilgili hastaların risk faktörlerine sahip olma durumları incelenmiştir. Müdahale ve Kontrol grubundaki hastaların hastaneye yatıştaki durumlarını içeren bu tablo incelendiğinde, KAH risk faktörleri açısından benzer oldukları saptanmış ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir (p>0.05).

Tablo 4.3. Çalışmada yer alan hastaların hastalıkla ilgili özelliklerine göre dağılımları

	Grup				Genel		DEĞERLENDİRME	
	Kontrol (n: 55)		Müdahale (n: 55)					
	n	%	n	%	n	%	χ^2	P
KAH' nın Süresi (ay)								
3 ay ve altı	23	41.8	18	32.7	41	37.2	1.285	0.733
4-12 ay	7	12.7	7	12.7	14	12.7		
13-120 ay	16	29.0	21	38.1	37	33.6		
121 ay ve üzeri	9	16.3	9	16.3	18	16.3		
NHYA'ya Göre Efor Kapasitesi								
Sınıf I	2	3.6	6	10.9	8	7.2	2.238	0.327
Sınıf II	49	89.0	46	83.6	95	86.3		
Sınıf III+ Sınıf IV	4	7.2	3	5.4	7	6.3		
Değiştirilen Damar Sayısı								
1	9	16.3	4	7.2	13	11.8	2.193	0.334
2	14	25.4	15	27.2	29	26.3		
3 ve üzeri	32	58.1	36	65.4	68	61.8		
Ek Kronik Hastalık								
Var	46	85.1	48	87.2	94	86.2	0.100	0.752
Yok	8	14.8	7	12.7	15	13.7		
Cross Klemp Süresi								
50 dakika ve altı	10	19.2	15	28.3	25	23.8	1.228	0.747
51-60 dakika	14	26.9	13	24.5	27	25.7		
61-70 dakika	4	7.6	4	7.5	8	7.6		
71 dakika ve üzeri	24	46.1	21	39.6	45	42.8		
Yoğun Bakımda Kalma Süresi (saat)								
48 ≤	12	21.8	13	23.6	25	22.7	1.849	0.604
49-96	22	40.0	26	47.2	48	43.6		
97-144	16	29.0	10	18.1	26	23.6		
145 ≥	5	9.0	6	10.9	11	10.0		
Hastanede Yatma Süresi (gün)								
7-10	12	21.8	14	25.4	26	23.6	0.859	0.835
11-15	21	38.1	22	40.0	43	39.0		
16-20	7	12.7	8	14.5	15	13.6		
21 ≥	15	27.2	11	20.0	26	23.6		

Tablo 3'de hastaların hastalık, hastane ve ameliyat yaşantılarının kontrol ve müdahale gruplarına göre dağılımları görülmektedir. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların KAH'nın süresi, NHYA'ya göre efor kapasiteleri, değiştirilen damar sayısı, ek bir kronik hastalık olma durumu, cross klemp süresi, yoğun bakımda kalma süreleri ve hastanede yatma süreleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.4. Yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontroldeki hastaların depresyon, anksiyete, stres ve genel puanlarının tanımlayıcı istatistikleri ve tek yönlü varyans analizi sonuçları

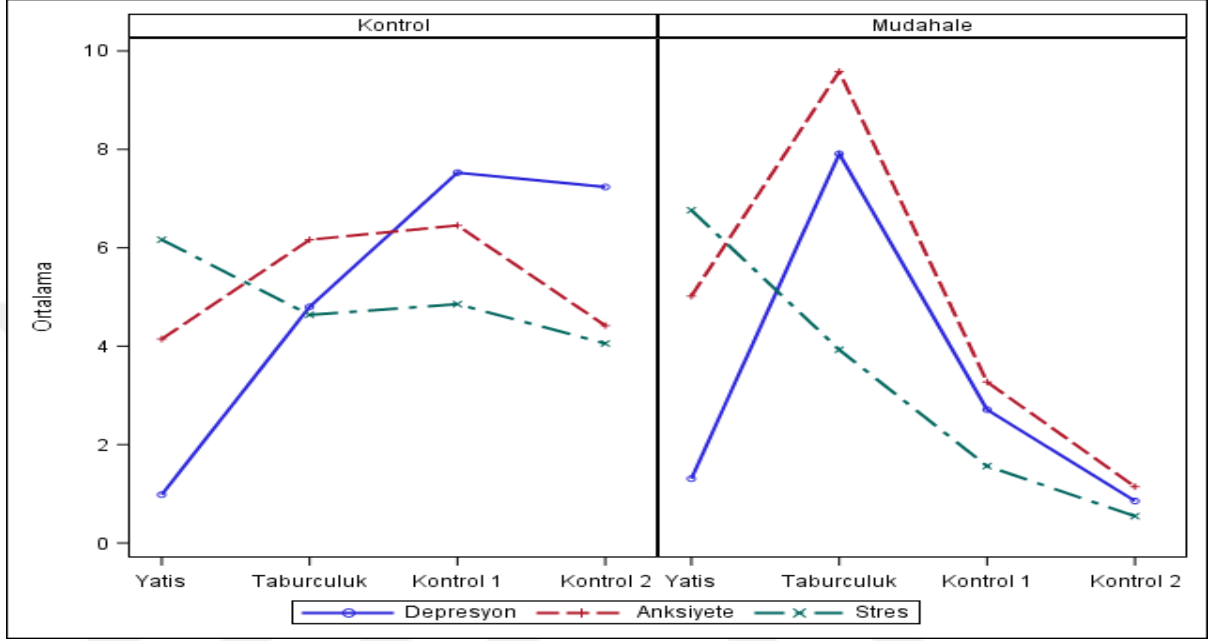
	Zaman												DEĞERLENDİRME		
	Yatış ¹			Taburculuk ²			Birinci Kontrol ³			İkinci Kontrol ⁴					
	n	\bar{x}	SS	n	\bar{x}	SS	n	\bar{x}	SS	n	\bar{x}	SS	F	p	Karşılaştırma
Depresyon	110	1.15	1.93	110	6.35	4.98	110	5.12	4.33	110	4.05	4.35	45.36	0.0001	2>3>4>1
Anksiyete	110	4.58	2.79	110	7.87	3.46	110	4.86	2.97	110	2.78	2.52	73.11	0.0001	2>3,1>4
Stres	110	6.46	4.70	110	4.28	3.22	110	3.21	3.50	110	2.30	2.80	30.14	0.0001	1>2>3>4
Genel	110	12.19	6.30	110	18.51	7.74	110	13.19	8.26	110	9.13	7.90	45.88	0.0001	2>3,1>4

Tablo 4.4’de yatış, taburculuk birinci kontrol (7-10. gün) ve ikinci kontroldeki (1. ay) hastaların depresyon, anksiyete, stres ve genel puanlarının tanımlayıcı istatistikleri ve varyans analizi sonuçlarını vermektedir. Bu tablo genel olarak incelendiğinde, hastaların depresyon, anksiyete, stres ve genel puan ortalamaları arasında yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontrolde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunduğu görülmektedir ($p<0.0001$). Diğer bir ifade ile istatistiksel açıdan depresyon, anksiyete, stres ve genel toplam puan ortalamalarının zamana göre değerlendirilmesinde anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Hastaların depresyon puan ortalaması yatışta en düşük seviyede (1.15) taburculukta en yüksek seviyeye ulaşmış (6.35) birinci ve ikinci kontrolde azaldığı (sırasıyla 5.12, 4.05) görülmüştür. Hastaların anksiyete puan ortalaması; taburculukta en yüksek seviyede birinci kontrol ve yatışta birbirine yakın aralıkta görülürken, en düşük ikinci kontrolde görülmüştür. Hastaların stres puan ortalaması yatışta en yüksek seviyede (6.46) taburculuk (4.28), birinci kontrol (3.21) ve ikinci kontrol (2.30) de giderek azaldığı görülmüştür. Depresyon, anksiyete ve stresin genel toplam puan ortalamalarının zamana göre değerlendirilmesinde taburculukta en yüksek seviyede (18.51) olduğu, birinci kontrol ve yatışta birbirine yakın aralıklarda oldukları (13.19, 12.19) en düşük ikinci kontrolde (9.13) olduğu görülmüştür.

Tablo 4.5. Yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontroldeki hastaların depresyon, anksiyete, stres puanlarının kontrol ve müdahale gruplarına göre tanımlayıcı istatistikleri ve t testi sonuçları

ZAMAN		Grup						t		p	
		Kontrol			Müdahale						
		n	\bar{x}	SS	n	\bar{x}	SS				
Yatış	Depresyon	55	0.98	1.34	55	1.31	2.38	-0.279	0.780		
	Anksiyete	55	4.15	2.53	55	5.02	2.98	-1.714	0.087		
	Stres	55	6.16	4.90	55	6.76	4.52	-0.849	0.396		
Taburculuk	Depresyon	55	4.80	4.30	55	7.91	5.16	-3.284	0.001		
	Anksiyete	55	6.16	2.73	55	9.58	3.29	-5.287	0.000		
	Stres	55	4.64	3.56	55	3.93	2.83	0.828	0.408		
Kontrol (7-10 gün)	Depresyon	55	7.53	4.25	55	2.71	2.81	6.195	0.000		
	Anksiyete	55	6.45	2.98	55	3.27	1.95	6.250	0.000		
	Stres	55	4.85	4.17	55	1.56	1.36	6.239	0.000		
Kontrol (1.ay)	Depresyon	55	7.24	3.81	55	0.85	1.68	8.197	0.000		
	Anksiyet	55	4.42	2.48	55	1.15	1.10	7.264	0.000		
	Stres	55	4.05	2.88	55	0.55	1.10	7.510	0.000		

Tablo 4.5’de, Yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontroldeki hastaların depresyon, anksiyete, stres puanlarının kontrol ve müdahale gruplarına göre tanımlayıcı istatistikleri ve t testi sonuçları verilmektedir. Yatıştaki müdahale ve kontrol grupları arasında fark bulunmazken, taburculukta (stres hariç) birinci ve ikinci kontrollerde müdahale ve kontrol grupları arasında fark olduğu görülmektedir ($p<0.001$).



Şekil 4.1. Kontrol ve müdahale grubundaki yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontrol hastalarının depresyon, anksiyete, stres ortalamalarının dağılımı

Yatışta müdahale ve kontrol grubunun streslerinin yüksek olduğu, hem müdahale grubunda hem kontrol grubunda taburculukta anksiyete ve depresyon seviyelerinin yükseldiği, müdahale grubunun birinci ve ikinci kontrolde kontrol grubuna göre azaldığı görülmektedir.

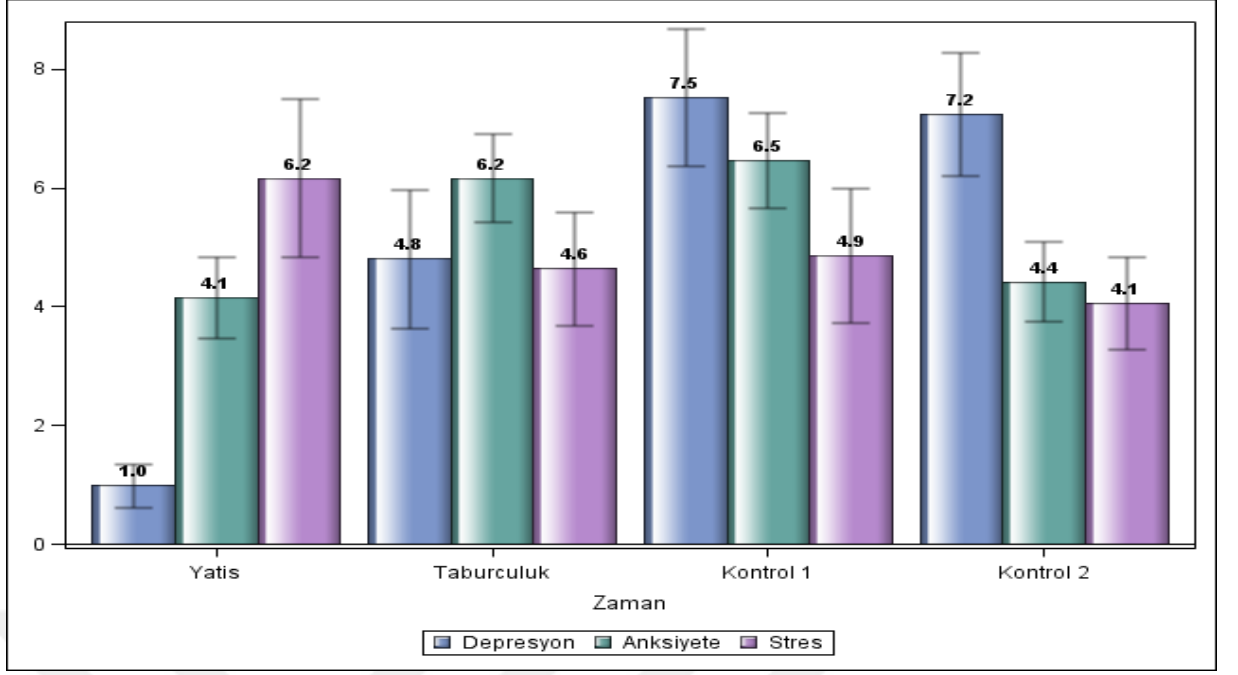
Tablo 4.6. Yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontroldeki hastaların depresyon, anksiyete, stres puanlarının kontrol ve müdahale gruplarına göre tanımlayıcı istatistikleri ve varyans analizi sonuçları

		Depresyon			Anksiyete			Stres		
		n	\bar{x}	SS	n	\bar{x}	SS	n	\bar{x}	SS
Grup	Zaman									
Kontrol	Yatış ¹	55	0.98	1.34	55	4.15	2.53	55	6.16	4.90
	Taburculuk ²	55	4.80	4.30	55	6.16	2.73	55	4.64	3.56
	Kontrol 1 ³	55	7.53	4.25	55	6.45	2.98	55	4.85	4.17
	Kontrol 2 ⁴	55	7.24	3.81	55	4.42	2.48	55	4.05	2.88
	F/p	38.14/0.0001			10.64/0.0001			2.80/0.0411		
	Karşılaştırma	3,4>2>1			3,2>4,1			1,3>2,4		
Müdahale	Yatış ¹	55	1.31	2.38	55	5.02	2.98	55	6.76	4.52
	Taburculuk ²	55	7.91	5.16	55	9.58	3.29	55	3.93	2.83
	Kontrol 1 ³	55	2.71	2.81	55	3.27	1.95	55	1.56	1.36
	Kontrol 2 ⁴	55	0.85	1.68	55	1.15	1.10	55	0.55	1.10
	F/p	53.65/0.0001			114.38/0.0001			53.44/0.0001		
	Karşılaştırma	2>3>1,4			2>1>3>4			1>2>3,4		

Tablo 4.6’da yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontroldeki hastaların depresyon, anksiyete, stress puanlarının kontrol ve müdahale gruplarına göre tanımlayıcı istatistikleri ve varyans analizi sonuçları verilmektedir. Bu tablo genel olarak incelendiğinde, hem kontrol ve hem de müdahale grubundaki hastaların depresyon, anksiyete, stres puan ortalamaları arasında yatış, taburculuk, birinci ve ikinci kontrolde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunduğu görülmektedir ($p<0.0001$). Araştırma kapsamına alınan hastaların yatış, taburculuk, birinci ve ikinci kontrollerdeki depresyon puan ortalamaları, kontrol grubunda sırasıyla; 0.98, 4.80, 7.53, 7.24 olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde birinci ve ikinci kontrol depresyon puan ortalamaları arasında önemli fark olmadığı ($p>0.05$), birinci ve ikinci kontrol ortalamalarının yatış ve taburculuk ortalamalarından istatistiksel olarak farklı olduğu ve ayrıca yatış ve taburculuk ortalamaları arasında da anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Kontrol grubunda, birinci kontrol ve taburculuktaki anksiyete ortalamalarının benzer olduğu (sırasıyla 6.45, 6.16), aynı benzerliğin ikinci kontrol ve yatış arasında da olduğu (sırasıyla 4.42, 4.15) ancak birinci kontrol ve taburculuktaki anksiyete ortalamasının ikinci kontrol ve yatıştan yüksek olduğu görülmüştür. Kontrol grubundaki stres puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yatış ile

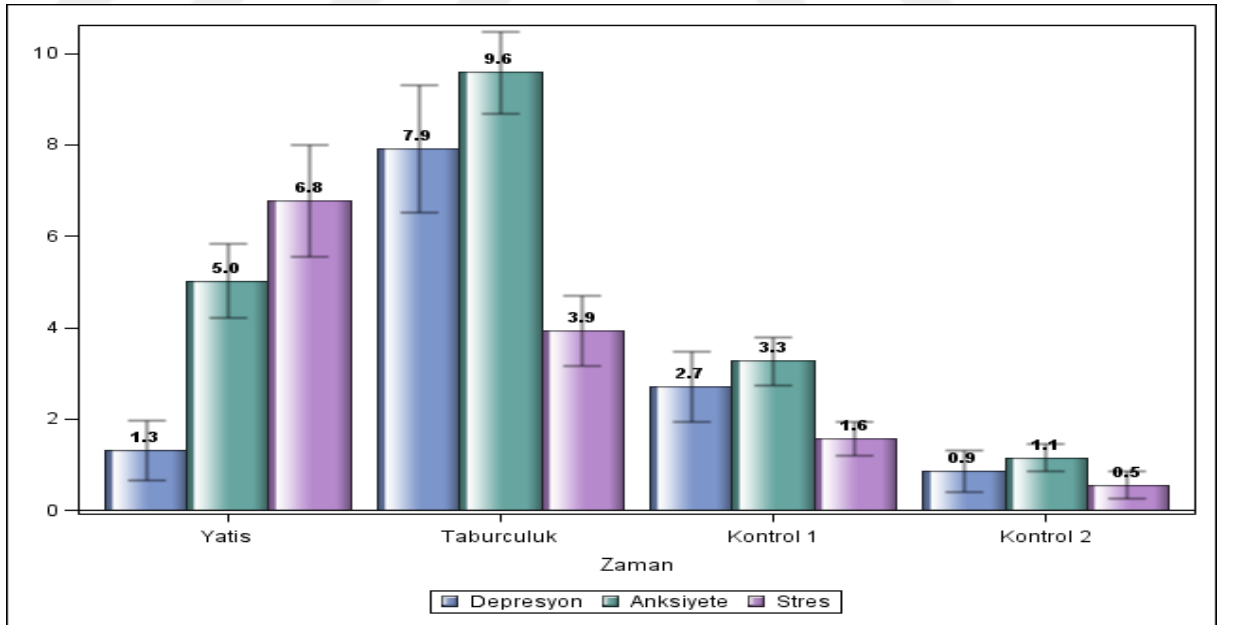
birinci kontrol ve taburculuk ile ikinci kontrol ortalamaları arasında fark bulunmamıştır. Ancak yatış ve birinci kontrol ortalamaları, taburculuk ve ikinci kontrol ortalamalarından istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Bu tabloda müdahale grubu dikkate alındığında, depresyon puan ortalamaları incelendiğinde taburculuk ortalamasının en yüksek olduğu bunu birinci kontrol ve yatış ile ikinci kontrolün takip ettiği görülmektedir. Yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontrol anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı farklar olduğu ($p<0.05$). Ortalamaların sırasıyla taburculukta en yüksek, bunu yatış ve birinci ve ikinci kontrolün takip ettiği görülmektedir. Müdahale grubunun en yüksek stres puan ortalaması yatışta (6.76) görülürken taburculuk (3.93) ve birinci (1.56) ve ikinci kontrollerde (0.55) azaldığı, birinci ve ikinci kontrollerde birbirine yakın seviyeye ulaştığı görülmüştür.



Şekil 4.2. Kontrol grubunun yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontrol hastaların depresyon, anksiyete, stres ortalamalarının dağılımı

Kontrol grubunun yatışta sadece stres ortalamaları yüksek iken taburculukta anksiyetesinin yükseldiği birinci kontrol ve ikinci kontrolde depresyonun yüksek olduğu görülmektedir.



Şekil 4.3. Müdahale grubunun yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontrol hastaların depresyon, anksiyete, stres ortalamalarının dağılımı

Müdahale grubunun yatışta stres ve anksiyete puanları yüksek iken taburculukta depresyon ve anksiyete puanlarının yükseldiği, birinci kontrol ve ikinci kontrolde depresyon, anksiyete ve stres puanlarının düştüğü görülmektedir.

Tablo 4.7. Kontrol ve müdahale grubundaki yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontrol hastaların depresyon puanlarının demografik özelliklere göre tanımlayıcı istatistikleri ve test sonuçları

	Grup															
	Kontrol Depresyon								Müdahale Depresyon							
	Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol		Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol	
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Cinsiyet																
Kadın	0.92	1.08	4.33	3.50	6.92	4.36	6.08	3.40	3.08	4.21	8.54	5.72	3.54	2.93	1.23	2.62
Erkek	0.98	1.42	4.81	4.51	7.64	4.29	7.57	3.95	0.76	0.98	7.71	5.04	2.45	2.75	0.74	1.29
t / p	0.044/ 0.834		0.000/ 0.984		0.364/ 0.546		1.338/ 0.247		5.038/ 0.025		0.067/ 0.796		1.845/ 0.174		0.005/ 0.944	
Yaş																
49 ve altı	1.88	1.36	5.75	4.17	9.75	5.01	8.38	4.96	1.88	3.09	6.38	4.41	1.25	1.67	0.13	0.35
50-59	0.62	0.77	5.62	5.24	8.69	4.91	7.15	3.83	1.09	1.30	9.00	4.49	2.55	1.97	0.18	0.60
60-69	0.81	1.03	4.33	4.26	6.14	3.37	7.33	3.90	1.43	2.69	8.27	5.95	3.43	3.23	1.40	2.08
70 ve üzeri	1.00	2.04	3.67	3.31	7.00	4.02	6.42	3.23	0.33	0.82	6.17	2.14	1.33	1.97	0.33	0.82
F / p	5.501/ 0.139		2.145/ 0.543		5.137/ 0.162		0.891/ 0.828		2.664/ 0.446		3.213/ 0.360		5.551/ 0.136		10.205/ 0.017	
Çalışma Durumu																
Çalışıyor	0.82	1.07	5.71	4.81	8.12	3.89	8.29	3.70	1.75	3.96	8.08	6.54	2.50	3.48	1.50	2.68
Çalışmıyor	1.03	1.46	4.24	4.00	7.19	4.46	6.76	3.87	1.19	1.76	7.86	4.80	2.77	2.64	0.67	1.27
t / p	0.002/ 0.961		1.691/ 0.193		1.848/ 0.174		1.875/ 0.171		0.209/ 0.647		0.065/ 0.798		0.907/ 0.341		0.711/ 0.399	

Tablo 4.7. Kontrol ve müdahale grubundaki yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontrol hastaların depresyon puanlarının demografik özelliklere göre tanımlayıcı istatistikleri ve test sonuçları (Devam)

	Grup															
	Kontrol Depresyon								Müdahale Depresyon							
	Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol		Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol	
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Medeni Durum																
Evli	0.94	1.36	4.81	4.34	7.60	4.04	7.06	3.57	1.13	1.73	7.43	4.80	2.55	2.73	0.70	1.32
Bekar	1.14	1.35	4.00	4.08	6.71	5.96	8.43	5.59	2.38	4.75	10.75	6.58	3.63	3.29	1.75	3.06
t / p	0.255/ 0.613		0.166/ 0.684		0.810/ 0.368		0.093/ 0.761		0.167/ 0.683		1.610/ 0.205		0.917/ 0.338		1.211/ 0.271	
Yaşadığı Yer																
Kırsal	1.33	1.23	4.53	4.19	7.07	2.81	6.07	2.94	1.29	1.54	7.93	3.36	2.57	3.01	1.07	1.44
Kentsel	0.82	1.37	4.77	4.36	7.64	4.74	7.69	4.09	1.32	2.62	7.90	5.69	2.76	2.77	0.78	1.77
t / p	2.844/ 0.092		0.048/ 0.827		0.018/ 0.894		2.306/ 0.129		0.983/ 0.322		0.128/ 0.720		0.213/ 0.645		1.665/ 0.197	
Eğitim																
Okur Yazar Değil	0.33	0.58	5.33	3.21	5.33	2.08	4.00	3.46	0.67	0.58	9.67	3.51	3.33	3.51	0.67	1.15
İlkokul	1.16	1.62	4.92	4.79	8.08	4.32	7.48	3.33	1.39	1.98	8.77	5.10	3.03	2.96	1.03	1.52
Ortaokul	1.38	0.92	4.63	4.24	7.50	3.78	5.88	3.60	0.67	0.82	7.17	2.48	2.50	1.76	0.17	0.41
Lise	1.10	1.29	5.20	3.58	6.90	4.89	7.10	5.63	0.86	1.21	5.86	3.85	1.14	1.07	0.43	0.79
Yüksek Okul ve Üzeri	0.00	0.00	3.25	4.40	7.13	4.94	9.25	2.38	2.13	4.85	6.25	7.81	2.75	3.65	1.13	3.18
F / p	10.302/ 0.036		1.798/ 0.773		1.854/ 0.763		7.146/ 0.128		1.166/ 0.884		5.551/ 0.235		2.714/ 0.607		3.887/ 0.421	

