

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



**SANAL HASTA ZİYARETİNİN KORONER ARTER BAYPAS  
GREFT CERRAHİSİ SONRASI STRES YANITA ETKİSİNİN  
İNCELENMESİ**

**Yasemin EREN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**GAZİANTEP - 2023**



## LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ YÜKSEKLİSANS TEZ KABUL VE ONAY FORMU

Sağlık Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Yasemin EREN tarafından hazırlanan “sanal hasta ziyaretinin koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası stres yanıtı etkisinin incelenmesi” başlıklı tez, 03/07/2023 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	.....	.....	

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

Prof. Dr. M.Serhat YENİCE  
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.

Yasemin EREN

Tarih:

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

SANAL HASTA ZİYARETİNİN KORONER ARTER BAYPAS  
GREFT CERRAHİSİ SONRASI STRES YANITA ETKİSİNİN  
İNCELENMESİ

Yasemin EREN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman  
Dr. Öğr. Üyesi Aynur KOYUNCU

ÖZET

Sanal hasta ziyaretinin stres yanıtı etkisi bilinmemektedir. Bu çalışma ile sanal ziyaretin koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası serum kortizol seviyesi ve durumluk kaygı puanına etkisinin belirlenmesi amaçlandı. Araştırma 1 Aralık 2022-1 Mart 2023 tarihleri arasında bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Kalp Damar Cerrahisi YBÜ'de yapılan önce-sonra kontrollü klinik bir çalışmadır. Araştırmaya başlamadan önce etik onay alındı (Onay no: 2022/221). Koroner arter baypas greft cerrahisi sonrasında en az 12 saatini doldurmuş hastalar, 20-30 dakika aile üyeleri ile görüntülü görüşme programı (zoom) ile görüştürüldüler. Hastalar sanal ziyaretten bir saat önce (T0) ve sanal ziyaretten bir saat sonra (T1) değerlendirildiler. Serum kortizol; Enzim Linked İmmunosorbent Assay (ELISA) yöntemi ile kaygı ve ağrı seviyesinin belirlenmesinde görsel kıyaslama ölçeği kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için  $p < 0.05$  değeri kabul edildi. Hastaların yaş ortalaması  $62.80 \pm 9.13$ , BKİ ortalaması  $27.62 \pm 4.47$ , %78.7'si erkek, %78.7'si evli, %75.4'ü ilköğretim mezundur. Hastaların T0 serum kortizol seviyeleri  $36.50 \pm 15.69$ , T1 serum kortizol seviyeleri  $34.93 \pm 15.37$  dir. Karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $p > 0.05$ ). T0 ölçümünde durumluk kaygı seviyesi puan ortalaması  $3.75 \pm 3.31$  T1 ölçümünde durumluk kaygı puan ortalaması  $2.30 \pm 2.66$  olarak ölçüldü. Karşılaştırıldığında ise aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $p = 0.002$ ) ( $p < 0.05$ ). T0 ve T1 ölçümlerinde serum kortizol seviyesi ile durumluk kaygı puanları arasında pozitif yönde orta seviyede bir korelasyon olduğu belirlendi (sırasıyla;  $p = 0.001$ ,  $p = 0.005$ ). T0 ölçümüne göre T1 ölçümünde hastaların %72'sinin serum kortizol seviyesinin azaldığı, %23'ünün arttığı, hastaların %62'sinin kaygı seviyesinin azaldığı, %28'inin ise arttığı bulundu. Sonuç olarak, sanal hasta ziyaretleri hastaların önemli bir bölümünün stres düzeylerini olumlu etkilemektedir. Bu konuda farklı hasta gruplarında geniş örneklemli çalışmalar yapılmalıdır. Sanal ziyaretin hastalar üzerindeki etkilerinin niteliksel çalışmalar ile de araştırılmasını önermekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Stres yanıtı, serum kortizol, durumluk kaygı, sanal hasta ziyareti, hemşirelik

**THE EXAMINATION OF THE EFFECT OF VIRTUAL PATIENT  
VISITS ON STRESS RESPONSE IN POST-CORONARY ARTERY  
BYPASS GRAFT SURGERY**

**Yasemin EREN**

**MASTER THESIS**

**Advisor**

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

**ABSTRACT**

The impact of virtual patient visits on stress response remains unknown. This study aimed to determine the effect of virtual visits on serum cortisol levels and state anxiety scores after coronary artery bypass graft (CABG) surgery. The research was conducted as a pre-post controlled clinical study in the Cardiovascular Surgery Intensive Care Unit of an Education and Research Hospital between December 1, 2022, and March 1, 2023. Ethical approval was obtained before commencing the research (Approval no: 2022/221). Patients who had completed at least 12 hours after CABG surgery were engaged in a 20-30 minute video call program (Zoom) with their family members. The patients were evaluated one hour before the virtual visit (T0) and one hour after the virtual visit (T1). Serum cortisol levels were assessed using the Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA) method, and anxiety and pain levels were measured using a visual analog scale. A p-value of less than 0.05 was considered statistically significant. The average age of the patients was  $62.80 \pm 9.13$ , with an average body mass index (BMI) of  $27.62 \pm 4.47$ . Of the participants, 78.7% were male, 78.7% were married, and 75.4% had completed primary education. The T0 serum cortisol level was  $36.50 \pm 15.69$ , and the T1 serum cortisol level was  $34.93 \pm 15.37$ . The difference between these levels was not statistically significant ( $p > 0.05$ ). However, the state anxiety level scores were significantly different between T0 ( $3.75 \pm 3.31$ ) and T1 ( $2.30 \pm 2.66$ ) measurements ( $p = 0.002$ ) ( $p < 0.05$ ). There was a moderate positive correlation between serum cortisol levels and state anxiety scores at both T0 ( $p = 0.001$ ) and T1 ( $p = 0.005$ ) measurements. Comparing T0 and T1 measurements, it was found that 72% of the patients had a decrease in serum cortisol levels, while 23% experienced an increase. Additionally, 62% of the patients showed a decrease in anxiety levels, whereas 28% had an increase. In conclusion, virtual patient visits have a positive effect on stress levels in a significant portion of patients. Further large-scale studies should be conducted in different patient groups, and qualitative research should be carried out to explore the effects of virtual visits on patients.

**Keywords:** Stress response, serum cortisol, state anxiety, virtual patient visit, nursing.

## TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim sürecinde mesleki bilgisi ve tecrübesiyle bana yol gösteren, her zaman yanımda olup desteğini hissettiğim, ilgili, sabırlı, her daim ulaşabildiğim ve aklıma ne takılsa gönül rahatlığıyla danışabildiğim azmi ile beni de hırslandıran ve bu yolda yapabileceğime inanan değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Aynur KOYUNCU'ya,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bize yol gösteren, gelecekte olmak istediğim mesleğe bir adım daha yaklaşmama vesile olan ve bu yolda karşılaşmaktan onur duyduğum değerli hocam Prof. Dr. Ayla YAVA'ya,

Tezimin izin aşamasında ve en zor dönemimde bana en büyük desteği sağlayan, yardımlarını esirgemeyen ve tezimi beraber yürüttüğüm Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi'nde görev yapan Op. Dr. Özden VEZİR'e,

Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi'nde görev yapan, tanıştığımız ilk günden itibaren güleryüzü ve samimiyetiyle her daim arkamda olup elinden gelen desteği sağlayan Op. Dr. Özgür BAYRI'ya,

Bu yola girmeme vesile olan, başarabileceğime olan inancımın en büyük sebebi ,yaşadıkları ve başardıklarıyla bana ışık olan yol gösteren ablam olarak gördüğüm uzun yıllardır dostum olan sevgili Öğr. Gör. Elvan DEMİR'e,

Yüksek lisans giriş sınavı günü tesadüfen tanıştığımız ve o günden beri dost olduğumuz, iki seneyi okul dönemlerinde neredeyse her gün konuşarak ve birbirimize destek olarak geçirdiğimiz, sabahlara kadar beraber ders çalıştığımız, iyi ki tanımışımız dediğim canım arkadaşım Kübra KAYA'ya,

Çalışmaya katılan tüm hastalarım ve manevi desteğiyle yanımda olan Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'ndeki kıymetli çalışma arkadaşlarıma, veri toplama sürecimde benden desteklerini esirgemeyen Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi ekibine ve bu olanağı sağlayan Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne,

Bana bu dünyada sahip olunacak en güzel şeylerden birinin kız kardeş olduğu duygusunu yaşatan, ne zaman başım sıkışsa arkamda olduklarını bildiğim, bu süreçte de desteklerini ve inançlarını benden esirgemeyen canım ablalarım Emine ÖZTOPRAK ve Gözde EREN'e ve abim olarak gördüğüm, bunun eksikliğini bana hiç hissettirmeyen her daim ne olursa olsun elinden gelen herşeyi yapan canım eniştem Gürkan ÖZTOPRAK'a teşekkür ederim.

Ve son olarak tezimi; doğduğum andan itibaren beni ve ablalarımı en güzel şekilde saygı ve sevgi ile büyütüp yetiştiren, bu günlere gelmemize, üçümüzün de meslek sahibi olmamıza vesile olan, hiçbir zaman maddi ve manevi desteğini üzerimizden eksik etmeyen, zor şartlarda da olsa ellerinden gelen herşeyi yapıp okumamızı her zaman destekleyen, sevgisini ve şefkatini üzerimizden eksik etmeyen, bana benden çok inanan en kıymetlilerim canım annem Türkan EREN'e ve canım babam Mehmet EREN'e ithaf edip teşekkürlerimi sunuyorum.

Uzm. Hem. Yasemin EREN  
Gaziantep-2023

# İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET .....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>v</b>
<b>TEŞEKKÜR .....</b>	<b>vi</b>
<b>İÇİNDEKİLER .....</b>	<b>vii</b>
<b>ÇİZELGE LİSTESİ.....</b>	<b>ix</b>
<b>ŞEKİL LİSTESİ.....</b>	<b>x</b>
<b>GRAFİK LİSTESİ.....</b>	<b>xi</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR.....</b>	<b>xii</b>
<b>1. GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>3</b>
2.1. Kalp Damar Cerrahisi .....	3
2.2. Yoğun Bakım Hemşireliği .....	3
2.3. Yoğun Bakım Ünitesinde Aile Merkezli Bakım.....	6
2.4. Hastanelerin Ziyaret Politikası.....	8
2.5. Sanal Hasta Ziyareti .....	11
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>14</b>
3.1. Araştırmanın Hipotezleri.....	14
3.2. Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zamanı.....	14
3.3. Araştırmanın Etik Yönü.....	14
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri .....	14
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	15
3.6. Katılımcılar ve Örneklem Ölçütleri .....	17
3.6.1. Gönüllülerin araştırmaya dahil edilme kriterleri .....	17
3.6.2. Dışlanma kriterleri .....	18
3.7. Bilgilendirme .....	18
3.8. Sanal Ziyaret .....	19
3.9. Ölçüm ve Değerlendirmeler.....	19
3.9.1. T0 değerlendirmesi .....	20
3.9.2. T1 değerlendirmesi .....	20
3.9.3. Kan örneklerinin alınması.....	20
3.9.4. Kortizol seviyesinin ölçülmesi.....	21
3.9.5. Kaygı seviyesinin ölçülmesi .....	21
3.9.6. Ağrı seviyesinin ölçülmesi.....	22
3.10. Verilerin toplanması .....	23
3.11. Verilerin Analizi .....	24

3.12. Finansman.....	24
3.13. Tez Takvimi.....	25
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>26</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>37</b>
<b>6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....</b>	<b>41</b>
6.1. Sonuçlar.....	41
6.2. Öneriler.....	41
6.3. Sınırlılıklar.....	41
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>42</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>49</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>66</b>

## ÇİZELGE LİSTESİ

<b>Çizelge 4.1.</b> Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı .....	26
<b>Çizelge 4.2.</b> Aile üyelerinin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı .....	27
<b>Çizelge 4.3.</b> Hastaların sanal ziyaret öncesi ve sanal ziyaret sonrası değerlendirme bulgularının karşılaştırılması .....	28
<b>Çizelge 4.4.</b> Hastaların sanal ziyaret öncesi ve sanal ziyaret sonrası serum kortizol ile değerlendirme bulguları arasındaki ilişki .....	33
<b>Çizelge 4.5.</b> Sanal ziyaret öncesine göre sanal ziyaret sonrasında hastalarda serum kortizol seviyesi değişiminin tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırılması. ....	35
<b>Çizelge 4.6.</b> Sanal ziyaret öncesine göre sanal ziyaret sonrasında hastalarda durumluk kaygı seviyesi değişiminin tanıtıcı özellikler ile karşılaştırılması .....	36



## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 3.1. G Power örneklem büyüklüğü hesaplaması. ....	15
Şekil 3.2. Araştırmanın Consort diyagramı. ....	16
Şekil 3.3. Değerlendirme zamanları. ....	19
Şekil 3.4. Görsel kıyaslama ölçeği (Kaygı seviyesi). ....	22
Şekil 3.5. Görsel kıyaslama ölçeği (Ağrı seviyesi). ....	23
Şekil 3.6. Tez takvimi şeması. ....	25



## GRAFİK LİSTESİ

<b>Grafik 4.1.</b> Sanal ziyaret öncesi ve sanal ziyaret sonrası serum kortizol seviyesi ortalamalarının karşılaştırılması .....	29
<b>Grafik 4.2.</b> Sanal ziyaret öncesi ve sanal ziyaret sonrası durumluk kaygı seviyesi puan ortalamalarının karşılaştırılması .....	29
<b>Grafik 4.3.</b> Sanal ziyaret öncesi ve sanal ziyaret sonrası ağrı seviyesi puan ortalamalarının karşılaştırılması .....	30
<b>Grafik 4.4.</b> Sanal ziyaret öncesi ve sanal ziyaret sonrası sistolik arteriyel basınç puan ortalamalarının karşılaştırılması .....	31
<b>Grafik 4.5.</b> Sanal ziyaret öncesi ve sanal ziyaret sonrası diyastolik arteriyel basınç puan ortalamalarının karşılaştırılması .....	31
<b>Grafik 4.6.</b> Sanal ziyaret öncesi ve sanal ziyaret sonrası kalp hızı puan ortalamalarının karşılaştırılması .....	32
<b>Grafik 4.7.</b> Sanal ziyaret öncesi ve sanal ziyaret sonrası solunum hızı puan ortalamalarının karşılaştırılması .....	33
<b>Grafik 4.8.</b> Sanal ziyaret öncesine göre sanal ziyaret sonrasında hastalarda serum kortizol seviyesinin değişimi .....	34
<b>Grafik 4.9.</b> Sanal ziyaret öncesine göre sanal ziyaret sonrasında hastalarda durumluk kaygı seviyesinin değişimi .....	34

## SİMGELER VE KISALTMALAR

### Kısaltmalar

<b>AÜ</b>	: Aile Üyesi
<b>BAÜ</b>	: Bilgilendirilmiş Aile Üyesi
<b>BKI</b>	: Beden Kitle İndeksi
<b>CPR</b>	: Kardiyopulmoner Resüsitasyon
<b>GKÖ</b>	: Görsel Kıyaslama Ölçeği
<b>HKÜ</b>	: Hasan Kalyoncu Üniversitesi
<b>KABG</b>	: Koroner Arter Baypas Greft
<b>KDC-YBÜ</b>	: Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi
<b>SGK</b>	: Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>SKS</b>	: Serum Kortizol Seviyesi
<b>T0</b>	: Sanal Ziyaretten Bir Saat Önce
<b>T1</b>	: Sanal Ziyaretten Bir Saat Sonra
<b>YBÜ</b>	: Yoğun Bakım Ünitesi

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Koroner Arter Baypas Greft (KABG) cerrahisi fiziksel ve psikolojik strese neden olan majör bir cerrahidir (1). Diğer majör cerrahilerde ve KABG cerrahisinde gelişen cerrahi stres, cerrahi işlem sonrasında organizmada birtakım değişikliklere yol açar (2,3). İnsan vücudunun normal stres yanıtı bazı durumlarda yararlı olsa da cerrahi esnasında ya da sonrasında uzun süreli yüksek stres yanıtı, komplikasyon oluşma riskini arttırmaktadır (1). KABG cerrahisi yapılan hastalarda cerrahi stresin neden olduğu hormonal, metabolik, immünolojik ve psikolojik değişikliklerin yanında serum kortizol (stres hormonu) düzeyinde de bir yükseliş görülmektedir. Bu yükseliş iyileşme sürecini olumsuz etkileyip hastanede kalma süresini uzatmaktadır (2). Cerrahiye endokrin yanıtın değerlendirilmesinde kullanılan en yaygın yöntem serum kortizol düzeyi ölçümüdür ve KABG cerrahisinden 8-12 saat sonra en üst seviyede olduğu saptanmıştır (2,4). Steroid yapıda bir glikokortikoid olan kortizol, cerrahiyle eş zamanlı olarak böbrek üstü bezi korteksinden salgılanmaya başlar (4). Kortizol düzeyinin 24 saatlik periyotta farklılık gösteren bir ritmi vardır ve buna “diüurnal ritim” denir. Bu periyottaki en yüksek hormon düzeyleri saat 06:00 civarında, en düşük hormon düzeyleri ise saat 22:00 civarında elde edilir (4). Bu durum cerrahi işlemden birkaç gün sonraya kadar da uzayabilmektedir (1).

Yoğun Bakım Ünitelerinde (YBÜ) teknoloji ile beraber kullanımı da artan tıbbi cihazlar hayat kurtarma da çok faydalı olsa da hasta için korku ve endişe verici olabilir (5). Hayati risk taşıyan hasta bireyler, YBÜ’deki ortamdan, farklı cihazlar, sesler gibi nedenlerden dolayı buldukları ortama ve tedaviye uyumda zorluk yaşarlar (5,6). Hasta ziyareti bütün toplumlarda kabul gören insani bir görev ve sorumluluk olarak bütün kültürlerce kutsal kabul edilmektedir (7). Birçok ülkede aile üyelerinin YBÜ’deki hastalarını ziyareti hasta bireylerde nabızda yükseliş, ritim bozukluğu, tansiyonun yükselmesi, anksiyete ve enfeksiyon kaynağı gibi birtakım olumsuz değişikliklere sebep olabileceği düşünüldüğü için ya kısıtlanmış ya da kaldırılmıştır (8,9). Yapılan bir çalışmada aile merkezli bakımın yapıldığı hasta bireylerde tansiyon, nabız ve solunumun normal seviyelere düştüğü ve hastanede yatış zamanının kısaldığı gösterilmiştir (10). Aile üyelerinin yoğun bakım ünitesinde hastanın yanında olamaması hastayı psikolojik ve fizyolojik olarak olumsuz etkiler (11).

Yoğun bakımda yatan hastalar genellikle ağır bir sağlık sorunuyla karşı karşıya oldukları için stresli bir durumda olabilirler. Bu durumda aile, arkadaşlar ve sevdiklerinden uzakta kalmak, yalnızlık hissi ve endişelerin artmasına yol açabilir (2).

Yoğun bakımda sanal hasta ziyaretleri, hastaların stres düzeylerini olumlu yönde etkileyebilir. Sanal hasta ziyaretleri, hastaların sevdikleriyle iletişim kurmasını sağlayarak moral ve motivasyonlarını artırabilir. Teknolojinin yardımıyla, hasta ve sevdikleri arasında görsel veya sesli iletişim kurma imkânı sağlanabilir. Bu tür ziyaretler, hasta ile sevdikleri arasında bağlantıyı sürdürmeye ve iletişimi devam ettirmeye yardımcı olabilir (12).

Sanal ziyaretlerin hastaların stres düzeylerini azaltıcı etkileri olabilir. Hasta, sevdiklerinin yanında olduğunu hissedebilir ve onlarla duygusal destek paylaşabilir. Bu destek, hastaların iyileşme sürecine olumlu katkıda bulunabilir. Aynı zamanda, hasta ziyaretlerinin hastaların moralini ve motivasyonunu artırarak iyileşme sürecini hızlandırabileceği gösterilmiştir (13). Ancak sanal ziyaretin serum kortizol seviyesine etkisi daha önceden çalışılmamıştır. Bu konuda yapılan bir çalışmaya rastlanmadı.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma koroner arter baypas greft cerrahisi uygulanan hastalarda sanal hasta ziyaretinin serum kortizol seviyesi ve durumluk kaygı puanına etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kalp Damar Cerrahisi

Kalp ve damar hastalıkları; yaşam süresinin uzamasına, hastalığı engelleme ve önüne geçme çalışmalarına, tıbbi-cerrahi tanı ve tedavi sürecindeki ilerlemelere rağmen hem gelişmiş batı ülkeleri hem de ülkemizde hastalık ve ölüm sebebi olarak ilk sıralarda gelmektedir (14,15). Kardiyovasküler hastalıklardan 2019 yılında 17,9 milyon insanın öldüğü ve bu rakamların bütün dünyadaki ölüm sebeplerinin %32'sini içine aldığı, 2030 yılına kadar da ölümlerin %14,2'sinin koroner kalp hastalıklarından olabileceği öngörülmektedir (16).

Günümüzde, görülme sıklığı gün geçtikçe artış gösteren kalp ve damar hastalıklarında medikal tedavi ile birlikte yoğun bir şekilde uygulanan tedavilerden biri de KABG cerrahisidir (17). KABG cerrahisi, koroner kalp hastalarında şikayetleri en aza indirip, hastayı komplikasyonlardan korumak, yaşam süresini uzatıp kalitesini arttırmak amacıyla uygulanan girişimsel bir cerrahi işlemdir (15,18). Önemli bir tedavi biçimi olan bu işlem koroner kalp hastalıklarında oldukça yaygın uygulanır (2). Hastada doku hasarına bağlı olarak ortaya çıkan belirtiler kaldırılır, kalp krizi, ani ölüm gibi komplikasyonlar engellenir ve ağrısız bir şekilde hastanın hayatını devam ettirmesini sağlayıp fiziksel aktivitelerini destekler (15,19).

