

**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**KORONER ARTER BYPASS GREFT YAPILAN
HASTALARIN FİZYOTERAPİ BEKLENTİLERİ VE KAYGI
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

BURÇAK ÖCAL

**FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**GAZİANTEP
2019**

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KORONER ARTER BYPASS GREFT YAPILAN
HASTALARIN FİZYOTERAPİ BEKLENTİLERİ VE KAYGI
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

BURÇAK ÖCAL

Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı'nın
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tezli Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ GÜNSELİ USGU

GAZİANTEP 2019



**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
YÜKSEK LİSANS KABUL VE ONAY FORMU**

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Burçak ÖCAL tarafından hazırlanan “Koroner Arter Bypass Greft Yapılan Hastaların Fizyoterapi Beklentileri ve Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi” başlıklı tez 23/10/2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu **başarılı** bulunarak jürimiz tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Görevi

Unvanı, Adı ve Soyadı

İmzası:

Kurumu/Üniversitesi

Tez Danışmanı

Dr.Öğr.Üyesi. Günseli USGU
Hasan Kalyoncu Ü. SBF

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Yavuz YAKUT
Hasan Kalyoncu Ü. SBF

Jüri Üyesi

Prof. Dr. İpek YELDAN
İstanbul Ü. SBF

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

Prof. Dr. Ayla YAVA
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince akademik bilgi ve deneyimlerini paylaşarak çalışmamın oluşması, içeriğinin düzenlenmesi ve sonuçlarının yorumlanmasında değerli fikirleri ile yol göstermiş olan danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Günseli USGU'ya, birbirinden değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Yavuz YAKUT 'a ve Sayın Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR 'a, Öğr. Gör. Dilek YAMAK'a,

Tezimin her aşamasına gösterdiği ilgi için, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum sevgili hocam Op. Dr. Bayram YILMAZKAYA ve çalışma ekibine,

Lisans eğitiminden sonra mesafelerce uzaktan hayatıma yön vermeyi becerebilen ve tez çalışmam sırasında büyük desteğini benden esirgemeyen arkadaşım Uzm. Fzt Mehmet Tahsin İNCEER'e

Çalışmama görüşleriyle destek olan Uzm. Fzt. Tahir DEDEOĞLU'na ve diğer fizyoterapist arkadaşlarıma,

Yüksek lisans eğitimime başlamamda beni yüreklendiren sayın Dr. Öğr. Üyesi Gökmen YAPALI'ya,

Çok kısa zaman önce tanışıp yıllarca süreceğim yolu kat etmeme yardım eden arkadaşlarım Gülnur VURAL, Füsun AYGÜLER, Ünal ÜSTÜNDAĞ'a ve gerek varlıkları gerek yokluklarıyla hayat amacıma ulaşmama katkı sağlayan herkese,

Tez verilerini girmemde büyük katkısı olan kardeşim Mahmut Ali Murat Öcal ve arkadaşları Volkan DURDU, Can ÇIRA ve Toprak ÖZCAN'a,

Tezimi yazarken sonsuz sabrı ve tüm teknolojik bilgisiyle bana yardımcı olan kız kardeşim Buket ÖCAL ASLAN ve eşi Muhammed Naci ASLAN'a,

Hayatımın her döneminde verdikleri koşulsuz sevgi, gösterdikleri sonsuz destek ve çabaları için canım annem ve babam Şenay-Ömer ÖCAL'a, her biri her birinden değerli ve önemli, üyesi olmaktan gurur duyduğum ve varlıklarına her an şükrettiğim aileme,

sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Burçak Öcal, Koroner Arter Bypass Greft Yapılan Hastaların Fizyoterapi Beklentileri ve Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep 2019. Bu çalışma, Koroner Arter Bypass Greft (KABG) ameliyatı olan hastaların hayatına anlam veren beklentileri, amaçları, kaygı ve endişelerinin fizyoterapistin beklentileriyle uyum içinde olup olmadığını incelemek amacıyla yapıldı. Çalışmaya yaş ortalaması 59,8±9,5 yıl olan 18 kadın, 59 erkek toplam 77 olgu alındı. Olguların yaşam kalitelerini değerlendirmek için Kısa Form-36 (SF-36) ve Hasta Tarafından Oluşturulan Endeks (HTOE), hareket korkusunu değerlendirmek için Tampa Kinezyofobi Ölçeği, anksiyete düzeyini değerlendirmek için Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) uygulandı. Türkçe versiyon çalışması olmayan ve hastaların yaşam kalitesini etkileyen alanları değerlendirmek için kullanılan “Hasta Tarafından Oluşturulan Endeks (HTOE)”in Türkçe versiyon çalışması kronik kalp hastası 31 bireyde yapıldı. Test-tekrar test güvenilirliği (Intraclass Correlation Coefficient-ICC) ve iç tutarlılık güvenilirliği (Cronbach α) test edildi. İç tutarlılık güvenilirliğinin ($\alpha=0,96$) ve test tekrar test güvenilirliğinin (ICC=0,96) yüksek düzeyde olduğu belirlendi. KABG ameliyatı olan olgulara servise alındıkları ilk gün solunum rehabilitasyonu eğitimi verildi ve post- op 1. gün ve 5. gün uygulanarak eğitimin kontrolü sağlandı. Değerlendirmeler post-op 1.gün, 5.gün ve 5.hafta yapıldı. Çalışmamızın sonucunda; KABG ameliyatı olan hastaların kardiyopulmoner rehabilitasyon sürecinde hayatına anlam veren beklentileri, amaçları, kaygı ve endişelerinin fizyoterapistin beklentileriyle uyum içinde olduğu ve bu uyumun giderek artış gösterdiği görüldü. Aynı zamanda hastaların yaşam kalitesinde artış, hareket korkusu ve durumluluk anksiyetesinde azalma olduğu görüldü ($p<0,005$). Birinci değerlendirmede hastalar ile fizyoterapist sırasıyla solunum problemi, insizyon ağrısı, bağımsızlık kaybı, genel ağrı, ruh hali alanlarında tamamen uyum göstermişlerdir. İkinci değerlendirmede de uyum tamamen yakalanmışken alanlar solunum problemi, uyku problemi, insizyon ağrısı, kabızlık, ruh hali, bağımsızlık kaybı sıralaması şeklinde değişmiştir. Son olarak üçüncü değerlendirmede de yine hasta ve fizyoterapist arasında tamamen uyum solunum problemi, genel ağrı, uyku problemi, insizyon ağrısı, ruh hali, sosyal yaşam alanlarında gözlemlendi. Hastaların beklentileri ile fizyoterapistin beklentilerinin uyumuna bakıldığında; birinci değerlendirme için %66, ikinci değerlendirme için %68,6, üçüncü değerlendirme için ise %70,3 uyumlu olduğu bulundu. Bu durum tedavinin etkinliği açısından çok önemlidir. HTOE, fizyoterapi hedefleri belirlenirken hastaların beklentilerinin göz önünde bulundurularak hasta merkezli tedavi yaklaşımları oluşturulması açısından önem teşkil etmektedir. Bu çalışma kullanılabilirliği, geçerliliği ve güvenilirliği açısından HTOE’i klinisyenlerin kullanımına hazırlamıştır. Gelecekte HTOE’in kontrollü ve uzun süreli klinik çalışmalarda kullanılmasına ağırlık verilmelidir.

Anahtar kelimeler: Koroner Arter Bypass Greft, Yaşam Kalitesi, Hasta Tarafından Oluşturulan Endeks (HTOE), Kinezyofobi, Anksiyete

ABSTRACT

Burçak Öcal, Investigation of Physiotherapy Expectations and Anxiety Levels of Patients with Coronary Artery Bypass Graft Surgery, Hasan Kalyoncu University, Institute of Health Sciences, Department of Physiotherapy and Rehabilitation, Master's Thesis, Gaziantep 2019. The aim of this study was to investigate the extent to which patients and physiotherapists agree on the area such as expectations, goals, concerns, and anxiety following a Coronary Artery Bypass Graft (CABG) surgery. The study included, 18 women and 59 men, a total of 77 patients, with a mean age of 59.8 ± 9.5 years. SF-36 short form for health-related quality of life and Patient Generated Index (PGI), Tampa Scale for Kinesiophobia for the fear of movement, and State-Trait- Anxiety Inventory first version (STAI-1) for anxiety were administered. Turkish translation study of the PGI, which aims at measuring patients' life expectations and health-related quality of lives, was conducted on 31 patients with chronic cardiac disease. Test-retest reliability (Interclass Correlation Coefficient) and Internal Consistency Reliability (Cronbach α) were tested. It showed acceptable test-retest reliability (ICC = 0.96) and Internal consistency reliability ($\alpha = 0.96$). Patients who underwent a CABG surgery received a respiratory rehabilitation training in the in-patient unit and the training was repeated post-op day 1 and day 5. The questionnaires were administered post-op day 1, day 5, and week 5. Our study showed that patients' life expectations, goals, concerns, and anxiety were compliance with the physiotherapists', and this compliance increases gradually. Moreover, a significant increase in the HRQL, a significant decrease in kinesiophobia and in anxiety were observed ($p < 0.005$). The first PGI administration showed a perfect compliance between patients and physiotherapist on respiratory problems, incision pain, loss of independence, general pain, and mood. The second PGI administration also showed a perfect compliance but the areas changed to respiratory problems, sleep problems, incision pain, constipation, mood, loss of independence. Lastly, the third PGI administration also showed a perfect compliance between patients and the physiotherapist on respiratory problems, general pain, sleep problems, incision pain, mood, social participation. For compliance between patients and physiotherapist; first administration showed 66%, second administration showed 68.6%, and third administration showed 70,3% agreement level. Patients' expectations and physiotherapists expectations were in perfect compliance. This is very important in terms of the effectiveness of treatment approaches. PGI is an advantageous index measure for physiotherapist to develop patient-centered physiotherapy treatment approaches in consideration with patients' expectations. This study showed that PGI is a valid and a reliable index measure that can be used in clinical practice and in research to measure health-related quality of life. Future studies should focus on the use of the PGI in randomized-controlled and longitudinal studies.

Key words: Coronary bypass surgery, Health-Related Quality of life, Patient Generated Index (PGI), Kinesiophobia, Anxiety

İÇİNDEKİLER

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI	
TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	i
TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI.....	i
ŞEKİL DİZİNİ.....	ii
TABLO DİZİNİ.....	iii
SEMBOLLER/ KISALTMALAR LİSTESİ.....	iv
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1 Koroner Arter Hastalığı	4
2.2 Kardiyopulmoner Rehabilitasyon	5
2.2.1 Solunum Egzersizleri	5
2.3 Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı ve Yaşam Kalitesi	7
2.4 Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı ve Kinezyofobi	8
2.5 Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı ve Anksiyete	8
3.BİREYLER VE YÖNTEM.....	10
3.1 Bireyler	10
3.2 Yöntem	10
3.2.1 Değerlendirmeler.....	12
3.3 İstatistiksel Analiz	16
4.BULGULAR.....	17
4.1 Bireylerin Fiziksel Özellikleri ile İlgili Bulgular	17
4.2 Araştırma Bulguları.....	18
4.2.1 Grup içi Değerlendirmeler	18
4.2.2 Hasta Tarafından Oluşturulan Endeks(HTOE).....	19
4.2.3 Gruplar Arası Korelasyon (HTOE ve Diğer Ölçeklerin Korelasyonu)	22
5.TARTIŞMA	25
5.1 Yaşam Kalitesi	25
5.2 Kinezyofobi ve Anksiyete.....	30
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	34
6.1 Çalışmanın Limitasyonları.....	34
KAYNAKLAR	36
EKLER.....	46
Ek-1 Yönetim Kurulu Tutanağı	
Ek-2 Etik Kurul Onayı	
Ek-3 Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararı	

- Ek-4 Tampa Kinezyofobi Ölçeği**
Ek-5 STAI-1 Durumluluk Anksiyete Ölçeği
Ek 6 Kısa Form-12 (sf-12) Yaşam Kalitesi Ölçeği
Ek7 Hasta Tarafından Oluşturulan Endeks(HTOE)
Ek-8 Gönüllüleri Bilgilendirme Formu
Ek-9 Hasta Değerlendirme Formu
Ek-10 Çalışmanın Yapıldığı Hastaneden Alınan İzin Belgesi
Ek-11 İntihal Raporu Formu
Ek-12 Özgeçmiş



TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum "Koronar Arter Bypass Greft Yapılan Hastaların Fizyoterapi Beklentileri ve Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi" başlıklı çalışmamın tarafıma, bilimsel ahlak ve geleneğe aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

09/07/2019

Burcak Ocal



ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 3.1 Solunum Egzersizleri ve İnsentif Spirometre Kullanımı	12
Şekil 4.1 Eşlik Eden Hastalıklar.....	17
Şekil 4.2 Değerlendirmeler	18



TABLO DİZİNİ

Tablo 4.1 Bireylerin Yaş Dağılımı	17
Tablo 4.2 Değerlendirmeler	18
Tablo 4.3 1. ve 2. Değerlendirmenin Grup İçi Karşılaştırılması.....	18
Tablo 4.4 2. ve 3. Değerlendirmenin Grup İçi Karşılaştırılması.....	19
Tablo 4.5 1. ve 3. Değerlendirmenin Grup İçi Karşılaştırılması.....	19
Tablo 4.6 1.Değerlendirme Hasta-Fizyoterapist Uyum	21
Tablo 4.7 2.Değerlendirme Hasta-Fizyoterapist Uyum	21
Tablo 4.8 3.Değerlendirme Hasta-Fizyoterapist Uyum	22
Tablo 4.9 HTOE ve Diğer Ölçek Sonuçları Arasındaki Korelasyon.....	23
Tablo 4.10 HTOE ve Diğer Ölçek Sonuçları Arasındaki Çapraz Korelasyon	24



SEMBOLLER/ KISALTMALAR LİSTESİ

KAH	Koroner Arter Hastalığı
KABG	Koroner Arter Bypass Greft
CBS	Coronary Bypass Surgery
PGI	The Patient-Generated Index
HTOE	Hasta Tarafından Oluşturulan Endeks
SF-36	Short Form-36 (Kısa Form-36)
DM	Diabetes Mellitus
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri
ICC	Intraclass Correlation Coefficient
HRQoL-15D	Health-Related Quality Of Life 15-Dimensional
STAI-1	State-Trait- Anxiety Inventory 1st

1. GİRİŞ

Dünya geneline bakıldığında kardiyovasküler hastalıklardan (KVH) kaynaklanan ölümler tüm ölümlerin %30'unu oluşturmaktadır (1). 16.yy'da dokunulmayan kalbe günümüzde teknolojinin ve bilimin geldiği bu noktada her çeşit müdahale uygulanabilmekte ve böylece risk faktörlerindeki azalma ile birlikte revaskülarizasyon tekniklerindeki ilerleme ve medikal tedavilerin yaygınlaşmasına bağlı olarak KVH'a bağlı ölümlerin azaldığı görülmüştür (1,2). Ülkemizde de KVH en önemli mortalite sebebidir. Türk Kardiyoloji Derneği'nin yaptığı Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasının sonuçları doğrultusunda her yıl yaklaşık 250-300 bin yeni koroner arter hastası bu gruba eklenmektedir (1,4).

Koroner arter hastalığı (KAH) en sık görülen KVH'tır. Kanı miyokarda ileten koroner arterlerin ateroskleroz nedeniyle miyokardın oksijenizasyonunun bozulmasından kaynaklanmaktadır (4). Koroner arter hastalarına uygulanan cerrahi teknikler arasında en sık kullanılan Koroner Arter Bypass Greft (KABG) ameliyatıdır. Koroner arter bypass greftleri, damarlardaki tıkanıklığın etrafından dolaşarak kanın doğrudan aorttan kalp kasına akmasına izin verir. Böylelikle koroner damar/damarlardaki tıkanıklık, bypass tekniği ile aşılmış olur. Bu cerrahi operasyon ile kan miyokarda gönderilerek miyokardın perfüzyonu sağlanmış olunur (5,6). Anestezi ve cerrahi tekniklerdeki yenilikler, kardiyopulmoner bypass teknolojisindeki ilerlemeler KABG uygulanarak yapılan açık kalp cerrahisi sonrası sağkalım oranını artırmıştır. Ancak tedavi edici pozitif etkilerine rağmen ameliyat sonrası bireylerde fiziksel, emosyonel ve sosyal farklılıklar gözlemlenmektedir. Bunlardan bazıları beslenme, dinlenme, boşaltım, hareket etme gibi fiziksel aktivitelerini yerine getirmekte yaşanan sorunlardır (7,8). Bunlara ilaveten; pulmoner komplikasyonlar, bacak ve göğüsteki insizyon bölgesinde ağrı, yorgunluk, vücut hareketlerinde kısıtlılık gibi fiziksel problemler ve anksiyete, depresyon, mutsuzluk, stresle başa çıkmada güçlükler, aile içinde rol karmaşıklığı, iş yaşamında değişiklikler, sosyal ilişkilerde ve cinsel yaşamda farklılıklar gibi psikososyal problemler de gözlemlenmektedir (9,10).

KABG sonrası oluşan pulmoner komplikasyonlar sebebiyle göğüs fizyoterapisinin ve bu konuda hastalara verilen eğitimle; hastanede kalış süresini kısaltılması, sağlık maliyetini düşürülmesi, cerrahi işlemin başarısını artırılması ve hasta kazanımı açısından önemli bir rolü vardır (11). Solunum egzersizleri ve yardımcı cihazların kullanımı post operatif dönemde maksimum inspirasyonu uyarak olması gereken solunum paternine ulaşmayı, böylelikle sekresyonun atılmasını, pulmoner enfeksiyon ve atelektazi gelişiminin

önlenmesini sağlamaktadır (12). Kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle hastanede yatan bireylerde gelişen anksiyete, depresyon ve hareket korkusu hastalığın prognozunu negatif yönde etkilemektedir (13,14). Kinezyofobi düzeyinin artması ile bireylere uygulanan kardiyopulmoner rehabilitasyon sürecini etkileyerek hastanın yaşam kalitesinin düşmesine ve hastalığın seyrini etkiler (15). Bireylerin yaşadığı korku ve anksiyete cerrahi sonrası insizyon bölgelerinin geç iyileşmesine ve hastanede yatış süresinin uzamasına sebep olmaktadır (16). KABG ameliyatının ciddiyeti, maliyetinin yüksek olması, iyileşme süresinin uzun olması, ağrı, acıdan korkma, fiziksel aktivitelerde yetersizlik, kendi gereksinimlerini karşılayamama, işe geri dönememe, bilgi eksikliği, ölüm korkusu gibi yaşanan problemler anksiyetenin artmasına sebep olmaktadır (17).

KABG ameliyatlarında bireylerin yaşam kalitesi ameliyat sonrası mortalite oranını etkilemektedir (18). Ameliyat sonrası yaşanan nefes darlığı, yorgunluk, anjina, fiziksel aktivitelerin kısıtlanması, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık kaybı gibi birçok faktör yaşam kalitesinde düşme meydana getirir. Bu problemleri ortadan kaldırmak için yapılan her müdahale ve yönlendirme yaşam kalitesini arttırmakta önemli rol oynar (19). Calman Yaşam kalitesini "*tecrübe ile istek, ihtiyaçların eşleştirildiği kapsam*" ve "*Bir hastanın umutları ve beklentileri ile gerçekte olanın arasındaki boşluğun daraltıldığı kapsam.*" olarak tanımlamıştır (20). Bunun gibi tanımlar yaşam kalitesi kavramının öznelliğini vurgulamıştır. Sağlıkla ilgili sağıtımlarda başarının değerlendirilmesinde nesnel ve öznel iki ayrı ölçüt şekli kullanılır. Ülkemizde nesnel ölçütlere oranla daha az kullanılan öznel ölçütler hastanın kendi öz bildirisini yaptığı ölçütlerdir. Günümüzde tıp hasta odaklı tedavilere yoğunlaşarak; hastaların biyomedikal parametreleri kadar subjektif olan psikososyal parametrelerinin de önem kazanmasını sağlanmıştır (21,22). Bireylerin öz bildiri yaptığı değerlendirmeler dışında dış gözlemcilerin (klinisyen, hasta yakını) yaptığı değerlendirmelerde; hastanın durumu hesaba katılarak kendi bakış açısıyla yaşam kalitesini değerlendiren vekil ölçümler tıpta başvurulan yöntemlerdendir ve sağııtımın hasta odaklı olmasına olanak tanımaktadır (22,24). Durumun, hastalığın ve tedavisinin, hastanın önemli olarak tanımladığı yaşam kalitesinin farklı yönleri üzerindeki etkisini ölçen bir öz bildiri anketi olan Hasta Tarafından Oluşturulan Endeks (HTOE) bireylerin sadece yaşam kalitesini değil bununla birlikte beklentilerini de değerlendiren bir öz bildirim anketidir (25,26).

Bu çalışmanın amacı, KABG ameliyatı olan hastaların hayatına anlam veren beklenti ve amaçları, kaygı ve endişelerinin fizyoterapistin beklentileriyle uyum içinde olup olmadığını incelemektir. Tedavinin çok boyutlu yönlerinin incelenmesi ve etkinliğinin

arttırılması için hastaların subjektif bir biçimde yaşam kalitesini ve beklentilerini etkileyen etmenleri değerlendirmesine imkan sağlayan Hasta Tarafından Oluşturulan Endeksi Türk toplumuna uyarlayarak Türkçe literatüre kazandırılması hedeflendi. Bu çalışmanın kardiyopulmoner rehabilitasyon sürecindeki çalışmalara ve klinisyenlere yön vereceğini düşünmekteyiz.

Çalışmanın hipotezleri;

KABG ameliyatı olan hastaların kardiyopulmoner rehabilitasyon sürecinde hayatına anlam veren beklenti ve amaçları, kaygı ve endişeleri fizyoterapistin beklentileriyle uyumlu değildir

KABG ameliyatı olan hastaların kardiyopulmoner rehabilitasyon sürecinde hayatına anlam veren beklenti ve amaçları, kaygı ve endişeleri fizyoterapistin beklentileriyle uyum içindedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Koroner Arter Hastalığı

Kalbin oksijenizasyonundan sorumlu 4 ana arter vardır. Bunlar; sağ koroner arter (RCA), sol ana koroner arter (LMCA), sol ön inen arter (LAD) ve sol sirkumfleks (LCX) arterdir (27). Koroner arterler aracılığıyla kalbin kasılmasını sağlayan miyokard kasının oksijenizasyonu gerçekleşmektedir. Koroner arter hastalığı, çoğunlukla ateromatöz bir plakla bu koroner arterlerde kan akımının azalması ya da tıkanması gibi miyokardın oksijenizasyonunu bozan türlü faktörlerin sebep olduğu hastalık olarak adlandırılmaktadır. Koroner arter hastalıkları genel olarak üçe ayrılmaktadır. Bunlar, angina pectoris, miyokard infarktüsü ani iskemik ölümdür (27,28).

Anjina pectoris: Göğüs ağrısı sendromu olarak da tanımlanırken en çok karşılaşılan koroner arter hastalığıdır. Anjina pectoris koroner arterlerde oluşan daralma nedeniyle miyokard kasının oksijenizasyonu azaldığı zaman ortaya çıkmaktadır. Göğüsteki ağrının sebebi miyokard kasının oksijenizasyonu ile ilişkilendirilmektedir (29).

Miyokard infarktüsü: Koroner arter hastalığının bir diğer tipi olan miyokard infarktüsü ise, miyokardiyal oksijen alışverişi sırasındaki dengesizlik sonucu oluşan miyokard doku nekrozuyla meydana gelen klinik semptomdur. Koroner kan akımı bir pıhtı ya da yağlı bir oluşum tarafından bir süre kesintiye uğrarsa miyokard infarktüsü (MI) ile sonuçlanan miyokardiyumun ölümü gerçekleşir (30).

Ani İskemik Ölüm: Önceden gizli veya bilinmeyen kalp hastalığı olan hastada, travma vb. bir olay olmadan doğal seyirli, semptomu olmayan, bir saat içinde ortaya çıkan ani ölümdür (31).

Günümüzde orta ve ileri yaş gruplarında küresel mortalite oranının %30'unu oluşturan koroner arter hastalıkları en önemli ölüm nedenlerinden biridir (1,32). Son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de mortalitenin ve morbiditenin başlıca nedeni olarak dikkati çekmektedir ve Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yürütülen Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasının verilerine göre Türkiye'de her yıl yaklaşık olarak 250-300 bin yeni koroner arter hastasının olması beklenmektedir (3,4). 2012 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) nün yaptığı araştırmada koroner arter hastalıkları sebebiyle ölümlerin dünyada tahminen 17,5 milyon kişiyi bulduğunu ve 2030 yılına kadar bu rakamın 23 milyondan fazla olabileceği belirtilmektedir (32). Risk faktörlerindeki

azalmaya, medikal tedavinin yaygınlaşmasına ve revaskülarizasyon tekniklerindeki gelişmelere bağlı olarak Koroner Arter Hastalıkları kaynaklı ölümler azalmıştır (2).

2.2 Kardiyopulmoner Rehabilitasyon

Dünyada kardiyopulmoner rehabilitasyon 1970 yıllarında solunum problemi olan ya da cerrahi operasyon geçiren bireylere uygulanmaya başlanmıştır (33). Koroner arter bypass greft ameliyatı olan bireyler ameliyat sırasında kalp akciğer pompasına bağlı iken akciğerin hareketli olmasının operasyon bölgesindeki alanı kısıtlaması nedeniyle mekanik ventilasyon durdurulur. Böylelikle operasyon alanı genişler ve cerrahın işi kolaylaşır (34). Koroner arter bypass greft ameliyatı olan bireylerde akciğer rezervine bağlı olarak farklı oranlarda plevral değişimler ve pulmoner kollaps meydana gelmektedir (35). Ameliyat sırasında ventilasyonun durdurulmasıyla pulmoner perfüzyonun azalması, akciğerin kollabe olması ve iskemi oluşması sebebiyle olguların %64'ünde ameliyat sonrası atelektazi meydana geldiği bilinmektedir (36). Açık kalp ameliyatları sonrasında meydana gelen pulmoner fizyolojik anormallikler ventilasyon ve oksijenizasyonun bozulmasına sebep olan en önemli komplikasyonlardır. Ameliyatta toraksın açılması pulmoner enfeksiyon için zemin hazırlamayabilmekte ve kalıcı olmayan solunum bozukluğu gelişebilmektedir. Operasyon sonrasında uygulanan fizyoterapinin gelişebilecek; atelektazi, permeabilite ödemi, pulmoner emboli, pnömotoraks, pulmoner enfeksiyon, uzamış mekanik ventilasyon, pnömoni, solunum yetmezliği gibi problemlerin önlenmesine yönelik tedbirler almak kardiyopulmoner rehabilitasyonun birincil amacıdır (11,37). Yapılan çalışmalar; pulmoner komplikasyonlar sebebiyle göğüs fizyoterapisine ve bu konuda hastaların eğitimle bilinçlendirilmesine en erken dönemde başlaması gerektiğini vurgulamaktadır. Böylece hastanede kalış süresini kısaltarak sağlık maliyetini düşürüp, cerrahi işlemin başarısını arttırmak ve hasta kazanımı amaçlanmaktadır(11,38). Pulmoner rehabilitasyon uygulanan bireylerde sekresyon ve kan birikimi, atelektazi, parsiyel oksijen basıncı düşmesi gibi komplikasyonlardan uygun bir rehabilitasyon programıyla aşırı sekresyonun atılması, pulmoner ventilasyonun sağlanması, fiziksel kas tonusunun korunması ve mobilitenin sağlanması ve hastanın bağımsızlığa kavuşması amaçlanır (12).

2.2.1 Solunum Egzersizleri

Solunum egzersizleri ve yardımcı cihazların kullanımı post operatif dönemde maksimum inpirasyonu uyararak olması gereken solunum paternine ulaşmayı, böylelikle

sekresyonun atılmasını, pulmoner enfeksiyon ve atelettazi gelişiminin önlenmesini hedeflemektedir (12,39).

Diafragmatik solunum egzersizleri: Solunum işinin %65'ini yapan diyafram kası, solunumun en önemli kasıdır ve düşük hacimli akciğerde temel inspiratuar pompa görevi yapar. Diafragmatik solunum yapılırken; Bir el karın diğer el göğüse yerleştirilerek bireyden karnına doğru yavaş ve derin nefes alması istenir.

Büzük Dudak Solunumu: Burundan alınan nefesin dudakları büzerek uzun bir ekspirasyonla dışarı verildiği bu teknikte havayolu kollapsını önlemek, gaz transferini iyileştirmek için kullanılır. Bu solunum tekniğinde nefes verirken abdominal kaslar aktif çalışır.

Segmental Solunum Egzersizleri: Toraksın hareketliliğini artırmaya ve sekresyon atımına yardımcı olan bu teknikte bireyden derin bir nefes alması istenir, ekspirasyon fazının sonarında atelettazik bölgeye basınç uygulanır ve bir sonraki inpirasyon fazının sonunda basınç düşürülür. Maksimal inspirasyonda nefesi 3sn tutması istenir bu sayede havanın Kohn porlarına geçişi de sağlanmış olur. Apikal, unilateral, bilateral ve interkostal bölgelerin lokal ekspansiyonu bu teknikle sağlanır.

Postüral Drenaj: Etkilenen akciğer segmentlerinin yerçekimi yardımcı pozisyonlara yerleştirilmesi sekresyonların atılımını kolaylaştırır ve ventilasyon perfüzyon dengesini düzeltir (39,41).

Perküsyon: Akciğerin etkilenen segmenti üzerine fizyoterapistin elini kubbeleştirip ritmik vuruşlar yaparak sekresyon mobilizasyonunu sağlayan tekniktir. Bu teknikte etkili sonuçlar almak için postüral drenajdan faydalanılır.

Vibrasyon: Bireyin ekspirasyon fazında fizyoterapist izometrik kokontraksiyonla üst ekstremitelerini hareket ettirerek toraksta titreşim oluşturur.

Öksürme Teknikleri: Aşırı sekresyonun atılamadığı durumlarda kullanılır. CABG ameliyatlarında insizyonel ağrı bireylerin öksürmesini zayıflattığı için sekresyon atımı güçleşir (12,37,42).

İnsentif Spirometre (İS); Yüksek inspirasyonla, pulmoner volümleri ve diyafram kasının aktivitesinin artmasına yardımcı olan bu cihaz, kullanan bireyin tedaviye aktif katılmasına da sağlamaktadır. Solunum kontrolünü ve total akciğer kapasitesini artırıp atelettaziyi önlemede yararlı ve düşük maliyetli bir cihazdır (12,37,43). İnsentif spirometre

derin solunuma, diafragmatik fonksiyonun iyileşmesine, ağrı ve bozulan mukosilyer klirensi iyileştirici etkisi sebebiyle pulmoner komplikasyon insidansını düşürmek için solunum rehabilitasyonuna dahil edilir (12).

2.3 Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı ve Yaşam Kalitesi

Yaşam Kalitesi, yaşamdan memnun olmayı ve mutlu olmayı içeren genel iyilik durumu için kullanılan bir terimdir. “Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi”, yaşamın farklı boyutları açısından kendinden memnun olabilmek veya bireyin hayattan beklentilerinin ve elde edebildiklerinin arasındaki ayrım olarak tanımlanmaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi için nesnel ve öznel iki farklı grup tamamlayıcı ölçüt şekli kullanılmaktadır. Nesnel olan ölçüt şekli objektiftir ve öncelikli klinik belirti olarak yaşam süresi ve işlevsel duruma ek tedavinin yan etkileri de eklenebilmektedir. Öznel olan ölçüt şekli ise subjektiftir ve bireylerin öz bildiri yaparak kendi durumuyla ilgili bilgi vermesi ‘hasta tarafından bildirilen sonuçlar’ olarak tanımlanmaktadır. Yaygın olarak kullanılan SF-36, SF-12, Dünya Sağlık Örgütü SYK ölçeği (WHOQOL) gibi ölçekler yapılan tedavi ya da tıbbi girişim sonrasında bunlara bağlı değişimi hassas bir şekilde ölçmek sebebiyle kullanılan genel amaçlı ölçeklerdir. Nesnel ölçekler tedavi yöntemlerinin artık bireyler için sınırlı bir noktadan öteye kazanç sağlayamadığı hallerde tedavinin başarısının tespitinde yetersiz kalmaya başlamıştır. Bu durumda öznel göstergelerde nesnel göstergelere ek olarak kullanılmalıdır (21,22). Ameliyat sonrası yaşanan nefes darlığı, yorgunluk, anjina, fiziksel aktivitelerin kısıtlanması, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık kaybı gibi birçok faktör yaşam kalitesinde düşme meydana getirir. Bu problemleri ortadan kaldırmak için yapılan her müdahale ve yönlendirme yaşam kalitesini arttırmakta önemli rol oynamaktadır (19).

Sağlıkla ilgili sağaltımlarda başarının değerlendirilmesinde nesnel ve öznel iki ayrı ölçüt şekli kullanılmaktadır. Ülkemizde nesnel ölçütlere oranla daha az kullanılan öznel ölçütler hastanın kendi öz bildirisini yaptığı ölçütlerdir. Modern tıbbın odak noktası hastalık olan tedavilerin yerine hasta odaklı tedavilere yoğunlaştığı günümüzde hastaların biyomedikal parametreleri kadar subjektif olan psikososyal parametreleri de önem kazanmıştır (21,22). Bireylerin öz bildiri yaptığı değerlendirmeler dışında dış gözlemcilerin (klinisyen, hasta yakını) yaptığı değerlendirmelerde; hastanın durumu hesaba katılarak kendi bakış açısıyla yaşam kalitesini değerlendiren vekil ölçümlerde tıpta başvuru yöntemlerdendir ve sağaltımın hasta odaklı olmasına olanak tanımaktadır (22,23). KABG ameliyatları, gelişen cerrahi ve anestezi teknikleri sayesinde sağkalımı arttırırken oluşabilecek serebral komplikasyon riski en önemli problemlerden birini oluşturmuştur.

KABG kullanılarak yapılan kalp cerrahisinin bireylerde oluşturduğu komplikasyonlardan dolayı bireylerin psikososyal, nöropsikolojik ve duygusal sekelleri değerlendirilmelidir. KABG ameliyatı olan bireylerde yaşam kalitesi etkilenen faktörlerdendir (7,44). Bireylerde yaşanan nefes darlığı yorgunluk, anjina, fiziksel aktivitelerin azalması, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık kaybı yaşaması gibi birçok faktör yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Bu yüzden bu problemleri ortadan kaldırmak için yapılan her müdahale ve yönlendirme yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir. Korkmaz ve Ark.'ı yaptıkları çalışmada KABG sonrası hastalığın prognozunun belirlenmesinde yaşam kalitesinin önemi vurgulanmaktadır (19).

2.4 Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı ve Kinezyofobi

Ağrı algısının yükselmesiyle kişinin hareket etmekten korkup, bu algıyla başa çıkmak için oluşturduğu kaçınma ya da yüzleşme tepkisini 1990 yılında Kori 'aşırı, mantıksız, zayıflatıcı hareket korkusu ve aktivite sonucu yaralanma veya tekrar yaralanmaya karşı savunmasız olma hissi' sözleriyle kinezyofobi olarak adlandırmıştır (45). Vlayen ve ark'ları hareket korkusunu "*Hareket / yeniden yaralanma korkusu; haksız yere yaralanmaya neden olan hareket ve fiziksel aktiviteden kaynaklanan korku*" olarak tanımlamıştır. Tanımladıkları bu algısal davranışsal modelde ağrının tahripkâr etkisi yeniden yaralanma korkusunu arttırarak hareketten kaçınma tepkisini oluşturmakta ve bu da özür ve depresyona zemin oluşturmaktadır (46). Kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle hastanede yatan bireylerde tespit edilen anksiyete, depresyon ve hareket korkusunun hastalığın prognozunu negatif etkilediği ve kinezyofobinin arttığı yapılan çalışmalarda dikkat çekilmiştir (13,14). Kronik bir hastalık olan kardiyovasküler hastalığa bağlı olduğu düşünülen kinezyofobinin, ameliyat sonrası insizyonun etkisi gibi kardiyak olmayan faktörlere de bağlı olabildiği gözlemlenmektedir (15). Kinezyofobi ve yaşam kalitesinin ters orantılı ilişki içinde olduğunu gösteren çalışmalarda, kinezyofobi düzeyinin artması ile bireylere uygulanan kardiyopulmoner rehabilitasyon sürecini negatif yönde etki ettiği belirtilmiştir (15). KABG ameliyatlarında anksiyete ve korku faktörleri arasında güçlü bir ilişki saptanmış ve bireylerin yaşadığı korku, anksiyetenin cerrahi sonrası insizyon bölgelerinin geç iyileşmesine ve hastanede yatış süresinin uzamasına sebep olduğu gözlemlenmiştir (16,47).

2.5 Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı ve Anksiyete

Anksiyete, içten veya dışardan gelme ihtimali olan bir tehlike beklentisiyle hoş gitmeyen belirsiz endişe ve kaygı durumu olarak tanımlanmakla birlikte herhangi bir

tehlikenin oluşturduğu o anki geçici duruma bağlı yaşanan kaygıya durumluluk anksiyete, çevreden gelen etkenlerden bağımsız ve süreklilik gösteren kaygı durumuna ise süreklilik anksiyete olarak ikiye ayrılmıştır. Anksiyete ve KVH ile ilgili yapılan çalışmalarda aralarında kuvvetli bir ilişki olduğu ve bu hastalıklarla birlikte gözlemlenen psikiyatrik komplikasyonlar arasında ilk sıradadır (49,50). KABG ameliyatlarında ameliyatın kendisi anksiyete kaynağı olabilir. Kalbe yapılacak olan müdahale hastalarda eski yaşamına dönememe endişesi, ölüm korkusu sebebiyle anksiyete riskini yükseltmektedir. Açık kalp ameliyatının iyileştirici olumlu etkilerinin yanında bireylerde sosyal, fiziksel, emosyonel bazı anormallikler yaşandığı Karayağız ve Ark. Tarafından yapılan çalışmada belirtilmiştir (51). Yaygın anksiyete bozukluğu ile KVH arasındaki bağ yapılan çalışmalar sebebiyle bilinmektedir (52). Cerrahi kliniklerde yatan ameliyat olmuş bireyler de ameliyatın ani gelişip tehdit edici olmasından dolayı diğer bölüm hasta ve hastalıklardan daha fazla durumluluk anksiyete yaşamaktadırlar. Dâhiliye kliniklerin de tedavi gören bireylerinse süreklilik anksiyete oranı daha yüksektir. Koroner arter bypass greft cerrahi girişiminden sonra sıklıkla anksiyete, uyku bozuklukları, depresyon, cinsel işlev bozukluğu, ev ve iş yaşamında rol ve statü kaybı gibi sorunların görüldüğü literatürde ifade edilmektedir (53,55). KABG cerrahisinde anksiyete düzeyini yükselten bir diğer durum ise ameliyatın ciddiyeti ve tedavi süresinin uzun oluşudur. Bireylerin fiziksel hareket kısıtlılığı, ağrı ve acıdan korkması, günlük temel ihtiyaçlarını karşılayamaması, işine geri dönememe kaygısı, ölüm korkusu anksiyete oranını etkileyen nedenler arasında belirtilmiştir (56). Anksiyetesi yüksek bireylerde post-op dönemde derin inspirasyon ve öksürme teknikleri sırasında ağrı oluşabileceği korkusu, solunum rehabilitasyonunu ve iyileşme süresini negatif yönde etkilediği bilinmektedir (8).

3. BİREYLER ve YÖNTEM

3.1 Bireyler

Çalışma; KABG ameliyatı olan hastaların hayatına anlam veren beklenti ve amaçları, kaygı ve endişelerinin fizyoterapistin beklentileriyle uyum içinde olup olmadığını incelemek amacıyla yapıldı. Gaziantep NCR International Hospital Kardiyovasküler Cerrahi Kliniğinde gerçekleştirilen bu çalışmaya 01/04/2017- 20/12/2017 tarihleri arasında KABG ameliyatı olan hastalar alındı.

Katılımcılar ve Katılma Kriterleri

Çalışmamıza; yaşları 42-78 arasında değişen 18 kadın, 59 erkek toplam 77 hasta alındı.

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri;

Katılımcıların,

- Koroner arter bypass greft ameliyatı geçirmiş olması
- Bilinç düzeylerinin açık ve koopere olması,
- Ana dilinin Türkçe olması

Araştırmaya dâhil edilmeme kriterleri:

- Kognitif problemi olması
- Gönüllü olmayı kabul etmemesi

Çalışmanın yapılabilmesi için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan 02.05.2017 tarihinde 2017-05 kararınca çalışmamız etik açıdan uygun bulundu (EK 3). Çalışmanın uygulanabilmesi için, Gaziantep NCR International Hospital hastane yönetimine araştırmanın amacı ve yöntemi ile ilgili bilgileri içeren bir dilekçe ile başvuruldu ve hastane yönetiminden izin alındıktan sonra çalışmaya başlandı (EK 10). Çalışmanın amaç ve içeriğinin detaylı anlatıldığı aydınlatılmış onam formu her katılımcıya okutuldu. Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılar gönüllü onam formu imzalayarak katılımını onayladı (EK 8).

3.2 Yöntem

Çalışmaya dahil edilen hastalar servise alındıkları ilk günden itibaren fizyoterapist tarafından değerlendirilerek solunum egzersizleri, postüral drenaj ve pozisyonlama, öksürme

eğitimi, insentif spirometre egzersizlerinden oluşan kardiyopulmoner rehabilitasyon eğitimi verildi. Verilen eğitim Post-op 5. gün kontrol edildi, 1. ve 5. gün fizyoterapist eşliğinde uygulandı. Kardiyopulmoner rehabilitasyon süreci, verilen eğitimle taburculuk sonrası ev programı ile desteklendi. Hastalara ve fizyoterapiste uygulanan HTOE ile fizyoterapistin ve hastanın kardiyopulmoner rehabilitasyon sürecindeki beklentilerinin uyumu değerlendirildi. Değerlendirmeler bireylerin servise alındığı 1.gün, 5.gün ve taburcu olduktan 4 hafta sonra tekrarlandı.

Katılımcıların;

- Demografik bilgileri,
- Yaşam kalitesini değerlendirmek için;

Hasta, Genel Yaşam Kalitesi Anketi SF-12 (kısa form SF-36)

Hasta Tarafından Oluşturulmuş Endeks (HTOE)

Fizyoterapist ise post-op 1. ve 5.gün rehabilitasyon programının eğitimini vererek uygulayıp, her değerlendirmede HTOE leğini hastanın durumunu göz önünde tutarak kendi görüşleri ile doldurdu.

- Kinezyofobiyi değerlendirmek için Tampa Kinezyofobi leği
- Anksiyete, kayđı düzeyini belirlemek için STAI-1 (Durumluluk Kayđı leği) kullanıldı.

Post-op Dönemde Verilen Kardiyopulmoner Rehabilitasyon Eğitimi

KABG ameliyatı olan bireylere servise alındıkları ilk gün solunum rehabilitasyonu eğitimi verildi ve post- op 1. gün ve 5. gün uygulanarak eğitimin kontrolü sağlandı ve bireylerden;

1. Diafragmatik solunum 20 tekrarlı,
2. Segmental solunum 20 tekrarlı,
3. Büzük dudak solunumu 20 tekrarlı yapmaları istendi,
4. Postüral drenaj ve pozisyonları (geçirilen ameliyat sebebi ile belirli pozisyonlar) uygulanarak öğretildi,
5. Perküsyon, vibrasyon hasta yakınına gösterildi,
6. ksrme teknikleri öğretildi,

7. İnsentif spirometrenin kullanımı öğretildi ve düzenli olarak bu egzersizlerin yapılması istendi (Şekil 3.1)



Şekil 3.1 Solunum Egzersizleri ve İnsentif Spirometre Kullanımı

Bireylere solunum egzersizleri dışında mümkün olan en erken dönemde ambulasyon eğitimi verildi. Ambulasyonu tolere edemeyen bireylere yatak kenarı oturma eğitimleri verilerek mobilizasyonları sağlandı ve her bireyin kendi HTOE ölçeğinde belirttiği yaşam kalitesini etkileyen önemli alanlar ile ilgili alınabilecek önlemlerin alınması sağlandı. Ör: uyku problemi, insizyon ağrısı için konsültasyon istendi, ona uygun olarak ilaçları ve tedavisi doktoru tarafından düzenlendi.

Hasta Yakınlarının Eğitimi

Tüm hasta yakınlarına tedaviyle ilgili bilgi verilerek önerilerde bulunuldu. Özellikle solunum rehabilitasyonunun ve sekresyonun atımının önemi, insizyon bölgelerinin nasıl korunması gerektiği anlatıldı.

3.2.1 Değerlendirmeler

Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi

Yaşam kalitesini etkilediği düşünülen klinik durum ve cerrahi tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde genellikle standart objektif bir ölçekle birlikte ve o duruma özel subjektif bir ölçeğin kullanılması önerilmektedir. Ülkemizde bireylerin öz bildirim yaparak

bulunduğu durum ile ilgili bilgi veren subjektif ölçeklerin kullanımı sınırlıdır. Yaygın olarak kullanılan Nottingham Sağlık Profili, SF-36, SF-12 gibi ölçekler yapılan tedavi ya da bireyin durumuyla ilgili değişimi hassas bir şekilde ölçmek sebebiyle kullanılan nesnel ölçeklerdir. Bu ölçekler, tedavi yöntemlerinin artık bireyler için sınırlı bir noktadan öteye kazanç sağlayamadığı hallerde tedavinin başarısının tespitinde yetersiz kalmaya başlamıştır. Bu nedenle öznel ölçekler nesnel ölçeklere ek olarak kullanılmalıdır (22). Bu bilgiler ışığında çalışmamızda yaşam kalitesini değerlendirmek için HTOE ve SF-12 ölçekleri kullanıldı.

Hasta Tarafından Oluşturulan Endeks (HTOE)

HTOE; durumun, hastalığın ve tedavisinin, hastanın önemli olarak tanımladığı yaşam kalitesinin farklı yönleri üzerindeki etkisini ölçer. HTOE bel ağrısı çeken bireylerde yaşam kalitesini ölçmek için Ruta ve ark tarafından geliştirilmiştir. Kanseri ve tedavisi gibi diğer durumlarda da kullanılmıştır (24). HTOE bireylerin sadece yaşam kalitesini değil bununla birlikte beklentilerini de değerlendiren bir öz bildirim anketidir (25). Değerlendirme de ilk olarak bireyin hastalığından ya da gördüğü tedaviden etkilenen 5 hayati faktörü, değerlendirmenin ilk boş 5 alanına yazması istenir. Bireyin primer olmayan hastalıklarından doğan ve yaşam kalitesini etkilediğini düşündüğü bir faktör varsa 6. alana yazması istenir. 7. alana ise hastalık dışı yaşam kalitesini etkileyen faktör varsa yazması istenir eğer yoksa boş bırakılır. İkinci aşamada birey bu faktörlere 0 ile 10 arasında (0=hayal edebileceğin en kötü durumdayım, 10= Tam istediğim gibiyim) nasıl hissediyorsa ona göre bir değer vermelidir. Son olarak bireye toplam 14 hayali puan verilir ve etkilenen faktörlerden en çok hangisini iyileştirmek istiyorsa o oranda bu puanı alanlara paylaşırması istenir. Etkilenen her faktör için verilen ilk değer (nasıl hissettiği) ve ikinci değer (14 puandan bu alana ne kadarını kullandıysa) çarpılmalıdır. Daha sonra her faktörün çarpılan sonuçları toplanarak yaşam kalitesi skorunu belirler. Bu skor 0 ile 140 arasındadır (24,25).

Hasta Tarafından Oluşturulan Endeks (HTOE)'in Türkçeye Uyarlanması

Yaşam kalitesini ölçmek için kullandığımız HTOE'in Türkçe versiyonu olmadığı için ölçek öncelikle Türkçeye çevrildi. Ölçek Türkçeye uygulanırken WHO'nun ölçeklerinin farklı dillere uyarlanması ile ilgili standart protokol uygulandı. Bu protokol uygulanırken izlenen yol sırasıyla; ölçek hedef dile konuyla yakından ilgili iki uzman tarafından çevrildi, hedef dile çevrilen ölçek oluşturulan jüri tarafından görüşüldü, hedef dilden orijinal dile çevrilen ölçekte kavramsal ve kültürel açıdan eşitliliğe bakıldı, çevrilen ölçeğin test edilmesi

ve kavramsal bütünlüğün görüşülmesi için oluşturulan örnek popülasyona uygulandı. Yaptığımız pilot çalışmada; kronik kalp hastası olan 31 bireye 7 gün arayla bu ölçek iki kez uygulandı. Ölçekte anlamakta zorlandıkları madde olup olmadığı sorulan bireyler anlaşılmayan bir madde görmediklerini belirttiler ve yapılan düzeltmeler sonrasında araştırmamızda kullanacağımız HTOE'in Türkçe versiyonuna son hali verilmiş oldu. Test-tekrar test güvenilirliği (Intraclass Correlation Coefficient-ICC) ve iç tutarlılık güvenilirliği (Cronbach α) test edildi. İç tutarlılık güvenilirliğinin yüksek ($\alpha=0,96$) ve test tekrar test güvenilirliğinin (ICC=0,96) yüksek düzeyde olduğu belirlendi.

Kısa Form SF-12

SF-36 Genel yaşam kalitesini değerlendirilme ölçeği 1987 yılında Ware tarafından geliştirilip ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1999 yılında Koçyiğit ve Ark. tarafından yapılmıştır (57). Yapılan çalışmalar akut durumlarda, kısa zamanlı durumlarda yaşam kalitesini değerlendirmek için SF-12'nin amaca uygun olduğunu göstermiştir. Standart SF-36 kronik durumlar için uygulanırken kısa süreli değerlendirmeler için SF-12'nin veri hassasiyetindeki üstünlüğü ve güvenilirliği kanıtlanmıştır. Kısa dönemli ölçümlerde güvenilir olan bu anket soru sayısının az olması sebebiyle klinikte kullanım için avantajlıdır. Bu ölçek sağlığın 8 bileşenini bireyin kendini değerlendirmesi yoluyla ölçmektedir. Bu bileşenler; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel problemlere bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji, ağrı ve sağlığın genel algılanmasıdır (58,59). Sonuçlar SF-12 Fiziksel bileşen skoru ve Mental bileşen skoru şeklinde değerlendirilir. Her sorunun fiziksel ve mental bileşen skorları için kendine ait standardize edilmiş bir değeri vardır. Bu değerler verilen cevaplar doğrultusunda kendi aralarında toplandıktan sonra fiziksel bileşen skoru için bulunan değere 56.57706 değeri, mental bileşen skoru için ise 60.75781 değeri eklenir (60). En düşük değer, en kötü sağlık durumunu ifade etmektedir (59).

Kinezyofobi Değerlendirmesi

Hastaların hareket korkusu Tampa Kinezyofobi Ölçeği ile değerlendirildi. Tampa Kinezyofobi Ölçeği Türkçe versiyonu Yılmaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (61). Tampa Kinezyofobi Ölçeği; 17 sorudan oluşan, hareket korkusunu ve tekrar yaralanma korkusunu ölçmek amacıyla geliştirilen bir ölçektir. Ölçek, iş ile ilişkili aktivitelerde, korku-kaçınma parametrelerini ve yaralanma/tekrar yaralanma parametrelerini içerir (46). Ölçek 4 puanlık Likert hesaplamasıyla hesaplanmaktadır. 4, 8, 12 ve 16. maddeler ters çevrilip

toplandıktan sonra total skor bulunmaktadır. Bu skor 17-68 arasındadır. Bireyin aldığı puan kinezyofobisiyle doğru orantılıdır (62).

Anksiyete Değerlendirmesi

14 yaş ve üzeri genç, öğrenci, hasta ve normal bireylerdeki anksiyete düzeyini ölçmek için Spielberger ve arkadaşları durumluk ve sürekli kaygı envanteri STAI ölçeğini geliştirmiştir. Türkçe versiyon çalışmasını ise A. Le Compte ve N. Öner yapmıştır (63). İlk yirmi sorusu bireyin durum anksiyete düzeyini, diğer yirmi soruda ise sürekli anksiyete düzeyini sorgulayan ölçek 40 sorudan oluşmaktadır. Durum anksiyete ölçeği (STAI-1); bireyin belirli bir anda/ koşulda, kendisini nasıl hissettiğini tasvir etmesini, değerlendirildiği an ve koşulda içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplaması gerekmektedir (63). Bireyler 4'lü likert tipi olan bu ölçekte her ifadeye 1 ile 4 (1=hiç, 2=biraz, 3=orta, 4=çok fazla olacak şekilde) arasında değer vermektedir. Olumlu duyguları dile getiren ifadeler (1,2,5,8,10,11,15,16,19,20) tersine çevrildikten sonra, olumsuz duyguları dile getiren ifadelere (3,4,6,7,9,12,13,14,17,18) verilen değerler toplamından, olumlu duyguları dile getiren ifadelere (1,2,5,8,10,11,15,16,19,20) verilen değerler toplamı çıkarılıp sabit 50 sayısı ile toplanarak toplam Durum Anksiyete Skoru belirlenir (64). Anksiyete oranıyla doğru orantılı bu skor 20 ile 80 puan arasındadır ve 45 puan üstü anksiyeteli olarak değerlendirilmektedir (65).

3.3 İstatistiksel Analiz

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirmesinde ve istatistiksel analizlerde; tanımlayıcı istatistikler, demografik veriler ve ölçümleri yapılan değişkenler sayımla belirlendi, sayı ve % ölçümle belirlendi ortalama standart sapma (\pm) şeklinde gösterilmiştir. HTOE’te hastaların belirlediği 10 alanın frekansları ve bu alanların birinci alan olup olmadıkları hesaplandı.

Grup içi; tedavi öncesi ve sonrası bulguların istatistiği “Wilcoxon Signed Rank Testi” ile yapıldı. Değişkenlerin ortalamaları; aritmetik ortalama \pm standart sapmaları ($X \pm SS$) şeklinde gösterildi.

Değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için Pearson Korelasyon katsayısı kullanıldı. Değişkenlerin sürekli olması ve normale yakın dağılması parametrik bir metot kullanmamıza izin verdi. Korelasyon katsayıları (r) %95 güven aralıkları ile gösterildi. Korelasyon katsayısı iki değişken arasındaki ilişkinin gücünü ve yönünü gösterirken, %95 güven aralığı ise ilişkinin gücünün %95 ihtimalle düşeceği aralığı gösterir. Analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi. Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirmesinde ve istatistiksel analizlerde “IBM SPSS Statistics 20 Command Syntax Reference” programı kullanıldı.

4. BULGULAR

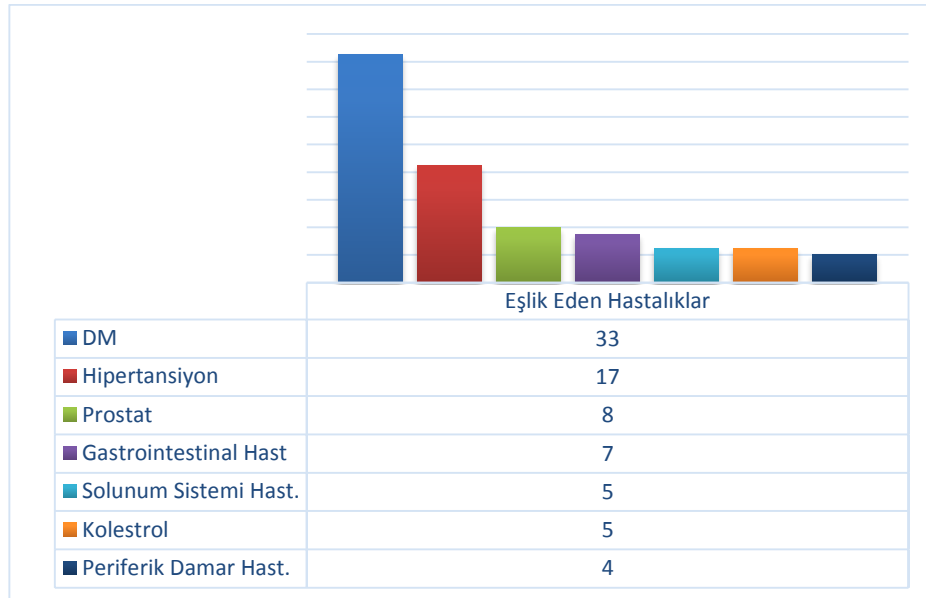
Bu bölümde, KABG ameliyatı olan hastaların hayatına anlam veren beklenti ve amaçları, kaygı ve endişelerinin fizyoterapistin beklentileriyle uyum içinde olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan çalışmamızın bulguları aşağıdadır.

4.1 Bireylerin Fiziksel Özellikleri ile İlgili Bulgular

Çalışma Gaziantep NCR International Hospital Kardiyovasküler Cerrahi Kliniğinde Koroner Arter Bypass Greft ameliyatı olan hastalarla yapıldı. Çalışma grubunda yer alan 77 hastanın yaşları 42-78 arasında değişmekle birlikte yaş ortalaması $59,8 \pm 9,5$ idi. Katılımcıların 18'inin kadın, 59'unun erkekti. Kadınların yaş ortalaması $57,9 \pm 9,9$ erkeklerin yaş ortalaması ise $60,5 \pm 9,2$ olarak bulundu (Tablo 4.1). Eşlik eden hastalıkları incelendiğinde %43'ünde DM, %22'sinde Hipertansiyon olduğu görüldü (Şekil 4.1).

Tablo 4.1 Bireylerin Yaş Dağılımı

	Kadın (n=18)	Erkek (n=59)	Genel (n=77)
	X±SP	X±SP	X±SP
Yaş (yıl)	57,9± 10	60,5± 9,2	59,8±9,4

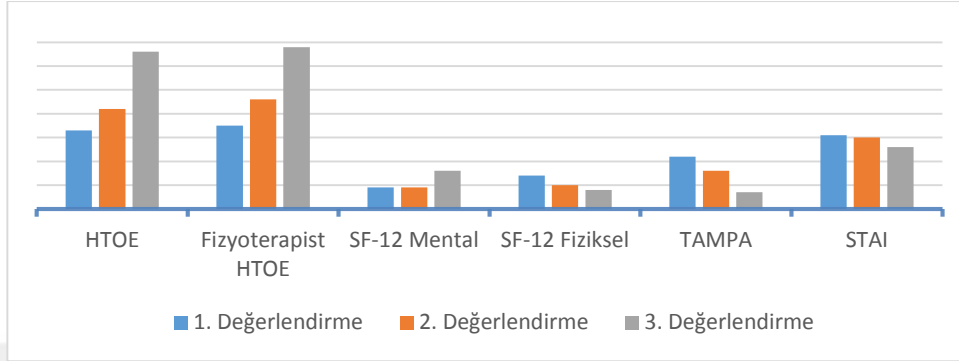


Şekil 4.1 Eşlik Eden Hastalıklar

4.2 Araştırma Bulguları

4.2.1 Grup İçi Değerlendirmeler

Hastaların post-op 1.gün, post-op 5.gün ve taburculuktan 1 ay sonraki grup içi değerlendirmeleri aşağıdaki grafikte gösterildi (Şekil 4.2).



Şekil 4.2 Değerlendirmeler

Tablo 4.2 Değerlendirmeler

Değerlendirmeler	HTOE X±SP	Fizyoterapist HTOE X±SP	SF-12 Mental X±SP	SF-12 Fiziksel X±SP	TAMPA X±SP	STAI X±SP
1. Değerlendirme	58 ± 19	60 ± 13	34 ± 10	39 ± 7	47 ± 8	56 ± 4
2. Değerlendirme	67 ± 18	71 ± 14	34 ± 8	35 ± 6	41 ± 8	55 ± 4
3. Değerlendirme	91 ± 12	93 ± 13	41 ± 7	33 ± 6	32 ± 10	51 ± 3

Tablo 4.3 1. ve 2. Değerlendirmenin Grup İçi Karşılaştırılması

Ölçekler	1. Değerlendirme X±SP	2. Değerlendirme X±SP	Z	P
HTOE	58,46±19,90	67,75±18,08	-4,761	<0,001*
Fizyoterapist HTOE	60,46±13,54	71,10±14,70	-6,159	<0,001*
SF12 Mental	34,73±10,69	34,17±8,73	-0,124	0,901
SF12 Fiziksel	39,53±7,82	35,59±6,66	-5,227	<0,001*
TAMPA	47,07±8,45	41,60±8,88	-5,78	<0,001*
STAI	56,07 ±4,64	55,09±4,39	-1,571	0,116

*p<0,05, Wilcoxon Testi, HTOE hasta tarafından oluşturulan endeks,

Tablo 4.4 2. ve 3. Değerlendirmenin Grup İçi Karşılaştırılması

Ölçekler	2. Değerlendirme X±SP	3.Değerlendirme X±SP	Z	P
HTOE	67,75±18,08	91,69±12,12	-6,778	<0,001*
Fizyoterapist HTOE	71,10±14,70	93,52±13,51	-7,352	<0,001*
SF12 Mental	34,17±8,73	41,91±7,59	-6,344	<0,001*
SF12 Fiziksel	35,59±6,66	33,94±6,45	-1,876	0,061
TAMPA	41,60±8,88	32,43±10,62	-5,901	<0,001*
STAI	55,09±4,39	51,88±3,10	-5,22	<0,001*

* $p<0,05$ Wilcoxon Testi, HTOE hasta tarafından oluşturulan endeks.

Tablo 4.5 1. ve 3. Değerlendirmenin Grup İçi Karşılaştırılması

Ölçekler	1. Değerlendirme X±SP	3.Değerlendirme X±SP	Z	p*
HTOE	58,46±19,90	91,69±12,12	-7,214	<0,001*
Fizyoterapist HTOE	60,46±13,54	93,52±13,51	-7,625	<0,001*
SF12 Mental	34,73±10,69	41,91±7,59	-4,826	<0,001*
SF12 Fiziksel	39,53±7,82	33,94±6,45	-4,689	<0,001*
TAMPA	47,07±8,45	32,43±10,62	-7,024	<0,001*
STAI	56,07 ±4,64	51,88±3,10	-5,658	<0,001*

$p<0,05$, Wilcoxon Testi, HTOE hasta tarafından oluşturulan endeks.

Grup içi değerlendirmelerde; SF-12 mental skoruna bakıldığında ameliyat sonrası 1. ve 2.değerlendirme arasında fark gözlemlenmezken ($p>0,05$), 2.ve 3.değerlendirme arasında ve 1. ve 3.değerlendirme arasında artış bulundu ($p<0,05$). SF-12 fiziksel skorunda ise ameliyat sonrası 1. ve 2. değerlendirmelere ve 1. ve 3. değerlendirmelere bakıldığında artış gözlemlendi ($p<0,05$). Ancak 2. ve 3.değerlendirmeler arasında fark bulunmadı ($p>0,05$). Hastanın verdiği cevaplar doğrultusunda HTOE skorunda; her üç değerlendirmede yaşam kalitesi skorunda artış bulundu ($p<0,05$). Fizyoterapistin vekil ölçüm ile yaptığı 3 değerlendirme de HTOE skorunda artış bulundu ($p<0,05$). Durumluluk anksiyete skorunda 1. ve 2. değerlendirmeler arasında fark gözlemlenmezken ($p>0,05$), 2. ve 3. değerlendirmeler arasında ve 1. ve 3. değerlendirme arasında azalma bulundu ($p<0,05$). Tampa Kinezyofobi skoruna bakıldığında her üç değerlendirme arasında azalma olduğu görüldü ($p<0,05$) (Tablo 4.3, 4.4, 4.5).

4.2.2 Hasta Tarafından Oluşturulan Endeks(HTOE)

Çalışmaya katılanların katılımcıların ve fizyoterapistin HTOE üzerinden hastalığa bağlı belirledikleri 10 en önemli alan ve frekansları Tablo 4.6,4.7,4.8'de gösterilmektedir.

Bu 10 en önemli alanın 8'inde Fizyoterapist ve hastanın her değerlendirmede uyum içinde olduğu görüldü. Bu alanlar:

1. Değerlendirmede (post-op 1.gün) : Solunum Problemi, İnsizyon Ağrısı, Bağımsızlık Kaybı, Genel Ağrı, Ruh Hali, Halsizlik, Kabızlık, Baş Dönmesi

2. Değerlendirmede (post-op 5.gün) : Solunum Problemi, Uyku Problemi, İnsizyon Ağrısı, Kabızlık, Ruh Hali, Bağımsızlık Kaybı, Halsizlik, Ağrı

3. Değerlendirmede (post-op 5.hafta) : Solunum Problemi, Genel Ağrı, Uyku Problemi, İnsizyon Ağrısı, Ruh Hali, Sosyal Yaşam, GYA, Kabızlık olarak belirlendi.

Hastaların HTOE değerlendirmesi sırasında hastaların yaşam kalitesini hastalığa bağlı etkileyen alanda belirttiği problemler her bir değerlendirme için ayrı ayrı sıralandı.

1.değerlendirmede hastaların yaşam kalitesini etkileyen ilk üç problem, önem sırasına göre solunum problemi, insizyon ağrısı ve bağımsızlık kaybı olarak bildirildi. Hastaların %80'i solunum problemi olduğunu ve %52'sinin bu problemi birincil problem olarak belirttiği görüldü.

2.değerlendirmede hastaların yaşam kalitesini etkileyen ilk üç problemin önem sırasına göre; solunum problemi, uyku problemi ve insizyon ağrısı olduğu belirlendi ve hastaların % 83'ü solunum problemi olduğunu ve %36'sı birincil problem olarak gösterdi.

3.değerlendirmede ise; hastaların yaşam kalitesini etkileyen ilk üç problemin önem sırasına göre solunum problemi, genel ağrı, uyku problemi olduğu ve hastaların %86'sının solunum problemini belirttiği, %49'unun ise bu problemi birincil problem olarak bildirdiği görüldü.

Tablo 4.6 1.Değerlendirme Hasta-Fizyoterapist Uyum

Yaşam Kalitesini Etkileyen Alanlar	Hastaların Belirlediği Alanlar		Fizyoterapistin Belirlediği Alanlar		Fizyoterapist - Hasta Uyumu %
	Frekans	Birincil Problem Olma Frekansı	Frekans	Birincil Problem Olma Frekansı	
Solunum Problemi	62	40	77	64	81%
İnsizyon Ağrısı	46	9	63	2	73%
Bağımsızlık Kaybı	30	2	46	2	65%
Hareket Korkusu	-	-	35	1	
Genel Ağrı	29	9	17	3	59%
Ruh Hali	26	4	34	3	76%
Halsizlik	23	0	18	0	78%
Yürüme Problemi	15	2	-	-	
Kabızlık	14	1	7	0	50%
GYA	11	4	-	-	
Baş Dönmesi	17	0	12	0	71%
Ödem	-	-	25	1	

Tablo 4.7 2.Değerlendirme Hasta-Fizyoterapist Uyum

Yaşam Kalitesini Etkileyen Alanlar	Hastaların Belirlediği Alanlar		Fizyoterapistin Belirlediği Alanlar		Fizyoterapist- Hasta Uyumu %
	Frekans	Birincil Problem Olma Frekansı	Frekans	Birincil Problem Olma Frekansı	
Solunum Problemi	64	8	76	63	84%
Uyku Problemi	49	1	45	4	92%
İnsizyon Ağrısı	39	0	60	4	65%
Kabızlık	23	8	16	1	70%
Ruh Hali	23	2	28	2	82%
Bağımsızlık Kaybı	22	3	34	0	65%
Hareket Korkusu	-	-	21	0	
Halsizlik	22	1	41	3	54%
Ağrı	21	7	19	0	90%
Ödem	-	-	16	1	
Yorgunluk	16	0	-	-	
Yürüme Problemi	10	2	-	-	

Tablo 4.8 3.Değerlendirme Hasta-Fizyoterapist Uyum

Yaşam Kalitesini Etkileyen Alanlar	Hastaların Belirlediği Alanlar		Fizyoterapistin Belirlediği Alanlar		Fizyoterapist-Hasta Uyum %
	Frekans	Birincil Problem Olma Frekansı	Frekans	Birincil Problem Olma Frekansı	
Solunum Problemi	66	38	75	56	88%
Genel Ağrı	66	12	71	9	93%
Uyku Problemi	55	8	49	1	89%
İnsizyon Ağrısı	40	4	39	5	98%
Ruh Hali	20	1	26	2	77%
Sosyal Yaşam	25	4	5	2	20%
Hareket Korkusu	-	-	18	0	
GYA	16	1	7	0	44%
Yürüme Problemi	8	1	-	-	
Halsizlik	7	0	-	-	
Ödem	-	-	3	2	
Kabızlık	3	1	3	0	100%

4.2.3 Gruplar Arası Korelasyon (HTOE ve Diğer Ölçeklerin Korelasyonu)

HTOE' in aynı değerlendirmede diğer ölçeklerle korelasyonları Tablo 4.9'da gösterilmektedir. İlk ölçümdeki hastanın doldurduğu HTOE ile fizyoterapistin doldurduğu HTOE arasında güçlü pozitif bir ilişki ($r=0.74$), SF-12 Mental Skoru ile orta güce yakın fakat hala zayıf pozitif bir ilişki ($r=0.47$), SF-12 Fiziksel Skoru ile zayıf pozitif bir ilişki ($r=0.25$) gösterirken, STAI ile zayıf negatif bir ilişki ($r=-0.18$) ve TAMPA ile zayıf negatif bir ilişki gösterdi ($r=0.44$). Diğer ölçüm zamanlarında da yapılmış ölçümlerin korelasyon katsayıları benzerken, göze çarpan ikinci ölçümde HTOE ile SF-12 Fiziksel Skoru sıfıra yakın negatif bir ilişki bulundu ($r=-0.05$).

HTOE skorunun diğer ölçeklerle olan çapraz korelasyonu Tablo 4.10'da gösterilmektedir. Birinci ölçümdeki HTOE' in ikinci ölçümle, birinci ölçümdeki HTOE' in üçüncü ölçüm ile ve ikinci ölçümdeki HTOE' in üçüncü ölçüm ile ilişkileri gösterilmektedir. En önemli bulgu birinci ölçümdeki HTOE ile ikinci ölçümdeki HTOE skorlarının güçlü pozitif bir ilişki ($r=0.70$) göstermesi ile birinci ölçümdeki HTOE ile ikinci ölçümdeki fizyoterapistin doldurduğu HTOE'in aralarındaki güçlü pozitif ilişki ($r=0.60$) olmasıdır. Bunların ikisinin dışında bulunan bütün ilişkiler zayıftır.

Tablo 4.9 HTOE ve Diğer Ölçek Sonuçları Arasındaki Korelasyon

Korelasyon Testi Sonuçları		HTOE	Fizyoterapist HTOE	SF-12 Mental Skor	SF-12 Fiziksel Skor	TAMPA	STAI-1
1. Değerlendirme	HTOE	1					
	Fizyoterapist HTOE	,739**	1				
	SF-12 Mental Skor	,478**	,329**	1			
	SF-12 Fiziksel Skor	,254*	,228*	0,217	1		
	TAMPA	-,437**	-,347**	-,561**	-0,214	1	
	STAI-1	-0,186	-0,184	-0,079	0,069	-0,077	1
2. Değerlendirme	HTOE	1					
	Fizyoterapist HTOE	,677**	1				
	SF-12 Mental Skor	0,116	0,169	1			
	SF-12 Fiziksel Skor	-0,053	-0,024	0,189	1		
	TAMPA	-,377**	-,403**	-,413**	-,246*	1	
	STAI-1	-0,122	-0,001	-0,197	-0,223	0,052	1
3. Değerlendirme	HTOE	1					
	Fizyoterapist HTOE	,711**	1				
	SF-12 Mental Skor	,311**	,234*	1			
	SF-12 Fiziksel Skor	0,076	0,179	0,059	1		
	TAMPA	-,462**	-,456**	-,317**	-0,051	1	
	STAI-1	-0,178	-0,183	-0,133	-,250*	0,213	1

Tablo 4.10 HTOE ve Diğer Ölçek Sonuçları Arasındaki Çapraz Korelasyon

Çapraz Korelasyon Testi Sonuçları		HTOE	Fizyoterapist HTOE	SF-12 Mental Skor	SF-12 Fiziksel Skor	TAMPA	STAI-1
1 ile 2. Değerlendirme	HTOE	,696**	,604**	,241*	0,043	-,443**	-0,006
	Fizyoterapist HTOE	,555**	,701**	0,162	0	-,440**	-0,006
	SF-12 Mental Skor	,269*	,311**	,378**	0,144	-,506**	-0,126
	SF-12 Fiziksel Skor	0,168	0,221	0,207	,735**	-,374**	-0,007
	TAMPA	-,347**	-,242*	-,263*	-0,143	,732**	-0,009
	STAI-1	-0,125	-0,117	-0,031	0,104	-0,064	,385**
2. ile 3. Değerlendirme	HTOE	0,106	,240*	0,214	,255*	-,275*	-0,214
	Fizyoterapist HTOE	,291*	,338**	,289*	0,17	-,300**	-0,224
	SF-12 Mental Skor	,251*	,231*	,366**	0	-,398**	-0,084
	SF-12 Fiziksel Skor	0,199	0,11	0,118	-0,004	-,232*	-0,152
	TAMPA	-,375**	-,309**	-,359**	0,027	,446**	0,113
	STAI-1	-0,044	-0,149	-0,1	-0,051	0,069	,357**
1. ile 3. Değerlendirme	HTOE	,251*	,314**	,403**	0,09	-,248*	0,006
	Fizyoterapist HTOE	,373**	,388**	,460**	0,103	-,290*	0,028
	SF-12 Mental Skor	0,206	0,197	,227*	0,185	-0,076	0,023
	SF-12 Fiziksel Skor	,257*	,227*	0,168	0,08	-0,082	-0,092
	TAMPA	-,357**	-,247*	-,279*	-0,206	,314**	-0,115
	STAI-1	-,256*	-0,216	-0,18	-0,045	0,09	0,173

5. TARTIŞMA

KABG ameliyatı olan hastaların hayatına anlam veren beklenti ve amaçları, kaygı ve endişelerinin fizyoterapistin beklentileriyle uyum içinde olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan bu çalışma da kardiyopulmoner rehabilitasyon sürecinde fizyoterapistin hastayla eş zamanlı yaptığı veki ölçümlerin arasında anlamlı bir uyum olduğu, ilk ve son değerlendirme arasında uyumun artış gösterdiği görüldü. Ameliyat sonrası verilen kardiyopulmoner rehabilitasyon eğitimi sırasında ki değerlendirmelerde iki farklı ölçekle değerlendirilen yaşam kalitesinde; 1.-2. değerlendirmede bakılan SF-12 mental skorunda ve 2.-3. değerlendirmede bakılan SF-12 fiziksel skorunda fark gözlemlenmezken genel anlamda hastanın yaşam kalitesinin arttığı görüldü. HTOE’de hastanın ve fizyoterapistin uyumuyla birlikte yaşam kalitesinde de artış görüldü. Ele alınan diğer parametrelerden hareket korkusunun ve kaygı durumunun azaldığı görüldü. Tüm parametrelerde post-op 5. hafta sonunda iyileşme görüldü. Bu çalışma ile “KABG ameliyatı olan hastaların hayatına anlam veren beklenti ve amaçları, kaygı ve endişelerinin fizyoterapistin beklentileriyle uyum içindedir” şeklinde kurulan hipotezimiz kabul edildi.

5.1 Yaşam Kalitesi

Ruta ve ark.’ı 359 bel ağrısı yaşayan hasta üzerinde yaptıkları çalışmada Kısa Form SF-36 ve kendi oluşturdukları HTOE’i kullanarak, tıbbi durumun hastaların yaşam kalitesi üzerindeki etkisini araştırmışlardır. Yaşam kalitesini ölçen HTOE’in, Kısa Form SF-36 ile yüksek ilişki gösterdiği bulunmuştur (25). 77 KABG hastaları üzerinde yaptığımız çalışmada ise HTOE’in kısa form SF-36 ile düşük derecede korelasyon gösterdiğini bulduk. Bu farkın, kısa form SF-36’nın alt parametrelerinin KABG hastalarının günlük yaşam aktivitelerinde zorlandıkları parametrelerle uyumlu olmamasından kaynaklandığını düşünüyoruz.

Ruta ve ark.’ları farklı 4 rahatsızlıkla (bel ağrısı, menoraji, şüpheli peptik ülser ve variköz venler) hastaneye başvuran 1746 hastaya HTOE ve kısa Form SF-36 ile değerlendirmiştir. Kısa Form SF-36’nın sınırlayıcı rol kısıtlamalarına karşın HTOE’i hastaların beklentilerinin gerçekliğe ne kadar uyduğunu değerlendirmekle birlikte durumdaki değişime karşı güvenilirlik ve cevap verme kriterlerini de karşılamakta olduğunu belirtmişlerdir (26). Bu yönüyle bizim yaptığımız çalışmada da postop birinci gün, postop beşinci gün ve beşinci haftada yaptığımız değerlendirmelerde HTOE alınan nicel verilerde

her döneme özel yaşanan problemlerin değiştiği gözlemlenirken, kısa Form SF-36'da bu değişim gözlemlenmedi.

Kardiyovasküler hastalıklar gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de en önemli ölüm sebeplerindedir. Kardiyovasküler hastalıkların kişilerde fiziksel emosyonel ve duygusal anormalliklerle yaşam kalitesini etkileyen kronik rahatsızlıkların içerisinde önemli bir konuma sahip olduğu vurgulanmıştır. Bu sebeple KABG cerrahisinden sonra hastalığın prognozunun belirlenmesinde bireylerin sadece fiziksel sağlık durumunun değil aynı zamanda sosyal ve mental durumunun da değerlendirilmesi gereklidir. KABG cerrahisi göğüs ağrısı ve dispneyi ortadan kaldırarak bireylerde mental ve fiziksel açıdan yaşam kalitesini arttırmıştır. Miyokard infarktüsü geçiren kişilerde yaşam kalitesini inceleyen çalışmada, 129 bireyde taburculuk sonrası 1. ayda SF- 36 ile değerlendirilip ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği gözlemlenmiştir (66). Çalışmamızda KABG ameliyatı olan 77 hastanın yaşam kalitesini değerlendirmek için kısa form SF-36 ve HTOE kullanıldı. Ameliyat sonrası azalmış olan yaşam kalitesinin, fizyoterapistin verdiği pulmoner rehabilitasyon eğitimiyle taburculuk sonrasındaki son değerlendirmede arttığı gözlemlendi.

KABG ameliyatının yaşam kalitesine etkisini inceleyen Lindsay ve arkadaşları ameliyat olan 183 hastanın ameliyat öncesi ve ameliyattan 12 ay sonrasına kadar yaşam kalitesini SF-12 ile değerlendirmiştir. Ameliyat sonrası hastaların yaşam kalitesinin arttığı görülmüştür (67). KABG ameliyatı geçiren hastaların birinci aya kadar olan kısa dönemde yaşam kalitesinin arttığını bulduğumuz çalışmamızda, Lindsay ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmayla benzerlik göstermektedir.

KABG ameliyatı olan 195 hastanın ameliyat sonrasında yaşam kalitesini SF-12 ile değerlendiren Korkmaz ve ark.'ı post-op 6 hafta ve bir yıl sonraki değerlendirmelerde yaşam kalitesinin anlamlı derecede arttığını gözlemlenmiştir (19). Finlandiya'da 2001-2005 yılları arasında KABG ameliyatı olan 163 hastayla yapılan çalışmada Rantanen ve ark.'ı ameliyat sonrası 1,6 ve 12. Aylarda HRQoL 15D ile sağlığa bağlı yaşam kalitesini değerlendirmiş ve yaşam kalitelerinin önemli derecede arttığını bildirilmiştir (68). Bizim çalışmamızda ameliyat sonrası erken dönemde hastaların yaşam kalitesi HTOE ve kısa form SF-36 ile değerlendirildi. İlk değerlendirmedeki azalan yaşam kalitesinin son değerlendirmede arttığı gözlemlendi. Çalışmamız bu yönüyle KABG ameliyatı sonrasında yaşam kalitesinin farklı ölçeklerle değerlendirilen çalışmalarla benzerlik gösterirken, HTOE'de hastanın kendisi

günlük yaşam aktiviteleri sırasında yaşadıkları zorlukları kendisinin belirlemesi yönüyle çalışmamız diğer çalışmalardan ayrılmaktadır.

80'li yaşlarda açık kalp cerrahisi sonrası yaşam kalitesinin “karnofsky skoru” ile analizinin yapıldığı bir çalışmada 32 hastanın erken ve geç dönem sonuçları incelenmiş ve hastaya özgü modifikasyonların yaşam kalitesinin artmasında etkili olduğu görülmüştür (69). Çalışmamızda kullanılan ölçeklerden HTOE ile ulaştığımız subjektif veriler doğrultusunda hastaların yaşadığı komplikasyonlara göre hastaya özel uygulanan tedavilerin yaşam kalitesinin artışında olumlu etkileri gözlemlendi. Yaptığımız çalışmada hastaların yaşam kalitesini ameliyat sonrası değerlendirdiğimiz ölçeklerden Kısa form SF-36'nın fiziksel bileşeninde taburculuk sonrasındaki bir ayda anlamlı bir artış gözlemlenmedi. Ancak yaşam kalitesini değerlendirmek için kullandığımız bir diğer ölçek HTOE'te yaşam kalitesi üç değerlendirmede anlamlı artış görüldü. Ameliyat öncesinde yaşam kalitesini ve risk faktörlerini değerlendirmemiş olsakta Kısa Form SF-36'nın fiziksel bileşenine ek başka ölçeklerinde kullanılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda KABG ameliyatı geçiren hastaların yaşam kalitelerini SF-12 ve HTOE olmak üzere iki farklı ölçekle Post-op 1.gün post-op 5.gün ve taburcu olduktan 4 hafta sonra olmak üzere 3kez değerlendirdik. Bir ay sonraki yaşam kalitelerinin post op 1.gün ki ilk değerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı görüldü. Bu durum literatürle paralellik göstermektedir ve daha geniş bir zaman diliminde yaşam kalitesinin daha da artacağını düşünmekteyiz.

Litmathe ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kalp cerrahisi sonrası yoğun bakım ünitesine iki veya daha fazla giren 190 hasta incelenmiş ve hastaneye dönüş sebepleri; solunum problemi (% 59), kardiyovasküler instabilite (% 25) gibi problemler olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmadan edinilen sonuçlar doğrultusunda kardiyopulmoner rehabilitasyonun önemi vurgulanmıştır (70).

Canver ve ark. KABG ameliyatlarında intraoperatif ve postoperatif risk faktörlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada 8.802 hastadan 491 hastanın solunum yetmezliği sebebiyle mekanik ventilasyona ihtiyaç duyduğunu ve hastaların ameliyat sonrası yaşadığı primer komplikasyonun solunum fonksiyon bozukluğu olduğunu vurgulamıştır (71). Çalışmamızda HTOE ile ameliyata bağlı hastaların yaşam kalitesini etkileyen beş en önemli alan fizyoterapist ve hasta tarafından belirlendi. Canver ve ark.'nın yaptığı çalışmada olduğu

gibi bizim çalışmamızda da fizyoterapist ve hastaların uyumlu bir şekilde belirlediği alanların solunum komplikasyonu primer komplikasyon olarak belirlendi.

Tayland'da 91 hastayla yapılan çalışmada, erken dönem iyileşmede etkili olan faktörleri ve hastaların ruh hallerinin iyileşme oranıyla ilişkilerini incelemek için kullanılan ruh hali durum profili (POMS) ve semptom envanteri (SI) ile değerlendirilen hastaların, ameliyat sonrası yaşanan komplikasyonlar arasında en sık insizyon ağrısı olduğu ve bunun yanında uyku problemi ve genel ağrı problemi yaşadığı, ruhsal olarak ise karışıklık, endişe ve öfke problemleri olduğu belirlenmiştir (72). Hasta ve fizyoterapistin tedavi beklentilerinin uyumuna baktığımız çalışmamızda hastaların kaygı düzeyleri için STAI ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi için kullandığımız ölçeklerden HTOE ile ruh halinin yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu gözlemlendi. Aynı zamanda yaşanan komplikasyonlar bu çalışmayla benzerlik gösterirken bu komplikasyonlara ek olarak solunum problemi, bağımsızlık kaybı, günlük yaşam aktivitelerinin etkilenmesi, ödem gibi problemlerde bildirilmiştir. Post-op 5. haftaya kadar yaptığımız üç değerlendirmede bu komplikasyonların önem sırasının değişkenlik gösterdiği ve komplikasyonlara uygun müdahalelerin yaşam kalitesine olumlu etkileri gözlemlendi.

KABG sonrası yaşanan bilişsel fonksiyonlardaki bozuklukların yaşam kalitesine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada 551 hastanın 6. hafta ve 1 yıl sonraki değerlendirmeleri; günlük yaşamın enstrümantal faaliyetleri (IADL), Duke Faaliyet Durumu Endeksi (DASI) Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri (STAI) ,SF-12, Bilişsel Endeks (CI) ölçekleriyle yapılmıştır. Bilişsel değişiklik ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir korelasyon gözlemlenirken bilişsel gerilemeyi engellemeye yönelik stratejilerin geliştirilmesinin hastaların yaşam kalitesini arttırmasının önemi vurgulanmıştır (73). Çalışmamızda STAI, HTOE ve kısa Form SF-36 ile ameliyat sonrası postop 5. haftaya kadar yaptığımız erken dönem değerlendirmelerde, bilişsel durumla ilgili problemlerin yaşam kalitesine olumsuz etkileri olduğu gözlemlendi.

KABG ameliyatından sonra kadınlarda taburculuk sonrası oluşan sorunların araştırıldığı bir çalışmada 52 hastaya taburculuk sonrası yaşanan problemler yarı yapılandırılmış bir testle, anksiyete ve depresyon ise Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) kullanılarak 1, 3, 6 ve 12. haftalarda değerlendirilmiştir. Hastalarda ameliyat sonrası ilk 6 hafta boyunca problemler düzelse de %25'inin göğüs insizyonu ağrısının devam ettiğini ve % 40'ında bacak yaraları ve ödemiyle ilgili sorunlar olduğunu bildirilmiştir. Yaşanan komplikasyonların ruh haliyle anlamlı bir şekilde ilişkili bulunması sonucunda

fiziksel sorunların öngörülmesi ve taburculuk sonrası dönemde sağaltımın hızlandırılması için verilecek rehabilitasyon eğitiminin önemi vurgulanmaktadır (74).

49 KABG ameliyatı olan hastanın uyku düzeni bozukluğunu inceleyen bir çalışmada, hastalar; post-op 1. hafta, 1. ay, 3. ay ve 6. ay telefon görüşmeleri ile değerlendirilmiştir. Hastaların yarısından fazlası uyku problemi olduğunu ve ilk iki değerlendirmede bunun sebeplerinin genelde insizyonel ağrı, rahat bir pozisyon bulma zorluğu olduğunu bildirmiştir (17). Bizim çalışmamızda da ameliyat sonrası 5. haftaya kadar yaptığımız üç değerlendirmede uyku problemi hastaların yaşam kalitesini etkileyen en önemli on alan içerisinde olduğu görülmüştür. Postop 5. haftada uyku problemi ve yaşanan ağrının insizyonel ya da sırt-bel ağrısı olduğunu bildiren hastalar, genelde bu ağrıların ve uyku probleminin ameliyat sonrası kısıtlayıcı yatış pozisyonlarıyla ilişkili olduğunu bildirmiştir.

Hsu ve ark.'ı, ameliyat sonrası erken dönem kardiyopulmoner rehabilitasyon programının kalp transplantasyonu geçiren 45 hasta ve KABG ameliyatı geçiren 34 hasta arasında sağlıkla ilgili yaşam kalitesine etkisini araştırmak için yaptıkları çalışmada yaşam kalitesini SF-36 ile değerlendirilmiş ve kardiyak rehabilitasyonun her iki grupta da fiziksel kapasiteyi ve yaşam kalitesini önemli ölçüde arttırdığı gözlemlenmiştir (75). KABG ameliyatı olan hastalarla yaptığımız bu çalışmada fiziksel kapasiteyi doğrudan değerlendirmesekte, HTOE'te belirlenen en önemli beş alan içinde yer alan fiziksel kapasiteyle ilgili problemlerinde(yürüme, merdiven inip çıkma vs) yaşam kalitesini etkilediği ve verilen kardiyopulmoner rehabilitasyon eğitimiyle hastaların yaşam kalitesinde artış olduğu ve bu problemlerin azaldığı gözlemlendi.

MI geçiren ve KABG ameliyatı olan 60 hasta ile kardiyopulmoner rehabilitasyonun egzersiz kapasitesine ve yaşam kalitesine etkilerinin incelendiği çalışmada hastalar rehabilitasyon programından önce, hemen sonra ve 6ay sonra SF-36 yaşam kalitesi anketi ve Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği ile değerlendirilmiş ve yapılan kardiyak rehabilitasyonun egzersiz kapasitesini, genel sağlığı ve refahı önemli ölçüde arttırdığını gözlemleyen Hevey ve ark.'ı kardiyopulmoner rehabilitasyonun önemini vurgulamıştır (76).

24 kalp cerrahisi geçiren hastada erken dönemde rutin kardiyopulmoner rehabilitasyona ek verilen postür ve relaksasyon eğitiminin uyku, dispne, ağrı ve yaşam kalitesi üzerine etkisine bakılan bir çalışmada uyku kalitesi Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, gündüz uyku hali Epworth Uykululuk Ölçeğiyle, dispne Modifiye Tıbbi Araştırma Konseyi Dispne Ölçeğiyle, yaşam kalitesi Euro Yaşam Kalitesi-5D'le, ağrı görsel analog ölçeğiyle

değerlendirildi. Postür ve relaksasyon eğitiminin uyku problemlerini azaltmaya, dispne ve ağrıyı hafifletmeye ve yaşam kalitesini artırmaya etkisi olduğu gözlemlenmiştir (77). Çalışmamızda subjektif yaşam kalitesini değerlendiren HTOE verileri doğrultusunda, hastaların yaşam kalitesinin etkilendiği alanlar kaydedildi. Bu veriler değerlendirmelerin dönemleriyle de bağlantılı olarak klinisyene yön verecek nitelikte ve literatüre uyumlu bulundu.

1.Değerlendirmede önem sırasına göre solunum problemi, insizyon ağrısı, bağımsızlık kaybı, genel ağrı, ruh hali, yürüme problemi ve kabızlık, günlük yaşam aktiviteleri, ödem, baş dönmesi bildirilen problemler arasındadır.

2.Değerlendirmede solunum problemi, uyku problemi, insizyon ağrısı, kabızlık, ağrı, bağımsızlık kaybı, ruh hali, yürüme problemi, halsizlik, yorgunluk, ödem belirtilen problemlerdir.

3. Değerlendirmede ise solunum problemi, genel ağrı (sıklıkla sırtüstü yatmaya bağlı sırt-bel ağrısı), uyku problemi, sosyal yaşamın etkilenmesi, ruh hali, günlük yaşam aktivitelerinin etkilenmesi, yürüme problemi, kabızlık hastalar tarafından belirtilen alanlardı. Tüm bu alanlar sıralanıp yapılan çalışmalar incelendiğinde hastaların yaşam kalitesini etkileyen problemlerin literatürle uyumlu olduğu görülmüştür.

5.2 Kinezyofobi ve Anksiyete

KABG ameliyatı sonrası postoperatif ağrının pulmoner fonksiyona etkisini ele alan çalışmada 30 birey ameliyat sonrası ve postop 4. ayda solunum fonksiyon testleri ve VAS ile değerlendirilmiş, hastaların ameliyat sonrası değerlendirmelerde postoperatif akciğer hacmini ve hava yolunu etkileyebilecek insizyon ağrısına sahip oldukları görülmüştür. Ancak 4. Ayda ölçülen ağrı seviyesi düşük olduğu halde yaşanan azalmış solunum fonksiyon problemlerinin açıklanamadığına dikkat çekmiştir (78). Yaptığımız çalışmada kullanılan HTOE ve TAMPA Kinezyofobi Ölçeği verilerine göre ameliyat sonrası ilk değerlendirmede insizyon ağrısı ve artmış kinezyofobinin son değerlendirmede azalsada devam ettiği ve KABG ameliyatı sonrası göğüsteki insizyon ağrısı sebebiyle gelişen kinezyofobinin solunum fonksiyonlarını da etkilediğini düşünmekteyiz.

Akut kardiyovasküler hastalıklar sebebiyle hastanede yatan hastalarda kinezyofobi seviyelerini değerlendirmek için yapılan bir çalışmada 58 kardiyovasküler hastalığa sahip bireyle bu hastalık tanımına girmeyen 74 bireyin olduğu populasyonda Tampa Skalası kullanılmıştır. Değerlendirmeler sonucunda kardiyovasküler hastalık sebebiyle hastanede

yatan bireylerde kinezyofobinin dikkatle düşünülmesi gerektiği vurgulanmıştır (13). Bizde KVH sebebiyle KABG ameliyatı olan 77 bireyin hareket korkusunu Tampa skalası ile değerlendirirken, postop birinci günde artmış olan hareket korkusunun ameliyat sonrası beşinci haftada azaldığı gözlemlendi.

Goldenber ve ark.'larının, yaralanma bölgesinin kinezyofobi düzeyine ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin incelendiği bir çalışmada; katılımcıların hareket korkusu Tampa Kinezyofobi Ölçeğinin 11 maddelik versiyonu ile ve yaşam kalitesi ise Kısa Form (SF-36) ile değerlendirilmiştir. 853 hasta ile yapılan bu çalışmada yaralanma yeri ne olursa olsun, kinezyofobi seviyelerinin sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi ile negatif korelasyon gösterdiği görülmektedir (79). Yaptığımız çalışmada ameliyat sonrası hastanın hareket korkusunu Tampa kinezyofobi ölçeğiyle, yaşam kalitesini ise Kısa Form SF-36 ve HTOE ile değerlendirildi. Goldenberg ve ark bulgularına benzer olarak artan hareket korkusunun yaşam kalitesiyle negatif ilişki gösterdiği gözlemlendi. Aynı zamanda hastaların yaşadığı hareket korkusunun, fizyoterapistin doldurduğu HTOE'te hastanın yaşam kalitesini etkileyen on en önemli alanda belirlenen problemler arasında olduğu bildirilmiştir.

Kardiyopulmoner rehabilitasyon uygulanan hastalarda fiziksel aktivite engellerinin seviyesini belirlemek için yapılan bir çalışmada 115 hasta Kinezyofobi Nedenleri Ölçeği (KCS) ve yaşam kalitesi anketi (SF-12) ile değerlendirilmiş ve kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olan hareket korkusunun yaşam kalitesiyle negatif korelasyon gösterdiği görülmüştür ve bu durumun rehabilitasyon sürecine olumsuz etkileri vurgulanmıştır (80). Çalışmamızda yukarıdaki çalışmadan farklı olarak hareket korkusu için hastalar Tampa skalasını kullandı. Çalışmamızda hareket korkusunun cinsiyet açısından farkı değerlendirilmezken, rehabilitasyon sürecinde hareket korkusunda azalma gözlemlendi. Çalışmamız klinisyenlere yön vermek ve hastalığın seyri için korku kaçınma davranışı geliştiren travma ve yaralanma sonrası oluşan kinezyofobi çalışmalarına destek olacak niteliktedir.

Kalp ameliyatını bekleyen hastalarda preoperatif anksiyete ve depresyon düzeylerinin ameliyat sonrası rehabilitasyon sürecine etkilerinin incelendiği çalışmada 100 hasta Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile değerlendirilmiş. Ameliyat öncesinde anksiyete düzeyinin yüksek olması ameliyat sonrasında önemli derecede artan ağrı ve tüketilen analjezik düzeyiyle ilişkilendirilmiştir (81). Çalışmamızda tasarım gereği hastaların ameliyat öncesi değerlendirmeleri yapılmasında ameliyat sonrası yaptığımız değerlendirmelerde hastaya özel tedavi uygulamamıza olanak sağlayan HTOE'te hastalar ve

fizyoterapist tarafından bildirilen insizyon ağrısının ve genel ağrının medikal tedaviyle desteklenerek yaşam kalitesini ve iyileşmeyi doğrudan etkilediği bildirildi. Aynı zamanda hastaların STAI ile belirlenen yüksek kaygı düzeyi ile yaşam kalitesini subjektif bir biçimde ölçen ölçeklerden HTOE'in negatif korelasyon gösterdiği görüldü.

172 koroner arter bypass ameliyatı geçiren hastaların kaygı düzeylerini ve etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışmada hastalara ameliyat öncesi, taburcu olmadan ve taburcu olduktan 10 gün sonra kaygılarını ve kaygı düzeylerini belirlemek için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Stresör Ölçeği uygulanmıştır. Ameliyatı bekleyişin, gelecek kaygısının anksiyeteyi arttırdığı görülmüştür (82). Yaptığımız çalışmada tüm değerlendirmeler ameliyat sonrası yapıldığı için ameliyatı bekleyişin anksiyete düzeyine etkisi bilinmemektedir. Fakat HTOE ve STAI kullandığımız değerlendirmeler sırasında anksiyete düzeyi yüksek bireylerin yaşam kalitesini etkileyen sosyal problemlerin bildirildiği son alanda gelecek kaygısının da yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen alanlarda olduğu görülmüştür.

KABG sonrası hastaneye tekrar dönüşte depresyon ve anksiyetenin etkisine bakılan bir çalışmada 222 hastaya uygulanan Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS) sonuçlarına göre, ameliyat sonrası anksiyetesi yüksek bireylerin 6 ay içerisinde tekrar hastaneye dönüş oranlarının yüksek olmayanlara göre iki kat fazla olduğu görülmüştür. Tully ve ark.'ı bu çalışmayla KABG sonrası hastanın anksiyete ve depresyon düzeyinin düşürülmesine yönelik müdahalelerin önemini vurgulamışlardır (83). KABG ameliyatı sonrası hastalarda depresyon, anksiyetenin ileri dönemde yaşanabilecek kardiyovasküler hastalıklar ve serebrovasküler olaylar üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, 158 hasta ile tamamlanan çalışmada depresyon ve anksiyete bozuklukları, tehlike grubuna (majör depresyon, genelleşmiş anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu) ve korku grubuna (panik bozukluğu, agorafobi, sosyal fobi) göre düzenlenmiştir. Hastalar ayrıca Mood ve Anksiyete Semptom Anketi ile değerlendirilmiştir. KABG cerrahisi sonrası yaygın anksiyete bozukluğunun ileri dönemdeki kardiyovasküler ve serebrovasküler olaylar için riski arttırdığı bildirilmiştir (84). KABG ameliyatı sonrası erken dönemde değerlendirdiğimiz hastalarla yaptığımız çalışmada, Tully ve ark.'larının yapmış oldukları çalışmadan farklı bir ölçek kullanılsada taburculuk sonrası ilk bir ayda anksiyete düzeyinde azalma olan hastalarda kardiyovasküler ve serebrovasküler olay yaşanmasında ileri dönemdeki etkileri bizim çalışmamızda değerlendirilmemiştir.

KABG ameliyatı geçiren hastaların taburculuk eğitiminin kaygı ve depresyon düzeylerine etkisine bakılan bir çalışmada ameliyat olan 109 hasta, Hastane Anksiyete ve Depresyon leği ile taburcu oldukları gün ve taburculuktan bir hafta sonra değerlendirilmiş. Müdahale grubundaki hastalara verilen eğitimin kaygı ve depresyon düzeyini hafifletilmesinde olumlu etkileri gözlemlenmiştir (85). Yaptığımız çalışmada verilen kardiyopulmoner rehabilitasyon eğitimi 1. ve 5. gün uygulanarak öğretildi. Taburculuktan bir ay sonraki değerlendirmede hastaların kaygı düzeylerinde azalma ve yaşam kalitelerinde artış gözlemlenirken fizyoterapistin verdiği kardiyopulmoner rehabilitasyon eğitiminin sağaltım sürecine pozitif etkisi olduğu görüldü.

KABG ameliyatı sonrasında psikolojik faktörlerin yaşam kalitesine etkisini inceleyen bir çalışmada hastalar Ruh Hali Durumlarının Profili (POMS) ve Yaşam Kalitesi (SF-36) lekleriyle değerlendirilmiş ve 110 hastanın katıldığı bu çalışmada yaşam kalitesi ve ruh halinin arasında ilişki olduğu grlmştir (86). 77 KABG ameliyatı olan hastada yaşam kalitesini subjektif bir biçimde değerlendiren HTOE ile yaptığımız çalışmada hastaların belirlediği on önemli alan içerisinde ruh hali problemlerinin yaşam kalitesi üzerine etkileri gösterilmiştir.

Depresyon ve anksiyetenin kardiyopulmoner rehabilitasyona etkilerini inceleyen bir çalışmada 380 hasta üzerinde depresyon Beck Depresyon Envanteri, anksiyete Beck Anksiyete Envanteriyle, yaşam kalitesi ise SF-36 ile değerlendirilmiştir. Hastalardaki yüksek anksiyete ve depresyon düzeyinin, rehabilitasyon programına uyumunu olumsuz yönde etkilediği grlmştir (87). Bizim alışmamızda da ameliyat sonrası artan kaygı düzeyinin yaşam kalitesi ve rehabilitasyon sürecine olumsuz etkileri grlmştir.

Tayvan'da yapılan bir çalışmada KABG sonrası uygulanan erken dönem kardiyopulmoner rehabilitasyonun hastaların kaygı düzeyine etkilerine bakılmıştır. 60 hastayla tamamlanan bu çalışmada hastaların anksiyete düzeyi Durum-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) ile değerlendirilip erken dönem uygulanan rehabilitasyon programının KABG ameliyatı geçiren hastaların hastanede kalması sırasındaki anksiyete düzeyini azaltabileceğini göstermektedir (88). Çalışmamızda; hastalarda postoperatif dönemde anksiyetenin arttığını, kardiyopulmoner rehabilitasyon eğitimine rağmen anksiyetenin taburculukta azalarak devam ettiği bulundu. Rehabilitasyon sürecine anksiyetenin azaltılmasını sağlayacak gevşeme egzersizleri gibi farklı egzersiz yaklaşımları ile etkilerini değerlendirecek çalışmalara anksiyetenin değerlendirilmesi gerektiğini dşunmekteyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

KABG ameliyatı olan hastaların kardiyopulmoner rehabilitasyon sürecinde hayatına anlam veren beklentileri, amaçları, kaygı ve endişelerinin fizyoterapistin beklentileriyle uyum içinde olduğu ve bu uyumun giderek artış gösterdiği görüldü. Birinci değerlendirmede hastalar ile fizyoterapist sırasıyla solunum problemi, insizyon ağrısı, bağımsızlık kaybı, genel ağrı, ruh hali alanlarında tamamen uyum göstermişlerdir. İkinci değerlendirmede de uyum tamamen yakalanmışken alanlar solunum problemi, uyku problemi, insizyon ağrısı, kabızlık, ruh hali, bağımsızlık kaybı sıralaması şeklinde değişmiştir. Son olarak üçüncü değerlendirmede de yine hasta ve fizyoterapist arasında tamamen uyum solunum problemi, genel ağrı, uyku problemi, insizyon ağrısı, ruh hali, sosyal yaşam alanlarında gözlemlenmiştir. Hastaların beklentileri ile fizyoterapistin beklentileri tamamen uyumludur. Bu durum tedavinin etkinliği açısından çok önemlidir. HTOE, fizyoterapi hedefleri belirlenirken hastaların beklentilerinin göz önünde bulundurularak hasta merkezli tedavi yaklaşımları oluşturulması açısından önem teşkil etmektedir.

KABG sonrasında edinilen bulguların ve yaşanan problemlerin tek tek değerlendirilerek, hastaların bireysel gereksinimlerinin belirlenmesi ve hasta memnuniyeti ön planda tutularak sağaltım sürecinin planlanması için klinisyenlerin öngörülerine destek olacak nitelikteki çalışmamız hastalığın prognozu açısından önemlidir. Bu yöndeki çalışmalara ihtiyaç vardır.

Aynı zamanda yaptığımız çalışmada hastaların post-op 5. haftaya kadar olan değerlendirmelerinde; yaşam kalitesinde artış, hareket korkusu ve durumluluk anksiyetesinde azalma olduğu görüldü. KABG cerrahisi geçiren hastaların ameliyattan sonra yaşadıkları fiziksel ve emosyonel problemlerin ilk bir ayda rehabilitasyon sürecinin katkılarıyla iyileşmeye başladığı görüldü. Ancak uzun dönemde farklı egzersiz yaklaşımlarının anksiyete, hareket korkusu, yaşam kalitesi üzerine etkilerinin değerlendirileceği çalışmalara ihtiyaç olduğu görüşündeyiz.

6.1 Çalışmanın Limitasyonları

Çalışmamız aşağıdaki limitasyonlar doğrultusunda değerlendirilmelidir.

Tasarım gereği bu çalışmada ele alınan hasta grubunda cinsiyet farkının ağrı ve kaygı düzeylerine etkisine bakılamamıştır.

Değerlendirmeler ameliyat sonrası üç aşamada ve post-op 5.haftaya kadar olan zamanda yapılmıştır. Ev programının detaylı takibinin zor olması nedeniyle uzun dönem

takip sonuçlarına, hasta ve fizyoterapistin tedavi beklentilerinin uyumuna bakılamamıştır. Hasta beklentileri ve ihtiyaçlarının, fizyoterapistin beklentileri ile uyumuna bakıldığı uzun dönem takip sonuçlarını içeren çalışmalar, uzun dönem tedavi beklentilerinin belirlenmesinde ve klinisyenlerin tedaviye yaklaşımları konusunda önemli ve aydınlatıcı olacaktır.

Çalışmamızda KABG ameliyatı olan bireylerin rehabilitasyon sürecindeki beklentilerinin fizyoterapistin beklentilerine uyumuna bakıldı. Ancak farklı merkez ve birimlerde tedavi gören hastalarda, tedaviyi yürüten klinisyenin ve hastaların beklentilerinin uyumuna bakıldığı çalışmaların birçok hasta ve hastalık grubunda tedavinin etkinliğini artırması yönünde yararı olacaktır.

Yaptığımız çalışma, Gaziantep’te özel bir hastanenin Kardiyovasküler Cerrahi Kliniğinde ameliyat olan hastalarla yapılmıştır. Ülkenin genel özelliğini yansıtmaya adına özel hastanenin yanında devlet hastanesinde tedavi gören hastalarında çalışmaya dahil edilerek hastaların sosyal farklılıklarının da değerlendirilmesi açısından yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Wilkins, E., L., W., Wickramasinghe, K., & P, B. (2017). European Cardiovascular Disease Statistics 2017 edition. European Heart Network, 8–15; 94, 118, 127, 149, 162, 174.
2. Ford, E. S., & Capewell, S. (2011). Proportion of the Decline in Cardiovascular Mortality Disease due to Prevention Versus Treatment: Public Health Versus Clinical Care. *Annual Review of Public Health*, 32(1), 5–22. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101211>
3. Onat, A., Can, G., Hergenç, G., Küçükdurmaz, Z., Uğur, M., & Yüksel, H. (2010). High absolute coronary disease risk among turks: Involvement of risk factors additional to conventional ones. *Cardiology*, 115(4), 297–306. <https://doi.org/10.1159/000312009>
4. Onat, A., Sarı, İ., Tuncer, M., Karabulut, A., Türkmen, S., Doğan, Y., Sansoy, V. (2004). TEKHARF çalışması takibinde gözlemlenen toplam ve koroner mortalitenin analizi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 32(9), 611-617.
5. Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., Howard, V. J. (2016). Executive summary: heart disease and stroke statistics-2016 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 133(4), 447-454.
6. Mullany, C. J. (2003). Coronary artery bypass surgery. *Circulation*, 107(3), e21-e22.
7. Rothenhäusler, H. B., Grieser, B., Nollert, G., Reichart, B., Schelling, G., & Kapfhammer, H. P. (2005). Psychiatric and psychosocial outcome of cardiac surgery with cardiopulmonary bypass: A prospective 12-month follow-up study. *General Hospital Psychiatry*, 27(1), 1828. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2004.09.001>
8. Gardner, F. V., & Worwood, E. V. (1997). Psychological effects of cardiac surgery: a review of the literature. *Journal of the Royal Society of Health*, 117(4), 245-249.
9. Moore, S. M. (1996). The effects of a discharge information intervention on recovery outcomes following coronary artery bypass surgery. *International Journal of Nursing Studies*, 33(2), 181–189. [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(95\)00054-2](https://doi.org/10.1016/0020-7489(95)00054-2)

10. Aydın, Ç. F. (2000). Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası iki aylık dönemde yaşadıkları güçlükler.[Bilim Uzmanlığı Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
11. Ozalevli, S. (2015). Postoperative Pulmonary Rehabilitation in Thoracic Surgery. *Toraks Cerrahisi Bulteni*, 6(1), 16–25. <https://doi.org/10.5152/tcb.2015.041>
12. Watchie, J. (2009). *Cardiovascular and Pulmonary Physical Therapy-E-Book: A Clinical Manual*. Elsevier Health Sciences
13. Brunetti, N. D., Guerra, A., Ieva, R., Correale, M., Santoro, F., Tarantino, N., & Di Biase, M. (2017). Scared for the scar: fearsome impact of acute cardiovascular disease on perceived kinesiophobia (fear of movement). *Clinical Cardiology*, 40(7), 480–484. <https://doi.org/10.1002/clc.22682>
14. Murphy, B., Rogerson, M., Worcester, M., Elliott, P., Higgins, R., Le Grande, M., Goble, A. (2013). Predicting mortality 12 years after an acute cardiac event: Comparison between in-hospital and 2-month assessment of depressive symptoms in women. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 33(3), 160–167. <https://doi.org/10.1097/HCR.0b013e318283927f>
15. Carinci, F., Nicolucci, A., Ciampit, A., Labbrozzi, D., Bettinardif, O., & Zottii, A. M. (1997). Role of interactions between psychological and clinical factors in determining 6-month mortality among patients with acute myocardial infarction. *European Heart Journal*, 18(November 1996), 835–845.
16. Vileikyte, L. (2007). Stress and wound healing. 49–55. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2006.09.005>
17. Schaefer, K. M., Swavely, D., Rothenberger, C., Hess, S., & Williston, D. (1996). Sleep disturbances post coronary artery bypass surgery. *Progress in cardiovascular nursing*, 11(1), 5-14.
18. Mawhinney, S., Mccarthy, M., Villanueva, C. B., Brien, M. O., Moritz, T. E., Henderson, W. G., & Grover, F. L. (1999). Health-Related Quality of Life.
19. Korkmaz, F. D., Alcan, A. O., Aslan, F. E., & Çakmakçı, H. (2015). Koroner arter baypas greft ameliyatı sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 23(2), 285–294. <https://doi.org/10.5606/tgkdc.dergisi.2015.9343>

20. Calman, K. C. (1984). Quality of life in cancer patients--an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10(3), 124-127.
21. Kaplan, R. M. (2003). The significance of quality of life in health care. *Quality of Life Research*, 12(SUPPL. 1), 3–16. <https://doi.org/10.1023/A:1023547632545>
22. Aydemir, Ö. (2014). Use of Quality of Life in Clinicial Practice *Turkish Journal of Neurology Cilt-Volume: 20 Özel Sayı-Supplement: Page: 5-9*
23. Andresen, E. M., Vahle, V. J., & Lollar, D. (2001). Proxy reliability: Health-related quality of life (HRQoL) measures for people with disability. *Quality of Life Research*, 10(7), 609–619. <https://doi.org/10.1023/A:1013187903591>
24. Pickard, A. S., & Knight, S. J. (2005). Proxy evaluation of health-related quality of life: A conceptual framework for understanding multiple proxy perspectives. *Medical Care*, 43(5), 493–499. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000160419.27642.a8>
25. Ruta, D. A., Garratt, A. M., Leng, M., Russell, I. T., & Macdonald, L. M. (1994). A new approach to the measurement of quality of life the patient-generated index. *Medical Care*, 32(11), 1109–1126. <https://doi.org/10.1097/00005650-199411000-00004>
26. Ruta, D. A., Garratt, A. M., & Russell, I. T. (1999). Patient centred assessment of quality of life for patients with four common conditions. *Quality in Health Care*, 8(1), 22–29.
27. Collison, D., & Oldroyd, K. G. (2019). Ischaemic Heart Disease. In *Textbook of Vascular Medicine* (pp. 355-363). Springer, Cham.
28. Abacı, A. (2011). Kardiyovasküler risk faktörlerinin ülkemizdeki durumu. *Türk Kardiyol Dern Arş-Arch Turk Soc Cardiol*, 39(4), 1-5.
29. Ceylan, Y., Kaya, Y., & Tuncer, M. (2011). Akut koroner sendrom kliniği ile başvuran hastalarda koroner arter hastalığı risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi*, 18(3), 147-54.
30. Ishikawa, Y., Kawawa, Y., Kohda, E., Shimada, K., & Ishii, T. (2011). Significance of the anatomical properties of a myocardial bridge in coronary heart disease. *Circulation Journal*, 1103281165-1103281165.

31. Özcan, N., Pay, S., & Çalışkaner, Z. (1997). Koroner kalp hastalıklarında risk faktörleri, korunma ve tedavi. Özcan N, editör. Koroner kalp hastalıkları. Ankara, 31-58.
32. WHO,(2008). World health statistics 2008. Available from file:///C:/Users/Admin/Downloads/Documents/EN_WHS08_Full.pdf
33. Eubanks, D. H., & Bone, R. C. (1985). Comprehensive respiratory care: a learning system. CV Mosby.
34. Wall, M. H., & Royster, R. L. (2000). Pulmonary dysfunction after cardiopulmonary bypass: Should we ventilate the lungs on pump? Critical care medicine, 28(5), 1658-1660.
35. Butler, J., Rucker, G. M., & Westaby, S. (1993). Inflammatory response to cardiopulmonary bypass. The Annals of thoracic surgery, 55(2), 552-559. [https://doi.org/10.1016/0003-4975\(93\)91048-R](https://doi.org/10.1016/0003-4975(93)91048-R)
36. Tenling, A., Hachenberg, T., Tyden, H., Wegenius, G., & Hedenstierna, G. (1998). Atelectasis and gas exchange after cardiac surgery. Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists, 89(2), 371-378. <https://doi.org/10.1097/0000542-199808000-00013>
37. Türeyen, Z. C. (1998). Uygulamalı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu. s, 427-433.
38. Naz, I., Akçay, O., Kaya, Ş. Ö., & Süneçli, O. (2017). Effects of preoperative physiotherapy education on hospital stay and postoperative pulmonary complications in patients undergoing thoracic surgery. Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 25(4), 608–613. <https://doi.org/10.5606/tgkdc.dergisi.2017.13391>
39. Cherniak, N. S., Altose, M. D., Homma, I., & Winslow, C. (1999). Rehabilitation of the patient with respiratory disease. Shock, 12(4), 327.
40. Imle, P. C. (1995). Physical therapy for patients with cardiac, thoracic, or abdominal conditions following surgery or trauma. Cardiopulmonary physical therapy. Mosby, St Louis, 375-403.

41. Jones, A. Y., Ntoumenopoulos, G., & Paratz, J. (2008). Intensive care for the critically ill adult. In *Physiotherapy for Respiratory and Cardiac Problems* (pp. 270-312). Elsevier, Philadelphia.
42. İnce, D. İ. (2006). Yoğun Bakım Ünitesinde Solunum Tedavisi. 6(1), 28–42.
43. Agostini, P., Calvert, R., Subramanian, H., & Naidu, B. (2007). Is incentive spirometry effective following thoracic surgery? *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery*, 7(2), 297–300. <https://doi.org/10.1510/icvts.2007.171025>
44. İşkesen, İ., Yıldırım, F., & Şirin, H. (2007). Koroner arter bypass cerrahisinde kardiyopulmoner bypass' ın nörokognitif fonksiyonlara etkisi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg*, 15, 275-80.
45. Kori, S. H. (1990). Kinisophobia: a new view of chronic pain behavior. *Pain Manage*, 35-43.
46. Vlaeyen, J. W., Kole-Snijders, A. M., Boeren, R. G., & Van Eek, H. (1995). Fear of movement/(re) injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 62(3), 363-372. [https://doi.org/10.1016 / 0304-3959 \(94\) 00279-N](https://doi.org/10.1016 / 0304-3959 (94) 00279-N)
47. Shahmansouri, N., Koivula, M., Ahmadi, S. H., & Arjmandi, A. (2012). Fear , Anxiety , and Beliefs about Surgery in Candidates Patients for Coronary Artery Bypass Grafting. 2(5), 1750–1754.
48. Öner, N. (1997). Türkiye'de kullanılan psikolojik testler: Bir başvuru kaynağı. Boğaziçi Üniversitesi.
49. Emdin, C. A., Oduyayo, A., Wong, C. X., Tran, J., Hsiao, A. J., & Hunn, B. H. (2016). Meta-analysis of anxiety as a risk factor for cardiovascular disease. *The American journal of cardiology*, 118(4), 511-519.
50. Sareen, J., Cox, B. J., Clara, I., & Asmundson, G. J. G. (2005). The relationship between anxiety disorders and physical disorders in the U.S. National Comorbidity Survey. *Depression and Anxiety*, 21(4), 193–202. <https://doi.org/10.1002/da.20072>
51. Karayağız, F., Altuntaş, M., Adnan Güçlü, Y., Tanju Yılmaz, T., Öngel, K., Eğitim ve Araştırma Hastanesi, T., Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, T. (2011). Cerrahi servisinde yatan hastalarda görülen anksiyete dağılımı Anxiety distrubution observed at surgery patients. 22–26.

52. Kubzansky, L. D., Kawachi, I., Weiss, S. T., & Sparrow, D. (1998). Anxiety and coronary heart disease: A synthesis of epidemiological, psychological, and experimental evidence. *Annals of Behavioral Medicine*, 20(2), 47–58. <https://doi.org/10.1007/BF02884448>
53. Özkan, S. (1993). *Psikiyatrik tıp: Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi*. Roche.
54. Wise, M. G., & Rundell, J. R. (1997). *Konsültasyon Psikiyatrisi (Çev: Tüzer TT, Tüzer V.)*. Ankara, Compos Mentis, 4, 1.
55. Nayır, U. (2012). *Açık Kalp Ameliyatında Preoperatif Anksiyete ile Postoperatif Komplikasyonlar Arasındaki İlişki* (Master's thesis, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
56. Goodman, H. (1997). Patients' perceptions of their education needs in the first six weeks following discharge after cardiac surgery. *Journal of advanced nursing*, 25(6), 1241-1251. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.19970251241.x>
57. Kocyigit, H. (1999). Reliability and validity of the Turkish version of short form-36 (SF-36): a study in a group of patients with rheumatic diseases. *Turk J Drugs Ther*, 12, 102-106.
58. Ware, J. E., Kosinski, M., Keller, S. D., Care, S. M., & Mar, N. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey of Scales and Preliminary Construction Tests of Reliability and Validity. *Construction*, 34(3), 220–233.
59. Keller, S. D., Bayliss, M. S., Ware, J. E., Hsu, M. A., Damiano, A. M., & Goss, T. F. (1997). Comparison of responses to SF-36 Health Survey questions with one-week and four-week recall periods. *Health Services Research*, 32(3), 367–384. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1070196>
60. Sanda, M., Wei, J., & Litwin, M. (2002). Scoring Instructions for the Expanded Prostate cancer Index Composite Short Form (EPIC-26)*. University of Michigan, (734).
61. Yılmaz, Ö. T., Yakut, Y., Uygur, F., & Uluğ, N. (2011). Tampa kinezyofobi ölçeği'nin Türkçe versiyonu ve test-tekrar test güvenilirliği. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*, 22(1), 44–49.

62. Vlaeyen, J. W., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85(3), 317-332. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00242-0](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00242-0)
63. Öner, N., & LeCompte, W. A. (1985). Durumluk-sürekli kaygı envanteri el kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
64. Aykent, R., Kocamanoğlu, İ., Üstün, E., Tür, a, & Şahinoğlu, H. (2007). “Preoperatif Anksiyete Nedenleri ve Değerlendirilmesi: APAIS ve STAI Skorlarının Karşılaştırılması.” *Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dergisi*, 5(1), 7–13.
65. Saçan, Ö., Taşpınar, V., Yıldız, N., Başkan, S., Dikmen, B., & Göğüş, N. (2010). Rejyonel Anestezi Uygulayıcılarında Anksiyete. *Journal of the Turkish Anaesthesiology & Intensive Care Society-JTAICS/Türk Anestezi ve Reanimasyon Dergisi*, 38(1).
66. Eski, S. (1999). Miyokart Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
67. Lindsay, G. M., Hanlon, P., Smith, L. N., & Wheatley, D. J. (2000). Assessment of changes in general health status using the short-form 36 questionnaire 1 year following coronary artery bypass grafting. *European journal of cardio-thoracic surgery*, 18(5), 557-564. [https://doi.org/10.1016/S1010-7940\(00\)00542-X](https://doi.org/10.1016/S1010-7940(00)00542-X)
68. Rantanen, A., Tarkka, M. T., Kaunonen, M., Tarkka, M., Sintonen, H., Koivisto, A. M., & Åstedt-Kurki, P. (2009). Health-related quality of life after coronary artery bypass grafting. *Journal of advanced nursing*, 65(9), 1926-1936. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05056.x>
69. Akyıldız, M., Aksoy, T., Zorman, Y., Erden, B., Onar, L. Ç., Yılmaz, M. S., Ertürk, E. (2009). 80 ' li Yaşlarda Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Yaşam Kalitesinin “Karnofsky Skoru ” ile Analizi The Analysis of Quality of Life With Karnofsky Scoring System in Octogenerians. 2–9.
70. Litmathe, J., Kurt, M., Feindt, P., Gams, E., & Boeken, U. (2009). Predictors and outcome of ICU readmission after cardiac surgery. *The Thoracic and cardiovascular surgeon*, 57(07), 391-394. <https://doi.org/10.1055 / s-0029-1185852>

71. Canver, C. C., & Chanda, J. (2003). Intraoperative and postoperative risk factors for respiratory failure after coronary bypass. *Annals of Thoracic Surgery*, 75(3), 853–857. [https://doi.org/10.1016/S0003-4975\(02\)04493-4](https://doi.org/10.1016/S0003-4975(02)04493-4)
72. Utriyaprasit, K., & Moore, S. (2005). Recovery Symptoms and Mood States in Thai CABG patients. *Journal of Transcultural Nursing*, 16(2), 97–106. <https://doi.org/10.1177/1043659604273548>
73. Phillips-Bute, B., Mathew, J. P., Blumenthal, J. A., Grocott, H. P., Laskowitz, D. T., Jones, R. H., Newman, M. F. (2006). Association of neurocognitive function and quality of life 1 year after Coronary Artery Bypass Graft (CABG) surgery. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 369–375. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000221272.77984.e2>
74. Gallagher, R., McKinley, S., & Dracup, K. (2004). Post discharge problems in women recovering from coronary artery bypass graft surgery. *Australian Critical Care*, 17(4), 160-165. [https://doi.org/10.1016/S1036-7314\(04\)80021-3](https://doi.org/10.1016/S1036-7314(04)80021-3)
75. Hsu, C. J., Chen, S. Y., Su, S., Yang, M. C., Lan, C. H. I. N. G., Chou, N. K., ... & Wang, S. S. (2011, September). The effect of early cardiac rehabilitation on health-related quality of life among heart transplant recipients and patients with coronary artery bypass graft surgery. In *Transplantation proceedings* (Vol. 43, No. 7, pp. 2714-2717). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2011.04.025>
76. Hevey, D., Brown, A., Cahill, A., Newton, H., Kierns, M., & Horgan, J. H. (2003). Four-week multidisciplinary cardiac rehabilitation produces similar improvements in exercise capacity and quality of life to a 10-week program. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 23(1), 17–21. <https://doi.org/10.1097/00008483-200301000-00004>
77. Akinci, B., Yeldan, I., Bayramoglu, Z., & Akpınar, T. B. (2016). The effects of posture and relaxation training on sleep, dyspnea, pain and, quality of life in the short-term after cardiac surgery: A pilot study. *Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 24(2), 258–265. <https://doi.org/10.5606/tgkdc.dergisi.2016.11675>
78. Westerdahl, E., Lindmark, B., Bryngelsson, I., & Tenling, A. (2003). Pulmonary function 4 months after coronary artery bypass graft surgery. *Respiratory Medicine*, 97(4), 317–322. <https://doi.org/10.1053/rmed.2002.1424>

79. Goldberg, P., Zeppieri, G., Bialosky, J., Bocchino, C., van den Boogaard, J., Tillman, S., & Chmielewski, T. L. (2018). Kinesiophobia and Its Association With Health-Related Quality of Life Across Injury Locations. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(1), 43–48. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.06.023>
80. Kocjan, J., & Knapik, A. (2015). Barriers of physical activity (kinesiophobia) in patients subjected to cardiac rehabilitation. *Baltic Journal of Health and Physical Activity*, 6(4), 291–297. <https://doi.org/10.2478/bjha-2014-0028>
81. Navarro-García, M. A., Marín-Fernández, B., de Carlos-Alegre, V., Martínez-Oroz, A., Martorell-Gurucharri, A., Ordoñez-Ortigosa, E., ... García-Aizpún, Y. (2011). Preoperative Mood Disorders in Patients Undergoing Cardiac Surgery: Risk Factors and Postoperative Morbidity in the Intensive Care Unit. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 64(11), 1005–1010. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2011.06.009>
82. Gallagher, R., & McKinley, S. (2007). Stressors and anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *American Journal of Critical Care*, 16(3), 248-257.
83. Tully, P. J., Baker, R. A., Turnbull, D., & Winefield, H. (2008). The role of depression and anxiety symptoms in hospital readmissions after cardiac surgery. *Journal of behavioral medicine*, 31(4), 281-290.
84. Tully, P. J., Winefield, H. R., Baker, R. A., Denollet, J., Pedersen, S. S., Wittert, G. A., & Turnbull, D. A. (2015). Depression, anxiety and major adverse cardiovascular and cerebrovascular events in patients following coronary artery bypass graft surgery: A five year longitudinal cohort study. *BioPsychoSocial Medicine*, 9(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13030-015-0041-5>
85. Cebeci, F., & Çelik, S. Ş. (2011). Effects of discharge teaching and counselling on anxiety and depression level of CABG patients. *Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 19(2), 170–176. <https://doi.org/10.5606/tgkdc.dergisi.2011.007>
86. Shafiei, Z., Babae, S., & Nazari, A. (2013). Relationship between Mood State and Quality of Life in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Iran Journal of Nursing*, 26(83), 57-67.

- 87.** McGrady, A., McGinnis, R., Badenhop, D., Bentle, M., & Rajput, M. (2009). Effects of depression and anxiety on adherence to cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 29(6), 358-364. <https://doi.org/10.1097/HCR.0b013e3181be7a8f>
- 88.** Ku, S. L., Ku, C. H., & Ma, F. C. (2002). Effects of phase I cardiac rehabilitation on anxiety of patients hospitalized for coronary artery bypass graft in Taiwan. *Heart & lung*, 31(2), 133-140. <https://doi.org/10.1067/mhl.2002.122820>



HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU TOPLANTI TUTANAĞI

Karar no : 2017/010

Karar tarihi : 04.04.2017

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Enstitü Yönetim Kurulu 04.04.2017 tarihinde toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

1- Hemşirelik Ana Bilim Dalı Başkanlığından gelen 22.03.2017 tarihli Tez Jürisi Atama Formuna göre;

Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi, 154101098 öğrenci numaralı Ezgi DİRGAR'ın "Kendisine İnsülin Enjeksiyonu Uygulayan Diyabetlilerin Uygulama Hataları ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi" konulu tez çalışmasının değerlendirilmesi ve tez savunma sınavını yapmak üzere aşağıdaki Öğretim Üyelerinden sınav jürisi oluşturulmasına ve tez savunma sınav tarihinin aşağıdaki şekilde belirlenmesine;

Asıl Jüri Üyeleri		Yedek Jüri Üyeleri	
1. Prof. Dr. Nermin OLGUN (Danışman-Üye)		1. Doç. Dr. Özlem OVAYOLU	
2. Doç. Dr. Nuran TOSUN (Başkan-Üye)		2. Yrd. Doç. Dr. Feride YİĞİT	
3. Yrd. Doç. Dr. Selda ÇELİK (Üye)			

Sınav Tarihi:	25.04.2017	Sınav Saati:	11.00	Sınav Yeri:	Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBYO
---------------	------------	--------------	-------	-------------	----------------------------------

2- Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONUSU
154101062 Aslan DOĞAN	KOAH'lı hastalarda planlı hemşirelik eğitiminin hastalığın yaşam kalitesi ve Anksiyete üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi

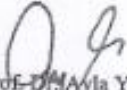
3- Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONUSU
164102032 Burçak ÖCAL	Koroner arter bypass greft yapılan hastaların fizyoterapi beklentileri ve kaygı düzeylerinin incelenmesi
154102034 Asiya UZUN	Serebral palsili çocuklarda fizyolojik lordozu destekleyen alt gövde desteğinin gövde stabilitesi ve üst ekstremitte fonksiyonelliği üzerine etkisi
154102040 Tahir DEDEOĞLU	Fizyoterapistlerin mesleki profesyonelliklerini uygulayabilme düzeylerinin araştırılması


4- Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programına kayıtlı 154115006 numaralı Sezer AVCI isimli öğrencinin Tez İzleme Komitesi 04.04.2017 tarihinde toplanarak tez önerilerini incelemiştir. Tez konusunun "Gebelikte Aile İçi Şiddetin Kortizol Hormon Salınımı ve Yenidoğana Etkisi" olmasına;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

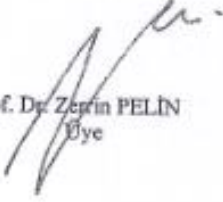



Prof. Dr. Ayşe YAVA
Başkan
(Enstitü Müdürü)




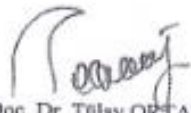

Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR
Üye
(Enstitü Müdür Yardımcısı)


Aylın ELİZ
Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sekreteri


Prof. Dr. Zerrin PELİN
Üye

ASLI GİBİDİR


Prof. Dr. Kerem BAYRAMLAR
Üye


Doç. Dr. Tülay ORTABAĞ
Üye

Ek-2 Etik Kurul Onayı

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Yüksekokulu)

02.05.2017

Sayın Burçak ÖCAL

"Koroner Bypass Greft Yapılan Hastaların Fizyoterapi Beklentileri ve Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi" konulu çalışmanız 02.05.2017 tarih ve 2017-05 nolu girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Zeynep BELİN
Rektör Yardımcısı
Etik Kurul Başkanı

Ek-3 Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararı

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ YÜKSEKOKULU GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI

Karar No : 2017/05
Karar Tarihi : 02.05.2017

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu aşağıdaki kararları almıştır.

Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR'ın "...*Hemşirelik Öğrencilerinin Mizah Tarzlarının ve Mizahla Başa Çıkma Becerilerinin Belirlenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Yusuf İNAL'ın "...*Ameliyat Öncesi Verilen Planlı Eğitimin Hastanın Ameliyata Bağlı Kaygı ve Ağrı Algısı Üzerine Etkisi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Zekeriya SAKMAN'ın "...*Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Veysi TÖR'ün "...*Hipertansif Hastaların İlaç Tedavisine Uyumluluğu ve Hastalıkları Konusundaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Fikret KILINÇ'ın "...*Hemşirelerde Fiziksel Aktivite Düzeyi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Mustafa Rıdvan CEYLAN'ın "...*Diş Hekimleri ve Diş Hekimliği Öğrencilerinin Kas İskelet Sistemi Problemlerinde Üst Ekstremitte Germe ve Gevşeme Egzersizlerinin Etkisinin Araştırılması...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Elvan DEMİR'ın "...*Genel Cerrahi Ünitesinde Ameliyat Olan Hastaların Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
İsmail ÖZTAŞ'ın "...*Acil Servis Hemşirelerinin Şiddete Maruz Kalma Durumları ve Baş Etme Yöntemlerinin Belirlenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Doç. Dr. Tülay ORTABAĞ'ın "...*Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulunda Öğrenim Gören Kız Öğrencilerinin Serviks Kanseri, Human Papilloma Virüsü (HPV) ve HPV Aşısının Farkındalıklarının Belirlenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Burçak ÖCAL'ın "...*Koroner Bypass Greft Yapılan Hastaların Fizyoterapi Beklentileri ve Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Gamze TULUKÇU'nun "...*Adana İli'nde İki Farklı Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Malnutrisyon Durumunun Tarama Testleri ile Belirlenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Çiğdem KULOĞLU'nun "...*Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Aile Merkezli Bakıma İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Sima ANNAÇ'ın "...*Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
İnci ARPACI'nın "...*Diyabet Okulunun Diyabetli Bireylerde Öz Etkillilik Algısına Etkisi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Burcu BAĞCI'nın "...*Miyofasiyal Ağrı Sendromlu Hastalarda Farklı Fizyoterapi Uygulamalarının Ağrı, Özür ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Sadık YILDIZ'ın "...*Bakımevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Egzersiz Eğitiminin Postürü Kontrol ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Tahir DEDEOĞLU'nun "...*Fizyoterapistlerin Mestekli Profesyonelliklerini Uygulayabilme Düzeylerinin Araştırılması...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Mutlu Erdi BİLECEN'ın "...*Kolesistektomi Ameliyatı Olan Hastalara Saptanan Gereksinimler Doğrultusunda Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,

2017/05 Sayı ve 02.05.2017 Tarihli Girişimsel Olmayan Etik Kurul Kararı 2. Sayıdadır.
(Burçak ÖCAL)

Birsen KARA'nın "...Üniversite Öğrencilerinin Besin Desteği Kullanma Durumlarının Belirlenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Ayşe Gökçe ALP'in "...Otistik Bozukluğu Olan Çocukların Beslenme Durumlarının Tanımlanması ve Ailelere Verilen Beslenme Eğitiminin Etkisinin Belirlenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Zerrin BELİN
Başkan

Prof. Dr. Yasemin BEYHAN
Üye

Prof. Dr. S. Mine YURTTAGÜL
Üye

Prof. Dr. Nermin ÖLGÜN
Üye

Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye

Prof. Dr. Yavuz YAKUT
Üye

Güven HOŞ
Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Sekreteri

Prof. Dr. Ayşe YAVA
Üye



ASLIGIBİDİ.

Ek-4 Tampa Kinezyofobi Ölçeği

Ek. Tampa Kinezyofobi Ölçeği'nin Türkçe versiyonu (Toplam puan 17-68).

Lütfen, her soruda kendinize en uygun olan kutucuğu işaretleyiniz (*her soruda yalnızca bir kutucuğu işaretleyiniz*). Teşekkür ederiz.

	Kesinlikle kaldırıyorum	Kaldırıyorum	Kaldırım	Tamamen kaldırıyorum
1. Egzersiz yaparsam kendi kendimi sakatlarım diye kaygılanıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ağrıyla baş etmeye çalışacak olsam, ağrım artar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ağrımdan dolayı vücudum bana tehlikeli derecede yanlış giden bir şeyler olduğunu söylüyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Egzersiz yaparsam sanki ağrım hafifleyecekmiş gibi geliyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. İnsanlar benim tıbbi sorunlarımı yeterince ciddiye almıyorlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Başıma gelen bu olay nedeni ile vücudum hayat boyu risk altında olacak.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ağrının olması her zaman, vücudumu sakatladığım/bir problemim olduğu anlamına gelir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sırf bazı şeylerin ağrımı artırıyor olması, onların tehlikeli oldukları anlamına gelmez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Kendimi kazara sakatlamaktan korkuyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ağrının artmasını engellemenin en basit ve güvenli yolu gereksiz hareketler yapmaktan kaçınmaktır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vücudumda tehlike arz eden bir şey olmasaydı, bu kadar çok ağrı hissetmezdim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ağrıma rağmen, fiziksel olarak aktif olsaydım, durumum daha iyi olurdu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ağrı, kendimi sakatlamamam için egzersizi ne zaman bırakmam gerektiği konusunda bana sinyal verir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Benim durumumda olan birinin, fiziksel olarak aktif olması pek güvenli değildir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Normal insanların yaptığı her şeyi yapamam, çünkü çok kolay sakatlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Bazı şeyler çok fazla ağrıya neden olsa bile, bunların gerçekte tehlikeli olduklarını düşünmem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Hiç kimse ağrı hissederken egzersiz yapmak zorunda olmamalı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ek-5 STAI-1 Durumluluk Anksiyete Ölçeği

STAI FORM TX – I (DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ)

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:.....
Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek 6 Kısa Form-12 (sf-12) Yaşam Kalitesi Ölçeği

Kısa Form-12 Sağlık Ölçeği (Türkçe SF-12)

Bu ölçekte sağlığınızla ilgili görüşleriniz sorulacaktır. Bu bilgiler, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve günlük etkinliklerinizi nasıl yaptığınız konusunda size bilgi sağlayacaktır. Lütfen aşağıdaki soruların tümünü yanıtlamaya çalışınız. Yanıtınızdan emin değilseniz, size en yakın olan şıkkı işaretleyiniz. Teşekkürler!

1. Genelde, sağlığınız:

Mükemmel Çok iyi İyi Orta Kötü

2. Aşağıdaki sorular, tipik bir gün sırasında yapabileceğiniz etkinlikler hakkındadır.

Bu etkinlikleri yaparken sağlığınız, sizi kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

- | | Evet,
çok
kısıtlıyor | Evet,
az
kısıtlıyor | Hayır,
hiç
kısıtlamıyor |
|---|----------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| a <u>Orta düzeydeki etkinlikler sırasında; örneğin, masayı çekerken, elektrik süpürgesi kullanırken, spor yaparken</u> sağlığınız sizi ne ölçüde kısıtlıyor? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b <u>Merdiven basamaklarını çıkarken sağlığınız sizi ne ölçüde</u> kısıtlıyor? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

3. Son 4 haftada, fiziksel sağlığınıza bağlı olarak işiniz ya da günlük etkinlikleriniz sırasında aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

- | | Evet | Hayır |
|--|-----------------------|-----------------------|
| a <u>Beklenenden daha az iş yaptığınız oldu mu?</u> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b <u>İşinizde ya da diğer etkinlikler sırasında kısıtlandığınız oldu mu?</u> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

4. Son 4 haftada, depresif ya da anksiyeteli hissetmek gibi duygusal sorunlar sonucunda işiniz ya da günlük etkinlikler sırasında aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

- | | Evet | Hayır |
|---|-----------------------|-----------------------|
| a <u>Beklenenden daha az iş yaptığınız oldu mu?</u> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b <u>İşinizde ya da diğer etkinlikler sırasında her zamanki kadar dikkatli olmadığınız oldu mu?</u> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

5. Son 4 haftada, evde ve iş yerinizde ağrı ne ölçüde işlerinizi yapmanıza engel oldu?

Hiç olmadı Hafif derecede Orta derecede Oldukça fazla Aşırı derecede

6. Aşağıdaki sorular son 4 haftada kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Her bir soru için size en yakın seçeneği işaretleyiniz.

Son dört hafta boyunca ne kadar sıklıkla kendinizi...

	Her zaman	Çoğu zaman	Ara sıra	Bazen	Çok az bir zaman	Hiç bir zaman
a) sakin ve huzurlu hissettiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) enerji dolu hissettiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) çökkün hissettiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Son 4 haftada, fiziksel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, arkadaş ya da akraba ziyareti gibi sosyal etkinliklerinizi hangi sıklıkla engelledi?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Çok az bir zaman Hiç bir zaman

Ek7 Hasta Tarafından Oluşturulan Endeks(HTOE)

Düçek üç bölüme ayrılmıştır. İlk bölümde, hastalar hayatlarında öneme sahip beş alanı seçerler. Diğer iki ilave kategori ise: başka sağlık sorunlarından etkilenen alanlar ve hayatin sağlık dışı tüm alanlarını kapsarlar. Hastalardan daha sonra bu yedi alanın her birinde yaşam kalitesini puanlamaları istenir; 10, yaşam kalitesini tam olarak istedikleri biçimde, 0, hayal edebildikleri en kötü durumda temsil eder. Üçüncü bölümde, yedi alanın geliştirilmesi için on dört hayali puan harcama fırsatı verilir. Hastalara önemli olan alanları geliştirmek için daha fazla puan harcamak ve daha az önem taşıyan alanlarda daha az veya hiç harcamamak seçenekleri sunulur. İkinci bölümdeki her puan, üçüncü bölümde verilen puanlarla çarpılarak yedi alan toplanır. Düşük puanlar düşük yaşam kalitesini temsil eder ve maksimum puan 140'tır.

ADIM 1: Alanların Tanımlanması
Hayatinizin en önemli alanlarını düşünmenizi istiyoruz. Lütfen aşağıdaki kutulara BEŞ alana kadar yazın.

Diğer hastaların hayatınızın nasıl etkilendiğini düşünmenize yardımcı olabileceğini belirttiikleri bazı alanlar şunlardır:

Sosyal yaşam, iş, ev işleri, hobiler, ilgi alanları, ruh hali, beşimsizlik kaybı, algıverme yitimi, yürüme, merdivençikme, oturma, uyku, yorgunluk.

ADIM 2: Her alanın puanlanması
Bu bölümde, 1. adımda belirttiğiniz alanları puanlamaya istiyoruz. Bu puan sizin geçtiğiniz AY'da ne kadar kötü etkilendiğinizi göstermelidir. Lütfen bu ölçeği kullanarak her alanı 0 - 10 arası bir puanla puanlayın:

10. Tam istediğiniz gibi olma
9. Nasil olmak istediğinize yakın
8. Çok iyi, fakat tam da olmak istediğiniz gibi değil
7. İyi, fakat tam da olmak istediğiniz gibi değil
6. İyi ve orta arasında
5. Orta
4. Zayıf ve orta arasında
3. Zayıf ama hayal edebileceğinizin en kötüsünü değil
2. Çok zayıf ama hayal edebileceğinizin en kötüsünü değil
1. Hayal edebileceğinizin en kötü peye yakın
0. Hayal edebileceğinizin en kötü şey

ADIM 3: Harcama Noktaları
Hayatinizin tüm alanlarının iyileştirilebileceğini hayal etmenizi istiyoruz. En çok hangi alanlarda iyileştirme yapmak istediğinizi göstermek için harcaysanız 14 hayali puanınız var. En çok iyileştirmeyi düşünmek istediğiniz alanlarda daha fazla puan harcayın ve bu kadar önemli olmayan alanları daha az iyileştirin.

Her bölgede puan harcamak zorunda değilsiniz. Toplamda 14'ten fazla puan harcamazsınız.

				SONUÇ
	→		→	
	→		→	
	→		→	
	→		→	
	→		→	
Diğer sağlık problemlerinden ve diğer sağlık dışı tüm alanlardan etkilenen tüm alanları puanlamak için lütfen son iki kutuyu kullanın.				
Diğer sağlık sorunlarından etkilenen alanlar	→		→	
Hayatin sağlık dışı tüm alanları	→		→	
Unutmayın, toplam 14 puanı geçemezsiniz!				
Genel Puan				

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Değerli katılımcı;

Katılmış olduğunuz bu çalışmada, geçirmiş olduğunuz Koroner Arter Bypass Graft ameliyatı sonrasında hastaların fizyoterapi beklenti ve kaygı düzeylerinin inceleyeceğiz. Tarafınızdan tek beklentimiz uygulayacağımız anketleri zorunlu haller dışında aksatmamanızdır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

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

Gönüllünün

Adı, Soyadı:

Telefon :

Adres:

İmza:

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası

HASTA DEğERLENDİRME FORMU

Hastanın

Adı:

Soyadı:

Doğum Tarihi: / /

Adresi:

Ev:

İş:

Telefon

Ev:

İş:

Mobil:

1.Hastalığınız ne zaman teşhis edildi?

2. Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz? İlaç kullanıyor musunuz?

3.Başka herhangi bir hastalığınız var mı?

4. Sürekli kontrolünde olduğunuz doktorunuz var mı?

Ek-10 Çalışmanın Yapıldığı Hastaneden Alınan İzin Belgesi

Sayı:

24/03/2017

Konu: Bilgi

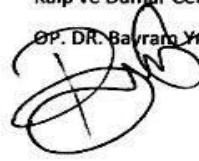
NCR INTERNATIONAL HOSPITAL YÖNETİMİNE

Hastanemiz Kardiyovasküler Cerrahi Bölümünde, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Yüksek Lisans öğrencilerinden Fizyoterapist Burçak Öcal 'Koroner Arter Bypass Greft Yapılan Hastaların Fizyoterapi Beklentileri ve Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi' adlı akademik çalışmasını hastanemizde yapmak istediğine dair 23/03/2017 tarihinde birimimize vermiş olduğu dilekçesi, tez öneri formu ekler kısmında sunulmuştur.

Gereğini arz ederim.

Kalp ve Damar Cerrahisi Uzmanı

OP. DR. Bayram Yılmazkaya



EKLER:

1. Dilekçe
2. Tez Öneri Formu

24.03.2017
Uygunluk
NCR INTERNATIONAL HOSPITAL
Uzm. Dr. Bayram YILMAZKAYA
Mesaai Telefonu
Cep. Tel. No: 05322

Ek-11 İntihal Raporu Formu

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI İNTİHAL RAPORU FORMU

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Tarih:19/6/2019

Tez Başlığı / Konusu: **KORONER ARTER BYPASS GREFT YAPILAN HASTALARIN FİZYOTERAPİ BEKLENTİLERİ VE KAYGI DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 35 sayfalık kısmına ilişkin, 19/6/2019 tarihinde Enstitü Sekreterliği tarafından **TURNİTİN** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezim benzerlik oranı alıntılar dahil % 8 'dir. (Benzerlik oranı; alıntılar dahil %30'un üzerindeyse açıklama gerekmektedir).

Uygulanan filtrelemeler:

- Kaynakça hariç
 Alıntılar dahil
 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Açıklamalar

Hasan Kalyoncu Üniversitesi **TURNİTİN** adlı intihal tespit programı sonucunda; azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

19.06.2019

Adı Soyadı: Burçak Öcal
Öğrenci No: 164102032
Anabilim Dalı: Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
Programı: Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tezli Yüksek Lisans Programı
Statüsü: Y.Lisans Doktora

DANIŞMAN ONAYI


UYGUNDUR.

Dr. Öğr. Üyesi Günseli
Usgu

ÖZGEÇMİŞ

1. **Adı Soyadı:** Burçak ÖCAL
2. **Doğum Tarihi:** 22.08.1987
3. **Unvanı:** Fizyoterapist
4. **Öğrenim Durumu:** Lisans

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	2010
Y. Lisans	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep	-
Doktora	-	-	-