Tablo 4.7. Kontrol ve müdahale grubundaki yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontrol hastaların depresyon puanlarının demografik özelliklere göre tanımlayıcı istatistikleri ve test sonuçları (Devam)

	Grup															
	Kontrol Depresyon								Müdahale Depresyon							
	Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol		Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol	
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Ekonomik Durum																
Gelir Giderden Az	0.86	1.21	4.29	5.22	6.57	2.70	6.14	3.44	1.67	1.22	7.67	4.15	1.11	1.27	0.33	0.71
Gelir Gider Dengeli	1.00	1.40	4.82	4.27	7.31	4.31	7.22	3.87	0.98	1.73	8.00	4.75	2.86	2.76	0.83	1.38
Gelir Giderden Fazla	0.50	0.71	3.50	0.71	14.50	2.12	11.50	3.54	4.00	6.73	7.50	11.21	4.75	4.43	2.25	4.50
F / p	0.201/ 0.905		0.490/ 0.783		4.445/ 0.108		3.612/ 0.164		4.320/ 0.115		1.346/ 0.510		4.439/ 0.109		0.943/ 0.624	
Sosyal Destek																
Çok iyi	0.65	1.02	4.46	4.41	6.92	3.96	6.62	3.11	0.96	1.34	7.59	4.98	3.26	3.06	0.93	1.57
İyi	1.19	1.58	4.69	4.29	7.46	4.12	7.27	3.98	1.77	3.14	8.27	5.60	2.31	2.53	0.85	1.87
Yetersiz	2.00	1.41	8.00	0.00	15.00	5.66	15.00	4.24	0.00	0.00	7.50	2.12	0.50	0.71	0.00	0.00
F / p	4.606/ 0.100		1.821/ 0.402		3.783/ 0.151		4.798/ 0.091		2.422/ 0.298		0.212/ 0.899		3.564/ 0.168		1.123/ 0.570	
Sigara																
İçiyor	0.76	0.89	4.67	4.48	7.19	4.04	6.14	3.51	1.90	3.46	7.10	5.58	1.86	2.63	0.81	2.06
İçmiyor	1.09	1.57	4.73	4.22	7.67	4.47	7.94	3.94	0.94	1.28	8.41	4.91	3.24	2.82	0.88	1.43
t / p	0.054/ 0.816		0.030/ 0.863		0.003/ 0.959		2.860/ 0.091		0.269/ 0.604		1.630/ 0.202		5.313/ 0.021		1.134/ 0.287	

Tablo 4.7. Kontrol ve müdahale grubundaki yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontrol hastaların depresyon puanlarının demografik özelliklere göre tanımlayıcı istatistikleri ve test sonuçları (Devam)

	Grup															
	Kontrol Depresyon								Müdahale Depresyon							
	Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol		Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol	
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Hipertansiyon																
Var	0.90	1.35	4.65	4.25	7.37	4.35	7.27	3.92	1.37	2.51	7.80	5.40	2.78	2.76	0.84	1.70
Yok	2.00	1.00	5.67	5.69	9.33	2.52	6.67	2.89	0.83	0.75	8.83	2.56	2.17	3.43	1.00	1.67
t / p	3.327/ 0.068		0.139/ 0.709		1.330/ 0.249		0.078/ 0.780		0.010/ 0.920		0.774/ 0.379		0.723/ 0.395		0.031/ 0.861	
Ailede KAH Öyküsü																
Var	0.79	1.39	5.03	4.38	7.70	4.27	7.58	3.58	1.27	2.42	8.20	5.64	2.98	2.93	1.02	1.88
Yok	1.24	1.26	4.19	4.15	7.14	4.37	6.71	4.28	1.43	2.34	7.07	3.47	1.93	2.34	0.36	0.74
t / p	2.136/ 0.144		0.776/ 0.378		0.496/ 0.481		0.788/ 0.375		0.256/ 0.613		0.284/ 0.594		1.504/ 0.220		1.549/ 0.213	
Düzenli Spor																
Yapıyor	2.33	2.50	3.83	2.64	8.33	6.41	7.33	4.93	3.80	5.85	8.60	9.84	4.60	3.85	1.80	4.02
Yapmıyor	0.79	1.05	4.81	4.45	7.38	4.02	7.23	3.76	1.06	1.66	7.84	4.63	2.52	2.66	0.76	1.30
t / p	3.603/ 0.058		0.047/ 0.828		0.001/ 0.978		0.060/ 0.807		1.269/ 0.260		0.146/ 0.703		1.523/ 0.217		0.145/ 0.703	

Tablo 4.7. Kontrol ve müdahale grubundaki yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontrol hastaların depresyon puanlarının demografik özelliklere göre tanımlayıcı istatistikleri ve test sonuçları (Devam)

	Grup															
	Kontrol Depresyon								Müdahale Depresyon							
	Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol		Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol	
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
BKI																
Normal	0.87	1.30	4.20	3.78	7.13	4.14	6.47	3.02	1.57	3.67	6.86	5.80	1.86	2.48	0.86	2.38
Fazla	0.83	0.96	3.79	4.31	7.25	4.26	7.33	4.25	1.52	2.14	7.92	4.56	3.08	2.87	0.76	1.33
Obez	1.27	1.87	6.67	4.30	8.20	4.65	7.87	4.03	0.75	0.93	8.81	5.62	2.88	2.99	1.00	1.55
F / p	0.738/ 0.691		5.805/ 0.055		0.781/ 0.677		1.636/ 0.441		1.358/ 0.507		1.825/ 0.402		1.951/ 0.377		1.543/ 0.462	
NHYA'ya göre efor kapasitesi																
Sınıf I	2.00	0.00	8.50	4.95	7.00	7.07	6.00	5.66	0.67	1.03	6.17	1.94	1.00	0.89	0.67	1.03
Sınıf II	0.94	1.38	4.57	4.29	7.55	4.36	7.24	3.89	1.43	2.56	7.93	5.50	2.91	2.96	0.87	1.80
Sınıf III+IV	0.67	1.15	4.33	4.04	6.67	1.15	8.00	3.46	0.67	0.58	11.00	2.65	3.00	2.00	1.00	1.00
F / p	2.490/ 0.288		1.842/ 0.398		0.170/ 0.918		0.321/ 0.852		0.604/ 0.739		3.163/ 0.206		2.521/ 0.284		0.894/ 0.640	
Ek Kronik Hastalık																
Var	0.89	1.37	5.02	4.49	7.70	4.52	7.37	4.03	1.46	2.51	8.10	5.31	2.94	2.89	0.88	1.75
Yok	1.38	1.19	2.88	2.10	6.25	2.31	6.50	2.67	0.29	0.49	6.57	4.12	1.14	1.46	0.71	1.25
t / p	2.154/ 0.142		0.823/ 0.364		0.216/ 0.642		0.486/ 0.486		2.756/ 0.097		0.164/ 0.685		2.823/ 0.093		0.027/ 0.870	

Tablo 4.7’de kontrol ve müdahale grubundaki yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontrolde hastaların depresyon puanlarının demografik özelliklere göre tanımlayıcı istatistikleri ve test sonuçları verilmektedir. Tablo incelendiğinde hem müdahale hem kontrol grubundaki tüm ölçümlerde yatışta erkek hastaların daha yüksek depresyon puan ortalamalarına, taburculukta ise kadınların daha yüksek depresyon puan ortalamalarına sahip oldukları görülmektedir. Birinci ve ikinci kontrolde ise kontrol grubundaki erkeklerin depresyon puan ortalamalarının kadınlardan daha yüksek olduğu, birinci ve ikinci kontrolde ise müdahale grubundaki kadınların depresyon puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir. İstatiksel olarak kontrol grubunda tüm değerlendirmelerde cinsiyete göre anlamlı bir fark görülmezken ($p>0.05$), müdahale grubunda ise sadece yatışta anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Hastaların yaş durumuna göre depresyon puan ortalamalarına bakıldığında yatışta hem müdahale hem kontrol grubunun 49 yaş ve altındaki kişilerde depresyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Müdahale grubunda taburculukta 50-59 yaş arası hastaların, birinci ve ikinci kontrolde 60-69 yaş arası hastaların depresyon puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda ise tüm ölçümlerde 49 yaş ve altı grupta depresyon puan ortalamaları yüksek çıkmıştır. Yapılan ölçümlerde müdahale grubunda ikinci kontrolde istatiksel olarak anlamlı bir fark görülmüş ($p<0.05$), diğer tüm ölçümlerde depresyon puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$).

Hastaların çalışma durumlarına göre depresyon puan ortalamalarına bakıldığında kontrol grubunda yatışta ve taburculukta çalışmayanların, birinci ve ikinci kontrolde çalışanların daha yüksek depresyon puan ortalamalarına sahip olduğu bulunmuştur. Müdahale grubunda ise yatış, taburculuk ve ikinci kontrolde çalışanların depresyon puan ortalaması daha yüksek iken sadece birinci kontrolde çalışmayanların daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır. Yapılan istatiksel değerlendirmede her iki grubun yapılan tüm ölçümlerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Medeni duruma göre depresyon puan ortalamalarına bakıldığında müdahale grubunda tüm ölçümlerde bekarların daha yüksek depresyon puan ortalamalarına sahip olduğu görülmektedir. Kontrol grubunda yatışta ve ikinci kontrolde bekarlar

daha yüksek depresyon puan ortalamasına sahip iken taburculuk ve birinci kontrolde evlilerin daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları bulunmuştur. İstatiksel değerlendirmede her iki grubun yapılan tüm ölçümlerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.7 incelendiğinde hastaların yerleşim yerine göre depresyon puan ortalamalarına bakıldığında müdahale grubunun yatış ve birinci kontrolde kentsel alanda yaşayanların daha yüksek depresyon puan ortalamalarına sahip olduğu bulunmuş olup taburculuk ve ikinci kontrolde kırsal alanda yaşayanların daha yüksek ortalamaya sahip oldukları görülmüştür. Kontrol grubunda yatışta kırsal alanda yaşayanların daha yüksek depresyon puan ortalamasına sahip olduğu taburculuk, birinci ve ikinci kontrolde kentsel alanda yaşayanların daha yüksek depresyon puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır. Yapılan istatiksel değerlendirmede her iki grubun yapılan tüm ölçümlerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Eğitim durumlarına göre depresyon puan ortalamalarına bakıldığında yatışta kontrol grubunda ortaokul mezunu olanların depresyon puan ortalamaları en yüksek seviyede iken, müdahale grubunda yüksek okul ve üzeri olanların depresyon puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. Taburculukta her iki grupta da okuyamaz olmayanların depresyon puan ortalamalarının en yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir. Birinci kontrolde kontrol grubunda ilköğretim mezunu olanların depresyon puan ortalamaları en yüksek seviyede iken, müdahale grubunda okuyamaz olmayanların yüksek seviyede çıkmıştır. İkinci kontrolde her iki grupta da yüksek okul ve üzeri olanların depresyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatiksel değerlendirmede sadece kontrol grubunda yatışta eğitim durumuyla depresyon puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların ekonomik durumuna göre depresyon puan ortalamalarına bakıldığında müdahale grubunun yatış, birinci ve ikinci kontrolde geliri giderden fazla olan grubun daha fazla depresyon puan ortalamasına sahip olduğu, taburculukta gelir gider durumu dengeli olan grubun depresyon puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda ise yatış ve taburculukta gelir ve gideri dengeli olan grubun depresyon puan ortalaması yüksek iken, birinci ve ikinci kontrolde geliri ve giderinden fazla olan grubun depresyon puan ortalamasının yüksek olduğu

belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede her iki grubun yapılan tüm ölçümlerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.7 incelendiğinde hastaların sosyal destek düzeyine göre depresyon puan ortalamasına bakıldığında kontrol grubunun yapılan tüm ölçümlerde sosyal destek düzeyi yetersiz olan kişilerin depresyon puan ortalaması yüksek olarak saptanmıştır. Müdahale grubunun yatış ve taburculukta sosyal destek düzeyi iyi olan, birinci ve ikinci kontrolde sosyal destek düzeyi çok iyi olan hastaların depresyon puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede her iki grubun yapılan tüm ölçümlerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların sigara içme durumuna göre depresyon puan ortalamalarına bakıldığında müdahale grubunda yatışta sigara içen hastaların, taburculuk birinci ve ikinci kontrolde sigara içmeyen hastaların depresyon puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda ise tüm ölçümlerde sigara içmeyen hastaların depresyon puan ortalamasının yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede sadece müdahale grubunun birinci kontrolünde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$), diğer tüm ölçümlerde anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların hipertansiyonu olup olmama durumlarına göre depresyon puan durumlarına bakıldığında; müdahale grubunun yatış ve birinci kontrolde, hipertansiyonu olan hastaların, taburculuk ve ikinci kontrolde hipertansiyonu olmayan hastaların depresyon puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda ise sadece ikinci kontrolde hipertansiyonu olan hastaların depresyon puan ortalaması yüksek iken yatış, taburculuk ve birinci kontrolde hipertansiyonu olmayan hastaların depresyon puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede her iki grubun yapılan tüm ölçümlerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların ailede KAH öyküsü olup olmama durumuna göre depresyon puan durumlarına bakıldığında; hem müdahale hem kontrol grubunda yatışta ailede KAH öyküsü olmayan hastalarda, taburculuk, birinci ve ikinci kontrolde, ailede KAH öyküsü olan hastaların depresyon puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede her iki grubun yapılan tüm ölçümlerinde ailede

KAH öyküsü olup olmama durumuna göre depresyon puan durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların düzenli spor yapma durumu ile depresyon puan durumlarına bakıldığında müdahale grubunun tüm ölçümlerinde düzenli spor yapan hastaların depresyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kontrol grubunun ise yatış, birinci ve ikinci kontrolde, düzenli spor yapan hastaların taburculukta düzenli spor yapmayan hastaların depresyon puan ortalamasının yüksek olduğu çıkmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede her iki grubun yapılan tüm ölçümlerinde düzenli spor yapma durumu ile depresyon puan durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların BKİ'ye göre depresyon puan ortalamalarına bakıldığında kontrol grubunun tüm ölçümlerinde obez olan hastaların depresyon puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır. Müdahale grubunun ise yatışta BKİ normal olan hastaların, taburculuk ve ikinci kontrolde obez olan hastaların birinci kontrolde BKİ fazla olan hastaların depresyon puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede her iki grubun yapılan tüm ölçümlerinde BKİ ile depresyon puan durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların NHYA'ya göre efor kapasitesine göre depresyon puan ortalamalarına bakıldığında; müdahale grubun da yatışta Sınıf II olan hastaların taburculuk, birinci ve ikinci kontrolde Sınıf III ve Sınıf IV olan hastaların depresyon puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır. Kontrol grubun da ise yatışta ve taburculukta Sınıf I olan hastaların, birinci kontrolde Sınıf II olan hastaların ikinci kontrolde Sınıf III ve Sınıf IV olan hastaların depresyon puan ortalamalarının yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede her iki grubun yapılan tüm ölçümlerinde NHYA'ya göre efor kapasitesi ile depresyon puan durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların ek kronik hastalığının olma durumuyla depresyon puan ortalamalarına bakıldığında müdahale grubunda tüm ölçümlerde ek kronik hastalığı olan hastaların depresyon puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda ise yatışta ek kronik hastalığı olmayan, taburculuk birinci ve ikinci kontrolde ek kronik hastalığı olan hastaların depresyon puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır.

Yapılan istatistiksel değerlendirmede her iki grubun yapılan tüm ölçümlerinde ek kronik hastalığın olma durumuyla depresyon puan durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).



Tablo 4.8. Kontrol ve müdahale grubundaki yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontrol hastaların anksiyete puanlarının demografik özelliklere göre tanımlayıcı istatistikleri ve test sonuçları

	Grup															
	Kontrol Anksiyete								Müdahale Anksiyete							
	Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol		Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol	
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Cinsiyet																
Kadın	6.42	3.18	7.08	2.47	5.75	3.36	4.25	2.80	7.46	4.16	11.31	2.78	4.00	1.78	1.31	0.75
Erkek	3.52	1.94	5.93	2.80	6.71	2.88	4.55	2.39	4.26	2.05	9.05	3.28	3.05	1.96	1.10	1.19
t / p	9.912/ 0.002		3.745/ 0.053		1.497/ 0.221		0.083/ 0.774		9.021/ 0.003		5.099/ 0.024		3.538/ 0.060		1.594/ 0.207	
Yaş																
49 ve altı	3.63	2.50	6.63	2.72	5.25	2.12	3.38	1.51	4.00	2.73	10.13	4.12	3.75	2.49	1.00	0.76
50-59	4.46	2.79	5.85	2.82	6.77	2.59	4.77	1.79	6.45	4.48	9.55	3.72	3.18	1.78	1.18	0.87
60-69	4.29	2.80	6.19	2.86	6.29	3.36	4.29	2.80	4.80	2.47	9.63	3.07	3.23	2.06	1.17	1.26
70 ve üzeri	4.00	2.04	6.25	2.80	7.42	3.18	5.25	2.90	4.83	1.94	8.67	3.08	3.00	0.89	1.17	1.17
F / p	0.474/ 0.925		0.641/ 0.887		2.643/ 0.450		2.276/ 0.517		3.051/ 0.384		1.017/ 0.797		0.288/ 0.962		0.230/ 0.973	
Çalışma Durumu																
Çalışıyor	3.24	1.89	6.47	3.32	7.00	3.08	4.06	2.66	3.67	2.27	8.67	3.14	2.42	1.51	0.75	0.75
Çalışmıyor	4.59	2.71	6.05	2.48	6.27	2.96	4.68	2.38	5.40	3.07	9.84	3.32	3.51	2.00	1.26	1.16
t / p	3.791/ 0.052		0.001/ 0.978		0.869/ 0.351		1.697/ 0.193		4.443/ 0.035		0.867/ 0.352		2.634/ 0.105		1.687/ 0.194	

Tablo 4.8. Kontrol ve müdahale grubundaki yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontrol hastaların anksiyete puanlarının demografik özelliklere göre tanımlayıcı istatistikleri ve test sonuçları (Devam)

	Grup															
	Kontrol Anksiyete								Müdahale Anksiyete							
	Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol		Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol	
Medeni Durum																
Evli	4.09	2.47	5.94	2.45	6.32	2.80	4.28	2.28	4.87	3.06	9.64	3.34	3.21	2.03	1.15	1.14
Bekar	4.71	3.15	7.86	4.10	7.71	4.11	5.86	3.34	5.88	2.47	9.25	3.20	3.63	1.41	1.13	0.83
t / p	0.211/ 0.646		2.502/ 0.114		0.624/ 0.430		1.622/ 0.203		2.401/ 0.121		0.097/ 0.755		1.369/ 0.242		0.084/ 0.772	
Yaşadığı yer																
Kırsal	3.80	1.97	6.40	2.92	5.67	2.64	3.73	1.94	5.29	1.94	10.14	2.77	2.71	1.14	1.07	1.00
Kentsel	4.31	2.74	6.10	2.71	6.82	3.09	4.77	2.60	4.93	3.28	9.39	3.46	3.46	2.13	1.17	1.14
t / p	0.099/ 0.753		0.613/ 0.434		1.682/ 0.195		1.244/ 0.265		0.444/ 0.505		0.475/ 0.491		0.823/ 0.364		0.037/ 0.847	
Eğitim																
Okur Yazar Değil	6.33	6.11	7.33	1.53	6.00	1.00	1.67	2.08	6.67	1.53	8.67	4.73	4.33	1.53	1.33	0.58
İlkokul	4.72	1.97	6.44	3.15	6.40	3.45	4.88	2.55	5.29	3.47	9.61	3.18	2.81	1.60	1.16	1.07
Ortaokul	3.75	2.96	6.50	1.77	6.63	2.39	4.25	2.31	5.17	1.17	11.00	2.90	3.50	2.07	0.67	0.52
Lise	3.40	2.50	6.10	3.35	6.10	2.81	4.40	1.65	4.14	2.48	9.71	3.95	3.29	1.89	1.00	1.00
Yüksek Okul ve Üzeri	3.00	1.60	4.75	1.28	7.38	3.07	4.63	3.07	4.00	2.62	8.63	3.38	4.50	2.88	1.50	1.69
F / p	6.009/ 0.199		5.028/ 0.284		1.819/ 0.769		3.769/ 0.438		3.313/ 0.507		1.733/ 0.785		5.342/ 0.254		1.656/ 0.799	

Tablo 4.8. Kontrol ve müdahale grubundaki yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontrol hastaların anksiyete puanlarının demografik özelliklere göre tanımlayıcı istatistikleri ve test sonuçları (Devam)

	Grup															
	Kontrol Anksiyete								Müdahale Anksiyete							
	Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol		Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol	
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Ekonomik Durum																
Gelir Giderden Az	3.57	2.07	7.29	4.15	6.86	1.46	4.57	2.82	6.89	4.81	10.56	2.79	3.56	1.24	0.89	0.60
Gelir Gider Dengeli	4.33	2.65	6.07	2.54	6.44	3.22	4.58	2.44	4.31	2.10	9.26	3.39	3.02	1.87	1.10	1.03
Gelir Giderden Fazla	2.50	0.71	5.00	0.00	6.50	2.12	2.00	0.00	8.25	2.63	10.75	3.40	5.25	3.20	2.25	2.06
F / p	1.472/ 0.479		1.817/ 0.403		1.249/ 0.536		2.667/ 0.264		9.122/ 0.010		1.874/ 0.392		4.416/ 0.110		1.948/ 0.378	
Sosyal Destek																
Çok iyi	4.46	2.23	6.04	2.73	7.42	3.19	5.04	2.55	4.78	3.37	9.37	3.40	3.59	2.04	1.19	1.14
İyi	3.85	2.89	6.35	2.90	5.73	2.63	4.04	2.37	5.38	2.62	10.00	3.26	3.04	1.87	1.12	1.11
Yetersiz	4.50	2.12	6.00	1.41	4.50	0.71	3.00	0.00	3.50	2.12	7.00	0.00	2.00	1.41	1.00	0.00
F / p	1.980/ 0.372		0.124/ 0.940		5.201/ 0.074		3.044/ 0.218		3.018/ 0.221		2.129/ 0.345		2.689/ 0.261		0.049/ 0.976	
Sigara																
İçiyor	3.62	2.50	6.33	2.78	6.86	3.26	4.24	2.30	4.95	2.31	9.52	3.57	3.48	2.64	1.00	1.30
içmiyor	4.52	2.55	6.09	2.77	6.27	2.83	4.64	2.58	5.06	3.37	9.62	3.16	3.15	1.40	1.24	0.96
t / p	2.357/ 0.125		0.033/ 0.855		0.289/ 0.591		0.595/ 0.441		0.156/ 0.693		0.022/ 0.882		0.096/ 0.757		1.775/ 0.183	

Tablo 4.8. Kontrol ve müdahale grubundaki yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontrol hastaların anksiyete puanlarının demografik özelliklere göre tanımlayıcı istatistikleri ve test sonuçları (Devam)