### 2.2. Yoğun Bakım Hemşireliği

YBÜ'ler, yaşam mücadelesi veren kritik hastaların takip edilerek hayati fonksiyonların desteklendiği ve sağlık ekibi tarafından özel tedavi şekillerinin uygulandığı, yerleşim şekli ve hasta bakımı açısından ayrıcalıklı ve özellikli olan karmaşık ve modern cihazlarla donatılmış multidisipliner yaklaşım gerektiren birimlerdir. (20-22) YBÜ'de genel durumu kötü, hayati fonksiyonları için destek ve özel bakım gereksinim ihtiyacı bulunan hastalar olduğundan dolayı tıbbi müdahaleler yüksek risklidir. (5,23)

KABG cerrahisi, hastanın yaşam sürelerini ve kalitelerini yükseltmek amacıyla uygulansa da açık kalp cerrahisi yöntemiyle yapıldığından tromboemboli, kanama, kalp tamponatı, disritmiler, renal ve kalp yetmezliği, nörolojik komplikasyonlar, solunum yetmezliği, sternal yara enfeksiyonu gibi istenmeyecek durumlar mortalite ve

morbiditenin artmasına neden olmaktadır. (24) Bu nedenle cerrahiden sonraki süreçte yakın takip ve yoğun hemşirelik bakımına ihtiyaç vardır (24). Etkin bir hemşirelik bakımı hastada oluşabilecek istenmeyen durumların önüne geçerek, hastaların hastanede kalma zamanını düşürmektedir (25). Genel anestezi ve cerrahiye bağlı bakım ile birlikte kapak cerrahisinin meydana getirdiği komplikasyonlardan ötürü de bir hayli karmaşık hal almaktadır (24). Hemşirelik bütün yaşlarda sağlığın daha iyi duruma getirilmesine ve nitelikli bakımın verilmesine yönelik toplumsal ihtiyaçları yerine getiren bir meslektir (22). YBÜ'ler hemşireler için, diğer servis birimlerine göre daha farklı ve karışıktır (26,27). Yoğun bakım hemşireleri, oluşabilecek farklılıkları değerlendirme ve bilime dayalı gelişen hemşirelik yeteneği ile hastanın iyileştiği dönemde önemli bir yere sahiptir (20). Bu birimlerde çalışan hemşirelerin gözlem yetenekleri yüksek olmalı, hastada oluşan değişiklikleri fark edip raporlayabilmeli, acil durum karşısında ne yapması gerektiğini iyi bilmeli, hastanın psikolojik sağlığını koruyabilmeli, kendi de psikolojik açıdan yoğun bakıma hazır hissetmeli, eğitim almaya istekli olup kendini geliştirebilmeli ve değişime de açık olmalıdır (28).

Yoğun bakım hemşireliğinde amaç; hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal durumunu yükseltmek, hayatını direkt etkileyen kişisel bakımı vermek ve terminal dönemde olan hastaları huzurlu bir şekilde ölüme hazırlamaktır (20). Yoğun bakım hemşiresinin birincil görev ve sorumluluklarının başında hastanın tanınması, yakın takibi, uygulanacak tedavilerinin planlanması ve yapılması, bakım ihtiyaçlarının giderilmesi, hasta ve yakınları ile terapötik bir iletişim kurulması, hasta haklarının koruma altına alınması, hasta ve aile üyelerine gereken eğitimlerin verilmesi ve koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamak gelir (25,26). Yoğun bakım hemşirelerinin yükümlülükleri içinde, yoğun bakım ünitesindeki hastalara ek olarak aile üyeleri de yer alır (29). Literatürde yoğun bakım hemşiresi, yoğun bakımda hastası bulunan aile üyeleri ile sık iletişim halinde olması, aile üyelerinin hastalarının kritik hastalıklarıyla başa çıkmalarına yardım etmek için uygun konumda bulunması, hasta ve aile merkezli yaklaşım gösterebilmesi, hasta ve aile üyelerinin ihtiyaçlarını belirleyebilmesi, giderebilmesi ve memnun edebilmesi açısından birincil kaynak olması sebebiyle en uygun sağlık profesyonelidir (29,30).

Yoğun bakım ve hemşireliği için İkinci Dünya Savaşı önemli gelişmelere ev sahipliği yapmıştır (26,28). Bu savaşta şok için uygulanan yeni tedavi yöntemleri ve bununla beraber ameliyat öncesi sırası ve sonrasında yoğun bakım ünitelerindeki bakımın özel hale getirilmesi diğer tıbbi tedavileri de etkisi altına almış ve Koroner Yoğun Bakım

ünitelerinin geliştirilmesine fayda sağlamıştır (28). Hemşirelik tarihi alanındaki ilerlemeler sadece bu savaş ile kısıtlanmayıp Florence Nightingale'nin "Hemşirelik Üzerine Notlar (1859)" adlı eserinde de ameliyat yapılan odaların yanındaki başka bir odada hastanın toparlanmasının veya uyanmasının beklendiği ve yoğun bir bakım altına alındığı bildirilmektedir (28).

Hastaların, aile üyeleri ve yakın çevresi ile bir arada olamaması, rutin alışkanlıklarını yapamaması yalnız hissetmelerine ve izolasyon gibi duyguların oluşmasına sebep olmaktadır (5). YBÜ'lerde teknolojinin kullanıldığı birçok araç ve gereç hayat kurtarıcı olsa da hasta ve aile üyeleri için korku verici olabilmektedir (5). YBÜ'lerde hayati risk taşıyan hastalıkların tedavi seçenekleri artmış, fakat kritik hastalar yoğun bakım ünitelerinde buldukları zaman sürecinde olumsuz çevresel stresörlerle karşı karşıya kalmışlardır (22). Hastaların hastalıklarını algılamaları, monitörizasyon, ventilatör, infüzyon setleri, idrar sondası gibi sebeplerden ötürü hareketlerinde kısıtlılık, temporal ritmin ve gece-gündüz ayrımının kaybolması, izolasyon, entübasyon ve sedasyon gibi çeşitli sebeplerle iletişim problemi, sık tekrarlanan ağrılı manipülasyonlar, alışılmadık dışındaki ortam ve ortamdaki bireyler ajitasyona sebebiyet vermektedir (5) (31). Strese sebep olabilecek faktörleri en alt seviyeye indirmek ve stresle başa çıkma şekli geliştirebilmek için yoğun bakım ünitelerinde öncelikle bu ortamdaki stres faktörlerini belirlemek gerekmektedir ve yoğun bakım hemşireleri bu faktörlerin tanımlanmasında önemli bir yerdedir (22).

YBÜ'lerde rol alan strese sebep olabilecek faktörler fiziksel, psikolojik ve çevresel stres faktörleri olarak üç gruba ayrılabilir (32). Fiziksel strese sebep olan faktörler için ağrı ve uyku bozukluklarını örnek verecek olursak, Pilkington (2013) bunları altta yatan hastalığa ve rutinde uygulanan tıbbi müdahalelere (mekanik ventilasyon, kateterizasyon ve diğer invaziv prosedürler vb.) ve hemşirelik bakımına (aspirasyon, konumlandırma, tuvaletler vb.) bağlamıştır (32,33). Psikolojik strese ise hareketsiz olmak, can sıkıntısı, sosyal izolasyon ve üzüntü gibi durumlar neden olabilmekle birlikte bu faktörler, hastaların ruhsal durumunu olumsuz yönde etkileyerek, duygu durumlarının ve motivasyonlarının bozulmasına ve güvenlerinde kayıp yaşamalarına sebep olur. (32). Çevresel strese sebep olan faktörler arasında ise ortamdaki sesler, devamlı yoğun ışığın etkisinde kalma, koku, uygun olmayan oda sıcaklığı vb. bulunur ve bunlar da uygun önlemlerle azaltılabilir (32).

YBÜ'de kalma süresi, koroner arter baypas greftlemesi uygulanan hastalar için yoğun bakım kalitesinin önemli bir göstergesidir (34). Uzun süre YBÜ'de kalma maliyeti

yükseltir ve kısıtlı kaynakların kullanılmasının yanında, kötü hasta ve aile çıkışlarına da sebep olur (34). Ayrıca hastaların öz bakım konusundaki yeterliliklerini engeller, rehabilitasyon sürecini uzatır, yaşam kalitesini olumsuz etkiler ve hastaların eski rutinlerine dönmelerini zorlaştırır (34).

### **2.3. Yoğun Bakım Ünitesinde Aile Merkezli Bakım**

Aile merkezli bakım 18. ve 19. yy'lara kadar dayanmaktadır (35). II. Dünya Savaşı'ndan sonra doğum ile ilgili bakımdaki değişiklikler yeni bir bakım modeli için temel oluşturmuştur (36). Aile merkezli bakım, 1980'lerin başında ebeveynlerin kronik hastalığa sahip olan ya da hastanede yatan çocukların bakımına yardımcı olma rolü etrafında geliyordu (36). Picker X-ray'in eski CEO'su Harvey Picker 1986'da hasta merkezli bakımı geliştirmeye odaklanan bağımsız, kâr amacı gütmeyen bir kuruluş olan Picker Enstitüsü'nü kurdu ve "hastanın değer yargılarını, isteklerini ve ifade edilen ihtiyaçları anlamak ve saygı duymak, hasta merkezli bakımın temelidir" dedi (36).

Aile merkezli bakım hasta, aile üyeleri (AÜ) ve sağlık profesyonelleri arasında karşılıklı faydası olan bir ortaklık ile sağlık hizmetlerindeki planlanma, bunun sunulması ve değerlendirilmesi açısından küresel, felsefi ve yenilikçi bir yaklaşımdır (37,38). Aile merkezli bakım felsefesi, aile odaklı bakım girişimini yani AÜ'lerin bakımın uygulanması, planlanması ve değerlendirilmesinde bakım sürecine dahil edilip sağlık ekibiyle işbirliği yapmasını içerir (32,35,39,40). Aile merkezli bakım, her YBÜ'de kalitesi yüksek bir bakımın önemli bir bileşeni olarak görülmektedir. (41). AÜ'lerin bakıma katılımı, aile merkezli bakımın sadece bir bileşenidir (37). Aile merkezli bakım aynı zamanda bakımın sadece kişiye yönelik değil, bütün AÜ'ler için planlanma yapılmasına ve bütün AÜ'lerin verilen bu bakımın alıcısı olarak kabul görüldüğü bir yoldur (42).

YBÜ'ler, kritik hastalara en uygun ve en iyi bakımı sağlayabilmek için yüksek seviyede bir organizasyon gerektirdiğinden, aile merkezli bakım genelde istenmeyen ve hatta tehlikeli bir müdahale kaynağı olarak görülmüştür (37). Bu sebeple, yoğun bakım hastalarının AÜ'lerine kısıtlı ziyaret saatleri içerisinde izin verilmiştir ve buradaki rolleri sadece kendilerine verilecek bilgiyi beklemek olmuştur (37). Oysaki hastanın yaşamının sonlarına doğru ayrılık özellikle daha trajik bir hale gelmektedir (39). Bu durumu değiştirmeye yönelik önemli bir adım ise Molter tarafından 1979 yılında "Yoğun Bakım Aile İhtiyaçları Envanteri" tarafından aile ihtiyaçlarının belirlenmesidir (37,43).

Molter ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yoğun bakım hastalarının AÜ'lerinin iki temel ihtiyacı tanımlanmıştır (43). Birincisi, dürüst, anlaşılır ve zamanında bilgi sahibi olmak, ikincisi ise sevdiklerine bilgili ve uzman personel tarafından bakıldığından emin olmaktır (43). Strese neden olabilecek birçok faktörün yer aldığı YBÜ'lerde tedavi görüyor olmak hem hastayı hem de AÜ'leri olumsuz olarak etkiler (44). Aile merkezli bakım, AÜ'lerin hastaya daha fazla yaklaşmasına izin vererek, hastanın isteklerine daha fazla dikkat ederek ve AÜ'leri topluma entegre ederek hem AÜ'lerin memnuniyetinin hem de YBÜ personelinin çalışmalarından memnuniyetin artırılabilceğini ortaya koymuştur (37). Bu sebeple, AÜ'ler hasta bakımında en iyi ortak olarak görülür ve pasif bakım alıcılarından aktif katılımcılara terfi ettirir (32,37). Aile merkezli bakımı uygulamak, güçlü liderler ve ilgili personelin yanı sıra zaman ve sabır gerektirir (37). Artık aile merkezli bakım sağlamanın yalnızca hastalık süreçlerine odaklanmanın ötesinde psikolojik, ruhsal, kültürel ve duygusal değerlendirmeler de dahil olmak üzere hasta bakımına bütünsel bir yaklaşım sağlamanın gerekli olduğu kabul edilmektedir (45-47). Bütüncül hemşirelik bakımı, aile ihtiyaçlarının değerlendirilmesini ve hastalığın aile birimi üzerindeki etkisini içerir (46). Hastaların ve AÜ'lerinin bakıma bütünsel olarak dahil edilmesi fikri, YBÜ'lerde geleneksel bakım sağlama modelleri ile gerilimler ortaya çıkarabileceğinden tartışmasız değildir (48). Bu gerilime örnek olarak, AÜ'lerin sevdikleri birinin kardiyopulmoner resüsitasyonunu (CPR) gözlemlemesine izin verilip verilmemesi gerektiği ve AÜ'lerin hasta durumu ve tedavi planlarının tartışıldığı profesyonel turlara katılma fırsatına sahip olup olmaması gerektiği konusundaki tartışmalar gösterilebilir (48). Hasta ve AÜ'lerin katılımının artırılması çağrısında bulunan uluslararası kuruluşlara rağmen, bu kavram yoğun bakım literatüründe belirsizliğini koruyor ve neyin dahil olduğu konusunda çok az fikir birliği var (48).

Bu tartışmalara rağmen hasta ve aile merkezli bakım, hastanelerin hasta bakımını sağlama şeklini değiştiriyor, personel memnuniyetini artırıyor, maliyetleri düşürüyor ve hasta sonuçlarını iyileştiriyor (39,45). Hastaneler benzersiz, kuruluşa özgü ilkeler oluştursalar da hepsi AÜ'lerin bireysel hastaların sağlık hizmeti deneyimindeki rollerinin önemini kabul ederek, hastalar ve ailelerle ilişkiler kurarak onları destekleyerek ve hastaların keşfetmelerine yardımcı olarak benzer temel değerleri destekleme eğilimindedir (45). AÜ'ler, hasta kaygısı için tampon görevi görür, çünkü aile kaygısı yüksek olduğunda, hastayı destekleyemeyecek ve kaygılarını istemeden hastaya aktarabileceklerinden dolayı AÜ'ye bakmak hastaya bakmanın önemli bir bileşenidir (49). AÜ'lerin ihtiyaçlarının karşılanması, onlar tarafından algılanan stres ve kaygıları

azaltabilir ve sonuçta hastaya fayda sağlayabilir (46). Bu, AÜ'ler desteklendiğinde ve hastanın bakımına dahil edildiğinde başarılabilir (49). Hastanın beslenmesi, yıkanmasına yardım edilmesi, çarşaf değişimi ve hastanın döndürülmesi gibi rutin günlük yaşam aktivitelerine AÜ'lerin dahil olması, canlandırma ve diğer invaziv işlemler sırasında AÜ'lerin varlığı bu sürece dahil olmasını sağlar (49). Bu, Amerikan Hemşireler Birliği gibi birçok hemşirelik birliği tarafından desteklenip benimsenmektedir (40). Tarafsız ve dürüst bir şekilde bilgiyi aktarmak, hasta ve AÜ'lerinin seçimlerine saygı gösterilmesi, hemşire ve AÜ'lerin ortak hareket edip bakım konusunda konuşulması da prensipler içindedir (40).

#### **2.4. Hastanelerin Ziyaret Politikası**

Hemşireler, kritik bir hastalık döneminde aileyi destekleyerek ve onların bilgi, uyum ve destek ihtiyaçlarını karşılayarak ailelerin kritik durumdaki hastayı desteklemelerini sağlar ve bunun da hastaların iyileşmesi üzerinde olumlu bir etkisi olabilir (50,51). AÜ'ler yoğun bakımda kaldıkları süre boyunca hastalara destek, rahatlık ve güvence sağlar (50-52). AÜ'ler ve hemşire ortaklığının gelişmesi için ise ön koşul, AÜ'lerin YBÜ hastasına ve hemşiresine erişimidir (50). Yapılan bir çalışma, aile merkezli bakımın yapıldığı zamanlarda hemşireler ve AÜ'ler arasında saygı, ortaklık ve destek açısından daha kuvvetli bir ilişki oluştuğunu saptamıştır (53). Bunu yapmanın bir yolu da esnek ve açık ziyaret politikalarıdır (50,54). Hastayı sık ziyaret etme isteği, AÜ'lerin belirlediği temel ihtiyaçlardan biridir ve her ikisinde de azalmış kaygı gibi olumlu etkiler görülmektedir (54-57). Benzer şekilde, tanıdıkları kişilerle temas, kafa karışıklığını ve ajitasyonu azaltır ve eşlik eden hastalarda daha düşük deliryum insidansı ile ilişkilidir (55,56). Kumsar ve Yılmaz'a (2013) göre ise hastaların YBÜ'de yaşadığı endişenin korkunun azaltılması için hastanın AÜ'leriyle ekip olarak çalışılması gerekmektedir (58). Kanıtlar YBÜ'de hastaların entübasyon ve sedasyon gibi nedenlerle iletişim kuramama sorunlarının yatışları boyunca hoş olmayan duygular, stres ve kötü tecrübeler yaşamalarına neden olduğunu göstermektedir (31). Önceki raporlar, YBÜ'deki birçok hastanın, bakım ve iyileşmeyi olumsuz etkileyebilecek yaygın kısıtlayıcı ziyaret politikalarıyla ailelerinden ve sevdiklerinden ayrıldığını göstermektedir (59). Sağlık profesyonellerinin çoğu AÜ'ler için, hastalarının YBÜ'de yattığı süre boyunca beklemenin strese neden olduğunu hatta bunun AÜ'ler için bir kriz durumu olduğunu kabul etse de, birçok ülkede hala AÜ'lere gerektiği kadar bilgi verilmemekte, hasta

ziyaretleri kısıtlandırılmakta ve hastanın bakımına dahil olmalarına izin verilmemektedir (9,54,60). YBÜ'lerde çoğu hastada oluşabilecek kaygı, depresyon, izolasyon ve yalnızlık hissi taburcu olduktan sonra bile uzun süre devam edebilir (61). YBÜ'ye yeniden kabul ve bunun sonucunda YBÜ'de kalış süresinin uzatılması kaynakların boşuna tüketiminden ve uzun süreli hastanede yatış süresinden kaynaklanan birçok olumsuz öge taburcu olduktan sonra artan mortalite ve düşük yaşam kalitesine neden olabilir (62). Bu nedenle de hastaların YBÜ'de kaldığı süre boyunca AÜ'lerinin yanında bulunması önemlidir (61).

YBÜ'lerde sınırsız ziyaret politikasına en çok yapılan itirazlardan bazıları, enfeksiyon oranının artması riski, dinlenmeyi bölme, taşikardi, aritmi, hipertansiyon, anksiyete vb. gibi fizyolojik değişikliklere neden olma olasılığı nedeniyle AÜ'lerin ek bir risk olduğu düşüncesidir. (20,52,54,57,63-65). Açık yoğun bakım ünitelerinde enfeksiyon insidansında artışa işaret eden bir kanıt olmamasına rağmen, birkaç anket, bakıcıların, ziyaretçilerin ünitelere bir çeşit "tozlaşma" yoluyla enfeksiyon bulaştırabileceğine dair endişelerini dile getirdi (63). Bir kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde Fumagalli ve ark. (2006) yaptığı bir çalışma, artan çevresel mikrobiyal kontaminasyona rağmen, sınırsız ziyaret politikasının hastane enfeksiyon oranını artırmadığını bulmuştur (66). Bu bulgu, ziyaret saatlerinin sınırlandırılmasının YBÜ'de enfeksiyon kontrolüne katkıda bulunabileceği fikrine meydan okuyor ve çevresel kontaminasyonun septik komplikasyonların önemli bir belirleyicisi olmadığını ve hastane enfeksiyonlarının birincil taşıyıcısının sağlık çalışanları olduğu düşünüldüğü için bir hastadan diğerine geçtiğinde dikkatli el yıkama ile en iyi şekilde önlenebileceğini öne sürüyor (64,66). Ayrıca hemşireler arasında da ziyaretin hemşirelik bakımını engellediği ve akrabalarla duygusal etkileşimin duygusal stres ve gerginlik ürettiği düşüncesi hakimdir (52). Son veriler ise açık ziyaret politikalarının hasta sonuçlarını olumsuz etkilemediğini ve hasta bakımına yalnızca orta düzeyde ve kabul edilebilir bir müdahaleyi temsil ettiğini göstermektedir (59). Yakın zamanda yapılan bir araştırma da aile merkezli bakımın uygulandığı durumlarda hastalarda tansiyon, nabız ve solunum hızlarının normal düzeylere indiği ve hastanede yatış zamanının azaldığı görülmüştür (10). Artan veya daha fazla açık ziyaret saatleri uluslararası kılavuzlar tarafından da önerilmiştir (54,56,67). Hastalar ve AÜ'leri için psikofiziksel stresi azaltmak için daha esnek ve izin verilen programların getirilmesi gerektiği uzun yıllardır bilinmektedir (68). Bunun yanında açık ziyaret, iş akışında algılanan aksaklıklar, azalan personel memnuniyeti ve artan sağlık düzeyleri nedeniyle hemşireler için artan iş yükü ile ilişkilendirilmiştir (54,67,69). Bunlar potansiyel olarak açık ziyaretin fiziksel ve psikolojik olarak yorucu olabileceği inancına

ve geniş aile varlığının hemşirelerin çalışmasını engelleyebileceği algısına ikincildir (67). Yakın zamanda yapılan sistematik incelemeler, olumsuz personel algılarını ve organizasyonel zorlukları açık ziyaret politikalarının önündeki engeller olarak tanımlamıştır (67). Ayrıca sağlık profesyonellerinin aile merkezli bakımın gerekli olmadığı ve faydalı olmadığını düşünmesi, bunun iş yükünü artıracacağı düşüncesi, sağlık profesyonelinin daha önce aile üyelerinden şiddet görmeleri, aile üyelerinin değişik kültüre sahip olmaları, gerekli olan malzemelerin ekonomik olarak yüke sebep olması, hastanelerin fiziksel şartlarının uygun olmaması ve hastaların hastane içerisinde AÜ'leriyle görüşebileceği çevrenin uygunsuzluğu gibi sebeplerle doğru olarak uygulamaya koyulması zorlaşmaktadır (40).

Diğer ülkelerden kanıtlar YBÜ ziyaret politikalarında önemli farklılıklar olduğunu göstermektedir (67). Açık YBÜ'lerin en yüksek yüzdesi İsveç'te (%70) rapor edilirken, İtalya'da en düşük oran (%1) vardır (61). “Açık yoğun bakım ünitesi” terimi için de çeşitli yorumlar vardır (61). Ziyaret saatlerinin belirli bölümlerle sınırlı olduğu durumlardan, günde 24 saat sınırsız erişime izin veren YBÜ'ye kadar değişmektedir (60,61). Sağlık personelinin büyük bir kısmı ziyaret saatlerinde daha fazla esneklik görmeyi umduğunu ifade etmiştir. Ancak ziyaret saatleri politikaları ne olursa olsun, neredeyse tüm YBÜ'ler hasta başına 2'den fazla ziyaretçi kabul etmeme eğilimindedir (61). Mihçi ve ark. (2019) karaa yoğun bakım ünitesinde AÜ'lerin ziyaretlerine ilişkin hemşirelerin fikirlerinin belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada da yoğun bakım hemşirelerinin buna pozitif baktığı, fakat kısıtlı hasta ziyaretini ve 12 yaşın altındaki çocukların kabul edilmemesini daha doğru buldukları belirlenmiştir. Hemşirelerin AÜ'lerin hastayla ilgili vermesi gereken bilgiyi de sınırlı verdikleri tespit edilmiştir (70). Hemşirelerin kendi birimlerinde uygulanan açık ziyaretin hasta, hasta yakınları ve hemşireler üzerindeki etkisine yönelik inançları ile tutumları arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir (71). Marco ve ark. (2000) ise yaptıkları bir çalışmada açık ziyaretin hasta, AÜ ve sağlık profesyonelleri üzerindeki faydalı etkisine yönelik görüş ve tutumların tutarlı olduğu sonucuna varmışlardır (71). Buna karşılık, diğer bir araştırma, yoğun bakım çalışanları için artan iş yükünü ve görevlerin yerine getirilmesinde bir miktar gecikme olduğunu bildirmektedir (72). Simon ve ark. 'in (1997) yoğun bakım ziyaret politikalarını analiz etmek amacıyla 201 hemşireyi içeren bir çalışmada ise, vakaların %70 'inde resmi politikaların kısıtlayıcı olduğunu bulmuştur (73). Ancak bu hemşirelerin %78'i ziyaret kurallarını uygulama konusunda esnek olduklarını iddia etmiş

ve çoğu hastanın ihtiyaçlarını değerlendirirken bu kuralları kendi kararlarına göre uygulamıştır (73).

YBÜ'de gerçekleştirilen bir İtalyan çalışması, açık ziyaret saatleri politikasının uygulamaya konulmasından önce ve sonra hastaların bakım kalitesi algısını araştırmıştır (74). Kısıtlı ziyaret saatleri sırasında, hasta rahatsızlığının ana faktörlerinin ağrı, endotrakeal tüp yerleştirilmesi ve hareket edememe olduğunu, açık ziyaret saatleri politikası sırasında kaydedilenlerin ise bunun yerine gürültü, korku, rahatsız uyku ve tıbbi ziyaretler olduğunu bulmuştur (74). Yine kısıtlı ziyaret saatlerinin uygulandığı dönemde en çok bildirilen rahatlama faktörleri “sağlık çalışanlarının sürekli varlığı” idi ve ardından “yeterlilik” ve “temizlik/kişisel hijyen” geliyordu ancak ziyaret saatlerinin serbestleştirilmesinden sonra hastalar rahatlama faktörlerini “yakınlarının varlığı” ve “ağrıyı dindirebilme” olarak belirtmişlerdir (74). Olsen ve ark. (2009) ziyaret konusundaki bakış açılarını anlamak için 11 yoğun bakım hastasıyla görüşmüş ve bu hastalar, AÜ'leri oradayken destek hissettiklerini ve esnek ziyaretten yana olduklarını belirtmişlerdir (75). Yine de çoğu hasta, yalnızca yakın AÜ'lerinin ziyaret etmesi gibi bazı sınırlamalar istemişlerdir (75). Webb ve ark. (2020) ise kısıtlanmamış ziyaret saatlerinden memnuniyetleri konusunda araştırma yapmış ve çoğu hasta, ziyaret üzerinde bazı kısıtlamalar ve kontroller istediğinden, sonuçları Olsen ve ark. sonuçlarını desteklemektedir (76). Hasta ziyaretinin; hastanın benlik bilincini korumasına, kendini önemli ve değerli görmesine, iyileşmek için çaba gösterip tedaviye katılımı desteklemesine ve bunun da hastanede kalış sürecini kısaltmada katkıları olduğu göz ardı edilemeyecek bir gerçektir (64).

YBÜ'de yatan hastayı iyileştirme, hayat kalitesini artırma, hastanın ve AÜ'lerinin merkeze alındığı uygun iletişimin ve bunun sürekliliğinin sağlanması yapılacak hemşirelik bakımının kalbidir (20). Bu sebeple yoğun bakım hemşirelerinin hastalarla ve AÜ'leriyle iletişime geçebilme yeteneklerinin ilerletilmesi ciddi bir öneme sahiptir (20).

## **2.5. Sanal Hasta Ziyareti**

Gelişen teknoloji insan hayatının önemli bir parçası haline gelmiş, daima insan hayatını kolaylaştırmak için çözümler üretmiştir (77). İnsan ve sağlığı ile alakalı ihtiyaçlar, bugüne dek bir sürü teknolojinin ortaya çıkmasına ve ilerlemesine olanak sağlamıştır (77). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık alanındaki teknoloji hastaların sağlık problemlerini azaltmak, yaşam kalitesini arttırmak amacı ile kullanılmalıdır. Sağlık

alanındaki teknoloji ile aşılar, ilaçlar, cihazlar ile geliştirilen becerilerin organize bir biçimde uygulanması önerilmektedir (77).

Sanal hasta ziyaretinin hastayı sevdiklerine bağlama ve YBÜ ekibinin AÜ'lere bilgi ve duygusal destek sağlamasına olanak tanıdığı görüldüğü gibi bunun yanında başka faydaları olduğu da görülmüştür (11). Bunlar, hastanın psikolojik ve fiziksel iyileşmesini teşvik etmek, deliryumlu hastalar için yeniden oryantasyon sağlamak, dil veya iletişim engellerini aşmak ve hasta merkezli bakımı geliştirmek için bir araç olarak kullanılmayı içermektedir (11).

Sanal ziyaretin terapötik faydalarının, ailenin bilgisel ve duygusal desteğinin ötesine geçerek hastanın iyileşmesini ve personelin moralini yükseltmeye kadar uzandığı algılanmıştır (11). Faydalarından birisi de yüz yüze ziyarette tek bir kişi ile görüşebiliyorken sanal ziyarette bunun sosyal bir gruba dönüşmesidir (76). Erişimi artırmak ve sanal hasta ziyaretlerine daha tutarlı bir yaklaşım geliştirmek hem pandemi koşulları sırasında hem de dışında yoğun bakım ünitesinin bakım kalitesini iyileştirebilir (11).

Sanal ziyaretin önündeki en sık tespit edilen engeller ise video konferans platformu teknolojisi kullanmayla ilgili ailevi zorluklar ve bunun için gerekli cihaza sahip olma durumu, sistem engelleri, arama yapmak için personelin hazır bulunması, Wi-Fi bağlantısı, eğitim ve rehberlik sağlanması ve bilgi teknolojisi veya güvenlik endişelerini içerir (11).

Sasangohar ve ark.(2021), aile üyelerinin sanal hasta ziyaretlerine ilişkin görüşlerini niteliksel olarak değerlendirmiş ve yoğun bakım ünitesinde sanal hasta ziyaretlerinin kullanılmasının, hastalar için mutluluk, neşe, şükran ve rahatlama hissi uyandırdığını bulmuştur (78). Kebapçı ve ark.(2022) ise psikolojik yönden destek sağlarken hastaları ve AÜ'lerini sevdiklerine sanal yoldan bağlayan, YBÜ'de iletişimi devam ettiren ve anksiyete seviyelerine doğrudan etkisini değerlendiren bir çalışmaya rastlamadıkları için sanal hasta ziyaretinin hasta ve AÜ'lerinin kaygı seviyesine etkisini ölçen bir çalışma yapmışlar (13). Çalışmaya toplam 50 hasta ve 50 aile üyesi dahil edilmiş. Hastalar YBÜ'de buldukları sürece günlük olarak yapıp 6 ay boyunca devam etmiş ve bu süre zarfında araştırmacı tarafından toplam 301 sanal hasta ziyareti gerçekleştirilmiş (13). Sonuç olarak da hastalarda ve aile üyelerinde anlamlı şekilde kaygı düzeyinin azaldığını tespit etmişler (13).

Sağlık alanında geliştirilen teknolojinin öncelikli amacı, iyi durumda olan sağlığın devamlılığının sağlanması, sağlık problemlerinin başlamasının ötelenmesi ya da oluşmasının önüne geçilmesi ve hastaların iyileşmesine çözüm bulunmasıdır (77).



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Hipotezleri**

H0<sub>1</sub>: Sanal hasta ziyareti koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası serum kortizol seviyesini etkilemez.

H1<sub>1</sub>: Sanal hasta ziyareti koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası serum kortizol seviyesini etkiler.

H0<sub>2</sub>: Sanal hasta ziyareti koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası durumluk kaygı puanını etkilemez.

H1<sub>2</sub>: Sanal hasta ziyareti koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası durumluk kaygı puanını etkiler.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zamanı**

1 Aralık 2022- 1 Mart 2023 tarihleri arasında Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Kalp Damar Cerrahisinin YBÜ'de yapılan tanımlayıcı öncesi sonrası çalışmasıdır.

#### **3.3. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmaya başlamadan önce Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (Klinik araştırma no: 2022/221) (EK 1), Mersin İl Sağlık Müdürlüğünden (Karar No:98) (EK 2) ve hastane yönetiminden yazılı izin alındı (İzin onay no: 2022-06-05/2) (EK 3). Hastalar ve hastaların aile üyelerine araştırma hakkında bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmaya gönüllü olduklarına dair yazılı onamları (EK 4)(79) alındı. Araştırmanın tüm aşamaları dünya tabipler birliği Helsinki deklarasyonunda bildirilen etik ilke ve kurallara uygun olarak gerçekleştirildi (80).

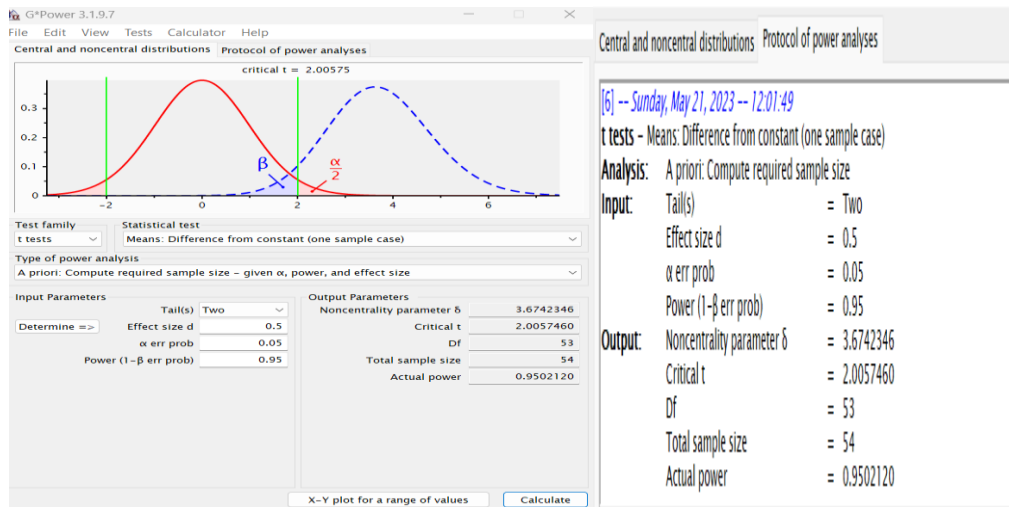
#### **3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri**

Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi KDC-YBÜ servisi 15 hasta odası 15 yatak kapasitesine sahiptir. Serviste 08.00-16.00 ile 16.00-08.00 saatleri ile çalışılmaktadır. Servis sorumlu hemşiresiyle birlikte serviste 28 hemşire çalışmaktadır.

KABG cerrahisi uygulanan hastalar, cerrahi sonrasında YBÜ'ye alınmaktadır. Hastalar YBÜ'de ortalama 10 saati entübe olarak mekanik ventilatörde, 24-36 saat ise YBÜ'de izlenmektedir. Hastanenin kuralları gereği hastalar YBÜ'de buldukları süre içinde AÜ'lerin hastaların yanında bulunmasına ve ziyaretine izin verilmemektedir. Bu süreçte hastaların AÜ'leri ile iletişimi, sağlık profesyonelleri tarafından telefon ile sağlanmaktadır. Sağlık profesyonelleri hastalar hakkındaki bilgiyi AÜ'lere telefon ile vermektedir. Hastalar YBÜ'den çıktıkları zaman AÜ'leri ile yüz yüze görüşebilmektedir.

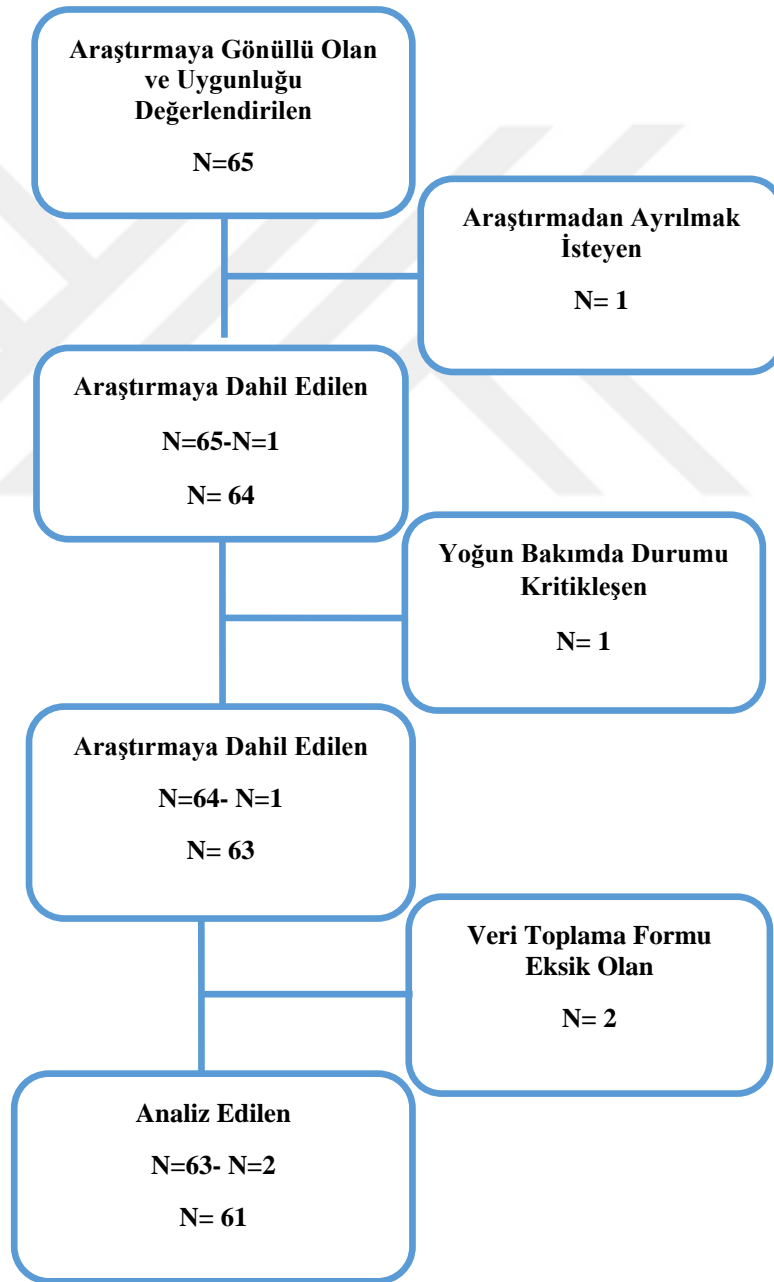
### 3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 1 Aralık 2022- 1 Mart 2023 tarihleri arasında Mersin Şehir Eğitim Araştırma Hastanesi'nin KDC-YBÜ'de KABG cerrahisi uygulanan hastalar, örneklemi ise örneklem ölçütlerini karşılayan araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklem büyüklüğü G\*Power 3.1.9.7 programı ile hesaplandı. Çalışmada sanal ziyaret öncesi ve sanal ziyaret sonrasında kortizol ve durumluk kaygı değişiminin eşleştirilmiş t testi ile yapılacağı ön görülerek Cohen (d) standart etki büyüklüğü kullanılarak bir priori hesaplama yapıldı (81). Çift yönlü hipotez ile, etki büyüklüğü: 0.5,  $\alpha$  hata. 0.05, güven aralığı: %95,  $\beta$  hata 0.05, güç: %95 olarak hesaplandığında yapıldığında örnekleme alınması gereken en az hasta sayısı (n= 54) olarak hesaplandı (Şekil 3.1). Veri kayıpları da düşünülerek örnekleme alınacak hasta sayısının %10 arttırılmasına karar verildi. Araştırma çalışmaya katılmaya gönüllü olan 61 hastanın katılımı ile tamamlandı.



Şekil 3.1. G Power örneklem büyüklüğü hesaplaması.

Araştırma verilerinin toplandığı 1 Aralık 2022- 1 Mart 2023 tarihleri arasında Mersin Şehir Eğitim Araştırma Hastanesi'nin Kalp ve Damar Cerrahisi Servisinde KABG cerrahisi uygulanan hastalardan 65 hastanın araştırmaya katılmaya gönüllü olduğu ve örneklem ölçütlerini de karşılayarak araştırmaya katılmaya uygun olduğu değerlendirildi. Bir hasta araştırmadan ayrılmak istediği için, bir hastanın YBÜ'de durumu kritikleştiği için, iki hastanın ise veri toplama formlarında eksikler olduğu için örneklemden çıkarıldı. Dört hasta izlemiden çıkarılarak 61 hasta ile istatistiksel analizler yapılarak araştırma tamamlandı (Şekil 3.2).



Şekil 3.2. Araştırmanın Consort diyagramı.

### 3.6. Katılımcılar ve Örneklem Ölçütleri

1 Aralık 2022-1 Mart 2023 tarihleri arasında Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Kalp ve Damar Cerrahisi Servisinde KABG cerrahisi uygulanan örneklem ölçütlerini karşılayan 61 hasta dahil edildi.

#### 3.6.1. Gönüllülerin araştırmaya dahil edilme kriterleri

##### *Hasta*

- ✓ 18 yaş üstü,
- ✓ Türkçe konuşan, okuyup, yazabilen,
- ✓ EUROSCORE puanına göre düşük risk grubundaki,
- ✓ ASA I ve II olan,
- ✓ ASA I ve II, EUROSCORE puanına göre düşük riskli hastalar,
- ✓ İlk kez elektif KABG cerrahisi uygulanan,
- ✓ Cerrahisi sabah saat 08-12 arasında başlatılan,
- ✓ Kaygı ve stres durumunu etkileyebilecek bir hastalık tanısı almamış,
- ✓ Kaygı ve stresi azaltmaya yönelik bir ilaç kullanmayan,
- ✓ Cushing ve Addison hastalığı olmayan,
- ✓ Kortizon türevi ilaç kullanmayan,
- ✓ Cerrahi sonrası 12 saatini YBÜ’de geçirmiş olan,
- ✓ Cerrahi sonrası sanal ziyareti etkileyebilecek herhangi bir komplikasyon gelişmeyen,
- ✓ Cerrahi sonrası sanal ziyaret yöntemi ile görüşebilecek bir yakını bulunan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan hasta ve yakınları araştırmaya dâhil edildi.

##### *Aile üyesi*

- ✓ 18 yaş üstü olan,
- ✓ Sanal ziyaret yöntemi ile hastanın görüşmek istediği kişi olmak,
- ✓ Sanal ziyaret süresi içerisindeki sorumlulukları ve uyması gereken kurallar konusunda eğitimi anlayabilecek mental ve fiziksel yeterliliğe sahip olan,
- ✓ Sanal ziyaret süresince hasta ile görüşmeye gönüllü olan aile üyeleri araştırmaya dâhil edildi.

### 3.6.2. Dışlanma kriterleri

- ✓ Herhangi bir komplikasyona bağlı olarak cerrahisi süresi uzayan hastalar,
- ✓ İntraoperatif süreci, akşam saatlerine rastlayan hastalar,
- ✓ Sanal ziyaret öncesi bilinç seviyesi aile üyesi ile görüşmeye engel olan,
- ✓ Glasgow, Koma Skoru<15 olan hastalar,
- ✓ İntraoperatif süreçte standart uygulanan kortizon türevi ilaca sanal ziyaret öncesinde ilave doz uygulanan hastalar,
- ✓ Araştırmaya katılmaya gönüllü olduğunu bildirdikten sonra araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılmak isteyen hasta ve aile üyelerine ait veriler araştırma dışı bırakıldı.

### 3.7. Bilgilendirme

Hastaların preoperatif bölüme kabulünden sonra araştırma hakkında bilgilendirildi. Hastalara YBÜ 'de bulunduğu süreçte AÜ'leri ile bir tablet aracılığı ile sanal ziyaret (görüntülü görüşebilecekleri) yapabilecekleri söylendi. Hastalardan YBÜ'de bulunduğu süreçte sanal ziyaret ile görüşmek istediği ailesinden bir kişiyi belirlemesi istendi. Hastanın belirlediği bu AÜ'nün sanal ziyaret esnasında bulunamaması durumunda ailesinden ikinci bir kişiyi de belirlemesi istendi.

Cerrahiden bir gün önce hastanın belirlediği iki AÜ'de araştırma hakkında bilgilendirildi. Bu görüşme esnasında sanal ziyaretin detayları anlatıldı. AÜ'lerden zoom programını indirmeleri istendi. Hastadan ve AÜ'lerden araştırmaya katılmaya gönüllü olmaları durumunda yazılı onamları alındı. Hastanın belirlediği AÜ'ler yazılı ve sözlü (EK 5) olarak bilgilendirildi. Bu çalışma kapsamında bilgi verilerek sanal ziyarete hazırlanan AÜ'ler Bilgilendirilmiş Aile Üyesi (BAÜ) olarak isimlendirildi. AÜ'lere verilen bilgilerin içeriği;

- ✓ Araştırmanın Hedefleri ve Amacı
- ✓ Hastaların Sanal Ziyaretin Nasıl Yapılacağı Konusunda Bilgilendirilmesi
- ✓ Hastaların Sanal Ziyaret Esnasındaki Sorumlulukları,
- ✓ Aile Üyelerinin Sanal Ziyaretin Nasıl Yapılacağı Konusunda Bilgilendirilmesi
- ✓ Aile Üyelerinin Sanal Ziyaret Esnasındaki Sorumlulukları,
- ✓ Araştırmaya Katılma Koşulları ve Araştırmadan Ayrılma gibi konular oluşturdu.

### 3.8. Sanal Ziyaret

YBÜ' de en az 12 saatini doldurmuş ve araştırmaya dahil edilen hastaların yaşam bulguları ölçüldü ve serum kortizol düzeyini ölçmek için kan alındı. GKÖ ile hastaların ağrı ve kaygı durumları ölçüldü. Daha sonra hastalar 20-30 dakika sanal (görüntülü) olarak zoom programı aracılığıyla aile üyeleri ile görüştürüldü. Sanal ziyaretten 1 saat sonra yeniden yaşam bulguları ölçülüp kan alındı. GKÖ ile ağrı ve kaygı durumları ölçüldü. Sanal ziyaret öncesi (T0) ve sonrası (T1) hastaların araştırma verilerinin istatistiksel olarak karşılaştırılması yapıldı. Sanal ziyaret cerrahiden bir gün sonra hastaların YBÜ'de buldukları süre içinde ortalama 22:00-24:00 saatleri arasında 20-30 dakika süren sanal ziyaret gerçekleştirildi. Sanal ziyaret her hasta için bir kez uygulandı. Sanal ziyaret öncesinde hastaların komplikasyonlar, bilinç durumu, yaşam bulguları değerlendirildi. Sanal ziyaret hasta için uygun olan zamanda başlatıldı. Sanal ziyaret için ekran büyüklüğü 15.6 inç olan bir tablet kullanıldı. Ziyaret öncesinde görüntülü görüşme programı (zoom) araştırmacı tarafından açıldı. Araştırmacı görüntülü görüşmeyi başlattıktan sonra tableti hastaya verdi ve AÜ'sü ile görüntülü görüşmesi sağlandı. Hasta ile AÜ'sünün görüşmesi başladıktan sonra araştırmacı yatak başından uzaklaştı. Sanal ziyaret esnasında hastaların yaşam bulgularındaki değişiklikler araştırmacı tarafından merkezi sistem monitörden izlendi. Görüşme sonunda hasta yaşam bulguları, kaygı ve kortizol seviyesi açısından değerlendirildi.

### 3.9. Ölçüm ve Değerlendirmeler

Araştırmada kapsamında yapılacak ölçüm ve değerlendirmeler için iki farklı zaman belirlendi (Şekil 3.3).

	Değerlendirme Zamanları
<b>T0</b>	Sanal ziyaretten bir saat önce yapılan değerlendirme
<b>T1</b>	Sanal ziyaretten bir saat sonra yapılan değerlendirme

Şekil 3.3. Değerlendirme zamanları.

### **3.9.1. T0 değerlendirmesi**

T0 değerlendirmesi sanal ziyaretten bir saat önce yapıldı. T0 değerlendirmesinde hastaların serum kortizol seviyelerini belirlemek için mevcut kateterinden 5 ml kan örneği alındı. Görsel kıyaslama ölçeği (GKÖ) ile durumluk kaygı puanı ve ağrı puanı belirlenerek veri toplama formuna not edildi. Ayrıca T0 değerlendirmesinde sistolik arteriyel basınç, diyastolik arteriyel basınç, kalp hızı, solunum sayısı, oksijen satürasyonu (SpO<sub>2</sub>) yatak başı monitöründen değerlendirilerek veri toplama formuna not edildi.

### **3.9.2. T1 değerlendirmesi**

T1 değerlendirmesi sanal ziyaretten bir saat sonra yapıldı. T1 değerlendirmesinde hastaların serum kortizol seviyelerini belirlemek için mevcut kateterinden 5 ml kan örneği alındı. GKÖ ile durumluk kaygı puanı ve ağrı puanı belirlenerek veri toplama formuna not edildi. Ayrıca T1 değerlendirmesinde sistolik arteriyel basınç, diyastolik arteriyel basınç, kalp hızı, solunum sayısı, SpO<sub>2</sub> yatak başı monitöründen değerlendirilerek veri toplama formuna not edildi.

### **3.9.3. Kan örneklerinin alınması**

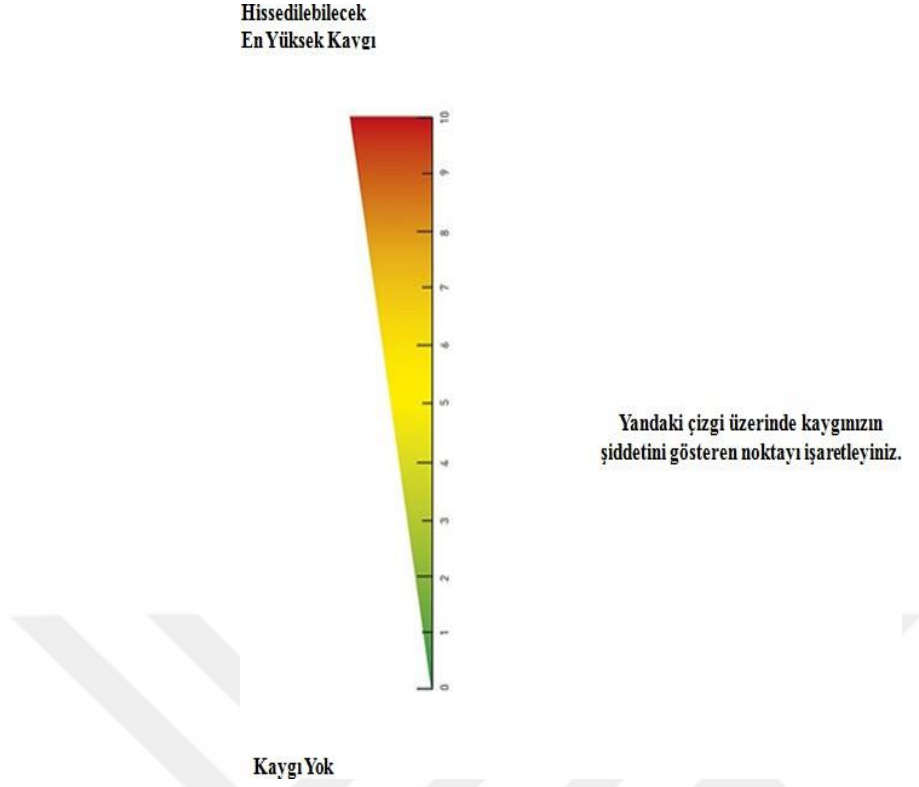
Kan örnekleri; T0 ve T1 değerlendirmelerinde iki kez ve 5 ml olarak hastalara daha önce takılmış olan santral veya periferik kateterden kan örneği alındı. Serum kortizol seviyesinin sirkadyen ritime bağlı olarak gün içindeki dalgalanmasının ölçüm sonuçlarını etkilememesi için sanal hasta ziyaretleri kortizol seviyesinin en düşük olduğu saatler olan 22:00 ile 24:00 arasında yapıldı. Kan örnekleri her hastadan T0'da ve T1'de bir saat ara ile alındı. Hareket ve fiziksel aktivitelerin serum kortizol seviyelerini değiştirebileceğinden (82) kan örneği almadan önce hastalar en az 30 dakika boyunca dinlendirildi. Kan örnekleri soğuk zincir sağlanarak hastanenin merkez biyokimya laboratuvarına en geç 15 dakika içinde teslim edildi.

### **3.9.4. Kortizol seviyesinin ölçülmesi**

Laboratuvara ulaştırılan kan örnekleri serumlarından ayrılmak amacıyla en geç bir saat içinde 4000 rpm’de 10 dakika santrifüj edildi. Her bir kontrolde, serum örnekleri iki ayrı ependorf aracılığı ile alınarak -20 °C’de saklandı. Araştırmanın bütün örnekleri toplanarak araştırma tamamlandıktan sonra, dondurulmuş olan örnekler tekrar çözdürülerek serum kortizol seviyesi (SKS) belirlendi. Electro Chemiluminescence Immun Assay (ECLIA) yöntemi ile çalışan, Roche Modular Analytics E170 analizörü ile kortizole özgü biyotinlenmiş antikor ve rutenyumle işaretlenen, kortizol türevi ile enkübe edilerek oluşan immun kompleksten oluşan, kemilüminesans emisyonunu indükleyip foto çoğaltıcı ile belirlendi. SKS’nin belirlenmesinde, Roche Diagnostics GmbH Sandhofer Str. 116 D-68305 Mannheim, Katalog no:06687733 190 ticari kit kullanıldı.

### **3.9.5. Kaygı seviyesinin ölçülmesi**

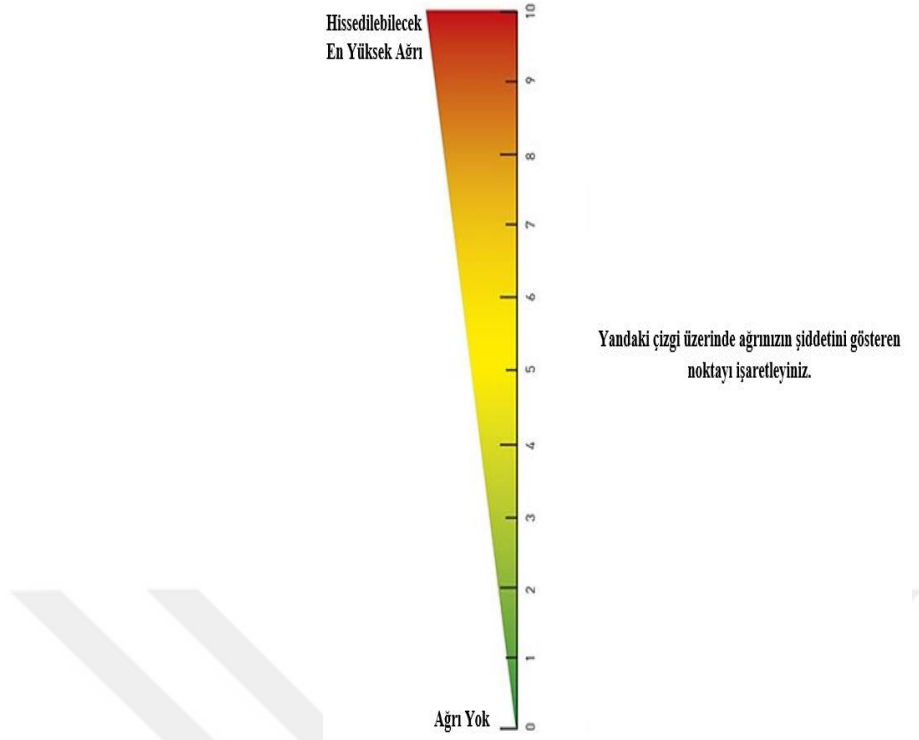
GKÖ subjektif verileri sayısal verilere dönüştürmek için kullanılan bir ölçüm aracıdır. Kaygı seviyesinin ölçümünde; GKÖ diğer ölçüm araçları ile güçlü bir korelasyon göstermektedir. GKÖ kaygı seviyesinin ölçümünde güvenilir bir ölçüm aracıdır (83-85). Çalışmada kaygı seviyesinin ölçülmesinde GKÖ kullanıldı. Hastaların algıladıkları kaygı seviyesinin belirlenmesi için 100 mm’lik dikey bir çizginin alt kısmına “kaygı yok”, üst kısmına “hissedilebilecek en yüksek kaygı” ifadeleri yazıldı. Hastadan bu çizgi üzerinde algıladıkları kaygı seviyesini işaretlemesi istendi (86) (Şekil 4). Hastaların kaygı seviyeleri T0 ve T1 değerlendirmelerinde birer kez ölçüldü.



Şekil 3.4. Görsel kıyaslama ölçeği (Kayı seviyesi).

### 3.9.6. Ağrı seviyesinin ölçülmesi

Ağrı seviyesinin belirlenmesinde GKÖ kullanıldı. GKÖ subjektif verileri sayısal veriye dönüştürmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Hastanın algıladığı ağrı seviyesinin değerlendirilebilmesi için 100 mm'lik dikey bir çizginin alt kısmına “ağrı yok”, üst kısmına “dayanılmaz ağrı” ifadeleri yazıldı. Hastadan bu çizgi üzerinde algıladıkları ağrı seviyesini işaretlemesi istendi. (87) (Şekil 5). Hastaların ağrı seviyeleri T0 ve T1 değerlendirmelerinde birer kez ölçüldü.



Şekil 3.5. Görsel kıyaslama ölçeği (Ağrı seviyesi).

### 3.10. Verilerin toplanması

Hastaların preoperatif bölüme yatışları yapıldıktan sonra araştırma hakkında bilgi verildi ve soruları yanıtladı. Hastalar araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra YBÜ’de bulunacakları süre içinde sanal ziyaret ile görüşmek istedikleri ailesinden bir kişiyi belirlemesi istendi. Cerrahiden bir gün önce hastalar ve hastaların seçtiği AÜ'lere araştırmanın amaç ve hedefleri konusunda bilgi verildi. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalardan ve AÜ'lerden yazılı onam alındı. Bu çalışma kapsamında bilgi verilerek sanal ziyarete hazırlanan AÜ'ler Bilgilendirilmiş Aile Üyesi (BAÜ) olarak isimlendirildi. Sanal ziyaret öncesinde bir dijital görüşme platformu olan zoom üzerinden BAÜ'lere görüntülü arama başlatıldı ve BAÜ'lerden aramayı yanıtlayarak görüşmeyi başlatmaları istendi. Sanal ziyaret araştırmacı hemşire 'Yasemin Eren' eşliğinde uygulandı. Sanal ziyaret cerrahi sonrası her hasta için bir kez yapıldı ve yaklaşık 20-30 dakika sürdü. Sanal ziyaret öncesi ve sonrasında hastaların serum kortizol seviyesi, ağrı ve durumluk kaygı puanları, sistolik arteriyel basınçları, diyastolik arteriyel basınçları, kalp hızı, solunum hızı ve SPO2 ölçümü yapıldı. Sanal ziyaret esnasında hastanın fiziksel durumunda (kan basıncında ve kalp hızında artma, aritmi) psikolojik durumunda (duygulanma, ağlama, öfkelenme, bağırma gibi) streslerini arttıracak genel durumunda herhangi bir değişiklik

olması durumunda ziyaret sonlandırıldı ve bu hastaların verileri araştırmaya dâhil edilmedi.

T0 değerlendirmesinde hastaların kalp hızı (vuru/dk), sistolik arteriyel basınç(mmHg), diyastolik arteriyel basınç(mmHg), solunum hızı/dk, SpO2 (%) değerleri ölçüldü ve kaygı ve ağrı değerlendirmesi yapıldı, serum kortizol seviyesi için kan alındı. T1 değerlendirmesinde ise, hastalardan kalp hızı(vuru/dk), sistolik arteriyel basınç(mmHg), diyastolik arteriyel basınç (mmHg), solunum hızı /dk, SpO2 ölçüldü ve kaygı ve ağrı değerlendirildi. Serum kortizol seviyesinin ( $\mu\text{g/dl}$ ) belirlenmesi için kan örneği alındı. T0 ve T1 değerlendirmeleri yaklaşık 15-20 dakika sürdü. Çalışmanın verileri araştırmacı tarafından toplandı. Durumluk kaygı puanının ölçülmesinde de GKÖ kullanıldı. Hastaların durumluk kaygı puanları T0 ve T1 ölçümlerinde birer kez değerlendirildi.

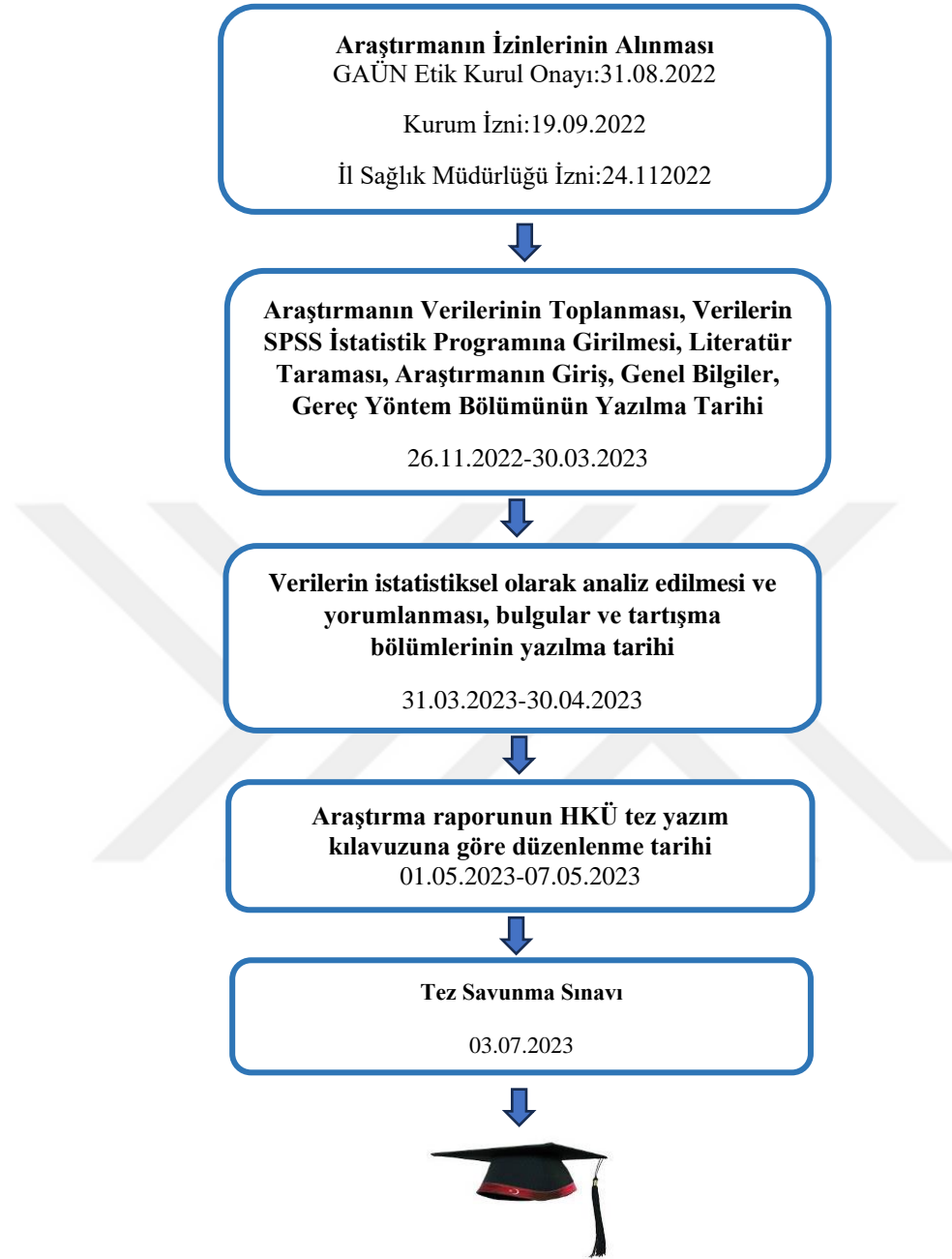
### **3.11. Verilerin Analizi**

Verilerin analizi için SPSS 20.0 sürümü (IBM SPSS Inc Canada) programı kullanıldı. Araştırmanın bağımsız değişkenlerini yaş, Beden Kitle İndeksi (BKI), cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu oluşturdu. Sanal hasta ziyaret öncesinde ve sonrasında ölçülen serum kortizol seviyesi, durumluk kaygı puanı, ağrı ve yaşam bulguları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturdu. Hastaların, yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu gibi tanıtıcı özellikler ise araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturdu. Tanımlayıcı istatistiklerde; kesikli değişkenlerin gösterilmesinde sayı (n) yüzde (%), sürekli sayısal değerlerin gösterilmesinde ortalama $\pm$ standart sapma değeri kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Simirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile değerlendirildi. Normal dağılım gösteren ( $p>0.05$ ), sanal ziyaret öncesi ve sonrasında serum kortizol seviyesi, durumluk kaygı ve yaşam bulgularının karşılaştırmak amacı ile paired sample t testi kullanıldı, Kesikli değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Chi-Square test kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için  $p<0.05$  değeri kabul edildi.

### **3.12. Finansman**

Bu çalışmada SKS ölçümleri için gerekli olan kitlerin maliyetleri araştırmacılar tarafından finanse edildi. Kan testlerinin maliyetleri Sosyal Güvenlik Kurumuna (SGK), hastaların özel sigortalarına fatura edilmedi ve bu maliyetler hastalardan talep edilmedi.

### 3.13. Tez Takvimi



Şekil 3.6. Tez takvimi şeması.

#### 4. BULGULAR

Bulgular bölümünde; Sanal hasta ziyaretinin koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası stres yanıtı etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları bulunmaktadır. Bulgular bölümü üç başlık altında incelendi.

- ✓ Hastaların ve aile üyelerinin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular
- ✓ Hastaların sanal ziyaret öncesi ve sanal ziyaret sonrası değerlendirme bulguları
- ✓ Sanal ziyaret sonrasında serum kortizol seviyesi azalan ve artan hastaların tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular
- ✓ Sanal ziyaret öncesine göre sanal ziyaret sonrasında hastalarda serum kortizol seviyesi değişiminin tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırılması
- ✓ Sanal ziyaret öncesine göre sanal ziyaret sonrasında hastalarda durumluk kaygı seviyesi değişiminin tanıtıcı özellikler ile karşılaştırılması

##### **Bölüm I. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı**

Bu bölümde hastaların ve BAÜ'lerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgulara yer verildi. Hastaların ve BAÜ'lerin tanıtıcı özellikleri iki çizelge halinde sunuldu.

**Çizelge 4.1.** Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n=61).

<b>Özellikler</b>	<b>n (%)</b>
<b>Yaş</b> (Ort±SS*:62.80±9.13, En az:39-En çok:83)	
≤65	30(40.2)
≥66	31(50.8)
<b>BKI kg/m<sup>2</sup>**</b> (Ort±SS*:27.62±4.47, En az:17.63-En çok:37.37)	
≤24.9	17(27.9)
≥25	44(72.1)
<b>Cinsiyet</b>	
Kadın	13(21.3)
Erkek	48(78.7)
<b>Medeni Durum</b>	
Evli	48(78.7)
Bekar	13(21.3)
<b>Eğitim Durumu</b>	
İlköğretim	46(75.4)
Ortaöğretim	10(16.4)
Ön Lisans-Lisans	5(8.2)
<b>Çalışma Durumu</b>	
Çalışıyor	16(26.2)
Çalışmıyor	18(29.5)
Emekli	27(44.3)
<b>Kronik Hastalık</b>	
Var	48(78.7)
Yok	13(21.3)
Diyabet	29(47.5)
Hipertansiyon	27(44.3)
<b>Sürekli İlaç Kullanımı</b>	
Var	43(70.5)
Yok	18(29.5)

Ort±SS\*: Ortalama ±Standart Sapma BKI\*\*: Beden Kitle İndeksi

Çizelge 4.1’de çalışmaya katılan hastaların yaşı, BKI’sı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, kronik hastalık durumu ve sürekli ilaç kullanım durumuna ilişkin verilerin dağılımlarına yer verildi.

Hastaların yaş ortalaması  $62.80 \pm 9.13$  olup; %40,2’si 65 yaş ve altı, % 50.8’i 65 yaş üzeri (En az 39, En çok 83) idi. BKI ortalaması  $27.62 \pm 4.47$   $\text{kg/m}^2$  olup %72,1’inin BKI’i 25 ve üzeri idi. Hastaların %78,7’si erkek, %78,7’si evli, %75.4’ü ilköğretim mezunudur. Hastaların %26,2’si aktif çalışıyor, %44,3’ü emekli %29,5’u ise çalışmıyordu. Hastaların %78,7’sinde kronik hastalık mevcut ve %70,5’inin sürekli ilaç kullanımı var idi. Kronik hastalıkların içinden %47,5’u diyabet hastası %44.3’ü hipertansiyon hastası idi.

**Çizelge 4.2.** Aile üyelerinin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n=61).

Özellikler	n(%)
<b>Yaş</b> (Ort±SS*:41.54±11.95 En az:18 En çok:63)	
≤40	31(50.8)
≥41	30(49.2)
<b>Cinsiyet</b>	
Kadın	42(68.9)
Erkek	19(31.1)
<b>Eğitim Durumu</b>	
İlköğretim	30(49.2)
Ortaöğretim	14(23.0)
Ön Lisans-Lisans	17(27.9)
<b>Çalışma Durumu</b>	
Çalışıyor	30(49.2)
Çalışmıyor	28(45.9)
Emekli	3(4.9)
<b>Hasta ile Akrabalık İlişkisi</b>	
Oğlu	17(27.9)
Kızı	23(37.7)
Eşi	18(29.5)
Kardeşi	3(4.9)

Çizelge 4.2’de AÜ’lerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu ve hasta ile akrabalık ilişkisine yönelik bulgular sunuldu. AÜ’lerin yaş ortalaması 41.54 olup %50,8’i 40 yaş ve altındadır. % 68,9’u kadın, %49.2’si ilköğretim mezunu, %23’ü ortaöğretim mezunu ve %27.9’u ön lisans-lisans mezunudur. AÜ’lerin %49,2’si çalışıyor, %45.9’u çalışmıyor, %4.9’u ise emeklidir. %27.9 AÜ hastanın oğlu, %37.7’si kızı, %29.5’u eşi ve %4.9’u da kardeşidir (Çizelge 4.2).

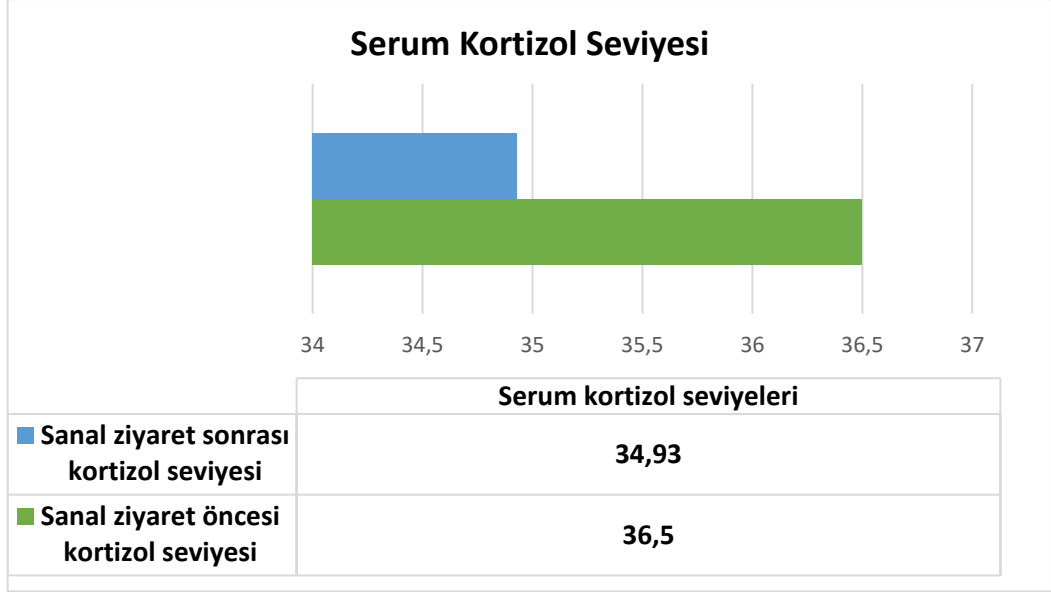
**Çizelge 4.3.** Hastaların sanal ziyaret öncesi ve sanal ziyaret sonrası değerlendirme bulgularının karşılaştırılması (n=61).

	<b>T0</b> <b>Ort±SS</b> <b>(min-max)</b>	<b>T1</b> <b>Ort±SS</b> <b>(min-max)</b>	<b>Test*/p</b>
<b>Serum Kortizol Seviyesi ng/dl</b>	36.50±15.61 2.92-72.83	34.93±15.37 2.65-72.08	t=1.673 p=0.099
<b>Durumluk Kaygı Puanı (GKÖ)**</b>	2.39±3.15 0-10	1.80±2.89 0-10	<b>t=3.276 p=0.002</b>
<b>Ağrı Puanı (GKÖ)</b>	3.75±3.31 0-10	2.30±2.66 0-10	<b>t=6.163 p=0.001</b>
<b>Sistolik Arteriyel Basınç mmHg</b>	126.16±15.55 95-164	120.33±14.60 90-162	<b>t=3.486 p=0.001</b>
<b>Diyastolik Arteriyel Basınç mmHg</b>	59.77±8.51 39-82	57.90±7.92 39-76	<b>t=2.044 p=0.045</b>
<b>Kalp Hızı Vuru/dk***</b>	95.92±12.24 71-123	93.98±12.21 65-122	<b>t=3.061 p=0.003</b>
<b>Solunum Hızı dk</b>	26.95±5.29 20-40	26.03±5.09 18-40	<b>t=2.337 p=0.023</b>
<b>SpO<sub>2</sub> (%)</b>	95.64±3.18 87-100	95.69±3.46 84-100	t=-0,182, p=0.856

Test\*: Paired Sample t test , \*\* GKÖ: Görsel Kıyaslama Ölçeği \*\*\* dk: Dakika

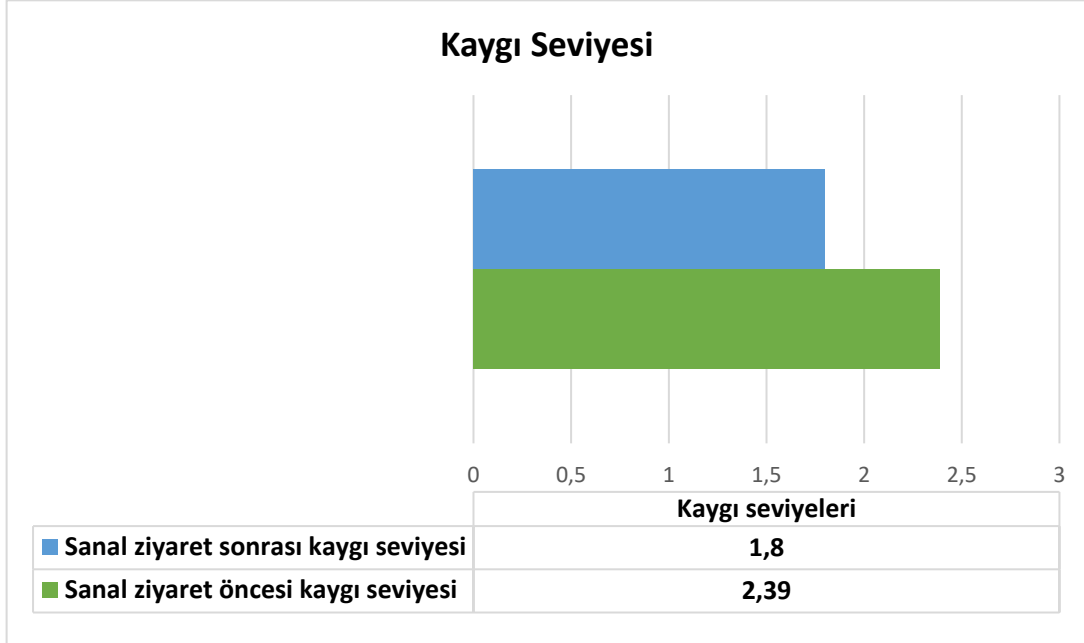
Çizelge 4.3'te hastaların sanal ziyaret öncesi ve sanal ziyaret sonrası serum kortizol seviyesi, durumluk kaygı puanı, ağrı puanı, sistolik arteriyel basınç, diyastolik arteriyel basınç, kalp hızı, solunum hızı, SpO<sub>2</sub> bulgularının karşılaştırılmasına yer verildi.

Serum kortizol seviyesinin T0'da ortalaması 36.50±15.61 iken T1'de 34.93±15.37 olarak ölçüldü, karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05). T0 ve T1 ölçümlerindeki durumluk kaygı puan ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p=0.002) (p<0.05). T0 ve T1 ölçümlerinde ağrı puan ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p=0.001) (p<0.05). T0 ve T1 ölçümlerinde sistolik arteriyel basınç puan ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (p=0.001) (p<0.05). T0 ve T1 ölçümlerinde diyastolik arteriyel basınç ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p=0.045) (p<0.05). T0 ve T1 ölçümlerinde kalp hızı puan ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p=0.003) (p<0.05). T0 ve T1 ölçümlerinde solunum hızı puan ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (p=0.023) (p<0.05). T0 ve T1 ölçümlerinde SpO<sub>2</sub> puan ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0.05) (Çizelge 4.3).



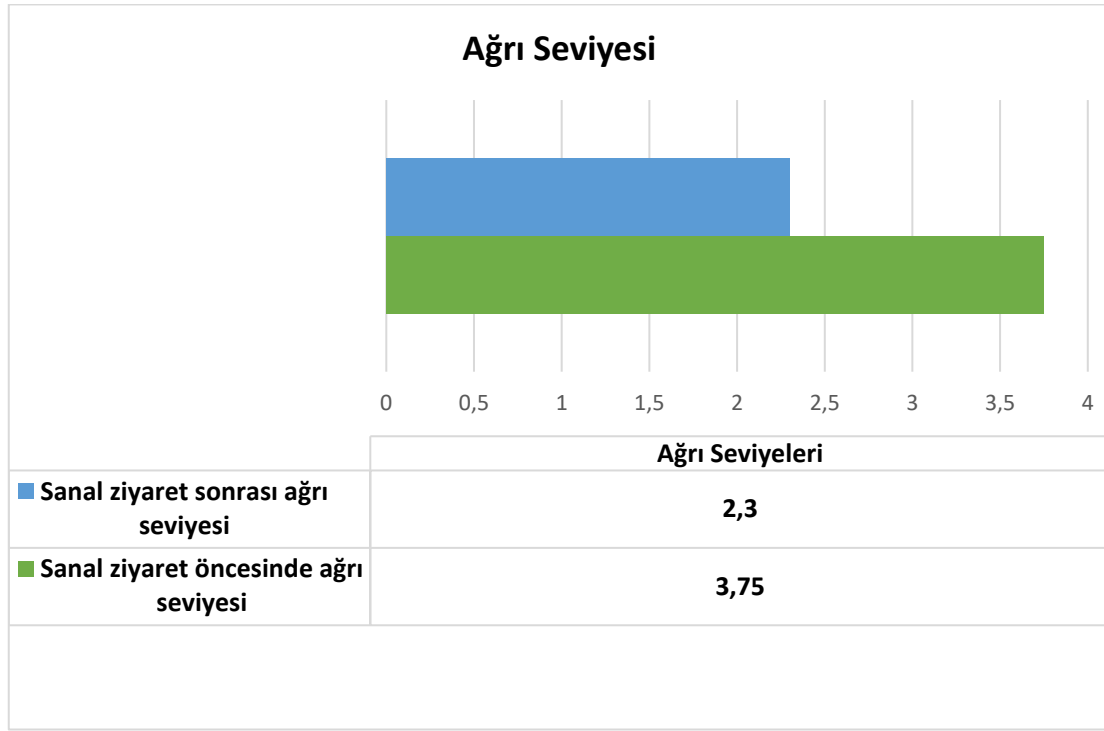
**Grafik 4.1.** Sanal ziyaret öncesi ve sanal ziyaret sonrası serum kortizol seviyesi ortalamalarının karşılaştırılması (N=61).

Grafik 4.1’de sanal ziyaret öncesi (T0) ve sanal ziyaret sonrası (T1) kortizol seviyesi ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular sunuldu. T0 ölçümünde serum kortizol seviyesi:  $36.50 \pm 15.61 \mu\text{g/dl}$ , T1 ölçümünde serum kortizol seviyesi  $34.93 \pm 15.37 \mu\text{g/dl}$  olarak ölçüldü. Karşılaştırıldığında ise aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $p > 0.05$ ) (Grafik 4.1).



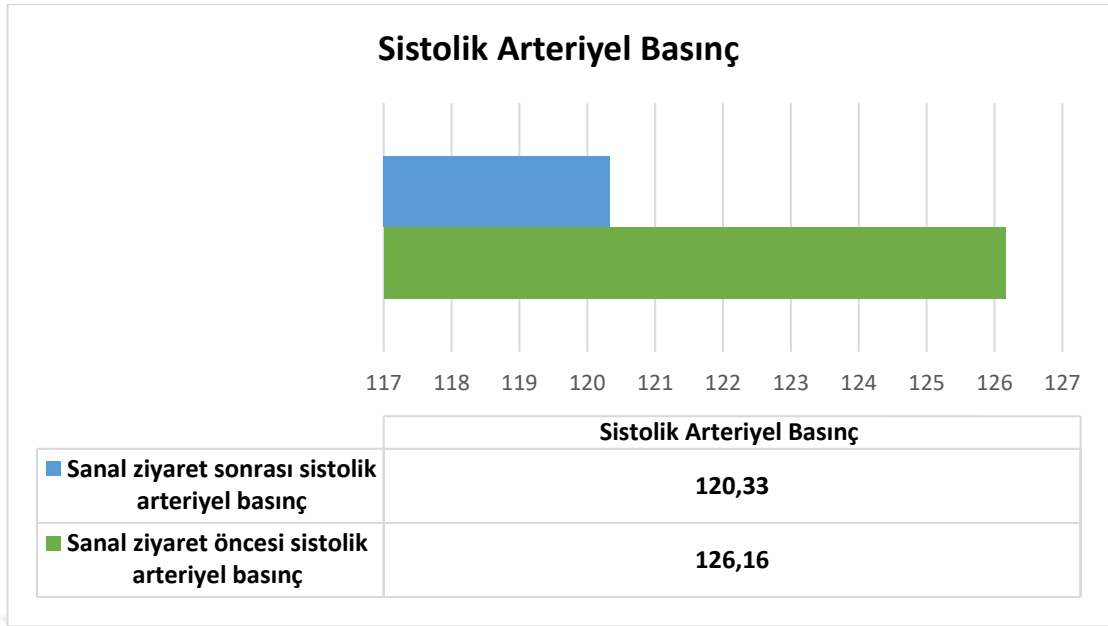
**Grafik 4.2.** Sanal ziyaret öncesi ve sanal ziyaret sonrası durumluk kaygı seviyesi puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=61).

Grafik 4.2’de sanal ziyaret öncesi (T0) ve sanal ziyaret sonrası (T1) durumluk kaygı seviyesi puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular sunuldu. T0 ölçümünde durumluk kaygı seviyesi ortalaması  $2.39 \pm 3.15$ , T1 ölçümünde durumluk kaygı seviyesi ortalaması  $1.80 \pm 2.89$  olarak ölçüldü. Karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $p=0.002$ ) ( $p<0.05$ ) (Grafik 4.2).



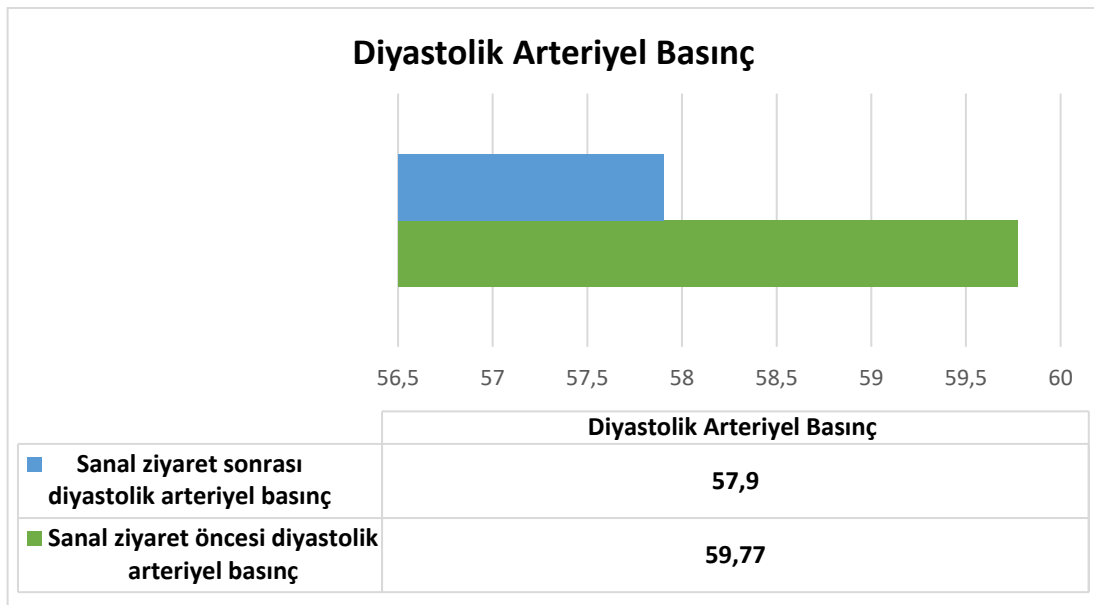
**Grafik 4.3.** Sanal ziyaret öncesi ve sanal ziyaret sonrası ağrı seviyesi puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=61).

Grafik 4.3’te sanal ziyaret öncesi (T0) ve sanal ziyaret sonrası (T1) ağrı seviyesi puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular sunuldu. T0 ölçümünde ağrı seviyesi ortalaması  $3.75 \pm 3.31$ , T1 ölçümünde ağrı seviyesi ortalaması  $2.30 \pm 2.66$  olarak ölçüldü. Karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $p=0.001$ ) ( $p<0.05$ ) (Grafik 4.3).



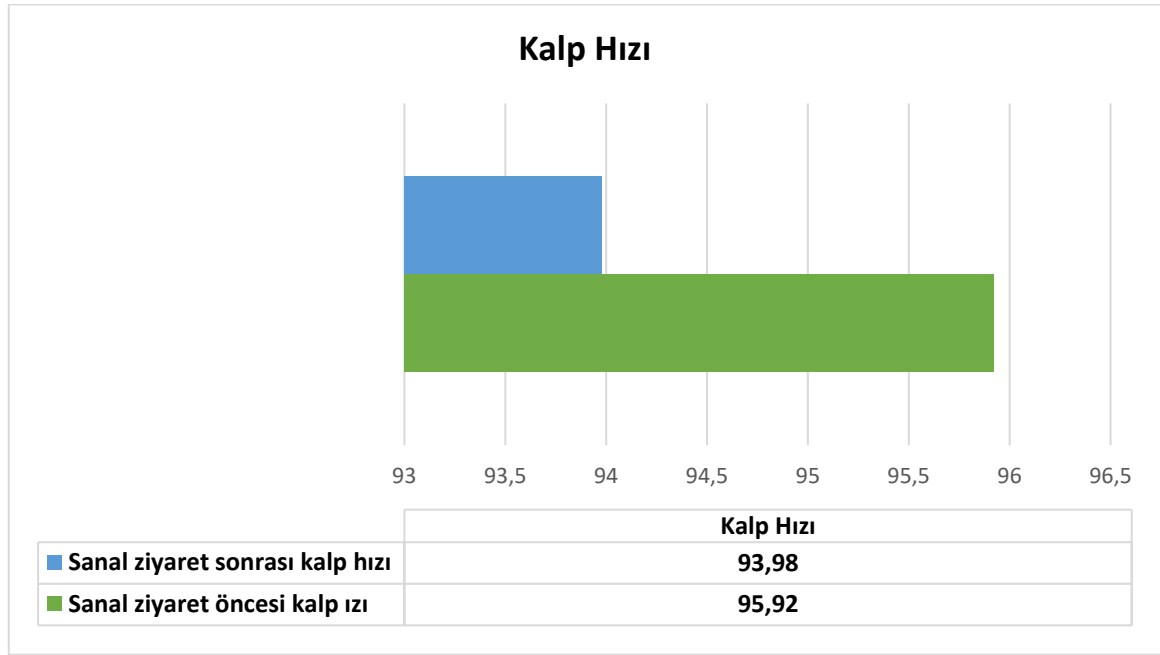
**Grafik 4.4.** Sanal ziyaret öncesi ve sanal ziyaret sonrası sistolik arteriyel basınç puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=61).

Grafik 4.4'te sanal ziyaret öncesi (T0) ve sanal ziyaret sonrası (T1) sistolik arteriyel basınç puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular sunuldu. T0 ölçümünde sistolik arteriyel basınç ortalaması  $126.16 \pm 15.55$ , T1 ölçümünde sistolik arteriyel basınç ortalaması  $120.33 \pm 14.60$  olarak ölçüldü. Karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $p=0.001$ ) ( $p<0.05$ ) (Grafik 4.4).



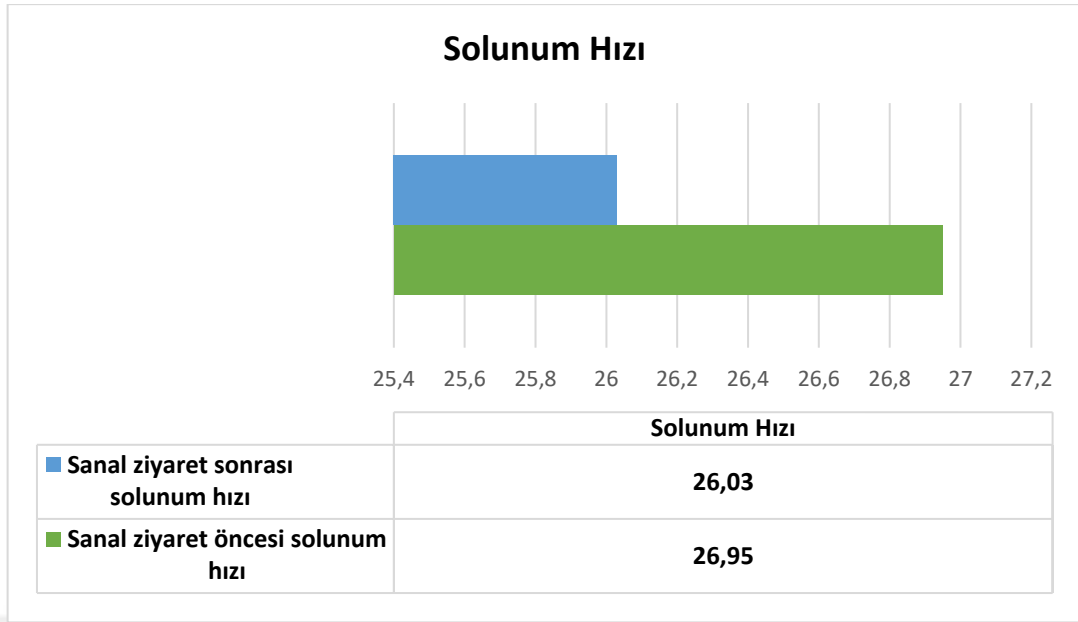
**Grafik 4.5.** Sanal ziyaret öncesi ve sanal ziyaret sonrası diyastolik arteriyel basınç puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=61).

Grafik 4.5'te sanal ziyaret öncesi (T0) ve sanal ziyaret sonrası (T1) diyastolik arteriyel basınç puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular sunuldu. T0 ölçümünde diyastolik arteriyel basınç ortalaması  $59.77 \pm 8.51$ , T1 ölçümünde diyastolik arteriyel basınç ortalaması  $57.90 \pm 7.92$  olarak ölçüldü. Karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $p=0.045$ ) ( $p<0.05$ ) (Grafik 4.5).



**Grafik 4.6.** Sanal ziyaret öncesi ve sanal ziyaret sonrası kalp hızı puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=61).

Grafik 4.6'da sanal ziyaret öncesi (T0) ve sanal ziyaret sonrası (T1) kalp hızı puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular sunuldu. T0 ölçümünde kalp hızı ortalaması  $95.92 \pm 12.24$ , T1 ölçümünde kalp hızı ortalaması  $93.98 \pm 12.21$  olarak ölçüldü. Karşılaştırıldığında ise aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $p=0.003$ ) ( $p<0.05$ ) (Grafik 4.6).



**Grafik 4.7.** Sanal ziyaret öncesi ve sanal ziyaret sonrası solunum hızı puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=61).

Grafik 4.7’de sanal ziyaret öncesi (T0) ve sanal ziyaret sonrası (T1) solunum hızı puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular sunuldu. T0 ölçümünde solunum hızı puan ortalaması  $26.95 \pm 5.29$ , T1 ölçümünde solunum hızı puan ortalaması  $26.03 \pm 5.09$  olarak ölçüldü. Karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p=0.023$ ) ( $p<0.05$ ) (Grafik 4.7).

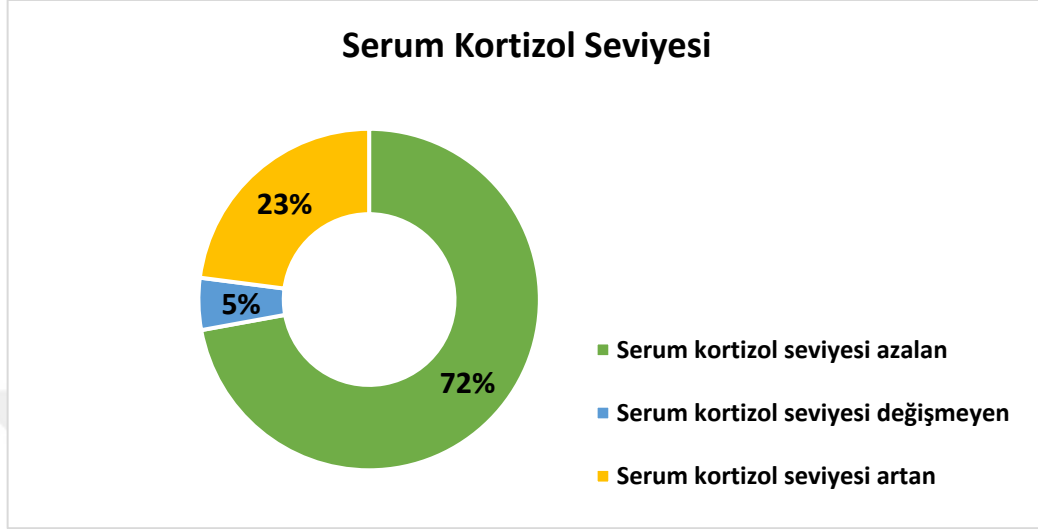
**Çizelge 4.4.** Hastaların sanal ziyaret öncesi ve sanal ziyaret sonrası serum kortizol ile değerlendirme bulguları arasındaki ilişki (N=61).

	T0 Test*/p	T1 Test*/p
<b>Durumluk Kaygı Puanı (GKÖ)**</b>	<b>r=0.578, p=0.001</b>	<b>r=0.354, p=0.005</b>
<b>Ağrı Puanı</b>	r=0.023, p=0.858	r=0.013, p=0.922
<b>Sistolik Arteriyel Basınç mmHg</b>	r=0.151, p=0.246	r=0.094, p=0.470
<b>Diyastolik Arteriyel Basınç mmHg</b>	r=0.021, p=0.871	r=0.095, p=0.465
<b>Kalp Hızı/dk</b>	r=0.103, p=0.430	r=0.070, p=0.592
<b>Solunum Hızı</b>	r=0.056, p=0.668	r=0.016, p=0.903
<b>SpO<sub>2</sub> (%)</b>	<b>r=0.391, p=0.002</b>	<b>r=0.287, p=0.025</b>

r=Pearson Correlation \*\*GKÖ: Görsel Kıyaslama Ölçeği

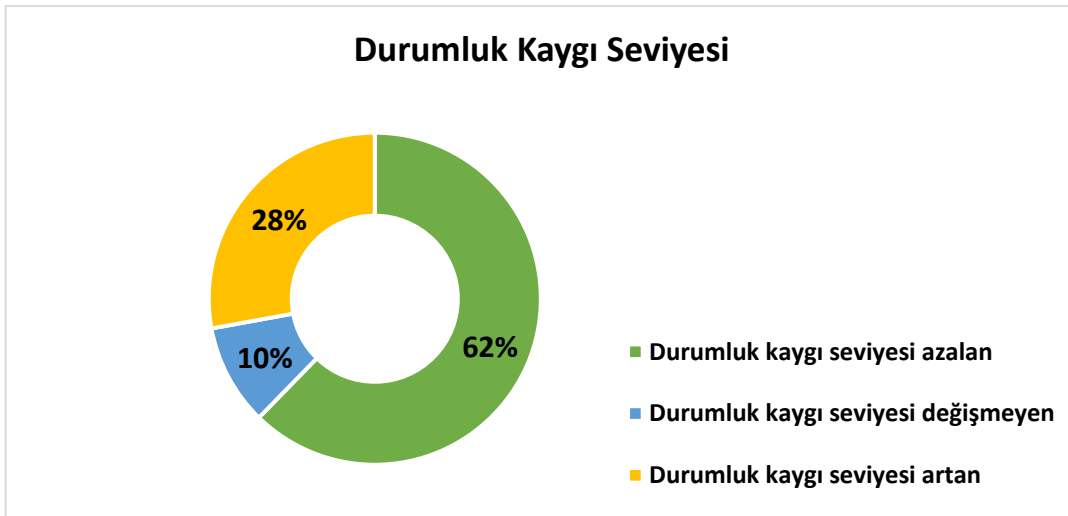
Çizelge 4.4’te hastaların sanal ziyaret öncesi (T0) ve sanal ziyaret sonrası (T1) serum kortizol değerlendirme bulguları arasındaki ilişki incelendi. Çizelgeye göre T0 ve T1 ölçümlerinde serum kortizol seviyesi ile durumluk kaygı puanı arasında pozitif yönde orta seviyede bir korelasyon olduğu belirlendi (sırasıyla;  $p=0.001$ ,  $p=0.005$ ) ( $p<0.05$ ). Sanal ziyaret öncesinde ve sanal ziyaret sonrasında serum kortizol seviyesi ile ağrı puanı, sistolik arteriyel basınç, diyastolik arteriyel basınç, kalp hızı, solunum hızı arasında bir

korelasyon olmadığı belirlendi. Ancak sanal ziyaret öncesi (T0) ve sanal ziyaret sonrasında (T1) serum kortizol seviyesi ile oksijen saturasyonu (SpO<sub>2</sub>) arasında pozitif yönde zayıf bir korelasyon olduğu belirlendi (Çizelge 4.4).



**Grafik 4.8.** Sanal ziyaret öncesine göre sanal ziyaret sonrasında hastalarda serum kortizol seviyesinin değişimi (N=61).

Grafik 4.8’de Sanal ziyaret öncesine göre sanal ziyaret sonrasında hastalarda serum kortizol seviyesinin değişimine ilişkin bulgular sunuldu. Sanal ziyaret öncesine göre, sanal ziyaret sonrasında hastaların n=44 (%72)’ünün serum kortizol seviyesinin azaldığı, n=14 (%23)’ünün serum kortizol seviyesinin arttığı, n=3 (%5)’ünün ise serum kortizol seviyesinin değişmediği belirlendi (Grafik 4.8).



**Grafik 4.9.** Sanal ziyaret öncesine göre sanal ziyaret sonrasında hastalarda durumluk kaygı seviyesinin değişimi (N=61).

Grafik 4.9’da Sanal ziyaret öncesine göre sanal ziyaret sonrasında hastalarda durumluk kaygı seviyesinin değişimine ilişkin bulgular sunuldu. Sanal ziyaret öncesine göre, sanal ziyaret sonrasında hastaların n=38 (%62)’inin durumluk kaygı seviyesinin azaldığı, n=17 (%28)’sinin durumluk kaygı seviyesinin arttığı, n=6 (%10)’sının ise durumluk kaygı seviyesinin değişmediği belirlendi (Grafik 4.9).

**Çizelge 4.5.** Sanal ziyaret öncesine göre sanal ziyaret sonrasında hastalarda serum kortizol seviyesi değişiminin tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırılması (N=61).

	Serum Kortizol Seviyesi Azalan (n=44) n (%)	Serum Kortizol Seviyesi Değişmeyen (n=3) n%	Serum Kortizol Seviyesi Artan (n=14) n (%)	Test/p
<b>Yaş</b>				$X^2=0.694$
≤65	21(34.0)	1(1.6)	8(13.1)	p=0.707
≥66	23(37.7)	2(3.3)	6(9.8)	
<b>BKI</b>				$X^2=3.884$
≤24.9	15(24.6)	1(2.0)	1(1.6)	p=0.143
≥25	29(47.5)	2(3.3)	13(21.3)	
<b>Cinsiyet</b>				$X^2=0.723$
Kadın	10(16.4)	1(1.6)	2(2.3)	p=0.697
Erkek	34(55.7)	2(3.3)	12(19.7)	
<b>Eğitim Durumu</b>				$X^2=3.128$
İlköğretim	31(50.8)	3(4.9)	12(19.7)	p=0.537
Ortaöğretim	8(13.1)	0(0)	2(3.3)	
Ön Lisans-Lisans	5(8.2)	0(0)	0(0)	
<b>Çalışma Durumu</b>				$X^2=4.619$
Çalışıyor	10(16.4)	0(0)	6(9.8)	p=0.329
Çalışmıyor	13(21.3)	2(3.3)	3(4.9)	
Emekli	21(34.4)	1(1.6)	5(8.2)	
<b>Kronik Hastalık</b>				$X^2=0.865$
Var	34(55.7)	3(4.9)	11(18.0)	p=0.649
Yok	10(16.4)	0(0)	3(4.9)	
<b>Sürekli İlaç Kullanımı</b>				$X^2=1.375$
Var	30(49.2)	3(4.9)	10(16.4)	p=0.503
Yok	14(23.0)	0(0)	4(6.6)	

$X^2=$  Ki Kare

Çizelge 4.5’te sanal ziyaret öncesine göre sanal ziyaret sonrasında hastalarda serum kortizol seviyesi değişiminin yaş, BKI, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, kronik hastalık, sürekli ilaç kullanımı ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular sunuldu. Sanal ziyaret öncesine göre sanal ziyaret sonrasında hastalardaki serum kortizol seviyesinin değişimi yaş, BKI, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, kronik hastalık, sürekli ilaç kullanımı ile karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ( $p>0.05$ ) (Çizelge 4.5).

**Çizelge 4.6.** Sanal ziyaret öncesine göre sanal ziyaret sonrasında hastalarda durumluk kaygı seviyesi değişiminin tanıtıcı özellikler ile karşılaştırılması (N=61).

	<b>Durumluk Kaygı Seviyesi Azalan (n=38) n (%)</b>	<b>Durumluk Kaygı Seviyesi Değişmeyen (n=6) n%</b>	<b>Durumluk Kaygı Seviyesi Artan (n=17) n (%)</b>	<b>Test/p</b>
<b>Yaş</b>				$X^2=4.865$
≤65	15(24.6)	5(8.2)	10(16.4)	p=0.088
≥66	23(37.7)	1(1.6)	7(11.5)	
<b>BKI</b>				$X^2=2.465$
≤24.9	8(13.1)	2(3.3)	7(11.5)	p=0.292
≥25	30(49.2)	4(6.6)	10(16.4)	
<b>Cinsiyet</b>				$X^2=1.802$
Kadın	9(14.8)	(0)	4(6.6)	p=0.406
Erkek	29(47.5)	6(9.8)	13(21.3)	
<b>Eğitim Durumu</b>				$X^2= 2.529$
İlköğretim	27(44.3)	6(9.8)	13(21.3)	p=0.639
Ortaöğretim	7(11.5)	0(0)	3(4.9)	
Ön Lisans-Lisans	4(6.6)	0(0)	1(1.6)	
<b>Çalışma Durumu</b>				$X^2=0.534$
Çalışıyor	18(29.5)	3(4.9)	9(14.8)	p=0.970
Çalışmıyor	18(29.5)	3(4.9)	7(11.5)	
Emekli	3(3.3)	0(0)	1(1.6)	
<b>Kronik Hastalık</b>				$X^2=0.129$
Var	30(49.2)	5(8.2)	13(21.3)	p=0.938
Yok	8(13.1)	1(1.6)	4(6.6)	
<b>Sürekli İlaç Kullanımı</b>				$X^2=0.048$
Var	27(44.3)	4(6.6)	12(19.7)	p=0.976
Yok	11(18.0)	2(3.3)	5(8.2)	

$X^2=$  Ki Kare

Çizelge 4.6’da sanal ziyaret öncesine göre sanal ziyaret sonrasında hastalarda durumluk kaygı seviyesi değişiminin yaş, BKI, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, kronik hastalık, sürekli ilaç kullanımı ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular sunuldu. Sanal ziyaret öncesine göre sanal ziyaret sonrasında hastalardaki durumluk kaygı seviyesinin değişimi yaş, BKI, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, kronik hastalık, sürekli ilaç kullanımı ile karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ( $p>0.05$ ) (Çizelge 4.6).

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde koroner arter baypas greft cerrahisi uygulanan hastalarda sanal hasta ziyaretinin serum kortizol seviyesi ve durumluk kaygı puanına etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulgularının tartışılmasına yer verildi. Cerrahi; insan yaşamında stres ve kaygıyı uyandıran olumsuz bir deneyimdir. Hastanın yaşamında fizyolojik, psikolojik, davranışsal değişimlere neden olan bir stresördür. Bireyin fizyolojik, psikolojik ve sosyal dengesini tehdit eder. Cerrahiye bağlı fiziksel stresörlere ek olarak, yoğun bakım ortamı, evden uzak olmak, aile üyeleri ile sınırlı iletişim, emosyonel uyarılar gibi çok sayıda çevresel ve psikolojik faktör stres yanıtın büyüklüğünü etkiler (2). Stres yanıt, yaşamı sürdürmek için gerekli olmasına rağmen uzadığında ve şiddeti arttığında, zararlı etkileri bulunmaktadır. Stres hormonlarının artışı bazı olumsuz ve istenmeyen etkileri de artırır. Sirkadyen ritmi bozar ve bilişsel işlevlerde azalma görülür. Stres yanıt uzadığında tromboemboliler, stres ülseri, kalpte oksijen ihtiyacının ve iş yükünün artması, kalp yetmezliği, infarktüs, pulmoner yetmezlik gibi istenmeyen sonuçlar oluşabilir (1,3). Literatürde stresin fayda ve zararlı etkisi sürekli test edilmektedir. Son 40 yılda yapılan çalışmalarda cerrahi uyarı ile endokrin ve metabolik cevabı azaltma veya ortadan kaldırma yollarının arandığı görülmektedir. Gün geçtikçe artan kanıtlarla nedensel ilişki ortaya konulmaya devam edilirken aynı zamanda cerrahi stresin azaltılması gerektiği savunulmaktadır (2,5,6).

Sanal hasta ziyareti yoğun bakım ünitesinde hastaların stres ve kaygılarını azaltmada bir yöntem olabilir. Çalışmamız da sanal hasta ziyareti öncesindeki serum kortizol seviyesi ortalamasına göre, sanal hasta ziyareti sonrasında serum kortizol seviyesinin ortalamasının yaklaşık 1.5 puan azalmış olması, sanal hasta ziyaretinin hastaların streslerini azaltmada etkili olabileceğini göstermektedir. Bu da bizim H1 hipotezimizin doğrulandığını göstermektedir. Ancak sanal hasta ziyareti öncesine göre sanal hasta ziyareti sonrasında ölçülen serum kortizol seviyesi karşılaştırıldığında, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmaması, sanal hasta ziyaretinin bütün hastalarda aynı etkiyi oluşturmadığı şeklinde yorumlanabilir. Cerrahi prosedürler, klinik olarak sistemik stres tepkisi olarak adlandırılan hücrel ve hormonal faktörlerin akut aktivasyonuna neden olur. Adrenal korteksten artan kortizol salınımı, cerrahiye verilen metabolik yanıtın ana bileşenlerinden biridir. Torakotomi ve açık kalp ameliyatı gibi büyük ameliyatlarda maksimum kortizol salgılanmasını tetikler. (88) Cerrahi insizyonun başlamasıyla serum kortizol seviyesi hızlı bir artış gösterir ve cerrahi esnasında ve

sonrasında 2-10 kat yükselebilir. Normal düzeylere gerilemesi cerrahiden sonraki 24 saatte gerçekleşir, fakat cerrahinin oluşturduğu travmanın büyüklüğüne göre 72 saate kadar yüksek seyredebilir. (2) KABG cerrahisinde insizyonun ve fiziksel travmanın büyük olması sanal hasta ziyareti öncesine göre sanal hasta ziyareti sonrasında ölçülen serum kortizol seviyesi arasında anlamlı fark bulunmamasını açıklayabilir. Ayrıca T0 ve T1 ölçümleri arasında 1 saat süre olması da serum kortizol seviyesinin düşüşünü olumsuz yönde etkilemiş olup bize doğru sonuç vermemiş olabilir. Bunun için de T1 ölçümünden en az 6 saat sonra bir son test yapıp tekrar değerlendirme yapılması uygun olabilir. Çalışmamız da sanal hasta ziyareti öncesine göre, sanal hasta ziyareti sonrasında hastaların n=44 (%72)'ünün serum kortizol seviyesinin azaldığı, n=14 (%23)'ünün serum kortizol seviyesinin arttığı, n=3 (%5)'ünün ise serum kortizol seviyesinin değişmediği belirlendi. Serum kortizol seviyesi hastaların büyük çoğunluğunda düşmüş olmasına rağmen anlamlı çıkmaması, örneklem sayısının artırılarak serum kortizol seviyesine etkisini inceleyen geniş örneklemlerle yeni çalışmalar yapılmasının gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır.

Çalışmamız da sanal hasta ziyareti öncesine göre sanal hasta ziyareti sonrasında durumluk kaygı puan ortalamalarının azalmış olması bize sanal hasta ziyareti ile yoğun bakım ünitesinde bulunan hastaların kaygılarını azaltabileceğini düşündürmüştür. Bu aynı zamanda çalışmamızın H12 hipotezimizin doğrulandığını göstermektedir. Hastaların yoğun bakım deneyimlerinin araştırıldığı çok sayıdaki çalışmanın ortak sonucu; hastaların korku ve güvenlik kaygıları yaşamalarıdır (2,89). Bu kaygıların temelini; fiziksel aktivitelerini yerine getirememe, iletişim kuramama, tanımadıkları sağlık profesyonellerinin kendisine zarar verebileceğini düşünme, yalnızlık, çaresizlik ve ölüm korkusu oluşturur. Bu dönemde hastaların aileleri ile fiziksel ve duygusal bağ kurmak istediği ancak hayal kırıklığı yaşadığı, ailenin kendisini istemediği ve terk edildiklerini düşündükleri de rapor edilmektedir. (89). Sanal hasta ziyaretinin hasta ve AÜ'lerinin kaygı seviyesine etkisini ölçen bir çalışmada, hastalarda ve aile üyelerinde anlamlı şekilde kaygı düzeyinin azaldığını tespit etmişlerdir (13). Bizim çalışmamızda da durumluk kaygı puanının istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olması literatür ile uyumludur.

Hastaların tanıdıkları kişilerle temasının kafa karışıklığını ve ajitasyonu azaltacağı raporlanmıştır (55,56). Sanal hasta ziyareti uygulamasının, yoğun bakım ünitesinde bulunan hastalarda deliryum oranına etkisini inceleyen çalışmaların da yapılmasını öneriyoruz. Hasta yakınına ziyaret etme isteği, AÜ'lerinde temel ihtiyaçlardan biridir. Hasta ziyaretinin hem hastanın hem de AÜ'lerinin kaygı seviyelerini azaltabileceği rapor

edilmiştir. (54-57). Gelecekte AÜ'lerin de stres ve kaygı seviyelerini belirleyen çalışmalar yapılmalıdır. Ayrıca çalışmamız da sanal hasta ziyareti öncesine göre, sanal hasta ziyareti sonrasında hastaların n=38 (%62)'inin durumluk kaygı seviyesinin azaldığı, n=17 (%28)'sinin durumluk kaygı seviyesinin arttığı, n=6 (%10)'sının ise durumluk kaygı seviyesinin değişmediği belirlendi. Sanal hasta ziyareti sonrasında kaygı seviyeleri artan hastaların bulunması, hastaların kaygı seviyelerini etkileyebilecek karıştırıcı faktörlerin de olabileceğini düşündürdü. Hastaların sanal hasta ziyareti esnasında kaygılarının artmasının nedenleri niteliksel çalışmalar ile test edilmelidir.

Çalışmamız da sanal hasta ziyareti öncesine göre sanal hasta ziyareti sonrasında ağrı puan ortalamasının yaklaşık 1.5 puan azalmış olması hastaların aileleri ile görüşmeleri sonrasında dikkatlerinin ağrı dışındaki konulara çekilmiş olmasından kaynaklanabilir. Kalp cerrahisi, sternumun açılmasını içerdiğinden ağrılıdır. Bu, yalnızca cerrahi insizyon bölgesinde değil, aynı zamanda uzun süreli sternal retraksiyon, göğüs ve mediastinal tüplerin kullanıldığı bölgelerde de doku yaralanması ve enflamasyonla ilgili birkaç ağrıya duyarlı alan oluşturur (90). Bu da yüksek kaliteli postoperatif analjezi sağlanmasının önemli bir perioperatif hedef olarak kabul edilmesini gerekli kılmıştır. (91). Ağrı puanının sanal hasta ziyareti öncesine göre sanal hasta ziyareti sonrasında azalmış olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmasına rağmen hastaların AÜ'leriyle sağladıkları iletişimin ağrı puanını düşürmede tek başına etkili olmadığını, bunun yanında verilen analjeziklerinde etkisinin olmuş olabileceğinin de göz ardı edilmemesi gerektiği düşünülmektedir. Sanal hasta ziyaretinin ağrı üzerine etkisini inceleyen geniş örneklemli çalışmalar yapılmalıdır.

Çalışmamız da sanal hasta ziyareti öncesine göre sanal hasta ziyareti sonrasında hastaların kan basıncı ortalamalarının azaldığı belirlendi. Karabacak ve ark tarafından 2012 yılında yapılan çalışmada YBÜ'de bulunan hastalar ziyaret öncesi ve ziyaret sonrasında değerlendirilmiştir. Ziyaret öncesine göre ziyaret sonrasında solunum sayısı, SAB, DAB ve oksijen satürasyonu değerleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı raporlanmıştır (92). Bizim çalışmamız da ise SpO2 değeri Karabacak ve ark. (2012) çalışmasındaki gibi istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı, ancak SAB, DAB ve solunum hızı anlamlı çıkmıştır. SAB, DAB ve solunum hızındaki bu sonuç bize sanal hasta ziyaretinin hastaların üzerinde sakinleştirici etkisi olduğunu bununda SAB, DAB ve solunum hızında olumlu yönde bir etkisi olduğunu düşündürmüştür.

Koroner YBÜ'de yapılan bir çalışmada; sınırsız ziyaret politikası ve sınırlı ziyaret politikalarının etkisinin incelendiği bir çalışmada kalp hızı ve ektopik atımlara etkisi

araştırılmıştır. Sınırsız ziyaret politikası uygulanan hastaların sınırlı ziyaret uygulanan hastalara göre ziyaret sonrasında kalp hızının daha düşük olduğu belirlenmiştir (93). Çalışmamızda da sanal hasta ziyareti öncesine göre sanal hasta ziyareti sonrasında kalp hızı ortalamalarının azalmış olması, hastaların AÜ'ler ile iletişimlerini arttırmanın yararlı olacağını düşündürmektedir. Sasangohar ve ark. (2021) AÜ'lerin sanal hasta ziyaretlerine ilişkin görüşlerini niteliksel olarak değerlendirmiş ve yoğun bakım ünitesinde sanal hasta ziyaretlerinin kullanılmasının, hastalar için mutluluk, neşe, şükran ve rahatlama hissi uyandırdığını bulmuştur (78). Yapılan başka bir çalışmada sanal hasta ziyaretinin hastalarda ve AÜ'lerinde anlamlı şekilde kaygı düzeyinin azaldığını tespit etmişlerdir (13). Çalışmamız da yaptığımız sanal hasta ziyaretinin sınırlı hasta ziyareti uygulaması ve iletişim problemleri gibi birtakım problemleri ortadan kaldırdığı düşünülürse durumluk kaygı puanının ve kalp atım hızının sanal hasta ziyareti öncesine göre sanal hasta ziyareti sonrasında arasındaki farkın anlamlı olması literatürü destekler nitelikte olup sanal hasta ziyaretinin kullanımının yaygınlaşması gerektiğini desteklemektedir. Sanal hasta ziyaretinin önündeki en sık tespit edilen engeller video konferans platformu teknolojisi kullanmayla ilgili ailevi zorluklar ve bunun için gerekli cihaza sahip olma durumu, sistem engelleri, arama yapmak için personelin hazır bulunması, Wi-Fi bağlantısı, eğitim ve rehberlik sağlanması, bilgi teknolojisi veya güvenlik gibi sorunlardır. (11). Bu sorunların çözülüp bu konuyla ilgili daha fazla çalışma yapılması sanal hasta ziyaretinin yaygınlaştırılmasına katkı sağlayacaktır.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Sanal hasta ziyaretinin koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası stres yanıtı etkisini incelediğimiz çalışmamızda sanal hasta ziyaretinin hastaların durumluk kaygı, ağrı, sistolik arteriyel basınç, diyastolik arteriyel basınç puanlarını azalttığı belirlendi.

### 6.2. Öneriler

#### **Araştırma sonuçlarına dayalı olarak;**

- ✓ KABG cerrahisi yapılan hastalara cerrahiden sonra yoğun bakımda bir istediği bir AÜ'sü ile sanal hasta ziyareti yapılmasının sağlanması,
- ✓ Sanal hasta ziyareti için gerekli koşulların sağlanıp prosedürlerin uygun hale getirilmesi,
- ✓ Sanal hasta ziyaretinin olumlu etkilerinin göz ardı edilmemesi ve bununla ilgili sağlık profesyonellerine gerekli eğitim verilmesi,
- ✓ YBÜ'lerde bunun için gerekli mimari ve fiziki koşulların sağlanması,
- ✓ Sanal hasta ziyaretinin hastalar üzerinde pozitif yöndeki etkileri konusunda kanıtı ihtiyaç vardır. Bu konuyla ilgili farklı kurumlarda farklı araştırmacılar tarafından serum kortizol seviyesi üzerine etkisini inceleyen geniş örneklemlerle çalışmalar yapılması önerilmektedir.

### 6.3. Sınırlılıklar

Araştırma tek bir kurumun YBÜ'sünde kısıtlı bir zaman diliminde yapılmış olduğu için evrene genellenemez. Sanal hasta ziyareti için teknoloji kullanımı gerektiği için her hasta ve AÜ'sü çalışmaya dahil edilememiştir. YBÜ'nün fiziki ve mimari yapısı da araştırmanın bir diğer sınırlılığını oluşturmaktadır. Ayrıca bu çalışmanın tez çalışması olması ve zaman kısıtlılığı sebebiyle T0 ve T1 ölçümlerinin arasının bir saat olması son test yapılamaması da çalışmamızın sınırlılıklarından biridir. Fakat sanal hasta ziyaretinin stres yanıtı etkisinin incelendiği bilinen ilk çalışma olması çalışmayı özgün ve değerli kılp klinikte uygulanabileceğini göstermiştir.

## KAYNAKÇA

1. Salzman, S. ve Euteneuer, F. (2017). Effects of preoperative psychological interventions on catecholamine and cortisol levels after surgery in coronaryartery bypass graft patients: The randomized controlled psy-heart trial. *Psychosomatic Medicine*, 79(7), 806-814.
2. Koyuncu, A. (2019). *Koroner arter baypas greft cerrahisi sonrasi uyanma sürecinde yoğun bakımda aile varlığının cerrahi stres yanıtına etkisinin incelenmesi* [Yayımlanmamış doktora tezi]. Hasan Kalyoncu Üniversitesi.
3. Iwasaki, M., Edmondson, M., Sakamoto, A. ve Ma, D. (2015). Anesthesia, surgical stress, and “long-term” outcomes. *Acta Anaesthesiologica Taiwanica*, 53(3), 99-104.
4. Yağar, S., Çavuş, M.A., Dönmez, A. ve Karadeniz, Ü. (2015). Açık kalp cerrahisi geçiren hastalarda anestezi zamanının plazma kortizol ve melatonin düzeylerine etkisi var mı. *Gkdaderg*, 21, 77-81.
5. Efil, S., Kurucu, N, M. ve Eser, O. (2011). Beyin cerrahi yoğun bakımında takip edilen hastaların hasta yakını ziyaret sıklığının ve hemşire ile olan iletişimin hastanın iyileşmesine etkisi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 12(3), 151-155.
6. Torun, S., Kadioğlu, S. ve Öztunç, G. (2012). Orijinal araştırma-originalresearch yoğun bakımda yatan bilinci açık hastaların ziyaret edilme hakkı. *Cumhuriyet Medicaljournal*, 34(1), 33-40.
7. Koyuncu, A., Aslan, F. E., Yava, A., Çınar, D. ve Olgun, N. (2016). Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde tedavi gören terminal dönemdeki hastaların yakınlarının hasta ziyaretinden beklentileri. *Türk Göğüs ve Kalp Kalp Cerrahisi Dergisi*. 24(1), 68-75.
8. Gürkan, A. (2009). Bütüncül yaklaşım: Yoğun bakımda hastası olan aile üyeleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 13(1), 1-5.
9. Ören, B. (2018). Yoğun bakım hasta yakınlarının hemşirelerinden beklentileri ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(2), 217-226.
10. Karimi V., Hanifi N., Bahraminezhad N. ve Faghihzadeh, S. (2017). Impact of family- centered orientation program on hemodynamic indices and hospitalization duration in coronary artery. *Medsurg Nursing*, 5(4), 15-21.
11. Rose, L., Yu, L., Casey, J., Cook, A., Metaxa, V., Pattison, N. ve Meyer, J. (2021). Communication and virtual visiting for families of patients in intensive care during the Covid-19 pandemic: A UK national survey. *Annals of the American Thoracic Society*, 18(10), 1685-1692.
12. Krishnamurthy, Y., Pagliaro, J. A., Grady, C. B., Katz, N., Bunn, D. ve Bhatt, A. B. (2021). Patient evaluation of a virtual visit program for adults with congenital heart disease. *Am Heart J*, 242, 138-145.
13. Kebapçı, A. ve Türkmen, E. (2022). The effect of structured virtual patient visits (Svpvs) on Covid-19 patients and relatives' anxiety levels in intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 31(19-20), 2900-2909.

14. Sidar, A., Dedeli, Ö. ve İşkesen, A. İ. (2013). Açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların kaygı ve ağrı distressi: Ağrı düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 4, 1-8.
15. Korkmaz, F. D., Alcan, A. O., Aslan, F. E. ve Çakmakçı, H. (2015). Koroner arter baypas greft ameliyatı sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 23(2), 285-294.
16. 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).
17. Uzun Ö. ve Demirkıran, G. (2012). Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(1), 1-12.
18. Yava, A. ve Koyuncu, A. (2006). Entübe hastalar ile iletişim deneyimlerimiz: Olgu sunumları. *Gülhane Tıp Dergisi*, 48(3), 175-179.
19. Üstündağ, H. ve Aslan, F. E. (2011). Koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastanın bakımı ve konforu. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 15(1), 22-28.
20. Aktaş, Y. ve Arabacı, L. B. (2016). Yoğun bakımda hasta ve ailesiyle iletişim. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(3), 39-43.
21. Çağlıyan, H. ve Dağ, G.S. (2019). Kardiyovasküler cerrahi ve koroner yoğun bakım ünitesinden taburcu olan hastaların yoğun bakım deneyimlerinin belirlenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4), 349-356.
22. Aktaş, Y. Y., Karabulut, N., Yılmaz, D. ve Özkan, A. S. (2015). Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların algıladıkları çevresel stresörler. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 5(3), 81-86.
23. Somyürek, N. ve Uğur, E. (2016). Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği kültürü oluşturma: Hemşire gözüyle tıbbi hatalar. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*, 3(1), 1-7.
24. Kankaya, E. A. ve Bilik, Ö. (2018). Kalp kapak ameliyatı sonrası güncel hemşirelik yaklaşımları: Bakım neden önemli? *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 101-111.
25. Avcı, G. G., Türker, S., Çifçi, M. ve Sürücü, Ş. (2013). Yoğun bakım hemşirelerinin iş yükünün belirlenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 4, 21-24.
26. Malliarou, M., Gerogianni, G., Babatsikou, F., Kotrotsiou, E. ve Zyga, S. (2014). Family perceptions of intensive care unit nurses' roles: A Greek perspective. *Health Psychology Research*, 2(1).
27. Kavaklı, Ö., Uzun, Ş. ve Arslan, F. (2009). Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 51(3), 168-173.
28. Hatipoğlu, S. (2002). Cerrahi yoğun bakım hemşireliği ilkeleri. *Gülhane Tıp Dergisi*, 44(4), 475-479.
29. Özbayır, T., Taşdemir, N. ve Özşaker, E. (2014). Intensive care unit family needs: nurses'and families'perceptions. *Eastern Journal of Medicine*, 19(3), 137-140.

30. Öztürk, E. ve Cerit, B. (2021). Yoğun bakımda hastası olan aile bireylerinin gereksinimlerinin karşılanması ile memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişki. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 9(1), 55-70.
31. Alakan, Y. Ş. ve Ünal, E. (2017). Yoğun bakım hemşireliğinde ağrı değerlendirmesi ve ağrı yönetimi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(2), 12-29.
32. Locihová, H., Axmann, K., Padyšáková, H. ve Pončíková, V. (2018). Perception of intensive care stressors by patients, nurses and family. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 9(1), 758-766.
33. Pilkington, S. (2013). Causes and consequences of sleep deprivation in hospitalised patients. *Nursing Standard*, 27(49).
34. Kao, K. D., Lee, S. Y. K. C., Liu, C. Y. ve Chou, N. K. (2022). Risk factors associated with longer stays in cardiovascular surgical intensive care unit after cabg. *Journal of the Formosan Medical Association*, 121(1), 304-313.
35. Şahin, D., Beşirik, S., Türkmen, A.S. ve Şahiner N. C. (2018). Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakım yaklaşımı. *Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları*.
36. Rawson, J. V. ve Moretz, J. (2016). Patient-and family-centered care: A primer. *Journal of the American College of Radiology*, 13(12), 1544-1549.
37. Garrouste-Orgeas, M., Willems, V., Timsit, J. F., Diaw, F., Brochon, S., Vesin, A. ve Misset, B. (2010). Opinions of families, staff and patients about family participation in care in intensive care units. *Journal Of Critical Care*, 25(4), 634-640.
38. O'malley, P. J., Brown, K. ve Krug, S. E. (2008). Patient-and family-centered care of children in the emergency department. *Committee On Pediatric Emergency Medicine*, 122(2), E511-E521.
39. Hart, J. L., Turnbull, A. E., Oppenheim, I. M. ve Courtright, K. R. (2020). Family-centered care during the Covid-19 era. *Journal Of Pain and Symptom Management*, 60(2), E93-E97.
40. Özmen, G. Ç., Bulut, E., Çilingir, D., Güven, B. ve Müezzinoğlu, M. (2021). Yoğun bakım hemşirelerinin aile merkezli bakıma ilişkin tutumları. *Türk Hemşireler Derneği Dergisi*, 2(2), 27-40.
41. Gerritsen, R. T., Hartog, C. S. ve Curtis, J. R. (2017). New developments in the provision of family-centered care in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 43(4), 550-553.
42. Jolley, J. ve Shields, L. (2009). The evolution of family-centered care. *Journal Of Pediatric Nursing*, 24(2), 164-170.
43. Molter, N. C. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart Lung*, 8(2), 332-339.
44. Ölçüm, H. İ., Özşen, K., Diken, A. İ., Yazla, E. ve Karadere, M. E. (2018). Kardiyovasküler cerrahi hastanelerde hasta yakınlarının yoğun bakımı: anksiyete ve bakım hizmetleri. *Yoğun Bakım Dergisi*, 9(3), 63-7.
45. Clay, A. M. ve Parsh, B. (2016). Patient-and family-centered care: it's not just for pediatrics anymore. *Ama Journal of Ethics*, 18(1), 40-44.

46. Mckiernan, M. ve Mccarthy, G. (2010). Family members' lived experience in the intensive care unit: A phemenological study. *Intensive And Critical Care Nursing*, 26(5), 254-261.
47. Fumis, R. R. L., Ranzani, O. T., Faria, P. P. ve Schettino, G. (2015). Anxiety, depression and satisfaction in close relatives of patients in an open visiting policy intensive care unit in Brazil. *Journal Of Critical Care*, 30(2), 440-E1.
48. Olding, M., Mccmillan, S. E., Reeves, S., Schmitt, M. H., Puntillo, K. ve Kitto, S. (2016). Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: A scoping review. *Health Expectations*, 19(6), 1183-1202.
49. Al-Mutair, A. S., Plummer, V., O'brien, A. ve Clerehan, R. (2013). Family needs and involvement in the intensive care unit: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14), 1805-1817.
50. Kean, S. ve Mitchell, M. (2014). How do intensive care nurses perceive families in intensive care? Insights from the United Kingdom and Australia. *Journal of Clinical Nursing*, 23(5-6), 663-672.
51. Mitchell, M. L. ve Aitken, L. M. (2017). Flexible visiting positively impacted on patients, families and staff in an australian intensive care unit: A before-after mixed method study. *Australian Critical Care*, 30(2), 91-97.
52. Marco, L., Bermejillo, I., Garayalde, N., Sarrate, I., Margall, M. ve Asiain, M. C. (2006). Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. *Nursing in Critical Care*, 11(1), 33-41.
53. Mitchell M., Chaboyer W., Burmeister E. ve Foster M. (2009). Positive effects of a nursing intervention on familycentered care in adult critical care. *Am J Crit Care*, 18(6), 543-552.
54. Spreen, A. E. ve Schuurmans, M. J. (2011). Visiting policies in the adult intensive care units: A complete survey of dutch icus. *Intensive And Critical Care Nursing*, 27(1), 27-30.
55. Alonso-Rodríguez, A., Martínez-Villamea, S., Sánchez-Vallejo, A., Gallego-Lorenzo, J. ve Fernández-Menéndez, M. (2021). Perspectives of intensive care nurses on open visits in an icu. *Enfermería Intensiva*, 32(2), 62-72.
56. Ning, J. ve Cope, V. (2020). Open visiting in adult intensive care units—a structured literature review. *Intensive And Critical Care Nursing*, 56, 102763.
57. Mcadam, J. L. ve Puntillo, K. A. (2013). Open visitation policies and practices in us icus: Can we ever get there? *Critical Care*, 17(4), 1-2.
58. Kumsar A. K. ve Yılmaz F. T. (2013). Yoğun bakım ünitesinin yoğun bakım hastası üzerindeki etkileri ve hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 10(2), 56-60.
59. Liu, V., Read, J. L., Scruth, E. ve Cheng, E. (2013). Visitation policies and practices in us icus. *Critical Care*, 17(2), 1-7.
60. Ramos, F. J. D. S., Fumis, R. R. L., Azevedo, L. C. P. D. ve Schettino, G. (2014). Intensive care unit visitation policies in Brazil: A multicenter survey. *Revista Brasileira De Terapia Intensiva*, 26, 339-346.

61. Cappellini, E., Bambi, S., Lucchini, A. ve Milanesio, E. (2014). Open intensive care units: A global challenge for patients, relatives, and critical care teams. *Dimensions Of Critical Care Nursing*, 33(4), 181-193.
62. Chung, D. A., Sharples, L. D. ve Nashef, S. A. (2002). A case-control analysis of readmissions to the cardiac surgical intensive care unit. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 22(2), 282-286.
63. Malacarne, P., Corini, M. ve Petri, D. (2011). Health care-associated infections and visiting policy in an intensive care unit. *American Journal of Infection Control*, 39(10), 898-900.
64. Torun, S., Kadioğlu, S. ve Öztunç, G. (2012). Yoğun bakımda yatan bilinci açık hastaların ziyaret edilme hakkı. *Cumhuriyet Medical Journal*, 34(1), 33-40.
65. Bélanger, L., Bussièeres, S., Rainville, F., Coulombe, M. ve Desmartis, M. (2017). Hospital visiting policies-impact on patients, families and staff: A review of the literature to inform decision making. *J Hosp Adm*, 6(6), 51-62.
66. Fumagalli, S., Boncinelli, L., Lo Nostro, A., Valoti, P., Baldereschi, G., Di Bari, M. ve Marchionni, N. (2006). Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: Results from a pilot, randomized trial. *Circulation*, 113(7), 946-952.
67. Bailey, R. L., Ramanan, M., Litton, E., Kai, N. S. Y., Coyer, F. M., Garrouste-Orgeas, M. ve Young, P. (2022). Staff perceptions of family access and visitation policies in Australian and New Zealand intensive care units: The welcome-icu survey. *Australian Critical Care*, 35(4), 383-390.
68. Anzoletti, A. B., Buja, A., Bortolusso, V. ve Zampieron, A. (2008). Access to intensive care units: A survey in north-east Italy. *Intensive And Critical Care Nursing*, 24(6), 366-374.
69. Tayebi, Z., Borimnejad, L., Dehghan-Nayeri, N. ve Kohan, M. (2014). Rationales of restricted visiting hour in iranian intensive care units: A qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 19(3), 117-125.
70. Mıhçı, E. (2019). *Yoğun bakım ünitesinde hasta ziyaretlerine ilişkin hemşirelerin görüşlerinin belirlenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Akdeniz Üniversitesi.
71. Marco Landa, L., Bermejillo Eguía, I., Garayalde Fernández De Pinedo, N., Sarrate Adot, I., Coscojuela, M. ve Erro, A. (2000). Creencias Y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia Y enfermeras. *Enferm. Intensiva*, 107-117.
72. Ramos, F, J, S., Fumis, R, R, L., Azevedo, L, C, P. ve Schettino, G. (2013). Perceptions of an open visitation policy by intensive care unit workers. *Annals of Intensive Care*, 3(1), 1-8.
73. Simon, S. K., Phillips, K., Badalamenti, S., Ohlert, J. ve Krumberger, J. (1997). Current practices regarding visitation policies in critical care units. *American Journal of Critical Care*, 6(3), 210-217.
74. Azoulay, É., Pochard, F., Chevret, S., Arich, C., Brivet, F., Brun, F. ve Schlemmer, B. (2003). Family participation in care to the critically ill: Opinions of families and staff. *Intensive Care Medicine*, 29(9), 1498-1504.

75. Olsen, K. D., Dysvik, E. ve Hansen, B. S. (2009). The meaning of family members' presence during intensive care stay: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(4), 190-198.
76. Webb, H., Parson, M., Hodgson, L. E. ve Daswani, K. (2020). Virtual visiting and other technological adaptations for critical care. *Future Healthcare Journal*, 7(3), E93.
77. Öztürk, E. O. ve Sondaş, A. (2020). Sanal sağlık: Sağlıkta sanal gerçekliğe genel bakış. *Kocaeli Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 3(2), 164-169.
78. Sasangohar, F., Dhala, A., Zheng, F., Ahmadi, N., Kash, B. ve Masud, F. (2021). Use of telecritical care for family visitation to icu during the covid-19 pandemic: An interview study and sentiment analysis. *Bmj Quality & Safety*, 30(9), 715-721.
79. Emanuel, E. J., Wendler, D., Killen, J. ve Grady, C. (2004). What makes clinic research in developing countries ethical? The benchmarks of ethical research. *The Journal of Infectious Diseases*, 189(5), 930-937.
80. World medical association declaration of Helsinki (2008). <http://www.wma.net/e/ethicsunit/helsinki.htm>. access
81. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Baskı). Routledge.
82. Ronaldson, A., Kidd, T., Poole, L., Leigh, E., Jahangiri, M. ve Steptoe, A. (2015). Diurnal cortisol rhythm is associated with adverse cardiac events and mortality in coronary artery bypass patients, *100*(10), 3676-3682.
83. Davey, H. M., Barratt, A. L., Butow, P. N. ve Deeks, J. J. (2007). A one-item question with a likert or visual analog scale adequately measured current anxiety. *J Clin Epidemiol*, 60(4), 356-360.
84. Williams, V. S. L., Morlock, R. J. ve Feltner, D. (2010). Psychometric evaluation of a Visual Analog Scale for the assessment of anxiety. *Health Qual Life Outcomes* 8, 57. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-57>
85. Abend, R., Dan, O., Maoz, K., Raz, S. ve Bar-Haim, Y. (2014). Reliability, validity and sensitivity of a computerized visual analog scale measuring state anxiety. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 45(4), 447-453.
86. Sung, Y. T., Wu, J. S. (2018). The visual analogue scale for rating, ranking and paired-comparison (VAS-RRP): A new technique for psychological measurement. *Behavior Research Methods*, 50, 1694-1715.
87. Katz, J. ve Melzack, R. (1999). Measurement of pain. *Surg Clin North Am.*79(2), 231-252.
88. Sedighinejad, A., Imantalab, V., Mirmansouri, A., Nabi, B. N., Tarbiat, M., Sadeghi, A. M. ve Varag, Z. S. (2016). Comparing the effects of isoflurane-sufentanil anesthesia and propofol-sufentanil anesthesia on serum cortisol levels in open heart surgery with cardiopulmonary bypass. *Anesthesiology and Pain Medicine*, 6(6).
89. Whitehorne, K., Gaudine, A., Meadus, R. ve Solberg, S. (2015). Lived experience of the intensive care unit for patients who experienced delirium. *Am J Crit Care*, 24(6), 474-479.

90. Bjørnnes, A. K., Rustøen, T., Lie, I., Watt-Watson, J. ve Leegaard, M. (2016). Pain characteristics and analgesic intake before and following cardiac surgery. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(1), 47-54.
91. Liu, S. S. ve Wu, C. L. (2007). Effect of postoperative analgesia on major postoperative complications: A systematic update of the evidence. *Anesthesia & Analgesia*, 104(3), 689-702.
92. Karabacak, Ü., Şenturan, L., Özdilek, S., Şimşek, A., Karateke, Y., Eti Aslan, F. ve Ertekin, C. (2012). Cerrahi yoğun bakım hastalarında ziyaretin yaşam bulguları üzerine etkisi: Pilot çalışma. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, 18(1), 18-22.
93. Schulte, D. A., Burrell, L. O., Gueldner, S. H., Bramlett, M. H., Fuszard, B., Stone, S. K. ve Dudley, W. N. (1993). Koroner bakım ünitesinde kalp atış hızı ile ektopi ve sınırsız ve kısıtlı ziyaret saatleri arasındaki ilişkinin pilot çalışması. *Amerikan Kritik Bakım Dergisi*, 2(2), 134-136.



## EKLER

### EK-1 Etik Kurul Onay Formu

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sanal hasta ziyaretinin koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası stres yanıtı etkisinin incelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	221
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2022/221
	Tarih: 31.08.2022
Sorumlu Araştırmacı Dr. Öğr. Üyesi Aynur KOYUNCU olan "Sanal hasta ziyaretinin koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası stres yanıtı etkisinin incelenmesi" başlıklı proje öneri dosyası ile ilgili belgeler incelenmiş olup, etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	
İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik İyileştirme Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BASKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Yasemin ZER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilgili		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof.Dr.Yasemin ZER	Tıbbi Mikrobiyoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Muradiye NACAĞ	Tıbbi Farmakoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Seval KUL	Biyoistatistik	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Osman BAŞPINAR	Çocuk Kardiyoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Maruf ŞANLI	Göğüs Cerrahi	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Suzan TABUR	Endokrinoloji ve Metabolizma	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Beltinç DEMİRCİOĞLU KILIÇ	Çocuk Nefroloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Nurgül ÖZDEMİR	Psikiyatri Hemşireliği	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr. İlhan BAŞI	Anatomi	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Fatih SARI	Protetik Diş Tedavisi	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Şengül ŞAHİN	Psikiyatri	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Üyesi Burak YAMAN	Fizyoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Melih HANGÜL	Pediyatrik Göğüs Hastalıkları	Gaziantep Çengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Emine Aybiken YILDIRIM	Hukukçu	Gaziantep Barosu	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Zeki EKİNCİ	Şahinbey Belediye Başkan Yardımcısı	Şahinbey Belediyesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

\*Toplamda Dohanma

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı, Prof. Dr. Yasemin Zer

Not: Etik kurul başkanı, imzasız her altmış iki sayfa imza atmalıdır.

**EK- 2 Etik Kurul Kararı**

**GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sanal hasta ziyaretinin koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası stres yanıtı etkisinin incelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	221

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ	Gaziantep Üniversitesi Hayvan Deneyleri Araştırma Merkezi Binası (GAÜNDAM) Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 27310 Şehitkamil/Gaziantep
	TELEFON	0342 360 12 00-Dahili: 4800
	FAKS	-
	E-POSTA	etikkurul@gantep.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Aynur KOYUNCU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelikte Doktora Programı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Hasan Kalyoncu Üniversitesi			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vivo tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırması	<input checked="" type="checkbox"/>				
Diğer ise belirtiniz					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	ETİK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarhi	Yersiyon Numarası	Dili			
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>					
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GOVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
DİĞER	<input type="checkbox"/>						

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Yasemin Zer

*Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.*

**EK -3 İl Sağlık Müdürlüğü İzni**

T.C.  
MERSİN VALİLİĞİ  
MERSİN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

Karar No:2022-06-05 / 2  
Konu: Çalışma Başvurusu

19/09/2022

**BİLİMSEL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KOMİSYONU KARARI**

Yasemin EREN 'ın " sanal hasta ziyaretinin koroner arter bypass greft cerrahisi sonrası stres yanıtı etkisinin incelenmesi" adlı çalışma başvurusu Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu tarafından uygun görülmüştür.

Doç. Dr. Ozan EFESOY  
BADK Üyesi (Yedek)

Doç. Dr. Zikret KOSEOGLU  
BADK Üyesi

Doç. Dr. Ali İNAL  
BADK Üyesi (Yedek)

Doç. Dr. Mehmet BALLI  
BADK Üyesi

Doç. Dr. Serkan YALAKI  
BADK Üyesi

Doç. Dr. Serkan DOGRU  
BADK Üyesi/ Başkan Yardımcısı

Doç. Dr. Bahar AYDINLI  
BADK Başkanı/ Başhekim



## **EK -5 Veri Toplama Formları**

### **1. Veri Toplama Formu 1. Bölüm Hastaların Tanıtıcı Özellikleri**

#### **Sanal Hasta Ziyaretinin Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi Sonrası Stres Yanıta Etkisinin İncelenmesi**

##### **Sayın katılımcı;**

Sizi, koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastaların hasta yakınlarıyla video konferans yöntemiyle görüşmelerinin yaşam bulgular ve serum kortizol düzeyine etkisini araştırmak amacıyla yapılacak bilimsel bir çalışmaya davet ediyoruz. Bu çalışmadan elde edilecek sonuçlar bilimsel dergilerde yayınlanacak, bilimsel ortamlarda konuşup tartışılacaktır. Bu çalışmada size ait bilgiler isminiz belirtilerek hiçbir yerde açıklanmayacaktır. Size ait bilgiler gizli tutulacak ve yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Bu çalışmaya hiç katılmayabilirsiniz, bu çalışmaya katılırsanız 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 5-10 dakika sürecektir. Bu bilimsel çalışmaya vereceğiniz katkılar nedeni ile TEŞEKKÜR EDERİZ...

#### **VERİ TOPLAMA FORMU -BÖLÜM I-**

#### **HASTANIN TANITICI ÖZELLİKLERİ**

1. Doğum tarihi (Yıl belirtiniz.)  
.....
2. Cinsiyeti:
  - a. Kadın
  - b. Erkek
3. Medeni durum:
  - a. Evli
  - b. Bekar
4. Boyunuz?  
.....
5. Kilonuz?  
.....
6. Hastanın eğitim durumu:
  - a. Okuma- yazma biliyor
  - b. İlköğretim
  - c. Ortaöğretim
  - d. Önlisans

- e. Lisans
- f. Lisansüstü

7. Çalışma durumu:
  - a. Çalışıyor
  - b. Çalışmıyor
  - c. Emekli
8. Kronik hastalık:
  - a. Hipertansiyon
  - b. Böbrek yetmezliği
  - c. Diyabetüs mellitüs
  - d. Akciğer hastalığı
  - e. Diğer
9. Sürekli kullandığınız ilaç:
  - a. Var
  - b. Yok

## 2. Veri Toplama Formu 2. Bölüm Aile Üyelerinin Tanıtıcı Özellikleri

### AİLE ÜYELERİNİN TANITICI ÖZELLİKLERİ

1. Doğum Tarihi (Yıl Belirtiniz)  
.....
2. Cinsiyetiniz:
  - a. Kadın
  - b. Erkek
3. Eğitim Durumu:
  - a. İlkokul
  - b. Ortaokul
  - c. Lise
  - d. Önlisans
  - e. Lisans
  - f. Yüksek lisans
4. Çalışma Durumu:
  - a. Çalışıyor
  - b. Çalışmıyor
  - c. Emekli
5. Hasta ile Akrabalık İlişkiniz:

### 3. Veri Toplama Formu 3. Bölüm Değerlendirme Formu

#### *T0 Değerlendirme Formu*

1. Serum kortizol seviyesi:
2. Durumluk kaygı puanı:
3. Ağrı puanı:
4. Sistolik arteriyel basınç:
5. Diyastolik arteriyel basınç:
6. Kalp hızı:
7. Solunum hızı:
8. SPO<sub>2</sub>:

#### *T1 Değerlendirme Formu*

1. Serum kortizol seviyesi:
2. Durumluk kaygı puanı:
3. Ağrı puanı:
4. Sistolik arteriyel basınç:
5. Diyastolik arteriyel basınç:
6. Kalp hızı:
7. Solunum hızı:
8. SPO<sub>2</sub>:

	Sanal Görüşme Öncesi	Sanal Görüşmeden Bir Saat Sonrası
Serum Kortizol Düzeyi		
Kalp Hızı		
Sistolik Arteriyel Kan Basıncı		
Diyastolik Arteriyel Kan Basıncı		
Ortalama Arteriyel Kan Basıncı		
Ağrı puanı		
Oksijen Satürasyonu		

## EK-6 Gönüllü Bilgilendirme Formu

### 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu/Hasta

#### Araştırmanın Adı: “Sanal Hasta Ziyaretinin Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi Sonrası Stres Yanıtı Etkisinin İncelenmesi”

#### **LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!!!**

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

#### **ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?**

- ✓ Bu çalışmanın amacı sanal hasta ziyaretinin koroner arter baypass greft cerrahisi sonrası serum kortizol seviyesi ve durumluk kaygı puanına etkisinin belirlenmesidir. Stres yanıtın direkt ve objektif belirteçleri serum kortizol, kan basıncı, kalp hızı, oksijen satürasyonu, ağrı ve anksiyete düzeyine etkisini belirlemeyi amaçlıyoruz.

#### **✓ KATILMA KOŞULLARI NELERDİR?**

- ✓ 18 yaş üstü olan, Türkçe bilen, konuşan, anlatılanı anlayabilen,
- ✓ ASA I ve II, EUROSCORE puanına göre düşük riskli hastalar,
- ✓ İlk kez KABG cerrahisi uygulanan,
- ✓ Sabah saatlerinde cerrahisi başlatılan (08-12)
- ✓ Herhangi bir psikiyatrik bir hastalık tanısı (panik atak, depresyon vs) almamış ve bu nedenle ilaç tedavisi bulunmayan,
- ✓ Addison Hastalığı, Cushing Sendromu hastalığı olmayan,
- ✓ Araştırma günü kortizon türevi ilaç kullanılmamış olan,
- ✓ En az 24 saatini YBÜ’de geçirmiş olan hastalar,
- ✓ Cerrahi sonrası sanal ziyareti etkileyebilecek herhangi bir komplikasyon gelişmeyen,

- ✓ Cerrahi sonrası sanal ziyaret yöntemi ile görüşebilecek bir yakını bulunan,
- ✓ Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hasta ve yakınları araştırmaya dâhil edilecektir.

### **NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?**

- ✓ Araştırma kapsamında cerrahiniz bittikten 24 saat sonra sizin seçeceğiniz bir yakınınızla toplam 15-20 dk sürecek sanal görüşme yapılacaktır.
- ✓ Sizin cerrahiden sonraki süreçte yakınınızla sanal görüşme yapmanız, cerrahiye bağlı sizde oluşabilecek stres yanıtı nasıl etkilediğini öğrenmek için sizden sanal görüşme öncesi ve sanal görüşmeden bir saat sonra her bir değerlendirmede 5 ml olmak üzere toplam 10 ml kan alınacaktır. Alınacak kanlar mevcut intravenöz kateterinizden alınacaktır. Araştırma nedeniyle yeni bir intravenöz girişim yapılmayacaktır. Stres hormonunuzdaki değişiklik tespit edilecektir. Ayrıca araştırma sonucunda elde edilen bilgilerin başka insanlara da faydalı olabilmesi için, bilimsel ortamlarda konuşulup tartışılacak ve bilimsel dergilerde yayınlanacaktır.
- ✓ Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı toplam 59 kişidir.

### **SORUMLULUKLARIM NELERDİR?**

- ✓ Sizin belirleyeceğiniz yakınınız ile ameliyattan 24 saat sonra 15-20 dakikalık sanal görüşme yapılacaktır.
- ✓ Sanal ziyaretten önce ve sanal ziyaretten bir saat sonra araştırmacı size bazı sorular soracak ve stres hormonlarınızdaki değişikliği belirlemek amacıyla kan alınacaktır.
- ✓ Araştırmayı katılmayı kabul etmeniz durumunda araştırmacının size soracağı soruları yanıtlamanız gerekmektedir.

### **ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR VE RİSKLER NELERDİR?**

- ✓ Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar; yoğun bakımda yatış sürecinizde ailenizle yapılan sanal görüşme; fizyolojik ve psikolojik stresinizi azaltabilir,

anestezi nedeniyle oluşan otonomi kaybı, yalnızlık, çaresizlik, ölüm korkusu gibi olumsuz duygular yaşamanız önlenebilir.

- ✓ Bu çalışma için öngörülen bir risk yoktur.
- ✓ Gebe bireyler araştırmaya dahil edilmeyecektir.
- ✓ Bu çalışmaya özel herhangi bir ilaç/besin önerilmeyecektir.
- ✓ **HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?**
- ✓ Komplikasyon nedeniyle cerrahinin uzaması, cerrahinin bitme zamanının akşam saatlerine rastlaması, bilinç seviyenizin araştırmaya engel olması, araştırmaya katılmaya gönüllü olduktan sonra araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılmak istemeniz durumunda araştırma dışı kalabilirsiniz.
- ✓ Araştırma sürecinde herhangi bir sorunla karşılaştığınızda Hem. Yasemin EREN ile iletişime geçebilirsiniz. Tel: 05423424833

#### **ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?**

- ✓ Araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve araştırmayı kabul etmeniz durumunda size ek bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmaya katılmak gönüllülük esası ile yapılacaktır. Siz ve yakınınız araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra vazgeçme hakkı tanınacaktır. Stres hormonunuzu belirlemek için yapılacak kan testinin ücreti size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir. Çalışmayı herhangi bir kurum desteklemeyecektir.

#### **ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?**

- ✓ Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki hakkınız garanti altına alınacaktır.
- ✓ Araştırmaya dahil edilme ölçütlerini taşımadığınız durumlarda bilginiz dahilinde araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceksiniz. Bu durumda da sonraki hakkınız garanti altına alınacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla

kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

### **KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?**

- ✓ Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren dört sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılma davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

<b>GÖNÜLLÜNÜN</b>		<b>İMZASI</b>
<b>ADI&amp;SOYADI</b>		
<b>ADRESİ</b>		
<b>TEL.&amp;FAKS</b>		
<b>TARİH</b>		

<b>AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ</b>		<b>İMZASI</b>
<b>ADI&amp;SOYADI</b>	Hem. Yasemin EREN	
<b>TARİH</b>		

## 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu/Aile

### Araştırmanın Adı: “Sanal Hasta Ziyaretinin Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi Sonrası Stres Yanıtı Etkisinin İncelenmesi”

#### **LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!!!**

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

#### **ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?**

- ✓ Bu çalışmanın amacı sanal hasta ziyaretinin koroner arter bypass greft cerrahisi sonrası serum kortizol seviyesi ve durumluk kaygı puanına etkisinin belirlenmesidir. Stres yanıtın direkt ve objektif belirteçleri serum kortizol, kan basıncı, kalp hızı, oksijen saturasyonu, ağrı ve anksiyete düzeyine etkisini belirlemeyi amaçlıyoruz.

#### **KATILMA KOŞULLARI NELERDİR?**

- ✓ 18 yaş üstü olan,
- ✓ Sanal ziyaret yöntemi ile hastanın görüşmek istediği kişi olmak,
- ✓ Sanal ziyaret süresi içerisindeki sorumlulukları ve uyması gereken kurallar konusunda eğitimi anlayabilecek mental ve fiziksel yeterliliğe sahip olan,
- ✓ Sanal ziyaret süresince hasta ile görüşmeye gönüllü olan aile üyeleri araştırmaya dâhil edilecektir.

#### **NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?**

- ✓ Araştırma kapsamında hastanızın cerrahisi bittikten 24 saat sonra toplam 15-20 dk sürecek sanal görüşme yapılacaktır.
- ✓ Hastanızın cerrahiden sonraki süreçte sizinle yaptığı sanal görüşme sonrasında, cerrahiye bağlı hastanızda oluşabilecek stres yanıtı nasıl etkilediğini öğrenmek için hastanızdan sanal görüşme öncesi ve sanal görüşmeden bir saat sonra her bir değerlendirmede 5 ml olmak üzere toplam 10 ml kan alınacaktır. Alınacak kanlar mevcut intravenöz kateterinizden alınacaktır. Araştırma nedeniyle yeni bir

intravenöz girişim yapılmayacaktır. Stres hormonunuzdaki değişiklik tespit edilecektir. Ayrıca araştırma sonucunda elde edilen bilgilerin başka insanlara da faydalı olabilmesi için, bilimsel ortamlarda konuşulup tartışılacak ve bilimsel dergilerde yayınlanacaktır.

- ✓ Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı toplam 59 kişidir.

### **SORUMLULUKLARIM NELERDİR?**

- ✓ Araştırmacının size soracağı soruları yanıtlamanız gerekmekte, cerrahi sonrasında yapılacak sanal görüşmede araştırmacının size anlatacağı kurallara uymanız gerekmektedir.
- ✓ Yakınınıza uygulanacak cerrahi ortalama 3-4 saat sürecek ve bitiminde yaklaşık 24-48 saat yoğun bakım ünitesinde izlenecektir.
- ✓ Araştırmaya katılmanız durumunda cerrahiden 24 saat sonra hastanızla sanal görüşme yapmanıza izin verilecektir.

### **ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR VE RİSKLER NELERDİR?**

- ✓ Bu araştırmada hastanız için beklenen yararlar; yoğun bakımda yatış sürecinde aileyle yapılan sanal görüşme; fizyolojik ve psikolojik stresi azaltabilir, anestezi nedeniyle oluşan otonomi kaybı, yalnızlık, çaresizlik, ölüm korkusu gibi olumsuz duygular yaşanması önlenir.
- ✓ Bu çalışma için öngörülen bir risk yoktur.
- ✓ Gebe bireyler araştırmaya dahil edilmeyecektir.
- ✓ Bu çalışmaya özel herhangi bir ilaç/besin önerilmeyecektir.

### **HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?**

- ✓ Komplikasyon nedeniyle cerrahinin uzaması, cerrahinin bitme zamanının akşam saatlerine rastlaması, bilinç seviyenizin araştırmaya engel olması, araştırmaya katılmaya gönüllü olduktan sonra araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılmak istemeniz durumunda araştırma dışı kalabilirsiniz.
- ✓ Araştırma sürecinde herhangi bir sorunla karşılaştığınızda Hem. Yasemin EREN ile iletişime geçebilirsiniz. Tel: 05423424833

## **ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?**

- ✓ Araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve araştırmayı kabul etmeniz durumunda size ek bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmaya katılmak gönüllülük esası ile yapılacaktır. Siz ve yakınınız araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra vazgeçme hakkı tanınacaktır. Stres hormonunuzu belirlemek için yapılacak kan testinin ücreti size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir. Çalışmayı herhangi bir kurum desteklemeyecektir.

## **ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?**

- ✓ Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki hakkınız garanti altına alınacaktır.
- ✓ Araştırmaya dahil edilme ölçütlerini taşımadığınız durumlarda bilginiz dahilinde araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceksiniz. Bu durumda da sonraki hakkınız garanti altına alınacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

## **KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?**

- ✓ Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren dört sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için

bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılma davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

<b>GÖNÜLLÜNÜN</b>		<b>İMZASI</b>
<b>ADI&amp;SOYADI</b>		
<b>ADRESİ</b>		
<b>TEL.&amp;FAKS</b>		
<b>TARİH</b>		

<b>AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ</b>		<b>İMZASI</b>
<b>ADI&amp;SOYADI</b>	Hem. Yasemin EREN	
<b>TARİH</b>		

## EK-7 İntihal Raporu

### YÜKSEK LİSANS TEZİ

#### ORJİNALLİK RAPORU

% **9**

BENZERLİK ENDEKSİ

% **8**

İNTERNET KAYNAKLARI

% **1**

YAYINLAR

% **5**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

#### BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<b>Submitted to Hasan Kalyoncu Üniversitesi</b> Öğrenci Ödevi	% <b>4</b>
<b>2</b>	<b>acikbilim.yok.gov.tr</b> İnternet Kaynağı	% <b>3</b>
<b>3</b>	<b>hdl.handle.net</b> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>4</b>	<b>Submitted to Istanbul Aydin University</b> Öğrenci Ödevi	<% <b>1</b>
<b>5</b>	<b>docplayer.biz.tr</b> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>6</b>	<b>www.61saat.com</b> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>7</b>	<b>KORKMAZ DEMİR, Fatma, ALCAN OKGÜN, Aliye, ASLAN ETİ, Fatma and ÇAKMAKÇI, Hatice. "Koroner arter baypas greft ameliyatı sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi", Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Derneği, 2015.</b> Yayın	<% <b>1</b>

8	<a href="http://dergipark.org.tr">dergipark.org.tr</a> İnternet Kaynağı	<% 1
9	<a href="http://acikerisim.pau.edu.tr:8080">acikerisim.pau.edu.tr:8080</a> İnternet Kaynağı	<% 1
10	<a href="http://doczz.biz.tr">doczz.biz.tr</a> İnternet Kaynağı	<% 1
11	<a href="http://jag.journalagent.com">jag.journalagent.com</a> İnternet Kaynağı	<% 1
12	<a href="http://openaccess.acibadem.edu.tr:8080">openaccess.acibadem.edu.tr:8080</a> İnternet Kaynağı	<% 1
13	<a href="http://www.slideshare.net">www.slideshare.net</a> İnternet Kaynağı	<% 1
14	<a href="http://acikerisim.karatay.edu.tr:8080">acikerisim.karatay.edu.tr:8080</a> İnternet Kaynağı	<% 1
15	"POSTERS DISPLAYED ON WEDNESDAY 11 MAY 2005", Clinica Chimica Acta, 200505 Yayın	<% 1

Alıntılarını çıkart

Kapat

Eşleşmeleri çıkar

Kapat

Bibliyografyayı Çıkart

Kapat

## ÖZGEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

**Adı Soyadı** : Yasemin EREN  
**Uyruğu** : T.C.

### EĞİTİM

Derece	Adı	Bitirme Yılı
Üniversite	: Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi	2015
Yüksek Lisans	: Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2023
Doktora	:	

### İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görevi
2015-2019	Şehitkamil Devlet Hastanesi	Hemşire
2019-Halen	Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Hemşire

### ÖDÜLLER

KOYUNCU, A., EREN, Y., YAVA A. Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Sonrası Bakım Uygulamalarına Aile Üyelerinin Katılmaları Konusunda Görüşlerinin İncelenmesi. **En İyi Tanımlayıcı Çalışma Birincilik Ödülü.** 17-19 Kasım 2.Uluslararası Hemşirelik ve Araştırma Kongresi The Ankara, Ankara.

### UZMANLIK ALANI

### YABANCI DİLLER

### BELİRTMEK İSTEĞİNİZ DİĞER ÖZELLİKLER

### YAYINLAR