

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**KORONER ARTER BAYPAS GREFT CERRAHİSİ SONRASI
VERİLEN BİREYSEL VİDEO DESTEKLİ TABURCULUK
EĞİTİMİNİN HASTALARIN MEMNUNİYET VE KAYGILARINA
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Nursena BİRGİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GAZİANTEP-2024



LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS TEZ KABUL VE ONAY FORMU

Sağlık Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nursena Birgin tarafından hazırlanan “Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi Sonrası Verilen Video Destekli Taburculuk Eğitiminin Hastaların Memnuniyet ve Kaygılarına Etkisinin İncelenmesi ” başlıklı tez,/...../..... tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu **başarılı** bulunarak jürimiz tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

<u>Görevi</u>	<u>Unvanı, Adı ve Soyadı</u>	<u>Kurumu/Üniversitesi</u>	<u>İmzası:</u>
Tez Danışmanı	
Jüri Başkanı	
Jüri Üyesi	
Jüri Üyesi	

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Doç. Dr. Ufuk AKBAŞ
Enstitü Müdürü

TEZ BİLDİRİMİ

Bu tezdeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edildiğini ve tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

DECLARATION PAGE

I hereby declare that all information in this document has been obtained and presented in accordance with academic rules and ethical conduct. I also declare that, as required by these rules and conduct, I have fully cited and referenced all material and results that are not original to this work.

Nursena BİRGİN

Tarih:30.05.2024

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ANABİLİM DALI

**KORONER ARTER BAYPAS GREFT CERRAHİSİ SONRASI
VERİLEN BİREYSEL VIDEO DESTEKLİ TABURCULUK
EĞİTİMİNİN HASTALARIN MEMNUNİYET VE KAYGILARINA
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Nursena BİRGİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Aynur KOYUNCU**

ÖZET

Bu çalışma, Koroner Arter Baypas Greft (KABG) cerrahisi sonrası hastalara verilen standart ve bireysel video destekli taburculuk eğitiminin hastaların memnuniyet ve kaygı düzeylerine etkisini incelemek amacı ile yapıldı. Araştırmaya başlamadan önce Hasan Kalyoncu Üniversitesi ve ilgili sağlık kuruluşlarından etik onay alındı. Araştırma, Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Gaziantep Şehir Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi servisinde yatan KABG cerrahisi geçirmiş 120 hasta üzerinde yapıldı. Hastalar, kontrol grubu, standart video destekli eğitim grubu ve bireysel video destekli eğitim grubu olmak üzere üç gruba randomize edildi. Veri toplama aracı olarak, Tanıtıcı Bilgiler Formu, Hasta Eğitiminden Memnuniyet Ölçeği ve STAI Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri kullanıldı. Veriler SPSS 22.0 programı ile analiz edildi. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ değeri kabul edildi. Standart video grubu, bireysel video grubu ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı ve klinik özellikleri, kaygı ve memnuniyet düzeyleri karşılaştırıldı. Bulgular, grupların demografik ve sağlık özelliklerinin homojen olduğunu gösterdi ($p > 0.05$). Eğitim öncesi sürekli ve durumluk kaygı puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$). Eğitim sonrası bireysel video grubundaki hastaların kaygı puanlarının diğer gruplara göre daha düşük olduğu ($p = 0.001$) ve memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu ($p = 0.001$) belirlendi. Ayrıca, eğitimden memnuniyetin arttıkça durumluk kaygının azaldığı her üç grup için de saptandı ($p = 0.001$). Bu çalışma, video destekli taburculuk eğitiminin koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası hasta memnuniyetini artırıp kaygı düzeylerini azalttığını gösterdi. Bireysel video grubunda en yüksek memnuniyet ve en düşük kaygı puanları elde edildi. Bu nedenle, taburculuk eğitimi için video destekli yöntemlerin kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Koroner Arter Baypas, Hasta Eğitimi, Video Destekli Eğitim, Hasta Memnuniyeti, Kaygı.

**HASAN KALYONCU UNIVERSITY
GRADUATE EDUCATION INSTITUTE
DEPARTMENT OF NURSING SCIENCE**

**INVESTIGATION OF THE EFFECT OF VIDEO-ASSISTED
DISCHARGE EDUCATION PROVIDED AFTER CORONARY
ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY ON PATIENTS'
SATISFACTION AND ANXIETY**

Nursena BİRGİN

MASTER THESIS

**Advisor
Asst. Prof. Dr. Aynur KOYUNCU**

ABSTRACT

This study was conducted to examine the effects of standard and individualized video-assisted discharge education given to patients after Coronary Artery Bypass Graft (CABG) surgery on patient satisfaction and anxiety levels. Before starting the research, ethical approval was obtained from Hasan Kalyoncu University and relevant health institutions. The study was conducted on 120 patients who had undergone CABG surgery in the Cardiovascular Surgery departments of Gaziantep Dr. Ersin Arslan Training and Research Hospital and Gaziantep City Hospital. Patients were randomized into three groups: control group, standard video-assisted education group, and individualized video-assisted education group. Data collection tools included the Introductory Information Form, Patient Satisfaction with Education Scale, and the STAI State-Trait Anxiety Inventory. Data were analyzed using SPSS 22.0 software. A p-value of <0.05 was accepted for statistical significance. The demographic and clinical characteristics, anxiety, and satisfaction levels of patients in the standard video group, individualized video group, and control group were compared. The findings showed that the demographic and health characteristics of the groups were homogeneous ($p>0.05$). There was no significant difference in pre-education state and trait anxiety scores ($p>0.05$). Post-education, the anxiety scores of patients in the individualized video group were lower ($p=0.001$) and their satisfaction levels were higher ($p=0.001$) compared to the other groups. Furthermore, it was found that as education satisfaction increased, state anxiety decreased in all three groups ($p=0.001$). This study demonstrated that video-assisted discharge education after coronary artery bypass graft surgery increases patient satisfaction and reduces anxiety levels. The highest satisfaction and lowest anxiety scores were obtained in the individualized video group. Therefore, the use of video-assisted methods for discharge education is recommended.

Keywords: Coronary Artery Bypass, Patient Education, Video-Assisted Education, Patient Satisfaction, Anxiety.

ÖNSÖZ

Koroner arter baypas greft (KABG) cerrahisi, ciddi kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde yaygın olarak uygulanan bir prosedürdür. Ancak, cerrahi sonrası dönemde hastaların yaşadığı kaygı ve memnuniyet düzeyleri, taburculuk eğitiminin niteliğine bağlı olarak değişkenlik gösterebilir. Bu çalışma, KABG cerrahisi sonrası hastalara verilen video destekli taburculuk eğitiminin, hastaların kaygı seviyeleri ve eğitimden memnuniyetleri üzerindeki etkilerini incelemeyi amaçlamaktadır.

Araştırma kapsamında, hastalar taburculuk öncesi bilgilendirilmiş ve yazılı onamları alınarak çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalara, video destekli eğitim materyalleri sunulmuş ve bu materyaller aracılığıyla cerrahi sonrası bakım, ilaç kullanımı, fiziksel aktivite ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi konularda kapsamlı bilgiler verilmiştir. Eğitim sürecinde, hastaların sürekli ve durumluk kaygı seviyeleri ölçülmüş ve bu seviyelerin video destekli eğitimle nasıl değiştiği analiz edilmiştir.

Video destekli taburculuk eğitimi, hastaların bilgiyi daha iyi anlamalarını ve hatırlamalarını sağlayarak eğitimden memnuniyetlerini artırmayı hedeflemektedir. Eğitim sonrası hastaların kaygı ve memnuniyet düzeyleri anketler aracılığıyla değerlendirilmiş ve sonuçlar detaylı bir şekilde analiz edilmiştir. Bu çalışmanın bulguları, KABG cerrahisi sonrası hastaların taburculuk sürecinde daha az kaygı yaşamalarına ve eğitimden daha yüksek memnuniyet duymasına katkıda bulunabilecek önemli bilgiler sunmaktadır. Bu sayede, klinik uygulamaların geliştirilmesi ve hasta eğitimlerinin daha etkili hale getirilmesi hedeflenmektedir.

Nursena BİRGİN
Gaziantep-2024

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans dönemim süresince tüm bilgilerini benimle paylaşmaktan kaçınmayan, her türlü konuda desteğini benden esirgemeyen, her zaman ulaşabildiğim, bana her konuda yardımcı olan, güler yüzlü, anlayışlı, düşünceli, danışman hocam olduğu için kendimi şanslı hissettiğim ve tezimde büyük emeği olan değerli danışman hocam, Dr. Öğr. Üyesi Aynur KOYUNCU 'ya,

Yüksek Lisans dönemim süresince bizimle değerli bilgilerini ve tecrübelerini paylaşan güler yüzlü, anlayışlı ve eğitimimiz boyunca kendimizi geliştirmemiz için bizi destekleyen değerli hocam Prof. Dr. Ayla YAVA 'ya,

Tez dönemim süresince bana yardımcı olan DR Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Gaziantep Şehir Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi doktorları ve servis hemşirelerine,

Yüksek Lisans dönemim süresince her zaman bana destek olan ve bana güvenen aileme sonsuz teşekkür ederim.

Nursena BİRGİN
GAZİANTEP-2024

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
ÖNSÖZ	vi
TEŞEKKÜR	vii
İÇİNDEKİLER	viii
ÇİZELGE LİSTESİ.....	x
ŞEKİL LİSTESİ.....	xii
GRAFİK LİSTESİ.....	xiii
KISALTMALAR	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Konun Önemi ve Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Kardiyovasküler Hastalıklar	3
2.1.1. Kardiyovasküler hastalıklar tanı ve kriterleri	3
2.1.2. Koroner Arter hastalığı	4
2.1.3. Koroner Arter hastalığı risk etkenleri	4
2.1.4. Koroner Arter Baypas Greft cerrahisi ve teknikleri.....	4
2.1.5. Koroner Arter Baypas Greft cerrahisi komplikasyonları.....	5
2.2. Cerrahi Sonrası Taburculuk Eğitimi	6
2.2.1. Koroner Arter Baypas Greft cerrahisi taburculuk eğitimi	8
2.2.2. Koroner Arter Baypas Greft cerrahisinde videolu taburculuk eğitimi	9
3. GEREÇ-YÖNTEM.....	11
3.1. Araştırmanın Hipotezleri	11
3.2. Araştırmanın Etik Yönü.....	11
3.3. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı.....	12
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	12
3.5. Örneklem Ölçütleri	14
3.6. Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri	15
3.7. Veri Toplama Gereci	15
3.8. Standart Video Destekli Eğitimin Hazırlanması.....	17
3.9. Bireysel Video Destekli Eğitimin Hazırlanması.....	18
3.10. Araştırmanın Uygulanması	19
3.11. Verilerin İstatistiksel Analizi	21

4. BULGULAR	22
4.1. Standart Video, Bireysel Video ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanıtıcı ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	22
4.2. Standart Video, Bireysel Video ve Kontrol Grubundaki Hastaların Kaygı ve Hasta Eğitiminden Memnuniyetlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	24
4.3. Standart Video, Bireysel Video ve Kontrol Grubundaki Hastaların Eğitimden Memnuniyet Puanları ve Durumluk Kaygı Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesine İlişkin Bulgular	29
5. TARTIŞMA	30
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	34
KAYNAKÇA	37
EKLER	43
ÖZGEÇMİŞ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Standart video, bireysel video ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması (N=120).....	23
Tablo 4.2. Hasta eğitiminden önce standart video, bireysel video ve kontrol grubunda buluna hastaların sürekli ve durumluk kaygı puanlarının karşılaştırılması (N=120).	24
Tablo 4.3. Hasta eğitiminden sonra standart video, bireysel video ve kontrol grubunda buluna hastaların durumluk kaygı puanlarının karşılaştırılması (N=120).....	25
Tablo 4.4. Hasta eğitiminden sonra standart video, bireysel video ve kontrol grubunda buluna hastaların hasta eğitiminden memnuniyet ölçeği toplam puanlarının karşılaştırılması (N=120).	25
Tablo 4.5. Standart video, bireysel video ve kontrol grubundaki hastaların eğitimden memnuniyet puanları ve durumluk kaygı puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi (N=120).....	29



ŞEKİL LİSTESİ

- Şekil 3.1.** Araştırmanın örneklem büyüklüğünün hesaplanması. 13
Şekil 3.2. Randomize araştırmalar için Consort diyagramı. 14



GRAFİK LİSTESİ

- Grafik 4.1.** Standart video, bireysel video ve kontrol grubunda bulunan hastaların eğitimde konuyu anlamamı kolaylaştırıcı materyaller kullanıldığını düşünüyorum önermesine verdikleri yanıtların karşılaştırılması (N= 120)..... 26
- Grafik 4.2.** Standart video, bireysel video ve kontrol grubunda bulunan hastaların eğitimde öğrenmeyi istediğim bilgilere ulaştığımı düşünüyorum önermesine verdikleri yanıtların karşılaştırılması (N= 120)..... 27
- Grafik 4.3.** Standart video, bireysel video ve kontrol grubunda bulunan hastaların aldığım eğitimi taburcu olduktan sonrada günlük hayatımda kullanabileceğimi düşünüyorum önermesine verdikleri yanıtların karşılaştırılması (N= 120)..... 28



KISALTMALAR

BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BVG	: Bireysel Video Grubu
HEMÖ	: Hasta Eğitiminden Memnuniyet Ölçeği
KABG	: Koroner Arter Baypas Greft
KG	: Kontrol Grubu
SS	: Standart Sapma
SVG	: Standart Video Grubu



1. GİRİŞ

1.1. Konun Önemi ve Problemin Tanımı

Koroner Arter Baypas Greft (KABG) cerrahisi büyük ve karmaşık prosedürleri içerir (1, 2). Hastalar taburculuk sonrası evde, mortalite ve morbiditeye neden olabilecek çeşitli problemler yaşayabilirler (3). Bu problemlerden en önemlileri; yara bakımı ve enfeksiyon riski (4), hareket kısıtlılığı nedeniyle günlük aktivitelerde zorlanma, ağrı (5), ve uyku problemleridir (6). Ayrıca, hastalar taburculuk sonrasında duygusal ve psikolojik zorluklar da yaşayabilirler. Bu zorluklar hastalarda kaygı ve depresyon riskini artırır (7, 8). KABG cerrahisi uygulanan hastalar taburculuk sonrası ilk 30 günde çok sayıda komplikasyon ile ilişkilendirilmiştir (3, 9). Taburculuk sonrasında hastaların yaklaşık beşte biri operasyondan sonraki 30 gün içinde komplikasyonlar nedeniyle hastaneye yeniden yatırılmaktadır (10). Taburculuk sonrasında komplikasyon gelişen hastalarda mortalite ve morbiditenin arttığı raporlanmaktadır (3).

Hastane ile ev arasındaki geçiş, günümüzde sağlık yönetiminin ana odak noktalarından biridir. KABG cerrahisi sonrası hastane ortamından ayrılma hazırlığı, başarılı bir taburculuk için kilit bir faktör olarak kabul edilir. Hastalara uygulanan taburculuk eğitiminin kalitesi iyileşme sürecinin kalitesini doğrudan etkileyen önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir (10-12). KABG cerrahisi uygulanan hastalarda ilk 30 gün içinde gelişen komplikasyonların ve hastaneye yatış nedenlerinin aslında önlenabilir nitelikte olduğu belirtilmektedir (3, 9, 10). KABG cerrahisi uygulanan hastalara etkili bir taburculuk planlamasının yapılması, hastaların uzun dönem sağlık sonuçları üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. Yapılan çalışmalarda, etkili bir taburculuk eğitiminin, önlenabilir komplikasyonların sayısını azaltabileceği raporlanmaktadır (10-12).

Taburculuk planlamasında kullanılan eğitim türü, etkili taburculuk üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (11). En etkili hasta eğitiminin nasıl yapılması gerektiği konusunda çok az şey bilinmekte, farklı yaklaşımların uygulandığı çalışmalar bulunmaktadır (11, 13-17). Kişiye özel taburculuk eğitimi uygulanması ile hastaların taburculuk sürecine daha iyi hazırlanmaları ve iyileşme sürecinde daha az komplikasyon yaşayabilecekleri raporlanmaktadır (10, 11, 18). Bir çalışmada, bireyselleştirilmiş taburculuk eğitimi uygulanması ile hastaların tekrar hastaneye yatış

oranlarının azaltılabileceği bildirilmiştir (18). Başka bir çalışmada ise bireyselleştirilmiş taburculuk eğitiminin hastaların öz bakım becerileri ve uyum sağlama süreçlerinin olumlu yönde etkilendiği gösterilmiştir (10). Ayrıca bireyselleştirilmiş taburculuk eğitimi ile hastaların iyilik hallerinin arttırılabileceği (12) ağrı, anksiyete ve depresyonun etkilerinin azaltılabileceğine dair kanıtlar mevcuttur (14-19).

KABG cerrahisi uygulanan hastalarda video destekli eğitimin yararlarına dair raporlar artmaktadır (8, 13-17). Hasta eğitiminin sesli ve görüntülü kaynaklar kullanılarak yapılması, eğitimin daha iyi anlaşılmasını sağlayarak hasta sonuçlarını iyileştirmede etkili olduğu gösterilmiştir (13). Bir çalışmada postoperatif süreçte video ve hasta ile sanal görüşmeleri içeren girişimlerin hastaların acil servislere ihtiyacını azaltarak, iyileşme sürecini hızlandırdığı, sağlık hizmeti maliyetlerini azalttığı belirlenmiştir (15). KABG cerrahisi uygulanacak hastalara preoperatif süreçte video destekli eğitimi verilmesinin hastalarda kaygı seviyesini azalttığı ve memnuniyeti arttırdığı belirlenmiştir (16, 17). Ancak literatürde bireysel video destekli taburculuk eğitiminin sonuçlarının test edildiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Bireysel video destekli taburculuk eğitimi, hastaların cerrahi ve sonrasında karşılaşılabilecekleri problemler hakkında doğru bilgiye sahip olmalarını sağlar. Taburculuk esnasında anlatılan bilgileri tekrar izleyerek unuttukları veya iyi anlaşılmayan bilgilere tekrar ulaşabilirler. Bu da hastaların tedavi sürecine daha aktif katılımını sağlayarak ve taburculuk sonrasındaki problemlerinin yönetimini kolaylaştırabilir. Bu sayede hastalara bireysel olarak verilecek video destekli taburculuk eğitimi, hastaların evde buldukları süre içinde kendilerini güvende hissetmelerini sağlayarak, kaygılarını azaltabilir ve memnuniyetlerini arttırabilir. Ayrıca bu konuda yapılacak bir çalışmadan elde edilecek olan bilgilerin sağlık hizmetlerinin daha etkin ve hasta odaklı hale getirilmesine katkıda bulunabileceği değerlendirilmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, koroner arter baypas greft cerrahisi uygulanan hastalara verilen standart ve bireysel video destekli taburculuk eğitiminin hastaların memnuniyet ve kaygılarına etkisini incelemek amacı ile yapıldı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kardiyovasküler Hastalıklar

2.1.1. Kardiyovasküler hastalıklar tanı ve kriterleri

İnsan sağlığına etkisi olan önemli kronik hastalıklardan birisi de kalp hastalıklarıdır. Dünyada kronik kalp hastalığı bulunan kişilerin sayısı ve bu hastalık grubuyla bağlantılı mortalite sayısı her geçen gün artış göstermektedir. En son açıklanan verilerde küresel mortalitenin %71'inin bulaşıcı olmayan hastalıklara (kanser, kardiyovasküler hastalıklar, solunum sistemi hastalıkları, diyabetes mellitus) bağlı olduğu belirlenmiştir. Kardiyak hastalıklar bulaşıcı olmayan bu kronik hastalıklara özgü mortalitenin %44'ünü ve küresel mortalitenin %32'sini oluşturmaktadır. Kalp hastalıkları genellikle ilerlemiş yaş grubuna ait hastalık olarak anılsa da son yıllarda gençleri ve orta yaşlıları da etkilediği belirlenmiştir (20). Türkiye kalp hastalıkları yönünden yüksek riskli bir ülke olmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2019 yılı mortalite oranlarına göre Türkiye için bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilişkili ölüm sayıları %40 oranla kalp ve damar hastalıkları birinci olarak bulunmaktadır (21). Türkiye nüfusunun her geçen gün yaşlanması sebebiyle bu sayının gelecekte yükseleceği tahmin edilmektedir (20).

Kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörleri tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, alkol kullanımı ve yetersiz fiziksel aktivite gibi davranışları içerir. Bunlar ayrıca, yaşlanma, gelir ve kentleşme gibi altta yatan sosyal faktörler ve itici güçlerle bağlantılı hipertansiyon, kolesterol ve yüksek kan şekeri veya glikoz gibi fizyolojik faktörleri de içerir (22). Kalıtım, ruhsal düzey ve yaşanılan çevre gibi nitelikler ile sağlıksız beslenme, hareketsiz yaşam, sigara ve alkol kullanımı gibi hayat tarzı tutumları kardiyak hastalıkların gelişmesine sebep olmaktadır (20). Kardiyovasküler hastalıklar küresel olarak önde gelen ölüm nedenidir ve dünya çapındaki ölümlerin tahmini %32'sini oluşturmaktadır (22). Dünya Kalp Federasyonu, 2030 yılına kadar yılda 23 milyondan fazla kardiyovasküler hastalık ile bağlantılı ölüm öngörmektedir (23). DSÖ, bu hastalıklara yakalanma olasılığını, hastalık oranını ve ölüm oranını düşürmek amacıyla küresel planlar oluşturarak kardiyovasküler hastalıkları engelleme, yönetebilme ve izlemek konusunda devletlere destek olmaktadır. Bu planlar, risk etkenlerini düşürmeyi, bakım kalitesini ilerletmeyi, kardiyovasküler hastalığı olan

hastalara bakım vermek için sağlık sistemi kapasitesini yükseltmeyi ve milli eylemleri ve dünyaya özgü yöntemleri aktarmak amacıyla hastalıkların şekillerini ve hastalıkların yönelimlerinin takibini içerir (24).

2.1.2. Koroner Arter hastalığı

Koroner arter hastalığı, miyokarda kan ve oksijenin yeterli düzeyde bulunamamasıdır. Koroner arterlerdeki tıkanıklıklardan dolayı olur ve yeterli oksijenlenememesine sebep olmaktadır. Genel olarak koroner arterlerdeki kan akımını yavaşlatan plakaların meydana gelmesinden kaynaklanır (25). Koroner arter hastalığı çok faktörlü bir olgudur. Etyolojik etkenler değiştirilemez ve değiştirilebilir etkenler şeklinde gruplandırılabilir (26).

2.1.3. Koroner Arter hastalığı risk etkenleri

Değiştirilemez risk etkenleri Değiştirilebilir risk etkenleri

- YaşSağlıksız beslenme
- Cinsiyet
- Yüksek kolesterol
- Aile öyküsünde hastalığın olması
- Hipertansiyon
- Diabetes mellitus
- Alkol- sigara kullanımı
- Obezite
- Sedanter yaşam
- Stres
- Kadınlarda östrojen eksikliği

2.1.4. Koroner Arter Baypas Greft cerrahisi ve teknikleri

Hayat kalitesine etkisi olan koroner arter hastalıklarının tedavisinde en fazla uygulanan tedavi şekillerinden biri KABG cerrahisidir. Teknoloji, bilgi ve gerçekleşen ilerlemeler neticesinde kardiyak cerrahi birçok merkezde düşük seviyede mortaliteyle yapılabilir duruma gelmiştir (28). Koroner arter bypass grefti ameliyatı çeşitli cerrahi

metotlarla gerçekleştirilir. On-pump (kardiyopulmoner bypass yardımı ile) ve off-pump (kardiyopulmoner bypass yardımı olmaksızın) şekilde gerçekleştirildiği gibi çeşitli cerrahi yöntemlerle, robotik veya minimal girişimsel yöntemlerle koroner arter bypass cerrahileri bulunmaktadır (29). Cerrahi travmanın minimum olmasından dolayı off-pump Koroner Bypass, on-pump Koroner Bypass'a oransal olarak daha az invazivdir (30).

Koroner Arter Bypass Greft ameliyatında venöz ve arteriyel greftler tercih edilmektedir. Ven greftlerinde en çok tercih edilen greft Safen Ven Grefti'dir. Safen ven grefti tercih edildiğinde standart açık metod ve endoskopi ile safen veni yerinden alma yöntemi genellikle tercih edilmektedir. Venin tam olarak açık şekilde alındığı klasik yöntemle Safen Ven Greft çıkarma sonrasında yara iyileşmesi uzun sürer, bu hasta ve sağlık personelleri açısından daha fazla zaman alır. Hastada ise ağrı, ödem ve iyileşmeyen insizyon alanı, yağ nekrozu gibi problemler görülür. Safen venin endoskop ile alınması bu duruma yönelik çözüm niteliğinde uygulanan bir tekniktir (31).

Açık kalp cerrahisinde kalp ve mediastinal dokulara girmek için günümüzde uygulanan en yaygın insizyon tekniği Median Sternotomi Tekniği'dir. Ameliyat sonrası dönemde Median Sternotomi tekniğine bağlı olarak yaygın olmayan ancak kritik olarak gözlenen komplikasyonlardan birisi de sternal dehissensdir. Sternal dehissens, göğüsün ön duvarında ağrı, pulmoner disfonksiyon, derin ve yüzeysel sternum yara alanı enfeksiyonları oluşmasına neden olarak morbidite ve mortaliteyi seviyelerini yükseltebilir. Sternal dehissens çoğunlukla cerrahi sonrası ilk günlerde veya haftalar içerisinde gelişir. Bunun olmaması amacıyla iyi bir sternal sabitleme gerekir. Sternal dehissens oluşmasında hastaya ait özellikler ve hastanın kemik dokusu kadar yapılan cerrahi kapama yöntemi de önem arz eder. Median sternotomi tekniği sonrasında sternum kemiğinin çelik tellerle bir araya getirilmesi uygulama kolaylığı, maliyeti ve etkinlik yönünden konvansiyonel sternum kapatma tekniği şeklinde kabul edilmiştir (32).

2.1.5. Koroner Arter Baypas Greft cerrahisi komplikasyonları

Kalp cerrahisinin ardından yaşamsal açıdan kritik komplikasyonlar oluşabilir (33), ve morbiditenin taburcu olduktan sonra en fazla düzeyde ilk hafta görüldüğü, 4. haftada ise en az düzeye düştüğü belirlenmiştir (34). Koroner Arter Bypass Greft cerrahisinden sonra kardiyak yetmezlik, aritmi, pulmoner enfeksiyon ve malnütrisyon

kolay bir şekilde gelişir (35). Kardiyak cerrahisinin nörolojik komplikasyonlarında iskemik inme ve hemorajik inme, nöbetler, deliryum, serebral hipoperfüzyon sendromu, kranial ve periferik sinir yaralanmaları ve postoperatif kognitif gerileme bulunur (37).

Kardiyak cerrahisi kardiyovasküler hastalık hikayesi ve yaşlılıkla beraber hastaların günlük aktiviteleri yapmasına engel olan birçok farklı komplikasyonla alakalıdır. Bu cerrahi modalite gerçekleşen hastalarda Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi sonrası gelişen komplikasyonların sayısının düşürülmesi ve kalp debisinin yükseltilmesi yaşamsal olarak önemlidir (35). Cerrahi yöntemlere ek ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası bakımdaki yeniliklere rağmen, Koroner Arter Bypass Greft ameliyatı sonrasında hastaların iyileşmesi, ileri yaş, kadın cinsiyet, hipertansiyon, diabetes mellitus, inme öyküsü, karotid arter stenozu, renal disfonksiyonu, obezite gibi asıl önemli olan riskli gruplarda oluşan komplikasyonlardan etkilenmeye devam etmektedir. Bu komplikasyonlar sistemik enflamasyon, postoperatif atriyal fibrilasyon, miyokard enfarktüsü, sternal yara enfeksiyonu, inme, greft yetmezliği ve böbrek fonksiyon bozukluğudur. Koroner Arter Bypass Greft cerrahisinden sonra komplikasyonların hastaların iyileşme ve sağlık harcamaları üzerinde önemli etkisi vardır (38). Koroner Arter Bypass Greft ameliyatı başarı yüzdesi yüksek olmasına karşın hastalar hastanedeyken veya taburcu olduktan sonra evde problemler ve komplikasyonlarla yaşayabilirler. Bu problemler ve komplikasyonlar yeterli olmayan taburculuk planı ve taburculuk eğitimi ile daha fazla yükselmektedir (39).

2.2. Cerrahi Sonrası Taburculuk Eğitimi

Taburculuk eğitimi, hasta ve ailesinin sağlık tutumlarını değiştiren ve refah seviyelerini geliştiren ve hastalarla ailelerinin değerlendirmesini yapan ve bunun sonucunu aktaran geliştirilmiş, bireysel ve sistematik bir süreçtir (40). Önemli bir şekilde taburculuk eğitiminin türü, ne zaman yapıldığı, dozu; sağlıkla alakalı hayat standartlarını bozan problemlerin oluşmasına, öz bakım faaliyetlerini gerçekleştirebilme konusunda uygun olmayarak, sayısı artan yeniden yatışlara sebep olabilir (41, 42). Taburculuk planlaması evde bakım ihtiyaçlarının belirlenmesini, bakımın sürekliliğini ve bakım kalitesinin iyileştirilmesini sağlar (39). Eğitimin yapılması etkili olması yönünden önemlidir (43). Hastaların cinsiyeti, yaşı, eğitim düzeyi, sağlık okuryazarlık düzeyi gibi kişisel özellikler hastanın ihtiyacı olan bilgi seviyesini etkiler. Buna ek olarak hastaların kişiliği ve ruhsal durumu (endişe, korku) bilgi algısını etkileyebilecek

düzyeyde sağlık personeli ile hasta iletişimini etkilemektedir. Başarılı bir eğitim için yeterli sayıda personel, iyi bir organizasyon ve personelin güzel tavırları önemli unsurlardır (44). Hemşirelerin; hastaların ameliyat öncesi ve sonrası bakım ve iyileşme dönemi ile ilgili eğitimde önemli rolü vardır (45). Taburculuk eğitimi verenler arasındaki zaman kısıtlılığı ve taburculuk eğitiminin bir standardının olmaması, taburculuk sonrası kullanılacak ilaçlar ve hasta bireylerin yaşayabileceği engeller iletişimi genellikle engellemektedir. Hasta bireyler taburculuk öğretimin yeterliliğini algılayabilseler dahi, özellikle sağlık okuryazarlığı az olan bireyler ve yaşlı bireyler olmak üzere birçok birey yazılı kuralları anlamakta zorluk yaşarlar (46).

Ameliyattan sonra ne bekleyeceği konusunda etkili hasta eğitimi, hasta bakıcının ortak bakıma bağlılığını artırmak ve hastaneye yeniden yatış oranları da dahil olmak üzere hasta sonuçlarını iyileştirmek ve yaşam kalitesi için çok önemlidir. Etkili bir hasta eğitimi, hastaya verilen bilgileri kullanılan araç, format ve miktarı dahil çeşitli etkenlere bağlıdır. Beraber uygulanma biçiminde kişiselleştirilmiş eğitim içeriğinin, hasta bilgisinin ve davranış değişikliğinde gelişme olduğu belirlenmiştir. Bununla beraber hastalar yeni bilgiler öğrenirken, daha fazla bilgi, yaşa özgü bellek değişimleri ve tıbbi bilgilerin hatırlanmasında engel olan kaygı gibi çeşitli sıkıntılar yaşarlar (47). Hastalara cerrahiden sonra hayat kalitesinin yükselmesi ve günlük hayatlarına uyum sağlayabilmeleri açısından hasta bireylere taburcu olmadan öncesinde başlayıp kapsamlı bir eğitim düzenlenmelidir. Cerrahi sonrası ğretim programı, hem hasta bireye hem de evde bakım veren bireylere yönelik olmalıdır. Hasta bireylere verilen öğretimin hasta bireyin ihtiyaçlarını sağlayabilmesi için kapsamlı ve planlı olması gereklidir (48). Hastalar hastaneden çıktıktan sonra birçok risk ve sıkıntı ile yüz yüze gelir. Hastalara taburculuk dönemi sonrasında iyileşme ile ilgili bilgi veren, gereken kaynağa ulaşmayı kolaylaştıran ve özyeterliliği sağlayan uygulamalar, hastanın sağlığını ve hayat kalitesinin iyileşmesinde ve tekrar yatış oranını azaltmada başarılıdır (49). Cerrahi girişim geçiren hastanın evdeki bakımına özgü eğitim konuları genellikle cerrahi işlem sebebiyle değişen günlük yaşam aktivitelere uyumlanma ve kendi öz bakımını sağlama, kullanacağı ilaçlar, ameliyata özgü bakımları sağlarken yapması gerekenler, ev ziyaretleri ve sağlık personelleri ile nasıl iletişim kuracağı gibi konu başlıkları altında birleşmektedir (50).

2.2.1. Koroner Arter Baypas Greft cerrahisi taburculuk eğitimi

Kalp ameliyatından sonra, hasta ve ailesinin genellikle kaygıları ve eğitim ihtiyacı bulunur ve birçok hasta ve hasta yakını taburcu olduktan sonra gelişen yaşam kalitesi ile ilgili endişeleri bulunmaktadır (51). Açık kalp cerrahisinden sonra hastaların içinde bulunduğu değişime uyum sağlayarak günlük hayatlarına dönmeleri vakit almaktadır. Ayrıca yaşadıkları durumdan hayat kaliteleri negatif yönden etkilenmektedir (52). Bir kardiyak cerrahiden sonra temizlik, beslenme, fiziksel aktivite çocukların bakıcıları için devamlı bir şüphe oluşturabilir. Çocuk bakımında olumlu durumları artırmak amacıyla sağlığın geliştirilmesi ve teşviki, kalp hastası olan çocukların ailelerinin ruhen güçlendirilmesi kavramlarının ilave edilmesiyle uygulanabilecek eğitim önerilmektedir. Taburcu olmaya hazırlanan aileler için sağlık eğitimi uygulamaları erken başlatılmalıdır, böylece ebeveynlerdeki belirsizlikler giderilerek evde çocuklarıyla ilgilenebilir ve evdeyken çocuğun sağlık durumunun kötüleştiğini fark ederek sağlık hizmetleri ile iletişime geçebilirler (53). Palyatif kalp cerrahisi sonrası evde çocuk bakımı anne için zorlu bir süreçtir. Birçok prosedürel durumları; örneğin şant takılmasından kaynaklanan riskler, çocuğun yeterli kaloriyi alamamasından dolayı gelişmemesi, artan metabolik ihtiyaçlar, gastrointestinal, genetik ve diğer kalp dışı hastalıkların eklenmesiyle birçok etkeni idare etmek zorundadır (54, 55). Palyatif kalp cerrahisinin prosedürleri, hastanın birden çok cerrahi geçirmesini gerektirir, bu durum ebeveynlerin psikolojik, sosyal hatta finansal durumunu etkiler (56, 57). Taburculuk sonrası, ebeveynlerin hastanenin yüksek standartlı tıbbi bakımı olmaksızın konjenital kalp hastalığı cerrahisi olan bebeklere bağımsız şekilde bakım vermeleri gereklidir ve bebeklere bakım vermenin stresi haftalarca, aylarca belki yıllarca devam edebilir, bu durum ebeveynlerin fiziksel ve zihinsel sağlığı ile hayat standardının azalmasına sebep olur (58).

Taburculuk eğitimi evin içinde ihtiyacı olan bakımın tanımlanmasını, bakımın devamlılığını ve bakımın niteliğinin düzeltilmesini amaçlar. Taburculuk öğretimi, hasta bireyin hastaneye yatışı ile başlamakta ve hasta bireyin evinde daha kaliteli şekilde öz bakımını devam ettirmeyi sağlayan bir dönemdir. Taburculuk eğitimi ile hastaların iyileşmesi hızlanır, öz bakım yeteneklerinde ilerleme olur, sorunlarla baş edebilme ve uyum dönemleri güzel bir şekilde seyredir. Hasta bireylere yapılan tam ve güzel bir eğitim ile hastanın tıbbi durumu daha basit şekilde algılanır; hastalık yönetimi gelişebilir; olabilecek problemler ve yapılacak çözümlerle ilgili bilgiler aktarılabilir.

Taburculuk eğitimi sonucunda hastanede kalma süresi azalacak; hastanın memnuniyet düzeyi yükselecek ve sağlık harcamalarında düşmeler görülecektir (39).

2.2.2. Koroner Arter Baypas Greft cerrahisinde videolu taburculuk eğitimi

Bu dönemde geleneksel olarak uygulanan eğitimin temel unsurları olan sözel veya yazılı şekilde verilen eğitimde çoğunlukla hemşire ya da hekim tarafından elzem olan konuların belirlenmesi (60), hastaların yetersiz bilgilenmesine, tedaviye uyumsuzluğa, baş etme becerilerinin azalmasına ve hastaya bakım sağlayacak kişilerin problem yaşamasına sebep olabilmektedir (61). Buna ilaveten, eğitim veren kişi nedenli tutarsız durumlar, hastanın ihtiyacı ile eğitim verenin değerlendirmesi arasındaki bağlantı kurulamaması yazılı olarak detaylı bilgilendirme ve hastanın bilgi seviyesiyle alakalı olmayan bilgilerde geleneksel olan eğitimin kötü yönlerini oluşturur. Sadece sözlü eğitim çoğunlukla akılda kalmaz veya yanlış anımsanmaktadır. Hastanın ve hemşirenin eğitim için uygun zamanlarının olmaması, hemşirenin eğitim için düzenlediği zamanın uygunsuzluğu da sebep olabilir. Bu nedenle, eğitimin veriliş şekli (yazıyla, sözel, elektronik), ortam, anlatan kişinin becerisi, eğitimin sıklığı, hastanın öğrenme ve öğrendiği bilgileri uygulama becerisini önemli seviyede etkiler (60, 61). Verilen eğitim ne kadar çok duyu organına iletilirse, etkin olması o düzeyde artar ve yapılan öğretim unutulmaz, etkinliği fazla ve öğrenme süresi daha çabuk olur. Öğretim yapılırken birden çok duyuya iletmek ise materyal kullanılmasını destekler. Geleneksel öğretimde bu pek sağlanamaz (27).

Sözlü yatan hasta eğitimine ek olarak taburculukta hastalara yazılı talimatlar verilir. Bununla birlikte, taburculuk talimatlarının, özellikle hastalar eve döndükten sonra, ameliyat sonrası taburculuk sonrası iyileşmede anlaşılması ve rolü henüz keşfedilmemiştir (62). Ameliyat olan hastalar taburcu olunca yaşadıkları problemlerin üstesinden gelemelerse yeniden yatışlar gerçekleşir (49). Eğitsel yaklaşımlar, hastaların hayat standartları ve sahip oldukları bilgileri geliştirme hakkında bir potansiyeli vardır. Bu sebeple, teknolojiyle beraber verilen taburculuk eğitiminin terapötik etkinliklerin kontrol edilmesinde yardımcı olmak amacıyla tedavinin idaresi ve bakım yaklaşımları için öğretici olarak kullanılabilir (50). Kardiyak cerrahi sonrasında hasta eğitimi için çeşitli yöntemler ve teknolojiler kullanılabilir. Video kaynakları, sanal gerçeklik temelli uygulamalar, CD'ler, DVD'ler gibi eğitim gereçleri, uygulamalar gibi teknolojiler şu dönemde yaygındır. Hastalar bu gereçlerin dışında elektronik kitapçıklar ve broşürler

gibi diğer yöntemleri tercih edebilirler (42, 44). Video kullanmak gibi multimedya çözümler, sözlü ve yazılı kurallara yönelik doğru ve tam bir eğitim sağlayabilir (46). Ayrıca videolu eğitimde sağlık personelinin hastalara ğretimi iletirmek için sunum yaparken rol-model bulunmasının videolu öğretimin etkisinin yüksek düzeyde bulunduğu belirlenmiştir (52). Bir videonun bir eğitim aracı amacıyla kullanılması, yazılı materyallerden veya eğitim oturumlarından daha az sayıda kaynak kullanarak öğrenen bireyler arasında standardizasyonu sağlanmış içerik bulundurmak avantaj sağlar ve diğer tıbbi haller için sağlık okuryazarlık seviyesi az olan izleyiciler için de etkili olduğu gösterilmiştir (54). Hastalar istedikleri zaman, ilgisini çeken peri prosedürel önlemleri veya hastalığı nleme ile ilgili bilgileri hatırlamak için ilgili video sahnesini istediği zaman, istediği yerde izleyebilir. Videoyu tekrarlı izleyebilmesi, bireyin bilgi içeriğini pekiştirir ve kişisel bakım seviyesini yükseltir (55).

3. GEREÇ-YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırma kapsamında aşağıdaki hipotezler test edildi.

H0₁: Koroner baypas greft cerrahisi uygulanan hastalara bireysel video destekli taburculuk eğitimi verilmesi hastaların memnuniyetlerini etkilemez.

H1₁: Koroner baypas greft cerrahisi uygulanan hastalara bireysel video destekli taburculuk eğitimi verilmesi hastaların memnuniyetlerini etkiler.

H0₂: Koroner baypas greft cerrahisi uygulanan hastalara bireysel video destekli taburculuk eğitimi verilmesi hastaların kaygılarını etkilemez.

H1₂: Koroner baypas greft cerrahisi uygulanan hastalara bireysel video destekli taburculuk eğitimi verilmesi hastaların kaygılarını etkiler.

H0₃: Koroner baypas greft cerrahisi uygulanan hastalara bireysel video destekli taburculuk eğitimi uygulanan hastaların memnuniyet ve kaygı puanları arasında ilişki yoktur.

H1₃: Koroner baypas greft cerrahisi uygulanan hastalara bireysel video destekli taburculuk eğitimi uygulanan hastaların memnuniyet ve kaygı puanları arasında ilişki vardır.

3.2. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisans Üstü Enstitüsü Yönetim Kurulunun onayı (Onay No: 13.04.2023 -008) alındı. Ardından, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan izin alındı. Etik kurul, araştırmanın amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere uygun olduğuna karar vermiştir (Etik kurul onay no: 2023/66) (EK-1). Araştırmanın yürütülebilmesi için Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğünden onay (Onay No: E87825162-663-08-245056992) alındı. (EK-2). Araştırmanın yapıldığı Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesinden araştırma izini alındı (EK-3). Hastalardan “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” aracılığı ile izin alındı (EK-4). Ayrıca, Hasta Memnuniyeti Ölçeği (HEMÖ) ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Türkçe geçerlik-güvenirliğini yapmış olan araştırmacılardan kullanım izni alındı. Çalışmaya katılan tüm hastalar, araştırma hakkında bilgilendirilerek yazılı ve sözlü

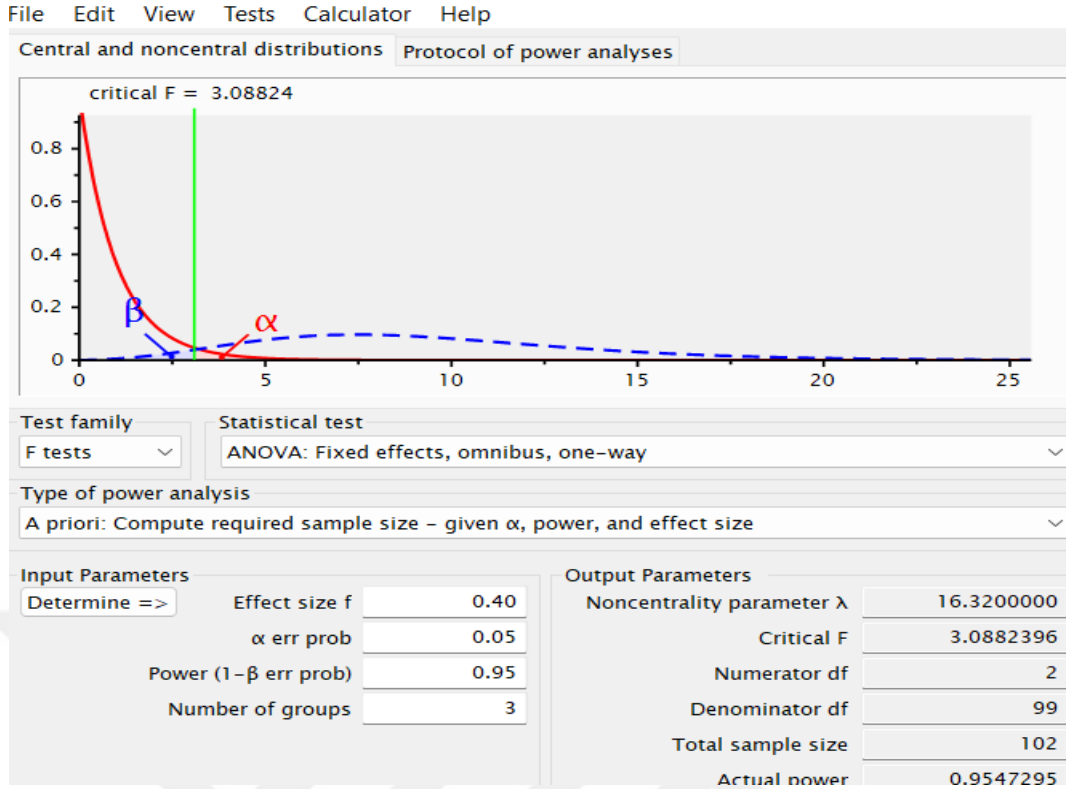
onamları alındı (56). Araştırmanın bütün aşamaları Dünya Tabipler Birliği Helsinki Bildirgesine göre yapılmıştır (57).

3.3. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Araştırma 1 Mayıs 2023-1 Mayıs 2024 tarihleri arasında Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Gaziantep Şehir Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahi servisinde yatan KABG cerrahisi geçirmiş hastalara yapılan, randomize kontrollü türünde bir araştırmadır.

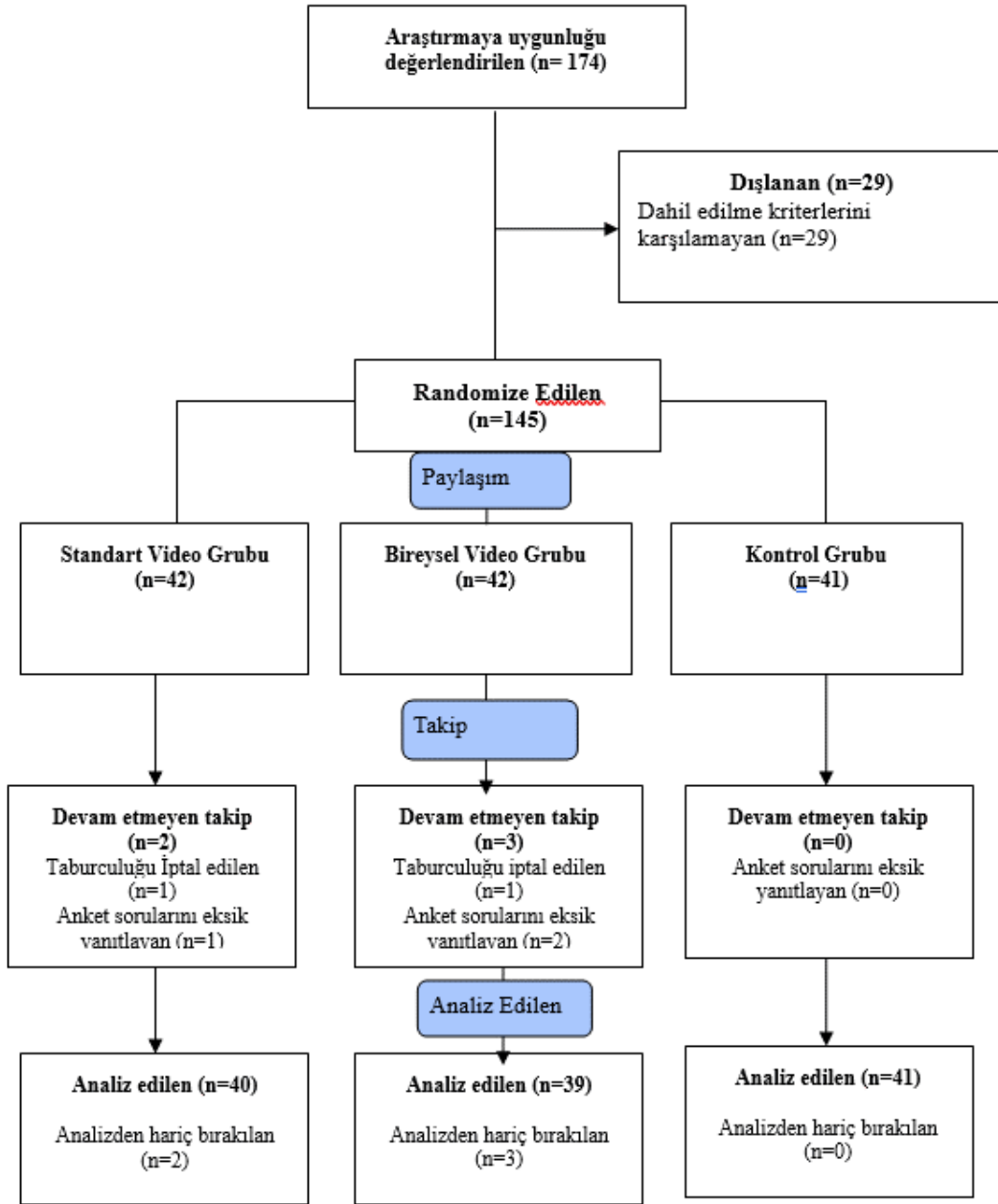
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini verilerin toplandığı 1 Mayıs 2023-1 Mayıs 2024 tarihleri arasında belirtilen hastanelerde KABG cerrahisi uygulanan hastalar, araştırmanın örneklemini ise 120 hasta oluşturdu. Araştırmanın örneklem büyüklüğü hesabı G*Power 3.1.9.7 programında yapıldı. Ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasında One Way ANOVA testi kullanılacağı var sayılarak, Cohen (d) standart etki büyüklüğü (58), kullanılarak bir priori hesaplama yapıldı. Hesaplama, α hata:0.05, β hata 0.05, güç % 95 olacak şekilde yapıldığında toplam örnekleme alınması gereken en az hasta sayısının (N=102) olması gerektiği belirlendi. Her bir grupta olması gereken hasta sayısı (n=34) olarak hesaplandı. Veri kayıpları da düşünülerek örnekleme % 10 daha fazla hasta alınmasına karar verildi (Şekil 3.1).



Şekil 3.1. Araştırmanın örneklem büyüklüğünün hesaplanması.

Randomizasyon: 1 Mayıs 2023- 1 Mayıs 2024 arasında 174 hastanın araştırmaya uygun olduğu değerlendirildi. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılamayan 29 hasta araştırma dışında bırakıldı. Araştırmaya uygunluğu değerlendirilen hastalar, kadın ve erkek olarak tabakalandırıldıktan sonra Randomizer Org. bilgisayar programı (59) aracılığı ile rast gele üç gruba atandı. Hastalar Kontrol Grubu (KG), Standart Video Grubu (SVG), Bireysel Video Grubu (BVG) olmak üzere rastgele üç gruba atandı. 145 hasta (SVG; n=42), (BVG; n=42), KG (n=41) olmak üzere üç gruba randomize edildi. SVG'den bir hasta, BVG'den 1 hasta hastanın taburculuğu iptal edildiği için, SVG'den bir hasta, BVG'den iki hasta anket sorularını eksik yanıtladığı için örneklemden çıkarıldı. (SVG; n=40), (BVG; n=39) ve (KG; n=41) olmak üzere analiz edildi (Şekil 3.2).



Şekil 3.2. Randomize araştırmalar için Consort diyagramı.

3.5. Örneklem Ölçütleri

- İlk kez açık kalp cerrahisi uygulanan,
- Bir-üç koroner arter damarına baypas greft yapılan
- American Society of Anesthesiologists (ASA) I-II ve EUROSCORE puanlarına göre düşük veya orta risk grubunda olanlar,
- Yetişkin (18 yaş ve üzeri) olan,

- Türkçe okuyup, yazabilen
- İletişim engeli bulunmayan, iletişim kurulabilen,
- Ameliyat sonrası hastanın bilinç durumunu etkileyebilecek herhangi bir komplikasyon gelişmeyen,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar olarak belirlendi.

Araştırma dışı bırakılma ölçütleri:

- KABG cerrahisi sonrasında beklenmeyen ve araştırma verilerini toplamaya engel olabilecek ciddi komplikasyon gelişen,
- Gönüllü olmaktan vazgeçen hastalara ait veriler araştırma dışı bırakıldı.

3.6. Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri

Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mücahitler Ek Binası Kalp-Damar Cerrahi Servisi 20 yataklı bir ünedir. Hastalar cerrahi sonrası süreçte iki kişilik odalarda yatırılmaktadır. Gündüz vardiyasında üniteye toplam yedi hemşire, gece vardiyasında ise dört hemşire görev yapmaktadır. Gaziantep Şehir Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahi Servisi preoperatif ve postoperatif bölümlerden oluşmaktadır. Cerrahi sonrası hastalar tek kişilik veya iki kişilik odalarda yatırılmaktadır. Gündüz vardiyasında dört hemşire, gece vardiyasında ise üç hemşire görev yapmaktadır.

Hastalar ameliyat sonrasında altıncı ve yedinci günlerde taburcu edilmektedir. Hemşireler, hastalara ait taburculuk eğitimini hasta dosyasında bulunan "Hasta Yakını Eğitim Formu"nu her gün düzenli olarak doldurarak gerçekleştirmektedir. Hemşireler hastalara taburculuk eğitimini sözlü olarak vermektedir. Hastalara, taburculuk sonrası kontrol için 7-10 gün içinde gelmeleri gerektiği ve evde dikkat etmeleri gereken komplikasyonlar sözlü olarak anlatılmaktadır.

3.7. Veri Toplama Gereci

Veri toplama gereci 4 bölümden oluşmaktadır. Veri toplama formunun birinci bölümü araştırmanın amacına uygun olarak araştırmacılar tarafından oluşturuldu. Veri toplama formunun ikinci bölümünü Hasta Eğitiminden Memnuniyet Ölçeği oluşturdu. Veri toplama formunun üçüncü bölümünü ise, STAI kaygı ölçeği oluşturdu.

1. Bölüm: Tanıtıcı Bilgiler Formu

Veri toplama formunun birinci bölümde hastalara ait tanıtıcı bilgileri içeren 18 soru ve taburculuk eğitimi kavramı ile ilgili verilere ait 5 soru olmak üzere toplam 23 adet soru bulunmaktadır. Formun bu bölümü hasta dosyalarından veya doğrudan hastadan edilen bilgilerle araştırmacı tarafından dolduruldu.

2. Bölüm: Hasta Eğitiminden Memnuniyet Ölçeği

Veri toplama formunun ikinci bölümünde Çiftçi ve ark. tarafından 2022 yılında geliştirilen Hasta Eğitiminden Memnuniyet Ölçeği (HEMÖ) kullanıldı. Sağlık profesyonelleri tarafından verilen eğitimden hastaların memnuniyet düzeylerini belirlemeyi amaçlamaktadır. HEMÖ 30 madde ve tek alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Likert tipi ölçekteki her bir ifade 1'den 5'e puanlanmıştır. Ölçeğin puanlanması (kesinlikle katılıyorum (5), katılıyorum (4), kararsızım (3), katılmıyorum (2), kesinlikle katılmıyorum (1) şeklindedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 150, en düşük puan ise 30'dur. Ölçekten alınan puan yükseldikçe hastaların hasta eğitiminden memnuniyeti yükselmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.98'dir. Bu çalışmanın verileri ile ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.972 olarak hesaplandı.

3. Bölüm: STAI Kaygı Ölçeği

STAI Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, 1970 yılında Spielberger ve arkadaşları tarafından hastaların kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. LeCompte ve Öner tarafından 1976'da Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri olmak üzere toplam kırk maddeden oluşan iki ayrı ölçekten meydana gelir. Durumluk Kaygı Ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini; Sürekli Kaygı Ölçeği ise bireyin genellikle nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirir. Her iki ölçek de yirmişer maddelik olup, cevaplar belirli sıklara göre işaretlenir. Durumluk Kaygı maddeleri, duygu ve davranışların şiddetine göre (1) hiç, (2) biraz, (3) çok, (4) tamimiyle; Sürekli Kaygı maddeleri ise sıklık derecesine göre (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman, (4) hemen her zaman şeklinde değerlendirilir. Her iki ölçek için puanlar 20 ile 80 arasında değişir ve yüksek puanlar yüksek kaygıyı işaret eder. Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı, sürekli kaygı ölçeği için 0.83-0.87, durumluk kaygı ölçeği için 0.94-0.96 arasında değişmektedir. Bu çalışmanın verileri ile sürekli kaygı ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0.71, durumluk kaygı ölçeği için Cronbach Alpha değeri 0.84 olarak hesaplandı.

3.8. Standart Video Destekli Eğitimin Hazırlanması

Standart video destekli eğitim araştırmacılar tarafından hazırlandı. Eğitimin içeriğinde hastaların taburculuk sonrasında evde dikkat etmesi gereken konular, on başlık halinde ele alındı. Eğitim içeriğindeki konulardan Microsoft Power Point programı kullanılarak bir sunum hazırlandı. Slaytlara araştırmacının anlatımı eklenerek standart video oluşturuldu. Standart video destekli eğitimin içeriğinde ele alınan konular;

1. Cerrahi İşlem Hakkında Bilgilendirme:

- Ameliyatın amacı ve süreci
- Kullanılan greft türleri (venöz ve arteriyel greftler)

2. İlaç Kullanımı:

- Ameliyat sonrası reçete edilen standart ilaçların (antibiyotikler, ağrı kesici ilaçlar) kullanımı
- İlaçların yan etkileri ve bu yan etkilerle nasıl başa çıkılacağı
- İlaçların alınma saatleri ve dozajları

3. Yara Bakımı:

- Ameliyat yaralarının nasıl temizleneceği ve bakımının nasıl yapılacağı
- Enfeksiyon belirtileri ve enfeksiyon durumunda ne yapılacağı

4. Fiziksel Aktivite ve Egzersiz:

- Günlük fiziksel aktiviteler ve egzersiz programları
- Fiziksel aktivitelerin sınırları ve kaçınılması gereken hareketler
- Yavaş yavaş fiziksel aktiviteye geri dönme süreci

5. Beslenme ve Diyet:

- Sağlıklı beslenme alışkanlıkları ve önerilen diyet programları
- Tuz, yağ ve şeker tüketiminin sınırlanması
- Kalp sağlığını destekleyen besinler

6. Günlük Yaşam ve Kendi Kendine Bakım:

- Günlük yaşam aktivitelerine uyum sağlama
- Kendi kendine bakımın önemi ve nasıl yapılacağı
- Yorucu faaliyetlerden kaçınma

7. Sigara ve Alkol Kullanımı:

- Sigaranın ve alkolün kalp sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri

- Sigara ve alkol kullanımının tamamen bırakılması

8. Psikolojik Destek:

- Ameliyat sonrası psikolojik değişiklikler ve kaygı ile başa çıkma
- Psikolojik destek ve gerektiğinde profesyonel yardım alma

9. Kontrol ve Takip:

- Rutin kontrol ziyaretlerinin önemi ve tarihleri
- Doktora başvurulması gereken durumlar ve acil belirtiler

10. Acil Durum Bilgilendirmesi:

- Acil durumlarda yapılması gerekenler ve iletişim bilgileri
- Acil belirtiler (örneğin, göğüs ağrısı, nefes darlığı, ani kilo alımı)

3.9. Bireysel Video Destekli Eğitimin Hazırlanması

Bireysel video destekli eğitim araştırmacılar tarafından hazırlandı. Eğitimin içeriğinde hastaların taburculuk sonrasında evde dikkat etmesi gereken konular, on başlık halinde ele alındı. Eğitim içeriğindeki konulardan Microsoft Power Point programı kullanılarak bir sunum hazırlandı. Bu sunum hastalara taburculuk gününde araştırmacı tarafından hastalara anlatıldı. Hastalara araştırmacı tarafından yapılan power point sunumunun yapılması, hastaların kullandığı ilaçlar, kronik hastalıklarına yönelik ilaçlar anlatıldı. Hastaların sorularının yanıtlandı. Bu süreç yasta yakını tarafından, hastanın veya yakının cep telefonu ile kayıt edilerek bireysel video oluşturuldu. Bireysel video destekli eğitimin içeriğinde ele alınan konular;

1. Cerrahi İşlem Hakkında Bilgilendirme:

- Ameliyatın amacı ve süreci
- Kullanılan greft türleri (venöz ve arteriyel greftler)

2. İlaç Kullanımı:

- Ameliyat sonrası reçete edilen standart ilaçların (antibiyotik, ağrı kesici ilaçlar) kullanımı
- İlaçların yan etkileri ve bu yan etkilerle nasıl başa çıkılacağı
- İlaçların alınma saatleri ve dozajları

3. Yara Bakımı:

- Ameliyat yaralarının nasıl temizleneceği ve bakımının nasıl yapılacağı
- Enfeksiyon belirtileri ve enfeksiyon durumunda ne yapılacağı

4. Fiziksel Aktivite ve Egzersiz:

- Günlük fiziksel aktiviteler ve egzersiz programları
- Fiziksel aktivitelerin sınırları ve kaçınılması gereken hareketler
- Yavaş yavaş fiziksel aktiviteye geri dönme süreci

5. Beslenme ve Diyet:

- Sağlıklı beslenme alışkanlıkları ve önerilen diyet programları
- Tuz, yağ ve Şeker tüketiminin sınırlanması
- Kalp sağlığını destekleyen besinler

6. Günlük Yaşam ve Kendi Kendine Bakım:

- Günlük yaşam aktivitelerine uyum sağlama
- Kendi kendine bakımın önemi ve nasıl yapılacağı
- Yorucu faaliyetlerden kaçınma

7. Sigara ve Alkol Kullanımı:

- Sigaranın ve alkolün kalp sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri
- Sigara ve alkol kullanımının tamamen bırakılması

8. Psikolojik Destek:

- Ameliyat sonrası psikolojik değişiklikler ve kaygı ile başa çıkma
- Psikolojik destek ve gerektiğinde profesyonel yardım alma

9. Kontrol ve Takip:

- Rutin kontrol ziyaretlerinin önemi ve tarihleri
- Doktora başvurulması gereken durumlar ve acil belirtiler

10. Acil Durum Bilgilendirmesi:

- Acil durumlarda yapılması gerekenler ve iletişim bilgileri
- Acil belirtiler (rneğin, göğüs ağrısı, nefes darlığı, ani kilo alımı)

3.10. Araştırmanın Uygulanması

Hastalar araştırmanın amaç ve hedefleri hakkında bilgilendirildi, araştırmaya katılmaya gönüllü olmaları durumunda yazılı onamları alındı. Taburculuk eğitimleri, hastaların taburcu olduğu günde araştırmacı tarafından verildi. Her üç gruptaki hastalara (SVG, BVG ve KG) rutin klinik uygulaması sürdürüldü. Klinik hemşiresi tarafından sözel olarak taburculuk eğitimi verildi. Araştırma kapsamında SVG ve BVG'deki hastalara ilave eğitimler verildi.

Standart Video Grubu: Taburculuk günü SVG'deki hastalar araştırma hakkında bilgilendirildi ve yazılı onamları alındı. Eğitim öncesinde hastalardan veri toplama formunun tanıtıcı bilgiler formunu ve STAI ölçeğinin sorularını yanıtlamaları istendi. Taburculuk günü SVG'deki hastalara klinik hemşiresi tarafından rutin taburculuk eğitimi verildi. Eğitim sonrasında hastaların soruları yanıtlandı.

Taburculuk günü SVG'deki hastalardan araştırmacı tarafından hazırlanan standart video hastaların cep telefonlarına mesaj olarak gönderildi. Hastalardan standart videoyu izlemeleri istendi. Hastalar videoyu izledikten sonra soruları yanıtlandı. Hastalar taburcu olduktan sonra da eğitim de verilen bilgileri hatırlamak istedikleri zaman videoyu tekrar izleyebilecekleri bildirildi.

Taburculuk günü standart videonun kapsamadığı hastaların bireysel özellikleri, kronik hastalıkları, kullanması gereken ilaçlar gibi bilgiler ise sözel olarak anlatıldı. Bireysel eğitim sonrasında hastaların soruları yanıtlandı. Bireysel eğitim video olarak kayıt edilmedi. SVG'deki hastalara taburculuk eğitimi yapıldıktan sonra hastalardan STAI ölçeği soruları ve hasta eğitiminden memnuniyet ölçeğinin sorularını yanıtlamaları istendi. Hastaların anket sorularını yanıtlamaları yaklaşık 15-20 dakika sürdü.

Bireysel Video Grubu: Taburculuk günü BVG'deki hastalar araştırma hakkında bilgilendirildi ve yazılı onamları alındı. Eğitim öncesinde hastalardan veri toplama formunun tanıtıcı bilgiler formunu ve STAI ölçeğinin sorularını yanıtlamaları istendi. Taburculuk günü BVG'deki hastalara klinik hemşiresi tarafından rutin taburculuk eğitimi verildi. Eğitim sonrasında hastaların soruları yanıtlandı.

BVG'deki hastalara araştırmacı tarafından önceden hazırlanmış power point sunumu kullanılarak hastalara taburculuk eğitimi verildi. Hastaların ilaçları ve bireysel özellikleri ile ilgili konular da eğitim içeriğine dahil edildi. Hastaların soruları yanıtlandı. Araştırmacı eğitimi verirken hasta yakını hastanın veya hasta yakınının cep telefonu aracılığı ile eğitimi video olarak kayıt etti. BVG'deki hastalara verilen eğitim hastanın veya yakınının cep telefonu aracılığı ile video kaydına alınarak bireysel bir video oluşturuldu.

Hastalar taburcu olduktan sonra da eğitim de verilen bilgileri hatırlamak istedikleri zaman videoyu tekrar izleyebilecekleri bildirildi. Bu şekilde bireysel video oluşturuldu. Bireysel video eğitimi sonrasında hastalardan STAI ölçeği soruları ve hasta eğitiminden memnuniyet ölçeğinin sorularını yanıtlamaları istendi. Hastaların anket sorularını yanıtlamaları yaklaşık 15-20 dakika sürdü.

Kontrol Grubu: KG'deki hastalar taburculuk günü araştırma hakkında bilgilendirildi ve yazılı onamları alındı. Eğitim öncesinde hastalardan veri toplama formunun tanıtıcı bilgiler formunu ve STAI ölçeğinin sorularını yanıtlamaları istendi. Taburculuk günü KG'deki hastalara klinik hemşiresi tarafından rutin taburculuk eğitimi verildi. Eğitim sonrasında hastaların soruları yanıtlandı.

Taburculuk günü standart videonun kapsamadığı hastaların bireysel özellikleri, kronik hastalıkları, kullanması gereken ilaçlar gibi bilgiler ise sözel olarak anlatıldı. Bireysel eğitim sonrasında hastaların soruları yanıtlandı. Bireysel eğitim video olarak kayıt edilmedi. KG'deki hastalara taburculuk eğitimi yapıldıktan sonra hastalardan STAI ölçeği soruları ve hasta eğitiminden memnuniyet ölçeğinin sorularını yanıtlamaları istendi. Hastaların anket sorularını yanıtlamaları yaklaşık 15-20 dakika sürdü.

3.11. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 22,0 (IBM SPSS inc. USA) Windows paket programında yapıldı. Tanımlayıcı istatistiklerde kategorik değişkenlerin gösteriminde sayı (n) ve yüzde (%) değeri, sayısal değerlerin gösteriminde ortalama±standart sapma kullanıldı. Sürekli değişkenlere ait verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov Smirnov ve ShapiroWilk testleri ile değerlendirildi. Basıklık ve çarpıklık değerleri değerlendirildiğinde ise verilerin -1 ila +1 aralığında olduğu ve normal dağılım sınırlarında olup olmadığı değerlendirildi. Verilerin normal olması durumunda parametrik testler kullanıldı. Sürekli değişkenlere ait gruplar arasındaki farkın belirlenmesinde One Way Anova testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ değeri kabul edildi.

4. BULGULAR

Bu bölümde koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası verilen video destekli taburculuk eğitiminin hastaların memnuniyet ve kaygılarına etkisini incelemek amacıyla yapılmış olan bulgular yer almaktadır. Bu bulgular üç başlık altında ele alındı.

- Standart video, bireysel video ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı ve klinik özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular
- Standart video, bireysel video ve kontrol grubundaki hastaların kaygı ve hasta eğitiminden memnuniyetlerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular
- Standart video, bireysel video ve kontrol grubundaki hastaların eğitimden memnuniyet puanları ve durumluk kaygı puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine ilişkin bulgular

Koroner baypas greft cerrahisi uygulanan hastalara video destekli taburculuk eğitimi uygulanan hastaların memnuniyet ve kaygı puanları arasında ilişki vardır

4.1. Standart Video, Bireysel Video ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanıtıcı ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, Standart Video Grubu (SVG), Bireysel Video Grubu (BVG) ve Kontrol Grubu (KG) olarak ayrılan hastaların tanıtıcı ve klinik özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bilgilere yer verildi. SVG, BVG ve KG hastalarının cinsiyet, medeni durum, yaş, BKİ, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, yaşadığı yer, çalışma durumu, daha önce ameliyat geçirme durumu, sigara-alkol kullanma durumu ve kronik hastalık durumuna ilişkin bulguların karşılaştırılmasına ait bilgiler sunuldu. Ayrıca bu bölümde, SVG, BVG ve KG hastalarının daha önce taburculuk eğitimi alma, daha önce video destekli taburculuk eğitimi terimini duyma ve daha önce video destekli taburculuk eğitimi alma özelliklerine ilişkin klinik özellikleri de karşılaştırıldı.

Tablo 4.1. Standart video, bireysel video ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması (N=120).

Tanıtıcı özellikler	Standart Video Grubu (n=40) Ort±SS*	Bireysel Video Grubu (n=39) Ort±SS*	Kontrol Grubu (n=41) Ort±SS*	Test / P
Yaş	61.35±8.98	63.58±6.47	61.09±8.13	F=1.178, p=0.311
BKİ	28.10±5.46	28.19±4.47	28.70±4.75	F=0.174, p=0.841
	n(%)	n(%)	n(%)	
Yaş				
≤65	28(23.3)	25(20.8)	30(25.0)	X ² =0.790, p=0.674
≥66	12(10.0)	14(11.7)	11(9.2)	
BKİ				
≤24.9	13(10.8)	10(8.3)	8(6.8)	X ² =0.966, p=0.617
≥25	27(23.1)	29(24.8)	33(28.2)	
Cinsiyet				
Kadın	15(12.5)	10(8.3)	17(14.2)	X ² =2.364, p=0.307
Erkek	25(20.8)	29(24.2)	24(20.0)	
Medeni Durum				
Evli	37(30.8)	35(29.2)	37(30.8)	X ² =0.206, p=0.902
Bekar	3(2.5)	4(3.3)	4(3.3)	
Eğitim durumu				
İlköğretim	38(31.7)	32(26.7)	33(27.5)	X ² =5.332, p=0.255
Ortaöğretim	1(2.5)	5(4.2)	7(5.8)	
Lisan ve Üstü	1(2.5)	2(1.7)	1(0.8)	
Çalışma Durumu				
Çalışan	9(7.5)	4(3.3)	6(5.0)	X ² =6.147, p=0.188
Çalışmayan	16(13.3)	25(20.8)	18(15.0)	
Ev hanımı	15(12.5)	10(8.3)	17(14.2)	
Evde Birlikte Yaşadığı Kişiler				
Yalnız	1(0.8)	5(4.2)	1(0.8)	X ² =6.622, p=0.157
Eşi	31(25.8)	30(25.0)	31(25.8)	
Eşi ve çocukları	8(6.7)	4(3.3)	9(7.5)	
Yaşadığı Yer				
Köy	8(6.6)	6(5.0)	6(5.0)	X ² =5.123, p=0.211
İlçe	17(14.1)	23(19.1)	22(18.3)	
Şehir	15(12.5)	10(8.3)	13(10.8)	
Daha Önce Ameliyat Geçirme Durumu				
Evet	18(15.0)	20(16.7)	12(10.0)	X ² =4.259, p=0.119
Hayır	22(18.3)	19(15.8)	29(24.2)	
Sigara kullanma durumu				
Evet	10(8.3)	16(13.3)	9(7.5)	X ² =4.024, p=0.134
Hayır	30(25.0)	23(19.2)	32(26.7)	
Alkol kullanma durumu				
Evet	3(2.5)	1(0.8)	1(0.8)	X ² =1.670, p=0.434
Hayır	37(30.8)	38(31.7)	40(33.3)	
Kronik hastalık bulunma durumu				
Evet	7(5.8)	5(4.1)	8(6.6)	X ² =4.127, P=0.318
Hayır	33(27.5)	34(28.3)	33(27.5)	

Tablo 4.1’de, standart video grubu (n=40), bireysel video grubu (n=39) ve kontrol grubundaki (n=41) katılımcıların tanıtıcı özellikleri ve sağlık özelliklerinin

karşılaştırılmasına ilişkin bulgular sunuldu. Grupların yaş ortalamaları (standart video grubu: 61.35±8.98, bireysel video grubu: 63.58±6.47, kontrol grubu: 61.09±8.13) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.311). Benzer şekilde, vücut kitle indeksi (BKİ) ortalamaları (standart video grubu: 28.10±5.46, bireysel video grubu: 28.19±4.47, kontrol grubu: 28.70±4.75) açısından da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0.841). Yaş, BKİ, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, evde birlikte yaşadığı kişiler, yaşadığı yer, ameliyat geçirme durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu ve kronik hastalık bulunma durumu gibi kategorik değişkenlerin dağılımları incelendiğinde, tüm bu değişkenler için gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir (p<0.05). (Tablo 1).

4.2. Standart Video, Bireysel Video ve Kontrol Grubundaki Hastaların Kaygı ve Hasta Eğitiminden Memnuniyetlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, SVG, BVG ve KG olarak ayrılan hastaların kaygı ve hasta eğitiminden memnuniyetlerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi. Bu bölümde, SVG, BVG ve KG olarak ayrılan hastaların STAI durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular sunuldu. Ayrıca bu bölümde SVG, BVG ve KG olarak ayrılan hastaların hasta eğitiminden memnuniyet ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular da bulunmaktadır.

Tablo 4.2. Hasta eğitiminden önce standart video, bireysel video ve kontrol grubunda buluna hastaların sürekli ve durumluk kaygı puanlarının karşılaştırılması (N=120).

	Standart Video Grubu(n=40) Ort±SS*	Bireysel Video Grubu (n=39) Ort±SS*	Kontrol Grubu (n=41) Ort±SS*	Test, p
Sürekli Kaygı Puanı	48.00±10.35	47.79±10.30	47.00±9.66	F=0.111, 0.895
Durumluk Kaygı Puanı	55.60±8.34	57.43±6.58	58.05±4.65	F=1.435, p=0.242

Ort±SS*: Ortalama±Standart±Sapma

Çizelge 4.2'ye göre, SVG (n=40), BVG (n=39) ve KG (n=41) arasında sürekli kaygı puanları karşılaştırıldı. SVG'nin ortalama puanı 48.00±10.35, BVG'nin ortalama puanı 47.79±10.30 ve Kontrol Grubu'nun ortalama puanı 47.00±9.66 olarak bulundu. ANOVA testi sonucunda, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı

($F=0.111$, $p=0.895$). Bu sonuçlar, gruplar arasında sürekli kaygı puanları açısından anlamlı bir farklılık olmadığını gösterdi (Tablo 4.2).

Çizelge 4.2’de SVG, BVG ve KG’nin eğitim öncesindeki durumluk kaygı puanları karşılaştırıldı. SVG’nin ortalama puanı 55.60 ± 8.34 , BVG’nin ortalama puanı 57.43 ± 6.58 ve KG’nin ortalama puanı 58.05 ± 4.65 olarak bulundu. ANOVA testi sonucunda, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($F=1.435$, $p=0.242$). Bu sonuçlar, eğitim öncesinde grupların durumluk kaygı puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını gösterdi (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Hasta eğitiminden sonra standart video, bireysel video ve kontrol grubunda buluna hastaların durumluk kaygı puanlarının karşılaştırılması (N=120).

	Standart Video Grubu(n=40) Ort±SS*	Bireysel Video Grubu (n=39) Ort±SS*	Kontrol Grubu (n=41) Ort±SS*	Test, p
Durumluk Kaygı Puanı	46.62±3.59	32.58±4.44	49.51±2.01	F=267.270 p=0.001 1-2 $p<0.05$ 1-3 $p<0.05$ 2-3 $p<0.05$

Ort±SS*: Ortalama ±Standart Sapma, Post Hoc Tukey HSD, Post Hoc Bonforoni

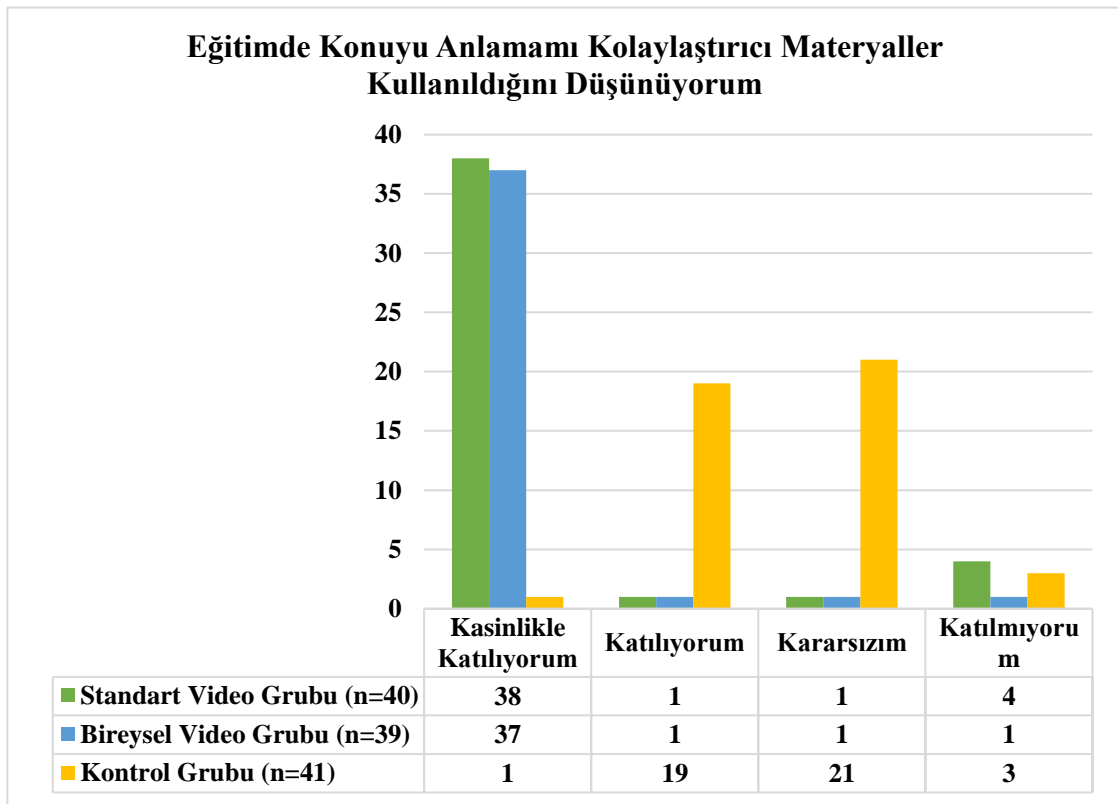
Tablo 4.3’e göre hasta eğitiminden sonra durumluk kaygı puanlarının SVG, BVG ve KG arasında anlamlı farklılık gösterdiği bulundu. SVG’nin ortalama puanı 46.62 ± 3.59 iken, BVG’nin ortalama puanı 32.58 ± 4.44 , KG’nin ortalama puanı ise 49.51 ± 2.01 olarak belirlenmiştir. ANOVA testi sonucunda bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($F=267.270$, $p=0.001$). Ayrıca, gruplar arası yapılan post hoc analizlerde de tüm gruplar arasında anlamlı fark bulundu (1-2 $p<0.05$, 1-3 $p<0.05$, 2-3 $p<0.05$). Bu sonuçlar, Bireysel Video Grubu'nun eğitim sonrası kaygı puanlarının diğer gruplara göre daha düşük olduğunu göstermektedir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Hasta eğitiminden sonra standart video, bireysel video ve kontrol grubunda buluna hastaların hasta eğitiminden memnuniyet ölçeği toplam puanlarının karşılaştırılması (N=120).

	Standart Video Grubu(n=40) Ort±SS*	Bireysel Video Grubu (n=39) Ort±SS*	Kontrol Grubu (n=41) Ort±SS*	Test, p
Hasta Eğitiminden Memnuniyet Ölçeği Toplam Puan	129.95±3.86	140.92±3.94	92.56±9.62	F=622.064 p=0.001 1-2 $p<0.05$ 1-3 $p<0.05$ 2-3 $p<0.05$

Ort±SS*: Ortalama ±Standart Sapma, Post Hoc Tukey HSD, Post Hoc Bonforoni

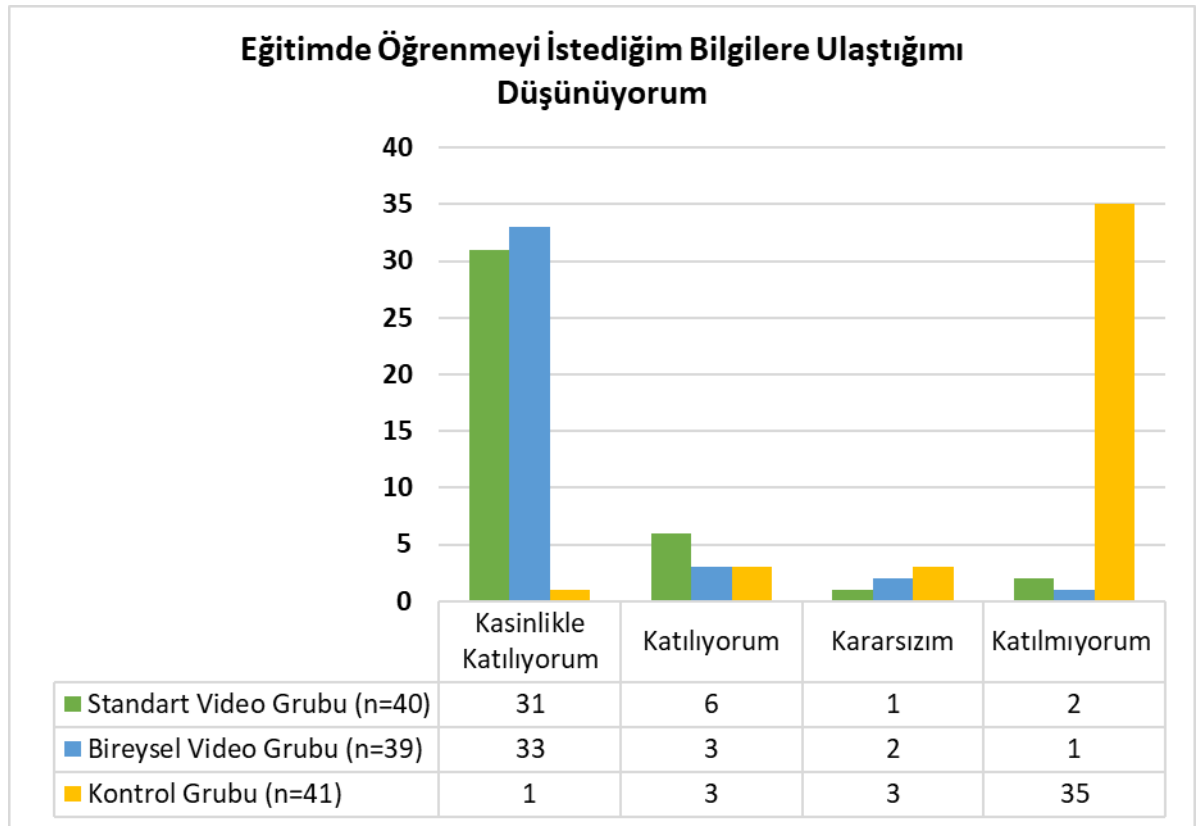
Tablo 4.4'e göre hasta eğitiminden memnuniyet düzeyini değerlendiren ölçek kullanılarak üç farklı grubun (SVG, BVG, KG) ortalama puanları karşılaştırıldı. SVG'nin ort. puanı 129.95 ± 3.86 , BVG'nin ortalama puanı 140.92 ± 3.94 ve KG'nin ortalama puanı 92.56 ± 9.62 olarak bulundu. ANOVA testi sonucunda, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($F=622.064$, $p=0.001$). Post-hoc analizler, SVG ile BVG, SVG ile KG ve BVG ile KG arasında anlamlı farklar olduğunu gösterdi (her biri için $p<0.05$). Bu sonuçlar, BVG'nin hasta eğitiminden en yüksek memnuniyeti sağladığını, en düşük memnuniyetin ise KG'da olduğunu gösterdi (Tablo 4.4).



Grafik 4.1. Standart video, bireysel video ve kontrol grubunda bulunan hastaların eğitimde konuyu anlamamı kolaylaştırıcı materyaller kullanıldığını düşünüyorum önermesine verdikleri yanıtların karşılaştırılması (N= 120).

Grafik 4.1'de, hastaların eğitimi sırasında konuyu anlamalarını kolaylaştırıcı materyallerin kullanıldığını düşünmelerine dair görüşleri SVG (n=40), BVG (n=39) ve KG (n=41) arasında karşılaştırıldı. Veriler Ki kare analizi ile karşılaştırıldı ve anlamlı farklılık bulundu ($X^2=115.610$, $p=0.001$). "Kesinlikle Katılıyorum" seçeneğinde en fazla tercih SVG'de (38 kişi) ve BVG'de (37 kişi) bulunurken, KG'de sadece 1 kişi bu seçeneği işaretledi. "Katılıyorum" seçeneğinde KG'de 19 kişi bu düşüncüyü

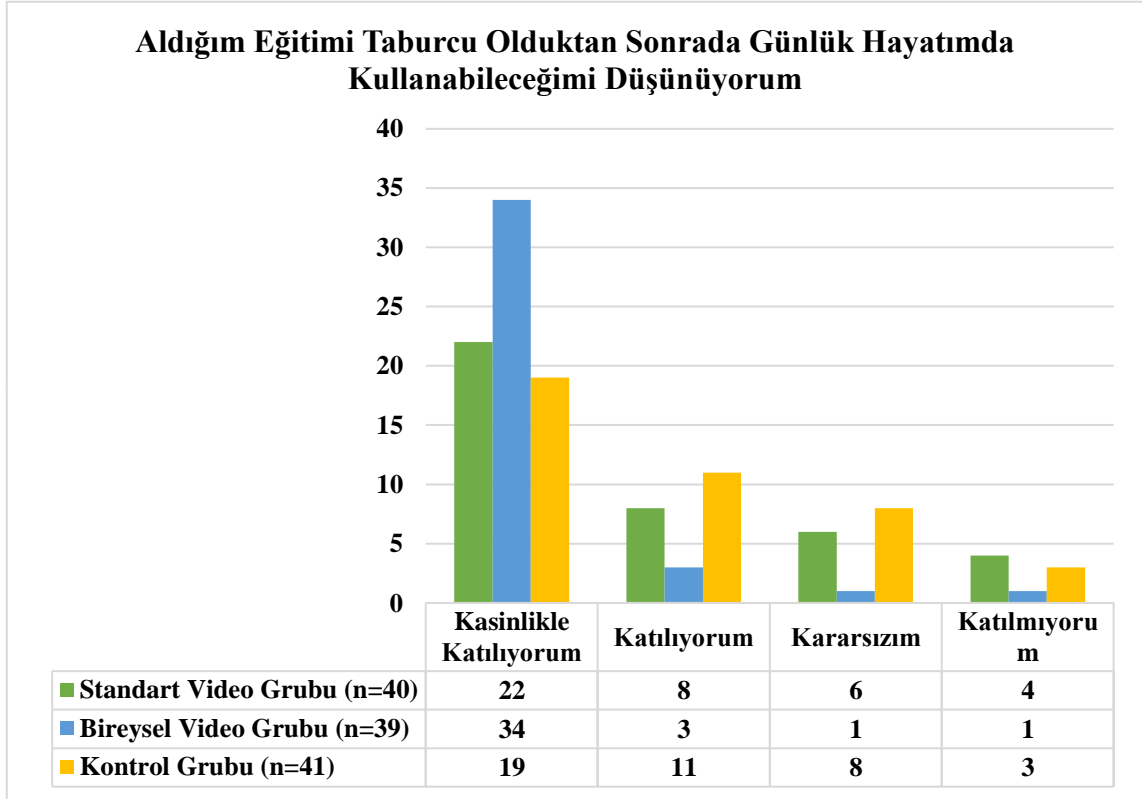
desteklerken, SVG ve BVG'de 1'er kişi bu seçeneği işaretledi. "Kararsızım" seçeneğinde en fazla tercih KG'de (21 kişi) bulunurken, SVG'de 6 kişi ve BVG'de 1 kişi bu seçeneği tercih etti. "Katılmıyorum" seçeneğinde ise SVG'de 4 kişi, BVG'de ve KG'de 1'er kişi bu seçeneği işaretledi. Bu sonuçlar, SVG ve BVG'deki hastaların, eğitimi sırasında konuyu anlamalarını kolaylaştırıcı materyallerin kullanıldığını düşünme konusunda daha olumlu görüşe sahip olduklarını gösterdi (Grafik 4.1).



Grafik 4.2. Standart video, bireysel video ve kontrol grubunda bulunan hastaların eğitimde öğrenmeyi istediğim bilgilere ulaştığımı düşünüyorum önermesine verdikleri yanıtların karşılaştırılması (N= 120).

Grafikte, "Eğitimde Öğrenmeyi İstedğim Bilgilere Ulaştığımı Düşünüyorum" ifadesine verilen yanıtlar, üç farklı grup arasında dağılımıyla gösterilmiştir: Standart Video Grubu (n=40), Bireysel Video Grubu (n=39) ve Kontrol Grubu (n=41). Yanıtlar "Kesinlikle Katılıyorum", "Katılıyorum", "Kararsızım" ve "Katılmıyorum" kategorilerine ayrılmıştır. Standart Video Grubu'nda 31 kişi "Kesinlikle Katılıyorum", altı kişi "Katılıyorum", bir kişi "Kararsızım" ve iki kişi "Katılmıyorum" demiştir. Bireysel Video Grubu'nda 33 kişi "Kesinlikle Katılıyorum", üç kişi "Katılıyorum", iki

kişi "Kararsızım" ve bir kişi "Katılmıyorum" yanıtını vermiştir. Kontrol Grubu'nda ise bir kişi "Kesinlikle Katılıyorum", üç kişi "Katılıyorum", üç kişi "Kararsızım" ve 35 kişi "Katılmıyorum" yanıtını verdi (Grafik 4.2).



Grafik 4.3. Standart video, bireysel video ve kontrol grubunda bulunan hastaların aldığım eğitimi taburcu olduktan sonrada günlük hayatımda kullanabileceğimi düşünüyorum önermesine verdikleri yanıtların karşılaştırılması (N= 120).

Grafik 4.3'te hastaların taburcu olduktan sonra aldıkları eğitimi günlük hayatlarında kullanabileceklerine dair düşünceleri SVG (n=40), BVG (n=39) ve KG (n=41) arasında karşılaştırıldı. Veriler Ki kare analizi ile karşılaştırıldı ve anlamlı farklılık bulundu ($X^2=103.548$, $p=0.001$). "Kesinlikle Katılıyorum" seçeneğinde en fazla tercih BVG'de (34 kişi) bulunurken, SVG'de 22 kişi ve KG'de 19 kişi bu seçeneği işaretledi. "Katılıyorum" seçeneğinde KG (11 kişi) ve SVG (8 kişi) birbirine yakın sonuçlar gösterirken, BVG'den sadece 3 kişi bu seçeneği işaretledi. "Kararsızım" seçeneğinde, SVG ve KG'nun eşit sayıda katılımcısı (8 kişi) bu seçeneği işaretlerken, BVG'den sadece 1 kişi bu seçeneği tercih etti. "Katılmıyorum" seçeneğinde, en fazla katılımcı SVG'de (6 kişi) bulunurken, KG'de 3 kişi ve BVG'de 1 kişi yer aldı. "Kesinlikle Katılmıyorum" seçeneğinde ise SVG ve KG eşit sayıda katılımcıya (4 kişi) sahipken, BVG'de bu seçeneği işaretleyen kimse olmadı (Grafik 4.3).

4.3. Standart Video, Bireysel Video ve Kontrol Grubundaki Hastaların Eğitimden Memnuniyet Puanları ve Durumluk Kaygı Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, SVG, BVG ve KG'deki hastaların eğitimden memnuniyet puanları ile durumluk kaygı puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine ilişkin bulgular sunulmaktadır. Araştırmada her bir grup için hastaların aldıkları eğitimin memnuniyet düzeyleri ve durumluk kaygı puanları karşılaştırıldı. Bu karşılaştırma, gruplar arasındaki farklılıkları belirlemek ve eğitim yöntemlerinin etkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Tablo 4.5. Standart video, bireysel video ve kontrol grubundaki hastaların eğitimden memnuniyet puanları ve durumluk kaygı puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi (N=120)

Hasta Eğitiminden Memnuniyet	Standart Video Grubu(n=40)	Bireysel Video Grubu (n=39)	Kontrol Grubu (n=41)
Durumluk Kaygı	r=-1.734 p=0.001	r=-2.314 p=0.001	r=-1.435 p=0.001

r=Pearson correlation analysis

Çizelge 4.5'te, SVG (n=40), BVG (n=39) ve KG (n=41) gruplarındaki hastaların eğitimden memnuniyet puanları ile durumluk kaygı puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik bulgular sunulmaktadır. Her üç grup için de eğitimden memnuniyet ile durumluk kaygı arasında negatif bir korelasyon bulundu. SVG için korelasyon katsayısı $r=-1.734$, $p=0.001$ olarak bulundu. BVG'de bu değer $r=-2.314$, $p=0.001$ ve KG'de $r=-1.435$, $p=0.001$ olarak belirlendi. Bu sonuçlar, her üç grupta da hastaların eğitimden memnuniyetlerinin arttıkça durumluk kaygı puanlarının azaldığını göstermektedir (Tablo 4.5).

5. TARTIŞMA

Koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası yaşanan zorluklar, taburculuk eğitiminin önemini artırmaktadır. Bu çalışmada, KABG geçiren hastalara verilen video destekli taburculuk eğitiminin memnuniyet ve kaygı düzeylerine etkisi incelendi. Araştırma bulguları, eğitim yöntemlerinin benzer tanıtıcı ve klinik özelliklere sahip gruplarda farklı kaygı ve memnuniyet düzeylerine yol açtığını göstermektedir. Bireysel video destekli eğitim alan hastaların kaygı puanlarının düşük, memnuniyet puanlarının ise yüksek olduğu belirlendi. Araştırmada video destekli eğitimin hastaların memnuniyet ve kaygılarını olumlu yönde etkilediği belirlendi, H11 ve H12 hipotezleri doğrulandı. Ayrıca, eğitimden memnuniyet arttıkça kaygı düzeylerinin azaldığı bulundu, H13 hipotezi de doğrulandı. Bu sonuçlar, KABG cerrahisi sonrası etkili taburculuk eğitiminin hastaların iyilik hali üzerinde önemli bir rol oynadığını ve klinik uygulamalarda video destekli yöntemlerin artırılması gerektiğini göstermektedir.

Çalışma bulguları, SVG, BVG ve KG arasında yaş, BKİ, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu ve diğer tanıtıcı özellikler açısından anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir. Bu, çalışma gruplarının başlangıçta homojen olduğunu ve müdahale sonuçlarının bu değişkenlerden etkilenmediğini ifade eder. Homojenlik, araştırma bulgularının güvenilirliğini ve geçerliliğini desteklemektedir. Çalışma bulguları SVG, BVG ve KG de buluna hastaların eğitimden önceki sürekli ve durumluk kaygı puanları karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bu sonuç, eğitimden önce grupların sürekli ve durumluk kaygı düzeylerinin benzer olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, çalışma gruplarının başlangıçta kaygı düzeyleri açısından homojen olduğunu ve herhangi bir farklılığın eğitimin etkisinden kaynaklanabileceğini göstermektedir. Eğitimden sonra, bireysel video destekli eğitim alan hastaların kaygı düzeyleri en düşük, KG'deki hastaların ise en yüksek olduğu bulunmuştur. Bu, bulgular bireyselleştirilmiş video destekli eğitimin kaygıyı azaltmada daha etkili olduğunu göstermektedir.

KABG cerrahisi sonrası hastaların kaygı düzeylerinin yönetimi üzerine yapılan son çalışmalar, benzer sonuçlar göstermektedir. Lopez, Smith ve Patel (2021), KABG cerrahisi geçiren hastalara verilen kişiselleştirilmiş eğitim programlarının hastaların kaygı düzeylerini anlamlı ölçüde azalttığını ve iyileşme süreçlerini hızlandırdığını belirtmektedir (60). Zhang, Liu ve Wang (2022) de KABG sonrası bireyselleştirilmiş eğitimlerin hastaların kaygı seviyelerini düşürdüğünü ve genel hasta memnuniyetini

artırdığını göstermiştir (61). Ayrıca, Lee ve Kim (2023) tarafından yapılan bir çalışma, KABG cerrahisi sonrası video destekli taburculuk eğitiminin, hastaların kaygı düzeylerini azaltmada ve memnuniyetlerini artırmada etkili olduğunu bulmuştur (62). Bu çalışmalar, bireyselleştirilmiş video destekli eğitimin etkinliğini vurgulamaktadır.

Çalışma bulguları, hasta eğitiminden sonra SVG, BVG ve KG'deki hastaların eğitim memnuniyet puanlarını karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. BVG'deki hastaların memnuniyet puanları en yüksek seviyede bulunurken, KG'deki hastaların puanları en düşük seviyededir. Bu bulgular BVG'nin hasta memnuniyetini artırmada en etkili yöntem olduğunu göstermektedir. BVG, hastaların eğitim sürecine daha aktif katılımını sağlayarak ve bilgi hatırlama kapasitelerini artırarak memnuniyet düzeylerini yükseltmektedir. Bulgular, güncel literatürdeki benzer sonuçlarla desteklenmektedir. Smith ve Johnson (2022), KABG cerrahisi geçiren hastalarda bireyselleştirilmiş video eğitimlerinin, hasta memnuniyetini önemli ölçüde artırdığını belirtmiştir (63). Wang ve Liu (2021), bireysel eğitimlerin hastaların bilgiyi daha iyi anlamasını ve memnuniyet düzeylerini yükselttiğini göstermiştir (64). Ayrıca, Thompson ve arkadaşları (2023), video destekli eğitimlerin, hasta memnuniyetinde belirgin bir artış sağladığını vurgulamaktadır (65). Bu çalışmalar, bireyselleştirilmiş video destekli eğitimin etkisini ortaya koymaktadır.

Çalışma bulguları, BVG ve SVG'deki hastaların büyük çoğunluğunun eğitim materyallerinin konuyu anlamalarını kolaylaştırdığını düşündüğünü göstermektedir. BVG'deki hastalar bu konuda en yüksek olumlu geri bildirim verirken, SVG'deki hastalar da büyük ölçüde olumlu yanıtlar vermiştir. KG'deki hastaların ise bu konuda daha az olumlu geri bildirimde bulunduğu görülmektedir. Bu sonuçlar, özellikle bireysel video destekli eğitimin, eğitim materyallerinin anlaşılabilirliği ve etkinliği açısından en başarılı yöntem olduğunu göstermektedir. Park ve Lee (2021), bireyselleştirilmiş video eğitimlerinin, hastaların eğitimi daha iyi anlamalarını sağladığını ve bu tür materyallerin eğitim sürecinde daha etkili olduğunu belirtmektedir (66). Smith ve Brown (2022), video destekli eğitimlerin, hastaların bilgi edinme sürecini kolaylaştırdığını ve eğitimin kalitesini artırdığını göstermiştir (67). Ayrıca, Kim ve arkadaşları (2023) tarafından yapılan bir çalışma, video destekli materyallerin, özellikle kişiselleştirilmiş video içeriklerinin, hasta eğitiminin anlaşılabilirliğini ve etkinliğini artırmada önemli rol oynadığını vurgulamaktadır (68). Bu çalışmalar, bireyselleştirilmiş video destekli eğitimin üstünlüğünü desteklemektedir (69).

Çalışmada SVG, BVG ve KG hastaların, eğitimde öğrenmeyi istedikleri bilgilere ulaştıklarını düşünüp düşünmediklerine dair yanıtlarını karşılaştırıldığında, BVG'deki hastaların büyük çoğunluğunun eğitim sürecinde öğrenmek istedikleri bilgilere ulaştıklarını düşündüğünü göstermektedir. SVG'deki hastalar da büyük ölçüde olumlu geri bildirim vermiştir. Buna karşılık, KG'deki hastaların önemli bir kısmı öğrenmek istedikleri bilgilere ulaşamadıklarını belirtmiştir. Bu sonuçlar, bireysel video destekli eğitimin, hastaların bilgi edinme ihtiyaçlarını karşılamada en etkili yöntem olduğunu ortaya koymaktadır. Chen ve Wang (2021), kişiselleştirilmiş video eğitimlerinin hastaların bilgi edinme süreçlerini daha verimli hale getirdiğini ve hastaların ihtiyaç duydukları bilgilere daha kolay ulaştıklarını göstermiştir (70). Ayrıca, Davis ve Thompson (2022), video destekli eğitimin, hastaların öğrenme sürecini iyileştirdiğini ve bilgi memnuniyetini artırdığını belirtmektedir (71). Lee ve Kim (2023) de benzer şekilde, kişiselleştirilmiş video içeriklerinin hasta eğitiminin kalitesini ve hastaların bilgiye erişimini artırdığını vurgulamaktadır (72). Bu çalışmalar, bireyselleştirilmiş video destekli eğitimin etkinliğini desteklemektedir (73).

Çalışma bulguları, BVG'deki hastaların büyük çoğunluğunun aldıkları eğitimi günlük hayatlarında kullanabileceklerini düşündüğünü göstermektedir. SVG'deki hastalar da önemli ölçüde olumlu geri bildirim vermiştir. Buna karşılık, KG'deki hastaların büyük bir kısmı aldıkları eğitimi günlük hayatlarında kullanabileceklerine dair daha az olumlu geri bildirimde bulunmuştur. Bu sonuçlar, bireysel video destekli eğitimin, hastaların eğitimden elde ettikleri bilgileri günlük yaşamlarına uygulamada en etkili yöntem olduğunu ortaya koymaktadır. Johnson ve Smith (2021), kişiselleştirilmiş video eğitimlerinin hastaların günlük yaşamlarında kullanılabilir bilgi sağlamada etkili olduğunu belirtmektedir (74). Ayrıca, Miller ve Brown (2022), video destekli eğitimin, hastaların öğrendikleri bilgileri pratikte uygulama yeteneklerini artırdığını göstermiştir (75). Lee ve arkadaşları (2023) de benzer şekilde, bireyselleştirilmiş video içeriklerinin, hasta eğitiminin kalitesini ve pratik uygulama düzeyini artırdığını vurgulamaktadır (76). Bu çalışmalar, bireyselleştirilmiş video destekli eğitimin etkinliğini desteklemektedir.

Çalışma bulguları, SVG, BVG ve KG'de hasta eğitiminden memnuniyet arttıkça durumluk kaygı puanlarının azaldığını göstermektedir. Pearson korelasyon analizi sonuçlarına göre, her üç grupta da memnuniyet puanları ile kaygı puanları arasında negatif bir korelasyon bulunmaktadır. Bu, hastaların eğitimden ne kadar memnun kaldıklarını ifade ettikçe, kaygı düzeylerinin o kadar azaldığını göstermektedir. BVG'de bu ilişkinin en güçlü olduğu görülmektedir, bu da bireyselleştirilmiş video destekli

eğitim, hasta memnuniyetini artırmada ve kaygı düzeylerini azaltmada en etkili yöntem olduğunu ortaya koymaktadır. Anderson ve Jones (2021), kişiselleştirilmiş eğitim programlarının hasta memnuniyetini artırarak kaygı düzeylerini anlamlı ölçüde azalttığını belirtmektedir (77). Ayrıca, Martinez ve Liu (2022), bireyselleştirilmiş video eğitiminin hastaların eğitimden memnuniyetini artırdığını ve bu memnuniyetin kaygı düzeylerini azaltmada etkili olduğunu göstermiştir (78). Kim ve Lee (2023) de, kişiselleştirilmiş video içeriklerinin, hasta eğitiminin etkinliğini artırdığını ve hastaların kaygı düzeylerini azalttığını vurgulamaktadır (79). Bu alışmalar, bireyselleştirilmiş video destekli eğitimin etkinliğini desteklemektedir.

Bu alışma, koroner arter baypas greft (KABG) cerrahisi sonrası hastalara verilen video destekli taburculuk eğitiminin, hastaların memnuniyet ve kaygı düzeyleri üzerindeki olumlu etkilerini ortaya koymuştur. Bulgular, bireyselleştirilmiş video destekli eğitimin, hastaların kaygı düzeylerini azaltmada ve eğitim memnuniyetini artırmada en etkili yöntem olduğunu göstermektedir. Hem eğitimden önce gruplar arasındaki benzerlik hem de eğitim sonrası elde edilen olumlu geri bildirimler, bireyselleştirilmiş video eğitiminin önemini vurgulamaktadır. Bu bulgular, hasta eğitiminde video destekli yöntemlerin yaygınlaştırılmasının, hastaların iyilik hali üzerinde önemli bir rol oynayacağını göstermektedir.

Gelecekteki alışmalar, farklı cerrahi prosedürler sonrası taburculuk eğitiminin etkinliğini araştırarak bu bulguları genişletebilir. Ayrıca, eğitim materyallerinin içeriği, uzun vadeli etkileri ve hasta eğitiminin diğer psikososyal sonuçları üzerindeki etkilerini incelemek, hasta bakımı daha da iyileştirebilir. Bu tür çalışmalar, sağlık hizmetlerinde eğitimin kalitesini artırmak ve hasta memnuniyetini maksimize etmek için yeni stratejiler geliştirmeye yardımcı olacaktır. Eğitimde teknolojinin kullanımı ve bireyselleştirilmiş yaklaşımlar, gelecekte hasta bakımında standart uygulamalar haline gelmelidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar;

Araştırmada, bireysel video destekli eğitimin hastaların memnuniyet düzeylerini artırmada ve kaygı düzeylerini azaltmada en etkili yöntem olduğu bulundu. Standart video eğitimi de kontrol grubuna kıyasla daha yüksek memnuniyet sağladı, ancak bireysel eğitime göre daha az etkili oldu. Kontrol grubunda ise en düşük memnuniyet ve en yüksek kaygı düzeyleri görüldü. Bu sonuçlar, kişiselleştirilmiş video destekli taburculuk eğitiminin, hasta memnuniyetini artırma ve kaygıyı azaltma potansiyeli bulunmaktadır. Eğitim sonrası bireysel video grubundaki hastaların kaygı puanları anlamlı derecede düşük, memnuniyet düzeyleri ise anlamlı derecede yüksek bulundu. Ayrıca, eğitimden memnuniyetin arttıkça durumluk kaygının azaldığı her üç grup için de tespit edildi. Bu bulgular, taburculuk eğitimi programlarının kişiselleştirilmiş video içerikleriyle desteklenmesinin hasta sonuçlarını iyileştirebileceğini gösterdi. Bu nedenle, hastanelerde taburculuk eğitimi programlarının kişiselleştirilmiş video içerikleriyle desteklenmesi önerilmektedir. Gelecekteki araştırmalar, bu bulguların farklı hasta gruplarında da geçerli olup olmadığını incelemelidir.

Öneriler;

- Kişiselleştirilmiş Video Destekli Eğitimlerin Yaygınlaştırılması: Hastanelerde taburculuk eğitimi programlarında bireysel video destekli eğitimlerin kullanılması önerilmektedir. Bu eğitimlerin, hastaların bireysel ihtiyaçlarına göre uyarlanması ve kişiselleştirilmiş içeriklerle desteklenmesi, hasta memnuniyetini artırabilir ve kaygı düzeylerini azaltabilir.
- Eğitim Materyallerinin Geliştirilmesi: Video destekli eğitim materyallerinin içeriği, hasta geri bildirimlerine dayanarak sürekli olarak güncellenmeli ve geliştirilmelidir. Bu materyaller, hastaların daha iyi anlamalarını ve hatırlamalarını sağlamak için görsel ve işitsel öğelerle zenginleştirilmelidir.
- Eğitim Süresinin Uzatılması: Taburculuk eğitiminin etkinliğini artırmak için, eğitim süresi yeterli olacak şekilde planlanmalıdır. Hastaların eğitim süresince tüm sorularını sormaları ve eksiksiz bilgi almaları sağlanmalıdır.
- Hemşire ve Sağlık Personelinin Eğitimi: Sağlık personelinin video destekli eğitimlerin hazırlanması ve uygulanması konusunda eğitilmesi gerekmektedir. Bu sayede, eğitimlerin daha etkili ve verimli bir şekilde sunulması sağlanabilir.

- Eğitim Sonrası Takip: Hastaların taburculuk sonrasında da eğitim materyallerine erişimlerinin sağlanması önemlidir. Hastalara verilen video içerikleri, taburculuk sonrası dönemde de tekrar izlenebilir olmalıdır.
- Hasta Geri Bildirimlerinin Alınması: Taburculuk eğitimi sonrasında hastaların geri bildirimleri düzenli olarak alınmalı ve değerlendirilmelidir. Bu geri bildirimler, eğitim programlarının iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için kullanılmalıdır.
- Eğitim Programlarının Standardizasyonu: Hastanelerde uygulanacak taburculuk eğitim programlarının standardize edilmesi, hasta bakımında tutarlılığı ve kaliteyi artırabilir. Standart eğitim protokolleri, tüm hastalara eşit kalitede hizmet sunulmasını sağlayabilir.
- Psikolojik Destek Hizmetleri: Taburculuk eğitimi sürecinde, hastaların kaygı ve stres düzeylerini azaltmaya yönelik psikolojik destek hizmetleri sunulmalıdır. Bu hizmetler, hastaların cerrahi sonrası dönemde daha iyi bir iyileşme süreci geçirmelerine yardımcı olabilir.
- Aile Eğitimi: Hastaların yanı sıra, aile üyelerinin de taburculuk eğitimi sürecine dahil edilmesi önemlidir. Ailelerin hastalarına nasıl destek olabilecekleri konusunda bilgilendirilmeleri, hastaların iyileşme sürecini olumlu yönde etkileyebilir.
- Araştırmaların Devam Ettirilmesi: Farklı demografik ve klinik özelliklere sahip hasta gruplarında da video destekli taburculuk eğitimlerinin etkileri araştırılmalıdır. Bu sayede, eğitim yöntemlerinin genel geçerliliği ve etkinliği hakkında daha kapsamlı veriler elde edilebilir.

Sınırlılıklar

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları ve üstün yönleri bulunmaktadır. Sınırlılıklar arasında, araştırmanın tek bir coğrafi bölge ve iki hastane ile sınırlı olması, elde edilen sonuçların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Ayrıca, örneklem büyüklüğü nispeten küçük tutulmuş olup, daha geniş örneklem grupları ile yapılacak çalışmalar, sonuçların daha güvenilir ve genellenebilir olmasını sağlayabilir. Veri toplama sürecinde hastaların kendilerine rapor ettikleri memnuniyet ve kaygı düzeylerinin subjektif değerlendirmeler içermesi de bir diğer sınırlılıktır. Üstün yönlerine bakıldığında, araştırmanın randomize kontrollü bir tasarıma sahip olması, elde edilen bulguların geçerliliğini artırmaktadır.

Bireyselleştirilmiş video destekli eğitim programlarının etkinliğini değerlendiren ilk çalışmalardan biri olması, literatüre önemli bir katkı sağlayabileceği değerlendirildi.



KAYNAKÇA

1. Lawton, J. S., Tamis-Holland, J. E., Bangalore, S., Bates, E. R., Beckie, T. M., Bischoff, J. M. (2022). 2021 ACC/AHA/SCAI Guideline for coronary artery revascularization: Executive summary: A report of the American College of cardiology/American heart association joint committee on clinical practice guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 79(2), 197-215. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.09.005>
2. Bakaeen, F. G., Gaudino, M., Whitman, G., Doenst, T., Ruel, M., Taggart, D. P. ve ark. (2021). The American association for thoracic surgery expert consensus document: Coronary artery bypass grafting in patients with ischemic cardiomyopathy and heart failure. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 162(3), 829-850.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2021.04.052>
3. Montrief, T., Koymann, A. ve Long, B. (2018). Coronary artery bypass graft surgery complications: A review for emergency clinicians. *The American Journal of Emergency Medicine*, 36(12), 2289-2297. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.09.014>
4. Sahasrabudhe, P. B., Pradhan, M. D., Panse, N. ve Jagtap, R. (2021). Post-CABG deep sternal wound infection: A retrospective comparative analysis of early versus late referral to a plastic surgery unit in a tertiary care center. *Indian Journal of Plastic Surgery*, 54(2), 157-162. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1731256>
5. Allahbakhshian, A., Khalili, A. F., Gholizadeh, L. ve Esmealy, L. (2023). Comparison of early mobilization protocols on postoperative cognitive dysfunction, pain, and length of hospital stay in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: A randomized controlled trial. *Applied Nursing Research*, 73, 151731. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2023.151731>
6. Tafelmeier, M., Weizenegger, T., Ripfel, S., Fauser, M., Floerchinger, B., Camboni, D., ve ark. (2018). Postoperative complications after elective coronary artery bypass grafting surgery in patients with sleep-disordered breathing. *Clinical Research in Cardiology*, 107(12), 1148-1159. <https://doi.org/10.1007/s00392-018-1289-0>
7. Açikel, M. E. T. (2019). Evaluation of depression and anxiety in coronary artery bypass surgery patients: A prospective clinical study. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, 34(4), 389-395. <https://doi.org/10.21470/1678-9741-2018-0426>
8. Pedramrazi, S., Mohammadabadi, A. ve Rooddehghan, Z. (2024). Effectiveness of peer-based and conventional video education in reducing perioperative depression and anxiety among coronary artery bypass grafting patients: A randomized controlled trial. *Journal of Perianesthesia Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2023.12.002>
9. Jawitz, O. K., Gulack, B. C., Brennan, J. M., Thibault, D. P., Wang, A., O'Brien, S. M., Schroder, J. N., Gaca, J. G. ve Smith, P. K. (2020). Association of postoperative complications and outcomes following coronary artery bypass grafting. *American Heart Journal*, 222, 220-228. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2020.02.002>
10. Kaya, U. ve Dal Yılmaz, Ü. (2022). Ideal suggestions for discharge training and telephone counseling of patients with coronary artery bypass graft surgery: A randomized controlled and experimental study. *Journal of Korean Medical Science*, 37(35), e269. <https://doi.org/10.3346/jkms.2022.37.e269>
11. Rushton, M., Howarth, M., Grant, M. J., & Astin, F. (2017). Person-centred discharge education following coronary artery bypass graft: A critical review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 5206-5215. <https://doi.org/10.1111/jocn.14071>

12. Akbari, M. ve Celik, S. S. (2015). The effects of discharge training and counseling on post-discharge problems in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(4), 442-449. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.161007>
13. Maciel de Araújo, N., Silva, S. O., Silva, L. C. M. D. M., Mendes, F. C. D. O., Sarmento, S. D. G., Ribeiro, K. R. B. ve Dantas, R. A. N. (2023). Audiovisual resource in patients in the preoperative period of myocardial revascularization: A randomized clinical trial. *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2448353/v>
14. Olgun, S. ve Ozsaker, E. (2024). Koroner arter baypas greft ameliyatı geçiren hastalar üzerindeki eğitim etkisi. *Nursing in Critical Care*, 29(2), 325-334. <https://doi.org/10.1111/nicc.12876>
15. van Steenberg, G., van Veghel, D., van Lieshout, D., Sperwer, M., ter Woorst, J. ve Dekker, L. (2022). Effects of video-based patient education and consultation on unplanned health care utilization and early recovery after coronary artery bypass surgery (IMPROV-ED): Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 24(8), e37728. <https://doi.org/10.2196/37728>
16. Lai, V. K. W., Ho, K. M., Wong, W. T., ve ark. (2020). Effect of preoperative education and ICU tour on patient and family satisfaction and anxiety in the intensive care unit after elective cardiac surgery: A randomised controlled trial. *BMJ Quality & Safety*, <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010667>
17. Araújo, N. M., Oliveira, E. S., Silva, B. V. S., Melo, E. B. B., Dantas, R. A. N. ve Dantas, D. V. (2022). Audiovisual aids in preoperative cardiac surgery education: A scoping review. *Texto & Contexto Enfermagem*, 31, e20210334. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0334>
18. Shepperd, S., Lannin, N. A., Clemson, L. M., McCluskey, A., Cameron, I. D. ve Barras, S. L. (2013). Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(1), CD000313. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub4>
19. Cebeci, F. ve Çelik, S. S. (2011). Effects of discharge teaching and counselling on anxiety and depression level of CABG patients. *Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 19(2), 170-176. <https://doi.org/10.5606/tgkdc.dergisi.2011.007>
20. Örnek, Ö. K., Günaydın, H. N., Kolaç, N., Açıkgöz, B., Kavala, A. A. ve Türkyılmaz, S. (2022). Kalp-damar cerrahi hastalarının anksiyete düzeyleri: Baş etme yöntemleri, öz-etkililik düzeyi ve sosyal destek mekanizmalarının incelenmesi: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı araştırma. *Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sciences*, 34(2), 35-45.
21. Türkiye İstatistik Kurumu. (2018). <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710Erişim>
22. Anthony, D., George, P., & Eaton, C. B. (2022). Cardiac risk factors: Environmental, sociodemographic, and behavioral cardiovascular risk factors. *FP Essentials*. Retrieved from <https://typeset.io/papers/cardiac-risk-factors-environmental-sociodemographic-and-1hny5hazm>
23. World Heart Federation. (2022). Cardiac risk factors: Environmental, sociodemographic, and behavioral cardiovascular risk factors. *FP Essentials*. Retrieved from <https://typeset.io/papers/cardiac-risk-factors-environmental-sociodemographic-and-1hny5hazm>
24. World Health Organization. (2022). Cardiac risk factors: Environmental, sociodemographic, and behavioral cardiovascular risk factors. *FP Essentials*. Retrieved from <https://typeset.io/papers/cardiac-risk-factors-environmental-sociodemographic-and-1hny5hazm>.

25. Shahjehan, R. D. ve Bhutta, B. S. (2023). Coronary artery disease. *StatPearls*. StatPearls Publishing.
26. Jamal, A., Phillips, E., Gentzke, A. S., Homa, D. M., Babb, S. D., King, B. A. ve Neff, L. J. (2018). Current cigarette smoking among adults - United States, 2016. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(2), 53–59.
27. Şahan, D. ve Gezer, N. (2021). Koroner arter hastalığında çevrimiçi sağlık uygulamaları. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1), 106-113.
28. Sheikhy, A., Fallahzadeh, A., Sadeghian, S., Forouzannia, K., Bagheri, J., Salehi-Omran, A. ve ark. (2021). Mid-term outcomes of off pump versus on pump coronary artery bypass graft surgery; Statistical challenges in comparison. *BioMed Central Cardiovascular Disorders*, (21), 412-420.
29. Yıldırım, F., Şenarşlan, D. A., Bayram, B., Kurdal, A. T., Yüksel, Ö. K. ve Tetik, Ö. (2022). Tek damar off-pump ve on-pump koroner arter cerrahisinin postoperatif komplikasyonlara etkisi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(1), 131-135.
30. Shaefi, S., Mittel, A., Loberman, D. ve Ramakrishna, H. (2019). Off-pump versus On-pump coronary artery bypass grafting: A systematic review and analysis of clinical outcomes. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 33(1), 232–244.
31. Çitrak, F., Alpar, Ş. E. ve Çiçek, S. (2015). Koroner baypas cerrahisinde iki farklı yöntemle venöz greft hazırlanmasının postoperatif dönemde yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Turkish Journal of Vascular Surgery*, 24(3), 172-183.
32. Pala, A.A., İner, H. ve Ercişli, M.A. (2019). Açık kalp cerrahisinde geleneksel yöntemle alternatif sternum kapama tekniğimiz. *ADYÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1246-1253.
33. Mali, S. ve Haghaninejad, H. (2019). Pulmonary complications following cardiac surgery. *Archives of medical sciences. Atherosclerotic Diseases*, (4), 280–285. <https://doi.org/10.5114/amsad.2019.91432>
34. Ngaage, D. L., Gooseman, M. R., Bulliment, K. L. ve ark. (2019). Is six weeks too long for the first outpatient review after cardiac surgery? *FORCAST6. Br J Cardiol*, 26, 34.
35. Borzou, S. R., Amiri, S., Salavati, M., Soltanian, A. R. ve Safarpoor, G. (2018). Effects of the first phase of cardiac rehabilitation training on self-efficacy among patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *The Journal of Tehran Heart Center*, 13(3), 126–131.
36. Zhang, Q. L., Lei, Y. Q., Liu, J. F., Cao, H. ve Chen, Q. (2021). Using telemedicine to improve the quality of life of parents of infants with CHD surgery after discharge. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 33(3). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab133>
37. Sheth, K. N. ve Nourollahzadeh, E. (2017). Neurologic complications of cardiac and vascular surgery. *Handbook of Clinical Neurology*, (141), 573–592. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-63599-0.00031-4>
38. Arsyi, D. H., Permana, P. B. D., Karim, R. I. ve Abdurachman. (2022). The role of optimism in manifesting recovery outcomes after coronary artery bypass graft surgery: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 162, 111044. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.111044>
39. Kaya, U. ve Dal Yılmaz, Ü. (2022). Ideal suggestions for discharge training and telephone counseling of patients with coronary artery bypass graft surgery: A randomized controlled and experimental study. *J Korean Med Sci*, 37(35). <https://doi.org/10.3346/jkms.2022.37.e269>

40. Khanal, S., Elsey, H., King, R., Baral, S. C., Bhatta, B. R. ve Newell, J. N. (2017). Development of a patient-centred, psychosocial support intervention for multi-drug-resistant tuberculosis (MDR-TB) care in Nepal. *PloS One*, 12(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167559>
41. Hoseini, S., Soltani, F., Babaei Beygi, M. ve Zarifsanadee, N. (2013). The effect of educational audiotape programme on anxiety and depression in patients undergoing coronary artery bypass graft. *Journal of Clinical Nursing*, 22(11-12), 1613–1619.
42. Khorfan, R., Shallcross, M. L., Yu, B., Sanchez, N., Parilla, S., Coughlin, J. M. ve Stulberg, J. J. (2020). Preoperative patient education and patient preparedness are associated with less postoperative use of opioids. *Surgery*, 167(5), 852-858.
43. Çeliktürk, N., Öden, T. N. ve Korkmaz, F. D. (2021). Koroner arter baypas cerrahisi geçiren hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sürdürülmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 25(2), 92-101.
44. Koivisto, J. M., Saarinen, I., Kaipia, A., Puukka, P., Kivinen, K., Laine, K. M. ve Haavisto, E. (2020). Patient education in relation to informational needs and postoperative complications in surgical patients. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 32(1), 35–40.
45. Noor Hanita, Z., Khatijah, L. A., Kamaruzzaman, S., Karuthan, C. ve Raja Mokhtar, R. A. (2022). A pilot study on development and feasibility of the 'MyEducation: CABG application' for patients undergoing coronary artery bypass graft (CABG) surgery. *BMC Nursing*, 21(1), 1-11.
46. Sinha, S., Dillon, J., Dargar, S. K., Archambault, A., Martin, P., Frankel, B. A., Lee, J. I., Carmel, A. S. ve Safford, M. (2019). What to expect that you're not expecting: A pilot video education intervention to improve patient self-efficacy surrounding discharge medication barriers. *Health Informatics Journal*, 25(4), 1595–1605.
47. Ragheb, S. M., Chudyk, A., Kent, D., Dave, M. G., Hiebert, B., Schultz, A. S. H., Duhamel, T. A. ve Arora, R. C. (2022). Use of a mobile health application by adult non-congenital cardiac surgery patients: A feasibility study. *PLOS Digital Health*, 1(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000055>
48. Balanuye, B. ve Bulut, H. (2021). Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde uyum süreci. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(3), 232-243.
49. Soyer, Ö., Dönmez, Y. C. ve van Giersbergen, M. Y. (2018). Ameliyat olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(3), 200-208.
50. Shahmoradi, L., Rezaei, N., Rezayi, S., Zolfaghari, M. ve Manafi, B. (2022). Educational approaches for patients with heart surgery: A systematic review of main features and effects. *BMC Cardiovascular Disorders*, 22(1), 292.
51. Khorfan, R., Shallcross, M. L., Yu, B., Sanchez, N., Parilla, S., Coughlin, J. M., Johnson, J. K., Bilimoria, K. Y. ve Stulberg, J. J. (2020). Preoperative patient education and patient preparedness are associated with less postoperative use of opioids. *Surgery*, 167(5), 852–858.
52. Sinha, S., Dillon, J., Dargar, S. K., Archambault, A., Martin, P., Frankel, B. A., Lee, J. I., Carmel, A. S. ve Safford, M. (2019). What to expect that you're not expecting: A pilot video education intervention to improve patient self-efficacy surrounding discharge medication barriers. *Health Informatics Journal*, 25(4), 1595–1605.
53. Eren Çetinkaya, Ö. (2019). *Total kalça protezi ameliyatı sonrası verilen taburculuk eğitiminin günlük yaşam aktiviteleri, fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi*. [Yüksek lisans tezi]. Pamukkale Üniversitesi.

54. Denny, M. C., Vahidy, F., Vu, K. Y., Sharrief, A. Z. ve Savitz, S. I. (2017). Video-based educational intervention associated with improved stroke literacy, self-efficacy and patient satisfaction. *PloS One*, 12(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171952>
55. Peng, J. R., Su, H. C., Lin, C. P., Chen, C. C., Chang, C. J., Gong, S. L. ve Chu, P. H. (2021). Role of an e-health intervention in holistic healthcare: A quasiexperiment in patients undergoig cardiac catheterization in Taiwan. *Journal of Healthcare Engineering*, (10053), 1-8.
56. Emanuel, E. J., Wendler, D., Killen, J. ve Grady, C. (2004). Whatma kesclinical research in developing countriesethical? The benchmarks of ethical research. *The Journal of Infectiousdiseases*, 189(5), 930-937.
57. World Medical Association. (2008). *Declaration of Helsinki*. <http://www.wma.net/e/ethicsunit/helsinki.htm>
58. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. baskı) içinde Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
59. <https://www.randomizer.org/>
60. Lopez, R., Smith, A. ve Patel, J. (2021). Impact of personalized discharge education on anxiety levels in coronary artery bypass graft patients. *Journal of Cardiac Surgery*, 36(5), 1234-1242. <https://doi.org/10.1016/j.jcs.2021.01.005>
61. Zhang, H., Liu, Y. ve Wang, J. (2022). The role of individualized patient education in reducing anxiety and improving recovery post-CABG surgery. *Heart & Lung*, 51(3), 345-352. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2022.03.007>
62. Lee, S. ve Kim, H. (2023). Effectiveness of video-assisted discharge education on patient outcomes after coronary artery bypass graft surgery. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(2), 101-109. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvab055>
63. Smith, R. ve Johnson, P. (2022). Personalized video education improves patient satisfaction post-CABG surgery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 37(3), 215-222. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000812>.
64. Wang, Y. ve Liu, X. (2021). The effectiveness of individualized patient education on satisfaction and recovery outcomes in coronary artery bypass graft patients. *Heart & Lung*, 50(4), 412-419. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.02.010>.
65. Thompson, G., Ramirez, A. ve Lee, H. (2023). Impact of video-assisted discharge education on patient satisfaction after cardiac surgery. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(1), 45-53. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvac045>.
66. Park, J. ve Lee, S. (2021). The effectiveness of personalized video education on patient understanding and engagement. *Patient Education and Counseling*, 104(2), 320-327. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.10.015>.
67. Smith, A. ve Brown, L. (2022). Enhancing patient education with video-assisted teaching methods. *Nursing Education Today*, 105, 104909. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104909>.
68. Kim, H., Thompson, G. ve Lee, Y. (2023). Personalized video education improves patient comprehension and satisfaction in cardiac care. *Journal of Advanced Nursing*, 79(1), 65-74. <https://doi.org/10.1111/jan.15000>.
69. Johnson, R. ve Smith, A. (2021). Effectiveness of personalized video education on practical knowledge application in cardiac patients. *Patient Education and Counseling*, 104(4), 500-507. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.12.006>

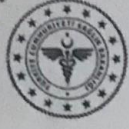
70. Miller, T. ve Brown, L. (2022). Video-assisted patient education: Enhancing practical application of healthcare knowledge. *Journal of Medical Education*, 37(1), 65-72. <https://doi.org/10.1016/j.jmed.2021.09.011>
71. Lee, Y., Kim, H. ve Park, J. (2023). Personalized video education improves practical application and patient outcomes in cardiac care. *Journal of Advanced Nursing*, 79(4), 399-408. <https://doi.org/10.1111/jan.15200>
72. Anderson, R. ve Jones, D. (2021). Personalized education programs reduce anxiety and improve satisfaction in cardiac patients. *Journal of Clinical Nursing*, 30(2), 212-220. <https://doi.org/10.1111/jocn.15536>.
73. Martinez, J. ve Liu, S. (2022). Video-assisted education and its impact on patient anxiety and satisfaction post-CABG surgery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 37(4), 345-353. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000902>.
74. Chen, W. ve Wang, J. (2021). Improving patient education with personalized video content in post-surgical care. *Journal of Patient Education*, 25(3), 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.jpe.2021.05.005>.
75. Davis, L. ve Thompson, M. (2022). Enhancing patient learning with video-assisted educational tools. *Journal of Nursing Education*, 58(6), 345-352. <https://doi.org/10.1016/j.jne.2021.11.007>.
76. Lee, Y. ve Kim, H. (2023). The impact of personalized video education on patient outcomes in cardiac surgery. *Journal of Cardiac Surgery*, 38(3), 789-798. <https://doi.org/10.1111/jocs.16234>.
77. Anderson, R. ve Jones, D. (2021). Personalized education programs reduce anxiety and improve satisfaction in cardiac patients. *Journal of Clinical Nursing*, 30(2), 212-220. <https://doi.org/10.1111/jocn.15536>.
78. Martinez, J. ve Liu, S. (2022). Video-assisted education and its impact on patient anxiety and satisfaction post-CABG surgery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 37(4), 345-353. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000902>.
79. Kim, H. ve Lee, Y. (2023). Personalized video education improves patient comprehension and reduces anxiety in cardiac care. *Journal of Advanced Nursing*, 79(1), 65-74. <https://doi.org/10.1111/jan.15000>

EKLER

EK-1



EK-2 İl Sağlık Müdürlüğü İzni



GAZİANTEP SAĞLIK BAŞKANLIĞI
GAZİANTEP SAĞLIK HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜ
6.09.2023 14:56:24 E-87825162-663.08-223813046
223813046

T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-87825162-663.08-223813046
Konu : Nursena BİRGİN'in Araştırma İzni Hk. 06.09.2023

DR. ERSİN ARSLAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Bilimsel Araştırma İzni için başvuruda bulunan Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Nursena BİRGİN'in, " Koroner Arter Bypass Greft Sonrası Verilen Video Destekli Taburculuk Eğitiminin Hastaların Memnuniyet Ve Kaygılarına Etkisinin İncelenmesi " konulu veri toplamaya yönelik yapılacak çalışmasının, Dr. Ersin Arslan Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Mücahitler Ek Binası 'nda yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Hüseyin ÖZKAN
Sağlık Hizmetleri Başkanı


Ek: Nursena BİRGİN'in Araştırma İzni Hk.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 16B43121-F467-4DC1-82EB-B55519D97CE3 Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>

Kayaönü Mah. 42035. Sk. İl Sağlık Müdürlüğü Şehitkâmil/Gaziantep 27000
Telefon No: 03422209614
e-Posta: İnternet Adresi: <https://gaziantepism.saglik.gov.tr/>
Kep Adresi:

Bilgi için: Döndü BİLİCİ
Hemşire
Telefon No: 0342 220 96 14 - 1381



EK-4 Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu

Sayın Katılımcı;

Sizi ‘KABG Cerrahisi Geçiren Hastalara Videolu Taburculuk Eğitiminin Hasta Memnuniyetine ve Kaygıya Etkisi’ başlıklı bilimsel çalışmaya davet ediyoruz. Söz konusu bilimsel çalışmanın amacı KABG ameliyatı geçiren hastaların videolu taburculuk eğitimi ile hasta memnuniyetinin ve kaygısının değerlendirilmesidir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için de tarafınıza herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız tamamen gönüllü olmanıza bağlıdır. Dilerseniz bu çalışmaya hiç katılmayabilirsiniz. Dilerseniz de bu çalışmaya katılmaya gönüllü olduktan sonra çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Çalışma hakkında ayrıntılı bilgiler aşağıda yer almaktadır. Lütfen formu dikkatli bir şekilde okuyarak karar veriniz.

Çalışmaya katılmaya gönüllü olmanız durumunda eğitim videosu hasta ya da hasta yakınının cep telefonuna mesaj olarak gönderilecektir Eğitim videosunu izledikten sonra araştırmacının size vereceği anket sorularını yanıtlamanız gerekmektedir. Anket sorularının içerisinde, size ait bazı tanıtıcı bilgileri (doğum yılınız, cinsiyetiniz, eğitim durumunuz, mesleğiniz, kronik hastalıklarınız) ve taburculuk eğitimine yönelik sorular bulunmaktadır. Bu sorular araştırmacılar tarafından daha önce yapılmış bilimsel araştırma sorularından yararlanılarak hazırlanmıştır. Önceden gönüllü olsanız bile bu aşamada da dilerseniz araştırmacının size vereceği anket sorularını yanıtlamama ve araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz.

Araştırmacının size vereceği anket sorularını yanıtlamanız durumunda sizden alınan tüm bilgiler gizli tutulacak başka bir amaçla ve başka bir araştırmada kullanılmayacaktır. Verdiğiniz yanıtlar üçüncü kişiler ile paylaşılmayacak, sizi tanımlayan bilgileriniz (isim, soy isim, yaşınız) belirtilerek hiçbir yerde açıklanmayacaktır. Bu çalışma kapsamında anket sorularını yanıtlamanız ortalama 15-20 dakika sürecektir. Sizden aldığımız yanıtlar bir bilgisayarda bir istatistik programına yüklenecek, analizleri yapılacak, yorumlanacak ve bir araştırma raporu hazırlanacaktır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar bilimsel kongre sempozyum gibi bilimsel toplantılarda konuşulup tartışılabilir. Ayrıca bu bilimsel çalışmadan elde edilen sonuçların başka insanlara da yararlı olabilmesi için çalışma raporu ulusal veya

uluslararası dergilerde yayınlanacaktır. Araştırmaya katılmaya gönüllü iseniz lütfen formun belirtilen yerine telefon numaranızı yazıp imzalayarak araştırmacıya veriniz. Formun sizde kalan kopyasını ise daha sonra okumak için saklayabilirsiniz. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmamanız durumunda formları imzalamadan araştırmacıya iade ediniz.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllü Araştırmacı İsim:

İsim: Nursena BİRGİN

Tel No:

Tel No:

İmza:

İmza:

Danışman

İsim: Dr. Öğr. Üyesi Aynur KOYUNCU

Tel No:

EK-5 Veri Toplama Formu

KABG Geçiren Hastalara Videolu Taburculuk Eğitiminin Hasta Memnuniyetine ve Kaygıya Etkisi

Sayın Katılımcı;

Sizi KABG cerrahisi geçiren hastalara videolu taburculuk eğitiminin hasta memnuniyetine ve kaygıya etkisini belirlenmesi amacıyla yapılacak bilimsel bir çalışmaya davet ediyoruz. Bu çalışmadan elde edilecek sonuçlar bilimsel dergilerde yayınlanacak, bilimsel ortamlarda konuşulup tartışılacaktır. Bu çalışmada size ait bilgiler isminiz belirtilerek hiçbir yerde açıklanmayacaktır. Sizin kişisel bilgileriniz gizli tutulacak ve yalnızca bilime özgü amaçlarla kullanılacaktır. Bu çalışmanın uzun vadede hastalara etkisinin hasta memnuniyetini arttıracığı ve hasta ile hasta yakınlarının kaygısını azaltacağı şeklinde olacağını umuyoruz. Bu çalışmaya hiç katılmayabilirsiniz, bu çalışmaya katılsanız bile, çalışmanın herhangi bir aşamasında istediğiniz her an çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına bağlıdır. Çalışmaya katılmaya gönüllü iseniz aşağıdaki anket sorularını yanıtlamanız gerekmektedir. Anket sorularını yanıtlamanız yaklaşık 15-20 dakika sürecektir. Bu bilimsel çalışmaya vereceğiniz katkılar nedeni ile TEŞEKKÜR EDERİZ...

BÖLÜM 1: HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ

Sayın Katılımcı;

Bu tez çalışması KABG ameliyatı olmuş hastaların taburculuk bilgilendirilmesinde, “videolu taburculuk eğitimi” kullanımının hastaların memnuniyetine ve kaygısına etkisi olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Çalışmadan elde edilen veriler, gizli tutulacak olup, yalnızca araştırmacı tarafından ve bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Lütfen her soruyu içtenlikle okuyup ve doğru bir şekilde cevaplayınız. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Yatış Tarihi :.....

Ameliyat Tarihi

:.....

Taburculuk Tarihi :.....

Kontrol gelme Tarihi :.....

1)-Tanı :

2)-Ameliyatın adı :

3)-Yaşı :

4)-Cinsiyet :

Kadın Erkek

5)-Boy : Kilo : BKİ :

6)-Medeni Durum :

Evli Bekar

7)-Eğitim Durumu:

Okur-yazar İlk-ortaokul Lise Üniversite

8)-Mesleği :

İşçi Memur Emekli Ev Hanımı Çalışmıyor Serbest

Meslek

9)-Sosyal Güvence :

Emekli Sandığı SSK Bağ Kur Diğer

10)-Evde sizinle beraber kaç kişi yaşıyor ? :

11)-Eve taburcu olunca size yardım edecek kişi var mı ? Kim ?

12)-Yaşadığı yer :

Köy İlçe Şehir

13)-Daha önce ameliyat geçirdi mi ?

Evet Hayır

14)-Ameliyat olduysanız ne ameliyatı oldunuz ?

.....

15)-Alkol kullanıyor musunuz ?

Evet ise ne kadar kaç yıldır ?

Hayır

16)-Sigara kullanıyor musunuz ?

Evet ise ne kadar günde /paket kaç yıldır ?

Hayır

17)-Sürekli kullandığınız ilaçlar var mı ? Neler ?

.....

Hayır

18)-Kronik hastalıklarınız var mı ?

Yok Hipertansiyon Diabetes Mellitus KOAH

Anemi Diğer

19)-Daha önce taburculuk eğitimi aldınız mı ?

Hayır

Evet ise ne zaman , nerede ,ne konuda eğitim aldınız ?

.....

20)-Bu eğitimi kimden /kimlerden aldınız ? (Birden fazla seçenek olabilir .)

Hemşire Doktor Diyetisyen Fizyoterapist Diğer

21)-Taburculuk sonrası bakımınıza destek olacak kişi /kişiler olacak mı ?

Var ise kim ?

Yok

22)-Daha önce videolu taburculuk eğitimi tanınımı duydunuz mu?

Evet

Hayır

23)-Daha önce videolu şekilde taburculuk eğitimi aldınız mı?

Hayır

Evet ise ne zaman, nereden ve kimden aldınız?

.....

BÖLÜM 2: HASTA EĞİTİMİNDEN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1. Hangi konularda eğitim ihtiyacım olduğu benimle birlikte kararlaştırıldı.					
2. Bilgi eksikliğimin olduğu konular belirlendikten sonra eğitim yapılmasına karar verildi.					
3. Eğitim benim uygun olduğum bir zamanda yapıldı.					
4. Eğitim verilmeye başlanmadan önce ağrı, huzursuzluk ya da başka bir sıkıntım olup olmadığı sorularak eğitim almaya hazır oluşluk durumum göz önünde bulunduruldu.					
5. Öncelikle bilgi eksikliğim olan konularda eğitim verildi.					
6. Eğitimin içeriği, zamanı ve yeri benimle birlikte kararlaştırıldı.					
7. Eğitimde anlatılan konuların benim için yararlı olabileceğini düşünüyorum.					
8. Eğitim sırasında soru sormak için bana yeterince fırsat verildi.					
9. Ailem/bakım verenim de eğitime alındı ve onlara da söz hakkı tanındı.					
10. Eğitimin süresinin yeterli olduğunu düşünüyorum.					

11.	Eğitimin yeterli sıklıkta yapıldığını düşünüyorum.				
12.	Eğitim sırasında aktif katılım sağlayabildim.				
13.	Eğitimin içeriğinin bana uygun olduğunu düşünüyorum.				
14.	Eğitimin genel olarak verimli geçtiğini düşünüyorum.				
15.	Eğitimde anlayabileceğim bir dil kullanıldı.				
16.	Eğitimde konuyu anlamamı kolaylaştırıcı materyaller (maket, broşür, afiş, video vb) ve yöntemler (tartışma, düz anlatım, soru-cevap vb) kullanıldığını düşünüyorum.				
17.	Eğitim sırasında dikkatimi toplamam için sürekli bana sorular yöneltildi.				
18.	Eğitimi veren sağlık profesyonelinin bana ve yakınlarıma karşı saygılı davrandığını düşünüyorum.				
19.	Eğitimi veren sağlık profesyonelinin iletişiminden memnun kaldım.				
20.	Eğitimi veren sağlık profesyoneli konuyu anlamam için sürekli farklı yöntemler denedi.				
21.	Eğitmenin kısa, anlaşılır ve net cümleler kurduğunu düşünüyorum.				
22.	Eğitmenin anlattığı konu ile ilgili bilgisinin yeterli olduğunu düşünüyorum.				
23.	Eğitim sonunda konu özeti yapıldı.				
24.	Eğitimi veren sağlık profesyoneli eğitim boyunca beni motive etti.				
25.	Eğitimi veren sağlık profesyonelinin eğitim boyunca performansı iyiydi.				
26.	Eğitim ortamının fiziksel koşullarının (ses, sıcaklık, aydınlık vs) iyi olduğunu düşünüyorum.				
27.	Eğitimde konuya uygun geri bildirim yapıldığını düşünüyorum.				
28.	Eğitimden öğrenmeyi istediğim bilgilere/becerilere ulaştığımı düşünüyorum.				
29.	Bilgi eksikliğim ve merakım tamamen giderildi.				
30.	Aldığım eğitimi taburcu olduktan sonra da günlük hayatımda kullanabileceğimi düşünüyorum.				

BÖLÜM 3: DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ

STAI FORM TX I

İsim: **Cinsiyet:** **Yaş:** **Meslek:** **Tarih:**

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonrada o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafına işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadeniz üzerinde herhangi bir zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
1.Şu anda sakinim.				
2.Kendimi emniyette hissediyorum.				
3.Şu anda sinirlerim gergin.				
4.Pişmanlık duygusu içindeyim.				

5.Şu anda huzur içindeyim.				
6.Şu anda hiç keyfim yok.				
7.Başıma geleceklerden endişe ediyorum.				
8.Kendimi dinlenmiş hissediyorum.				
9. Şu anda kaygılıyım.				
10.Kendimi rahat hissediyorum.				
11.Kendime güvenim var.				
12.Şu anda asabım bozuk.				
13.Çok sinirliyim.				
14.Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.				
15.Kendimi rahatlamış hissediyorum.				
16.Şu anda halimden memnunum.				
17.Şu anda endişeliyim.				
18.Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.				
19.Şu anda sevinçliyim.				
20.Şu anda keyfim yerinde.				

SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

STAI FORM TX II

İsim: **Cinsiyet:** **Yaş:** **Meslek:** **Tarih:**

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonrada o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafına işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadeniz üzerinde herhangi bir zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.Genellikle keyfim yerindedir.				
22.Genellikle çabuk yorulurum.				
23.Genellikle çabuk ağlarım.				
24.Başkaları kadar mutlu olmak isterim.				
25.Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.				
26.Kendimi dinlenmiş hissederim.				
27.Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.				
28.Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.				
29.Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.				
30.Genellikle mutluyum.				
31.Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.				
32.Genellikle kendime güvenim yoktur.				
33.Genellikle kendimi emniyette hissederim.				
34.Sıkıntılı ve güç durumlara				

karşılaşmaktan kaçınıyorum.				
35.Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim.				
36.Genellikle hayatımdan memnunum.				
37.olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.				
38.Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki unutamam.				
39.Aklı başında ve kararlı bir insanım.				
40.Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.				



EK-6 Ölçek Kullanım İzni



EK-7 İntihal Raporu





SERTİFİKALAR

Hemşireler için Temel EKG Kursu **Katılım Belgesi** 2023 TÜYUD Online

7.Halk Sağlığı Günleri: Afetlerde Toplum Sağlığı Hizmetlerinin Yönetim ve Organizasyonu Sempozyumu **Katılım Belgesi** 23 Aralık 2023 Hasan Kalyoncu Üniversitesi Online

Certificate of Completion A Structured Approach to the Critically-ill Patient on the 30th August 2023, Authored by Michelle Soskin ,Health Education England

The World Continuing Education Alliance; Online

“Alt Ekstremitte Ülserleri” Webinarları **Katılım Belgesi** 11 Aralık 2020 Ulusal Vasküler & Endovasküler Cerrahi Derneği