	Grup															
	Kontrol Anksiyete								Müdahale Anksiyete							
	Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol		Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol	
Hipertansiyon																
Var	4.24	2.55	6.16	2.78	6.41	3.01	4.41	2.50	5.08	3.11	9.31	3.23	3.31	2.04	1.18	1.09
Yok	3.00	2.65	6.67	2.52	8.00	2.65	5.67	1.53	4.50	1.64	11.83	3.19	3.00	0.89	0.83	1.17
t / p	0.773/ 0.379		0.185/ 0.667		1.388/ 0.239		1.343/ 0.246		0.243/ 0.622		2.826/ 0.093		0.007/ 0.934		0.854/ 0.355	
Ailede KAH Öyküsü																
Var	4.00	2.45	6.09	2.53	6.91	3.02	4.64	2.58	4.73	2.64	9.49	3.48	3.27	1.55	1.17	1.02
Yok	4.43	2.73	6.33	3.12	5.86	2.89	4.24	2.30	5.86	3.82	9.86	2.77	3.29	2.89	1.07	1.33
t / p	0.304/ 0.582		0.123/ 0.726		1.311/ 0.252		0.020/ 0.889		0.484/ 0.487		0.090/ 0.764		0.878/ 0.349		0.451/ 0.502	
Düzenli Spor																
Yapıyor	5.00	3.46	6.50	2.17	9.17	2.64	5.83	2.04	4.60	2.41	6.60	2.88	4.20	3.49	1.20	2.17
Yapmıyor	4.06	2.44	6.15	2.83	6.17	2.88	4.31	2.48	5.06	3.05	9.88	3.20	3.18	1.76	1.14	0.97
t / p	0.737/ 0.390		0.067/ 0.796		6.147/ 0.013		2.715/ 0.099		0.022/ 0.882		4.236/ 0.040		0.243/ 0.622		0.828/ 0.363	

Tablo 4.8. Kontrol ve müdahale grubundaki yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontrol hastaların anksiyete puanlarının demografik özelliklere göre tanımlayıcı istatistikleri ve test sonuçları (Devam)

	Grup															
	Kontrol Anksiyete								Müdahale Anksiyete							
	Yatış		Taburculuk		1. Kontrol		2.Kontrol		Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol	
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
BKI																
<i>Normal</i>	3.67	2.02	6.87	3.72	6.40	3.70	4.00	2.65	5.00	2.83	9.14	3.53	3.43	1.40	0.86	0.66
<i>Fazla</i>	4.13	2.35	5.38	2.22	6.33	2.20	4.54	1.98	5.68	3.42	9.56	3.27	3.44	2.43	1.12	1.20
<i>Obez</i>	4.73	3.28	6.80	2.14	6.87	3.46	4.87	3.02	4.00	2.13	10.00	3.29	2.88	1.50	1.44	1.21
F / p	0.490/ 0.783		2.791/ 0.248		0.103/ 0.950		0.994/ 0.608		3.495/ 0.174		0.309/ 0.857		0.916/ 0.632		1.556/ 0.459	
NHYA'ya göre efor kapasitesi																
<i>Sınıf I</i>	4.50	3.54	7.00	0.00	9.00	4.24	5.50	2.12	5.17	1.72	8.00	2.10	2.17	1.72	0.67	0.82
<i>Sınıf II</i>	4.14	2.52	6.20	2.86	6.51	2.99	4.47	2.53	4.96	3.17	9.85	3.33	3.35	1.97	1.22	1.15
<i>Sınıf III+IV</i>	4.33	3.51	5.33	1.15	4.67	1.15	4.00	2.00	5.67	2.52	8.67	4.62	4.33	1.53	1.00	0.00
F / p	0.068/ 0.967		1.524/ 0.467		3.767/ 0.152		1.551/ 0.461		0.650/ 0.722		2.496/ 0.287		3.142/ 0.208		1.296/ 0.523	
Ek Kronik Hastalık																
<i>Var</i>	4.24	2.46	6.17	2.75	6.59	3.10	4.48	2.55	5.19	3.02	9.54	3.02	3.42	2.01	1.21	1.09
<i>Yok</i>	3.75	3.15	6.25	2.92	6.00	2.39	4.50	2.07	3.86	2.67	9.86	5.08	2.29	1.11	0.71	1.11
t / p	0.638/ 0.424		0.049/ 0.825		0.266/ 0.606		0.054/ 0.815		1.673/ 0.196		0.109/ 0.742		2.433/ 0.119		1.877/ 0.171	

Tablo 4.8, kontrol ve müdahale grubundaki yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontrolde hastaların anksiyete puanlarının demografik özelliklere göre tanımlayıcı istatistikleri ve test sonuçları verilmektedir. Tablo incelendiğinde hem müdahale hem kontrol grubundaki tüm ölçümlerde yatış ve taburculukta kadın hastaların erkek hastalardan daha yüksek anksiyete puan ortalamalarına sahip oldukları görülmektedir. Birinci ve ikinci kontrolde ise kontrol grubundaki erkeklerin anksiyete puan ortalamaları yükselirken, müdahale grubundaki kadınların ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Kontrol grubunda yatışta, müdahale grubunda ise yatış ve taburculukta istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Hastaların yaş durumuna göre anksiyete puan ortalamalarına bakıldığında hem müdahale hem kontrol grubunun; yatışta 50-59 yaş aralığındaki kişilerin daha yüksek anksiyete puan ortalamasına sahip olduğu, taburculukta 49 ve altı yaş aralığındaki kişilerin daha yüksek anksiyete puan ortalamalarına sahip olduğu saptanmıştır. Müdahale grubunda birinci kontrolde 49 ve altı yaş grubunun, ikinci kontrolde 50-59 yaş grubunun anksiyete puan ortalaması daha yüksektir. Kontrol grubunda ise birinci ve ikinci kontrolde 70 yaş ve üzeri kişilerin anksiyete puan ortalamaları daha yüksek olduğu bulunmuştur. Tüm ölçümlerde hem müdahale hem kontrol grubunun yaşının anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$).

Hastaların çalışma durumlarına göre anksiyete puan ortalamalarına bakıldığında yatışta hem müdahale hem kontrol grubunun çalışmayanların anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Müdahale grubunda tüm ölçümlerde çalışmayan hastaların daha yüksek anksiyete puan ortalamalarına sahip olduğu görülmektedir. Kontrol grubunda ise taburculuk ve birinci kontrolde çalışanların anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede sadece müdahale grubunda yatışta anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Diğer tüm ölçümlerde anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Medeni durumlarına göre anksiyete puan ortalamalarına bakıldığında müdahale grubunda yatış ve birinci kontrolde bekarların, taburculuk ve ikinci kontrolde

evlilerin daha yüksek anksiyete puan ortalamalarına sahip olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda ise tüm ölçümlerde bekarların daha yüksek anksiyete puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. İstatiksel değerlendirmede her iki grubun tüm ölçümlerinde anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.7 incelendiğinde hastaların yaşadığı yere göre anksiyete puan ortalamalarına bakıldığında müdahale grubunda yatış ve taburculukta kırsal alanda yaşayanların anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, birinci ve ikinci kontrolde ise kentsel alanda yaşayanların anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda ise yatış, birinci ve ikinci kontrol de kentsel alanda yaşayanlar daha yüksek anksiyete puan ortalamalarına sahip iken, taburculukta kırsal alanda yaşayanların anksiyete puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan istatiksel değerlendirmede tüm ölçümlerde her iki grubun anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Eğitim durumlarına göre anksiyeteye bakıldığında, yatışta her iki grupta ortaokul ve daha altındaki eğitim seviyesindeki grupta sırasıyla anksiyete puan ortalamasının arttığı görülmektedir. Taburculukta kontrol grubunda okuryazar olmayanların anksiyete puan ortalamaları en yüksek seviyede iken, müdahale grubunda ortaokul mezunu olanların en yüksek anksiyete puan ortalamasına sahip oldukları görülmüştür. Birinci kontrolde her iki grupta da yüksek okul ve üzeri olanların anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. İkinci kontrolde de birinci kontrolde olduğu gibi müdahale grubunda yüksek okul ve üzeri mezun olanların anksiyete seviyesinin daha yüksek olduğu görülürken kontrol grubunda ilköğretim mezunu olanların anksiyete seviyesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatiksel değerlendirmede tüm ölçümlerde her iki grubun anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların ekonomik durumuna göre anksiyeteye bakıldığında kontrol grubunun yatışta ve ikinci kontrolde gelir ve gider dengeli grubun anksiyete puan ortalamasının daha yüksek, taburculuk ve birinci kontrolde ise geliri giderden az olan grubun puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Müdahale grubunun ise tüm ölçümlerinde geliri giderden fazla olan grubun anksiyete puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan istatiksel değerlendirmede müdahale grubunun yatıştaki anksiyete puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmuştur

($p < 0.05$). Diğer tüm ölçümlerin istatistiksel değerlendirmesinde anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.8 incelendiğinde hastaların sosyal destek düzeyi ile anksiyete puan ortalamasına bakıldığında kontrol grubunun yatışta, sosyal destek düzeyi yetersiz olan hastaların anksiyete puan ortalamasının yüksek olduğu, taburculukta sosyal destek düzeyi iyi olan hastaların, birinci ve ikinci kontrolde sosyal destek düzeyi çok iyi olan hastaların anksiyete puan ortalamasının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubu incelendiğinde yatış ve taburculukta sosyal destek düzeyi iyi olan hastaların, birinci ve ikinci kontrolde sosyal destek düzeyi çok iyi olan hastaların anksiyete puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak istatistiksel değerlendirmede müdahale ve kontrol grubunun tüm ölçümlerinde anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Hastaların sigara içme durumuna göre anksiyete puan ortalamalarına bakıldığında müdahale grubunda birinci kontrolde sigara içen hastaların anksiyete puanlarının yüksek olduğu, yatış, taburculuk ve ikinci kontrolde sigara içmeyen hastaların anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görölmektedir. Kontrol grubunda taburculuk ve birinci kontrolde sigara içen hastaların, yatış ve ikinci kontrolde sigara içmeyen hastaların anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede tüm ölçümlerde her iki grubun sigara kullanma durumuyla anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Hastaların hipertansiyonu olup olmama durumlarına göre anksiyete puan durumlarına bakıldığında müdahale grubunun yatış, birinci ve ikinci kontrolde hipertansiyonu olan hastaların anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek , taburculukta ise hipertansiyonu olmayan hastaların anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda ise sadece yatışta hipertansiyonu olan hastaların anksiyete puan ortalaması yüksek iken taburculuk birinci ve ikinci kontrol de ise hipertansiyonu olmayan hastaların anksiyete puan ortalaması yüksek saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede tüm ölçümlerde her iki grubun hipertansiyonu olma durumuyla anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Hastaların aile de KAH öyküsü olup olmama durumuna göre anksiyete puan durumlarına bakıldığında, müdahale grubunun sadece ikinci kontrolde ailede KAH öyküsü olan hastaların anksiyete puan ortalaması yüksek olup; yatış, taburculuk ve birinci kontrolde ailede KAH öyküsü olmayan hastaların anksiyete puan ortalaması daha yüksek saptanmıştır. Kontrol grubunda ise yatış ve taburculukta ailede KAH öyküsü olmayan hastaların birinci ve ikinci kontrolde ailede KAH öyküsü olan hastaların anksiyete puan ortalaması yüksek saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede tüm ölçümlerde her iki grubun ailede KAH Öyküsü olma durumuyla anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların düzenli spor yapma durumu ile anksiyete durumlarına bakıldığında müdahale grubun da yatış ve taburculukta düzenli spor yapmayan, birinci ve ikinci kontrolde düzenli spor yapan hastaların anksiyete puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda ise düzenli spor yapan tüm hastaların anksiyete puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede kontrol grubunun birinci kontrolünde, müdahale grubunun ise taburculukta düzenli spor yapma durumuyla anksiyete puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer tüm ölçümlerde her iki grubun düzenli spor yapma durumuyla anksiyete puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların BKİ göre anksiyete puan ortalamalarına bakıldığında kontrol grubunda tüm ölçümlerde obez olan hastaların anksiyete puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. Müdahale grubunda ise taburculuk ve ikinci kontrolde obez olan hastaların, yatış ve birinci kontrolde ise BKİ fazla olan hastaların anksiyete puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede tüm ölçümlerde her iki grubun BKİ ile anksiyete puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların NHYA'ya göre efor kapasitesinin anksiyete durumlarına bakıldığında kontrol grubunda Sınıf I olan hastaların anksiyete puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır. Müdahale grubunda ise yatışta ve birinci kontrolde Sınıf III ve IV olan hastaların, taburculuk ve ikinci kontrolde sınıf II olan hastaların anksiyete puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede tüm

ölçümlerde her iki grubun NHYA'ya göre efor kapasitesiyle anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların ek kronik hastalığının olma durumuyla anksiyetelerine bakıldığında müdahale grubunda yatış, birinci ve ikinci kontrolde ek kronik hastalığı olan hastaların anksiyete puan ortalamalarının yüksek olduğu, taburculukta ise ek hastalığı olmayan hastaların anksiyete puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda ise yatış ve birinci kontrolde ek kronik hastalığı olan hastaların anksiyete puan ortalamalarının yüksek olduğu, taburculuk ve ikinci kontrolde ek kronik hastalığı olmayan hastaların anksiyete puan ortalamalarının yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede tüm ölçümlerde her iki grubun ek kronik hastalığının olma durumuyla anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Kontrol ve müdahale grubundaki yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontrol hastalarının stres puanlarının demografik özelliklere göre tanımlayıcı istatistikleri ve test sonuçları

	Grup															
	Kontrol Stres								Müdahale Stres							
	Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol		Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol	
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Cinsiyet																
Kadın	6.25	5.55	3.58	2.27	3.42	1.98	2.75	2.01	6.69	4.89	4.54	2.90	1.77	1.48	0.38	0.65
Erkek	6.10	4.82	4.90	3.86	5.26	4.60	4.36	3.01	6.79	4.46	3.74	2.81	1.50	1.33	0.60	1.21
t / p	0.005/0.943		0.831/ 0.362		1.729/0.189		3.925/ 0.048		0.022/ 0.881		1.168/0.280		0.418/0.518		0.197/0.657	
Yaş																
49 ve altı	5.75	5.80	3.88	3.56	4.13	3.23	4.50	2.27	6.88	3.09	4.00	3.16	2.13	1.55	0.25	0.46
50-59	7.54	5.77	6.08	4.09	7.23	6.67	4.69	4.01	5.82	4.49	4.36	2.69	1.18	1.33	0.18	0.40
60-69	5.71	4.68	3.86	3.68	3.76	1.95	3.81	2.23	7.73	4.92	3.80	2.93	1.70	1.37	0.83	1.39
70 ve üzeri	5.58	4.10	4.83	2.66	4.67	3.75	3.25	2.96	3.50	2.51	3.67	2.73	0.83	0.75	0.17	0.41
F / p	1.276/0.735		4.038/ 0.257		3.962/0.266		2.827/ 0.419		5.965/0.113		0.338/ 0.953		4.958/0.175		6.080/0.108	
Çalışma Durumu																
Çalışıyor	7.00	4.69	5.12	3.67	6.12	5.83	5.53	3.30	4.42	3.26	3.33	2.46	1.58	1.31	0.50	0.52
Çalışmıyor	5.73	5.06	4.38	3.58	4.27	3.15	3.30	2.40	7.42	4.64	4.09	2.93	1.56	1.39	0.56	1.22
t / p	1.348/ 0.246		0.673/ 0.412		2.362/0.124		8.447/ 0.004		5.226/ 0.022		0.534/ 0.465		0.033/0.855		0.630/0.427	

Tablo 4.9. Kontrol ve müdahale grubundaki yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontrol hastalarının stres puanlarının demografik özelliklere göre tanımlayıcı istatistikleri ve test sonuçları (Devam)

	Grup															
	Kontrol Stres								Müdahale Stres							
	Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol		Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol	
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Çalışma Durumu																
Çalışıyor	7.00	4.69	5.12	3.67	6.12	5.83	5.53	3.30	4.42	3.26	3.33	2.46	1.58	1.31	0.50	0.52
Çalışmıyor	5.73	5.06	4.38	3.58	4.27	3.15	3.30	2.40	7.42	4.64	4.09	2.93	1.56	1.39	0.56	1.22
t / p	1.348/ 0.246		0.673/ 0.412		2.362/0.124		8.447/ 0.004		5.226/ 0.022		0.534/ 0.465		0.033/0.855		0.630/0.427	
Medeni Durum																
Evli	6.21	4.79	4.87	3.72	4.83	4.13	3.87	2.79	7.19	4.70	3.91	2.99	1.60	1.44	0.62	1.17
Bekar	5.57	6.24	2.86	1.86	5.00	5.10	4.86	3.58	4.25	1.98	4.00	1.69	1.38	0.74	0.13	0.35
t / p	0.340/ 0.560		1.710/ 0.191		0.071/0.789		0.212/ 0.645		3.202/ 0.074		0.294/ 0.587		0.051/0.821		2.358/0.125	
Yaşadığı Yer																
Kırsal	5.47	4.14	3.07	2.49	3.27	2.02	3.20	1.93	5.93	3.54	3.14	2.25	1.21	1.05	0.21	0.43
Kentsel	6.38	5.24	5.21	3.79	5.46	4.68	4.31	3.14	7.05	4.82	4.20	2.98	1.68	1.44	0.66	1.24
t / p	0.199/ 0.656		3.682/ 0.055		4.352/0.037		2.060/0.151		0.183/ 0.669		1.440/ 0.230		0.933/0.334		2.097/0.148	

Tablo 4.9. Kontrol ve müdahale grubundaki yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontrol hastalarının stres puanlarının demografik özelliklere göre tanımlayıcı istatistikleri ve test sonuçları (Devam)

	Grup															
	Kontrol Stres								Müdahale Stres							
	Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol		Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol	
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Eğitim																
Okur Yazar Değil	3.67	5.51	1.67	0.58	1.00	1.00	1.00	1.73	4.00	3.00	3.00	2.00	1.33	1.15	0.00	0.00
İlkokul	5.64	4.39	3.76	2.76	4.48	3.22	3.72	2.23	7.35	4.41	4.03	2.98	1.32	1.25	0.35	0.55
Ortaokul	6.75	5.06	4.88	3.76	7.88	8.11	5.63	4.72	6.33	3.01	3.83	2.93	1.67	1.21	0.83	1.33
Lise	8.30	5.81	7.50	3.89	5.30	2.95	4.80	2.90	9.14	6.82	3.29	2.50	1.57	1.62	0.43	0.53
Yüksek Okul ve Üzeri	5.25	5.42	4.50	4.41	3.88	1.73	3.38	1.85	3.75	2.12	4.50	3.12	2.50	1.60	1.38	2.33
F / p	3.006/ 0.557		9.129/ 0.058		9.204/0.056		6.815/ 0.146		7.174/ 0.127		1.207/ 0.877		4.679/0.322		4.493/0.343	
Ekonomik Durum																
Gelir Giderden Az	4.86	3.24	3.57	2.23	2.86	1.07	3.29	0.49	10.22	5.43	4.00	2.24	1.78	1.30	0.22	0.44
Gelir Gider Dengeli	6.42	5.22	4.84	3.78	4.71	3.06	3.89	2.55	5.98	3.82	3.74	3.01	1.48	1.31	0.48	0.71
Gelir Giderden Fazla	4.00	2.83	3.00	2.83	15.00	16.97	9.00	9.90	7.25	6.70	5.75	1.26	2.00	2.16	2.00	3.37
F / p	0.587/0.746		0.868/ 0.648		3.749/0.153		0.885/0.642		5.451/0.066		3.840/0.147		0.882/0.643		1.639/0.441	

Tablo 4.9. Kontrol ve müdahale grubundaki yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontrol hastalarının stres puanlarının demografik özelliklere göre tanımlayıcı istatistikleri ve test sonuçları (Devam)

	Grup															
	Kontrol Stres								Müdahale Stres							
	Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol		Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol	
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Sosyal Destek																
Çok iyi	7.15	5.65	5.50	3.88	5.00	3.33	3.65	2.48	7.22	4.58	3.44	2.72	2.00	1.54	0.85	1.46
İyi	5.35	4.06	3.92	3.21	4.92	5.05	4.46	3.30	6.58	4.54	4.62	2.89	1.15	1.01	0.27	0.45
Yetersiz	3.00	4.24	2.00	1.41	2.00	2.83	2.50	0.71	3.00	2.83	1.50	0.71	1.00	1.41	0.00	0.00
F / p	1.836/0.399		3.128/0.209		1.963/0.375		1.760/0.415		2.578/0.276		5.404/0.067		4.494/0.106		4.543/0.103	
Sigara																
İçiyor	8.05	5.32	5.67	3.94	5.43	2.73	4.48	2.44	5.76	3.22	4.43	2.93	1.71	1.49	0.62	1.53
İçmiyor	4.91	4.33	3.94	3.23	4.48	4.94	3.70	3.13	7.38	5.11	3.62	2.76	1.47	1.28	0.50	0.75
t / p	5.220/0.022		2.953/0.086		4.284/0.038		3.596/0.058		1.510/0.219		1.458/0.227		0.161/0.688		0.167/0.683	
Hipertansiyon																
Var	5.80	4.85	4.67	3.68	4.86	4.32	3.90	2.89	6.63	4.72	4.16	2.89	1.63	1.41	0.57	1.15
Yok	11.67	3.06	3.67	1.15	4.67	2.08	5.67	2.52	7.83	2.40	2.00	1.10	1.00	0.63	0.33	0.52
t / p	3.961/0.047		0.078/0.780		0.079/0.779		1.726/0.189		2.072/0.150		4.183/0.041		0.853/0.356		0.082/0.774	

Tablo 4.9. Kontrol ve müdahale grubundaki yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontrol hastalarının stres puanlarının demografik özelliklere göre tanımlayıcı istatistikleri ve test sonuçları (Devam)

	Grup															
	Kontrol Stres								Müdahale Stres							
	Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol		Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol	
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Ailede KAH Öyküsü																
<i>Var</i>	5.76	5.12	4.52	3.56	4.70	4.99	4.21	3.24	6.59	4.79	3.93	2.88	1.54	1.31	0.44	0.67
<i>Yok</i>	6.71	4.70	4.76	3.71	5.10	2.66	3.67	2.24	7.29	3.75	3.93	2.76	1.64	1.55	0.86	1.88
t / p	0.668/0.414		0.044/0.834		2.443/0.118		0.060/0.806		0.907/0.341		0.000/1.000		0.008/0.927		0.033/0.85	
Düzenli Spor																
<i>Yapıyor</i>	8.33	4.55	6.33	3.50	7.50	9.81	5.17	5.91	7.20	7.85	4.20	2.39	2.80	2.05	1.80	2.95
<i>Yapmıyor</i>	5.85	4.96	4.40	3.58	4.52	2.96	3.85	2.33	6.72	4.18	3.90	2.89	1.44	1.23	0.42	0.67
t / p	1.622/0.203		1.769/0.184		0.022/0.881		0.126/0.722		0.564/0.453		0.253/0.615		2.668/0.102		1.724/0.189	
BKI																
<i>Normal</i>	5.87	4.19	4.60	4.37	5.33	2.35	4.00	1.89	7.43	6.01	3.21	2.39	1.79	1.48	0.43	0.65
<i>Fazla</i>	5.46	4.85	5.08	3.71	4.96	5.29	3.96	3.30	6.28	3.97	4.40	2.94	1.56	1.53	0.68	1.52
<i>Obez</i>	7.47	5.77	3.87	2.47	4.20	3.88	4.07	3.15	6.94	4.02	3.81	3.02	1.38	0.96	0.44	0.51
F / p	1.508/0.471		0.669/0.716		3.556/0.169		0.163/0.922		0.399/0.819		1.721/0.423		0.783/0.676		0.170/0.919	

Tablo 4.9. Kontrol ve müdahale grubundaki yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontrol hastalarının stres puanlarının demografik özelliklere göre tanımlayıcı istatistikleri ve test sonuçları (Devam)

	Grup															
	Kontrol Stres								Müdahale Stres							
	Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol		Yatış		Taburculuk		1.Kontrol		2.Kontrol	
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
NHYA' ya göre efor kapasitesi																
<i>Sınıf I</i>	14.0	1.41	5.00	2.83	3.50	0.71	3.50	3.54	4.00	1.67	3.17	2.32	1.00	0.63	0.17	0.41
<i>Sınıf II</i>	5.98	4.84	4.63	3.67	4.94	4.41	3.98	2.96	7.07	4.74	4.09	2.97	1.59	1.44	0.61	1.18
<i>Sınıf III+IV</i>	3.33	3.06	4.00	3.61	4.33	1.15	4.67	1.53	7.67	3.51	3.00	0.00	2.33	0.58	0.33	0.58
F / p	4.642/0.098		0.200/0.905		0.428/0.807		2.039/0.361		3.671/0.160		0.629/0.730		3.431/0.180		1.293/0.524	
Ek Kronik Hastalık																
<i>Var</i>	5.85	5.02	4.72	3.68	4.98	4.46	3.96	3.00	7.06	4.73	4.29	2.81	1.63	1.35	0.56	1.17
<i>Yok</i>	7.75	4.33	4.00	3.16	4.13	2.42	4.25	2.19	4.71	1.80	1.43	1.40	1.14	1.46	0.43	0.53
t / p	1.405/0.236		0.126/0.723		0.054/0.816		0.460/0.497		1.712/0.191		8.016/0.005		1.368/0.242		0.038/0.846	

Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontrolde stres puanlarının demografik özelliklere göre tanımlayıcı istatistikleri ve test sonuçları Tablo 4.9’da verilmiştir. Tablo incelendiğinde kontrol grubunda yatışta kadınlar daha yüksek stres puan ortalamasına sahip iken taburculuk, birinci ve ikinci kontrolde erkeklerde stres puan ortalaması daha yüksektir. Müdahale grubunda ise yatış ve ikinci kontrolde erkeklerin taburculuk ve birinci kontrolde ise kadınların stres puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. İstatiksel olarak müdahale grubunda tüm değerlendirmelerde anlamlı bir fark görülmezken ($p>0.05$), kontrol grubunda sadece ikinci kontrolde anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Yaş durumuna göre stres puan ortalamalarına bakıldığında; müdahale grubunun yatışta ve ikinci kontrolde 60-69 yaş aralığındaki kişilerin, taburculukta 50-59 yaş aralığındaki kişilerin, birinci kontrolde ise 49 yaş ve altında kişilerin stres puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda tüm ölçümlerde 50-59 yaş aralığındaki kişilerin stres puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tüm ölçümlerde hem müdahale hem kontrol grubunun yaşının stres puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$).

Hastaların çalışma durumlarına göre stres puan ortalamalarına bakıldığında; kontrol grubunda tüm ölçümlerde çalışanların daha yüksek stres puan ortalamalarına sahip olduğu bulunmuştur. Müdahale grubunda ise yatış, taburculuk ve ikinci kontrolde çalışmayanların stres puan ortalaması yüksek iken, birinci kontrolde çalışanların stres puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan istatiksel değerlendirmede kontrol grubunda ikinci kontrolde istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken ($p<0.05$), müdahale grubunda yatışta istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Medeni duruma göre stres puan ortalamalarına bakıldığında; müdahale grubunda yatış, birinci ve ikinci kontrolde evlilerin stres puan ortalaması daha yüksek iken taburculukta bekarların stres puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda ise yatış ve taburculukta evlilerin stres puan ortalamaları daha yüksek iken kontrolde bekarların daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tüm ölçümlerde hem müdahale hem kontrol grubunun medeni durum ile stres puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$).

Yerleşim yerine göre stres puan ortalamalarına bakıldığında hem müdahale hem kontrol grubunda tüm ölçümlerde kentsel alanda yaşayanların stres puan ortalamalarının kırsal alanda yaşayanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede kontrol grubunun birinci kontrolünde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$), diğer tüm ölçümlerde anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Eğitim durumuna göre stres puan ortalamalarına bakıldığında; müdahale grubunda sadece yatışta lise mezunu olanların stres puan ortalaması yüksekken, taburculuk, birinci ve ikinci kontrolde yüksekokul ve üzeri eğitim seviyesine sahip olanların stres puan ortalaması yüksek çıkmıştır. Kontrol grubunda ise yatış ve taburculukta lise mezunu olanların stres puan ortalamaları daha yüksekken birinci ve ikinci kontrolde ortaokul mezunu olanların stres puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Tüm ölçümlerde hem müdahale hem kontrol grubunun eğitim durumu ile stres puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$).

Hastaların ekonomik durumuna göre stres puan ortalamalarına bakıldığında; müdahale grubunun yatışta geliri giderden az olan grubun stres puan ortalaması yüksek iken, taburculuk, birinci ve ikinci kontrol de geliri giderden fazla olan grubun stres puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kontrol grubunda ise yatış ve taburculukta gelir ve gideri dengeli olan grubun stres puan ortalamasının, birinci ve ikinci kontrolde geliri giderden fazla olan grubun stres puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Tüm ölçümlerde hem müdahale hem kontrol grubunun ekonomik durumu ile stres puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.9 incelendiğinde hastaların sosyal destek düzeylerine göre streslerine bakıldığında müdahale grubunun yatış, birinci ve ikinci kontrolde sosyal destek düzeyi çok iyi olan hastaların, taburculukta iyi olan hastaların stres puan ortalamasının yüksek olduğu bulunmuştur. Kontrol grubunun yatış, taburculuk ve birinci kontrolde sosyal destek düzeyi çok iyi olan hastaların, ikinci kontrolde iyi olan hastaların stres puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. Tüm ölçümlerde hem müdahale hem kontrol grubunun sosyal destek düzeyi ile stres puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$).

Hastaların hipertansiyon ile stres puanlarına bakıldığında; müdahale grubunun yatışta hipertansiyonu olmayan hastaların stres puan durumu yüksek iken, taburculuk, birinci ve ikinci kontrolde hipertansiyonu olan hastaların stres puan ortalamaları yüksek saptanmıştır. Kontrol grubunun ise yatış ve ikinci kontrolde hipertansiyonu olmayan hastaların stres puan ortalamalarının yüksek olduğu, taburculuk ve birinci kontrolde hipertansiyonu olan hastaların stres puan durumunun yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede kontrol grubunun yatıştaki stres puan ortalamaları, müdahale grubunun ise taburculuktaki stres puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Hastaların ailede KAH öyküsü olup olmama durumuna göre stres puan ortalamalarına bakıldığında; müdahale grubunun yatış, birinci ve ikinci kontrolde ailede KAH öyküsü olmayan hastaların stres puan ortalamaları yüksek çıkmıştır ayrıca taburculukta ailede KAH öyküsü olan ve olmayan hastaların stres puan ortalaması eşit çıkmıştır. Kontrol grubunda ise yatış, taburculuk ve ailede KAH öyküsü olmayan hastaların stres puan ortalaması yüksek iken, ikinci kontrolde ailede KAH öyküsü olan hastaların stres puan ortalaması yüksek çıkmıştır. Tüm ölçümlerde hem müdahale hem kontrol grubu hastaların birinci derece akrabalarında KAH öyküsü olup olmama düzeyi ile stres puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$).

Hastaların düzenli spor yapma durumu ile stres puan ortalamalarına bakıldığında hem müdahale hem kontrol grubunun yapılan tüm ölçümlerinde düzenli spor yapan hastaların stres puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede her iki grubun yapılan tüm ölçümlerinde hastaların düzenli spor yapma durumuyla stres puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların BKİ göre stres puan ortalamalarına bakıldığında; müdahale grubunun yatış ve birinci kontrolde BKİ normal olan hastaların, taburculuk ve ikinci kontrolde BKİ fazla olan hastaların stres puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda ise yatışta ve ikinci kontrolde obez olan hastaların, taburculukta BKİ fazla olan hastaların, birinci kontrolde ise BKİ normal olan hastaların stres puan ortalamasının yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede her

iki grubun yapılan tüm ölçümlerinde hastaların BKİ ile stres puan durumu arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların NHYA'ya göre efor kapasitesine göre stres puan ortalamalarına bakıldığında; kontrol grubunda yatış ve taburculukta Sınıf I olan hastaların, birinci kontrolde Sınıf II olan hastaların ikinci kontrolde Sınıf III ve Sınıf IV olan hastaların stres puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır. Müdahale grubunda ise yatış ve birinci kontrolde Sınıf III ve Sınıf IV olan hastaların, taburculuk ve ikinci kontrolde Sınıf II olan hastaların stres puan ortalamasının yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede her iki grubun yapılan tüm ölçümlerinde hastaların NHYA'ya göre efor kapasitesi ile stres puan durumu arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların ek kronik hastalığının olma durumuyla stres puan ortalamalarına bakıldığında müdahale grubunda tüm ölçümlerde ek kronik hastalığı olan hastaların stres puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda ise yatış ve ikinci kontrolde ek kronik hastalığı olmayan hastaların, taburculuk ve birinci kontrolde ek kronik hastalığı olan hastaların stres puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır. İstatistiksel değerlendirmede müdahale grubunda taburculukta hastaların ek kronik hastalığının olma durumuyla stres puan durumu arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer tüm ölçümlerde anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Müdahale ve kontrol grubunun depresyon, anksiyete ve stres puan ortalamaları ile arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacı ile yapılan korelasyon analizinde negatif ya da pozitif yönlü ilişki saptanmamıştır.

5. TARTIŞMA

KAH gibi kardiyovasküler sistem hastalıkları, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde başlıca mortalite sebeplerinden biridir. Yapılan çalışmalar kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin gelecekte daha da artacağını göstermektedir (Türk Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, 2015). KAH'nın tedavi yöntemlerinden biri olan KABG ameliyatı büyük ve riskli cerrahi girişimlerden biridir ve hastayı pek çok yönden etkilemektedir (Direk ve Şenol Çelik, 2012). KABG sonrası tele-hemşirelik hizmetinin, hastaların tedavi planına uyumunu arttırdığı, maliyet açısından uygun olduğu ortaya konmuştur (Bikmoradi ve ark., 2016). Tele-hemşirelik hizmeti ile hastalara destek sağlanmakta, sağlık hizmetlerinin maliyeti düşürülmekte ve kronik hastalıkları olan bireylerin öz-yeterliği artırılmaktadır (Polisena ve ark., 2009). Tele- hemşirelik yeni bir kavram olmayıp batı ülkelerinde uzun zamandan beri uygulanmaktadır (<http://www.icn.ch/networks/tele-aims-and-objectives/> Erişim tarihi: 20.04.2018). Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) ve Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), tele-hemşireliğin, bireylerin sağlık durumu hakkında bilgi edinilmesi, bakımının sağlanması, desteklenmesi ve eğitilmesinde kullanılmasını önermektedir (Kumar ve Snooks, 2011; <http://Www.Icn.Ch/Networks/Telenursing-Network/> Erişim tarihi: 17.6.2016). Ülkemizde, sağlık politikasındaki belirsizlikler, teknolojik donanım ve kullanımındaki yetersizlikler ve hemşirelerin mesleki ve kişisel özellikleri gibi nedenlerle tele-hemşirelik yaygın olarak kullanılmamaktadır (Ersoy ve ark., 2015).

Depresyon, anksiyete ve stres tüm hastalıklarda önemli (Oflaz ve Varol, 2010; Mitra ve Razieh, 2014) olmakla birlikte özellikle açık kalp cerrahisi geçiren hastalarda olumsuz etkisi daha fazla olmaktadır (Tully ark., 2011). Hastaneye yatış başlı başına bir stres kaynağı iken kalp gibi hayati bir organın ameliyat edilmesi stres düzeyini arttırmaktadır (Parvan ve ark., 2013). Depresyon, Anksiyete ve stres düzeylerinin tespiti ve kontrolü tedaviye uyumu kolaylaştırmakta ve hastaların yaşam kalitelerini arttırmaktadır (Tully ark., 2011).

KABG ameliyatı geçiren hastalara taburculuk sonrası tele-hemşirelik hizmeti ile verilen danışmanlığın depresyon, anksiyete ve stres düzeyine etkisini incelemek amacı ile yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular dört bölüm halinde tartışılmıştır.

5.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özellikleri, Risk Faktörleri ve Hastalıkları İle İlgili Özellikler Bakımından İncelenmesi

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri (Tablo 4.1), risk faktörleri (Tablo 4.2) ve hastalıkla ilgili özellikler (Tablo 4.3) bakımından müdahale ve kontrol grubundaki hastaların benzer oldukları ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı ortaya çıkmıştır ($p>0.05$). Bu sonuç kontrol ve müdahale gruplarının benzer nitelikte olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

Hem kontrol hem de müdahale grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun erkek olduğu (sırasıyla %78.1 ve %76.3) ve yaşlarının 60 ve üzeri olduğu görülmektedir. Literatürde KABG ameliyatı için erkek cinsiyetin ve 60 yaş üzerinin risk faktörü olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Fındık ve ark., 2012; Uncu ve ark., 2014). Depresyon kadınlarda daha fazla görülmektedir (Tully ve Baker, 2012). Bizim çalışmamızda kontrol ve müdahale grubunda kadın katılımcının (sırasıyla %21.8, %23.6) az olması depresyon oranındaki düşüklüğün nedeni olabilir.

Çalışmamızdaki müdahale ve kontrol gruplarındaki hastalarda sigara içiciliği oldukça yüksektir (sırasıyla %61.8 ve %60). Türkiye’de 2012 yılında toplam olarak 14.8 milyon kişi (yüzde 27,1) tütün ürünü kullanmaktadır. Tütün kullanım sıklığı erkeklerde (yüzde 41,5) kadınlara göre (yüzde 13,1) daha yüksektir. Ulusal halk sağlığı politikamıza göre ülkemizde ve gelişmekte olan ülkelerde her iki erkekten biri ve her beş kadından biri aktif sigara içicisidir (Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, 2015). Sigara içiciliği koroner arter hastalığı gelişme riski açısından majör risk faktörlerinden biridir (Brook ve ark., 2010, Resnick ve ark., 2015). Sigara içiciliği tek başına koroner arter hastalığı riskini 2-3 kat artırır ve diğer risk faktörleri ile etkileşerek riskin daha fazla artmasına neden olur (Bugan, 2013). Sigara içenlerde miyokard infarktüsü riski içmeyenlere göre, erkeklerde kadınlara göre daha fazladır (Alıcı, 2017). Çalışmamızdaki sigara içiciliği oranı literatürden biraz yüksek olması hastaların koroner damarlarındaki tıkanmanın nedenlerinden birisi olabilir. Sigara kullanmanın Baypas

yapılan ve yapılmayan damarlardaki ateroskleroza ve tromboza arttırdığı ayrıca KABG ameliyatından sonra komplikasyonların ortaya çıkmasını kolaylaştırdığı belirtilmektedir (Jahangiry ve ark., 2017).

Kontrol grubundaki hastaların %94.5 müdahale grubundaki hastaların %89'nun hipertansiyonu olduğu görülmektedir (Talo 4.2). Hipertansiyon koroner arter hastalığı için çok önemli bir risk faktörüdür (Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, 2015). Koroner arter hastalığı hipertansiyonu olanlarda 3 kat daha fazla görülür. Hipertansiyon tüm yaş gruplarında ve her iki cinsiyette morbidite ve mortaliteyi arttıran bir halk sağlığı problemidir ve erişkinlerde %25 oranında görülmektedir (Ünal ve ark., 2013).

Müdahale grubundaki hastaların %47.2, kontrol grubundaki hastaların ise %52.7 diyabetes mellitus olduğu görülmektedir. Diyabet koroner arter hastalığı için bağımsız bir risk faktörüdür ve erkeklerde koroner arter hastalığı gelişme riskini iki kat kadınlarda ise dört kat artırır (Onat ve Can, 2017). Malgorzata ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı bir çalışma diyabetin KABG yapılan hastalarda mortalite ve komplikasyonlara neden olduğunu göstermiştir (Malgorzata ve ark., 2014).

Kontrol grubundaki hastaların %89'nun, müdahale grubundaki hastaların %90'nun düzenli spor yapmadığı görülmektedir. Fiziksel inaktivite artık koroner arter hastalığı gelişimi için bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. TEKHARF çalışmasında fiziksel inaktivitenin diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak risk faktörü olduğu kabul edilmiştir. Düzenli fiziksel aktivite ile kilo kontrolü sağlanmakta, lipit profili düzelmekte, kan basıncı normale dönmekte ve insüline duyarlılık artmaktadır Düzenli spor bazal metabolizmayı arttırarak günlük aktivitelerdeki myokardın oksijen ihtiyacını azaltmakta böylece psikososyal iyileşmeyi sağlamaktadır (Onat, 2017). Araştırmamızda hem müdahale hem de kontrol grubu hastalarının yaklaşık üçte birinin obez olduğu görülmüştür. Ancak çalışmamızda morbit obez bulunmamaktadır. Obezite koroner arter hastalığı gelişme riski açısından majör bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, 2015). TEKHARF çalışmasına göre ülkemizdeki obezite prevalansı 40 yaş üzerinde erkeklerde %64,3 kadınlarda ise %78,7 olarak belirlenmiştir ve obeziteye eğilim ülkemizde giderek

artmaktadır (Onat ve Yüksel, 2017). Jie Sun ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları Çin merkezli bir çalışmada, retrospektif olarak obezitenin kardiyovasküler hastalıklar üzerine etkisini araştırmışlar ve koroner arter hastası olan erkeklerin %13.2'sinin obez kadınların ise %6.6'sının obez olduğunu saptamışlardır. Obezite hem erkek hem kadında KAH için bağımsız bir risk faktörüdür (Jie Sun ve ark., 2017).

Aile öyküsü koroner arter hastalığı için değiştirilemeyen risk faktörlerinden biridir. Bizim çalışmamızda hem kontrol grubundaki hastaların hem de müdahale grubundaki hastaların ailelerinde koroner arter hastalığı vardır (sırasıyla %61.82, %68.18). Ailede koroner arter hastalığı olması bireyde ateroskleroz riskini ve koroner arter hastalığı riskini arttırmaktadır (Ceylan ve ark., 2011).

TEKHARF çalışmasında, KAH risk faktörlerinin azaltılmasında eğitimin önemli olduğu bildirilmektedir (Onat, 2017). KAH olan hastalara verilen eğitimin fiziksel aktivitede artışta, sistolik kan basıncı ve total kolesterolü düşürmede, sigarayı bırakmada ve kilo kontrolünün sağlanmasında etkin olduğu gösterilmektedir (Laursen ve ark., 2012; Türkmen, Badır ve Ergün, 2012; Dağıstan ve Gözüm, 2016).

KABG ameliyatından sonra greftlerin açıklığının sürdürülmesi ve diğer damarlarda atheroskleroz oluşumunun engellenmesi için hastaların sigarayı bırakmaları, diyetlerine uymaları, hareketsiz bir yaşamdan kaçınarak düzenli fiziksel aktivite yapmaları, kolesterol, kan şekeri ve tansiyonlarını kontrol altında tutmaları önemlidir. Hemşireler bireylerin tutum ve davranışlarının değiştirilmesinde önemli role sahiptirler (Cebeci ve Çelik, 2011; Direk ve Çelik, 2012; Tuna ve Çelik, 2014).

Teknoloji alanındaki gelişmeler, cerrahi sonrası hızlı iyileşmeyi gündeme getirmiş ve hastaların hastanede kalış süresini kısaltmıştır (Haanschoten ve ark., 2012; Jakopsen ve ark., 2014; Watson, 2015). Hastanede kalış süresinin kısalması ise hastaların iyileşme sürecinin önemli bir kısmını evde geçirmelerine yol açmış (Jakopsen ve ark., 2014), bu durum da hastaların tedavilerine uyumları ve sağlıklarıyla ilgili gelişmelere ilişkin danışmanlık gereksinimlerini arttırmıştır (Foxwell ve ark., 2013). Bu da KABG ameliyatı sonrası evde geçirdiği iyileşme sürecinde hastaların desteklenmesinin önemini arttırmaktadır (Jakopsen ve ark., 2014; Maserat ve ark., 2011; Yıldırım ve Özkahraman,

2011; Demirkıran, 2012; Elitoğ ve Erkuş, 2010). Günümüzde gelişen teknolojinin sağlık alanında kullanımı ile hemşirelerin sağlık sorunlarının çözümünde, verdikleri hizmette değişim yapmalarını zorunlu hale getirmiştir. Literatürde telefon hizmeti alan kişilerin hemşirelik hizmeti kalitesinden memnun oldukları belirtilmiştir. Telefonla danışmanlık hizmetlerinin, hizmet almak için daha az bekleme, hizmete kolay ulaşma, sağlık çalışanları ile daha sık temasa geçme ve destek aldıklarını hissetme nedenleri ile tercih edildiği belirtilmektedir (Hindistan ve Çilingir, 2012). Fairchild ve arkadaşları (2010) evde sağlık bakım hizmetlerinin yönetiminde, tele-sağlık teknolojilerinin etkin olduğunu bildirmektedir.

Müdahale grubunun tamamı tele-hemşirelik hizmetinden memnun kaldıklarını belirtmişlerdir. Bikmoradi ve arkadaşları (2017) kalp damar cerrahisi geçirip taburcu olan hastalarla gerçekleştirdiği çalışmalarında telefon rehberliğinin yaşam kalitesinin rehberlik alan müdahale grubun lehine anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgusunu elde etmişlerdir.

5.2. Hastaların Yatış, Taburculuk Birinci ve İkinci Kontroldeki Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerinin İncelenmesi

Başarılı bir şekilde gerçekleştirilen KABG ameliyatı sonrasında hastalarda depresyon, anksiyete (Cebeci ve Şenol Çelik, 2011; Tully ve ark., 2015), stresle baş etmede güçlük ve duygu durum değişikliği gibi çeşitli psikososyal sorunlar görülebilmektedir (Gallagher ve McKinley, 2007; McKenzie ve ark., 2010; Tully ve ark., 2015). Depresyon ve anksiyete KABG sonrası iyileşmeyi olumsuz yönde etkilemektedir (Kidd ve ark., 2016). KABG ameliyatından sonra görülen anksiyete ve depresyonun göğüs ağrısı, dispne, enfarktüs, anjina, MI ve kardiyak arrest gibi kardiyovasküler sorunlarla yeniden hastaneye başvurmalarına ve hastaneye yatmalarına neden olduğu bildirilmiştir (Tully ve ark., 2009; Morone ve ark., 2010; Sunbul ve ark., 2013; Tully ve ark., 2015; Pourafkari ve ark., 2016). Açık kalp cerrahisi sonrası anksiyete düzeylerini araştıran çalışmaların daha fazla olduğu (Navarro –Garcia ve ark., 2011; Sidar ve ark., 2013; Hernández ve ark., 2015; Tully ve ark., 2015; Mahdavi ve ark., 2016; Rosiek ve ark., 2016), ancak ameliyat öncesi anksiyete ve depresyon düzeylerini araştıran yeterli sayıda çalışma olmadığı görülmektedir.

Çalışmamızda hastaneye yatış anında hastaların depresyon ortalamaları oldukça düşük seviyede iken (1.15) anksiyete ve stres ortalamaları daha yüksek seviyede olduğu görülmüştür (sırasıyla 4.58, 6.46) (Tablo 4.4). Roohafza ve arkadaşları KABG nedeniyle hastaneye yatan hastaların depresyon oranını %36.3, anksiyete oranını %50.5 ve stres oranını %35.2 olarak ortaya koymuşlardır (Roohafza ve ark., 2015). Krannich ve arkadaşları (2007), klinikte yatan KABG olan hastalarda %25.8 depresyon bulunduğunu, ameliyattan sonra bu oranın %34'e çıktığını ve anksiyete oranının %24.7 olduğu belirtmişlerdir (Krannich ve ark., 2007). Westermair ve arkadaşlarının (2018) Kuzey Almanya'da yaşayan 514 koroner arter hastası üzerinde yaptığı çalışmada hastaların %10.5'inde depresyon saptamıştır. Yine aynı çalışmada hastaların %11.2'inde anksiyete bozukluğu saptanmış hastaların %6.0'sında ise hem depresyon hem de anksiyete bozukluğu olduğu gösterilmiştir. Yıldız (2011)'ın yaptığı bir çalışmada da cerrahi uygulanacak 183 hastanın %76'sında ameliyat öncesi anksiyete saptanmıştır. Literatür incelendiğinde anksiyete ve depresyon oranlarının farklılık gösterdiği görülmektedir.

Çalışmamızda hastaların hastaneye yatış anındaki depresyon ve anksiyete puanlarının taburculukta arttığı görülmektedir (Tablo 4.4). Lopez ve arkadaşlarının (2007) KABG sonrası hastaların fiziksel, sosyal ve psikolojik etkilerine baktığı çalışmada, taburculuktan sonraki ilk hafta depresyonun yüksek olduğu, altıncı aydan sonra azaldığı görülmüştür (Lopez ve ark., 2007).

Çalışmamızda hastaların taburculuk sırasındaki depresyon ve anksiyete düzeylerini incelediğimizde hastaneye yatış dönemlerindeki depresyon ve anksiyete düzeylerine göre belirgin artış görülmüştür (Tablo 4.4). Büyük ve riskli cerrahi girişimlerden biri olarak kabul edilen KABG cerrahisi uygulanan hastalarda, taburculuk sırasında anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu bilinmektedir (Koivula ve ark., 2002, Asilioğlu ve Şenol Çelik 2004, Navarro-Garcia ve ark., 2011, Tully ve Baker 2012). Çalışmamızda literatür ile uyumludur.

KABG ameliyatı geçiren hastalarda ameliyat ile ilgili bilinmezlik ve ölüm korkusu hastanın anksiyete yaşamasına neden olabilmektedir. Bu hastalarda anksiyete ile postoperatif mortalite arasında ilişki bildirilmiştir (Douki ve ark., 2011, Navarro-Garcia ve ark., 2011). KABG ameliyatının yaşamı tehdit eden bir olay olması ve ameliyat

sonrası yaşanan sorunlar nedeni ile hastalar fizyolojik ve psikolojik stres yaşamaktadır (Ozer ve ark., 2010). Ameliyat sonrası özellikle ilk birkaç hafta, iyileşme süreciyle birlikte stres ve olumsuz psikolojik süreç hakimdir (Utriyaprasit ve ark., 2010).

Hastaların ilk kontrollerinde (taburculuktan 7-10 gün sonra) ve ikinci kontrollerinde (taburculuktan 1 ay sonra) yüksek olan depresyon ve anksiyete düzeylerinin azalarak devam ettiği görülmüştür (Tablo 4.4). Yapılan istatistiksel değerlendirmede, bu farkların anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Hastaların yatışta stres seviyelerinin yüksek olduğu taburculukta azalsa da devam ettiği görülmektedir (Tablo 4.4). KABG sonrası taburculuğun ilk ayı streslidir. Bu amaçla ikinci hafta ve dördüncü hafta ev ziyaretlerinin yapılarak hastaların problemlerinin belirlendiği bir araştırmada, ağrı, uyku problemi, depresyon, anksiyete gibi sıkıntılarının ilk ziyarette yüksek olduğu görülmüştür (Lie ve ark., 2016).

5.3. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Birinci ve İkinci Kontroldeki Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerinin İncelenmesi

Kontrol ve müdahale gruplarındaki hastaların birinci ve ikinci kontrollerdeki anksiyete, depresyon ve stres düzeylerini incelediğimizde tele-hemşirelik hizmeti verdiğimiz müdahale grubundaki hastaların hem birinci hem de ikinci kontrollerindeki anksiyete (EK-10) ve depresyon düzeylerinin (EK-10) kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür (Tablo 4.5). Foss ve arkadaşları (2012) KABG ameliyatı geçiren 170 hastayı iki yıl takip ederek yaptıkları çalışmada depresyonun, angina, MI, aritmi, tekrar KABG ve kardiyak arrest gibi kardiyak olayların ortaya çıkmasında risk faktörü olduğunu belirlemişlerdir. Depresyon puanları yüksek olan hastalarda, ateriyosklerotik olayların da yüksek olduğu saptanmıştır. (Foss ve ark., 2012). Anksiyete ve depresyonun aşırı katekolamin salınımı ile sinir sistemi aktivasyonuna bağlı kalp hızının, miyokardın oksijen ihtiyacının, kan basıncı ve ventriküllerin kasılma hızının artmasına bağlı olduğu ve kalp hastalığı olan hastalarda koroner tıkanma olasılığının artması anlamına gelebileceği belirtilmektedir (Hasler, 2010). KABG ameliyatı sonrası hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinde artış olduğu (Cebeci ve Şenol Çelik, 2011), %20'sinde depresyon görüldüğü bildirilmektedir (Ravven ve ark., 2013). KABG sonrası depresif ruh hali, depresyon ve anksiyete

ameliyat sonrası iyileşmeyi geciktirerek yeniden hastaneye yatış oranını arttırmaktadır (Morone ve ark., 2010). KABG sonrası depresyon gibi anksiyete de morbitide de önemli role sahiptir (Pedersen ve ark., 2011). KABG ameliyatı sonrasında fiziksel fonksiyon yetersizliğinin, anksiyeteye neden olduğu görülmüştür (Douki ve ark., 2011). Kontrol grubunun taburculuktan sonra ilk kontrolde stresinin artarak devam ettiği görülmektedir (EK-10). Lie ve arkadaşları'nın (2012) KABG ameliyatından sonraki ikinci ve dördüncü haftada ev ziyaretleri yaptığı çalışmada, hastaların ilk ay takibinin yapılması, rehabilitasyonu teşvik için desteklenmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Borowicz ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada, KABG sonrası ilk ay depresyon puanının yüksek olduğu bu durumun kalp morbiditesi için önemli bir gösterge olduğu belirtilmiştir (Borowicz ve ark., 2002). Kobra ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada KABG ameliyatından sonra tekrar hasta olma, yeniden ameliyat olma, ölüm korkusu, evde ve işte yaşanan rol kaybının stres nedeni olduğu ortaya konmuştur. Çalışma sonucunda hemşirelerin, hastanın içsel stresörlerini iyi tanımlamaları ve ortadan kaldırmalarının önemi vurgulanmıştır (Kobra ve ark., 2013). KABG sonrası hastaları etkileyen değişimler, her hasta için farklı derecede etkili olmakla birlikte (Baker ve ark., 2011), bu değişikliklerin ele alınmamasının, hastalarda yaşanan sorunların devam etmesine yol açtığı, anksiyete ve depresyonu ortaya çıkarabildiği bildirilmektedir (Sidar ve ark., 2013). KABG ve kapak replasman cerrahisi geçiren hastaların psikolojik durumlarının incelendiği 16 çalışmayı içeren bir sistematik derlemede, hastaneden taburcu edildikten sonraki ilk ayda ılımlı düzeylerde kaygı ve depresyon yaşandığı ve öz-yönetim davranışlarının performans üzerinde etkisi olduğu görülmüştür. Hemşirelerin kalp cerrahisi sonrası artan anksiyete ve depresyon oranlarını yönetmeleri zorunludur (Fredericks et al. 2012). Özer ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada, KABG ameliyatına ilişkin stresin azaltılmasında eğitimin etkili olduğu bulunmuştur. Geulayov ve ark. (2017) yaptığı çalışmada ameliyat sonrası anksiyete ve depresyon düzeylerinin çok uzun süre yüksek düzeylerde kalabildiğini ve 1 yıldan fazla devam eden depresyonun mortalite ile ilişkili olduğunu gösterilmiştir. Araştırmamızda müdahale grubundaki hastaların ikinci kontrolde (1. ay) depresyon ve anksiyete seviyelerinin birinci kontrole (7-10 gün) göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Şekil 4.3).

Evdeki sağlık bakım hizmetlerinde tele-sağlık teknolojilerinin etkili olduğu bildirilmektedir (Fairchild ve ark., 2010). Hemşirelik hizmetinin teknoloji kaynakları ve iletişim sistemleri kullanılarak toplumun sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanmasının giderek arttığı görülmektedir (Souza- Junior ve ark., 2010). Telefonla takip hastanın bilgisini değerlendirmede, duyuğu durum semptomlarını ve anksiyete düzeylerini izlemede, yaşam tarzı değişikliklerine teşvik etmede etkin olarak kullanılabilir (Furuya ve ark., 2013). Taburcu olduktan sonra ilk 24 saat içinde telefonla iletişim kurma hızlı iyileşme için yararlı olabilmektedir (Henderson ve Zernike, 2001). Çalışmamızda tele-hemşirelik hizmetiyle verilen danışmanlığın müdahale grubunun depresyon, anksiyete ve stres seviyelerinin düşmesinde etkili olduğu görülmüştür. İletişim teknolojilerinden sadece telefonun kullanılması araştırmamızın sınırlılıkları içerisinde olmasına rağmen, KABG sonrası iyileşmeyi olumsuz etkileyen depresyon, anksiyete ve stres seviyelerinin müdahale grubunda azalması araştırmamızın hipotezlerini desteklemesi bakımından önemlidir. KABG sonrası tele hemşirelik hizmeti verilerek depresyon, anksiyete (Khoueiry ve ark., 2011), stresle baş etme ve stres toleransı düzeylerine bakılmış zamanla azaldığı görülmüştür (Yılmaz ve ifti, 2010). Rollman ve arkadaşları (2009) telefon ile sağlık hizmetleri verdikleri çalışmalarında hastaların günlük yaşam kalitelerinde önemli gelişmeler olduğunu bulmuşlardır. Kirsten ve arkadaşları (2014) diz artroplastisi yapılan hastalarda post-operatif dönemde verdikleri tele-hemşirelik hizmetinin hasta memnuniyeti sađladđını ve iyileşmeyi olumlu yönde etkilediğini göstermişlerdir. Sundsli ve arkadaşları (2014) telefon ile sağlık hizmeti verdikleri 75 yaş ve üstü hastalarda mental durumu önemli ölçüde iyileştirdikleri sonucuna varmışlardır. Kargar Jahromi ve arkadaşları (2015) hemodiyaliz alan hastalarda verilen tele-hemşirelik hizmetinin hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin önemli ölçüde azalttığını göstermişlerdir. Kanadlı (2012) diyabetli hastalara verdiği tele-sağlık hizmeti ile hastaların metabolik durumunun daha iyi olduğunu göstermiştir.

Tele-sağlık hizmetiyle taburculuktan sonra hastaların depresyon ve anksiyete seviyelerine bakıldığı bir çalışmada hastaların anksiyete ve depresyon seviyelerinin düştüğü belirtilmiştir (Keeping-Burke ve ark., 2013). KABG sonrası, eğitimde ses kaydının kullanıldığı randomize kontrollü bir araştırmada da müdahale öncesinde ve altı

hafta boyunca depresyon ve anksiyete düzeylerine bakılmış, rutin uygulamanın yapıldığı grup ile müdahale grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur (Hoseini ve ark., 2013). KABG sonrası, tele-hemşirelikle ile verilen tıbbi danışmanlık hizmetinin rutin taramadan daha ekonomik olduğu görülmüştür (Donohue ve ark., 2014). Çalışmamızda müdahale grubuna tele-hemşirelik hizmetiyle verdiğimiz danışmanlığın yarattığı pozitif etkiyle sağlık bakım hizmeti maliyetinin düşürülebileceği ve bu paralelde ülke ekonomisine katkı sağlanabileceği sonucuna varılabilir.

Tabuculukta müdahale ve kontrol gruplarında anksiyete seviyesinin en yüksek seviyede olduğu görülmektedir (Tablo 4.6). Taburculuk eğitiminin bu sürede verilmesinin algılamada azalmaya neden olabileceği bu nedenle danışmanlık hizmetinin bu süreçten sonra başlamasının daha uygun olabileceğini düşündürmüştür. KABG yapılan hastalarda ameliyat sonrası eğitimin, depresyonu azalttığı ve genel sağlığı geliştirdiği bildirilmektedir. Ameliyat sonrası eğitimin standardizasyonu ise hemşirelik bakımı için önemli bir unsurdur (Safabakhsh, 2004; Sadeghi ve ark., 2009; Fredricks ve ark., 2010). Kontrol grubunun depresyon ve anksiyete puan ortalamalarının birinci kontrolde yükseldiği görülmektedir (Tablo 4.6). KAH sonrası kalp cerrahisi, hastaların fiziksel ve psikolojik işlevlerini bozar. Depresyon ve anksiyete bu tip cerrahi sonrası çoğu hasta tarafından deneyimlenir (Tully ve Baker, 2012). Çalışmalar depresyon ve anksiyetenin birbiriyle ilişkili olduğunu göstermiştir (Roohafza ve ark., 2015). KABG sonrası depresyon ve anksiyete yeniden kardiyak olayların yaşanması, yeniden hastaneye yatış hatta ölüme neden olabilmektedir (Pourafkari ve ark., 2016). Tedavi edilmeyen depresyon ve anksiyete hastalığının prognozunu olumsuz yönde etkiler bu nedenle bu durumun nedenini anlamak bu tür hastalar için yararlıdır (Tully ve ark., 2015). KABG sonrası hastaları rahatlatmak için psikiyatrik yaklaşımda farmakolojik ve nonfarmakolojik tedaviler tedavi için kullanılabilir (Tully ve ark., 2015; Roohafza ve ark., 2015). Tedavi edilmeyen depresyon ve anksiyete hastalığının iyileşme sürecini olumsuz yönde etkilemektedir (Tully ve ark., 2009).

Bu çalışmada verilen tele-hemşirelik hizmetiyle koroner arter baypas greft cerrahisi olan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası dönemlerde önemli bir sorun teşkil eden depresyon ve anksiyeteyi olumlu etkilediği tespit edilmiştir. KABG sonrası hastaların stresörlerinin

tanımlanmaması (Kobra ve ark., 2013) stresin devam etmesi durumunda depresyon ve anksiyeteyi ortaya çıkarabileceği (Sidar ve ark., 2013) bildirilmektedir. Tablo 4.6’da kontrol ve müdahale grubunun stres puanlarının yatışta yüksek olduğu görülmektedir. Depresyon ve anksiyetin KABG sonrası hastalarda görülmesi ketokolamin salınımının arttırmasıyla koroner tıkanma olasılığını arttırması (Hasler, 2010), enfarktüs ve kardiyak arrest gibi hayati sorunlara yol açabildiği, tekrar KABG olmasına bile neden olduğu literatürde bildirilmektedir (Tully ve ark., 2015; Pourafkari ve ark., 2016). KABG sonrası iyileşmeyi olumsuz yönde etkileyen psikolojik sürecin (Ultriypsit ve ark., 2010), taburculuktan sonra tele-hemşirelik hizmeti ile verdiğimiz danışmanlığın müdahale grubunda anksiyete, depresyon ve stres puan ortalamalarının düşmesini sağlamasıyla sağlığın geliştirilmesine bu hastalarda morbidite ve mortalite riskinin azalmasına böylece ülke ekonomisine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

5.4. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Yatış, Taburculuk Birinci ve İkinci Kontroldeki Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerinin Demografik Özelliklerine Göre İncelenmesi

Cinsiyete göre hastaların depresyon, anksiyete ve stres puanlarının tanımlayıcı istatistikleri ve test sonuçlarına bakıldığında (Tablo 4.7, 4.8, 4.9), Depresyon puanının sadece müdahale grubunda yatışta anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Anksiyete puan ortalamalarına bakıldığında yatışta hem kontrol hem de müdahale grubundaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Stres puan ortalamalarına bakıldığında kontrol grubunda sadece ikinci kontrolde anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Erşan, Kelleci ve Baysal (2013) çeşitli kalp rahatsızlıkları olan hastalarla gerçekleştirdikleri çalışmada stres puanlarının hastaların cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği; erkek hastaların depresyon ve anksiyete puanlarının kadın hastaların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgusunu elde etmişlerdir. Köroğlu (2014) kalp cerrahisi uygulanan hastalarla gerçekleştirdiği çalışmasında planlı eğitim uygulanan müdahale ve kontrol gruplarında depresyon ve anksiyete puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği bulgularını elde etmiştir. Türker (2015) koroner anjiyografi yapılan hastalarla gerçekleştirdiği çalışmasında anksiyete puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği bulgularını elde etmiştir. Balcı (2012) koroner anjiyografi uygulanacak

hastalara verilen görsel-işitsel eğitimin depresyon, anksiyete ve stres üzerindeki etkisini incelediği çalışmada depresyon, anksiyete ve stres puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği bulgularını elde etmiştir.

Hastaların yaş durumuna göre depresyon, anksiyete, stres puan ortalamalarına bakıldığında sadece depresyon puan ortalamasının müdahale grubunda ikinci kontrolde istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmektedir ($p<0.05$). Köroğlu (2014) kalp cerrahisi uygulanan hastalarla gerçekleştirdiği çalışmada planlı eğitim uygulanan müdahale grubu ve kontrol gruplarında anksiyete ve depresyon puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği bulguları elde edilmiştir. Türker (2015) koroner anjiyografi yapılan hastalarla gerçekleştirdiği çalışmada 45-64 ve 65 yaş üzeri hastaların anksiyete puanlarının diğer yaş gruplarının puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgularını elde etmiştir. Balcı (2012) koroner anjiyografi uygulanacak hastalara verilen görsel-işitsel eğitimin depresyon, anksiyete ve stres üzerindeki etkisini incelediği çalışmada depresyon, anksiyete ve stres puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği bulgularını elde etmiştir. Yağlı ve arkadaşları (2015) akut koroner sendromu olan hastalarda depresyon ve anksiyeteyi inceledikleri çalışmalarında, yaş ile depresyon ve anksiyete puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki olduğunu saptamışlardır.

Hastaların çalışma durumlarına göre depresyon puan ortalamalarına bakıldığında her iki grubun yapılan tüm ölçümlerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışma durumlarına göre anksiyete puan ortalamalarına bakıldığında yapılan istatistiksel değerlendirmede sadece müdahale grubunda yatahta anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışma durumlarına göre stres puan ortalamalarına bakıldığında kontrol grubunda ikinci kontrolde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken ($p<0.05$), müdahale grubunda yatahta istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Erşan, Kelleci ve Baysal (2013) çeşitli kalp rahatsızlıkları olan hastalarla gerçekleştirdikleri çalışmada anksiyete ve stres puanlarının hastaların çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediğini, çalışmayan hastaların depresyon puanlarının çalışanların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgusunu elde etmişlerdir. Köroğlu (2014)'nun kalp cerrahisi uygulanan hastalarla gerçekleştirdiği

çalışmasında planlı eğitim uygulanan müdahale grubu ve kontrol gruplarında depresyon ve anksiyete puanlarının çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği bulgularını elde etmiştir. Türker (2015) koroner anjiyografi yapılan hastalarla gerçekleştirdiği çalışmasında çalışmayan hastaların anksiyete puanlarının çalışanların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Hastaların medeni durumuna göre depresyon, anksiyete ve stres puan ortalamalarına bakıldığında yapılan istatistiksel değerlendirmede her iki grubun yapılan tüm ölçümlerinde hastaların medeni durumuyla puan durumları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Erşan, Kelleci ve Baysal (2013) çeşitli kalp rahatsızlıkları olan hastalarla gerçekleştirdikleri çalışmada anksiyete ve stres puanlarının hastaların medeni durumuna göre anlamlı farklılık göstermediğini, bekar hastaların depresyon puanlarının evli hastaların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgusunu elde etmişlerdir. Köroğlu (2014) kalp cerrahisi uygulanan hastalarla gerçekleştirdiği çalışmasında planlı eğitim uygulanan müdahale grubu ve kontrol gruplarında depresyon ve anksiyete puanlarının, medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği bulgularını elde etmiştir.

Hastaların yaşadığı yere göre depresyon, anksiyete, stres puan ortalamalarına bakıldığında sadece stres puan ortalamasının kontrol grubunun birinci kontrolünde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ($p<0.05$) diğer tüm ölçümlerde anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Köroğlu (2014) kalp cerrahisi uygulanan hastalarla gerçekleştirdiği çalışmasında planlı eğitim uygulanan müdahale grubu ve kontrol gruplarında depresyon ve anksiyete puanlarının yaşadığı yere göre anlamlı farklılık göstermediği bulgularını elde etmiştir. Türker (2015) koroner anjiyografi yapılan hastalarla gerçekleştirdiği çalışmasında anksiyete puanlarının halen yaşanan yere göre anlamlı farklılık gösterdiği; köyde yaşayan hastaların anksiyete puanlarının kasaba ve şehirde yaşayan hastaların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgularını elde etmiştir.

Hastaların eğitim durumlarına göre depresyon, anksiyete, stres puan ortalamalarına bakıldığında sadece kontrol grubunda yatışta eğitim durumuyla depresyon puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Erşan, Kelleci ve Baysal (2013) çeşitli kalp rahatsızlıkları olan hastalarla gerçekleştirdikleri çalışmada anksiyete,

okur-yazar olmayan ve yalnızca okur-yazar olan hastaların depresyon ve stres puanlarının lise ve üniversite düzeyinde öğrenim gören hastaların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Köroğlu (2014) kalp cerrahisi uygulanan hastalarla gerçekleştirdiği çalışmasında planlı eğitim uygulanan müdahale grubu ve kontrol gruplarında depresyon ve anksiyete puanlarının eğitim durumlarına göre anlamlı farklılık göstermediği bulgularını elde etmiştir. Türker (2015) koroner anjiyografi yapılan hastalarla gerçekleştirdiği çalışmasında anksiyete puanlarının eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği; yükseköğrenim gören hastaların anksiyete puanlarının ortaokul ve lise düzeyinde öğrenim gören hastaların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulguları elde edilmiştir. Yağlı ve arkadaşları (2015), eğitim düzeyi ile depresyon ve anksiyete puanları arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğunu bulmuşlardır.

Hastaların ekonomik durumuna göre depresyon, anksiyete, stres puan ortalamalarına bakıldığında sadece müdahale grubunun yatıştaki anksiyete puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Diğer tüm ölçümlerin istatistiksel değerlendirmesinde anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Erşan, Kelleci ve Baysal (2013) çeşitli kalp rahatsızlıkları olan hastalarla gerçekleştirdikleri çalışmada anksiyete, ekonomik durumu kötü ve orta düzeyde olan hastaların depresyon ve stres puanlarının ekonomik durumu iyi olan hastaların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgusunu elde etmişlerdir. Köroğlu (2014), kalp cerrahisi uygulanan hastalarla gerçekleştirdiği çalışmasında planlı eğitim uygulanan müdahale grubu ve kontrol gruplarında anksiyete puanlarının ekonomik duruma göre anlamlı farklılık göstermediği; ekonomik durumu kötü ve orta düzeyde olan hastaların depresyon puanlarının ekonomik durumu iyi olan hastaların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulgularını elde etmiştir. Türker (2015) koroner anjiyografi yapılan hastalarla gerçekleştirdiği çalışmasında anksiyete puanlarının ekonomik duruma göre anlamlı farklılık gösterdiği; ekonomik durumu kötü olan hastaların anksiyete puanlarının ekonomik durumu iyi olan hastaların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgularını elde etmiştir.

Hastaların sigara içme durumuna göre depresyon, anksiyete, stres puan ortalamalarına bakıldığında sadece depresyon puan ortalamalarının müdahale grubunun birinci

kontrolünde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) diğer tüm ölçümlerde anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Cebeci ve Çelik (2011) koroner arter baypas greft ameliyatı geçiren hastalarla gerçekleştirdiği çalışmasında müdahale grubu hastaların anksiyete puanlarının sigara içme durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği; sigara içen hastaların yatış zamanı depresyon puanlarının sigara içmeyenlerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgularını elde etmiştir. Kontrol grubunda depresyon ve anksiyete puanlarının sigara içme durumuna anlamlı farklılık göstermediği bulgularını elde etmiştir.

Hastaların hipertansiyonu olup olmama durumuna göre depresyon, anksiyete, stres puan ortalamalarına bakıldığında sadece kontrol grubunun yatıştaki stres puan ortalamaları müdahale grubunun ise taburculuktaki stres puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Cebeci ve Çelik (2011) koroner arter baypas greft ameliyatı geçiren hastalarla gerçekleştirdiği çalışmasında müdahale ve kontrol gruplarında depresyon ve anksiyete hipertansiyona sahip olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği bulgularına ulaşmıştır.

Hastaların düzenli spor yapma durumu ile depresyon, anksiyete, stres puan ortalamalarına bakıldığında sadece kontrol grubunun birinci kontrolünde, müdahale grubunun ise taburculukta düzenli spor yapma durumuyla anksiyete puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer tüm ölçümlerde her iki grubun düzenli spor yapma durumuyla depresyon, anksiyete, stres puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p<0.05$).

Hastaların BKİ'ne göre depresyon, anksiyete, stres puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Yağlı ve arkadaşları (2015) akut koroner sendromu olan hastalarda depresyon ve anksiyeteyi inceledikleri çalışmalarında BKİ ile anksiyete puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu; depresyon ile ilişkili olmadığı bulgularını elde etmişlerdir.

Hastaların ek kronik hastalığının olma durumuyla depresyon, anksiyete, stres puan ortalamalarına bakıldığında sadece stres puan ortalamalarıyla müdahale grubunda taburculukta anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer tüm ölçümlerde anlamlı bir fark

saptanmamıştır ($p>0.05$). Cebeci ve Çelik (2011) koroner arter baypas greft ameliyatı geçiren hastalarla gerçekleştirdiği çalışmasında müdahale grubu hastaların depresyon ve anksiyete puanlarının ek kronik hastalık durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği; kontrol grubunda yatış ve taburculuk depresyon puanlarının ek kronik hastalık durumuna anlamlı farklılık gösterdiği bulgularını elde etmiştir.



SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

KABG ameliyatı geçiren hastalara taburculuk sonrası tele-hemşirelik hizmeti ile verilen danışmanlığın depresyon, anksiyete ve stres düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır:

- Araştırma kapsamına alınan müdahale ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özelliklerine göre benzer oldukları saptanmış ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı ortaya çıkmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.1).
- Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların risk faktörlerine sahip olma durumları açısından benzer oldukları saptanmış ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.2).
- Çalışmada yer alan hastaların hastalıkla ilgili özelliklerine göre müdahale ve kontrol grubunun benzer oldukları saptanmış ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3).
- Hastaların yatışta stres (6.46), taburculukta ise anksiyete (7.87) ve depresyon (6.35) puan ortalamalarının en yüksek seviyede olduğu görülmüştür. Yatışta en düşük seviyede olan depresyon puan ortalamalarının (1.15) taburculukta belirgin bir artış gösterdiği, birinci ve ikinci kontrollerde azalmakla birlikte, anksiyete ve stresten daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yatış, taburculuk, birinci ve ikinci kontrollerde, hastaların depresyon, anksiyete, stres ve genel puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0.0001$) (Tablo 4.4).
- Tele-hemşirelik hizmeti ile danışmanlık verilen müdahale grubundaki hastaların anksiyete, depresyon ve stres puan ortalamaları ile kontrol grubunun puan ortalamaları arasında yatışta fark bulunmazken, taburculukta (stres hariç) birinci ve ikinci kontrollerde gruplar arasında fark olduğu görülmektedir ($p<0.001$) (Tablo 4.5).

- KABG yapılan hastalara tele-hemşirelik hizmeti ile verilen danışmanlığın, müdahale grubunun birinci ve ikinci kontrollerdeki depresyon puan ortalamalarında anlamlı bir fark yarattığı bulunmuştur (Tablo 4.5) ve (Şekil 4.1).
- KABG yapılan hastalara tele-hemşirelik hizmeti ile verilen danışmanlığın, müdahale grubunun birinci ve ikinci kontrollerdeki anksiyete puan ortalamalarında anlamlı bir fark yarattığı bulunmuştur (Tablo 4.5) ve (Şekil 4.1).
- KABG yapılan hastalara tele-hemşirelik hizmeti ile verilen danışmanlığın, müdahale grubunun birinci ve ikinci kontrollerdeki stres puan ortalamalarında anlamlı bir fark yarattığı bulunmuştur (Tablo 4.5) ve (Şekil 4.1).

6.2. Öneriler

KABG ameliyatı geçiren hastalara taburculuk sonrası tele-hemşirelik hizmeti ile verilen danışmanlığın depresyon, anksiyete ve stres düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılan analizler sonucunda;

Uygulayıcılar için;

- Tele-hemşirelik hizmeti ile verilen danışmanlığın, anksiyete, depresyon ve strese olumlu etkisi nedeni ile rutin kullanımına geçilmesi,
- Tele-hemşirelik uygulamalarını yaygınlaştırmak için gerekli idari, ekonomik ve teknolojik destek sağlanması ve KABG sonrası hasta bakımında rutin sağlık politikası haline getirilmesi

Araştırmacılar için;

- KABG ameliyatı geçiren hastalara taburculuk sonrası tele-hemşirelik hizmeti ile verilen danışmanlığın, ameliyat sonrası tedaviye uyum, egzersize uyum, hastaneye tekrarlı yatışa olan etkilerinin araştırılması,
- Araştırmanın, farklı sosyodemografik ve daha geniş örneklem gruplarında tekrarlanması ve sonuçlarının karşılaştırılması,
- Hastaların WhatsApp KABG grubundan daha iyi yararlanmalarına yönelik yöntemler geliştirilerek etkisinin araştırılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

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

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

Aksoy G. Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı. İn: Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N, editors. Cerrahi Hemşireliği I. Nobel Kitabevi, İstanbul; 2012, s: 257-301.

Alıcı MH. Kardiyovasküler Hastalıklar ve Sigara. Türkiye Klinikleri Journal of Cardiology Special Topics. 2017;10(4): 228-234.

Alsén P. Illness Perception and Fatigue after Myocardial Infarction. University of Gothenburg Sahlgrenska Academy Institute of Health and Care Science, Doctoral dissertation, 2009, Sweden (Advisor: Assoc. Prof. Lars-Olof Persson).

American Academy of Ambulatory Care Nursing. Scope and Practice Standards for Professional Telehealth Nursing. New Jersey: Author; 2011

Asilioğlu K, Şenol Çelik S. The Effect of Preoperative Education on Anxiety of Open Cardiac Surgery Patients. Patients Education and Counseling. 2004;53:65-70.

Aston G. Telehealth Reshaping Your World and Your Patients. 2015;3:25-37.

Atkin P, Barrett D. Benefits Of Telemonitoring In The Care Of Patients With Heart Failure. Nursing Standard. 2012;27(4): 44-48.

Avcı Işık S. Koroner Arter Hastalıkları Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı. Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics. 2018;4(1): 8-19

Badır A, Demir Korkmaz F. Koroner Arter Hastalıkları. İçinde Dahili ve Cerrahi hastalıklarda Bakım. Karadakovan A, Eti Aslan F (Editörler). Nobel Kitapevi, Adana; 2010, s: 514-515.

Baker RA, Tully PJ, Pedersen SS, Winefield HR, Turnbull DA, Denollet J. Cardiac morbidity risk and depression and anxiety: A disorder, symptom and trait analysis among cardiac surgery patients. *Psychology, Health & Medicine*. 2011;16(3): 333-45.

Balcı A. Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalara Verilen Görsel-İşitsel Eğitimin Fizyolojik ve Psikososyal Parametreler Üzerine Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, İstanbul (Danışman: Prof.Dr. N. Enç).

Balcı, A., Enç, N. Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalara Verilen Görsel-İşitsel Eğitimin Fizyolojik ve Psikososyal Parametreler Üzerine Etkisi. 2013;41-50.

Bektaş HA, Akdemir N. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science*. 2006;26(5): 488-499.

Bhatia SK. *Biomaterials for Clinical Applications*, 2010th ed. Springer Science Business Media, LLC; 2010, p: 23-49.

Bikmoradi A. Masmouei B. Ghomeisi M. Roshanaei G. Impact of Tele-nursing on adherence to treatment plan in discharged patients after coronary artery bypass graft surgery: A quasi-experimental study in Iran. *International Journal of Medical Informatics*. 2016;86: 43-48.

Bilgel N, Bayram N. Turkish Version of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS-42): Psychometric Properties. *Archives of Neuropsychiatry*. 2010;47: 118-126.

Bilik Ö. Kalça Protezi Uygulanmış Hastaların Evde Telefonla İzlenmesinin İyileşmeye Etkisi. E. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2006, İzmir (Danışman: Prof. Dr. A. Dramalı).

Billups S, Moore LR, Olson K. and Magid DJ. Cost-effectiveness Evaluation of a Home Blood Pressure Monitoring Program. The American journal of managed care. 2014;20(9): 380-387.

Bojar R. Kalp Cerrahisinde Perioperatif Yaklaşım. 4.baskı, Çeviren: Sarıgül A. Atlas Kitapçılık Tic. Ltd. Şti., Ankara, 2007, s: 321-475.

Boman K, Davidson T, Gustavsson M, Olofsson M, Renström GB, Johansson L. Telemedicine Improves The Monitoring Process in Anticoagulant Treatment. J Telemed Telecare. 2012;18(6): 312-6.

Bosworth HB. Improving Patient Treatment Adherence: A Clinician's Guide, Springer, New York, 2010.

Brook RD, Rajagopalan S, Pope CA , Brook JR, Bhatnagar A, Diez-Roux AV, Holguin F, Hong Y, Luepker RV, Mittleman MA, Peters A, Siscovick D, Smith SC, Whitsel L, Kaufman JD. Particulate matter air pollution and cardiovascular disease. Circulation. 2010;121: 2331-78.

Bugan B. Risk factors for coronary artery disease. Journal of Clinical and Analytical Medicine. 2013;5(92): 159-163.

Cassar A, Holmes DR, Rihal CS, Gersh BJ. Chronic Coronary Artery Disease: Diagnosis and Management. Mayo Clin Proc. 2009;84(12):1130-1146.

Cebeci F, & Çelik SŞ. Effects of discharge teaching and counselling on anxiety and depression level of CABG patients. Turkish J Thorac Cardiovasc Surg. 2011;19(2): 170-176.

Cebeci F, Şenol Çelik S. "Discharge Training and Counselling Increase Self- Care Ability and Reduce Postdischarge Problems in CABG Patients," Journal of Clinical Nursing. 2008;17(3): 412-420.

Cebeci F, Şenol Çelik S. "Effects of Discharge Teaching and Counselling on Anxiety and Depression Level of CABG Patients. Taburculuk Eğitimi ve Danışmanlık

Hizmetinin KABG Ameliyatı Geçiren Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkisi”, *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi- Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2011;19(2): 170-176.

Ceylan Y, Kaya Y, & Tuncer M. Akut Koroner Sendrom Kliniği ile Başvuran Hastalarda Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri. *Van Tıp Dergisi*. 2011;18(3): 147-54.

Chard R. Care of preoperative patients. In: Ignatavicius D, Workman ML. *Medical surgical nursing*. 7st ed. Elsevier Health Science: USA; 2012, p: 215-237.

Chaudhury S, Saini R, Bakhla AK, Singh J. Depression and Anxiety following Coronary Artery Bypass Graft: Current Indian Scenario. *Cardiol Res Pract*. 2016;2016: 2345184.

Chen YH, Ho YL, Huang HC, Wu HW, Lee CY, Hsu TP and et al. Assessment of the clinical outcomes and cost-effectiveness of the management of systolic heart failure in Chinese patients using a home-based intervention. *J Int Med Res*. 2010;38(1): 242-252.

Chowdhury SP, Majumder B, Roy S, Ghosh S. Unusual cause of angina in postpercutaneous transluminal coronary angioplasty patient. *Nig J Cardiol*.2017;14:51-53.

Connerney I, Sloan RP, Shapiro PA, et al. Depression is associated with increased mortality 10 years after coronary artery bypass surgery. *Psychosom Med*. 2010;72: 874–881.

Coskun H, Senture C, Ustunsoz A. The Effectiveness of Discharge Training for Patients After Cardiac Surgery. *Rehabilitation Nursing*. 2016.

Cser’ep Z, Sz’ekely A, Merkely B. Short and long term effects of psychosocial factors on the outcome of coronary artery bypass surgery in Artery Bypass. Aranow WS (Ed). *InTech*. 2013:292-463

Cserép Z, Losoncz E, Balog P, Szili-Török T et al. The impact of preoperative anxiety and education level on long-term mortality after cardiac surgery. *Journal of Cardiothoracic Surgery*. 2012;86(7): 1-8.

Çınar FĞ, Akbayrak N, Çınar M, Karadurmuş N, Gahin M, Doğru T et al. The Effectiveness of Nurseled Telephone Follow-up in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Turk Jem*. 2010;14(1): 1-5.

Çobanoğlu A, İşbir S. Kalp ve Damar Cerrahisi 1. cilt içinde Koroner Arter Bypass Cerrahisi. Editörler Paç Akçevin A, Aykut Aka S, Büket S, Sarıoğlu T. MN Medikal Nobel Tıp Kitap Sarayı, Ankara; 2013, s: 773-786.

Dağıstan A, & Gözüm S. Determination and management of cardiovascular disease risk on primary health care centers. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016;15(6): 575-582.

Dal Ü, Bulut H, Demir SG. Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 2012;8(1): 34-40.

Demir Korkmaz F. Kalp Damar Cerrahisinde Bakım. İçinde Cerrahi Bakım Eti Aslan F (Ed.). Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi;2016, s.699-812.

Demirkıran, G. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Öğrenim Gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2012;28 (1): 1-12.

Direk F, Celik SS. Post-operative problems experienced by patients undergoing coronary artery bypass graft surgery and their self-care ability after discharge. *Turkish J Thorac Cardiovasc Surg*. 2012;20: 530-5.

Donohue JM, Belnap BH, Men A, He F, Roberts SM, Schulberg HC, Reynolds III FC, Rollman BL. Twelve-month cost-effectiveness of telephone-delivered collaborative care for treating depression following CABG surgery: a randomized controlled trial. *General Hospital Psychiatry*. 2014;36: 453–459.

Douki ZE, Vaezzadeh N, Shahmohammadi S, et al. Anxiety before and after coronary artery bypass grafting surgery: Relationship to QOL. MEJSR. 2011;7: 103-108.

Elitoğ N, Erkuş B. CABG Operasyonu Geçirmiş Olan Hastaların Taburculuk Sonrası En Sık Yaşadıkları Problemlerin Tanımlanması. Acıbadem Hemşirelik eDergi. 2010; 25.

Ersayın Kantaş H. Ekstrakorporeal Dolaşım Perfüzyon Prensipleri Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Surg-Special Topics. 2012;4(2): 6-13.

Ersoy S, Yıldırım Y, Şenuzun Aykar F, & Fadıloğlu Ç. Hemşirelikte İnovatif Alan: Evde Bakımda Telehemşirelik ve Telesağlık. 2015;6(4):194-201.

Erşan EE, Kelleci M, & Baysal B. Kalp hastalarında psikososyal uyum, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine bir bakış. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2013;16(4): 214-224.

Ertek S. Endokrinolojide Tele-Sağlık ve Tele-Tıp Uygulamaları. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2011;2: 126-130.

Fadıloğlu Ç. Evde bakım hizmetlerinin gelişimi ve önemi, evde bakım. Meta Basım Matbaacılık, İzmir; 2006, s: 7-26.

Fairchild LS, Varghese SB, Deickman A, Castelli D. Tele-health and Telenursing, Are Live: APN Policy and Practice İmplications. The Journal for Nurs Practitioners. 2010;6(2): 98-106.

Farkouh ME, Domanski M, Sleeper LA, Siami FS, Dangas G, Mack M, et al. Strategies for multivessel revascularization in patients with diabetes. N Engl J Med. 2012;367: 2375-84

Fındık O, Haberal İ, Akyıldız M, Aksoy T, Ertürk E, Zorman Y, & Zengin MEuroSCORE, Cleveland ve CABDEAL klinik risk sınıflama sistemlerinin Türk toplumu için duyarlılık ve özgüllüklerinin karşılaştırılması. Turk Gogus Kalp Dama. 2012;20: 458-66.

Firouzabadi MG, Sherafat A, Vafaenasab M. Effect of physical activity on the life quality of coronary artery bypass graft patients. *Journal of Medicine and Life* Vol. 2014;7(2): 260-263.

Foss B, Stepnowska M, & Piotrowicz R. Effect of the dynamics of depression symptoms on outcomes after coronary artery bypass grafting. *Kardiologia Polska (Polish Heart Journal)*. 2012;70(6): 591-597.

Foxwell R, Morley C, Frizelle D. Illness perceptions, mood and quality of life: A systematic review of coronary heart disease patients. *Journal of Psychosomatic Research*. 2013; 75: 211-222.

Fredricks S, Gurage S, Sidani S. Postoperative patient education: a systematic review. *Clinical Nursing Research*. 2010;19: 144-146.

Furuya RK, Mata LR, Veras VS, Appoloni AH, Dantas RA, Silveira RC, Rossi LA. Original research: telephone follow-up for patients after myocardial revascularization: a systematic review. *Am J Nurs*. 2013;113(5): 28-31.

Gallagher R, McKinley S. Stressors and anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Am J Crit Care*. 2007;16: 257-248.

Gao G, Zheng Z, Pi ve ark. Aspirin plus clopidogrel therapy increases early venous graft patency after coronary artery bypass surgery a single-center, randomized, controlled trial. *J Am Coll Cardiol*. 2010;56: 1639-43.

Gellis ZD, Kenaley B, McGinty J, Bardelli E, Davitt J, Ten HT. Outcomes of A Telehealth Intervention for Homebound Older Adults with Heart or Chronic Respiratory Failure: A Randomized Controlled Trial. *Gerontologist*. 2012;52(4): 541.

Geulayov G, Novikov I, Dankner D, Dankner R. Symptoms of Depression and Anxiety and 11-Year All Cause Mortality in Men and Women Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery. 2018;105: 106-114.

Giesen P, Charante EMV, Mokkink H, et al. Patients evaluate accessibility and nurse telephone consultations in out-of-hours GP care: Determinants of a negative evaluation. *Patient Educ Couns*. 2007;65: 131-136.

Goldman S, Sethi GK, Holman W, Thai H, McFalls E, Ward HB, Kelly RF, Rhenman B, Tobler GH, Bakaeen FG, Huh J, Soltero E, Moursi M, Haime M, Crittenden M, Kasirajan V, Ratliff M, Pett S, Irimpen A, Gunnar W, Thomas D, Fremes S, Moritz T, Reda D, Harrison L, Wagner TH, Wang Y, Planting L, Miller M, Rodriguez Y, Juneman E, Morrison D, Pierce MK, Kreamer S, Shih MC, Lee K. Radial artery grafts vs saphenous vein grafts in coronary artery bypass surgery: a randomized trial. *JAMA*. 2011;305(2): 167-74.

Haanschoten MC, Straten AHM, Woorst JF, Stepaniak PS, Meer AD, Zundert AAJ, Hamad MASc. Fast-track practice in cardiac surgery: results and predictors of outcome. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*. 2012;15(6): 989-994.

Hare DL, Toukhsati SR, Johansson P, Jaarsma T. Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *Eur Heart J*. 2014;35: 1365-72.

Hasler G. "Pathophysiology of depression: do we have any solid evidence of interest to clinicians?" *World Psychiatry*. 2010;9(3): 155-161.

Hebda T, & Czar P. Telehealth. In (Ed.), *Handbook of informatics for nurses & healthcare professionals* (5th ed., p. 522). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson, 2013, p: 100-187.

Henderson A, Zernike W. A study of the impact of discharge information for surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;35(3): 435-441.

Hernández PJ, Fuentes GD, Falcón AL, Rodríguez RA et al. Visual analogue scale for anxiety and amsterdam preoperative anxiety scale provide a simple and reliable measurement of preoperative anxiety in patients undergoing cardiac surgery. *Int Cardiovasc Res J*. 2015;9(1): 1-6.

Hindistan S, Çilingir D. Hemşirelik Uygulamalarında Güncel Bir Yaklaşım: Telefon Kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2012;9(1): 30-35.

Holmes DR, Cannon LA, Stahle E, Morice MC, Mack MJ, Feldman TE, et al. Four-year follow up of the SYNTAX trial. Optimal revascularization strategy in patients with three-vessel disease and/or left main disease. Presented at the Transcatheter Cardiovascular Therapeutics 23rd Annual Scientific Symposium; November 7-11, 2011, San Francisco, California, USA.

Holmström I. Telenursing in Sweden. In: Kumar S, Snooks H (eds) *Telenursing*. Springer, London; 2011, p: 131-142.

Hoseini S, Soltani F, Babaei Beygi M, Zarifsanee N. *Journal of Clinical Nursing*. 2013;22: 1613–1619.

International Council of Nurses (ICN). *International Competencies for Telenursing*. Geneva Switzerland: International Council of Nurses. 2007.

Işık AH, Güler İ. Teletipte Mobil Uygulama Çalışması ve Mobil İletişim Teknolojilerinin Analizi. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*. 2010;3(1): 1-10.

Jahangiry L, Najafi M, Farhangi MA, & Jafarabadi MA. Coronary artery bypass graft surgery outcomes following 6.5 years: A nested case–control study. *International journal of preventive medicine*. 2017;8.

Jakobsen DH, Rud K, Kehlet H, Egerod I. Standardising fast-track surgical nursing care in Denmark. *British Journal of Nursing*. 2014;23(9): 471-476.

Kadda O, Kotanidou A, Manginas A, Stavridis G, Nanas S. and Panagiotakos DB. Lifestyle intervention and one-year prognosis of patients following open heart surgery: a randomised clinical trial. *J Clin Nurs*. 2015;24: 1611-1621.

Kalender N, and Özdemir L. "Yaşlılara Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Tele-Tip Kullanımı." *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2014;17(1): 50-58.

Kalyoncuoğlu M, Öztürk S, Durmuş G, Keskin B, Can MM. Güncel Tedavi Kılavuzları Işığında Kronik İskemik Kalp Hastalığı Tedavisine Yaklaşım, Med Bull Haseki. 2017;55: 85-100.

Kamei T. Information and communication technology for home care in the future. Japan Journal of Nursing Science. 2013;10(2): 154-161.

Kaminsky E, Röing M, Björkman A, & Holmström IK. Telephone Nursing in Sweden: a narrative literature review. Nursing and Health Sciences. 2017;19(3): 278-286.

Kanadlı KA. Diyabetes Mellituslu Hastaların Telefonla İzleminin ve Eğitimin Metabolik Kontrole ve Özbakıma Etkisi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Gaziantep (Danışman: Doç.Dr. N. Ovayolu)

Kara İH, Karakılıç O, Baltacı D, Depresyon ve İntihar Girişimi ile Vitamin B12 ve Kolesterol Değerleri Arasındaki İlişki. Prusias Medical Journal. 2016;1(1): 28-36.

Karadakova A, Aslan Eti F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Karadakova A, Aslan F.editör. 4. Baskı. Akademisyen Yayınevi, İstanbul; 2017, p:499-501.

Karakoyun S, Gökdeniz T, Börekçi A. İnterakoronar Stent Restenozu, Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics. 2014;7(6): 88-98.

Kargar Jahromi M , Javadpour, Poorgholami F. Effect of Nurse-led Telephone Follow Ups (Tele-nursing) on Depressin , Anxiety and Stres in Hemodialysis Patients Glob J Health Sci. 2015;8(3): 168-73.

Keeping BL, Purden M, Frasure-Smith N, Cossette S, McCarthy F, Amsel R. Bridging the Transition from Hospital to Home: Effects of the VITAL Telehealth Program on Recovery for CABG Surgery Patients and their Caregivers. Research in Nursing & Health. 2013;36: 540–553.

Kervan Ü, Koç O, Özatık MA, Bayraktar G, Şener E, Çağlı K, Yekeler İ, Paç M. Türkiye'deki kalp damar cerrahisi kliniklerinin dağılımı ve hizmetlerinin niteliği. Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg. 2011;19(4): 483-489.

Khoueir G, Flory M, Abi Rafeh N, Zgheib MH, Goldman M, Abdallah T, Wettimuny S, Telesford B, Costantino T, McGinn JT. Depression, disability, and quality of life after off-pump coronary artery bypass grafting: A prospective 9-month follow-up study. *Heart & Lung*. 2011;40(3): 217-225.

Kidd T, Poole L, Leigh E, Ronaldson A, Jahangiri M, Steptoe A. Health-related personal control predicts depression symptoms and quality of life but not health behaviour following coronary artery bypass graft surgery. *J Behav Med*. 2016;39(1):120-7.

Kirsten S, Konradsen H, Solgaard S, Östergaard B. Telephone Follow Up by Nurse After Total Knee Arthroplasty: Results of Randomized Clinical Trial. *Orthop Nurs*. 2014;35(6): 411-20

Klug G, Hermann G, Fuchs-Nieder B, Panzer M, Haider-Stipacek, A, Zapotoczky HG, and et al. Effectiveness of home treatment for elderly people with depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2010;197(6): 463-467.

Kobra P, Vahid Z, Sima LD, Mitra MS, Nasser S. Patient's Perception of Stressors Associated with Coronary Artery Bypass Surgery. *Journal of Cardiovascular and Thoracic Research*. 2013; 5(3): 113-117.

Koivula M, Halme N, Astedt-Kurki P. Predictors of depressive symptoms among coronary heart disease patients: A cross-sectional study nine years after coronary artery bypass grafting. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2010;39: 421–431.

Köroğlu, E. Kalp Pili (Pacemaker) Takılan Hastalara Uygulanan Planlı Eğitim ve İzlem Programının Etkinliğinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2014, Ankara (Danışman: Doç. Dr. S.Kapucu).

Krannich J.H.A, Weyers P, Lueger S, Herzog M, Bohrer T, Elert O. Presence of depression and anxiety before and after coronary artery bypass graft surgery and their relations to age. *BMC psychiatry*. 2007;7(1):47.

Kumar S. Introduction to Telenursing; Telenursing. Kumar S, Snooks H (Editors). Hannah K, Ball M (Series Editors). Springer London Dordrecht Heidelberg, New York, USA; 2011, p:183-375.

Kurlansky PA, Traad EA, Dorman MJ, Galbut DL, Zucker M, Ebra G. Thirty-year follow-up defines survival benefit for second internal mammary artery in propensity-matched groups. *Ann Thorac Surg.* 2010;90(1): 101-108.

Laursen AH, Kristiansen OP, Marott JL, Schnohr P, Prescott E. Intensity versus duration of physical activity: implications for the metabolic syndrome. A prospective cohort study. *BMJ Open.* 2012;2: e001711

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

Lopez V, Sek Ying C, Chui-Yuk P, Wai Y. Physical, psychological and social recovery patterns after coronary artery bypass graft surgery: A prospective repeated measures questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies.* 2007;44: 1304–1315.

Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. Sydney: Psychology Foundation, 1995.

Mahdavi A, Esmaeili R, Heidari-Gorji MA, Mohammadi-Tazeh F et al. Anxiety and hope to life in open heart surgery patients-A cross sectional study. *J Cardiovasc Disease Res.* 2016;7(1): 23-26.

Mahmood KT, Khalid A, Ali S. Management of Post Operative CABG Patients-A Review. *Journal of Pharmaceutical Science and Technology.* 2011;3(1): 456-61.

Maserat E, Samadi N, Mehrnoosh N, Mohammadi R, Zali M, Elham M, Samadi N, Mehrnush N, Mohamad R, Zali M. Tele Nursing: Optimal Option for Patient Educational Improvement. 2011;13(3): 0-0.

McGinley A, Lucas B. Telenursing: A Pilot of Telephone Review After Intra-articular Knee Injection *Journal of Orthopaedic Nursing*. 2006;10(3): 144-150.

McKenzie LH, Simpson J, Stewart MA. Systematic review of pre-operative predictors of post-operative depression and anxiety in individuals who have undergone coronary artery bypass graft surgery. *Psychol Health Med*. 2010;15(1): 74-93.

Mehdipour-Rabori R, & Nematollahi M. The effect of recommended Azkar on anxiety, stress, and depression in families of patients undergoing open heart surgery. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2014;19(3): 238.

Mitra MS, & Razihi P. Stressors in Patients Undergoing Cardiac Surgery and Attitudes of Nurses and Patients. *Crescent Journal of Medical and Biological Sciences*. 2014;1(1): 1-3.

Montalescot G, Sechtem U. ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. *European Heart Journal*. 2013;34: 2949-3003.

Morone NE, Weiner DK, Herbeck Belnap B, Karp JF, Mazumdar S, Houck PR, et al. The impact of pain and depression on recovery after coronary artery bypass grafting. *Psychosomatic Medicine*. 2010;72: 620–625.

Navarro-Garcia MA, Marin-Fernandez M, Carlos-Alegre V, Martinez-Oroz A et al. Preoperative Mood Disorders in Patient Undergoing Cardiac Surgery: Risk Factors and Postoperative Morbidity in the Intensive Care Unit. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64(11): 1005-10

Neupane I, Arora RC and Rudolph JL. Cardiac surgery as a stressor and the response of the vulnerable older adult. *Experimental Gerontology*. 2017;87: 168–174.

Oflaz F, & Vural H. Yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2010;17(1): 1-7.

Onat A, Can G. Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevalansı, Yeni Koroner Olaylar ve Kalpten Ölüm Sıklığı. Tekharf Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük 2017, s: 20-25.

Onat A, Can G. Halkımızda Koroner Kalp Hastalığı için Bağımsız Öngördürücülerin Nisbi Riski. Tekharf Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük, 2017, s: 20-25.

Onat A, Yüksel H. Türk Erişkinlerinde Obezite ile Abdominal Obezite, Belirleyicileri ve Sonuçları. Tekharf Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük, 2017, s: 141-152.

Onat A. Fiziksel Etkinlik: Metabolik Bozukluklar, Koroner Hastalık ve Ölüm Riskinden Koruma Sonuçları .Tekharf Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük, 2017, s: 196-201.

Ozer N, Akyil R, Yurttas A. The effect of education on the stress levels in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. Pak J Med Sci. 2010;26(2): 282-287.

Öz F. Anksiyete Problemleri. In: Gorman LM, Sultan DF. Öz F, Demiralp M, Editors. Psikososyal Hemşirelik. 3. Baskı. Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara; 2014, p.57-72.

Özbek U. Bayındır O. Kalp Cerrahisinde Anestezi. Paç M, Akçevin A, Aka A, Büket S, Sarıoğlu T. Kalp Ve Damar Cerrahisi. Pelikan Kitapevi, Ankara; 2013, s: 93-139.

Paç M, Akçevin A, Aka A, Büket S, Sarıoğlu T. Kalp Ve Damar Cerrahisi. Pelikan Kitapevi, Ankara; 2013, s: 657-666.

Pandor A, Thokala P, Gomersall T, Baalbaki H, Stevens JW, Wang J, and et al. Home telemonitoring or structured telephone support programmes after recent discharge in patients with heart failure: systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess. 2013;17(32): 1-207.

Parvan K, Zamanzadeh V, Lak DS, Mousavi SM, Safaie N. Patient's Perception of Stressors Associated with Coronary Artery Bypass Surgery. *J Cardiovasc Thorac Res.* 2013;5: 113-7.

Pedersen SS, Tully PJ, Winefield HR, et al. Cardiac morbidity risk and depression and anxiety: a disorder, symptom and trait analysis among cardiac surgery patients. *Psychol Health Med.* 2011;16: 333–345.

Peel NM, Russell TG, Gray LC. Feasibility of Using An In-Home Video Conferencing System in Geriatric Rehabilitation. *J Rehabil Med.* 2011;43(4): 364-66.

Perk J, Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M. et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European Heart Journal.* 2012;33: 1635-1701.

Pires CM, & Cavaco AM. Communication between health professionals and patients: review of studies using the RIAS (Roter Interaction Analysis System) method. *Revista da Associação Médica Brasileira.* 2014;60(2): 156-172.

Player MS, Peterson, EL. Anxiety disorders, hypertension, and cardiovascular risk: a review. *International Journal of Psychiatry in Medicine.* 2011;41(4): 365–377.

Polisena J, Tran K, Cimon K, Hutton B, McGill S, & Palmer K. Home telehealth for diabetes management: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes, Obesity and Metabolism.* 2009;11(10): 913-930.

Pourafkari L, Ghaffari S, Tajlil A, Shahamfar J, Hedayati S, & Nader ND. The impact of cardiac rehabilitation program on anxiety and depression levels after coronary artery bypass graft surgery. *Cor et Vasa.* 2016;58(4): e384-e390.

Pourafkari N, Pourafkari L, & Nader ND. Depression following coronary artery bypass grafting surgery revisited. *Turk Kardiyol Dern Ars.* 2016;44(6): 524-529.

Ravven S, Bader C, Azar A, Rudolph JL. Depressive symptoms after CABG surgery: a meta analysis. *Harvard Review of Psychiatry.* 2013;21(2): 59–69.

Resnick A, Woods B, Krapfl H, Toth B. Health outcomes associated with smoke exposure in Albuquerque, New Mexico during the 2011 Willow fire. *J Public Health Manag Pract.* 2015;21: 55-61

Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown MT, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2011 Update A Report From the American Heart Association. *Circulation.* 2011;123(6): 18-209.

Rollman BL, Belnap BH, LeMenager MS, Mezumdar S, Houck PR, Counihan PJ, Kapoor WN, Schulberg HC, Telephone-delivered collaborative care for treating post-CABG depression: a randomized controlled trial. Reynolds CF 3rd *JAMA.* 2009;302(19): 2095-2103.

Roohafza H, Sadeghi M, Khani A, Andalib E, Alikhasi H, Rafiei M. Psychological state in patients undergoing coronary artery bypass grafting surgery or percutaneous coronary intervention and their spouses. *International Journal of Nursing Practice.* 2015;21: 214-220.

Rosiek A, Kornatowski T, Rosiek-Kryszewska A, Leksowski L et al. Evaluation of stress intensity and anxiety level in preoperative period of cardiac patients. *BioMed Research International.* 2016:1-8.

Roter D, & Larson S. The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient education and counseling.* 2002;46(4): 243-251.

Russell B, et al. "System, society and dominance effects in the adoption of tele-health: A tri-country comparison." *Economic and Industrial Democracy.* 2015;1: 1-23.

Sadeghi M, Razmjoiee N, Ebadi A, Najafi S, Asadi-lari M, Bozorgzad P. Effect of applying continuous care model on quality of life of patients after coronary artery bypass graft. *Iranian Journal of Critical Care Nursing .* 2009; 1:1–6(In Persian).

Safabakhsh L. The Effect of Educational Protocol Based on Pender's Theory on Lifestyle of Patients after Coronary Artery Bypass Surgery in Nemazi, Shahid Faghihi

and MRI Hospital in Shiraz. Master's thesis, Shiraz University of Medical Science, Shiraz. 2004;in Persian.

Santos BDMM, Martins JCA and Oliveira LMN. Anxiety, depression and stress in the preoperative surgical patient. *Revista de Enfermagem Referência*. 2014;4(3): 7-15.

Sarıkoç G ve Demiralp M. Hastalığa Psikososyal Yanıt. . Gorman LM, Sultan DF. Ed: Öz F, Demiralp M. Psikososyal Hemşirelik. 3. Baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; 2014, s:7-14.

Sethares KA, Chin E, Costa I. Pain intensity, interference and patient pain management strategies the first 12 weeks after coronary artery bypass graft surgery. *Applied Nursing Research*. 2013;26: 174–179.

Shabestari SM and Parizad R. Stressors in patients undergoing cardiac surgery and attitudes of nurses and patients. *Crescent J Med & Biol Sci*. 2014;1(1): 1-3.

Sidar A, Dedeli Ö, İşkesen Aİ. Acık Kalp Cerrahisi Öncesi ve Sonrası Hastaların Kaygı ve Ağrı Distresi: Ağrı Düzeyi ile İlişkisinin İncelenmesi. *Yoğun Bakım Derg*. 2013;4: 1-8.

Sleptsova M, Weber H, Schöpf AC, Nübling M, Morina N, Hofer G, & Langewitz W. Using interpreters in medical consultations: What is said and what is translated-A descriptive analysis using RIAS. *Patient education and counseling*. 2017;100(9): 1667-1671.

Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Management of Patients with Coronary Vascular Disorders. In Smeltzer SC. Bare BG eds. *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing*. 12th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 2010, p: 712-48.

Smith SC, Benjamin EJ, Bonow RO, et al. AHA/ACCF secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2011 update: a guideline from the American Heart Association and American College of

Cardiology Foundation endorsed by the World Heart Federation and the Preventive Cardiovascular Nurses Association. *J Am Coll Cardiol*. 2011;58: 2432–2446.

Solak H, Görmüş N, Tunç Solak M Ve Solak Görmüş ZI. *Kalp Hastalıkları ve Cerrahisi*. Efil Yayınevi Yayınları. Ankara; 2010, s:25-241.

Souza-Junior VD, Costa Mendes IA, Mazzo A, Godoy S, Application of telenursing in nursing practice: an integrative literature review, *Applied Nursing Research*. 2016;29: 254-260.

Step toe A, Poole L, Ronaldson A, Kidd T, Leigh E, Jahangiri M. Depression 1 Year After CABG Is Predicted by Acute Inflammatory Responses. *Journal of the American College of Cardiology*. 2015;65(16): 1710-1711.

Stuart KL, Wyld B, Bastiaans K, Stocks N, Brinkworth G, Mohr P, et al. A telephone-supported cardiovascular lifestyle programme (CLIP) for lipid reduction and weight loss in general practice patients: a randomised controlled pilot trial. *Public Health Nutr*. 2014;17(3): 640-7.

Sun J, Zhou W, Gu T, Zhu D, Bi Y. A retrospective study on association between obesity and cardiovascular risk diseases with aging in Chinese adults. 2018;8(1):5806

Sunbul M, Zincir SB, Durmus E, Sunbul EA, Cengiz FF, Kivrak T, & Sari I. Anxiety and depression in patients with coronary artery disease. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2013;23(4): 345-352.

Sundsli K, Söderhamn U, Espnes GA. Söderhamn O *Clin Interv Aging*. 2014, p:95-103.

Şencan İ, Keskinılıç B, Ekinci B, Öztemel A, Sarıoğlu G, Çobanoğlu N, ve ark. *Türkiye Kalp Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı 2015-2020*. Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti, Ankara; 2015, s: 1-20.

Şenol Ş. *Araştırma ve örnekleme yöntemleri*. Nobel Yayıncılık, Ankara; 2012, s: 25-169.

Takahashi PY, Pecina JL, Upatising B, Chaudhry R, Shah ND, Van Houten H et al. A Randomized Controlled Trial of Telemonitoring in Older Adults with Multiple Health Issues to Prevent 56 Hospitalizations and Emergency Department Visits. *Arch Intern Med.* 2012;172(10): 773-9.

Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN ve Çertuğ A. Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin state-trait anxiety inventory test ile karşılaştırılması. *Turk J Anaesth Reanim.* 2013;41: 44-9.

Tezvaran Z, Akan H, İzbirak G. Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde Depresyon Yönetimi. *Turkish Family Physician.* 2010;1(3): 1-7.

Thokala P, Baalbaki H, Brennan A, Pandor A, Stevens JW, Gomersall T, and et al. Telemonitoring after discharge from hospital with heart failure: cost-effectiveness modelling of alternative service designs. *BMJ Open.* 2013;18(3): 9.

Tousignant M, Moffet H, Boissy P, Corriveau H, Cabana F, Marquis F. A Randomized Controlled Trial of Home Telerehabilitation for Post-Knee Arthroplasty. *J Telemed Telecare.* 2011;17(4): 195-8.

Tully P, Baker RA. Depression, anxiety, and cardiac morbidity outcomes after coronary artery bypass surgery: a contemporary and practical review. *Journal of Geriatric Cardiology.* 2012;9: 197–208.

Tully P, Winefield HR, Baker RA, Denollet J et al. Depression, anxiety and major adverse cardiovascular and cerebrovascular events in patients following coronary artery bypass graft surgery: a five year longitudinal cohort study. *BioPsychoSocial Medicine.* 2015;9(14): 1-10.

Tully PJ, Baker RA, Turnbull DA, et al. Negative emotions and quality of life six months after cardiac surgery: the dominant role of depression not anxiety symptoms. *J Behav Med.* 2009;32: 510–522.

Tully PJ, Bennetts JS, Baker RA, McGavigan AD, Turnbull DA, Winefield HR. Anxiety, depression, and stress as risk factors for atrial fibrillation after cardiac surgery. *Heart & Lung*. 2011; 40(1): 4-11.

Tuna Z, Çelik SŞ. Discharge training and counseling: Functional autonomy and postdischarge problems of elderly patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Türk Gogus Kalp Dama*. 2014;22(3): 570-6.

Türker E, Koroner Anjiyografi Yapılan Hastaların ve Eşlerinin Anksiyeteleri. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Ankara (Danışman:Prof.Dr. T.Bedük)

Udsen FW, Hejlesen O, and Ehlers LH. A systematic review of the cost and cost-effectiveness of telehealth for patients suffering from chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2014;20(4): 212-220.

Uncu H, Acıpayam M, Badak TO, Halıcı Ü, Gençaslan, M, Doğan P, & Özsöyler İ. Kliniğimizde Opere Olan CABG Olgularında Preoperatif Risk Faktörleri ve Erken Dönem Sonuçlarımız: 75 Yaş ve Üzeri ile 40-60 Yaş Gruplarının Karşılaştırılması. *Van Tıp Dergisi*, 2014;21(1): 17-21.

Uncu Y, Bayram N, Bilgel N. Job related affective well-being among primary health care physicians. *European Journal of Public Health*. 2006;17(5): 514–519.

Utriyaprasit K, Moore SM, Chaiseri P. Recovery after coronary artery bypass surgery: effect of an audiotape information programme. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66: 1747-1759.

Ünal B, Ergör G, Horasan GD, Kalaça S, Sözman K. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. T.C. Sağlık Bakanlığı, Anıl Matbaası, Ankara; 2013, s:69-85.

Watson DS. The Benefits of Enhanced Recovery Pathways in Perioperative Care. *AORN Journal*. 2015;102(5): 464-467.

Westermair AL, Schaich A, Willenborg B, Willenborg C , Nitsche S, Schunkert H, Erdmann J, Schweiger U. Utilization of Mental Health Care, Treatment Patterns and Course of Psychosocial Functioning in Northern German Coronary Artery Disease Patients with Depressive and/or Anxiety Disorders. *Frontiers in psychiatry*. 2018;9: 75.

Westra B. Telenursing & Remote Access Telehealth. Retrieved from aacn.nche.edu. 2012

Whittaker F. and Wade V. The costs and benefits of technology-enabled, home-based cardiac rehabilitation measured in a randomised controlled trial. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2014;20(7): 419-422.

Windecker S, Kolh P, Alfonso F, Collet JP, Cremer J, Falk V, Filippatos G. et al. 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) Developed with the special contribution of the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). *Eur Heart J*. (2014);35(37): 2541-2619.

Winefield HR, Tully PJ, Baker RA, et al. Confirmatory factor analysis of the Beck Depression Inventory-II and the association with cardiac morbidity and mortality after coronary revascularization. *J Health Psychol*. 2011;16: 584-595.

Wu KL, Chen SR, Ko WC, Kuo SY, Chen PL, Su HF, et al. The effectiveness of an accessibility-enhanced multimedia informational educational programme in reducing anxiety and increasing satisfaction of patients undergoing cardiac catheterisation. *J Clin Nurs*. 2014;23(13-14): 2063-73.

Wynchank S. & Sabbah N., eHealth and Telenursing in Telehealth and Mobile Health.(Eds: Halit Eren & John G Webster). Taylor & Farancis Group. Boca Raton. 2016; P.119-145.

Yağlı NV, İnce Dİ, Sağlam M, Kütükçü EÇ, Arıkan H. Akut koroner sendromlu hastalarda anksiyete ve depresyonu belirleyen faktörler. Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi. 2015;26(1): 40-46.

Yang P-L, Huang G-S, Tsai C-S, Lou M-F. Sleep Quality and Emotional Correlates in Taiwanese Coronary Artery Bypass Graft Patients 1 Week and 1 Month after Hospital Discharge: A. 2015;10(8): e0136431.

Yardım N, Numanoğlu CS, Karakaya O, Kara O, Ergüder T, Oguz S, ve ark. T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı. Anıl matbaacılık Ltd. Şti., Ankara; 2015, s:5-33.

Yavuzgil O. Kararlı koroner arter hastalığı: Epidemiyoloji ve güncel tedavi kılavuzlarının yaklaşımı. Turk Kardiyol Dern Ars. 2016;44(3):1-7.

Yıldırım B, Özkahraman Ş. Hasta Eğitiminde Hemşirenin Rolü. Sağlık ve Toplum. 2011;21: 53-65.

Yıldız D. Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaların kaygı düzeylerinin belirlenmesi. Yakın Doğu Üniversitesi. Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa. 2011:64.

Yılmaz M, Çifçi S. Açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde bir model: Fonksiyonel sağlık örüntüleri. Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg. 2010;18(3): 183-189.

Yu M, Chair SY, Chan CW, Choi KC. A health education booklet and telephone follow-ups can improve medication adherence, health-related quality of life, and psychological status of patients with heart failure. Heart Lung. 2015;44(5): 400-7.

EKLER

EK-1

İLT: DASS 42 TEŞEKKÜRLER

Fatma Eren

Kime: nazan@uludag.edu.tr

Ekler:  DASS-42 Turkish version.doc (82 KB) [Tarayıcıda Aç]

Nazan Hanım ilginiz için çok teşekkür ederim.

Kimden: Prof.Dr Nazan BİLGEL [nazan@uludag.edu.tr]

Günderildi: 20 Mayıs 2016 Cuma 15:55

Kime: Fatma Eren

Konu: Re: DASS 42

Sevgili Fatma Hanım,

Ölçeği kullanmak için izine gerek yok çünkü herkesin kullanımına açıktır. Türkçe DASS-42 ölçeğini ekte yolluyorum. Çalışmalarınızda başarılar diliyorum.
Prof.Dr Nazan Bilgel

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

From: [Fatma Eren](mailto:Fatma.Eren@uludag.edu.tr)

To: nazan@uludag.edu.tr

Sent: Friday, May 20, 2016 2:59 PM

Subject: DASS 42

Merhaba Nazan hanım, Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksek Okulu Cerrahi Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisiyim. İzzim de sizin Geçerlilik Güvenirliğini yaptınız DASS 42 yi kullanmak istiyorum izniniz olursa teşekkür ederim, iyi çalışmalar.

Fatma Eren

EK-2

Peter Lovibond [p.lovibond@unsw.edu.au]

Kime: Fatma Eren

28 Mayıs 2016 Cumartesi 02

- Bu iletiyi 22.04.2018 05:07 tarihinde ilettiniz.

Dear Fatma,

You are welcome to use the DASS in your research. Please see the DASS website www.psy.unsw.edu.au/dass/ to download the questionnaires (including translations in certain languages) and scoring key. Please also see the FAQ page on the website for further information.

Best regards,
Peter Lovibond

From: Fatma Eren [mailto:fatmaeren@akdeniz.edu.tr]
Sent: Saturday, 28 May 2016 12:34 AM
To: Peter Lovibond <p.lovibond@unsw.edu.au>
Subject: DASS 21. There is an urgent time constraints!!!

Dear Peter Lovibond,

Sorry for the spam. I want to use your method which called as DASS 21 in my thesis. Because of that I need your formal permission. I am looking forward to your earliest convenience.

Kimden: Fatma Eren
Gönderildi: 18 Mayıs 2016 Çarşamba 17:54
Kime: p.lovibond@unsw.edu.au
Konu: DASS

Dear Peter Lovibond,

I am a master student in Akdeniz University, TURKEY. I am searching on thesis topic and I came across the your method which is called DASS 21. First, I would like to thank you for such a great work. If it is appropriate for you I would like to use your method in my thesis. One question is that some turkish group have used your method and they pointed to your work as a reference. I couldn't find the turkish version of your work. I need your suggestion on what I should do. Thank you in advance for your time.
Best regards

EK-3

Evrak Tarih ve Sayısı: 06/10/2016-E.107894



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Üniversite Hastanesi Başmüdürlüğü



Sayı : 26708535-900
Konu : Tez Çalışması (Fatma EREN)

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : a) 23/08/2016 tarihli ve 90697 sayılı yazı,
b) 27/09/2016 tarihli ve 102311 sayılı yazı,

Enstitünüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Fatma EREN'in "Koronar Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastalara Taburculuk Sonrası Tele-Hemşirelik Hizmeti ile Verilen Danışmanlığın, Depresyon Anksiyete ve Stres Düzeyine Etkisi" konulu yüksek lisans tezi çalışmasını Hastanemiz Kalp Damar Cerrahisi Kliniğinde yapması ile ilgili talebiniz incelenmiş olup, söz konusu talebiniz uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof.Dr. Bülent AYDINLI
Başhekim

Ek:İlgi b tarihli ve sayılı yazı.

Adres: Akdeniz Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (Hastane)
Telefon: 2422496000 Faks: 2422496040
e-Posta: yazisiz@akdeniz.edu.tr Elektronik Ağ: www.akdeniz.edu.tr

Bilgi için: Tuncay KAAN
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesiyle gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-4

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

2016

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Fatma CEBECİ	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastalarda taburculuk sonrası tele-hemşirelik hizmeti ile verilen danışmanlığın depresyon anksiyete ve stres düzeyine etkisi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 378	Tarih: 29.06.2016
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	
	Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Başkan

Öğr.Gör.Dr.M. Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr.Gülay ÖZBİLİM
Üye

Prof.Dr.Murat CANPOLAT
Üye

Prof.Dr.Dilara İNAN
Üye (izinli)

Prof.Dr.Necmiye HADİMIOĞLU
Üye (izinli)

Doç.Dr.Gülşim Öge BAYSAL
Üye

Doç.Dr.Dijle KİPMEK KORGUN
Üye

Doç.Dr.Ali Berkant AVCI
Üye

Doç.Dr.Oğuz DURSUN
Üye

Yrd.Doç.Dr.Mehtap TÜRKAY
Üye

Dr.Ünal HÜLÜR
Üye

Turgut ALTUN
Üye

Av.Mustafa AÇIKEL
Üye

EK-5

AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU (MÜDAHALE GRUBU)

Sayın katılımcı Adım Fatma Eren (Hemşire), Doç. Dr. Fatma Cebeci Danışmanlığında Akdeniz Üniversitesi Kalp Damar Cerrahisi servisinde ilk ve elektif Koroner Arter Baypas Greft Ameliyatı geçiren yaklaşık 110 hasta ile bir çalışma planlanmıştır. Bu çalışmada Koroner Arter Baypas Greft Ameliyatı geçiren hastalara tele-hemşirelik hizmeti ile verilecek danışmanlık hizmetinin bireyin depresyon, anksiyete ve stres üzerine etkisine bakılacaktır. Araştırma için tedavi gördüğünüz hastaneden ve etik kuruldan izin alınmıştır. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatından sonra taburcu olan hastaların pek çok sorunla karşı karşıya kaldıkları bilinmektedir. Bu sorunlar hastaların iyileşme süresini uzattığı gibi, yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir.

Bu çalışmada, hastaların kliniğe yatışının birinci günü kişisel bilgi formu ile ölçek uygulanacak ve taburculukta kitapçık verilecektir. Hastalara taburcu olacakları gün kişisel bilgi formu ile taburcu olduktan sonraki kontrole geldiği 1. hafta ve 1 ayda sorular sorulacaktır. Bu soruların doğru veya yanlış yanıtı yoktur, sizin için uygun seçenek vardır. Ancak bu süreçte hasta ve aileleri bilgilendirilme, ölçeğin doldurulmasına zaman ayırmak durumunda kalacaklardır. Bu çalışma konusunda sorularım yanıtladı ve yeterince aydınlatıldım. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde çalışmadan istediğim zaman çekilebilme hakkına sahip olduğumu biliyorum. Bu durumda tedavimin, bakımımın ve ilgili sağlık personeliyle ilişkilerimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğine ilişkin güvence aldım. Bu çalışmaya katıldığım için benden herhangi bir ücret istenmeyecektir ve çalışmaya katıldığım için bana ek bir ödeme yapılmayacaktır. Katılımcı olarak herhangi bir sorunum olduğunda araştırmayı arayabileceğim. Gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan, kendi bireysel onayım ile katılıyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Telefonu:

Tarih:

Araştırmacının Adı-Soyadı:

İmzası:

Telefonu:

Mail:

EK-6

AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU(KONTROL GRUBU)

Sayın katılımcı Adım Fatma Eren (Hemşire). Doç. Dr. Fatma Cebeci danışmanlığında Akdeniz Üniversitesi Kalp Damar Cerrahisi servisinde ilk ve elektif Koroner Arter Baypas Greft Ameliyatı geçiren yaklaşık 110 hasta ile bir çalışma planlamıştır. Koroner Arter Baypas Greft Ameliyatından sonra taburcu olan hastaların pek çok sorunla karşı karşıya kaldıkları bilinmektedir. Bu sorunlar hastaların iyileşme süresini uzattığı gibi, yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir Hastalara kliniğe yattıkları gün kişisel bilgi formu ile birlikte sorulara sorulacaktır. Taburculuğuna karar verildiği gün kişisel bilgi formu ve sorular sorulacaktır. Taburcu olduktan sonraki kontrole geldiği 1. hafta ve 1 ayda tekrar sorular uygulanacaktır. Ancak bu sürede hasta ve aileleri soruların doldurulmasına zaman ayırmak durumunda kalacaklardır. Bu soruların doğru veya yanlış yanıtı yoktur, sizin için uygun seçenek vardır.

Bu çalışma konusunda sorularım yanıtladı ve yeterince aydınlatıldım. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde çalışmadan istediğim zaman çekilebilme hakkına sahip olduğumu biliyorum. Bu durumda tedavimin, bakımımın ve ilgili sağlık personeliyle ilişkilerimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğine ilişkin güvence aldım. Bu çalışmaya katıldığım için benden herhangi bir ücret istenmeyecektir ve çalışmaya katıldığım için bana ek bir ödeme yapılmayacaktır. Gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım.

Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan, kendi bireysel onayım ile katılıyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı:

Araştırmacının Adı-Soyadı:

İmzası:

İmzası:

Adresi:

Telefonu:

Telefonu:

Mail:

Tarih:

EK-7

BÖLÜM A

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Adınız Soyadınız:

Protokol no:

Hastaneye yatış tarihi:.....Ameliyat tarihi:.....Taburcu olma tarihi.....

1.Kontrol tarihi..... 2.Kontrol tarihi.....

Adres:

Tel:

GSM:

1-Cinsiyet 1)Kadın 2)Erkek

2-Yaş

3-Çalışma/iş durumu

1)Çalışmıyor 2) Çalışıyor (açıklayınız)

4-Mesleğiniz 1)Memur 2) İşçi 3)Serbest meslek 4) Çiftçi 5) Ev hanımı

6) İşsiz

7) Emekli 8) Diğer.....

5-Medeni durum 1) Evli 2) Dul / Boşanmış / Ayrı yaşıyor

6- Yaşamınızın en fazla geçtiği yerleşim yeri

1) Kırsal alan 2) Kentsel alan

7-Eğitim durumunuz

1) Okur-yazar değil 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5) Yüksekokul ve üzeri

8-Sağlık güvencesi 1) Yok 2) Var

9-Ekonomik durum 1)Gelir giderden az 2) Gelir ve gider dengeli 3) Gelir giderden fazla

10-Hastalığınız sırasında size, aileniz ve çevreniz tarafından verilen desteği nasıl buluyorsunuz? Çok iyi 2) İyi 3) Yetersiz 4) Hiç destek görmedim

11- Koroner arter hastalığınızın süresi..... (ay/yıl)

12-Kullanılan İlaçlar

1)Eski.....

2)Yeni.....

13-Koroner Arter Hastalığı Oluşumu Kolaylaştırıcı Faktörlerin Varlığı

halen **Sigara** 1) içmiyor () 2) içiyor () miktar/günyıl

Alkol 1)hayır() 2)evet ()cinsi/ miktar/gün.....yıl

Hipertansiyon (130/80mmg veya antihipertansif tedavi alma) 1)Var 2)Yok

Ailenizde KAH öyküsü 1)Var 2)Yok (1. derece akraba kadın 60 yaş altı erkekde 50 yaş altı)

Lipitler

Total kolesterol yüksekliği (>200mg/dl) 1)Var 2)Yok

LDL kolesterol yüksekliği (³130mg/dl) 1)Var 2)Yok

HDL kolesterol Düşüklüğü (Erkeklerde<40mg/dl, Kadında<50mg/dl altında) 1)Var 2)Yok

Trigliserit yüksekliği (>150mg/dl) 1)Var 2)Yok

Lipit Düşürücü Tedavi Alma 1)Var 2)Yok

Diyabet (AKŞ 110, postprandiyal değeri 200mg/dl ya da antidiyabetik tedavi alma)

1)Yok 2)Var

Düzenli spor (fizik egzersiz) 1) Yapmıyor () 2) Yapiyor () dk/ /hafta

Obesite 1 yok () 2 var () beden kitle indeksi kg / m²..... **Boy**.....

Kilo..... **Bel çevresi**.....(Erkeklerde>102 cm, Kadında>88cm)

14-NHYA 'ya göre efor kapasitesi

1) Sınıf I 2) Sınıf II 3) Sınıf III 4) Sınıf IV

15-Ejeksiyon Fraksiyon Değeri.....

16. Ek kronik hastalıkların varlığı; Hayır () Evet ()..açıklayınız

BÖLÜM B

17-Değiştirilen Damar Sayısı.....

18-Cross-Klemp Süresi.....

19-Yoğun Bakımda Kalma Süresi.....saat

20-Hastanede Yatma Süresi.....gün

BÖLÜM C

Taburcu olduktan sonra yaşanan sorunlara ilişkin verilen danışmanlık hizmetleri

SORULAR

VERİLEN CEVAPLAR

1)

2)

3)

4)

5)

6)

BÖLÜM D

Telefonla Verilen Hemşirelik Hizmetinden Memnun Kaldınız mı?

() Evet () Hayır.....lütfen nedenini açıklayınız

EK-8 DASS-42

Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve bugün dâhil son bir haftayı dikkate alarak, ifadeler üzerinde çok düşünmeden size en uygun gelen numarayı işaretleyiniz. **Doğru ya da yanlış cevap yoktur**

NO	SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	Hiçbir zaman	Bazen ve arasıra	Oldukça sık	Her zaman
1 S	Oldukça önemsiz şeyler için üzüldüğümü farkettim	0	1	2	3
2 A	Ağzımda kuruluk olduğunu farkettim	0	1	2	3
3 D	Hiç olumlu duygu yaşamadığımı farkettim	0	1	2	3
4 A	Soluk almada zorluk çektim (<i>örneğin fizik egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi</i>)	0	1	2	3
5 D	Hiçbir şey yapamaz oldum	0	1	2	3
6 S	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim	0	1	2	3
7 A	Bir sarsaklık duygusu vardı (<i>sanki bacaklarım beni taşıyamayacakmış gibi</i>)	0	1	2	3
8 S	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi	0	1	2	3
9 A	Kendimi, beni çok tedirgin ettiği için sona erdiğinde çok rahatladığım durumların içinde buldum	0	1	2	3
10 D	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım	0	1	2	3
11 S	Keyfimin pek kolay kaçırılabilirdi hissine kapıldım	0	1	2	3
12 S	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim	0	1	2	3
13 D	Kendimi üzgün ve depressif hissettim	0	1	2	3
14 S	Herhangi bir şekilde geciktirildiğimde (<i>asansörde, trafik ışıklarında, bekletildiğimde</i>) sabırsızlandığımı hissettim	0	1	2	3
15 A	Baygınlık hissine kapıldım	0	1	2	3
16 D	Neredeyse herşeye karşı olan ilgimi kaybettiğimi hissettim	0	1	2	3
17 D	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
18 S	Alıngan olduğumu hissettim	0	1	2	3
19 A	Fizik egzersiz veya aşırı sıcak hava olmasa bile belirgin biçimde terlediğimi gözledim (<i>örneğin ellerim terliyordu</i>)	0	1	2	3
20 A	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim	0	1	2	3
21 D	Hayatın değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
22 S	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim	0	1	2	3
23 A	Yutma güçlüğü çektim	0	1	2	3
24 D	yaptığım işlerden zevk almadığımı farkettim	0	1	2	3
25 A	Fizik egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (<i>kalp atışlarının hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim</i>)	0	1	2	3
26 D	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim	0	1	2	3
27 S	Kolay sinirlendirilebildiğimi farkettim	0	1	2	3
28 A	Panik haline yakın olduğumu hissettim	0	1	2	3
29 S	Bir şey canımı sıktığında kolay sakinleşemediğimi farkettim	0	1	2	3
30 A	Önemsiz fakat alışkın olmadığım bir işin altından kalkamayacağım korkusuna kapıldım	0	1	2	3
31 D	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu	0	1	2	3
32 S	Birşey yaparken ikide bir rahatsız edilmeyi hoş göremediğimi farkettim.	0	1	2	3
33 S	Sinirlerimin gergin olduğunu hissettim	0	1	2	3
34 D	Oldukça değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
35 S	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum	0	1	2	3
36 A	Dehşete düştüğümü hissettim	0	1	2	3
37 D	Gelecekte ümit veren birşey göremedim	0	1	2	3
38 D	Hayatın anlamsız olduğu hissine kapıldım	0	1	2	3
39 S	Kışkırtılmakta olduğumu hissettim	0	1	2	3
40 A	Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim.	0	1	2	3
41 A	Vücudumda (<i>örneğin ellerimde</i>) titremeler oldu.	0	1	2	3
42 D	Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım	0	1	2	3

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ

EK-9

TELEFONLA ARAMA PROTOKOLÜ (Müdahale grubu için)

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

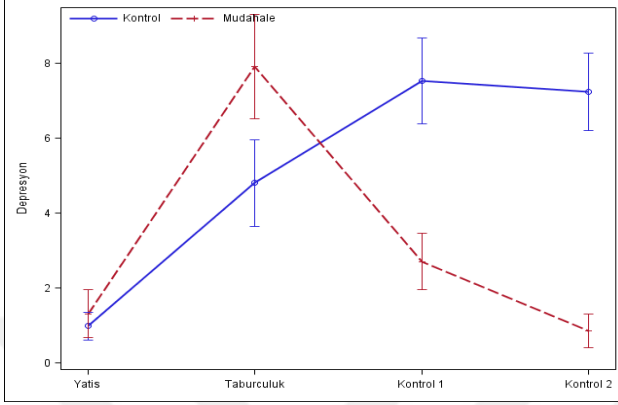
Roter Etkileşim Analiz Sistemi (RIAS)

İşlevsellik/ Bileşenler	Fonksiyonel grup	İletişim Davranışları
Görev odaklı (Instrumental) görüşme	Veri toplama	Bireye tıbbi durum, tedavisi, yaşam stili v.b ile ilgili soru sorma
	Bilgi verme ve danışmanlık yapma	Bireye tedavi yönetimi, öz bakım yönetimi v.b ile ilgili ikna edici ve destekleyici ifadelerle eğitim ve danışmanlık yapma
Sosyo emosyonel (affective) görüşme	Bir ilişki kurma	Birey ile Tıbbi olmayan sosyal konuşmalar, Pozitif konuşmalar (onaylamalar, espriler, anlaşmalar v.b) Negatif konuşmalar (fikrine katılmama, eleştirme) Emosyonel konuşmalar (endişe, güven verme, empati gösterme)
	Aktive etme ve ortaklık sağlama	Birey ile ortaklık sağlama (görüşü ile ilgili soru sorma, geribildirim alma, başka kelimelerle açıklama)

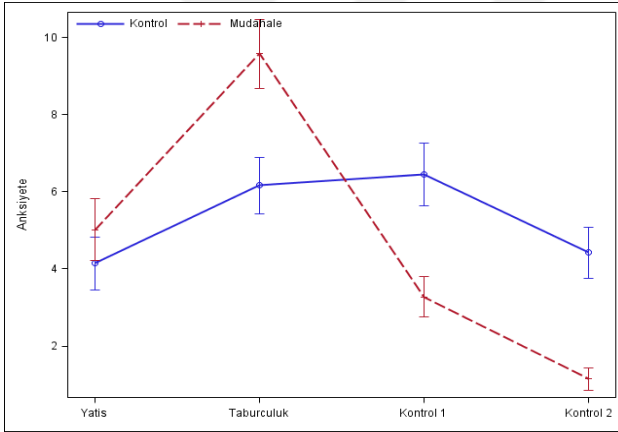
ELE ALINAN KONULAR VE SORUNLAR	AÇIKLAMALAR
İLAÇLARIN KULLANIMI	
AĞRI	Göğüs yara yeri ağrısı
	Bacak yara yeri ağrısı
	Sırt ağrısı
	Omuz ağrısı
	Diğer.....
YARA YER(LER)İ	Göğüsteki yara yerinde Şişlik
	Göğüsteki yara yerinde akıntı
	Bacakta şişlik
	Bacaktaki yara yerinde akıntı
SOLUNUM / TRİFLOW KULLANIMI	
UYGUN HAREKET VE YÜRÜYÜŞ	
UYKU/DİNLENME	
BESLENME/DİYET	
YETERLİ SIVI ALIMI (1500-2000cc)	
DUYGU DURUMU	
BANYO YAPMA/ HİJYEN	
ÖNEMLİ DURUMLAR VE ULAŞILMASI GEREKEN YERLER	

EK-10

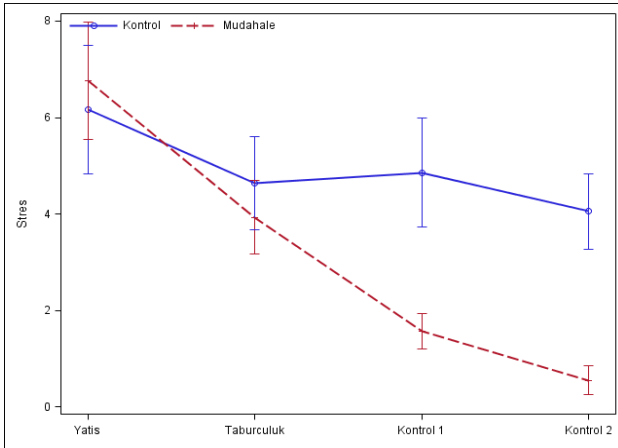
Kontrol ve müdahale grubundaki yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontrol hastalarının depresyon ortalamalarının dağılımı



Kontrol ve müdahale grubundaki yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontrol hastalarının anksiyete ortalamalarının dağılımı



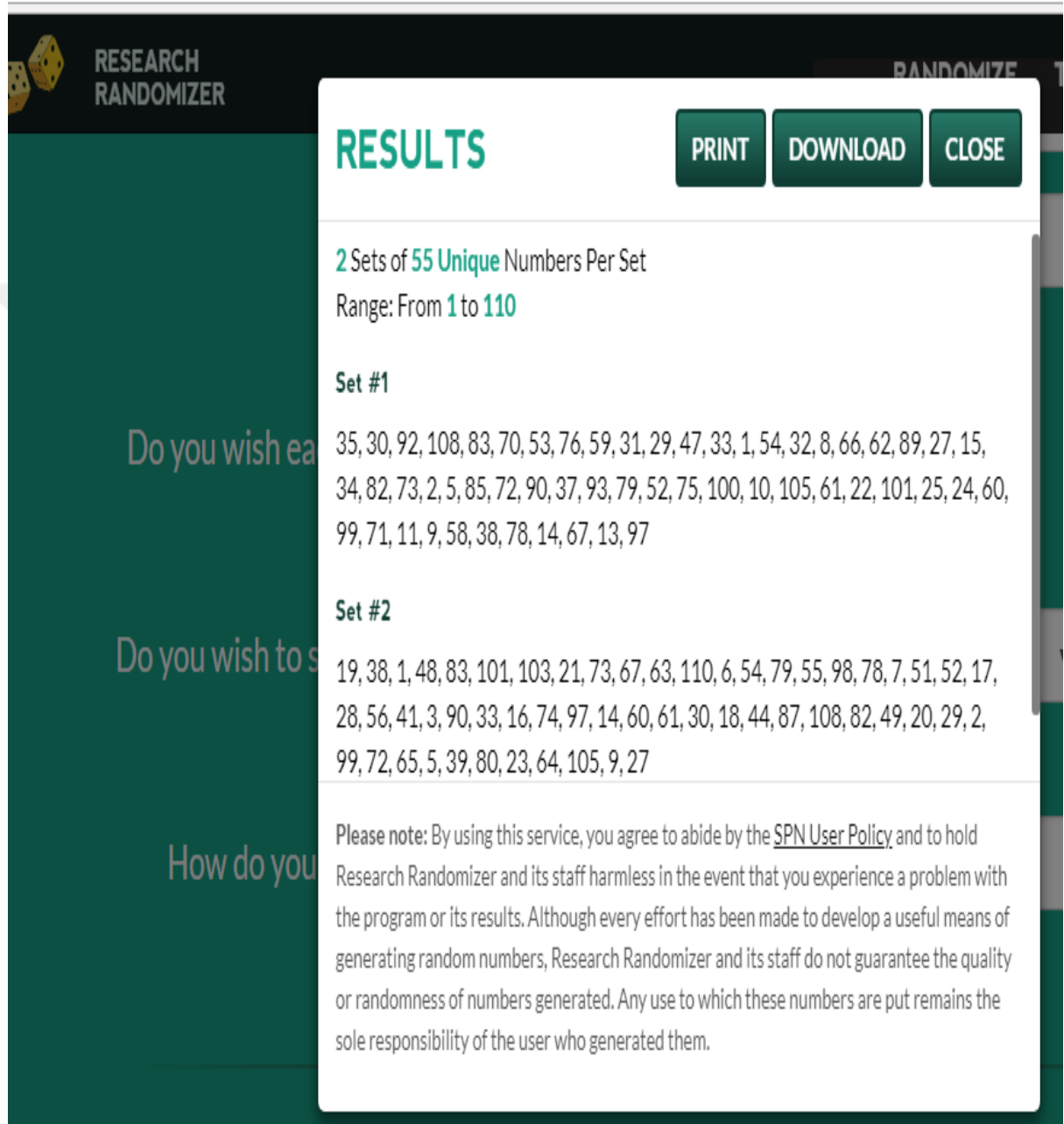
Kontrol ve müdahale grubundaki yatış, taburculuk birinci ve ikinci kontrol hastalarının stres ortalamalarının dağılımı



EK-11

Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin dağılımı

	Grup				DEĞERLENDİRME	
	Kontrol		Müdahale		χ^2	P
	n	%	n	%		
Depresyon						
Normal	182	82.7	200	90.9	10.248	0.017
Hafif	28	12.7	12	5.4		
Orta	10	4.5	6	2.7		
İleri	.	.	2	0.9		
Anksiyete						
Normal	176	80.0	173	78.6	6.123	0.106
Hafif	25	11.3	16	7.2		
Orta	18	8.1	26	11.8		
İleri	1	0.4	5	2.2		
Stres						
Normal	214	97.2	215	97.7	1.002	0.800
Hafif	4	1.8	4	1.8		
Orta	1	0.4	1	0.4		
İleri	1	0.4	.	.		



RESEARCH RANDOMIZER

RESULTS **PRINT** **DOWNLOAD** **CLOSE**

2 Sets of **55 Unique** Numbers Per Set
Range: From **1** to **110**

Set #1

35, 30, 92, 108, 83, 70, 53, 76, 59, 31, 29, 47, 33, 1, 54, 32, 8, 66, 62, 89, 27, 15, 34, 82, 73, 2, 5, 85, 72, 90, 37, 93, 79, 52, 75, 100, 10, 105, 61, 22, 101, 25, 24, 60, 99, 71, 11, 9, 58, 38, 78, 14, 67, 13, 97

Set #2

19, 38, 1, 48, 83, 101, 103, 21, 73, 67, 63, 110, 6, 54, 79, 55, 98, 78, 7, 51, 52, 17, 28, 56, 41, 3, 90, 33, 16, 74, 97, 14, 60, 61, 30, 18, 44, 87, 108, 82, 49, 20, 29, 2, 99, 72, 65, 5, 39, 80, 23, 64, 105, 9, 27

Please note: By using this service, you agree to abide by the [SPN User Policy](#) and to hold Research Randomizer and its staff harmless in the event that you experience a problem with the program or its results. Although every effort has been made to develop a useful means of generating random numbers, Research Randomizer and its staff do not guarantee the quality or randomness of numbers generated. Any use to which these numbers are put remains the sole responsibility of the user who generated them.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Fatma	Uyruğu	T.C
Soyadı	EREN	Tel no	05064404022
Doğum tarihi	05.03.1986	e-posta	eren_07_86@hotmail.com

Eğitim Bilgileri

	Mezun olduğu kurum	Mezuniyet yılı
Lise	Antalya Çağlayan Lisesi	2003
Lisans	Akdeniz Üniversitesi	2008
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi	2015-
Doktora		

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Kayseri Hacılar Toplum Sağlığı Merkezi	2009-2011
Hemşire	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi	2011-

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce		

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)

Burslar-Ödüller:

Yayınlar ve Bildiriler: