KALP AMELİYATI OLAN HASTALARIN ÖZ-BAKIM GÜCÜ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Zümrüt BALABAN
221502109

YÜKSEKLİSANS TEZİ

Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Gizem KUBAT BAKIR

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Eylül, 2024

KALP AMELİYATI OLAN HASTALARIN ÖZ-BAKIM GÜCÜ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Zümrüt BALABAN
221502109
Orcid: 0000-0002-3864-9732

YÜKSEKLİSANS TEZİ

Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Gizem KUBAT BAKIR

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Eylül, 2024



JÜRİ ENSTİTÜ ONAY SAYFASI

ZÜMRÜT BALABAN'ın "Kalp Ameliyatı Olan Hastaların Öz-Bakım Gücü ve Etkileyen Faktörler" başlıklı tezi 27.09.2024 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans/Doktora/Sanatta Yeterlik tezi oy birliğiyle/oy çokluğuyla, başarılı/başarısız olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı. Adı ve Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı)	Dr. Öğr. Üyesi Gizem KUBAT BAKIR Maltepe Üniversitesi	.....
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Hatice ERDOĞAN Maltepe Üniversitesi	.....
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Sevcan KARATAŞ Yeni Yüzyıl Üniversitesi	.....

Enstitü Müdürü

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında bilimsel ve araştırmacı tutumunu örnek aldığım, tez sürecimde; her konuda destek olan bilgili, sabırlı, özverili değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gizem KUBAT BAKIR' a,

T.C. Maltepe Üniversitesi Eğitim Enstitüsü cerrahi hastalıkları hemşireliği eğitimi aldığım eğitim süresince akademik ve mesleki gelişimime katkı sağlayan tüm öğretim üyelerine ve çalışanlarına,

T.C. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Kardiyoloji Enstitüsü Müdürü Prof. Dr. Sait Mesut

Doğan'a, Kalp ve Damar Cerrahisi Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Murat Mert'e,

T.C. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Kalp ve Damar Cerrahisi Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Gökhan İpek'e ve cerrahi servisi hemşire meslektaşlarıma,

Eğitimim ve tez süresince anlayışını ve desteğini esirgemeyen her durumda yanımda olan canım aileme,

Sonsuz Teşekkür Ederim.

Zümrüt BALABAN

Eylül, 2024

ÖZET

KALP AMELİYATI OLAN HASTALARIN ÖZ-BAKIM GÜCÜ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Zümrüt Balaban
Yüksek Lisans Tezi
Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Gizem Kubat Bakır
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2024

Araştırma, kalp ameliyatı olan hastaların öz-bakım gücü ve etkileyen faktörler belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte bir çalışma olarak gerçekleştirildi. Araştırma, 15 Nisan 2023-15 Temmuz 2024 tarihleri arasında İstanbul'da bir eğitim araştırma ve tıp fakültesinde 80 hasta ile yapıldı. Verilerin toplanmasında, 'Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu' ve 'Öz bakım Gücü Ölçeği' kullanıldı. Veriler, SPSS 25.0 programı ile değerlendirildi. Hastaların % 73,3' ünün (n=61) erkek, % 96,2' sinin (n=77) evli, % 43,8' inin (n=35) ilkokul mezunu, % 73,7' sinin (n=59) çalışmadığı, % 61,2' sinin (n=49) gelirinin giderine denk olduğu, % 90' ının (n=72) başka bir kronik hastalığının da olduğu, bunların da % 33,4' ünün (n=24) hipertansiyon hastası olduğu, % 48,8' inin (n=39) daha önce ameliyat olduğu, % 95' inin (n=76) düzenli ilaç kullandığı, % 52,5' inin (n=42) sigara, % 20'sinin (n=16) alkol kullandığı, % 46,3' ünün (n=37) ailede kalp hastalığının bulunduğu, bunların da % 83.8'ünün (n=31) babasının kalp hastalığı geçirdiği bulundu. Hastaların yaş ortalamalarının 65,20±11,70, boy uzunluğu ortalamalarının 173,73±11,04, vücut ağırlığı ortalamalarının 77,21±12,85 olduğu belirlendi. Hastaların öz bakım gücü toplam puan ortalamaları ve kronik hastalık varlığı, kronik hastalık çeşidi, sigara kullanım durumu ve alkol kullanım durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0.05$). Kronik hastalık çeşidindeki farkın diyabet hastalığı olanların ÖBGÖ toplam puan ortalamalarının diğerlerinden hipertansiyon ve her ikisi) daha yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi. Hastaların boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ile ÖBGÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel

açıdan negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki bulundu. Hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalamaları incelenmiştir. ÖBGÖ toplam ortalama puanın 81,60±21,47 (min=43; max=121) olduğu belirlendi. Araştırma sonucunda, kronik hastalık varlığı, kronik hastalık çeşidi, sigara ve alkol kullanım durumu, boy ve vücut ağırlığının, hastaların öz bakım gücünü etkileyen faktörler olduğu belirlendi.

Anahtar kelimeler: Kalp Ameliyatı, Hemşirelik bakımı, Öz bakım, Öz Bakım gücü,

ABSTRACT

SELF-CARE AGENCY IN PATIENTS WITH HEART SURGERY AND AFFECTING FACTORS

Zümrüt Balaban

Master Thesis

Department of Interdisciplinary Nursing

Surgical Diseases Nursing Master's Programme with Thesis

Thesis Advisor: Dr. Gizem Kubat Bakır

Maltepe University Graduate School, 2024

The research was conducted as a descriptive study to determine the self-care agency and influencing factors in patients who underwent heart surgery. The research was conducted with 80 patients at an education, research and medical faculty in Istanbul between April 15, 2023 and July 15, 2024. The 'Patient Identifier Information Form' and the 'Self-care Agency Scale' were used to collect data. The data were evaluated with the SPSS 25.0 program. Of the patients, 73.3% (n=61) were male, 96.2% (n=77) were married, 43.8% (n=35) were primary school graduates, 73.7% (n=59) were unemployed, 61.2% (n=49) had income equal to their expenses, 90% (n=72) had another chronic disease, 33.4% (n=24) of whom had hypertension, 48.8% (n=39) had previous surgery, 95% (n=76) were taking regular medication, 52.5% (n=42) were smokers, 20% (n=16) were alcohol users, 46.3% (n=37) had a family history of heart disease, and 83.8% of whom had a family history of heart disease. (n=31) It was found that the father had heart disease. The mean age of the patients was determined as 65.20±11.70, the mean height as 173.73±11.04, and the mean body weight as 77.21±12.85. It was determined that there was a statistically significant difference between the patients' self-care agency total score averages and the presence of chronic disease, type of chronic disease, smoking status, and alcohol consumption status ($p<0.05$). It was determined that the difference in the type of chronic disease was due to the fact that the total score averages of those with diabetes were higher than those with

hypertension and both. A statistically negative moderately significant relationship was found between the participants' height and body weight and their self-care agency scores. The participants' Self-Care Agency Scale total score averages were examined. It was determined that the total score average of the SAC was 81.60±21.47 (min=43; max=121). As a result of the research, it was determined that the presence of chronic disease, type of chronic disease, smoking and alcohol use, height and body weight are the factors that affect the self-care power of the patients.

Key words: Heart Surgery, Nursing Care, Self-care, Self-care agecy.

İÇİNDEKİLER LİSTESİ

JÜRİ ENSTİTÜ ONAY SAYFASI ii

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii

TEŞEKKÜR iv

ÖZET v

ABSTRACT vii

İÇİNDEKİLER LİSTESİ ix

TABLOLAR LİSTESİ xiii

KISALTMALAR xiv

1. GİRİŞ 1

1.1. Problem 1

1.2 Amaç 2

1.3 Önem 3

1.4 Varsayımlar 4

1.5 Sınırlılıklar 4

1.6 Tanımlar 4

2. GENEL BİLGİLER 5

2.1. Kalp-Damar Hastalıkları 5

2.2. Cerrahi Tedavi Gerektiren Kalp Hastalıkları 5

2.2.1. Kalp kapağı hastalıkları 6
2.2.2. Doğumsal kalp hastalıkları 6
2.2.3. Koroner arter hastalığı 7
2.2.4. Kalp travmaları 8
2.3. Kalp Hastalıklarında Cerrahi Tedavi 8
2.3.1. Kapalı kalp cerrahisi 8
2.3.2. Açık kalp cerrahisi 9
2.3.2.1. Koroner arter bypass greft cerrahisi 9
2.3.2.2. Kapak cerrahisi 10
2.3.2.3. Doğumsal kalp hastalıklarının cerrahi tedavisi 11
2.3.2.4. Kalp transplantasyonu 11
2.4. Açık Kalp Cerrahisi Sonrasında Olası Komplikasyonlar 11
2.5. Öz Bakım 12
2.6. Öz Bakım Gücü 13
2.6.1. Kalp cerrahisi olan hastaların öz bakım gücünü arttırmada hemşirenin rolü 14
3. YÖNTEM 16
3.1 Araştırma Modeli 16
3.1.2 Araştırmanın değişkenleri 16
3.1.2.1 Araştırmanın bağımsız değişkenleri 16
3.1.2.2 Araştırmanın bağımlı değişkenleri 16
3.2 Evren ve Örneklem 16

3.2.1 Araştırmaya alınma ve dışlanma kriterleri 17

3.2.1.1 Araştırmaya dahil edilme kriterleri 17

3.2.1.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri 17

3.3 Veriler ve Toplanması 17

3.3.1 Veri toplama araçları: 18

3.3.1.1 Hasta tanıtıcı bilgi formu 18

3.3.1.2 Öz bakım gücü ölçeği 18

3.3.2 Veri toplama yöntemlerinin uygulanması 18

3.4. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması 19

3.5 Araştırmanın Etik Boyutu 19

4. BULGULAR VE TARTIŞMA 20

4.1. Bulgular 20

4.2. Tartışma 25

4.2.1. Hastaların sosyo-demografik ve tıbbi öykülerine ilişkin özelliklerine göre bulguların tartışılması 26

4.2.2. Hastaların sosyo-demografik ve tıbbi öykülerine ilişkin özelliklerine göre "ÖBGÖ" toplam puanlarının bulgularına göre tartışılması 29

4.2.3. Hastaların "ÖBGÖ" toplam puan ortalamaları bulgularına göre tartışılması (N=80) 31

5. SONUÇ ve ÖNERİLER 32

KAYNAKÇA 34

EKLER 49

Ek 1 . Bilgilendirilmiş Onam Formu 49

Ek 2. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu 50

Ek 3. Öz Bakım Gücü Ölçeği 51

Ek 4. Ölçek Kullanım İzni 54

Ek 5. Etik Kurul İzni 55

Ek 6. Kurum İzni 56

ÖZ GEÇMİŞ 57

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Açık kalp cerrahisi sonrasında olası komplikasyonlar _____ 12

Tablo 2. Değişkenlere ait normal dağılım ve güvenirlik bulguları _____ 19

Tablo 3. Hastaların Sosyo-demografik ve tıbbi öykülerine ilişkin özelliklerine göre dağılımı (N=80) _____ 21

Tablo 4. Hastaların Sosyo-demografik ve tıbbi öykülerine ilişkin Özelliklerine Göre "ÖBGÖ" Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (N=80) _____ 24

Tablo 5. Hastaların Yaş, Boy ve Kilo Ortalamaları ile "ÖBGÖ" Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (N=80)_____ 25

Tablo 6. Hastaların "ÖBGÖ" Toplam Puan Ortalamaları (N=80) _____ 25

KISALTMALAR

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

WHO : World Health Organization

ÖBGÖ : Öz Bakım Gücü Ölçeği

TEKHARF : Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri

ASD : Atriyal Septal Defekt

BAT : Büyük Arter Transpozisyonu

VSD : Ventriküler Septal Defekt

KAH : Koroner Arter Hastalığı

ECC : Ekstra Corporeal Circulation

KPB : Kardiyopulmoner Bypass

OPKAB : Off-Pump Koroner Arter Bypass

MIDCAB : Minimal İnvaziv DoğRudan Koroner Arter Bypass

1. GİRİŞ

1.1. Problem

Tüm ülkelerde, kalp ve damar sisteminde yer alan hastalıklardan kaynaklı ölümler, ölüm sebepleri arasında ilk sıradadır (TÜİK, 2014; WHO, 2014; Gohari ve diğerleri, 2022). Kalp kapak, iskemik kalp hastalıkları, kalp-damar sisteminde yer alan hastalıklar arasında en sık görülen hastalıklardır. Koroner arter hastalığının dünyada görülme sıklığı yaklaşık %1,72' dir. Amerika Birleşik Devletleri'nde kalp kapak hastalığı görülme oranının % 2,5 olduğu ve hastalık şiddetinin orta ve ciddi derecede olduğu bildirilmektedir (Iung ve Vahanian, 2014). TÜİK, 2019 yılındaki raporunda, ülkemizde kalp ve damar sistemi hastalıklarından ölenlerin oranının %36,8 olduğu bildirilmiştir. Aynı raporda kalp ve damar sistemi hastalıkların bağlı ölümlerin sırasıyla koroner kalp hastalıkları (% 39), serebrovasküler hastalıklar (% 22) ve diğer kalp hastalıklarının (% 25) sorumlu olduğu ifade edilmiştir (TÜİK, 2020). Kalp, damar sistemi hastalıklarından kaynaklı ölümler ilerleyen yıllarda iki kat fazla artacağı ön görülmektedir (Andersson ve Vasan, 2018). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2030 yılına gelindiğinde yaklaşık 23,3 milyon insanda koroner arter hastalığı görülebileceğini bildirmiştir (WHO, 2023).

Kalp ve damar hastalıklarında görülme sıklığının artması, kalp cerrahisine duyulan ihtiyacın da giderek artmasına neden olmaktadır (Ettema ve ark., 2014). Kalp cerrahisi kapalı veya açık kalp cerrahisi gibi tekniklerle yapılabilmektedir. KABG ve kapak ameliyatlarının, kalp cerrahileri içinde en sık kullanılan ameliyatlar olduğu bildirilmektedir (Stephens ve ark., 2015).

Kalp cerrahisi sonrasında hastaya uygulanacak hemşirelik bakımı, hastanın ameliyat sonrası semptomlarının giderilmesi ve olası komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir. Hemşirelik bakımında amaç; hastanın yaşadığı semptomları önlemek, yaşamının sürdürmesi, sağlığının devam ettirilmesi, cerrahi işlem nedeniyle oluşan travma ve olumsuz etkilerle başa çıkmasını sağlamak ve en kısa zamanda iyilik haline dönmesini ve taburcu olabilmesini sağlamaktır (Karadağlı ve Ecevit Alper, 2017). Sağlık durumunu normale döndürmede, hastaya ihtiyacı olan öz bakımı sağlamak önemlidir.

Orem' in tanımında öz bakım ifadesi, "kişinin yaşantısını, sağlık ve iyiliğini korumak ve devam ettirmede alması gereken sorumluluğu istekli olarak yapmasıdır (Hacıhasanoğlu Aşılar, 2015; Özer ve Sezgin, 2015). Diğer bir ifade ile öz bakım, "sağlıklı bir hayat sürdürebilmek için kişinin bilgi, davranış, tutum, disiplin, bağlılık, kararlılık, öz yeterlilik içinde olduğu bir süreçtir (Balduino ve ark., 2013). Kişinin yaşamının belirli dönemlerinde karşı karşıya kaldığı durumlara karşı gösterdiği duygusal, sosyal ve fiziksel fonksiyonlar, öz bakım kapsamındadır (WHO, 2014; Hacıhasanoğlu Aşılar, 2015). Öz bakım; kişilerin hastalık ya da cerrahi sonrası yaşadığı semptomların üstesinden gelebilmesi amacıyla aldığı kararları, başkasına ihtiyaç duymadan, bağımsız olarak gerçekleştirebilmesidir. Kişilerin iyi bir hayatın sürekliliğini sağlama ve mevcut yaşam şeklini devam ettirmede öz bakımlarını gerçekleştirebilecek düzeyde olmaları gerekmektedir (Kökcü ve Tiryaki, 2020). Öz bakımın gerçekleştirilebilmesinde kişinin sahip olduğu öz bakım gücü önemlidir. Öz bakım gücü; kişinin sağlığın korunmasında, sürdürülmesinnde ve geliştirilmesinde kendi bakımını gerçekleştirme becerisini gösteren güç ve davranışların bütünü olarak tanımlanmaktadır (Altıparmak ve ark., 2011; Özer ve Sezgin, 2015). Öz bakım gücü kişiden kişiye değişmektedir ve çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Öz bakım gücünün etkilendiği faktörler; kişinin yaşı, cinsiyeti, hastalığın tanısı, sosyal, duygusal ve bilişsel gelişimi, sosyal ve kültürel durum, çevresel faktörler, sağlık durumu, aile yapısı, aldığı sağlık bakım hizmeti gibi faktörlerdir (Nahcıvan, 2004). Bu bağlamda kişinin, gereksinimlerini bağımsız olarak karşılayabilmeleri için kendi bakım gücünü etkileyen etmenlerin bilinmesi gerekmektedir.

1.2 Amaç

Araştırma, kalp ameliyatı geçiren hastalarda, öz bakım gücü ile öz bakım gücünü etkileyen faktörleri incelemek amacı ile tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

Araştırma soruları;

- Kalp ameliyatı geçiren hastaların ÖBGÖ puanları nedir?
- Kalp ameliyatı olan hastaların, sosyodemografik, tıbbı öykülerine ilişkin özellikleri ile öz-bakım gücü ölçeği puan ortalamalarını arasında fark var mıdır?

1.3 Önem

Öz bakım, tüm bireylerin karşılaması gereken temel gereksinimler arasındadır. Öz bakım, kişilerin, sağlıklarını ve iyilik durumlarını sürdürmelerinde kendi üzerlerine düşen sorumlulukları yerine getirmeleridir (Velioğlu, 2012). Bireylerin kendi öz bakımlarını sağlayabilmelerinde, kişisel becerileri ve öz bakım güçleri önem kazanmaktadır. Buna karşın, öz bakım gücü kişiden kişiye değişmektedir. Öz bakım gücünün etkili bir şekilde karşılanabilmesinde kişilerin, algısal, bilişsel, kişiler arası iletişim ve psikomotor yeteneklerinin optimal seviyede olması gerekir. Aynı zamanda öz bakım gücü kişinin sağlığının ne durumda olduğuna göre de değişiklik gösterir (Nahcıvan, 2004; McEwen ve Wills, 2005). Bu faktörler arasında; kişinin yaşı, cinsiyeti, gelişim durumu, sosyal ve kültürel durumu, sağlık durumu, tanısı, yaşam şekli, aile yapısı ve çevresel faktörler bulunmaktadır (Nahcıvan, 2004). Öz bakım gücünün, planlı eğitim, eğitim, cinsiyet, medeni, gelir durumu, aileyle yaşama gibi birçok faktörden etkilendiğine yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Daryasari ve arkadaşlarının 72 kişi ile yaptıkları çalışmada (2012), cinsiyetin, yaş ve eğitimin öz bakımı etkilediği bildirilmiştir. Güner ve Kaymakçı' nın 150 kişiyle gerçekleştirdikleri çalışmada (2014), öz bakımın, eğitim, gelir durumu faktörlerinden etkilendiği saptanmıştır. Bayrak ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2019), yaş, sigara kullanma, obezite ve kronik hastalığın olma durumunun öz bakımı olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. Eraydın ve Sunal' ın 2018 yılında 185 hasta ile yaptıkları çalışmasında, hastaların özbakım gücü değerlendirilmiştir. Çalışmada, öz bakım gücünün, cinsiyetten ve eğitim düzeyinden etkilendiği saptanmıştır. Buna karşın öz bakım gücünün, eğitim-çalışma, yaş ve cinsiyet gibi faktörlerden etkilenmediğine yönelik çalışmalar da bulunmaktadır. Dabbs ve arkadaşlarının 2013 yılında 111 hasta ile yaptıkları çalışmasında, öz bakım gücünün, ırk, yaş, cinsiyet ve eğitim durumundan etkilenmediği bildirilmiştir. Altıparmak ve arkadaşlarının 2011 yılında 84 hasta ile yaptıkları çalışmasında, yaş, cinsiyet, sosyal güvencesinin olup olmaması öz bakım gücünü etkilemediği bildirilmiştir. Daryasari ve arkadaşlarının 2021 yılında 72 hasta ile yaptıkları çalışmasında, cinsiyetin öz bakımı etkilemediği belirlenmiştir. Bu bağlamda, öz bakım gücünün tam olarak nelerden etkilendiğine yönelik kesin bir netlik bulunmamaktadır.

Kalp cerrahisi sonrasında hastalarda görülebilecek olası cerrahi girişim komplikasyonları ve semptomlar nedeniyle uzun süre bakıma ihtiyaç duyarlar. Bu süreç, hastaları bağımlı hale getirmektedir (Nahcıvan, 2004). Hastaların kendi bakımlarının sorumluluğunu alabilmeleri, yaşamlarını bağımsız olarak sürdürmeleri açısından büyük önem taşımaktadır. Hemşireler, bakım verdikleri kişilerin ihtiyacı olan bakım gereksinimlerine, öz bakım gücü yeteneklerine, bu gücü etkileyen faktörlere odaklanmalıdır (Velioğlu, 2012). L öz bakım ile ilgili çalışmalar bulunmasına karşın, kalp cerrahisini geçiren hastaların öz bakım gücünün incelendiği sınırlı sayıda çalışmaya rastlanılmıştır. Bu bağlamda araştırma, kalp ameliyatı geçiren hastaların, öz bakım gücü ve etkileyen faktörleri belirlemek için gerçekleştirildi.

1.4 Varsayımlar

Araştırmada uygulanan "Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu", "ÖBGÖ' sorularına, hastalar tarafından dürüstçe yanıt verildiği varsayıldı.

1.5 Sınırlılıklar

Araştırma, 15 Nisan 2023-15 Temmuz 2024 tarihleri arasında İstanbul'daki bir tıp fakültesi, kardiyoloji enstitüsü ve eğitim-araştırma hastanesi kalp-damar cerrahisi kliniklerinde kalp cerrahisi olan, araştırmaya katılmayı yazılı olarak onaylayan hastalar ile sınırlıdır.

1.6 Tanımlar

Öz Bakım Gücü: Kişinin sağlığın korunmasında, sürdürülmesinde ve geliştirilmesinde öz bakım becerisini gösteren güç ve davranış öğelerinin bileşimi

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalp-Damar Hastalıkları

Bütün toplumlarda, kalp ve damar hastalıkları, sıklıkla görülen, hastalık ve ölüm ile sonuçlanan sağlık sorunlarının başında gelmektedir (Lorenzen vd., 2019). Kalp ve damar hastalıkları genellikle, yaşı ileri olan kişilerde görülerek, ve bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Kalp ve damar hastalıkları; kalbi ve kan damarlarının bozukluğu sonucu oluşan hastalıklar olarak tanımlanmaktadır. Kalp ve damar hastalıkları arasında; kardiyomiyopatiler, periferik arter hastalığı, konjenital, serebrovasküler romatizmal, koroner ve kapak hastalıkları bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2015; Sağlık Bakanlığı, 2021; DSÖ, 2024).

Kalp ve damar hastalıkları, alınan çok sayıda koruyucu önlemlere, gelişen ve değişen tanıya, tedaviye ve cerrahi uygulamalara karşın, birçok ülkede en sık karşılaşılan hastalıklar arasındadır (Bilir, 2008). TEKHARF kuruluşunun çalışmasında, yılda yaklaşık 230 bin kişinin koroner arter hastalık tanısı aldığı ve bu hastalıktan dolayı ölümlerin (160 bin erkek, 120 bin kadın) gerçekleştiği bildirilmektedir. Aynı zamanda yaptıkları çalışmada,Türkiye'de koroner arter hastalığı prevalansı kadınlarda % 12 ve erkeklerde % 14 olarak saptanmıştır (Onat, Can ve Yüksel, 2017).Türkiye İstatistik Kurumu' nun (TÜİK) 2017 raporu, Türkiye' de, ölüm sebebinin başında dolaşım sistemi hastalıklarının olduğu bildirilmektedir. Aynı raporda, ölümlerin çoğunluğunun koroner arter kalp hastalıklarından olduğu, bunu serebrovasküler hastalıkların takip ettiği bildirilmektedir (TÜİK, 2017).

2.2. Cerrahi Tedavi Gerektiren Kalp Hastalıkları

Koroner arter, kapak hastalıkları, kalp travmaları ile doğumsal kalp hastalıkları sıklıkla cerrahi tedavinin yapılmasına ihtiyaç duyulan hastalıklardandır (Badır ve Korkmaz, 2014; Moore ve Martinez, 2015).

2.2.1. Kalp kapağı hastalıkları

Kalp kapakları, atrium ve ventrikül arasında yer alan triküspit ve mitral kapaklar,. Ayrıca pulmoner arterde, aortta da kapaklar yer almaktadır. Atrium ve ventrikül arasında bulunan kapaklar, atriyumun sistolü sırasında açılır ve kanın ventriküle geçmesini sağlarlar. Ventrikülün sistolü sırasında da kapaklar kapanır ve kanın atriuma geri kaçmasını engellerler. Pulmoner arter ve aortta yer alan kapaklar, ventrikülün sistolü sırasında açılır ve kanın sağ ventrikülünden akciğerler ile sol ventrikülünden tüm vücuda pompalanmasını sağlarlar. Bu kapaklarda oluşan regürjitasyon (yetmezlik) ve stenoz (darlığa) nedeniyle kalp kapağı hastalıkları oluşur. Stenoz sonucunda kan akışı sağlıklı şekilde gerçekleşemezken, regürjitasyonda kalp kapağının tam olarak kapanamaması nedeniyle kanın akışının geriye doğru olması durumu ile sonuçlanır (Demirbağ ve ark., 2013; Miller ve Flynn, 2015; Özdemir ve Çelik, 2018).

Kalp kapağı hastalıklarının gelişmesinde konjenital malformasyonlar, enfeksiyon, travma, genetik, travma ve kimyasal birçok neden etkili olarak, kalp kapaklarının yapı ve fonksiyonlarının bozulmasına yol açabilmektedir. Bunun sonucunda hastalarda nefes darlığı, aritmi, kalp yetmezliği, arteriyoskleroz nedeniyle kapak fonksiyon kaybı, skleroz, kalsifikasyon ve deformite artışı görülmektedir. Cerrahi tedavi gerektiren kalp kapağı hastalıkları çoğunlukla aort ve mitral kapaklarında, daha az sıklıkla da triküspit/pulmoner kapaklarda görülmektedir (Badır ve Korkmaz, 2014).

2.2.2. Doğumsal kalp hastalıkları

Doğumsal kalp hastalıkları, bireyin doğumda var olan, doğum öncesinde, doğumda ya da yaşamın daha ileri yıllarında saptanabilen, kalbin/yapılarının yapısal veya fonksiyonel bozuklukları olarak tanımlanmaktadır. Polat ve Enç, 2015; Özlü ve ark., 2020; Koç, Çalışkan, ve Cömert, 2024). Dünya da görülme sıklığı binde 8 olduğu bildirilmektedir (Moore ve Aboulhosn, 2017).

Doğumsal kalp hastalıklarının en çok görülenleri, ASD, BAT, VSD) ve PDA' dır (Zan ve ark., 2015; Özlü ve ark., 2020;).

İnterventriküler septumda bir ya da daha fazla açıklığın varlığı ventriküler septal defekt olarak tanımlanmaktadır (Keleş 2014; Kozan ve ark.; 2014). Ventriküler septal defektte,

aorttan vücuda pompalanan oksijenden zengin kanın bir kısmı sağ ventriküle geçer. Bunun sonucunda sağ ventrikül, kanı pompalamak için daha fazla çalışır. Klinik belirtiler, şantın soldan sağa derecesine, pulmoner basıncın yüksekliğine, kronik olup olmamasına, bağlı olarak değişmektedir. Defektin tedavi edilmemesi durumunda kalp yetmezliği gelişebilmektedir (Deniz Korkmaz, 2014; Polat ve Enç, 2015).

Atriyal septal defekt, sağ- sol atrium arasındaki foramen ovale haricinde bulunan açıklar Atrial septal defekt olarak adlandırılmaktadır Özlü ve ark., 2020; Hastaların çoğunda belirtiler asemptomatiktir. Klinik bulgular dispne, yorgunluk veaktivite intoleransı görülebilmektedir. Polat ve Enç, 2015). Griffin 2014

PDA, aort-pulmoner arterler arasında yer alan ve doğumdan sonra kapanması beklenen açıklığın, kapanmamasıdır. Açıklığın fazla olması durumlarına kişide, çabuk yorulma takipne gibi sorunlar görülebilmektedir (Polat ve Enç, 2015; Köksal, Aygün ve Uras, 2018). Patent duktus arteriyozusun tanısı genellikle çocukluk çağında konulmasına karşın, erişkin döneme kadar tanı almayan hastalar da vardır (Polat ve Enç, 2015).).

Büyük arter transpozisyonlarında, aort ve pumoner arterin pulmoner arterin yer değiştirmesidir. Bu anomalide, aort sağ ventriküle yerleşmiştir. Bu nedenle oksijen oranı az olan kanı vücuda pompalar ve oksijen oranı yüksek olan kan akciğere gönderilir. ((Polat ve Enç, 2015; .Şimşek ve Baysal, 2019).

2.2.3. Koroner arter hastalığı

KAH, Miyokardiyumun beslenmesini gerçekleştiren damarların çoğunluka ateromatöz bir plak sonucu daralması ya da tıkanması nedeniyle ortaya çıkan hastalıktır. (Sevinç, 2017; THI, 2018). Aynı zamanda hastalık, kalp, kalp kapağı ve miyokard ile ilgili yaşanan patolojik bir durumdan kaynaklı da görülebişmektedir (Kozan ve ark. 2011). Koroner arter hastalığı, yavaş ve sinsice ilerler. Ancak bu ilerleme sürecinde de kronik ve ciddi bir tabloya sahip olabilmektedir (Sevinç, 2017; Güner ve Nural, 2020; Knuuti ve ark., 2020).

KAH' ın ortaya çıkmasında metabolik ve davranışsal risk faktörleri önemli rol oynamaktadır. Metabolik risk faktörlerini hipertansiyon, diyabet, kolesterol ve obezite; hareketsiz yaşam, davranışsal risk faktörlerini sigara-alkol kullanımı, sağlıklı

beslenmeme ve oluşturmaktadır. Ayrıca düşük eğitim düzeyi, yoksulluk, yetersiz eğitim, ileri yaş, cinsiyet, genetik ve stres, artmış homosistein düzeyi, depresyon gibi psikolojik faktörler de diğer risk faktörleri arasında yer almaktadır (Fowkes ve ark, 2013; Varbo ve ark, 2013, Knuuti ve ark., 2020). Risk faktörleri arteriyoskleroz gelişimini hızlandırmaktadır. Ateroskleroz, arterlerdeki yağ birikimi ve arterin intima tabakasındaki kalınlaşmayı ifade etmektedir. Ateroskleroz ile arter duvarlarındaki lümende kolesterolden zengin plak birimi oluşurark kan akışı zorlaşır. Kan damarları elastikiyetini kaybeder ve zamanla plak yırtılması sonucun trombüs meydana gelebilir (Zengin H 2012; Lorenzen vd., 2019; Knuuti ve ark., 2020).

2.2.4. Kalp travmaları

Kalp travmaları; penetran, künt, ve iyatrojenik travma olarak neticelenmektedir. Künt travma, toraks travmaları ve trafik kazaları sonrasında oluşmaktadır. Künt travmalarda cilt bütünlüğünün bozulmadığı görülmektedir. Penetran travma, kesici ve delici alet yaralanmaları ve ateşli silah ile yaralanmaları sonucu oluşmaktadır. Kostaların ve sternumun kırılması sonucu da görülebilmektedir. İyatroenik travma ise tanı ve tedavi nedeniyle yapılan uygulamalarda görülür Kamalı ve ark., 2011; Görmüş, Dereli ve Tanyeli, 2013).

Kalp travması nedeniyle kalbin yüksek basıncı sonucu oluşur ve bu durum intraventriküler basınçta artışa yol açar. Bunun sonucunda kalp yapısında bozukluklar ve kardiyak sorunlar oluşabilmektedir. Kalp travmalarında, hastaya acil cerrahi tedavi uygulanması gerekir (Kamalı ve ark., 2011; Karabacak, 2019).

2.3. Kalp Hastalıklarında Cerrahi Tedavi

Kalp hastalıklarının tedavisinde cerrahi tedavi, kapalı ya da açık kalp cerrahisi şeklinde yapılabilmektedir (Erdil ve Elbaş, 2012; Shahidi ve ark., 2019).

2.3.1. Kapalı kalp cerrahisi

Hastanın göğüs kafesi (toraks) açılmadan uygulanan kısa süreli cerrahi işlemler, kapalı kalp cerrahisi kapsamındadır. Kapalı kalp cerrahisinde hasta kalp-akciğer makinasına bağlanmaz ve hastanın kalbi durdurulmaz. Kapalı kalp cerrahisinde amaç; hastanda

cerrahi travmanın ve kan kaybının azaltılması, daha erken dönemde iyileşme ve erken taburculuktur (Erdil ve Elbaş, 2012; Lamy ve ark., 2012).

2.3.2. Açık kalp cerrahisi

Günümüzde kalp hastalıklarının tedavisinde açık kalp cerrahisi sıklıkla kullanılan bir yöntemdir (Badır ve Korkmaz, 2014; Sarkar ve Prabhu, 2017). Açık kalp cerrahisinde göğüs kafesi açılarak kalp kası, kapakçıklar, arterler ve aort gibi kısımlara da girişim yapılabilmektedir (Senst, Goyal ve Diaz, 2020). Açık kalp cerrahisinde kullanılan "açık" ifadesi, toraksın açılması anlamına gelmektedir (National Library of Medicine, 2014).

Kalbe yapılan cerrahi girişim sırasında vücudun oksijen gereksinimini karşılamak ve kansız bir ortam sağlamak amacıyla hastalar kalp-akciğer cihazına (Ekstra Corporeal Circulation: ECC) bağlanır (Badır ve Korkmaz, 2014; Moore ve Martinez, 2015; Sarkar ve Prabhu, 2017). Açık kalp cerrahi girişiminde kalp-alciğer işlevini belirli bir süre durdurmak ve bu organlardaki kanının akışını durdurmak gerekir. Kalbe yapılan cerrahi işlem sırasında hareketsiz ve kansız bir ortamın sağlanabilmesi, bu cerrahinin en önemli avantajıdır (Pierson, 2013).

Açık kalp cerrahisinde, kapak ameliyatları, doğumsal kalp ameliyatları, kalp transplantasyonu ve koroner arter bypass greft ameliyatları yapılmaktadır (National Library of Medicine 2014).

2.3.2.1. Koroner arter bypass greft cerrahisi

Yaygın olarak kullanılan, güvenilir, etkili cerrahi yöntemlerden biri KABG' dir (Lafçı ve ark. 2014). KABG, yetişkinlerde en sık yapılan kalp cerrahisidir. Bu cerrahide amaç; tıbbi tedaviye cevap veremeyen koroner kalp hastalıklarında, etkin tedaviyi sağlamak, hastalık belirtilerini azaltmak ve kan akışını eski haline döndürmek, ölüm oranlarını azaltmak, iskemi ve myokard enfarktüs geçirme ihtimalini azaltmaktır (Thuesen ve ark., 2018; Lorenzen ve ark., 2019; Modolo ve ark., 2019). En az üç koroner arterinde, sol ana koroneri tıkanmış olan hastalara uygulanmaktadır (Hillis vd., 2011; Tamdoğan, 2015; Kandemir, 2017).

Koroner arter bypass greft cerrahisinde, daralan ya da tıkanan damarların revaskülarizasyonu (yeniden damarlanması ile kan akışı yeniden sağlanır. Bu şekilde kan akışının sağlanamadığı miyokard oksijenlenmiş olur (Dursun ve Şanlı, 2013; Mavili ve ark., 2016). Bu cerrahi işlemde tıkanan ve darlığı olan koroner arter damarının üzerine, vücudun diğer kısımlarından alınmış protez, arter, ven grefti yerleştirilir. Bu sayede tıkanıklık giderilmeye çalışılır (Williams ve Bradford, 2015; Kandemir, 2017; Küçükakça Çelik, 2021).

KABG girşisimi, on-pump (Kardiyopulmoner bypass (KPB)), off-pump (Off-Pump Koroner Arter Bypass (OPKAB)) koroner arter bypass ve Minimal invaziv doğrudan koroner arter bypass (MIDCAB) teknikleri kullanılarak yapılmaktadır 8Melly ve ark., 2018). Bu tekniklerden en sık kullanılanı pompalı kardiopulmoner bypass tekniğidir. Pompalı kardiyopulmoner bypassta, kansız ortam oluşturma için, kalp ve akciğerlerin gaz alışverişinin geçici süreyle kalp-akciğer makinesine bağlanmasıdır. Bu şekilde doku ve organlarda perfüzyon devam ederken, kalpte yapılan cerrahi işlemin daha kolay yapılması sağlanır. Atan kalpte bypass grefti yapılması olarak adlandırılır. Pompalı kardiyopulmoner bypassa göre daha güvenilirdir (Chivasso ve ark., 2016; Benedetto ve ark. 2019).

Minimal invaziv doğrudan koroner arter bypassta (MIDCAB) ise geleneksel bypass cerrahisinden farklı olarak göğüs duvarı açılarak kadiyoulmoner bypass tekniği kullanılmamaktadır. Bu teknikte, komplikasyon gelişme riskinin ve hospitalizasyon süresinin daha az olduğu belirlenmiştir (Williams ve Bradford 2015). MIDCAB tekniğinde; göğüs duvarından 5-7 cm boyutlarında kesiler oluşturularak cerrahi işlem yapılır (Badır ve Demir Korkmaz 2020; Senst, Kumar ve Diaz, 2023).

2.3.2.2. Kapak cerrahisi

Kapak cerrahisi, kalp kapağı yetersizliklerinde ve darlıklarında (stenozlarda) uygulanan cerrahidir. Kalp kapağının onarılması (valvüloplasti) ya da değiştirilmesi (replasman) işlemi yapılmaktadır (Korkmaz, 2011; Demirci ,2013; Paç ve ark., 2013; Özdemir ve Çelik, 2018). Kalp kapağı hastalıklarında cerrahi işlemde çoğunlukla annüloplasti, valvüloplasti, komissürotomi ve kordaplasti teknikleri kullanılmaktadır. Bu teknikler ile tedavi edilemeyen durumlarda kapak replasmanına başvurulmaktadır (Korkmaz, 2011;

Demirci ,2013; Polat ve Enç, 2015). Ayrıca aorta ciddi stenoz durumlarında ve replasman tedavisi yapılamayan hastalarda transkateter aort kapak implantasyonu kullanılmaktadır (Hayashida ve ark. 2013; Özdemir ve Çelik, 2018).

2.3.2.3. Doğumsal kalp hastalıklarının cerrahi tedavisi

Konjenital türüne göre onarım ya da ligasyon yapılmaktadır. Septal defektlerin cerrahi işleminde kalp kapağı replasmanlarındaki gibi greft kullanılmaktadır. Greftler perikarttan, sentetik maddeden elde edilir. Ameliat açık cerrahi girişimi ile yapılır ve defekti olan bölgeye greft dikilir ve onarılır. (Deniz Korkmaz, 2014).

2.3.2.4. Kalp transplantasyonu

Medikal tedavisi başarısız ve kalp yetmezliği durumu olan hastalarda yapılır.(Özbaran M, Yağdı T, 2011, Şenduran Yıldırım 2015). Kalp transplantasyonu tıbben hiç bir şekilde tedavi olanağı kalmadığında yapılması zorunlu olan bir uygulamadır. Kalp transplantasyonun temel amacı; hastayı en kısa zamanda duygusal, fiziksel, sosyal ve mental fonksiyonlarına geri döndürmektir. Bu cerrahi; konjenital, koroner arter hastalıkları, ciddi kardiyomiyopatiler, kalp ve kalp kapağı hastalıkları sonucunda oluşan kalp yetmezliklerinde tercih edilmektedir (Özşaker, 2014).

2.4. Açık Kalp Cerrahisi Sonrasında Olası Komplikasyonlar

Açık kalp cerrahisi sonrasında olası komplikasyonlar aşağıdaa verilmiştir (Tablo 1) (Jones, 2010; Eti Aslan ve Karadakovan, 2014).

Tablo 1. Açık kalp cerrahisi sonrasında olası komplikasyonlar

Kardiyovasküler Sisteme ait Komplikasyonlar	Kalp tamponadı Kardiyak outputun azalması Bradikardi Disritmi Hipertansiyon Aritmi Miyokart infarktüsü
Solunum Sisteme ait Komplikasyonları	Pulmoner ödem Atelaktazi Akut respiratuar distres sendromu Pnömotoraks Frenik Sinir Hasarı Pnömoni Uzamış Mekanik Ventilasyon Plevral effüzyon
Gastrointestinal Sisteme ait Komplikasyonlar	İleus Kanama Barsak iskemisi Karaciğer yetmezliği
Renal Sisteme ait Komplikasyonlar	Renal arterde vazokonstrüyon, Böbrek yetmezliği
Nörolojik Sisteme ait Komplikasyonlar	Nöbet Serebrovasküler atak (inme) Deliryum
Hematolojik Sisteme ait Komplikasyonlar	Trombositopeni Hemoraji
Diğer Komplikasyonlar	Enfeksiyon Elektrolit dengesizlikleri Ağrı

2.5. Öz Bakım

Öz bakım, kişinin kendi bakımları için yaşamını sürdürmek, kişisel sağlığını ve var olan iyilik halini korumak amacıyla üzerine düşen sorumlulukladır. Başka bir ifade ise öz-bakım; kişinin hayatını, mevcut sağlığı ve iyilik halini sürdürmek ve korumak için gösterdiği davranışlar bütünüdür (Yavaş Çelik 2019; Kes ve Gökdoğan, 2020).). DSÖ "öz bakımı, aile ve toplum sağlığını geliştirmeye yönelik olarak sağlığın korunması, sağlık hizmetlerinin desteklenmesi ve hastalıkların önlenmesini içeren bir yaklaşım" olarak ifade edilir (DSÖ, 2009). Öz bakım, kişinin yaşamının belirli dönemlerinde karşı karşıya kaldığı durumlara karşı gösterdiği duygusal, sosyal ve fiziksel fonksiyonları içerir (WHO, 2014; (Hacıhasanoğlu Aşılar, 2015). Öz bakım, kişinin iletişimi, sahip olduğu değer yargıları ve içinde bulunduğu kültürden etkilenmektedir. Bu nedenle kişinin öz bakımını sağlaması için bireysel çaba göstermesi gerekmektedir. Öz bakım, kişinin eylemi gerçekleştirme yeteneği ile kendi ihtiyaçlarını karşılayabilme arasındaki

dengeyi sağlama gerekliliğidir. (Alemdar ve Çınar Pakyüz, 2015; Yavaş Çelik 2019; Türker ve ark., 2022).Modern hemşireliğin önemli bileşenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Öz bakım kavramını ilk kez Elizabeth Dorethea Orem ifade etmiştir. Öz bakım kavramını geliştiren Dorethea E. Orem öz bakımı; "kişinin yaşamı, sağlığı ve refahını korumak için kendi kendine gerçekleştirdiği aktivitelerdir" tanımı ile ifade etmiştir. Öz bakım, kişinin sağlığına yönelik olarak temel yaşam becerileri kazanması, gerçekleştirmesi ve tüm sorumlulukları yerine getirebilme kapasitesidir (Orem, 1989; Avdal ve Kızılcı, 2010).

Öz bakım gereksinimlerini Orem tarafından, üç şekilde (evrensel, gelişimsel, sağlıktan sapma) ifade edilmiştir. Evrensel öz bakım gereksinimleri; kişinin yaşamını sürdürebilmesinde elzem miktarda hava-su-besin, besin, atıkların uzaklaştırılması, dinlenme toplumsal etkileşim ve aktivite, tehlikelerden kaçma gibi gereksinimleri içermektedir (Velioğlu, 2012). Gelişimsel öz bakım gereksinimleri; kişinin yaşamı süresince karşılaştığı yaşam koşullarının düzenlenmesine yönelik gereksinimlerdir (Velioğlu, 2012). Sağlığın normalden sapması durumlarında öz bakım gereksinimleri de; hastalık, rahatsızlık ya da yaralanma gibi durumlarda oluşan öz bakım gereksinimlerini içerir (Velioğlu, 2012).

2.6. Öz Bakım Gücü

öz bakım gücü; kişinin sağlığın korunmasına, sürdürülmesine, artırılmasına kişinin öz bakım becerisini gösteren güç ve davranış öğelerinin bileşimini ifade etmektedir (Altıparmak ve ark., 2011). Başka bir ifade de; iyilik ve sağlığın devam ettirilmesi, geliştirilmesine yönelik olarak öz bakım davranışlarını düzenleyebilme, öz bakıma ilişkin özel konular ile ilgilenebilme, kavrayabilme ve anlayabilme, düzenlenen eylemleri gözlemleyebilme, bilgiyi kullanabilme, karar verebilme yönelik insan yetenekleridir. Kişinin öz bakım gücünü etkin bir şekilde kullanabilmesi için karar alabilmesi, kontrol edebilmesi, uygulayabilmesi, sürekliliği sağlayabilmesi gibi kişisel becerilere sahip olması gerekmektedir. Sağlıklı bir kişinin, temel gereksinimleri ve günlük sosyal aktiviteleri sağlayabilmesi amacıyla yeterli düzeyde kendi bakımını gerçekleştirme gücüne sahip olması (Orem, 1995). Öz bakım gücünü etkileye bir çok etmen vardır. Cinsiyet, eğitim düzeyi sosyokültürel yapı, alışkanlıklar, ailesel nedenler, yaş, çevresel faktörler ve gelişimsel nedenler, genel sağlık, bu etmenlerden bazılarıdır.

Bu nedenle kişiler yaşamlarının bazı dönemlerinde öz bakımlarını yerine getirmeyebilmektedirler (Üstündağ, 2008; Rababah ve Al-Hammouri, 2022).

Kişinin öz bakım gücünü gerçekleştirebilmesinde aşağıda belirtilen özelliklerinin olması gerekir (Yavaş Çelik 2019; Rababah ve Al-Hammouri, 2022):

- Kendisine dikkat etmesi,
- Öz bakımını önemsemesi,
- Öz bakımını gerçekleştirmeye motive olması,
- Bilgi edinmesi, gerekli konularda uzmandan danışmanlık alması ve uygulaması,
- Öz bakımı gerçekleştirmeye yönelik karar alabilmesi ve uygulayabilmesi,
- Fiziksel gücünü gerekli şekilde kullanmayı kontrol edebilmesi,
- Güdülenmesi,
- Beden duruşunu kontrol edebilmesi,
- Gerekli olan öz bakım ihtiyaçlarını sağlamada önceliklerinin tespit edebilmesi,
- Öz bakım davranışlarının sürekliliğini sağlaması,
- Öz bakımı uygulamada algılama ve iletişim gibi becerilerin olması.

2.6.1. Kalp cerrahisi olan hastaların öz bakım gücünü arttırmada hemşirenin rolü

Hemşireler; kişilerin sağlığını ve iyilik durumlarını koruyan ve kişilerin opmtimal sağlığa ve yaşam kalitesine erişmesini amaç edinen, sağlık hizmeti sunucuları arasındadır (Velioğlu, 2012; Himmelfarb ve ark., 2016). Hemşireliğin temeli; kişinin sağlık odaklı yaşam becerisini kazanması ve sürdürmesi; hastalık ve sakatlıklardan kurtulması ve kişisel bakımlarını üstlenebilmelerini sağlamak üzerine odaklanır. Hemşireler; kişilerin öz bakım davranışlarını kazanma, sürdürme, yönetme konusunda yol göstermelidir (Velioğlu, 2012; Himmelfarb ve ark., 2016). Öz bakımını yerine getiremeyen hastalar belirli düzeylerde desteğe ihtiyaç duyabilmektedir. Hastaların öz bakım davranışlarını kazanabilmesi ve buna yönelik öz bakım gücünü geliştirmesi ve uyum sağlaması, yaşam kalitesini artırmaktadır. (Bahar, 2011). Öz bakımın gerçekleştirilememesi, kişinin sağlığın sürdürülmesi ve gelişimini olumsuz etkilemektedir (Bahar, 2011; Yavaş Çelik 2019;). Öz bakım, hastanın durumuyla başa

etme ve uyum göstermesi ve sağlığın geliştirilmesinde önemlidir. Öz bakım, sağlık sorunlarından dolayı oluşan kaygı durumunu azaltmak, sağlığı iyileştirmeye yönelik kişinin kendisinin yaptığı eylemlerdir (Kaya ve Dal Yılmaz, 2022).

Hemşireler, hastaların kendi durumlarına özgü sağlık durumlarına göre bakımlarını üstlenmesi, danışmanlık alması, kendi bakımları konusunda yeterliliğe sahip olması noktasında hastaları cesaretlendirmelidir. Hastalarda öz bakım gücünün yeterli düzeyde oluşabilmesi için hastaların belirli özelliklere sahip olması gerekir. Ayrıca hastaların kişisel özellikleri, becerileri ve hastalık durumunun öz bakım gücü etkilemektedir. Bu nedenle hastalardaki bireysel farklılıkları dikkate alarak öz bakım gücünü arttırmaya yönelik uygulamaların yapılması önemlidir (Kaya ve Dal Yılmaz, 2024; Kayserilioğlu ve ark., 2021; Şahbaz ve ark., 2023).

Kalp cerrahisi olan hastalarda ağrı, sistemsel belirtiler, kaygı, depresyon gibi psikolojik sorunlar yorgunluk ve uyku sorunu görülmektedir. Bu sorunların erken tespit edilmesi, hastaların uyumlarını sağlamak amacıyla çeşitli önlemler alınmalıdır (Küçükakça Çelik, 2021). Bu sorunların azaltılmasında, hastaların öz bakım gücü arttırmak önemli yere sahiptir.

Öz bakımın istendik düzeyde karşılanamaması ve kişilerin öz bakım güçlerinin düşük olması durumu, hemşirelik girişimlerine ihtiyaç duyulmasına sebep olur. Kişilerde öz bakım gücü artırmada, hastaların hemşirelik bakım sürecine dahil edilebilmesi ve hemşirelik bakım planlamasında büyük öneme sahiptir (Yavuz ve Gürsoy, 2021).

3. YÖNTEM

3.1 Araştırma Modeli

Araştırma, kalp ameliyatı olan hastaların öz-bakım gücü ve etkileyen faktörler belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte bir çalışma olarak gerçekleştirildi.

3.1.2 Araştırmanın değişkenleri

3.1.2.1 Araştırmanın bağımsız değişkenleri

Hastaların cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu, kronik hastalık varlığı, kronik hastalık çeşidi, daha önce ameliyat olma durumu, düzenli ilaç, sigara, alkol kullanma durumu, ailede kalp hastalığı varlığı, kalp hastalığı olan aile bireyleri, boy uzunluğu, vücut ağırlığı araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturdu.

3.1.2.2 Araştırmanın bağımlı değişkenleri

Hastaların öz-bakım gücü ölçeğinden alınan puanlar, araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturdu.

3.2 Evren ve Örneklem

Araştırma, 15 Nisan 2023-15 Temmuz 2024 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Servisi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Kardiyoloji Enstitüsü ve Maltepe Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde kalp ameliyatı olan hastalar oluşturdu. Örneklem büyüklüğü, istatistiksel güç (power) analizinde hesaplanarak belirlendi. İlgili analizlerin gerçekleştirilmesinde G-Power 3.1.9.4 sürümü kullanıldı. Araştırmada yer alan sorular doğrultusunda, bağımsız değişkenlerin alt gruplarının sayısı ve dağılım durumlarına göre uygulanacak analizler belirlendi. İlgili literatür incelendiğinde, bu çalışmanın kapsamına giren grupların ortalama ve sapma değerlerine ulaşılamadığından, hata değerleri için genel kabul gören evrensel değerler esas alındı. Araştırma kapsamında tip 1 hata yapma olasılığı 0.05, tip 2 hata yapma olasılığı ise 0.80 olarak belirlendi. Araştırmanın örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde, anlamlılık seviyesi

belirtilemediği için anlamlılık seviyesi α=0.05 olarak hesaplamaya katıldı. Etki büyüklüğünün belirlenmesinde, literatür taraması sonucunda, etki büyüklüğü hesaplanmasında kullanmak için gerekli değerlere ulaşılamadığından, cohen tarafından belirlenen standart etki büyüklüğü 0.50 (orta düzeyde) kullanıldı. Değişkenler arasında anlamlı fark bulabilmek için α= 0.05, 1-β= 0,80 için gerekli olan hasta sayısı minimum olarak 79 olarak planlandı. Araştırma ile ilgili bilgi verildikten sonra yazılı izinleri alınan ve araştırmaya alınma kriterlerine uygun olan hastalar örneklemi oluşturdu. Araştırma 80 hasta ile tamamlandı.

3.2.1 Araştırmaya alınma ve dışlanma kriterleri

3.2.1.1 Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- 18 yaş üstü olan,
- Kalp ameliyatı olan,
- Konuşma ve duyma efekti olan,
- Ana dili Türkçe olan,
- Araştırmaya katılmayı onaylayan hastalar,

3.2.1.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri

- Ameliyat sonrası yoğun bakıma alınan,
- Tanılı bir psikiyatrik hastalığı olan hastalar

3.3 Veriler ve Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasında “Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu” (EK-2) ve “Öz Bakım Gücü Ölçeği” (EK-3) kullanıldı.

3.3.1 Veri toplama araçları:

3.3.1.1 Hasta tanıtıcı bilgi formu

Sosyo-demografik özellikleri ve tıbbi öykülerine ilişkin özellikleri belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından literatür incelemesi sonucunda 13 soruluk form hazırlandı.

Hasta tanıtıcı bilgi formunda; hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni ve eğitim durumu, çalışma ve gelir durumu, kronik hastalık, hastalık çeşidi, daha önce ameliyat olma durumu, düzenli ilaç, sigara, alkol kullanma durumu, aile bireylerinde kalp hastalığı varlığı, kalp hastalığı olan aile bireyleri, boy uzunluğu, vücut ağırlığı sorularının yer aldığı sorular yer almaktaydı.

3.3.1.2 Öz bakım gücü ölçeği

Öz-bakım gücü ölçeği, 1979 yılında, Kearney ve Fleicher tarafından, bireyin kendi kendine bakım verme yeteneği veya öz bakım gücünü değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, bireylerin bakımlarını kendi kendine gerçekleştirebilmeleri durumlarını değerlendirmeleri üzerinde durmaktadır. Ölçeğin Türkçe' ye uyarlaması, 1994' de Nahcivan tarafından yapılmıştır. Ölçek 35 maddeden oluşmakta olup, hastaların öz bakıma yönelik ifadeleri, 5'li Likert tip şeklinde cevaplandırması ile belirlenir. Her bir maddede yer alan ifadeler, 0 (beni hiç tanımlamıyor) ile 4 (beni çok tanımlıyor) arası puanlanmaktadır. Ölçekte ters puanlanan maddeler (8 madde) bulunmaktadır. Ölçekten alınan en yüksek 140 puan alınabilmektedir. Ölçekten elde edilen puanların yüksek olması, kişinin kendi kendine bakım verme yeteneğinin yüksek olduğunu göstermektedir (Nahcivan, 1994). Araştırmada, ölçeğin Cronbach Alpha değeri .93 olduğu belirlendi.

3.3.2 Veri toplama yöntemlerinin uygulanması

Hastalara, araştırma ile ilgili bilgi verilerek "Bilgilendirilmiş Onam Formu" (EK-1) aracılığı ile yazılı onamları alındı. Veriler yüz yüze görüşülerek toplandı. Hasta tanıtıcı bilgi formu ve öz bakım gücü ölçeğinin doldurulması yaklaşık 15-20 dakika sürdü.

3.4. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

Araştırma verilerinin analizi için SPSS 25.0 programı kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu, Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk normallik testleri ile değerlendirildi (Kline, 2011). Hastaların demografik özelliklerinin analizi için tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, maksimum ve minimum değerler) kullanıldı. İkili değişkenler arasındaki farklar Mann Whitney-U testi ile, ikiden fazla değişken arasındaki farklar ise Kruskal-Wallis testi ile analiz edildi. Post-hoc analizler Tukey testi ile gerçekleştirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak belirlendi.

Tablo 2 Değişkenlere ait normal dağılım ve güvenirlik bulguları

Değişken	**Kolmogorov-Smirnov**	**Shapiro-Wilk**	**Cronbach's αlpha**
ÖBGÖ	< .001	< .001	.93

ÖBGÖ: Öz Bakım Gücü Ölçeği

3.5 Araştırmanın Etik Boyutu

Öz-bakım Gücü Ölçeği' nin kullanım izni için geçerlik güvenirliğini gerçekleştiren Prof. Dr. Nursen Nahcivan' dan elektronik posta aracılığıyla izni alındı (EK-4). T.C. Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 23.03.2023 tarihinde 2023/07-17 sayılı karar ile etik onay alındı (EK-5). Araştırma verilerinin toplanması için İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Kardiyoloji Enstitüsü' nden 26.04.2023 tarih, E-69291215-900-675192 Sayılı, Maltepe Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nden 16.11.2023 tarih, E-32835138-050.01.01-274050 sayılı ve İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi' nden 22.06.2023 tarih, E-97248701-300-742874 sayılı kurum izinleri alındı (Ek-6). Araştırmayı kabul eden hastalardan, yazılı izinleri "Bilgilendirilmiş Onam Formu" ile alındı (EK-1). Araştırma, Helsinki Deklerasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yürütüldü.

4. BULGULAR VE TARTIŞMA

4.1. Bulgular

Hastaların sosyo-demografik ve tıbbi öykülerine ilişkin özelliklerine göre dağılımı Tablo 3' de incelendi. Hastaların yaş ortalamalarının 65,20±11,70 (min=27; max=96), boy uzunluğu ortalamalarının 173,73±11,04 (min=151; max=192), vücut ağırlığı ortalamalarının 77,21±12,85 (min=47.5; max= 115) olduğu belirlendi. Araştırmaya katılan hastaların % 23,8 (n=19) kadın, % 76,3 (n=61) erkek olarak bulundu. Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun (% 96,2) (n=77) evli olduğu bulundu. Hastaların yarısına yakınının (% 43,8) (n=35) ilkokul, % 23,8' inin de (n=19) orta okul düzeyinde eğitim aldığı saptandı. Hastaların iş durumuna incelendiğinde ise, çoğunluğunun (% 73,7) (n=59) çalışmadığı belirlendi. Hastaların % 23,8' inin (n=19) geliri giderden az, % 61,2' sinin (n=49) geliri gidere eşit ve % 15,0' ının (n=12) geliri giderden fazla olarak bulundu. Hastaların % 52,5' inde (n=42) sigara kullanma alışkanlığı olduğu ve % 47,5' inin (n=38) olmadığı belirlendi. Hastaların çoğunluğunun (% 80,0) (n=64) alkol kullanmadığı bulundu (Tablo 3).

Hastaların kronik hastalık varlığı incelendiğinde, % 90' ında (n=72) başka bir kronik hastalık olduğu, % 10,0' unda (n=8) olmadığı belirlendi. Hastaların % 11,1' inin (n=8) diyabet, % 33,4' ünün (n=24) hipertansiyon, % 55,5' inin (n=40) diyabet ve hipertansiyon hastası olduğu saptandı. Hastaların % 48,8' inin (n=39) daha önce ameliyat olduğu ve % 51,2' sinin (n=41) olmadığı belirlendi. Hastaların düzenli ilaç kullanma durumları incelendiğinde, % 95'inin (n=76) düzenli ilaç kullandığı ve % 5' inin (n=4) kullanmadığı bulundu. Hastaların ailede kalp hastalığı varlığı incelendiğinde, % 46,3' ünün (n=37) ailesinde kalp hastalığı olduğu ve % 53,8' inin (n=43) olmadığı saptandı. Hastaların % 56,8' inin (n=21) annesi, % 83,8' inin (n=31) babası ve % 24,3' ünün (n=9) kardeşinin kalp hastalığı geçirdiği belirlendi (Tablo 3).

Tablo 3. Hastaların Sosyo-demografik ve tıbbi öykülerine ilişkin özelliklerine göre dağılımı (N=80)

Değişkenler		**Ort±SS**	**Min-max**
Yaş		65,20±11,70	27-96
Boy (cm)		173,73±11,04	151-192
Vücut Ağırlığı (kg)		77,21±12,85	47,5-115
		N (Sayı)	**Yüzde (%)**
Cinsiyet	Kadın	19	23,8
	Erkek	61	76.3
Medeni Durum	Evli	77	96.2
	Bekar	3	3.8
Eğitim durumu	Okuryazar değil	8	10.0
	İlkokul	35	43.8
	Ortaokul	19	23.8
	Lise	10	12.5
	Üniversite	8	10.0
Çalışma Durumu	Çalışıyor	21	26.3
	Çalışmıyor	59	73.7
Gelir Durumu	Gelir giderden az	19	23.8
	Gelir gidere eşit	49	61.2
	Gelir giderden fazla	12	15.0
Sigara Kullanım Durumu	Evet	42	52.5
	Hayır	38	47.5
Alkol Kullanım Durumu	Evet	16	20.0
	Hayır	64	80.0
	Diğer	4	10.8
Kronik Hastalığın Varlığı	Var	72	90.0
	Yok	8	10.0
Kronik Hastalık Çeşidi	Diyabet	8	11.1
	Hipertansiyon	24	33.4

	Her ikisi	40	55.5
Daha Önce Ameliyat Geçirme Durumu	Evet	39	48.8
	Hayır	41	51.2
Düzenli İlaç Kullanma Durumu	Evet	76	95.0
	Hayır	4	5.0
Ailede Kalp Hastalığı Varlığı	Evet	37	46.3
	Hayır	43	53.8
Ailede Kalp Hastalığı Geçirenler	Anne	21	56.8
	Baba	31	83.8
	Kardeş	9	24.3
	Diğer	4	10.8

X:Ortalama; SS: Standart Sapma

Hastaların cinsiyetleri ile öz bakım gücü puanları karşılaştırıldığında, kadın ve erkek hastalar arasında ÖBGÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edildi (p = ,058). Hastaların eğitim düzeyleri ile ÖBGÖ puanları karşılaştırıldığında, eğitim düzeyi farklı olan hastalar arasında ÖBGÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p= ,278) (Tablo 4).

Hastaların çalışma durumu ile öz bakım gücü puanları karşılaştırıldığında, çalışan ve çalışmayan hastalar arasında ÖBGÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edildi (p= ,686) (Tablo 4).

Hastaların gelirleri ile öz bakım gücü puanları karşılaştırıldığında; geliri giderden az, geliri gidere eşit ve geliri giderden çok olan hastaların ÖBGÖ puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p= ,676) (Tablo 4).

Hastaların sigara alışkanlığı ile öz bakım gücü puanları karşılaştırıldığında; sigara kullanan ve kullanmayan hastaların ÖBGÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi (p=. 001). Sigara kullanmayan hastaların sigara kullanan hastalara göre ÖBGÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi (p=. 001) (Tablo 4).

Hastaların alkol alışkanlığı ile öz bakım gücü puanları karşılaştırıldığında, alkol kullanan ve kullanmayan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p = .001). Alkol kullanmayan hastaların, alkol kullananlara göre ÖBGÖ puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p = .001) (Tablo 4). Hastaların kronik hastalık varlığı ile öz bakım gücü puanları karşılaştırıldığında; kronik hastalığa sahip olan ve olmayan hastalarda, ÖBGÖ puanları arasında anlamlı fark olduğu belirlendi (p=. 001). Kronik hastalığı olmayan hastaların, olan hastalara göre ÖBGÖ puan ortalamalarının yüksek olduğu saptandı (p=. 001) (Tablo 4).

Kronik hastalık çeşidi ile ÖBGÖ toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu belirlendi. Yapılan ileri analizlerde, diyabet hastalığı olanların ÖBGÖ toplam puanlarının diğerlerinden (hipertansiyon ve her ikisi) daha yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4).

Hastaların daha önce ameliyat olma durumu ile öz bakım gücü puan ortalamaları karşılaştırıldığında; daha önce ameliyat olmuş ve olmamış hastaların öz-bakım gücü puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p= .283) (Tablo 6).

Hastaların ailede kalp hastalığı varlığı ile öz bakım gücü puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ailesinde kalp hastalığına sahip olan ve kalp hastalığı olmayan hastaların, ÖBGÖ puanları arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi (p= .499) (Tablo 4).

Hastaların boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ile ÖBGÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan negatif yönde ve orta düzeyde anlamlıdır. (p<.05). Hastaların boy uzunluğu ve vücut ağırlığı arttıkça öz bakım güçlerinin azaldığı saptandı (Tablo 4).

Tablo 4. Hastaların Sosyo-demografik ve tıbbi öykülerine ilişkin Özelliklerine Göre "ÖBGÖ" Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (N=80)

Değişkenler		**ÖBGÖ-Toplam**	
		Mean Rank	**U / KW / p**
Cinsiyet	Kadın	49.32	U:412.000
	Erkek	37.75	p= .058
Eğitim durumu	Okuryazar değil	47.25	KW:5096 p= .278
	İlkokul	39.37	
	Ortaokul	34.13	
	Lise	39.95	
	Üniversite	54.50	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	38.74	U: 582.500
	Çalışmıyor	41.13	p= .686
Gelir Durumu	Gelir giderden az	42.66	KW:0785 p= .676
	Gelir gidere denk	40.94	
	Gelir giderden fazla	35.29	
Sigara Kullanım Durumu	Evet	27.81	U:265.000
	Hayır	54.53	**p= .001**
Alkol Kullanım Durumu	Evet	23.47	U:239.500
	Hayır	44.76	**p=. 001**
Kronik Hastalık Varlığı	Var	37.47	U:70.000
	Yok	67.75	***P: .001**
Kronik Hastalık Çeşidi	Diyabet[1]	53.50	KW:7637 ***P: .022 2<1 3<1**
	Hipertansiyon[2]	38.77	
	Her ikisi[3]	31.74	
Daha Önce Ameliyat Olma Durumu	Evet	43.36	U:688.000 p= .283
	Hayır	37.78	
Ailede Kalp Hastalığı Varlığı	Evet	38.61	U:725.500 p= .499
	Hayır	42.13	

Hastaların boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ile ÖBGÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan negatif yönde ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulundu (p<.05).

Hastaların boy uzunluğu ve vücut ağırlığı arttıkça öz bakım güçlerinin azaldığı saptandı (Tablo 5).

Tablo 5. Hastaların Yaş, Boy ve Kilo Ortalamaları ile "ÖBGÖ" Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (N=80)

	ÖBGÖ - Toplam
Yaş	p= .730 r= -.039
Boy Uzunluğu	**p= .003** r= -.325
Vücut Ağırlığı	**p= .001** r= -.388

p<.05

Hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalamaları Tablo 9' da incelendi. ÖBGÖ toplam ortalama puanın 81,60±21,47 (min=43; max=121) olduğu belirlendi (Tablo 6).

Tablo 6. Hastaların "ÖBGÖ" Toplam Puan Ortalamaları (N=80)

	X	**SS**	**Minimum**	**Maksimum**
ÖBGÖ Toplam Puan Ortalaması	81,60	21,47	43.00	121.00

X: Ortalama; SS: Standart Sapma

4.2. Tartışma

Kalp ve damar hastalıkları Dünya'da ve Türkiye'de ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Bu hastalıkların tedavisinde özellikle cerrahi girişimlerin önemli yer tutmaktadır. Hastalara uygulanan cerrahi girişimlerin, farklı olumsuz etkileri bulunmaktadır (Üstündağ ve Eti Aslan, 2011). Kalp ve damar hastalıkları cerrahisinden sonra hastalarda; ağrı, pulmoner sorunlar, gastrointestinal sorunlar atrial fibrilasyon, kanama, inme, böbrek yetmezliği, enfeksiyon, deliryum, stres anksiyete, depresyon, ve uyku bozuklukları gibi sorunları görülebilmektedir. Dal ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada, cerrahi girişim sonrasında hastalarda çoğunlukla ödem, ağrı,

aktivite yetersizliği/zorluğu ve öz bakıma yönelik sorunlar ile beslenme, dolaşım, iştahsızlık, boşaltım, enfeksiyon konstipasyon ve gibi sorunlar olduğu bulunmuştur. Akbari ve Çelik'in (2015) yaptıkları çalışmada, koroner arter bypass cerrahisi sonrası hastalarda solunum problemleri, halsizlik, iştahsızlık, yorgunluk, uykuya dalmada zorluk, içe kapanma, uykusuzluk, sırt ağrısı, göğüs ağrısı, ve omuz ağrısı şikayetlerinin olduğu bildirilmiştir. Bu sorunlar nedeniyle hastaların kişisel bakımlarını sağlama becerileri olumsuz olarak etkilenmektedir. Vücudun en önemli organlarından biri olan kalp, kanı tüm vücuda pompalaması ile yaşamsal bir değere sahiptir. Bu nedenle cerrahi sonrasında hastaların eski sağlıklarına en kısa sürene dönebilmeleri, günlük yaşam aktiviteleri yapabilmeleri ve öz bakımlarını sağlayabilmeleri açısından bu alana yönelik çalışmaların yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle araştırma, kalp ameliyatı olan hastaların öz-bakım gücü ve etkileyen faktörler belirlemek amacıyla yapıldı. Bu bölümde, araştırmadan elde edilen bulgular üç başlık altında tartışıldı.

- 4.2.1. Hastaların Sosyo-demografik ve Tıbbi Öykülerine ilişkin Özelliklerine Göre Bulguların Tartışılması
- 4.2.2. Hastaların Sosyo-demografik ve Tıbbi Öykülerine ilişkin Özelliklerine Göre "ÖBGÖ" Toplam Puanlarının Bulgularına göre tartışılması
- 4.2.3. Hastaların "ÖBGÖ" Toplam Puan Ortalamaları bulgularına göre tartışılması (N=80)

4.2.1. Hastaların sosyo-demografik ve tıbbi öykülerine ilişkin özelliklerine göre bulguların tartışılması

İlerleyen yaş ile birlikte kalp hastalıklarında artış görülmektedir. Bununla paralel olarak kalp cerrahisi girişimleri de yaş ile birlikte artmaktadır (Uğurlu,2013). Kadda ve arkadaşlarının (2015), açık kalp ameliyatı sonrası hastaların yaşam tarzı müdahalesi ve bir yıllık prognozunun incelendiği çalışmada, hastaların çoğunluğunun yaş ortalamasının her iki grupta da 60' ın üzerinde olduğu belirlenmiştir. Noguchi-Watanabe ve arkadaşlarının (2017), kalp cerrahisi öyküsü olan hastalarda, öz bakım gücü ile ilgili yaptıkları kesitsel çalışmada, hastaların yaş ortalamasının 70,6±7.8 (n=566) yıl olduğu bildirilmiştir. Xu ve arkadaşlarının (2024), kombine egzersiz

rehabilitasyonu ve sürekli sağlık eğitiminin koroner stent implantasyonu sonrası hastaların yaşam kalitesi ve ruh sağlığı üzerindeki etkisi üzerine yaptıkları çalışmada, hastaların yaş ortalamalarının girişim grubunda 63,35±4,25 (n=68) yıl ve kontrol grubunda 63,48±4,36 (n=81) yıl olduğu belirlenmiştir. Araştırmada, hastaların yaşları, 27 ve 96 arasındadır ve yaş ortalamaları 65,20±11,70 olduğu bulundu (Tablo 3). Hastaların ileri yaşta olması, ameliyat sonrasında, kendi bakımlarını gerçekleştirebilmeleri açısından desteğe daha çok ihtiyaç duyan bir grup olmaları nedeniyle, göz önünde bulundurulması gereken bir bulgu olduğu düşünüldü.

Karakurt ve arkadaşlarının (2017), kalp damar cerrahisi kliniğinde tedavi gören hastaların günlük yaşam aktivitelerinin hastaların öz bakım gücüne etkisini değerlendirdikleri çalışmada, hastaların çoğunluğunun (%66,1) erkek olduğu bildirilmiştir. Noguchi-Watanabe ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada da hastaların % 76,0' ının erkek olduğu saptanmıştır. Araştırmada da, hastaların çoğunluğunun (% 76,3) erkek olduğu belirlendi. Araştırma bulgusu ile literatürde yer alan çalışmaların benzer olduğu bulundu (Tablo 3).

Araştırmada, hastaların büyük bir oranının (96,2) evli olduğu bulundu (Tablo 3). Gürkan ve arkadaşlarının (2013), koroner arter baypas greft ameliyatından sonra yapılan yoganın, hastaların anksiyete ve öz bakım gücü üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmada, hastaların çoğunluğunun (% 80) evli olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde, Xu ve arkadaşlarının (2024) yaptıkları çalışmada, her iki gruptaki hastaların evlilik oranının % 80' in üzerinde olduğu bildirilmiştir. Aile ile birlikte yaşıyor olmanın, kalp cerrahisi geçiren hastalarda, hastanın bakım sürecine uyumunu kolaylaştırmaktadır (Alcan ve ark., 2017).Bu bağlamda, hastaların çoğunluğunun evli olması, hastaların öz bakım gücünü artırması açısından önemli bir bulgu olabilir.

Araştırmada hastaların büyük çoğunluğunun ortaöğretim düzeyinde (ilkokul, ortaokul) eğitim aldığı bulundu (Tablo 3). Xu ve arkadaşlarının (2024) yaptıkları çalışmada, her iki gruptaki hastaların ortaokul ve altı, Karakurt ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada, hastaların çok az bir kısmının (% 8,9) lise ve üzeri eğitim aldığı bildirilmiştir. Araştırmada, hastaların eğitim düzeyinin düşük olması, kalp cerrahisi sonrasında öz bakımlarını gerçekleştirmede, danışmanlık ve eğitime daha çok ihtiyaç duyabilecekleri açısından dikkate alınması gereken bir bulgu olarak görüldü.

Çalışma ve gelir durumu, hastaların sağlık hizmetine, hastalık ve tedavi konusunda bilgiye ulaşmada önemli faktörlerdir. Kadda ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada, her iki gruptaki hastaların yaklaşık yarısına yakınının gelirlerinin orta düzeyde olduğunu bildirmişlerdir. Noguchi-Watanabe ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada, az bir kısmının (27,3) çalıştığı belirlenmiştir. Karakurt ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada, hastaların % 57,2'sinin çalışmadığı ve % 72,8'inin gelirinin giderlerine eşit olduğu saptanmıştır. Araştırmada da hastaların çoğunluğunun (73,7) çalışmadığı ve gelirlerinin giderlerine eşit olduğu belirlendi (Tablo 3). Bu açıdan araştırma bulgusu literatür ile paralel olduğu görüldü.

Araştırmada, hastaların yaklaşık yarısının (% 52,5) sigara kullandığı, çoğunluğunun (% 80) alkol kullanmadığı belirlendi (Tablo 3). Kadda ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada, her iki gruptaki hastaların çoğunluğunun sigara kullanmadığı ancak sigara kullanma öykülerinin olduğu bildirilmiştir. Xu ve arkadaşlarının (2024) yaptıkları çalışmada, hastaların çoğunluğunun sigara kullanmadığı bulunmuştur. Madde bağımlılığının iyileşme sürecini ve dolayısıyla semptomların görülme riskini arttırdığı göz önünde bulundurulduğunda, hastaların öz bakımlarını gerçekleştirebilmelerini de olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir.

Kalp hastalığına ek olarak başka bir kronik hastalığın ya da hastalıkların varlığı, cerrahi sonrası iyileşme sürecini olumsuz etkileyip, yaşam kalitesini azaltmaktadır (Kara ve Yılmaz, 2020). Araştırmada, hastaların büyük kısmında birden fazla kronik hastalık bulunması ve düzenli ilaç kullanıyor olunması, cerrahi işlem sonrasındaki dönemde, hastaların daha fazla bakım gereksinimine ihtiyaç duyma olasılıklarından dolayı önemli bir sonuçtur.

Aile üyelerinde kalp hastasının olması önemli risk faktörlerindendir (Dülek ve ark., 2018). Kadda ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada, her iki gruptaki hastaların ailesinde hastalık öyküsü olduğu bildirilmiştir. Araştırmada da benzer şekilde hastaların yarısına yakının ailesinde kalp hastalığının bulunduğu belirlendi (Tablo 3).

4.2.2. Hastaların sosyo-demografik ve tıbbi öykülerine ilişkin özelliklerine göre "ÖBGÖ" toplam puanlarının bulgularına göre tartışılması

Cerrahi giriş sonrasında yaşanan süreci yönetme ve baş etme mekanizmaları, iyileşme hızını etkilemektedir. Kişinin öz bakımını sürekli olarak gerçekleştirebilmesi için belirli yeteneklerinin olması gerekir (Saeidzadeh ve ark., 2016). Öz-bakım gücünün ekilendiği faktörler vardır. Bunlar yaşam tarzı, cinsiyet, yaş, sağlık durumu, gelişim ve sosyokültürel durum gibi faktörlerdir (Orem ve ark., 1995).

Araştırmada, cinsiyet ile öz bakım gücü arasında bir fark olmadığı belirlendi (Tablo 4). Kalp yetmezliği hastalığına sahip olan hastalar ile ilgili yapılan bir çalışmada, cinsiyet ve öz bakımın sürdürülmesi arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (Cameron vd., 2010). Kalp hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada, erkek hastalar sağlıklı yaşam davranışlarına daha fazla dikkat etmiştir (Küçükberber, Ozdilli ve Yorulmaz, 2011). Karakurt ve arkadaşlarının (2017), kalp damar cerrahisi kliniğinde tedavi gören hastaların günlük yaşam aktivitelerinin öz bakım gücüne etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, cinsiyetin öz bakım puanın etkilemediği bildirilmiştir. Araştırmadaki bu farklılıkların, elde edilen örneklem gruplarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada eğitim durumu ile hastaların öz bakım gücü puanları arasında fark olmadığı belirlendi (Tablo 4). Literatürde yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Akay ve Akyol' un (2014), kronik kalp yetmezliğine sahip olan hastalar ile yürüttükleri çalışmada, tele izlem yöntemi kullanılmış ve hastaların öz bakım gücüne etkisi incelenmiştir. Çalışmada, eğitim durumu ile öz bakım gücü arasında bir fark olmadığı bulunmuştur. Benzer şekilde Dabbs ve arkadaşlarının (2013) akciğer transplantasyonu olan hastalarında yaptıkları çalışmada, eğitim durumunun öz bakımı etkilemediği bildirilmiştir. Üstündağ ve Zengin' in (2008), Direk ve Çelik' in (2010) ve Gün ve Kömürcü' nün (2013) yaptıkları çalışmalarda, eğitim durumu ile öz bakım gücü arasında ilişki olduğu, eğitim durumun artmasının öz bakım gücü puanlarını da arttırdığı saptanmıştır. Farklı sebeplerle yapılan kalp cerrahisinin getirdiği risklerden dolayı hastaların yaşamlarını devam ettirebilmeleri için alması gereken sorumluluk ve uyması gereken kurallar bulunmaktadır. Bu nedenle araştırmada, hastaların öz bakım gücü ile eğitim durumu arasında fark çıkmamış olabilir.

Gelir durumu, kişilerin öz bakımını sürdürebilmesini ve geliştirebilmesini etkileyen önemli bir faktördür (Sousa ve ark., 2008). Tawalbeh ve arkadaşları (2018), kalp yetmezliği tanısı alan hastalarda gelir düzeyi düştükçe öz bakım gücünün da azaldığını bildirmişlerdir. Hollanda' da yapılan bir çalışmada da, gelir durumu ile öz bakım gücü arasında ilişki olduğu ve gelir düzeyi düştükçe öz bakım gücünün da azaldığı bulunmuştur (Cramm ve ark., 2013). Yapılan diğer çalışmalarda da, gelir durumunun, öz bakımı gücünü etkilediğini ve gelir durumu iyi olan kişilerin öz bakım puanlarının da yüksek olduğu bildirilmiştir (Daryasari, vd., 2012; Gün ve Kömürcü, 2013; Güner ve Kaymakcı, 2014;). Kişinin gelir durumunun yükselmesi, öz bakımını sürdürmede gerekli olan faktörlerin ulaşılabilirliği kolaylaştırsa da, araştırma sonuçlarının, literatürde farklı olarak gelir durumu ile öz bakım gücü arasında fark olmadığı görüldü (Tablo 4).

Literatürde öz bakım gücü ile sigara kullanımı arasında fark olup olmadığına yönelik değişik sonuçların çıktığı çalışmalar bulunmaktadır. Saeidzadeh ve arkadaşlarının (2016), perkütan koroner girişim hastalarında yaptıkları çalışmada, sigara ile öz bakım gücü arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir. Tok Yıldız ve Kaşıkçı (2018), koroner arter hastalığı olan hastalarda sigara içme, durumunun öz-bakım gücüne herhangi bir etkisi olmadığını bildirmiştir. Bayrak ve arkadaşlarının (2019) kalp yetersizliği hastaların öz bakımı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmasında, sigara kullanma ile hastaların öz bakım davranışları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Araştırmada da sigara kullanan hastaların öz bakım gücü puanlarının düşük olduğu saptandı (Tablo 4). Benzer şekilde alkolün kullanımında öz bakım gücü puanının düşmesinde etkili olduğu görülmektedir. Sigara ve alkol kullanmanın vücuda zararları dikkate alındığında, hastaların öz bakımını gerçekleştirme gücünü olumsuz etkilediği söylenebilir.

Kronik hastalıklar, tam olarak iyileşme sağlanamadığı için, kişinin yaşam kalitesine ciddi etkileri olan hastalıklardır (Özkan, Seviğ, ve Zincir, 2014). Akyol ve Karadakovan'ın (2002) çalışmasında ise, hastaların birden fazla kronik hastalığı olma ile öz bakım puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir Sol'un (2005) yaptığı çalışmada, kalp ve damar hastalığının yanı sıra diabeti olan hastaların öz yeterliliğin daha düşük olduğu bildirilmiştir. Özkan, Seviğ, ve Zincir (2014) tarafından

hemadiyaliz alan hastaların öz bakım ve öz yeterliğinin değerlendirildiği çalışmada, kronik hastalığı birden fazla olan hastaların öz bakım gücü puanlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir. Bayrak ve arkadaşlarının (2019) yaptıkları çalışmada da kronik hastalık varlığının, hastaların öz bakımını olumsuz etkilediği bulunmuştur. Araştırmada başka bir kronik hastalık varlığı ile öz bakım gücü arasında anlamlı fark olduğu bulundu. Kronik hastalığı olan hastaların, olmayan hastalara göre, öz bakım gücü puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 4). Günümüzde cerrahi tekniklerde ilerlemelere karşın, cerrahi sonrası morbitide/mortalite ve risk faktörleri yaşlı hastalarda daha yüksektir (Ettema ve ark., 2013). Araştırmada hastaların yaş ortalamasının yüksekliği dikkate alındığında (Tablo 5), başka konik bir hastalığın varlığı, yaşanan sorunların daha uzun sürmesine, kaybedilen yetilere ve dolayısıyla hastaların bakım gücünün daha az olmasına neden olmuş olabilir.

4.2.3. Hastaların "ÖBGÖ" toplam puan ortalamaları bulgularına göre tartışılması (N=80)

Öz bakım, sağlık sorunlarının çözümünde uyumu kolaylaştırma için yaptığı eylemlerdir (Zhu ve ark., 2021). Öz bakım gücü yüksek, uyum süreci rahat ve baş etme yeteneği iyi olan hastalar, sağlığını daha iyi kontrol edebilmektedirler. Sağlığı konusunda üzerine düşen sorumlulukları yerine getiren hastalarda iyileşme süreci hızlanmaktadır (Tok Yıldız ve Kaşıkçı, 2018). Karakurt ve arkadaşlarının (2017), kalp damar cerrahisi kliniğinde tedavi gören hastaların günlük yaşam aktivitelerinin öz bakım gücüne etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, hastaların öz bakım gücü puan ortalamalarının 92,11 ± 18,81 olduğu bildirilmiştir. Jamil Alkuwaisi ve arkadaşlarının (2023), kalp cerrahisi sonrasında hastalarda öz bakım davranışlarını Orem'in Öz Bakım Teorisiyle değerlendirdiği çalışmasında, hastaların öz bakım gücünün orta düzeyde olduğu bildirilmiştir (Jamil Alkuwaisi ve ark., 2023). Literatürde, öz bakım gücü yüksek olan kişilerin hastalık belirtilerinin daha az olduğu ifade edilmektedir (Direk ve Şenol Çelik, 2012; Li ve ark., 2012; Kara ve Yılmaz, 2020). Araştırmadan elde edilen bulguların literatürde yapılan çalışmalar ile uyumlu olduğu görüldü. Araştırmada hastaların öz bakım gücü ortalamasının 81,60±21,47 ve bulundu (Tablo 6). Bu durum kalp cerrahisi geçiren hastaların, kendi bakımlarının sorumluluğunu alabildikleri ve günlük yaşam aktivitelerini kısmen de olsa sağlayabildikleri anlamına gelebilir.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Kalp ameliyatı olan hastaların öz-bakım gücü ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan araştırma bulgularına göre aşağıdaki belirtilen sonuçlara ulaşıldı;

- Hastaların % 73,3' ünün (n=61) erkek ve % 96,2'sinin (n=77) evli olduğu bulundu.
- Hastaların % 43,8' inin (n=35) ilkokul mezunu, % 73,7' sinin (n=59) çalışmadığı ve % 61,2' sinin (n=49) gelirinin giderine denk olduğu saptandı.
- Hastaların % 90' nının (n=72) başka bir kronik hastalığının olduğu bulundu. Başka bir kronik hastalığa sahip olanların % 33,4'ünün (n=24) hipertansiyon hastası olduğu belirlendi.
- Hastaların % 48,8' inin (n=39) daha önce ameliyat olduğu, % 95' inin (n=76) düzenli ilaç kullandığı saptandı.
- Hastaların % 52,5'inin (n=42) sigara, % 20' sinin (n=16) alkol kullandığı bulundu.
- Hastaların % 46.3' ünün (n=37) ailesinde kalp hastalığının bulunduğu, bunların da % 83,8' inin (n=31) babasının kalp hastalığı geçirdiği belirlendi.
- Hastaların yaş ortalamalarının 65,20±11,70 (min=27; max=96), boy uzunluğu ortalamalarının 173,73±11,04 (min=151; max=192), vücut ağırlığı ortalamalarının 77.21±12.85 (min=47.5; max= 115) olduğu belirlendi.
- Öz bakım gücü toplam puan ortalamaları ile kronik hastalık varlığı, kronik hastalık çeşidi, sigara kullanım durumu ve alkol kullanım durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu belirlendi.
- Kronik hastalık çeşidi ile ÖBGÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu belirlendi. Yapılan ileri analizlerde, diyabet hastalığı olanların ÖBGÖ toplam puan ortalamalarının diğerlerinden (hipertansiyon ve her ikisi) daha yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi.

- Hastaların boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ile ÖBGÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki bulundu ($p<.05$). Hastaların boy uzunluğu ve vücut ağırlığı arttıkça öz bakım güçlerinin azaldığı saptandı.

- Hastaların ÖBGÖ toplam ortalama puanlarının 81,60±21,47 (min=43; max=121) olduğu belirlendi.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Kalp cerrahisi sonrasında hastaların öz bakım gücünü etkileyebilecek faktörlerin ortaya çıkmasına yönelik kalitatif çalışmaların yapılması,

- Kalp cerrahisi sonrasında hastaların öz bakım gücünü azaltan nedenlere yönelik hastalara danışmanlık verilmesi,

- Hastaların cerrahi sonrasında aktif rol alabileceği, ameliyat sonrası koruyucu önlemler ve bakım yönetimi ile ilgili bilgilendirilmesine yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi,

- Hemşirelere hizmet içi eğitimlerin planlanması,

- Kardiyak rehabilitasyon merkezlerinin konulması ve arttırılması,

- Sigara ve alkol kullanım sürecinde hasta eğitimlerinin arttırılması önerilebilir.

KAYNAKÇA

Akay, B., ve Akyol, A.D. (2014). Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda tele izlem yönteminin öz bakım gücüne olan etkisinin incelenmesi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşireliği Dergisi*, 5(8), 75-88.

Akbari, M., ve Celik, S. S. (2015). The effects of discharge training and counseling on post-discharge problems in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. Iranian *Journal of Nursing and Midwifery Research,* 20(4), 442.

Akyol Durmaz, ve A., Karadakovan, A. (2002). Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve öz bakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi,* 41(2), 97-102.

Alcan, A. O., Korkmaz, F. D. ve Çakmakçı, H. (2017). Koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, *25*(1), 45-51.

Al-Daakak, Z.M., Ammouri, A.A., Isac, C., Gharaibeh, H., Al-Zaru, I. (2016). Symptom management strategies of jordanian patients following coronary artery bypass grafting surgery. *International Journal of Nursing Practice,* 22(4), 375-383.

Alemdar, H., ve Çınar Pakyüz, S. (2015). Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 10(2), 19-30.

Altıparmak, S., Fadıloğlu, Ç., Gürsoy, Ş.T. ve Altıparmak, O. (2011). Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Ege Tıp Dergisi,* 50(2), 95-102.

Andersson, C., ve Vasan, R.S. (2018). Epidemiology of Cardiovascular Disease in Young Individuals. *Nature Reviews Cardiology*, 15(4), 230-240.

Asgar Pour, H., Gökçe, S., Kunter, D., Yönem, H. (2016). Kalp yetersizliği olan hastalarda öz bakım davranışlarının değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 24(2), 66-71.

Avdal, E.Ü., ve Kızılcı, S. (2010). Diyabet ve özbakım eksikliği hemşirelik teorisinin kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 3(3), 164-168.

Badır, A., ve Korkmaz, F.D (2014). *Koroner arter hastalıkları. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım.* Karadakovan, A, Eti Aslan F, (Ed.). 3. baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 431-471.

Badır, A., ve Demir Korkmaz, F. (2020). Koroner arter hastalıkları. Editörler: Eti Aslan F, Karadakovan A. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. 5. Ankara: Akademisyen Kitapevi, 453-495.

Bahar, A. (2011). Hipertansiyonu olan hastaların öz bakım gücünün belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 08(1), 18-23

Balduino, A. deF., Mantovani, M. deF., Lacerda, M. R., ve Meier, M. J. (2013). Análise conceitual de autogestão do indivíduo hipertenso [Conceptual self-management analysis of hypertensive individuals]. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 34(4), 37-44. https://doi.org/10.1590/s1983-14472013000400005

Bayrak, B., Yıldırım, G., Oğuz, S., Sağaltıcı, Ç., Doğanay, E., Özdemir, F., vd. (2019). Kalp yetersizliği hastalarında öz bakımı değerlendirme ve etkileyen risk faktörlerin belirlenmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 10(23), 114-121.

Benedetto, U., Puskas, J., Kappetein, A. P., Brown, W. M. Horkay, F., Boonstra, P. W., vd. (2019). Off-pump versus on-pump bypass surgery for left main coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol*, 74(6), 729-40.

Bucher, L., ve Johnson, S. (2014). Coronary artery disease and acute coronary syndrome. İn Medıcal-Surgıcal Nursıng: Assessment And Management Of Clınıcal Problems. Levis, S.L., Dirksen, S.R., Heitkemper, M.M., Bucher, L., editors. 9th edition. *Elsevier Mosby,* 730-766.

Cameron, J., Worrall-Carter, L., Page, K., vd. (2010). Self-care behaviours and heart failure: Does experience with symptoms really make a difference? *Eur J Cardiovasc Nurs*, 9, 92-100.

Chivasso, P., Guida, G.A., Fudulu, D., Bruno, V.D., Marsico, R., Sedmakov, H., vd. (2016). Impact of off-pump coronary artery bypass grafting on survival: Current best available evidence. *J Thorac Dis*, 8(Suppl 10), 808-17.

Cramm, J.M., Hartgerink, J.M., Steyerberg, E.W., Bakker, T.J., Mackenbach, J.P., ve Nieboer, A.P. (2013). Understanding older patients' self-management abilities: Functional loss, self-management, and well-being. *Quality of Life Research*, 22(1), 85-92. https://doi.org/10.1007/s11136-012-0131-9

Dabbs, D.A., Terhost Lauren, Song MK vd. (2013). Quality of recipient caregiver relationship and psychological distress are correlates of self-care agency after lung Transplantation. *Clin Transplant*, 27(1), 113-120.

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

Daryasari, G.A., Karkezloo, N.V., Mohammadnejad, E. vd. (2012). Study of the self-care agency in patients with heart failure. *Ġranian Journel of Critical Cae Nursing*, 4(4), 203-208.

Demircin, M. (2013). *Kalp cerrahisi.* Sayek İ, (Eds) "Temel Cerrahi". 4. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 14.

Demirbağ, R., Sade, L.E., Aydın, M., Bozkurt, A., Acartürk, E. (2013). The Turkish registry of heart valve disease. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 41(1), 1-10.

Demir Korkmaz, F. (2014). *Yapısal Enfeksiyöz ve Enflamatuar Kalp Hastalıkları*. Karadakovan A, Eti Aslan F(Eds.). "Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım". Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 473-495.

Direk, F. ve Şenol Çelik, S. (2012). Postoperative problems experienced by patients undergoing coronary artery bypass graft surgery and their self-care ability after discharge. *Türk Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Dergisi*, 20(3), 530-535.

Dursun, M. ve Şanlı, Ş. (2013). Koroner baypas greftlerin değerlendirilmesi. *Türk Radyoloji Derneği Dergisi,* 1, 83-92.

Dülek, H., Vural, Z. T., ve Gönenç, I. (2018). Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri. *The Journal of Turkish Family Physician*, *9*(2), 53-58.

Eraydın, C., ve Sunal, N. (2021). Stomalı hastalarda öz bakım gücü ve etkileyen faktörler. *Akdeniz Tıp Dergisi*, *7*(1), 57-64.

Erdil, F. ve Elbaş N.Ö. (2012). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği.* Ankara: Aydoğdu ofset 306-328.

Ettema, R.G., Hoogendoorn, M.E., Kalkman, C.J., Schuurmans, M.J. (2014) Development of a nursing intervention to prepare frail older patients for cardiac surgery (the PREDOCS programme), following phase one of the guidelines of the Medical Research Council. *European Journal of Cardiovascular Nursing,* 13(6) 494–505.

Eti Aslan F, ve Karadakovan A (2014*). Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. Üçüncü basım. Akademisyen Kitabevi, Ankara. 514-533.

Fowkes, F. G. R., Rudan, D., Rudan, I., Aboyans, V., Denenberg, J. O., McDermott, M., vd. (2013). Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2000 and 2010: a systematic review and analysis. *The Lancet*, 382(9901), 1329-1340.

Görmüş, N., Dereli, Y., Tanyeli, Ö. (2013). Künt ve penetran kalp yaralanmaları. *Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Surg-Special Topics.,* 5(2), 5-10.

Griffin, P.B. (2014). *Kardiyovasküler Hastalıklar El Kitabı*. Erol Ç, Atalar E, (Eds). 4. baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 510-516.

Grundy, S.M. (2005). Stanol esters as a component of maximal dietary therapy in the national cholesterol education program adult treatment panel iii report. *The American Journal of Cardiology,* 96(1), 47-50.

Gün, Ç. (2011). *Histerektomili Hastalarda Benlik Saygısının Öz-Bakım Gücüne Etkisi* (Yayın No: 272613) [Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Güner, S. G., ve Nural, N. (2020). Koroner arter hastalığı: Etiyoloji ve patogenez. *Turkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing-Special Topics,* 6(1), 1-6.

Güner, S.I., ve Kaymaçı, S. (2014). The examination of the relationship between health promotion life-styleprofile and self-care agency of women who underwent mastectomy surgery. *Eartern Journal of Medicine,* 19, 71-78.

Hacıhasanoğlu Aşılar, R. (2015). Hipertansiyonda tedaviye uyum ve öz-bakım yönetimi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi,* 6(11), 151-159.

Hayashida, K., Romano, M., Lefèvre, T., Chevalier, B., Farge, A., Hovasse, T., vd. (2013). The transaortic approach for transcatheter aortic valve implantation: a valid alternative to the transapical access in patients with no peripheral vascular option. A single center experience. *Eur J Cardiothorac Surg*, 44,692-700.

Hillis, L. D., Smith, P. K., Anderson, J. L., Bittl, J. A. vd. (2011). ACCF/AHA Guideline for coronary artery bypass graft surgery: executive summary a report of the American College Of Cardiology Foundation/American Heart Association task force on practice guidelines developed. *Circulation*, 124,2610-2642. Doi:10.1161/CIR.0b013e31823b5fee

Himmelfarb, C. R., Commodore-Mensah, Y., Hill, M. N. (2016). Expanding the role of nurses to improve hypertension care and control globally. *Annals of Global Health*, 82(2), 243–253. https://doi.org/10.1016/j.aogh.2016.02.003

Iung, B., ve Vahanian, A. (2014). Epidemiology of acquired valvular heart disease. *Canadian Journal of Cardiology*, 30, 962-70.

Jamil Alkuwaisi, M., Hamdan Alsargri, S., Kamel Aldalaykeh, M., Abdu Hamid, M., ve Hamdan Alsargri, F. (2023). Self-care behaviors among patients after cardiac surgery in Saudi Arabia: Application of Orem's theory of self-care. *Nursing Forum*, 6904576. https://doi.org/10.1155/2023/6904576

Jones, B. (2010). *Postoperative Complications of Cardiac Surgery and Nursing Interventions.* (Eds: Hardin SR, Kaplow R). "Cardiac Surgery Essentials For Critical Care Nursing". London: Jones and Bartlett Publishers, 257-286.

Kadda, O., Kotanidou, A., Manginas, A., Stavridis, G., Nanas, S., ve Panagiotakos, D. B. (2015). Lifestyle intervention and one-year prognosis of patients following open heart surgery: a randomised clinical trial. *Journal of Clinical Nursing*, *24*(11-12), 1611-1621.

Kamalı, S., Aydın, M.T., Akan, A., Karatepe, O., Sarı, A. ve Yüney, E. (2011). Penetrating cardiac injury: factors affecting outcome. *Turkish Journal of Trauma Emergency Surgery*, 17(3), 225-230.

Kara, D. ve Yılmaz, E. (2020). Açık Kalp cerrahisi yapılan hastalarda öz yeterliliğin ilaç uyumu ve yaşam kalitesine etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 34(1), 55-62.

Karabacak, K. (2019). Kalp Yaralanmaları. Harp Cerrahisi Perspektifleri (içinde) A, Ünlü, S., Eksert, M.B., Aşık(Ed.). Akademisyen Kitabevi Ankara, 161.

Karadağlı, F. ve Ecevit Alpar, Ş. (2017). Bir ölçek geliştirme çalışması: kemoterapi uygulanan hastalarda öz bakım yetersizliği kuramına göre öz bakım davranışları ölçeği. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 10(3), 168-181.

Karakurt, P., Kasimoğlu, N., Bahçeli, A., Başkan, S. A., ve Ağdemir, B. (2017). The effect of activities of daily living on the self-care agency of patients in a cardiovascular surgery clinic. *Journal of Vascular Nursing*, *35*(2), 78-85.

Kaya, U., ve Dal Yılmaz, Ü. (2022). Ideal suggestions for discharge training and telephone counseling of patients with coronary artery bypass graft surgery: A

randomized controlled and experimental study. *Journal of Korean Medical Science,* 37(35), e269. https://doi.org/10.3346/jkms.2022.37.e269

Kaya, U., ve Dal Yılmaz, Ü. (2024). Discharge training and telephone counseling applied by nurses to coronary artery bypass graft patients: what ıs ıt, why ıs ıt ımportant, what are the benefits?. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing,* 15(37),110-114.

Kayserilioğlu, G., Yazıcı, G., Koçaşlı, S., Yıldız, E. (2021). Akciğer hacim küçültücü cerrahi uygulanan yaşlı hastaya orem öz bakım eksikliği kuramına göre hemşirelik bakımı. *Geriatrik Bilimler Dergisi,* 4(3), 113-131. doi: 10.47141/geriatrik.937995

Keleş, İ. (2014). *Erişkinde görülen doğuştan kalp hastalıkları. İçinde: Altınparmak MR,* Hamuryudan V, Sonsuz A, Yazıcı H, (Eds). "Cerrahpaşa İç hastalıkları". 2. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri, 525-529.

Kes, D. ve Gökdoğan, F. (2020). Reliability and validity of a Turkish version of the hypertension self-care profile. *Journal of vascular nursing: official publication of the Society for Peripheral Vascular Nursing,* 38(3), 149–155.

Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (5th ed.,). New York: The Guilford Press, 2; 3-427.

Koç, F., Çalışkan, H.A., ve Cömert, T.K. (2024). Folik asit ve konjenital kalp hastalıkları arasındaki ilişki. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi,* 7(2), 123-129.

Korkmaz, F.D. (2011). *Yapısal enfeksiyöz ve inflamatuar kalp hastalıkları. Karadakovan A, Eti Aslan F, editörler. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. 2. Baskı. Adana: Nobel Kitabevi.

Kozan, Ö., Zoghi, M., Ercan, E. ve Tengiz İ (2011). *Temel Kardiyoloji Kitabı.* Güneş Tıp Kitapevleri Yayınları.

Kozan, Ö., Keleş, İ., Leichter, D., Gersony, W.M. (2014). *Ventriküler Septal Defekt.* İçinde: Nixon JV, editör. "AHA Klinik Kardiyak Danışmanı". 3. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 342-43

Kökcü, Ö.D. ve Tiryaki, Ö. (2020). Kalp yetmezliği hastalarının öz bakım davranışları ve bakım gereksinimlerini karşılamada bağımsızlık durumlarının incelenmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi,* 5(2), 364-374.

Köksal, N., Aygün, C. ve Uras, N (2018). Turkish neonatal society guideline on the management of patent ductus arteriosus in preterm infants. *Turkish Archives of Pediatrics*, 53(Suppl 1), 76-87.

Knuuti, J., Wijns, W., Saraste, A., Capodanno, D., Barbato, E., Funck-Brentano, C., vd. (2019). ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*, 41(3), 407-477.

Kumar, A., ve Cannon, C.P. (2009). Acute coronary syndromes: diagnosis and management, part I. *Mayo Clinic Proceedings*, 84(10), 917-938.

Küçükakça Çelik, G. (2021). *Kardiyovasküler Sistemin Cerrahi Gerektiren Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı.* İçinde: "Cerrahi Hemşireliğinde Temel Kavramlar ve Bakım". Arslan S (Ed). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Küçükberber, N., Ozdilli, K. ve Yorulmaz H. (2011). Evaluation of factors € affecting healthy life style behaviors and quality of life in patients with heart disease. *Anatol J Cardiol,* 11, 619-26.

Lafçı, G., Çağlı, K. ve Özcan, F. (2014). Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi: Güncelleme. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi,* 22(1), 211-215.

Lamy, A., Devereaux, P., Prabhakaran, D., Taggart, D.P., Hu, S., Paolasso, E., vd. (2012). Off-pump or on-pump coronary-artery bypass grafting at 30 days. *New England Journal of Medicine,* 366(16), 1489-1497.

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

Lorenzen, U.S., Buggeskov, K.B., Nielsen, E.E., Sethi, N.J., Carranza, C.L., Gluud, C., vd. (2019). Coronary artery bypass surgery plus medical therapy versus medical therapy alone for ischaemic heart disease: A protocol for a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *Syst Rev.,* 8(1), 246.

Mavili, İ., Şahutoğlu, C., Pestilci, Z., Kocabaş, S., Aşkar, F. (2016). Koroner arter bypass greftleme cerrahisi sonrası erken dönemde gelişen komplikasyonlar. *GKDA Dergisi,* 22(1), 16-23.

Melly, L., Torregrossa, G., Lee, T., Jansens, J. L., Puskas, J. D. (2018). Fifty years of coronary artery bypass grafting. *J Thorac Dis.*, 10,1960-1967. https://doi.org/10.21037/jtd.2018.02.43.

Miller, S., Flynn, B.C. (2015). Valvular heart disease and postoperative considerations. *Seminars in Cardiothoracic and Vascular Anesthesia,* 19(2), 130-42.

Modolo, R., Chichareon, P., Kogame, N., Dressler, O., Crowley, A., Ben-Yehuda, O. (2019). Contemporary outcomes following coronary artery bypass graft surgery for left main disease. *J Am Coll Cardiol,* 73(15), 1877-86.

Moore, J. ve Martinez, G. (2015). Cardiopulmonary bypass. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine,* 16(10), 498-503.

Moore, J.P., ve Aboulhosn, J.A. (2017). Introduction to the congenital heart defects: anatomy of the conduction system. Card. *Electrophysiol. Clin.,* 9(2), 167-175. https:// doi.org/10.1016/j.ccep.2017.02.001

Nahcıvan, N. (2004). A Turkish language equivalence of the exercise of self-care agency scale. *Western Journal of Nursing Research,* 26(7), 813-824.

National Library of Medicine (2014). Open heart surgery. Erişim Tarihi: 15.06.2024 http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002950.htm adresinden alındı.

Noguchi-Watanabe, M., Yamamoto-Mitani, N., Arimoto, A., ve Murashima, S. (2017). Relationship between patient group participation and self-care agency among patients with a history of cardiac surgery: A cross-sectional study. *Heart & Lung,* 46(4), 280-286.

Onat, A. T., Can, G. ve Yüksel, H (2017). *Tıp dünyasının kronik hastalıklara yaklaşımına öncülük*. Altan O. (Eds). İstanbul: Logos Yayıncılık, 168.

Orem D. E., (1989). Self-care deficit theory of nursing. Nursing theorists and their work. Erişim Tarihi: 18.01.2023. www.kknursingcollege.com/post_rn/notes/bsn_new/2/nurisng_theroies/unit3/ dorothea_orem_s_self_care_deficit_theory.pdf adresinden alındı.

Orem D. (1995). Nursing concepts of practise. Mosby, St. Louis, Erişim Tarihi: 18. 01. 2023. https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1595951 adresinden alındı.

Özbaran, M. ve Yağdı, T. (2011). Kalp nakli ve diğer cerrahi tedaviler. *Klinik Gelişim*, 24, 67-75.

Özdemir, Z., ve Çelik, S. Ş. (2018). Kalp kapak hastalıkları cerrahisi ve hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Nursing-Special Topics*, 4(1), 26-34.

Özer, S. ve Sezgin, D. (2015). Kalp yetersizliğinde öz bakım. *Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni,* 7(4), 1-3.

Özkan,, F., Seviğ, Ü., ve Zincir, H. (2014). Birden fazla kronik hastalığı olan bir çocuğa orem öz bakım yetersizliği teorisine göre hemşirelik bakımı verilmesi: bir olgu sunumu. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2(2), 71-79.Özşaker, E. (2014). Organ nakli ve yaşam kalitesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 166-173.

Özlü, F., Eşsizoğlu, P., Şimşek, H., ve Erdem, S. (2020). Konjenital kalp hastalığı ve nörolojik etkileri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi,* 29(3), 163-172.

Paç, M., Akçevin, A., Aykut Aka, S., Büket, S. ve Sarıoğlu, T.(2013). *Kalp ve damar cerrahisi*. 2. Baskı Ankara: MN Medikal ve Nobel Tıp Kitabevi.

Peyman, N., Shahedi, F., Abdollahi, M., Doosti, H., ve Zadehahmad, Z. (2020). Impact of self-efficacy strategies education on self-care behaviors among heart failure patients. *The Journal of Tehran Heart Center*, 15(1), 6-11.

Pierson, M.G. (2013). Nursing management: Patients with coronary vascular disorders. Chapter 14. In: Pellico LH, editors. Focus on: Adulth Health. Medical Surgical Nursing. Wolters Kluwer Health. *Lippincott Williams & Wilkins,* 396-424.

Polat, C., ve Enç, N. (2015a). Erişkinlerde konjenital kalp hastalıkları ve hemşirelik bakımı. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi,* 6(11), 138-150.

Polat, C., Enç, N. (2015b). Kalp kapak hastalıkları ve hemşirelik bakımı. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 6(9), 42-57.

Rababah, J. A. ve Al-Hammouri, M. M. (2022). Healt literacy dimensions as predictors of self-care agency among nursing students. *Journal of Professional Nursing,* 42, 46-50.

Saeidzadeh, S., Darvishpoor Kakhki, A., ve Abed Saeedi, J. (2016). Factors associated with self-care agency in patients after percutaneous coronary intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 25(21–22), 3311–3316. https://doi.org/10.1111/jocn.13396

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlık Kurumu (2015), Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020 [online]. Erişilebilir: Erişim Tarihi: 2.9.2018. https//www.tdk.org.tr/TKDData/Uploads/files/Türkiye-kalp-ve-damarhastalıklarıönleme-ve-kontrol-programi.pdf adresinden alındı.

Sağlık Bakanlığı (2021). *Dünya'da ve Türkiye'de kalp ve damar hastalıkları.* Yayın kurulu: Irmak H, Yardım N, Temel F, Keklik K. "Türkiye kalp ve damar hastalıkları önleme ve kontrol programı (2021-2026)". ISBN: 978-975-590-832-8. Ankara: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Matbaası, 7-9.

Sarkar, M., ve Prabhu, V. (2017). Basics of cardiopulmonary bypass. *Indian Journal of Anaesthesia*, 61(9), 760-767.

Shahidi, M., Bakhshandeh, H., Rahmani, K., Afkhamzadeh, A. (2019). Hypomagnesaemia and other electrolytes imbalances in open and closed pediatrics cardiac surgery. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 35(2), 353-359.

Senst, B., Goyal, A., Diaz, R.R. (2020). Cardiac surgery. In: StatPearls, Erişim Tarihi: 17.07.2024. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532935/ adresinden alındı.

Senst, B., Kumar, A. ve Diaz, R.R. Cardiac Surgery. Editors: Treasure Island. StatPearls Publishing; 2023. Erişim Tarihi: 20.11.2023. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30422530/ adresinden alındı.

Sevinç, S. (2017). *Cardiovascular Diseases and Nursing management*. Ovayolu N, Ovayolu Ö, (Eds). "Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar". Genişletilmiş 2. Baskı. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, 129-133.

Sol, G.M.B. (2005). Self-efficacy in patients with clinical manifestations of vascular disease, *Patient Educ. Couns.*, 61(3), 443-448.

Stephens, R.S., ve Whitman, G.J. (2015). Postoperative critical care of the adult cardiac surgical patient. part i: routine postoperative care. *Crit Care Med*, 43, 1477-97.

Şahbaz, B., Koçaşlı, S., Tekeli Kunt A. (2023). Varis ameliyatı olan hastaların taburculuk sonrası Öz bakımlarının değerlendirilmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs.*, 14(33), 8-16.

Şimşek, A., Baysal, B (2019). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde doğumsal kalp hastalığı sıklık ve dağılımı: tek merkez deneyimi. *Ortadoğu Tıp Dergisi,* 11(4), 446-449.

Taş, F. ve Büyükbeşe, M. A. (2013). Hipertansiyonda farkındalık ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni,* 12(6), 729-734.

Tawalbeh, L.I., Al-Smadi, A.M., AlBashtawy, M., AlJezawi, M., Jarrah, M., Musa, A.S., vd. (2018). The most and the least performed self-care behaviors among patients with heart failure in Jordan. *Clinical Nursing Research*, 29(2), 108–116. https://doi.org/10.1177/1054773818779492

THI. (2018). Coronary Arteries. Erişim Tarihi: 16.07.2023. https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/the-coronaryarteries/ adresinden alındı.

Thuesen, A.L., Riber, L.P., Veien, K.T., Christiansen, E.H., Jensen, S.E., Modrau, I., vd. (2018). Fractional flow reserve versus angiographically-guided coronary artery bypass grafting. *J Am Coll Cardiol*, 72(22), 2732-43.

Tok Yıldız, F., ve Kaşıkçı, M. (2018). The care of individual followed with a diagnosis of coronary artery disease according to Orem's Self-Care Deficit Theory (a case report). *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi,* 7(3), 114-120.

Türker, E., Tanrıkulu, G., ve Çelikten, Ö. (2022). Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün semptom yönetimi ilişkisi üzerine bir araştırma. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi,* 12(3), 666-674. https://doi.org/10.31020/mutftd.1131345.

Türkiye İstatistik Kurumu (2014). Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2014. Erişim tarihi 06.04.2024. http://www.tuik.gov.tr/PreHaber Bultenleri.do?id=18855 adresinden alındı.

Türkiye İstatistik Kurumu (2017). Ölüm Nedeni İstatistikleri. Erişim Tarihi: 26. 12.2023. http://tuik.gov.tr//PreHaberBültenleri.do?id=27620 adresinden alındı.

Türkiye İstatistik Kurumu (2020). Türkiye Sağlık Araştırması, Ankara: TÜİK. Erişim tarihi 01.04.2023. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=TurkiyeSaglik-Arastirmasi-2019-33661 adresinden alındı.

Uğurlu, Ş. B. (2013). Yaşlılık ve kalp cerrahisi. *Turkiye Klinikleri Cardiology-Special Topics*, 6(1), 39-43.

Üstündağ, H., ve Zengin, N. (2008). Baş boyun kanseri nedeni ile cerrahi giriŞim geçiren hastaların öz bakım gücünün değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi HemŞirelik Yüksek Okulu Dergisi,* 11, 63-68.

Varbo, A., Benn, M., Tybjærg-Hansen, A., Jørgensen, A. B., Frikke-Schmidt, R., Nordestgaard, B. G. (2013). Remnant cholesterol as a causal risk factor for ischemic heart disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 61(4), 427-436.

Velioğlu, P. (2012). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar.* 2. Baskı, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, s. 319-336.

Xu, J., Ye, C., Peng, F., Lv, H., Tang, W., ve Xu, C. (2024). Impact of Combined Exercise Rehabilitation and Continuous Health Education on the Quality of Life and Mental Health of Patients Post-Coronary Stent Implantation. In *The Heart Surgery Forum*, 27(8), e883-e890

WHO (2009). Self-care in thecontext of primary health care. Regional Office for south-east Asia. Erişim Tarıhi: 19.08.2024 https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/206352/B4301.pdf?sequence=1&isAllowed=y adresinden alındı.

WHO. (2014). Regional Office for South-East Asia Self care for health. Regional Office for South-East Asia. Erişim Tarihi: 26.11.2023https://apps.who.int/iris/handle/10665/205887 adresinden alındı.

WHO (2014). Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014, Erişim tarihi 18.07.2023. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1 adresinden alındı.

WHO. (2023). Cardiovascular diseases, World Health Organization; Erişim Tarihi: 20.05.2023https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1 adresinden alındı.

Yavaş Çelik, M. (2019). Orem'in Öz Bakım Eksikliği Kuramı ve bu kurama göre sağ ayak bileği ve pelvis kırığı olan hastanın hemşirelik bakımı. *Sağlık ve Toplum*, 29(3), 99-104.

Williams, L.S. ve Bradford, J.L. (2015). *Understanding the Cardiovascular System. In* L.S. Williams ve P.D. Hopper (Eds.). "Understanding Medical Surgical Nursing". (5th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company; 387-415.

Yavuz, M. E. ve Gürsoy, A. (2021). Kanser olan hastalara verilen eğitimin öz bakıma etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi,* 4(2), 273-279.

Yıldırım, M.Ş. (2015). Kalp transplantasyonlarında pulmoner rehabilitasyon. *Toraks Cerrahisi Bülteni,* 6, 28-44.

Zan, S., Yapıcıoğlu, H., Erdem, S., Özlü, F., Satar, M., Özbarlas, N., vd. (2015). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde son beş yılda izlenen konjenital kalp hastalarının retrospektif incelenmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 58, 7-16.

Zengin, H. (2012). Ateroskleroz patogenezi. *Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi,* 29(3), 101-106.

Zhu, T., Liu, H., Han, A., Gu, H., ve Li, X. (2021). Orem's self-care to treat acute coronary syndrome after PCI helps improve rehabilitation efficacy and quality of life. *American Journal of Translational Research*, 13(4), 2752-2762.

EKLER

Ek 1 . Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge” ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

Ek 2. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu

1:YAŞ:

2:CİNSİYET: KADIN( ) ERKEK( )

3. BOY UZUNLUĞU;…….. **VÜCUT AĞIRLIĞI**:……..

4. EDENİ DURUMU: EVLİ( ) BEKAR( )

5. EĞİTİM DURUMU

( ) OKUR-YAZAR DEĞİL

( ) OKUR-YAZAR/İLKOKUL

( ) ORTAOKUL

( ) LİSE

( ) ÜNİVERSİTE

( ) DİĞER……..

6. ÇALIŞMA DURUMU: ÇALIŞIYOR( ) ÇALIŞMIYOR( )

7. GELİR DURUMUNUZ

GELİR GİDERDEN AZ ( )

GELİR GİDERE DENK ( )

GELİR GİDERDEN FAZLA( )

8. KRONİK HASTALIK: VAR( ) YOK( )

VARSA KRONİK HASTALIK: HİPERTANSİYON ( ) DİYABET ( ) KALP –DAMAR HASTALIKLARI ( ) DİĞER: …….

9. DAHA ÖNCE AMELİYAT OLDUNUZ MU? EVET( ) HAYIR( )

10. DÜZENLİ KULLANDIĞINIZ İLAÇLAR VAR MI?

EVET ( )

HAYIR ()

11. SİGARA KULLANIYOR MUSUNUZ?

( ) EVET

( ) HAYIR

12. ALKOL KULLANIYOR MUSUNUZ?

( ) EVET İSE NE KADAR……

( ) HAYIR

13. AİLENİZDE BAŞKA KALP HASTALIĞI OLAN VAR MI?

( ) EVET

( ) HAYIR

Ek 3. Öz Bakım Gücü Ölçeği

İfadeler	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	( )	( )	( )	( )	( )
2.Kendimi beğeniyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
3.Sağlığımla ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	( )	( )	( )	( )	( )
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.	( )	( )	( )	( )	( )
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	( )	( )	( )	( )	( )
7.Kendime bakamadığım zaman, yardım ararım.	( )	( )	( )	( )	( )
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	( )	( )	( )	( )	( )

9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	( )	( )	( )	( )	( )
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	( )	( )	( )	( )	( )
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	( )	( )	( )	( )	( )
12.Dengeli beslenirim.	( )	( )	( )	( )	( )
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınırım.	( )	( )	( )	( )	( )
14.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.	( )	( )	( )	( )	( )
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hakettiğime inanıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
17.Kararlarımı sonuna kadar uygularım.	( )	( )	( )	( )	( )
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
19.Sağlığımla ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygularım.	( )	( )	( )	( )	( )
20.Kendimle dostum.	( )	( )	( )	( )	( )
21.Kendime iyi bakarım.	( )	( )	( )	( )	( )
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	( )	( )	( )	( )	( )
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	( )	( )	( )	( )	( )
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	( )	( )	( )	( )	( )
25.Yaşam bir zevktir.	( )	( )	( )	( )	( )
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	( )	( )	( )	( )	( )

28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	( )	( )	( )	( )	( )
29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemez ve geçmesini beklerim.	( )	( )	( )	( )	( )
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım	( )	( )	( )	( )	( )
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	( )	( )	( )	( )	( )

Ek 4. Ölçek Kullanım İzni

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge” ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

Ek 5. Etik Kurul İzni

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge” ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

Ek 6. Kurum İzni

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ÖZ GEÇMİŞ

Zümrüt BALABAN

Eğitim

Lisans	2011	T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ön Lisans	1998	T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Lise	1993	Mehmet Akif Ersoy Lisesi
İlköğretim	1990	Yeni çiftlik Yatılı İlköğretim Bölge Okulu

İş/İstihdam

2005- Halen: İÜC. Kardiyoloji Enstitüsü-Hemşire
2002-2005: İstanbul Florance Nightingale Hastanesi-Hemşire
1999-2002: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi-Hemşire

Mesleki Birlik/Dernek Üyelikleri

Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği
Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği
Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi