T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Seher ÜNVER

KORONER ARTER BYPASS GREFT AMELİYATI SONRASI TABURCULUK BİLGİLENDİRME TAKVİMİ KULLANIMININ HASTALARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Merve AFACAN

EDİRNE-2019

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Seher ÜNVER

KORONER ARTER BYPASS GREFT AMELİYATI SONRASI TABURCULUK BİLGİLENDİRME TAKVİMİ KULLANIMININ HASTALARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Merve AFACAN

Destekleyen Kurum: TÜBAP 2017/212

Tez No:

EDİRNE-2019

T.C.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

O N A Y

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Dr. Öğr. Üyesi Seher ÜNVER danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Merve AFACAN tarafından tez başlığı "Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Sonrası Taburculuk Bilgilendirme Takvimi Kullanımının Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı **19/04/2019** tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **"Yüksek Lisans Tezi"** olarak kabul edilmiştir.

İmza

Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

JÜRİ BAŞKANI

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Seher ÜNVER

Üye (Danışman)

İmza

Doç. Dr. Tülin YILDIZ

ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Tammam SİPAHİ

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Araştırmanın yürütülmesinde, Yüksek Lisans öğrenimim ve tez çalışmam süresince, yardım ve desteği için değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Seher ÜNVER'e, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğretim üyelerine, Trakya Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (TÜBAP) Birimi'ne, çalışmamda desteklerini esirgemeyen Edirne Sultan 1.Murat Devlet Hastanesi çalışanlarına, yaşamım boyunca bana karşı desteklerini esirgemeyen babam Ahmet AFACAN, annem Emine AFACAN başta olmak üzere tüm aileme en içten duygularımla teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 3

- **KORONER ARTER HASTALIKLARI (KAH)** 3
- **KORONER ARTER BYPASS GREFT AMELİYATI** 4
- **SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI** 5
- **KABG AMELİYATI SONRASI TABURCULUK BİLGİLENDİRMESİ** 8
- **HASTA BİLGİLENDİRMESİNİN ÖNEMİ** 14

GEREÇ VE YÖNTEMLER 16

BULGULAR 24

TARTIŞMA 41

SONUÇ VE ÖNERİLER 50

ÖZET 54

SUMMARY 56

KAYNAKLAR 58

TABLOLAR LİSTESİ 66

ÖZGEÇMİŞ 68

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
Ark:	Arkadaşları
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
İMA:	İnternal Mamariyan Arter
KABG:	Koroner Arter Bypass Greft
KAH:	Koroner Arter Hastalığı
PTKA:	Perkütan Transluminal Koroner Anjiyografi
SPSS:	Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)
SYBDÖ II:	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
TEKHARF:	Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları Risk Faktörleri
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
T.Ö:	Taburculuk Öncesi
T.S.	Taburculuk Sonrası
M.İ:	Miyokard İnfarktüsü

GİRİŞ VE AMAÇ

Kalp ve damar hastalıkları arasında en sık görülen hastalıkların başında gelen koroner arter hastalıkları (KAH), kalbin beslenmesini sağlayan koroner damarlardaki daralma ve tıkanmaya bağlı gelişmekte olup, bireylerin yaşam biçimi ve kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (1). Tüm dünyada, özellikle de gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli morbidite ve mortalitenin nedenleri arasında yer almaktadır (2).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2018 yılında yayınladığı rapora göre, dünyada her yıl meydana gelen ölümlerin 17,5 milyonunun (%31) kalp damar hastalıkları nedeniyle gerçekleştiği ve bu sayının 2030 yılına gelindiğinde 22,2 milyona ulaşacağı bildirilmektedir (3).

Türkiye'de, KAH prevalansının %4-5 olduğu bildirilmektedir (4). Türk Kardiyoloji Derneği'nin yaptığı Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışma verilerine bakıldığında, Türkiye'de her yıl 330 bin kişiye KAH tanısı koyulmaktadır (2). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2017 yılı ölüm verileri incelendiğinde, ilk sırada %39,7 oran ile kalp damar hastalıklarının yer aldığı görülmektedir (5).

KAH'ın gelişimini önlemede, koroner arterlerdeki daralma ve tıkanmaya neden olan risk faktörlerinin kontrol altına alınması gerekmektedir (1). Günümüzde KAH'nın tedavisinde medikal tedavinin yanı sıra cerrahi yöntemler tercih edilmekte olup, bu yöntemler arasında Koroner Arter Bypass Greft (KABG) ameliyatı sıklıkla uygulanmaktadır (6). Bu cerrahi girişimde, tıkanmış olan koroner damara/damarlara, safen ven veya internal mamariyan arter

(İMA) ile bypass yapılmakta olup, kalpteki dolaşım için yeni yol oluşturulmakta ve miyokard tabakasının yeniden kanlanması sağlanmaktadır (7).

KABG ameliyatında başarı oranının ve hastaların yaşam kalitesinin arttırılmasında cerrahi sürecin etkili olduğu kadar hastalara verilecek taburculuk sonrası evde bakımın da etkili olduğu bildirilmektedir (8).

KABG ameliyatı sonrası taburcu olan hastalar, evdeki günlük yaşamlarında değişimler yaşamakta ve yaşamları boyunca devam etmeleri gereken sağlıklı yaşam biçimi davranışları bulunmaktadır (9). Sağlıklı yaşam biçimi, bireylerin sağlık durumunu etkileyen davranışlarını kontrol altına almak, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken sağlıklarını korumaya yönelik davranışları belirlemek ve hastalık sonrasında yaşam biçimini değiştirerek sağlığını korumak amacıyla gerçekleştirdiği davranışlar olarak tanımlanmaktadır (10-12). Hastaların taburculuk öncesi dönemde, yaşamları boyunca geliştirmeleri gereken bu sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla başedebilmek amacıyla bilgilendirilmeleri önem taşımaktadır. Bireylerin sağlık durumlarının iyileştirilmesi ve evde bakım süresince kendilerine düşen sorumlulukları yerine getirebilmeleri, bu sürece iyi hazırlanmalarına ve yeterli bilgilendirmenin kendilerine yapılmasına bağlıdır (13, 14).

Günümüzde hasta bilgilendirmesinin yapılması, hemşirelerin temel bakım görevlerinden biri olarak kabul edilmekte olup, farklı yöntemler kullanılarak yapılabilmektedir. Hasta bilgilendirmesinde yazılı ya da sözel anlatım yolunun kullanılmasının yanı sıra bilgilendirme kitapçıklarının, broşürlerin ya da işitsel, görsel bilgilendirme materyallerinin kullanılmasının daha etkin olduğu bildirilmektedir (15, 16).

Bu tez çalışmasında KABG ameliyatı olmuş hastaların taburculuk bilgilendirilmesinde taburculuk bilgilendirme takvimi kullanımının, hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin değerlendirmesi amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

KORONER ARTER HASTALIĞI (KAH)

KAH, kalbin kendini besleyen koroner damarlardaki daralma ve tıkanmaya bağlı olarak gelişen ve miyokadın iskemisine neden olan bir kalp hastalığıdır. Koroner arterdeki daralmanın nedenleri arasında sıklıkla ateroskleroz yer almakta olup, bu daralma sonucu kalpteki kan dolaşımı bozulmakta ve miyokartta iskemi meydana gelmektedir (1).

DSÖ 2018 yılı verilerine göre, dünyada her yıl meydana gelen ölümlerin 17,5 milyonu (%31) kalp damar hastalıkları nedeniyle gerçekleşmektedir. Bu ölümlerin %75'inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde olup, %80'i kalp krizi ve inme sonucu meydana gelmektedir. Kardiyovasküler system hastalıkları sonucu gelişen ölü789gymlerin 2030 yılında 22,2 milyon civarında olabileceği bildirilmektedir (3).

Ülkemizde, Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yürütülen TEKHARF çalışma verileri incelendiğinde, her yıl 330 bin kişiye KAH tanısının koyulmakta, erkeklerde 39/1000 ve kadınlarda 33/1000 bireyin kalp hastası olduğu görülmektedir (2). TÜİK 2017 yılı ölüm verilerine göre de kardiyovasküler hastalıklarının tüm ölüm nedenlerinin arasında ilk sırada (%39,7) yer aldığı bildirilmektedir (5). Sağlık Bakanlığı, 2023 yılında KAH için risk faktörü olarak kabul edilen 40 yaş ve üstü nüfusun %39,7 oranında (tüm nüfusun artış oranının üç katı kadar) artacağını tahmin etmektedir (17).

KAH'ın oluşumunda rol oynayan risk faktörleri, düzeltilebilen ve düzeltilemeyen risk faktörleri olarak iki ayrı şekilde ele alınmaktadır. Düzeltilebilen risk faktörleri arasında;

hipertansiyon, sigara kullanımı, fiziksel aktivitede yetersizlik, diyabet, yüksek kolestrol düzeyi, alkol tüketimi, obezite ve stres yer almaktadır. Düzeltilemeyen risk faktörleri arasında; yaş, erkek cinsiyetinde olma, özgeçmişinde KAH bulunması, aile bireylerinin birinde kalp hastalığı öyküsünün bulunması ve genetik yatkınlıklar yer almaktadır (1).

KAH'ın tedavisinde yaygın olarak kullanılan tedavi yöntemleri arasında medikal tedavi, perkütan transluminal koroner anjiyografi (PTKA), stent uygulaması ve KABG cerrahisi yer almaktadır (18). Günümüzde bu tedavi yöntemlerinden medikal tedaviye göre cerrahi tedavinin daha başarılı sonuçlar vermesi nedeniyle KABG ameliyatı daha etkin olarak uygulanmaktadır (19).

KORONER ARTER BYPASS GREFT AMELİYATI

KAH'nın cerrahi tedavisinde etkili ve güvenilir olarak uygulanan yöntemlerden biri de KABG ameliyatıdır (20). İlk yapılmaya başladığı 1960'lı yıllardan itibaren sürekli gelişme göstermekte olup, önceleri morbitide riski düşük gruptaki KAH hastalarına uygulanabilirken, günümüzde kronik hastalığı ve mortalitesi riski yüksek gruptaki KAH hastalarına da uygulanabilmektedir (21).

Dünya genelinde uygulanan açık kalp ameliyatları arasında en çok uygulananın KABG olduğu, 2009 yılında ABD'de yaklaşık 205.000 hastaya KABG ameliyatının yapıldığı ve bu sayının ülkemizde 35.000'nin üzerinde olduğu bildirilmektedir (20). TÜİK verilerine göre, kalp damar hastaların %4,1'i KAH olarak belirlenmiş olup, bu hastaların KABG ameliyatı olmaya aday olduklarını göstermektedir (17).

KABG ameliyatı, hastalarda varolan göğüs ağrısı ve dispneyi ortadan kaldırmak, sonraki dönemlerde ortaya çıkabilecek sorunları azaltmak ve hastaları komplikasyonlardan koruyarak yaşam kalitelerini ve sağ kalımlarını arttırmak amacıyla yapılmaktadır (22). KABG ameliyatında, tıkanan koroner damara/damarlara, hastanın kendi bedeninden çıkarılan safen ven ya da internal mamariyan arter (İMA) ile bypass yapılarak kalpteki miyokard kasının tekrardan kanlanması sağlanmaktadır (6). Greft için çoğunlukla İMA, radiyal arter veya safen ven kullanılmakta olup, çıkarılan damar tıkalı olan koroner arterin distal (alt) ve proksimal (üst) ucuna dikilerek iskemik miyokard tabakasının dolaşımı bu yeni yoldan sağlanmaktadır (6, 23).

KABG ameliyatı geçiren hastalar, herhangi bir komplikasyon gelişmemesi durumunda ortalama bir hafta içerisinde eve taburcu olmakta ve taburculuk sonrası yaklaşık 2 ay

içerisinde günlük yaşam aktivitelerine dönebilmektedir. Ancak bu süreçte hastalar günlük yaşamlarında bazı güçlükler yaşayabilmektedir (24).

Yılmaz ve Çiftçi'nin (25) yapmış oldukları bir çalışmada, KABG ameliyatı olan hastaların taburculuktan bir hafta sonra beslenme, aktivite, uyku, boşaltım, stresle başetme gibi psikolojik sorunlar yaşadıkları, altı hafta sonrasında ise kendini algılama, beslenme ve cinsellikle ilgili sorunlarında artışın olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Direk ve Çelik'in (26) KABG ameliyatı olan hastalarda yapmış oldukları çalışmada, hastaların taburcu olduktan sonraki ilk dört hafta içinde dispne, ağrı, yorgunluk, iştahsızlık, uykusuzluk, bacaklarda ödem ve konstipasyon gibi sorunlar yaşadıkları saptanmıştır. Bir başka çalışmada, KABG ameliyatı sonrası taburcu edilen hastaların evdeki bakım sürecinde solunum problemleri, iştahsızlık, ağrı, sürekli uyku hali ya da uykusuzluk gibi sorunlar yaşadıkları saptanmıştır (27).

Görüldüğü üzere KABG ameliyatı sonrası taburcu olan hastalar, evdeki günlük yaşamlarında değişimler yaşayabilmekte ve yaşamları boyunca devam etmeleri gereken sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını edinmeleri gerekmektedir.

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Sağlıklı yaşam biçimi, bireylerin sağlık durumlarını olumsuz etkileyen davranışlarını kontrol altına almak, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken sağlığını korumaya yönelik davranışları belirlemek ve hastalık sonrasında yaşam biçimini değiştirerek sağlığını korumak amacıyla gerçekleştirdiği davranışlar olarak tanımlanmaktadır (10-12). Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirebilmeleri için kendi sağlık düzeyleri hakkında fikir sahibi olmaları ve bu davranışları yaşam biçimi haline getirmeleri gerekmektedir. Bu hedefe ulaşılabilmeleri için sigara ve alkol tüketimi, sağlıksız beslenme davranışları, fiziksel aktivitede yetersizlik, iletişim sorunları ve stres gibi riskli davranışlardan kaçınmaları gerekmektedir (28). Bu durumda bireylerin, kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini arttırmaları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına dikkat etmeleri gerekmektedir (29). Sadece sağlıklı bireylerin değil, sağlık sorunu yaşayan bireylerin de sağlıklarını geliştirmede karşılaştıkları olumsuzluklar ile başedebilmeleri için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını göstermeleri gerekmektedir (30).

Pender tarafından ilk kez kullanılmaya başlanan sağlıklı yaşam biçimi davranışları kavramı; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi olmak üzere altı başlık altında toplanmıştır (31).

Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, bireyin sağlıklı bir yaşamı sürdürebilmesi için kendi sağlığı üzerinde koruyucu, hastalıkları önleyici ve sağlığı geliştirmeye yönelik uygun davranışlar gösterebilmesi ve kendi sağlık sorumluluğuna katılma durumunun belirlenmesidir (32, 33). Bu sağlıklı yaşam biçimi davranışına göre, her birey kendi sağlığından sorumlu olmalı ve sağlığının değerini bilerek korumaya çalışmalıdır (12). Bireyin bedenini iyi tanıması, sağlığı ile ilgili herhangi bir değişiklik olduğunda hekime başvurması, sağlığa ilişkin bilgilerini yenilemesi, düzenli aralıklarla sağlık kontrollerini yaptırması ve geliştirmesi gerekmektedir (34).

Bu sağlıklı yaşam biçimi davranışına göre, KABG ameliyatı sonrası dönemde bireyler en az ayda bir kez hekime kontrole gitmeli, bedenlerinde olağandışı bir değişiklik olduğunda bu durumu dikkate almalı, sağlıkla ilgili programları izlemeli, yayınları takip etmeli, sağlık personeline sağlıklı yaşam ile ilgili sorular sormalı, öneriler almalı ve bireysel eğitim programlarına katılmalıdır (15, 34-37).

Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, bireylerin yaşamlarını sağlıklı bir biçimde sürdürebilmesi için gerekli olan, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemli bir belirleyicisidir (38). Günlük yaşam içerisinde bireyin kas ve eklemlerini kullanması ile gerçekleşen nefes alıp verme hızı ve derinliği, kalp atışı ile belirli oranda artan yorgunlukla sonuçlanan faaliyetler fiziksel aktivite olarak tanımlanmıştır (39). Bu aktivite, bireyin kendi enerjisini dengelenmesi ve aynı zamanda kilo denetimini sağlanması açısından önem taşımaktadır. Dünyada her yıl yaklaşık 3,2 milyon ölüm, fiziksel aktivitede yetersizlik nedeniyle gelişmekte olup, meydana gelen bu ölümlere sebep olan risk faktörleri arasında ise dördüncü sırada yer aldığı bildirilmektedir (40).

Bireylerin yaşamlarını sağlıklı sürdürebilmeleri için egzersizin önemini bilmeleri gerekmektedir. Yapacakları düzenli egzersizler sayesinde, kas gücü, esneklilik ve dayanıklılık artışı sağlanabilecek, bireylerin kendilerini daha sağlıklı hissederek fonksiyonel kapasitelerinin artması ve kronik hastalıklara bağlı risk faktörlerinin azaltılması sağlanabilmektedir (41).

Bu sağlıklı yaşam biçimi davranışına göre, KABG ameliyatı sonrası dönemde bireyler haftada en az 3 kez hafif ve orta düzeyde düzenli egzersiz yapmalı, günlük işler sırasında olabildiğince egzersize devam etmeli, egzersizler sırasında kalp atışlarını kontrol etmeli, boş zamanlarında yüzme, bisiklete binme gibi fiziksel aktiviteleri gerçekleştirmelidir (34-36, 42).

Beslenme

Beslenme, bireyin yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi, büyüme ve gelişmesi, hastalık durumunda iyileşmesini hızlandırması ve yaşam kalitesini arttırması için besin öğelerinden yarar sağlaması olarak tanımlanmıştır (43). Beslenmede amaç, bireyin yaşına, cinsiyetine, içinde bulunduğu duruma göre gereksinimi olan enerji miktarını besin öğelerinden almasıdır. Bireyin sağlığının korunması ve geliştirilmesi için bedenin bu besinlere olan gereksimi sağlanmalı, yeterli ve dengeli beslenmesi esas alınmalıdır (34,44).

Bu sağlıklı yaşam biçimi davranışına göre, KABG ameliyatı sonrası dönemde bireyler kolesterolü düşük bir diyeti tercih etmeli, şekeri ve tatlıyı kısıtlamalı, her gün meyve, sebze, et, süt, yoğurt, peynir, yumurta, balık, tavuk, kuru bakliyat, çerez gibi gıdalardan yemeli, gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okumalı ve güne kahvaltı yaparak başlamalıdır (42,45,46).

Manevi Gelişim

Manevi gelişim, bireyin beden ve ruh gelişimini etkileyen ve kendisinin ötesinde olan 'birleştirici güç' olarak tanımlanmaktadır. Bu gelişim aile ilişkileri, arkadaş ilişkileri ve sosyal çevre gibi faktörlerden etkilenmektedir (12). Bireyin yaşamının anlamını ve amacını yakaladığı yer onun manevi alanı olup, bu alan bireyin kendi bedeninin bütünlük ve sürekliliğine bir tehdit oluştuğunda bireyi bu tehdite karşı koruyup desteklemektedir (12,47).

Bu sağlıklı yaşam biçimi davranışına göre, KABG ameliyatı sonrası dönemde bireyler yaşamın bir amacı olduğuna inanmalı, geleceğe umutla bakmalı, kendilerini yeterli, olumlu yönde değişim ve gelişim göstediklerini hissetmeli, kendileriyle barışık olmalıdır (34,48,49).

Kişiler arası İlişkiler

Bireyin temel gereksinimlerinden biri olan kişiler arası ilişkiler, fiziksel ve psikolojik iyilik hal durumunun sürdürülmesinde yardımcı olmakta ve bu durumun daha iyi hale getirilmesini sağlamaktadır (50). Bireylerin toplum içinde sağlıklı bir şekilde yaşayabilmeleri için iletişim becelerini güçlendirmeleri önem taşımaktadır (51). Bireyler hastalık ve sakatlık durumunda kontrol kaybı yaşayabilmekte, beden imgelerinde ve çevreleriyle olan ilişkilerinde değişiklikler yaşayabilmektedir. Bu süreçte bireylerin aile ve yakın çevresinden destek görmesi, sorunların daha kolay çözülmesine ve kişiler arası ilişkilerinin kuvvetlenmesine yardımcı olmaktadır (52).

Bu sağlıklı yaşam biçimi davranışına göre, KABG ameliyatı sonrası dönemde bireyler kendilerine yakın hissetikleri kişilerle endişe ve sorunlarını tartışmalı, onlarla dertlerini paylaşmalı, anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürmelidir (34,53).

Stres Yönetimi

Stres, bireyin fiziksel ve sosyal çevresindeki olumsuz koşullar nedeniyle fiziksel ve psikolojik sınırlarının ötesinde harcanan çaba olarak tanımlanmıştır. Bu durum günlük yaşamda fiziksel, sosyal ve zihinsel birtakım değişikliklere yol açabilmektedir (54). Stres yönetiminde, bireyin stres oluşturan duruma karşı yaşadığı deneyimlerde etkili olması ve strese karşı başetme mekanizmalarını geliştirmesi yer almaktadır (55).

Bu sağlıklı yaşam biçimi davranışına göre, KABG ameliyatı sonrası dönemde bireyler her gün rahatlamak için kendilerine zaman ayırmalı, yeterince uyuma, stres kontrolü için uygun başetme mekanizmalarını kullanmalı, iş ve eğlence zamanlarını dengelemeli, günde 15-20 dakika gevşeyebilmek ve rahatlayabilmek amacıyla aktiviteler yapmalı, yapılan aktiviteler sırasında kendilerini yormaktan kaçınmalıdır (23,34-36,42).

KABG AMELİYATI SONRASI TABURCULUK BİLGİLENDİRMESİ

KABG ameliyatı sonrasında hastanede verilen bakımın yanı sıra taburculuğa ilişkin planlamanın yapılması ve taburculuk sonrası döneme hastanın iyi hazırlanması önem taşımaktadır. Bu aşamada hemşirenin en önemli bağımsız rolü, hastanın bu döneme yönelik bilgilenme gereksinimlerini belirleyerek bilgilendirilmesini sağlamaktır (13,14,56). Hastanın bilgilendirilmesinde hemşire, bireyin evde karşılaşılacabileceği komplikasyonlar, bu

komplikasyonaların belirti ve bulguları, yara bakımı ve risk faktörlerine yönelik sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeyi amaçlamalıdır (57).

KABG ameliyatı olan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanmalarında en çok gereksinim duydukları bilgilendirme konuları arasında;

- Ameliyat sonrası ilaç kullanımına yönelik bilgilendirme,
- Ağrıyla baş etmeye yönelik bilgilendirme,
- Ameliyat yaraların bakımına yönelik bilgilendirme,
- Şişlik (ödemin) önlenmesine yönelik bilgilendirme,
- Sağlıklı beslenmeye yönelik bilgilendirme,
- Kabızlığın önlenmesine yönelik bilgilendirme
- Aktivite ve egzersizlere yönelik bilgilendirme,
- Hijyenik bakıma yönelik bilgilendirme,
- Sigara ve alkol kullanımına yönelik bilgilendirme,
- Cinsel aktiviteye yönelik bilgilendirme,
- Ruh halinde değişiklik durumuna yönelik bilgilendirme,
- Uyku ve dinlenmeye yönelik bilgilendirme,
- İşe başlamaya yönelik bilgilendirme,
- Ev işleri ve seyahate yönelik bilgilendirme,
- Sosyal faaliyete yönelik bilgilendirme,
- Acil durumlara yönelik bilgilendirme,
- Kontrole gelmeye yönelik bilgilendirme yer almaktadır (15,24,36).

Bu başlıklar altında, hemşirelerin KABG ameliyatı olan hastalar için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik taburculuk öncesi bilgilendirme içerikleri aşağıda yer almaktadır.

Ameliyat Sonrası İlaç Kullanımına Yönelik Bilgilendirme

KABG ameliyatı olan hastaların taburcu olduklarında ilaçlarını düzenli bir şekilde almaları önem taşımaktadır. Bu ilaçlar genellikle; kalp atım hızını, kan basıncını, kalp ritmini düzenlemeye, kanın pıhtılaşmasını geciktirmeye yöneliktir (42). Hastanın duruma göre antiaritmikler, kolesterol düşürücü ilaçlar ve antikoagülanlar hekim tarafından önerilmektedir (36). Hastaların ilaçlarını hergün aynı saatte ve hekiminin önerdiği şekilde almaları, uygun saklama koşullarında saklamaları, seyahat ederken yeterli miktarda yanlarına almaları

gerekmektedir (23,37,42). Hastalara ilaçların isimleri, etkileri ve yan etkileri, ilacı birden fazla kez almayı unuttuklarında hekimine danışmaları gerektiği konusunda bilgilendirme yapılmalıdır (37). Hastalarda erken dönemde ameliyata bağlı ağrı olabileceği için hekim tarafından önerilen ağrı kesici ilacı almaları önerilmelidir (36). Antikaogülan kullanan hastalara, kendilerini travmalara karşı korumaları, ufak kesikler sonrasında kanama sürelerine dikkat etmeleri ve diş tedavisi gibi girişimlerden önce hekimi bilgilendirmeleri, üzerlerinde antikoagülan tedavi aldıklarını gösteren bir kart ya da bilezik taşımaları gerektiği açıklanmalıdır (35, 36).

Ağrıyla Başetmeye Yönelik Bilgilendirme

Hastalara taburculuk sonrası evde göğüs, sırt ve omuz bölgelerinde ağrının olabileceği, ameliyat yarasına bağlı olan ağrıların yaklaşık 6 hafta, kas ağrılarının ise 3-4 ay sürebileceği anlatılmalıdır (58). Hastaların bu dönemde sternum bölgesini zorlama ve travmalardan koruması son derece önemlidir. Sternum bölgesinin iyileşmesi için 6-8 haftalık sürenin gerekli olduğu, bu süreçte iyileşmeyi sağlamak ve ağrıyı azaltmak için hastaya sırt üstü yatması ve yan yatmaması gerektiği, 2 kg'dan fazla ağırlık kaldırmaması ve göğüs kemiği zorlayacak hareketlerden kaçınması gerektiği anlatılmalıdır. Öksürme ve hapşurma gibi durumlarda ağrıyı azaltmak için göğüs bölgesini yastıkla desteklemesi gerektiği açıklanmalıdır. Hastalara ağrıları olduğunda hekimin reçete ettiği ağrı kesici ilacı ne sıklıkla ve kaç tane alması gerektiği ile ilgili bilgi verilmelidir (23,37,46).

Ameliyat Yaralarının Bakımına Yönelik Bilgilendirme

Hastalara, ameliyat bölgelerinde gerginlik, ağrı, hissizlik, cilt üzerinde hafif kırmızılığın olmasının normal olduğu ve zaman içerisinde düzeleceği anlatılmalıdır (35). Hastaların sternum ve greft alınan bacak bölgesinin enfeksiyonlardan korunması önemlidir. Bu nedenle ameliyat yaralarının temiz ve kuru tutulması, banyo esnasında kese ya da ovma beziyle ovalanmaması, hafifçe tamponlanarak kurulanması, banyo esnasında yanında mutlaka birinin bulunması, bir yıl boyunca yara bölgelerinin direk güneş ışığından korunması, hekimin önermediği krem, losyon ya da benzeri maddelerin sürülmemesi gerektiği açıklanmalıdır (36,37). Ameliyat yarasının olduğu bölgenin, kızarıklık, şişlik, kötü kokulu akıntı yönünden günlük olarak kontrol edilmesi ve herhangi bir anormal bulgu olması durumumda hekime başvurmaları gerektiği belirtilmelidir (42,45,46).

Şişliğin (Ödemin) Önlenmesine Yönelik Bilgilendirme

Hastalara, bacaklarında ödem oluşmasını önlemek için varis çoraplarını ameliyattan sonraki ilk 6 ay boyunca giymeleri, şişliğin devam etmesi durumunda ise varis çorabını giymeye devam etmeleri gerektiği açıklanmalıdır (35,42). Varis çorabının giyilmesinde dikkat edilmesi gereken konusunda da hastalar bilgilendirilmelidir. Buna göre varis çorabını sabah ayaklarını yere sarkıtmadan önce bacaklarını 20 dakika boyunca yükseltmeleri ve yataktan kalkmadan önce çorabı giymeleri gerektiği anlatılmalıdır (23,35,37). Ödemin oluşmasını önlemek için uzun süre aynı pozisyonda durmaktan kaçınmaları, otururken bacaklarını yükselterek bir tabureye uzatmaları gerektiği açıklanmalıdır (23,35,37).

Sağlıklı Beslenmeye Yönelik Bilgilendirme

Hastaların ameliyat sonrası dönemde hızlı iyileşebilmeleri için sağlıklı beslenmeleri önem taşımaktadır. Hastalara, iştahsızlık hissi yaşayabilecekleri, bu durumun geçici olacağı ve birkaç hafta sürebileceği anlatılmalıdır (36). Sağlıklı beslenmenin sağlanabilmesi ve sürdürülmesi için ilk bir ay sık sık ve küçük porsiyonlarla protein ağırlıklı beslenmeleri, kolesterol ve katı yağlardan uzak yemekleri tercih etmeleri, kızartma yerine hastalara haşlama ve ızgara yöntemleriyle yiyeceklerin pişirilmesi gerektiği açıklanmalıdır (23,36,37,42,45,46).

Kabızlığın Önlenmesine Yönelik Bilgilendirme

Kullanılan ilaçlara ve hareketsizliğe bağlı olarak kabızlığın olabileceği, böyle bir durumda sebze, meyve ve lifli yiyeceklerin tüketilmesi, diyabetik olmayan hastalarda erik ve kuru kayısının yenilmesi, böbrek yetmezliği olmayan hastalarda günlük 2-2.5 litre sıvının tüketilmesi ve tüketilen sıvıların ılık olmasına özen gösterilmesi gerektiği hastalara açıklanmalıdır. Kabızlığın önlenmesi amacıyla koyu çay ve kahveden uzak durulması, orta derece fiziksel egzersizlerin (2-3 km yürüyüş gibi) yapılması gerektiği anlatılmalıdır (36,37,45,46).

Aktivite ve Egzersizlere Yönelik Bilgilendirme

Hastaların hareketliliğini sağlayarak ameliyat bölgelerine kan akımını arttırmak, kalp kasının güçlendirmesini sağlamak ve yara iyileşmesini hızlandırmak amacıyla egzersizlerin yapılması önem taşımaktadır (36). Hastalara yapabilecekleri en yararlı egzersizin yürüyüş olduğu, evde ya da dışarda açık havada yürüyüş yapmalarının yararlı olabileceği açıklanmalıdır (36,37). Egzersizler aynı zamanda hastalarda psikolojik ve sosyal

fonksiyonlarının gelişmesinde, göğüs ağrılarının azalmasında da yararlı olmaktadır (35). Hastalara, haftada en az 3 defa 30 dakika hafif ve orta düzey egzersiz yapmaları, egzersize yemekten önce ya da yemekten en az 2 saat sonra başlamaları ve egzersizden sonra en az 30 dakika dinlenmeleri gerektiği açıklanmalıdır. Hastalara günlük egzersizlerini yaparken göğüs korselerini 2 ay boyunca giymeleri, sternumun iyileşmesi için gereken 6-8 haftalık süre içerisinde yataktan ve sandalyeden kalkarken kollarına yük bindirmemeleri ve 2 kg'dan fazla ağırlık taşımamaları gerektiği açıklanmalıdır (23,37). Hastalara yaptıkları egzersiz sonrasında hekimin önerdiği şekilde ve yeterli miktarda sıvı almaları gerektiği belirtilmelidir (23,35,36,42).

Hijyenik Bakıma Yönelik Bilgilendirme

Hastalara yara yerlerinin temiz ve kuru olması durumunda banyo yapabilecekleri söylenmelidir. Ayrıca hastalara tam iyileşme olana kadar (genellikle 6 hafta) aşırı sıcak ve soğuk banyo yapmamaları, banyo esnasında kese yada ovma beziyle ovalanmamaları ve banyo sonrasında yara yerlerini hafifçe tamponlayarak kurulamaları gerektiği açıklanmalıdır (23,36,37). Banyo sırasında düşme riskine ve baygınlık durumuna ilişkin önlem amacıyla, oturur pozisyonda banyo yapmaları ve banyo zeminine kaymayan paspas koymaları önerilmelidir (23,36,37,42).

Sigara ve Alkol Kullanımına Yönelik Bilgilendirme

Hastalara sigara ve alkol kullanmamaları, pasif içicililikten kaçınmak amacıyla sigara içilen ortamlardan uzak durulması gerektiği açıklanmalıdır (23,36,42). Ayrıca hastalara alkol ve sigarayı bırakmaları konusunda özel programlara katılabilecekleri konusunda bilgilendirme yapılmalıdır (42).

Cinsel Aktiviteye Yönelik Bilgilendirme

Hastalara taburcu olduktan sonraki ilk 4-6 hafta cinsel ilişkilerinin kısıtlı olmasına özen göstermeleri, hareket kısıtlılığı ve ağrı gibi yakınmaların ortadan kalkmasından sonra cinsel yaşamlarına devam edilebilecekleri açıklanmalıdır (36,42,45).

Ruh Halinde Değişiklik Durumuna Yönelik Bilgilendirme

Hastalara mutsuzluk, aile içinde rol karmaşıklığı, stresle baş etmede zorluk, anksiyete gibi duygular yaşayabilecekleri ve bu durumların geçici olduğu açıklanmalıdır. Bu konuda

özellikle aile bireylerine de biraz sabırlı olmaları gerektiği konusunda bilgilendirme yapılmalıdır. Bu durumun uzun sürmesi durumunda hekime başvurulması gerektiği bildirilmelidir (42).

Uyku ve Dinlenmeye Yönelik Bilgilendirme

Hastalara, kendilerini çok fazla yormamaları, yorulduklarını hissettiklerinde dinlenmeleri gerektiği anlatılmalıdır. Dinlenme için gece uykusunun önemli olduğu, bunun için hastaların her gece en az 6 saat uyumaları gerektiği açıklanmalıdır (42).

İşe Başlamaya Yönelik Bilgilendirme

Hastalara, bu dönemde işe başlamadan önce 6-12 hafta izin verilmektedir. Aktif çalışma hayatı olan hastaların ameliyat sonrasında işlerine geri dönmeleri, sosyal ve psikolojik rahatlılıkları açısından önemlidir. Hafif işlerde çalışanlarda, ilk 4 haftadan sonra gün içerisinde uzun sürmemesi (dört saat ve üzeri) koşuluyla, zorlu işlerde çalışanlarda özellikle ellerin kullanıldığı işlerde 3. ayın sonrasında işe başyalayabilecekleri açıklanmalıdır (23,35).

Ev İşleri Yapma/ Seyahat Etmeye Yönelik Bilgilendirme

Hastalara temizlik yapma, yemek hazırlama, çocuk bakımı gibi işlerde, 8 haftadan sonra yapılacak kontrolde hekimin kararına göre hareket etmeleri gerektiği açıklanmalıdır (36,37). Taburculuk sonrası ilk 6-8 haftada araba kullanmının riskli olduğu ve uzun süreli yolculuk yapılacaksa uçak yolculuğunun tercih edilmesi anlatılmalıdır (23,36,37,42).

Sosyal Faaliyetlere Yönelik Bilgilendirme

Hastalara, taburcu olduktan sonraki ilk bir ay içinde, enfeksiyon gelişimini önlemek amacıyla ziyaretçi kısıtlanmasının önemi açıklanmalı, toplu taşıma aracı kullanmamaları, kalabalık ortamlarda bulunmamaları gerektiği anlatılmalıdır (35,59).

Acil Durumlara Yönelik Bilgilendirme

Hastalara, ameliyat öncesi dönemde hissettikleri ağrılara benzeyen ciddi göğüs ağrısı, birkaç gün içinde 3-4 kg'nun üzerinde kilo artışı, ani görme ve konuşma bozukluğu, kol ve bacakta ani güç kaybı ve tutmama hali, yüksek ateşle titreme, aşırı yorgunluk, öksürdüğünde

taze kan gelmesi, bayılma, ishal, katran kıvamlı dışkılama, kahve telvesi şeklinde kusma, cilt döküntüleri, idrar atımı sırasında yanma, kan görülmesi, sık sık idrara çıkma gibi anormal durumlarla karşılaşıldığında hekime başvurulması gerektiği anlatılmalıdır (36,37,42,45).

Kontrole Gelmeye Yönelik Bilgilendirme

Hastalara, taburculuk sonrası kontrole gelme tarihi, kontrole gelecekleri hekim ve yanında getirmeleri gereken epikrizleri konusunda bilgi verilmelidir. Ayrıca herhangi bir sorun ya da komplikasyon durumunda başvurabilecekleri birim ve ulaşabilecekleri kişinin telefon numarasına ilişkin bilgi verilmelidir (15,35-37).

HASTA BİLGİLENDİRMESİNİN ÖNEMİ

KABG ameliyatı sonrası oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi, hastaların en kısa zamanda öz bakım aktivitelerini yerine getirebilme ve yaşam biçimi davranışlarını sağlıklı yürütülebilmesi için, taburculuğa yönelik bilgilendirmesinin yapılması önem taşımaktadır (60,61). Hasta bilgilendirmesi, hastanın hastaneye yatışı ile başlayıp taburculuk sonrasını da içine alan, sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki öğretme ve öğrenme süreci olarak tanımlanmaktadır (24,62). Hasta bilgilendirilmesinin amaçları; hastanın iyileşme sürecini kısaltmak, ameliyat sonrası oluşabilecek komplikasyonların gelişimini önlemek, hastanın en kısa zamanda günlük yaşam aktivitelerine dönmesine yardımcı olmak, hasta ve ailesine psikolojik destek sağlamak ve hastanın yaşam kalitesini arttırmaktır (63).

Hasta bilgilendirmesinde günümüzde üç farklı yöntem kullanılmakta olup bu yöntemler; sözel bilgilendirme, yazılı materyal kullanımı ve multimedya tabanlı bilgilendirmedir. Hastalara yapılacak sözel bilgilendirmelerin görsel olarak da desteklenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (61,64). Hasta bilgilendirmesinde verilecek bilgilerin anlaşılmasını sağlanması ya da unutma olasılığının önlenmesi amacıyla eğitim kitapçıkları ya da işitsel, görsel eğitim araçlarının kullanılması ile bilgilendirmenin etkinliği arttırabilmektedir (24,65).

Bilgilendirme sürecinde kullanılabilecek materyaller görsel, işitsel ya da görsel-işitsel olarak gruplandırılmakta olup görsel materyaller arasında; afiş, broşür, resim, kitapçık, yazılı veya resimli araç-gereçler, işitsel materyaller arasında; ses kaydı, radyo gibi araç-gereçler ve görsel-işitsel materyaller arasında; televizyon, slayt gösterisi, video gibi araç gereçler yer almaktadır (66). Bu materyallerin seçiminde ve kullanımında, hemşireler tarafından

bilgilendirmeye uygunlukları kontrol edilmelidir. Yazılı materyallerde hastanın anlayabileceği bir dilin kullanılması, görsel ve görsel-işitsel materyallerde hastanın görebileceği ve duyabileceği şekilde hazırlanmış olması önem taşımaktadır (67).

Özellikle hastanın öncellikleri göz önünde bulundurularak planlanan bireysel bilgilendirme sayesinde hastalar, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kendi kendilerine yönetebilmekte ve daha fazla sağlıklı davranış kazanabilmektedir **(**68). KABG sonrası dönemdeki hastalarda yürütülen çalışmalarda, hastaların bireysel özelliklerinin, taburculuk eğitiminin etkinliğini ve kullanılabilirliğini etkilediği, bu nedenle bilgilendirme sürecinin yazılı, işitsel, ya da görsel materyaller ile desteklenmesi gerektiği bildirilmektedir (15,16,69).

Bu tez çalışmasında KABG ameliyatı olmuş hastaların taburculuk bilgilendirilmesinde taburculuk bilgilendirme takvimi kullanımının, hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin değerlendirmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Araştırma; KABG ameliyatı olan hastalara taburculuk bilgilendirme takvimi kullanılarak yapılan bilgilendirmenin, hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü yarı deneysel olarak tasarlandı ve yapıldı.

ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Servisi'nde 10.11.2017-10.10.2018 tarihleri arasında yürütüldü.

ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Servisi'nde yatan ve planlı KABG ameliyatı olan hastalar oluşturdu. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında evrendeki birey sayısı bilinen örneklem hesaplama yöntemi kullanıldı. 01 Ocak-01 Haziran 2017 tarihleri arasında Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesinde yapılan KABG vaka sayısına göre yıllık KABG ameliyatı olan hasta sayısı 96 olarak öngörülerek, Özyazıcıoğlu ve arkadaşlarının (70) çalışmasındaki SYBD ölçeği toplam puan ortalamasının standart sapma değeri (SS=16,4) baz alınarak, %95 güven düzeyinde, tolerans oranı (d=2) kullanılarak her grup 35 kişiden oluşmak üzere örnekleme alınması gereken kişi sayısı en az 70 olarak hesaplandı. Buna göre, araştırmaya alınma kriterlerini taşıyan 35 hasta çalışma grubuna ve 35 hasta kontrol grubuna dahil edilerek toplam 70 hasta çalışmanın örneklemini

oluşturdu. Araştırma, çalışma grubuna dahil edilen 33 ve kontrol grubuna dahil edilen 35 hasta ile tamamlandı.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

Araştırmaya;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan,
- 18 ve üzeri yaşta olan,
- İlk defa KABG ameliyatı olan,
- Ameliyatta bypass amacıyla safen ven kullanılan,
- Okuma yazma bilen ve okuduğunu anlayıp kavrayabilen,
- İletişim kurabilen,
- Psikiyatrik bir tanısı olmayan hastalar dahil edildi.

. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H0**:** KABG ameliyatı olan hastaların taburculuk bilgilendirilmesinde taburculuk bilgilendirme takvimi kullanımının, hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirmelerine etkisi yoktur.

H1: KABG ameliyatı olan hastaların taburculuk bilgilendirilmesinde taburculuk bilgilendirme takvimi kullanımının hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirmelerine etkisi vardır.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri, "Hasta Bilgi Formu", "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II" ve "Taburculuk Bilgilendirme Takvimi" kullanılarak toplandı.

Hasta Bilgi Formu (Ek 1)

Araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür incelemesi yapılarak (15,51,71-73) oluşturulan bu form, hastaların yaş, cinsiyet, boy, medeni durum gibi sosyo-demografik özelliklerini ve taburculuk eğitimi alma durumlarını belirlemeye yönelik hazırlanan toplam 20 sorudan oluştu.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) (Ek 2)

Ölçek, Walker, Sechrist ve Pender (1989) tarafından, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilgili olarak sağlığını geliştirici davranışlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. 1996 yılında Walker ve arkadaşları tarafından tekrar revize edilen ölçek, "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II" olarak adlandırılmıştır. Dörtlü likerte göre (1= hiçbir zaman, 2= bazen, 3= sık sık, 4= düzenli) değerlendirilen ölçek için alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçekten alınan puanların yüksek oluşu, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlilik katsayısı tüm ölçekte 0.94 olup, alt gruplar için 0,79-0.87 arasında değişmektedir (74).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği 2008 yılında Bahar ve ark. (75) tarafından yapılmış olup, ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı tüm ölçekte 0.92 ve alt gruplar için 0.64-0.80 arasında değişim göstermektedir.

Bu araştırmada elde edilen Cronbach Alfa katsayısı tüm ölçekte 0,89 ve alt gruplar için 0,64-0,83 arasında değişim gösterdi (Tablo 1).

Tablo 1. Ölçeğe ait Cronbach Alfa katsayı değerleri

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	**Cronbach Alpha**
Alt boyutları	
Sağlık Sorumluluğu	0,82
Fiziksel Aktivite	0,83
Beslenme	0,64
Manevi Gelişim	0,70
Kişiler Arası İlişkiler	0,71
Stres Yönetimi	0,65
Tüm ölçek	0,89

Ölçek 52 madde ve altı alt boyuttan oluşmakta olup bunlar;

Sağlık sorumluluğu: Bu alt boyut, bireyin sağlığı ile ilgili kendini sorumlu hissetmesi ile ilgili olup gerekli durumlarda profesyonellere başvurup yardım almasına ilişkin maddeleri içermektedir. Bu maddeler; 3., 9., 15., 21., 27., 33., 39., 45., 51. maddelerdir.

Fiziksel aktivite: Bu alt boyut, bireyin günlük yaşamında düzenli olarak yaptığı ve yaşamın bir parçası olan hafif, orta ve ağır derece egzersizlere ilişkin maddeleri içermektedir.. Bu maddeler; 4., 10., 16., 22., 28., 34., 40., 46. maddelerdir.

Beslenme: Bu alt boyut, bireyin kendi öğünlerini seçmesi, düzenlemesi ve yiyecek seçimindeki durumunu belirlemeye ilişkin maddeleri içermektedir. Bu maddeler; 2., 8., 14., 20., 26., 32., 38., 44., 50. maddelerdir.

Manevi gelişim: Bu alt boyut, bireylerin kendini geliştirme yeteğini kendini ne derce tanıdığını ve iyilik durumunu sürdürmek için varolan gücüne ilişkin maddeleri içermektedir. Bu maddeler; 6., 12., 18., 24., 30., 36., 42., 48., 52. maddelerdir.

Kişiler arası ilişkiler: Bu alt boyut, bireyin başkaları ile olan ilişkilerini tanımlamaya ve olup bu ilişkilerin sözel ve sözel olmayan mesajlarla gerçeklemesine ilişkin maddeleri içermektedir. Bu alt maddeler; 1., 7., 13., 19., 25., 31., 37., 43., 49. maddelerdir.

Stres yönetimi: Bu alt boyut, bireyin stres kaynaklarını ve bu kaynakları kontrol edebilme durumunu belirlemeye ilşkin maddeleri içermektedir. Bu maddeler; 5., 11., 17., 23., 29., 35., 41., 47. maddelerdir.

Taburculuk Bilgilendirme Takvimi (Ek 6)

Araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür bilgisinden (7,15,23,42,76) yararlanılarak, Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri modeline göre hazırlanan bu takvim, içeriğinin incelenmesi ve yorumlanması amacıyla 5 uzmanın (3 hekim, 2 sorumlu hemşire) görüşüne sunuldu. Görüşlerin değerlendirmesinin ardından son şeklini alan taburculuk bilgilendirme takvimi, KABG ameliyatı olan ve çalışma grubunda yer alan hastaların taburculuk bilgilendirmesinde görsel ve yazılı materyal olarak kullanıldı.

Taburculuk bilgilendirme takvimi, araştırmacı tarafından tasarlanan, masaüstü takvimi şeklinde kullanıma uygun, sayfaları takvim yaprağı gibi çevrilebilen ve görselliğin daha ön planda olması amacıyla renkli sayfalar halinde basılan bir bilgilendirme materyalidir. Arkalı-önlü toplamda 15 sayfadan oluşmaktadır.

Takvimde, taburculuk bilgilendirme konuları, 14 ana başlık altında toplanmıştır. Bu başlıklar;

- Ameliyat sonrası ilaç kullanma,

- Ağrıyla baş etme,
- Ameliyat yaraların bakımı,
- Şişlik (ödemin önlenmesi),
- Sağlıklı beslenme,
- Kabızlığın önlenmesi,
- Aktivite ve egzersiz,
- Sigara ve alkol kullanımı,
- Hijyenik bakım,
- Cinsel aktivite,
- Ruh halinde değişiklik,
- Uyku ve dinlenme,
- İşe başlama,
- Ev işleri ve seyahat,
- Sosyal faaliyet,
- Acil durumlar
- Kontrole gelme gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ele almaktadır.

VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmada hastaların gruplara atanmasında, basit randominasyon yöntemi kullanıldı. Buna göre hastaların servise yatış sırasına göre bir listede oluşturuldu ve bu listede protokol numarası tek olan hastalar kontrol grubunu, çift olan hastalar çalışma grubunu oluşturdu.

Veriler, araştırmacı tarafından 3 basamakta toplandı (Şekil 1).

Birinci Basamak (1. Değerlendirme)

Bu basamakta, KABG ameliyatı sonrası servisten taburcu olmaları planlanan her iki gruptaki hastaların birinci değerlendirmesi yapıldı. Bunun için öncelikle taburculuk işlemlerinden bir gün önce hastaların kendi odalarında yüz yüze görüşme yöntemi hasta bilgi formu dolduruldu. Ardından hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek amacıyla ölçek maddeleri, araştırmacı tarafından hastalara tek tek okundu ve cevaplar ölçek formuna kaydedildi. Veri formlarının doldurulması yaklaşık 10-15 dakikalık süre içerisinde tamamlandı.

Formların doldurulmasının ardından kontrol grubunda yer alan hastalara araştırmacı tarafından yaklaşık 20-30 dakikalık süre içerisinde sözel anlatım yoluyla taburculuk bilgilendirmesi yapıldı. Bilgilendirme sırasında bireysel farklılıklar da göz önüne alınarak gerek duyulan tekrarlamalar yapıldı.

Çalışma grubundaki hastalara sözel anlatım yoluyla ve taburculuk bilgilendirme takvimi kullanılarak yaklaşık 20-30 dakika içerisinde taburculuk bilgilendirmesi yapıldı. Bilgilendirme sonrasında takvim, rehber olması amacıyla hastalara verildi. Takvimin, taburculuk sonrası dönemde hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmelerine rehber niteliği taşıdığı hastalara açıklandı.

İkinci Basamak (2. Değerlendirme)

Bu basamakta, hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ikinci değerlendirmesi yapıldı. Değerlendirme, her iki gruptaki hastaların taburculuk sonrasındaki 2. haftada, polikliniktekı kontrolleri sırasında araştırmacı tarafından sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği-II maddelerinin hastalara okunması ve cevapların ölçek formuna kaydedilmesi ile gerçekleştirildi.

Üçüncü Basamak (3. Değerlendirme)

Bu basamakta, hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının üçüncü değerlendirmesi yapıldı. Değerlendirme, her iki gruptaki hastaların taburculuk sonrasındaki 6.haftada, polikliniktekı kontrolleri sırasında araştırmacı tarafından sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği-II maddelerinin hastalara okunması ve cevapların ölçek formuna kaydedilmesi ile gerçekleştirildi.

ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Çalışmanın uygulanabilmesi için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Ek 3) ve Edirne Sultan 1.Murat Devlet Hastanesi'nin bağlı bulunduğu Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'nden gereken izinler alındı (Ek 4).

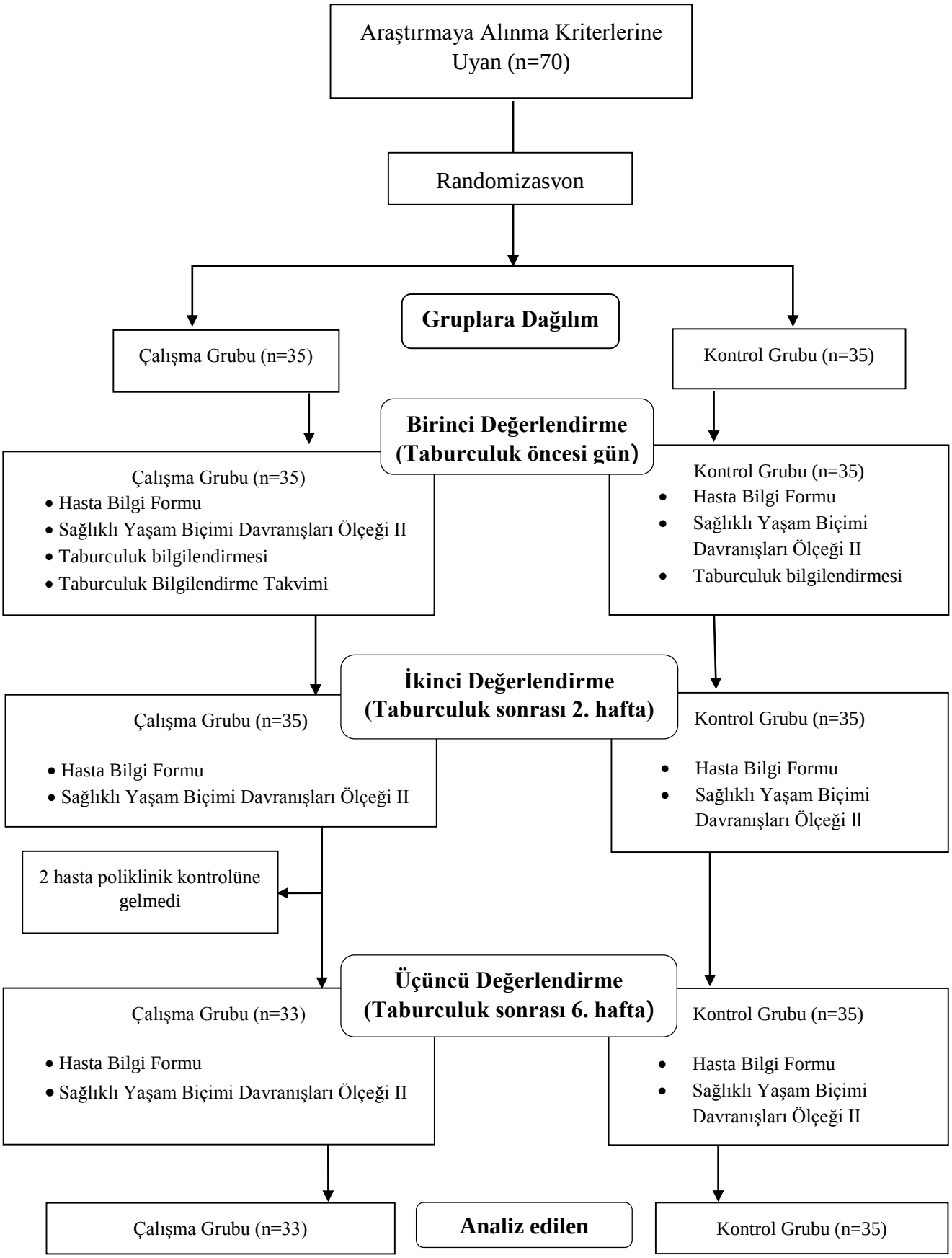
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek-II'nin kullanımı için Türkçe geçerlilik ve güvenirliliğini yapan araştırmacıdan gereken izin e-posta yolu ile alındı (Ek 5).

Araştırmanın yapıldığı kliniğin sorumlu hemşiresine, servis hemşirelerine ve araştırmaya katılma kriterlerine uyan hastalara, araştırmanın amacı ve uygulanması hakkında

açıklama yapıldı. Hastalara, verdikleri bilgilerin sadece araştırma amacıyla kullanılacağı, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı açıklandı. Hastaların sözlü ve yazılı onayları alındı.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tanımlayıcı verilerin istatistiksel analizinde ortalama, standart sapma, en düşük, en yüksek ve frekans değerleri kullanıldı. Kolmogorov Simirnov testi kullanılarak değişkenlerin dağılımı test edildi. Bağımsız nicel verilerin analizinde bağımsız örneklem t testi ve Mann-Whitney U testi kullanıldı. Bağımlı nicel verilerin analizinde Wilcoxon testi kullanıldı. Bağımsız nitel verilerin analizinde ki-kare testi ve ki-kare test koşulları sağlanmadığında Fisher testi kullanıldı. Tüm verilerin analizinde SPSS 22,0 paket programı (Statistical Package for the Social Sciences 22,0) kullanıldı.



Şekil 1. Randomizasyon akış şeması

BULGULAR

Bu bölümde, KABG ameliyatı olan hastalara taburculuk bilgilendirme takvimi kullanılarak yapılan bilgilendirmenin, hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisini belirlemek amacıyla 10.11.2017-10.10.2018 tarihleri arasında yürütülen bu araştırmadan elde edilen bulgular ve istatistiksel analizler tablolar halinde sunuldu.

Tablo 2. Hastaların bireysel özellikleri

	Çalışma Grubu (n=33)		**Kontrol Grubu (n=35)**		**Toplam**		***P***
	Ort.±S.S./n-%		**Ort.±S.S./n-%**		**Ort.±S.S./n-%**		
Yaş	58,2	8,6	60,5	7,6	59,4	8,1	0,273 [m]
Cinsiyet							
Kadın	12	36,4	11	31,4	23	33,8	0,667 [X²]
Erkek	21	63,6	24	68,6	45	66,2	
BKİ (kg/m²)	28,1	4,4	28,1	4,6	28,1	4,5	0,994 [t]
Boy	167,2	8,8	164,3	9	165,7	8,9	0,189 [t]
Kilo	78,2	12,5	75,6	12,7	76,9	12,6	0,398 [t]
Medeni Durum							
Evli	28	84,8	28	80	56	82,4	0,836 [X²]
Bekar	1	3	2	5,7	3	4,4	
Dul	4	12,1	5	14,3	9	13,2	
Eğitim Durumu							
Okuryazar	1	3	2	5,7	3	4,4	
İlk-Orta	23	69,7	24	68,6	47	69,1	0,897 [X²]
Lise	6	18,2	3	8,6	9	13,2	
Üniversite	3	9,1	6	17,1	9	13,2	

Tablo 2 (devam). Hastaların bireysel özellikleri

Meslek							
İşçi	4	12,1	4	11,4	8	11,8	0,773 X^2
Memur	2	6,1	1	2,9	3	4,4	0,608 X^2
Emekli	18	54,5	21	60	39	57,4	0,834 X^2
Ev Hanımı	7	21,2	7	20	14	20,6	0,859 X^2
Serbest meslek	2	6,1	2	5,7	4	5,9	1,000 X^2
Evde yaşayan birey							
1	2	6,1	2	5,7	4	5,9	0,824 X^2
2	15	45,5	18	51,4	33	48,5	
3	11	33,3	11	31,4	22	32,4	
4	0	0	3	8,6	3	4,4	
5	5	15,2	1	2,9	6	8,8	
Yaşadığı yer							
Köy	4	12,1	5	14,3	9	13,2	0,601 X^2
Kasaba	9	27,3	6	17,1	15	22,1	
Şehir	20	60,6	24	68,6	44	64,7	
Alkol kullanımı							0,457 X^2
Evet	19	57,6	17	48,6	36	52,9	
Hayır	14	42,4	18	51,4	32	47,1	0,575 ^{m}
Süresi	22,26	8,85	23,53	7,65	22,86	8,21	
Sigara kullanımı							0,484 X^2
Evet	26	78,8	25	71,4	51	75	
Hayır	7	21,2	10	28,6	17	25	0,637 ^{m}
Süresi	25,56	8,59	26,4	9,07	25,98	8,75	
Sosyal güvence							
Emekli sandığı	7	21,2	5	14,3	12	17,6	1,000 X_2
SSK	19	57,6	20	57,1	39	57,4	
Bağkur	7	21,2	9	25,7	16	23,5	
Diğer	0	0	1	2,9	1	1,5	

^{m} = Mann-Whitney U testi; X^2 = Ki-kare testi (Fisher test); ^{t} = Bağımsız örneklem t testi

Tablo 2'de çalışma (n=33) ve kontrol (n=35) grubunda yer alan hastalara ait bireysel özelliklerin dağılımına yer verildi.

Tablo 2'de yer alan veriler incelendiğinde, hastaların toplamda yaş ortalamasının 59,4±8,1, % 66,2'sinin erkek, BKI (kg/m^2) değerlerinin 28,1, %82,4'ünün evli, %69,1'inin ilk-orta öğretim mezunu, %57,4'ünün emekli, %48,5'inin evde iki kişi yaşadıkları, %64,7'inin şehirde yaşadığı, %52,9'unun alkol kullandığı, %75'inin sigara kullandığı, %57,4'ünün sosyal güvencesinin SSK olduğu belirlendi. Araştırmada her iki grupta yer alan hastaların bireysel özelliklerinin benzer olduğu ve yapılan istatistiksel karşılaştırmada gruplar arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (p>0,05).

Tablo 3. Hastaların hastalık özellikleri

	Çalışma Grubu (n=33)		Kontrol Grubu (n=35)		Toplam		*P*
	n-%		n-%		n-%		
KABG Öyküsü							
Var	16	48,5	14	40	30	44,1	0,481 $^{X^2}$
Yok	17	51,5	21	60	38	55,9	
Kronik Hastalık Öyküsü							
DM	13	39,4	13	37,1	26	38,2	
HT	21	63,6	18	51,4	39	57,4	
KOAH	4	12,1	2	5,7	6	8,8	0,897 $^{X^2}$
KKY	1	3	4	11,4	5	7,4	
PAH	0	0	1	2,9	1	1,5	
Astım	2	6,1	0	0	2	2,9	
Bilgilendirilme Öyküsü							
Yapılmış	1	3	1	2,9	2	2,9	1000 $^{X^2}$
Yapılmamış	32	97	34	97,1	66	97,1	
Bakan Kişi							
Eşi	22	66,7	24	68,6	46	67,6	
Çocuğu	10	30,3	8	22,9	18	26,5	0,649 $^{X^2}$
Bakıcısı	1	3	2	5,7	3	4,4	
Diğer	0	0	1	2,9	1	1,5	

^{m} = Mann-Whitney U testi; $^{X^2}$ = Ki-kare testi (Fisher test); ^{t} = Bağımsız örneklem t testi; DM= Diabetes Mellitus; KABG= Koroner Arter Bypass Greft; HT= Hipertansiyon; KOAH= Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı; PAH= Periferik Arter Hastalığı; KKY=Konjestif Kalp Yetmezliği

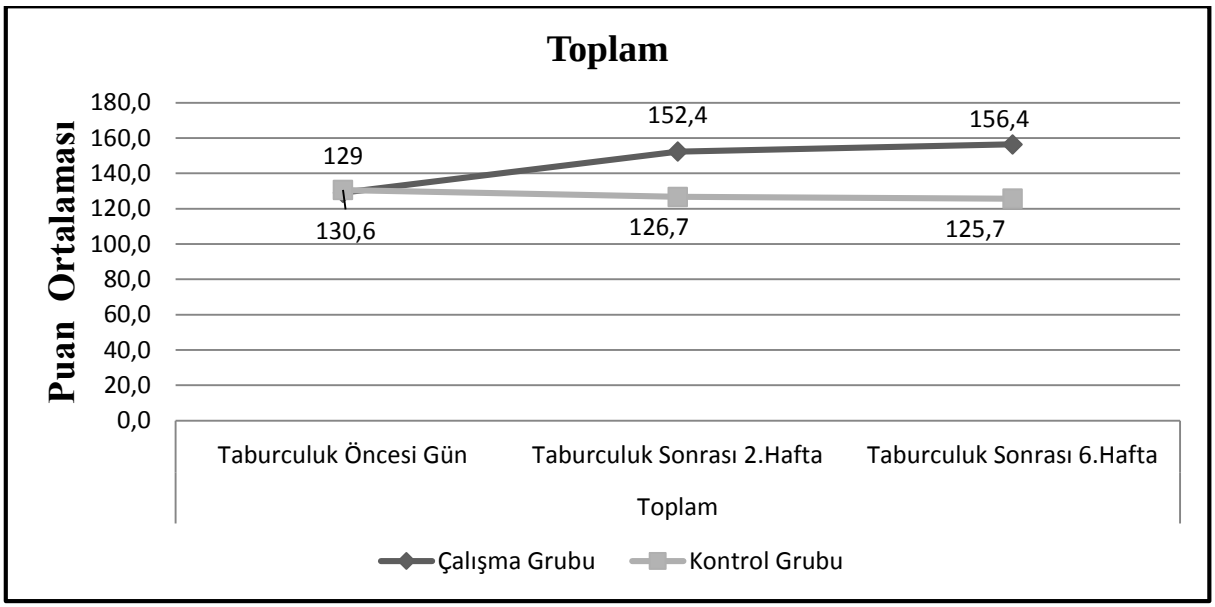
Tablo 3'te çalışma (n=33) ve kontrol (n=35) grubunda yer alan hastaların önceki KABG ameliyatı, kronik hastalık öyküsü, bilgilendirilme öyküsü ve hastaya bakan kişiye göre dağılımlarına yer verildi.

Tablo 3'te yer alan veriler incelendiğinde, hastaların toplamda %55,9'unun daha önce KABG ameliyatı olmadığı, %57,4'ünün HT hastalığının olduğu, %97,1'inin daha önce bilgilendirme öyküsünün olmadığı, %67,6'sına evde bakan kişinin eşi olduğu belirlendi. Araştırmada her iki grupta yer alan hastaların hastalığa ilişkin özelliklerinin benzer olduğu ve yapılan istatistiksel karşılaştırmada gruplar arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (p>0,05).

Tablo 4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması

	Çalışma Grubu (n=33)	**Kontrol Grubu (n=35)**	
Toplam	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	İstatistik
T.Ö Gün	129 ± 13	130,6 ± 15	*p*=0,971 [m] U=-0,037
T.S 2.hafta	152,4 ± 9,3	126,7 ± 15,1	***p*=0,000** [m] U=-5,549
T.S 6.hafta	156,4 ± 8,9	125,7 ± 13,5	***p*=0,000** [m] U=-6,362
T.Ö-T.S 2.hafta Değişim	23,4 ± 9,5	-3,9 ± 10,4	***p*=0,000** [m] U=-6,758
Grup İçi Değişim İstatistik	***p*=0,000** [w] Z=-5,014	***p*=0,030** [w] Z=-2,030	
T.Ö-T.S 6.hafta Değişim	27,4 ± 11,9	-4,9 ± 11,3	***p*=0,000** [m] U=-6,831
Grup İçi Değişim İstatistik	***p*=0,000** [w] Z=-4,996	***p*=0,022** [w] Z=-2,287	

T.Ö= Taburculuk öncesi; T.S= Taburculuk sonrası
[m]= Mann-Whitney U test [w]= Wilcoxon test



Şekil 2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması

Tablo 4'te ve Şekil 2'de çalışma (n=33) ve kontrol (n=35) grubunda yer alan hastaların taburculuk öncesi, taburculuk sonrası 2. hafta ve taburculuk sonrası 6. haftaya ait Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puan ortalamalarına yer verildi.

Tablo 4'te yer alan gruplar arası veriler incelendiğinde;

Çalışma ve kontrol gruplarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının taburculuk öncesi ilk değerlendirmesinden elde edilen ölçek toplam puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (U=-0,037; *p*=0,971). Çalışma grubunun taburculuk sonrası 2. hafta ve 6. hafta değerlendirmelerinden elde edilen sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamalarının kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (sırasıyla U=-5,549, *p*=0,000; U=-6,362, *p*=0,000).

Çalışma grubunun taburculuk sonrası 2. hafta ve taburculuk sonrası 6. haftalardaki ölçek toplam puan ortalamalarındaki artışın kontrol grubundan elde edilen puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (sırasıyla U=-6,758, *p*=0,000; U=-6,831, *p*=0,000).

Tablo 4'te yer alan grup içi veriler incelendiğinde;

Çalışma grubunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının taburculuk sonrası 2. hafta ve taburculuk sonrası 6. hafta değerlendirmelerinden elde edilen ölçek toplam puan ortalamalarının taburculuk öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı belirlendi (sırasıyla Z=-5,014, *p*=0,000; Z=-4,996, *p*=0,000). Kontrol grubunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının taburculuk sonrası 2. hafta ve taburculuk sonrası 6. hafta değerlendirmelerinden elde edilen ölçek toplam puan ortalamalarının taburculuk öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düştüğü belirlendi (sırasıyla Z=-2,030, *p*=0,030; Z=-2,287, *p*=0,022).

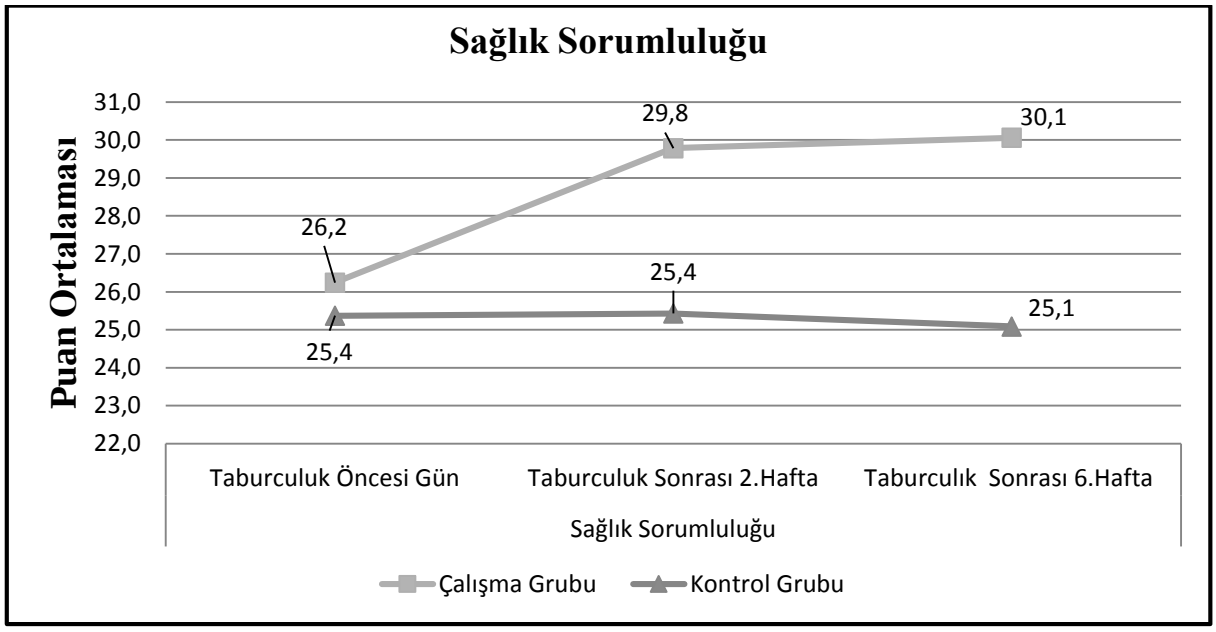
Çalışma grubunda yer alan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek toplam puan ortalamasının taburculuk öncesi gün 129±13 olduğu ve taburculuk sonrası 2. haftada 152,4±9,3'e, taburculuk sonrası 6. haftada 156,4±8,9'a yükseldiği, bu yükselişlerin taburculuk öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (sırasıyla Z=-5,014, *p*=0,000; Z= -4,996, *p*=0,000).

Kontrol grubunda yer alan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek toplam puan ortalamasının taburculuk öncesi gün 130,6±15 olduğu ve taburculuk sonrası 2. haftada 126,7±15,1'e, taburculuk sonrası 6. haftada 125,7±13,5'e düştüğü, bu düşüşlerin taburculuk öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (sırasıyla Z=-2,030, *p*=0,030; Z= -2,287, *p*=0,022).

Tablo 5. Sağlık Sorumluluğu ölçek alt boyutu puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması

	Çalışma Grubu (n=33)	**Kontrol Grubu (n=35)**	
Sağlık Sorumluluğu	Ort. ± S.S.	Ort.±S.S.	İstatistik
T.Ö Gün	26,2 ± 4,4	25,4 ± 4,4	*p*=0,310 [m] U=-1,015
T.S 2.hafta	29,8 ± 2,2	25,4 ± 3,3	***p*=0,000** [m] U=-5,353
T.S 6.hafta	30,1 ± 1,9	25,1 ± 2,9	***p*=0,000** [m] U=-5,856
T.Ö-T.S 2.hafta Değişim	3,5 ± 3,6	0,1 ± 3,3	***p*=0,000** [m] U=-3,981
Grup İçi Değişim İstatistik	***p*=0,000** [w] Z=-4,316	*p*=0,945 [w] Z=-0,069	
T.Ö-T.S 6.hafta Değişim	3,8 ± 4,0	-0,3 ± 3,8	***p*=0,000** [m] U=-3,999
Grup İçi Değişim İstatistik	***p*=0,000** [w] Z=-4,302	*p*=0,651 [w] Z=-0,452	

T.Ö= Taburculuk öncesi T.S= Taburculuk sonrası
[m]= Mann-Whitney U test [w]= Wilcoxon test



Şekil 3. Sağlık Sorumluluğu ölçek alt boyutu puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması

Tablo 5'te ve Şekil 3'te çalışma (n=33) ve kontrol (n=35) grubunda yer alan hastaların taburculuk öncesi, taburculuk sonrası 2. hafta ve taburculuk sonrası 6. haftaya ait "sağlık sorumluluğu" ölçek alt boyutu puan ortalamalarına yer verildi.

Tablo 5'te yer alan gruplar arası veriler incelendiğinde;

Çalışma ve kontrol gruplarının taburculuk öncesi "sağlık sorumluluğu" ölçek alt boyutu puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (U=-1,015; *p*=0,310). Çalışma grubunun taburculuk sonrası 2. hafta ve 6. hafta değerlendirmelerinden elde edilen "sağlık sorumluluğu" ölçek alt boyutu puan ortalamalarının kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (sırasıyla U=-5,353, *p*=0,000; U=-5,856, *p*=0,000).

Çalışma grubunun taburculuk sonrası 2. hafta ve taburculuk sonrası 6. haftalardaki "sağlık sorumluluğu" ölçek alt boyutu puan ortalamalarındaki artışın kontrol grubundan elde edilen puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (sırasıyla U=-3,981, *p*=0,000; U=-3,999, *p*=0,000).

Tablo 5'te yer alan grup içi veriler incelendiğinde;

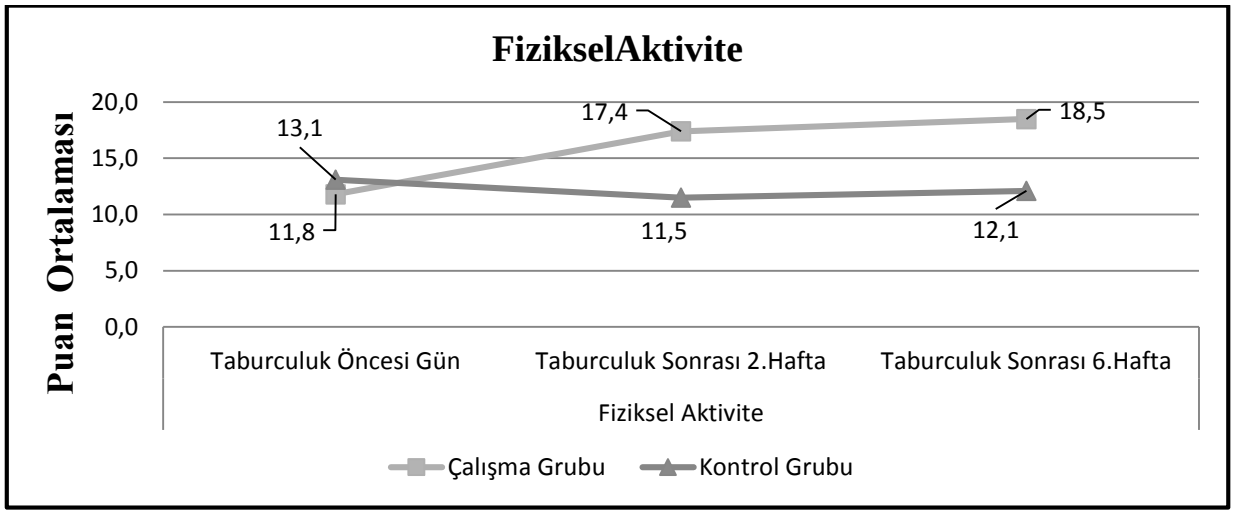
Çalışma grubunda yer alan hastaların "sağlık sorumluluğu" ölçek alt boyutu puan ortalamasının taburculuk öncesi gün 26,2±4,4 olduğu ve taburculuk sonrası 2. haftada 29,8±2,2'ye, taburculuk sonrası 6. haftada 30,1±1,9'a yükseldiği, bu yükselişlerin taburculuk öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (sırasıyla Z=-4,316, *p*=0,000; Z=-4,302, *p*=0,000).

Kontrol grubunda yer alan hastaların "sağlık sorumluluğu" ölçek alt boyutu puan ortalamasının taburculuk öncesi gün 25,4±4,4 olduğu ve taburculuk sonrası 2. haftada 25,4±3,3'e, taburculuk sonrası 6. haftada 25,1±2,9'a düştüğü, bu düşüşlerin taburculuk öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (sırasıyla Z=-0,069, *p*=0,945; Z=-0,452, *p*=0,651).

Tablo 6. Fiziksel aktivite ölçek alt boyutu puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması

	Çalışma Grubu (n=33)	**Kontrol Grubu (n=35)**	
Fiziksel Aktivite	Ort. ± S.S.	Ort.±S.S.	İstatistik
T.Ö Gün	11,8 ± 3,8	13,1 ± 4,4	*p*=0,285 [m] U=-1,069
T.S 2.hafta	17,4 ± 2,2	11,5 ± 3,1	***p*=0,000** [m] U=-6,283
T.S 6.hafta	18,5 ± 1,7	12,1 ± 3,0	***p*=0,000** [m] U=-6,485
T.Ö-T.S 2.hafta Değişim	5,6 ± 3,8	-1,5 ± 4,1	***p*=0,000** [m] U=-5,712
Grup İçi Değişim İstatistik	***p*=0,000** [w] Z=-4,666	*p*=0,052 [w] Z=-1,979	
T.Ö-T.S 6.hafta Değişim	6,7 ± 3,8	-1 ± 3,8	***p*=0,000** [m] U=-5,972
Grup İçi Değişim İstatistik	***p*=0,000** [w] Z=-4,813	*p*=0,132 [w] Z=-1,506	

T.Ö= Taburculuk öncesi T.S= Taburculuk sonrası
[m]= Mann-Whitney U test [w]= Wilcoxon test



Şekil 4. Fiziksel aktivite ölçek alt boyutu puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması

Tablo 6'da ve Şekil 4'te çalışma (n=33) ve kontrol (n=35) grubunda yer alan hastaların taburculuk öncesi, taburculuk sonrası 2. hafta ve taburculuk sonrası 6. haftaya ait "fiziksel aktivite" ölçek alt boyutu puan ortalamalarına yer verildi.

Tablo 6'da yer alan gruplar arası veriler incelendiğinde;

Çalışma ve kontrol gruplarının taburculuk öncesi "fiziksel aktivite" ölçek alt boyutu puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (U=-1,069; *p*=0,285). Çalışma grubunun taburculuk sonrası 2. hafta ve 6. hafta değerlendirmelerinden elde edilen "fiziksel aktivite" ölçek alt boyutu puan ortalamalarının kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (sırasıyla U=-6,283, *p*=0,000; U=-6,485, *p*=0,000).

Çalışma grubunun taburculuk sonrası 2. hafta ve taburculuk sonrası 6. haftalardaki "fiziksel aktivite" ölçek alt boyutu puan ortalamalarındaki artışın kontrol grubundan elde edilen puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (sırasıyla U=-5,712, *p*=0,000; U= -5,972, *p*=0,000).

Tablo 6'da yer alan grup içi veriler incelendiğinde;

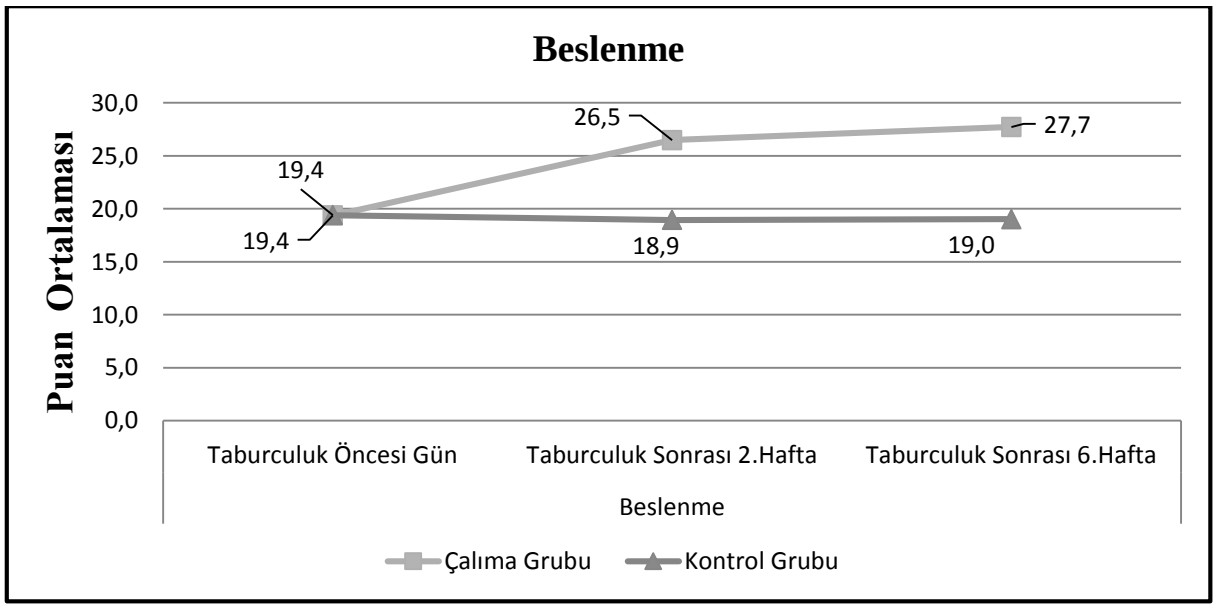
Çalışma grubunda yer alan hastaların "fiziksel aktivite" ölçek alt boyutu puan ortalamasının taburculuk öncesi gün 11,8±3,8 olduğu ve taburculuk sonrası 2. haftada 17,4.±2,2'ye, taburculuk sonrası 6. haftada 18,5±1,7'a yükseldiği, bu yükselişlerin taburculuk öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (sırasıyla Z=-4,666, *p*=0,000; Z=-4,813, *p*=0,000).

Kontrol grubunda yer alan hastaların "fiziksel aktivite" ölçek alt boyutu puan ortalamasının taburculuk öncesi gün 13,1±4,4 olduğu ve taburculuk sonrası 2. haftada 11,5±3,1'e, taburculuk sonrası 6. haftada 12,1±3,0'a düştüğü, bu düşüşlerin taburculuk öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (sırasıyla Z=-1,979, *p*=0,052; Z=-1,506, *p*=0,132).

Tablo 7. Beslenme ölçek alt boyutu puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması

	Çalışma Grubu (n=33)	**Kontrol Grubu (n=35)**	
Beslenme	Ort. ± S.S.	Ort.±S.S.	İstatistik
T.Ö Gün	19,4 ± 3,9	19,4 ± 4,3	*p*=0,980 [m] U=-0,025
T.S 2.hafta	26,5 ± 3,2	18,9 ± 4,2	***p*=0,000** [m] U=-5,784
T.S 6.hafta	27,7 ± 2,9	19 ± 4,6	***p*=0,000** [m] U=-6,027
T.Ö-T.S 2.hafta Değişim	7,1 ± 4,1	-0,5 ± 4,4	***p*=0,000** [m] U=-5,658
Grup İçi Değişim İstatistik	***p*=0,000** [w] Z=-5,017	*p*=0,403 [w] Z=-0,836	
T.Ö-T.S 6.hafta Değişim	8,4 ± 4,5	-0,4 ± 4,7	***p*=0,000** [m] U=-5,951
Grup İçi Değişim İstatistik	***p*=0,000** [w] Z=-5,001	*p*=0,601 [w] Z=-0,523	

T.Ö= Taburculuk öncesi T.S= Taburculuk sonrası
[m]= Mann-Whitney U test [w]= Wilcoxon test



Şekil 5. Beslenme ölçek alt boyutu puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması

Tablo 7'de ve Şekil 5'te çalışma (n=33) ve kontrol (n=35) grubunda yer alan hastaların taburculuk öncesi, taburculuk sonrası 2. hafta ve taburculuk sonrası 6. haftaya ait "beslenme" ölçek alt boyutu puan ortalamalarına yer verildi.

Tablo 7'de yer alan gruplar arası veriler incelendiğinde;

Çalışma ve kontrol gruplarının taburculuk öncesi "beslenme" ölçek alt boyutu puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (U=-0,025; *p*=0,980). Çalışma grubunun taburculuk sonrası 2. hafta ve 6. hafta değerlendirmelerinden elde edilen "beslenme" ölçek alt boyutu puan ortalamalarının kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (sırasıyla U=-5,784, *p*=0,000; U=-6,027, *p*=0,000).

Çalışma grubunun taburculuk sonrası 2. hafta ve taburculuk sonrası 6. haftalardaki "beslenme" ölçek alt boyutu puan ortalamalarındaki artışın kontrol grubundan elde edilen puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (sırasıyla U=-5,658, *p*=0,000; U=-5,951, *p*=0,000).

Tablo 7'de yer alan grup içi veriler incelendiğinde;

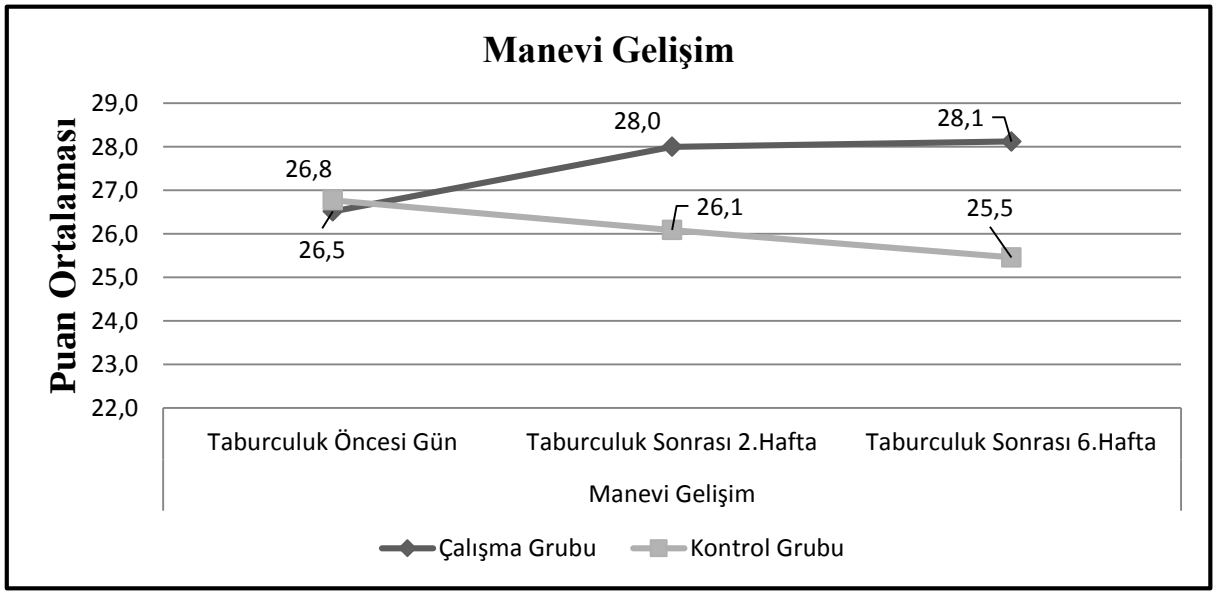
Çalışma grubunda yer alan hastaların "beslenme" ölçek alt boyutu puan ortalamasının taburculuk öncesi gün 19,4±3,9 olduğu ve taburculuk sonrası 2. haftada 26,5±3,2'ye, taburculuk sonrası 6. haftada 27,7±2,9'a yükseldiği, bu yükselişlerin taburculuk öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (sırasıyla Z=-5,017, *p*=0,000; Z=-5,001, *p*=0,000).

Kontrol grubunda yer alan hastaların "beslenme" ölçek alt boyutu puan ortalamasının taburculuk öncesi gün 19,4±4,3 olduğu ve taburculuk sonrası 2. haftada 18,9±4,2'ye, taburculuk sonrası 6. haftada 19,0±4,6'ya düştüğü, bu düşüşlerin taburculuk öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (sırasıyla Z=-0,836, *p*=0,403; Z=-0,523, *p*=0,601).

Tablo 8. Manevi gelişim ölçek alt boyutu puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması

	Çalışma Grubu (n=33)	**Kontrol Grubu (n=35)**	
Manevi Gelişim	Ort. ± S.S.	Ort.±S.S.	İstatistik
T.Ö Gün	26,5 ± 2,5	26,8 ± 2	*p*=0,436 [m] U=-0,779
T.S 2.hafta	28 ± 1,6	26,1 ± 2,9	***p*=0,000** [m] U=-4,172
T.S 6.hafta	28,1 ± 1,3	25,5 ± 2,8	***p*=0,000** [m] U=-5,168
T.Ö-T.S 2.hafta Değişim	1,5 ± 2,5	-0,7 ± 2,6	***p*=0,000** [m] U=-3,903
Grup İçi Değişim İstatistik	***p*=0,001** [w] Z=-3,264	*p*=0,095 [w] Z=-1,671	
T.Ö-T.S 6.hafta Değişim	1,6 ± 2,7	-1,3 ± 2,5	***p*=0,000** [m] U=-4,554
Grup İçi Değişim İstatistik	***p*=0,001** [w] Z=-3,334	***p*=0,005** [w] Z=-2,801	

T.Ö= Taburculuk öncesi T.S= Taburculuk sonrası
[m]= Mann-Whitney U test [w]= Wilcoxon test



Şekil 6. Manevi gelişim ölçek alt boyutu puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması

Tablo 8'de ve Şekil 6'da çalışma (n=33) ve kontrol (n=35) grubunda yer alan hastaların taburculuk öncesi, taburculuk sonrası 2. hafta ve taburculuk sonrası 6. haftaya ait "manevi gelişim" ölçek alt boyutu puan ortalamalarına yer verildi.

Tablo 8'de yer alan gruplar arası veriler incelendiğinde;

Çalışma ve kontrol gruplarının taburculuk öncesi "manevi gelişim" ölçek alt boyutu puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (U=-0,779; *p*=0,436). Çalışma grubunun taburculuk sonrası 2. hafta ve 6. hafta değerlendirmelerinden elde edilen "manevi gelişim" ölçek alt boyutu puan ortalamalarının kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (sırasıyla U=-4,172, *p*=0,000; U=-5,168, *p*=0,000).

Çalışma grubunun taburculuk sonrası 2. hafta ve taburculuk sonrası 6. haftalardaki "manevi gelişim" ölçek alt boyutu puan ortalamalarındaki artışın kontrol grubundan elde edilen puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (sırasıyla U=-3,903, *p*=0,000; U=-4,554, *p*=0,000).

Tablo 8'de yer alan grup içi veriler incelendiğinde;

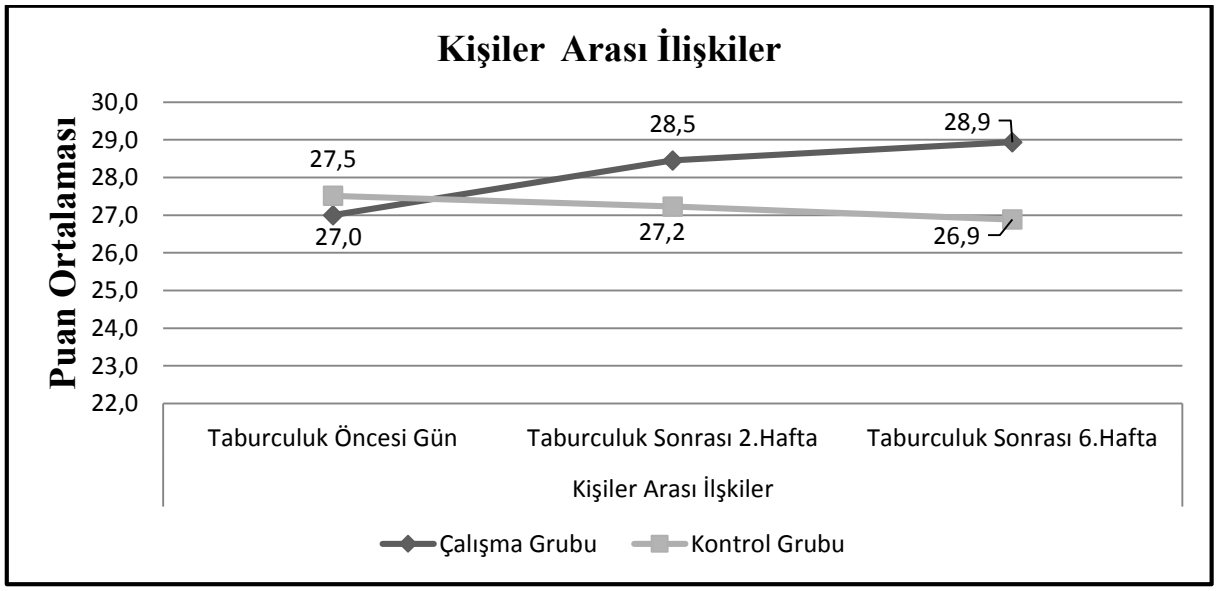
Çalışma grubunda yer alan hastaların "manevi gelişim" ölçek alt boyutu puan ortalamasının taburculuk öncesi gün 26,5±2,5 olduğu ve taburculuk sonrası 2. haftada 28,0±1,6'ya, taburculuk sonrası 6. haftada 28,1±1,3'e yükseldiği, bu yükselişlerin taburculuk öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (sırasıyla Z=-3,264, *p*=0,001; Z=-3,334, *p*=0,001).

Kontrol grubunda yer alan hastaların "manevi gelişim" ölçek alt boyutu puan ortalamasının taburculuk öncesi gün 26,8±2,0 olduğu, taburculuk sonrası 2. haftada 26,1±2,9'a düştüğü ve bu düşüşün taburculuk öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (Z=-1,671; *p*=0,095), taburculuk sonrası 6. haftada 25,5±2,8'e düştüğü ve bu düşüşün taburculuk öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (Z=-2,801; *p*=0,005).

Tablo 9. Kişiler arası ilişkiler ölçek alt boyutu puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması

	Çalışma Grubu (n=33)	**Kontrol Grubu (n=35)**	
Kişiler Arası İlişkiler	Ort. ± S.S.	Ort.±S.S.	İstatistik
T.Ö Gün	27 ± 2,3	27,5 ± 2,2	*p*=0,532 [m] U=-0,626
T.S 2.hafta	28,5 ± 1,8	27,2 ± 2,3	***p*=0,001** [m] U=-3,186
T.S 6.hafta	28,9 ± 2,0	26,9 ± 1,9	***p*=0,000** [m] U=-4,303
T.Ö-T.S 2.hafta Değişim	1,5 ± 1,8	-0,3 ± 2,0	***p*=0,000** [m] U=-3,666
Grup İçi Değişim İstatistik	***p*=0,000** [w] Z=-3,627	*p*=0,250 [w] Z=-1,150	
T.Ö-T.S 6.hafta Değişim	1,9 ± 2,6	-0,6 ± 2,5	***p*=0,000** [m] U=-4,301
Grup İçi Değişim İstatistik	***p*=0,001** [w] Z=-3,463	*p*=0,169 [w] Z=-1,375	

T.Ö= Taburculuk öncesi T.S= Taburculuk sonrası
[m]= Mann-Whitney U test [w]= Wilcoxon test



Şekil 7. Kişiler arası ilişkiler ölçek alt boyutu puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması

Tablo 9'da ve Şekil 7'de çalışma (n=33) ve kontrol (n=35) grubunda yer alan hastaların taburculuk öncesi, taburculuk sonrası 2. hafta ve taburculuk sonrası 6. haftaya ait "kişiler arası ilişkiler" ölçek alt boyutu puan ortalamalarına yer verildi.

Tablo 9'da yer alan gruplar arası veriler incelendiğinde;

Çalışma ve kontrol gruplarının taburculuk öncesi "kişiler arası ilişkiler" ölçek alt boyutu puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (U=-0,626; *p*=0,532). Çalışma grubunun taburculuk sonrası 2. hafta ve 6. hafta değerlendirmelerinden elde edilen "kişiler arası ilişkiler" ölçek alt boyutu puan ortalamalarının kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (sırasıyla U=-3,186, *p*=0,001; U=-4,303, *p*=0,000).

Çalışma grubunun taburculuk sonrası 2. hafta ve taburculuk sonrası 6. haftalardaki "kişiler arası ilişkiler" ölçek alt boyutu puan ortalamalarındaki artışın kontrol grubundan elde edilen puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (sırasıyla U=-3,666, *p*=0,000; U=-4,031, *p*=0,000).

Tablo 9'da yer alan grup içi veriler incelendiğinde;

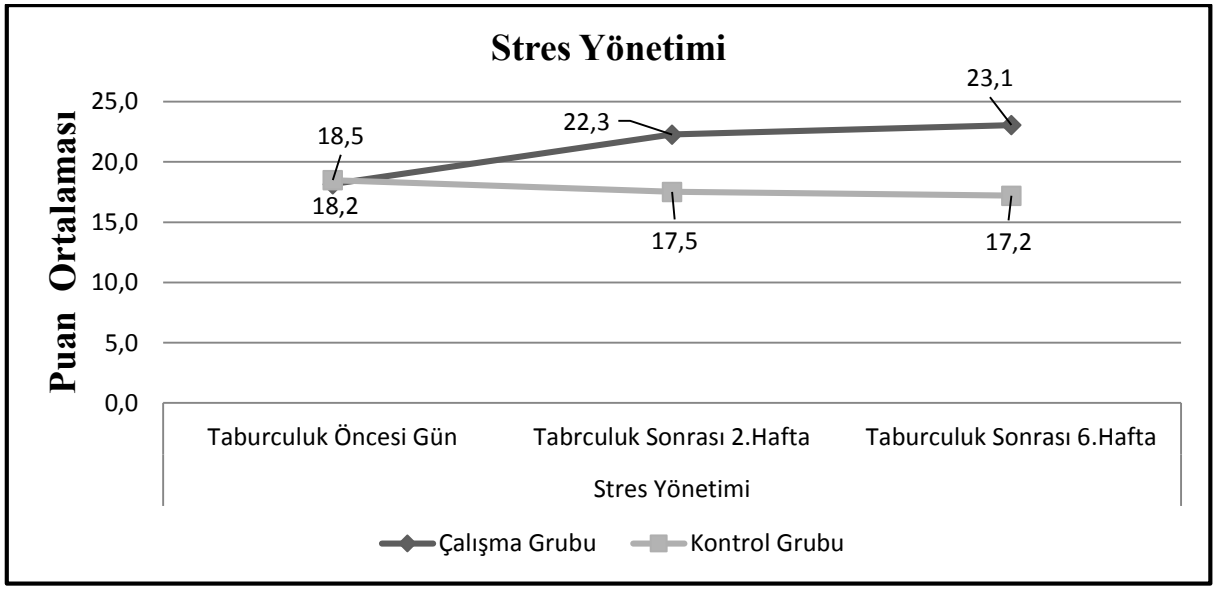
Çalışma grubunda yer alan hastaların "kişiler arası ilişkiler" ölçek alt boyutu puan ortalamasının taburculuk öncesi gün 27,0±2,3 olduğu ve taburculuk sonrası 2. haftada 28,5±1,8'e, taburculuk sonrası 6. haftada 28,9±2,0'a yükseldiği, bu yükselişlerin taburculuk öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (sırasıyla Z=-3,627, *p*=0,000; Z=-3,463, *p*=0,001).

Kontrol grubunda yer alan hastaların "kişiler arası ilişkiler" ölçek alt boyutu puan ortalamasının taburculuk öncesi gün 27,5±2,2 olduğu ve taburculuk sonrası 2. haftada 27,2±2,3'e, taburculuk sonrası 6. haftada 26,0±1,9'a düştüğü, bu düşüşlerin taburculuk öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (sırasıyla Z=-1,150, *p*=0,250; Z=-1,375, *p*=0,169).

Tablo 10. Stres yönetimi ölçek alt boyutu puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması

	Çalışma Grubu (n=33)	**Kontrol Grubu (n=35)**	
Stres Yönetimi	Ort. ± S.S.	Ort.±S.S.	İstatistik
T.Ö Gün	18,2 ± 3,1	18,5 ± 2,6	*p*=0,706 [m] U=-0,377
T.S 2.hafta	22,3 ± 2,0	17,5 ± 2,7	***p*=0,000** [m] U=-5,860
T.S 6.hafta	23,1 ± 2,4	17,2 ± 2,5	***p*=0,000** [m] U=-6,195
T.Ö-T.S 2.hafta Değişim	4,1 ± 2,9	-1 ± 2,7	***p*=0,000** [m] U=-5,845
Grup İçi Değişim İstatistik	***p*=0,000** [w] Z=-4,794	*p*=0,084 [w] Z=-1,726	
T.Ö-T.S 6.hafta Değişim	4,9 ± 3,8	-1,3 ± 3,1	***p*=0,000** [m] U=-5,613
Grup İçi Değişim İstatistik	***p*=0,000** [w] Z=-4,613	***p*=0,030** [w] Z=-2,177	

T.Ö= Taburculuk öncesi T.S= Taburculuk sonrası
[m]= Mann-Whitney U test [w]= Wilcoxon test



Şekil 8. Stres yönetimi ölçek alt boyutu puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması

Tablo 10'da ve Şekil 8'de çalışma (n=33) ve kontrol (n=35) grubunda yer alan hastaların taburculuk öncesi, taburculuk sonrası 2. hafta ve taburculuk sonrası 6. haftaya ait "stres yönetimi" ölçek alt boyutu puan ortalamalarına yer verildi.

Tablo 10'da yer alan gruplar arası veriler incelendiğinde;

Çalışma ve kontrol gruplarının taburculuk öncesi "stres yönetimi" ölçek alt boyutu puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (U=-0,377; *p*=0,706). Çalışma grubunun taburculuk sonrası 2. hafta ve 6. hafta değerlendirmelerinden elde edilen "sağlık sorumluluğu" ölçek alt boyutu puan ortalamalarının kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (sırasıyla U=-5,860, *p*=0,000; U=-6,195, *p*=0,000).

Çalışma grubunun taburculuk sonrası 2. hafta ve taburculuk sonrası 6. haftalardaki "stres yönetimi" ölçek alt boyutu puan ortalamalarındaki artışın kontrol grubundan elde edilen puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (sırasıyla U=-5,845, *p*=0,000; U=-5,613, *p*=0,000).

Tablo 10'da yer alan grup içi veriler incelendiğinde;

Çalışma grubunda yer alan hastaların "stres yönetimi" ölçek alt boyutu puan ortalamasının taburculuk öncesi gün 18,2±3,1 olduğu ve taburculuk sonrası 2. haftada 22,3±2,0'a, taburculuk sonrası 6. haftada 23,1±2,4'e yükseldiği, bu yükselişlerin taburculuk öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (sırasıyla Z=-4,794, *p*=0,000; Z=-4,613, *p*=0,000).

Kontrol grubunda yer alan hastaların "stres yönetimi" ölçek alt boyutu puan ortalamasının taburculuk öncesi gün 18,5±2,6 olduğu, taburculuk sonrası 2. haftada 17,5±2,7'ye düştüğü ve düşüşün taburculuk öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (Z=-1,726; *p*=0,084), taburculuk sonrası 6. haftada 17,2±2,5'e düştüğü ve bu düşüşün taburculuk öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (Z=-2,177; *p*=0,030).

TARTIŞMA

DSÖ 2018 yılı verilerine göre, dünyada her yıl meydana gelen ölümlerin 17,5 milyonu (%31) ve TÜİK 2017 yılı verilerine göre ülkemizde meydana gelen ölümlerin %39,7 oran ile ilk sırasında kalp damar hastalıkları gelmektedir (3). Bu hastalıkların tedavisinde medikal tedavinin yanı sıra cerrahi yöntemler tercih edilmekte olup, bu yöntemler arasında KABG ameliyatı sıklıkla uygulanmaktadır (5). Bu ameliyatta başarı oranının ve hastaların yaşam kalitesinin arttırılmasında cerrahi sürecin etkili olduğu kadar hastalara verilecek taburculuk sonrası evde bakımın da etkili olduğu bildirilmektedir (8). Hastaların taburculuk öncesi dönemde, yaşamları boyunca geliştirmeleri gereken bu sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla başedebilmek amacıyla bilgilendirilmeleri önem taşımaktadır (13). Bireylerin sağlık durumlarının iyileştirilmesi ve evde bakım süresince kendilerine düşen sorumlulukları yerine getirebilmeleri, bu sürece iyi hazırlanmalarına ve yeterli bilgilendirmenin kendilerine yapılmasına bağlıdır (13,14).

Bu tez çalışmasında, KABG ameliyatı olmuş hastaların taburculuk bilgilendirilmesinde taburculuk bilgilendirme takvimi kullanımının, hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi incelenmiştir.

Çalışma ve Kontrol Grubu Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması

Bu bölümde, çalışma ve kontrol grubunda yer alan hastaların tanımlayıcı özellikleri literatür doğrultusunda tartışıldı.

Çalışma ve kontrol grubu hastalarının yaş ortalamalarının birbirine benzer olduğu, yaşa göre gruplar arası yapılan istatistiksel karşılaştırmada aralarında anlamlı bir farkın

olmadığı (p=0,273), (Tablo 2) ve tüm hastaların yaş ortalamasının 59,4±8,1 olduğu belirlendi. Literatürde KABG ameliyatı geçiren hastalarda yapılan çalışmalarda yaş ortalamasının benzer şekilde 51-71 yaş arasında olduğu görülmektedir (25,37,77,78). Bu sonuçlara göre KABG ameliyatının çoğunlukla 50 yaş ve üstü hastalarda uygulandığı söylenebilir.

Çalışma ve kontrol gruplarında yer alan erkek hastaların sayısının kadın hastalara göre daha yüksek olduğu ancak cinsiyete göre yapılan gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (p=0,667), (Tablo 2). Literatürde, KAH hastalıklarının bireysel risk faktörlerinin arasında erkek cinsiyetinin yer aldığı bildirilmektedir (79). KABG ameliyatı olan hastalarda yürütülen çalışmalarda da, ameliyat olan hastaların çoğunun erkek olduğu bildirilmiştir (9, 25,37,78). Annaç'ın (77) KAH hastaları üzerindeki yaptığı çalışmada da hastaların %67,8'inin erkek olduğu saptanmıştır. Araştırmadaki erkek hasta sayısının fazla oluşu, KAH'ın risk faktörlerinden birinin de erkek cinsiyeti olmasının bir sonucu olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların BKİ ortalamalarının benzer olduğu, gruplar arasında yapılan istatistiksel karşılaştırmada anlamlı bir farkın olmadığı (p=0,189), (Tablo 2) ve tüm hastaların BKİ ortalamasının 28,1±4,5 kg/m^2 (fazla kilolu) olduğu belirlendi. Literatürde, fazla kilolu olmanın ve obezitenin, KAH hastalarının bireysel risk faktörleri arasında yer aldığı bildirilmektedir (79,80). Bektaş'ın (81) KABG ameliyatı geçiren hastalar üzerinde yaptığı çalışmada hastalarının çoğunluğunun fazla kilolu olduğu, Küçükberber'in (82) kalp hastaları üzerinde yaptığı çalışmada da hastaların fazla kilolu olduğu bildirilmiştir. Araştırmadaki hastaların çoğunun fazla kilolu oluşu, KAH'ın risk faktörlerinden birinin de obezite olmasının bir sonucu olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Çalışma ve kontrol grubundaki evli hastaların sayısının bekar hastalara göre daha fazla olduğu ancak gruplar arası yapılan istatistiksel karşılaştırmada anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (p=0,836), (Tablo 2). Literatürde benzer şekilde Annaç (77), Yılmaz ve Çiftçi (25), Bektaş (81), Yaman (36), Kale (78)'in KABG ameliyatı geçiren hastalar üzerindeki yaptıkları çalışmalarda, hastaların büyük çoğunluğunun evli olduğu bildirilmiştir. Araştırma sonuçları, KABG ameliyatı olan hastaların medeni durumlarının benzer olduğunu düşündürdü.

Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun ilk-ortaokul mezunu olduğu, gruplar arasında yapılan istatistiksel karşılaştırmada anlamlı farkın olmadığı (p=0,897), (Tablo 2) ve tüm hastaların %69,1'ini oluşturdukları belirlendi. Literatürde Yılmaz

ve Çiftçi (25) ile Annaç'ın (77) KAH hastalığı olan hastalarla yaptıkları çalışmalarda da hastaların çoğunun ilköğretim mezunu oldukları bildirilmiştir. Bu sonuçlar KABG ameliyatı olan hastalarının çoğunluğunun ilk-orta okul öğretimi aldıklarını düşündürdü.

Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun emekli olduğu ve gruplar arasında yapılan istatistiksel karşılaştırmada meslek durumu açısından anlamlı farkın olmadığı belirlendi (p=0,834), (Tablo 2). Benzer şekilde KABG ameliyatı olan ve KAH hastalarında yürütülen çalışmalarda da hastaların çoğunun emekli oldukları ve herhangi bir işte çalışmadıkları bildirilmiştir (25,77,81). Bu sonuçlar, yaşın da ilerlemesiyle emeklilik sonrasında KABG ameliyatı oranlarında artışın olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun şehirde yaşadığı ve gruplar arasında yaşadığı yere göre istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlendi (p=0,601), (Tablo 2). Literatürde Akbari (27) ile Bikmoradi ve ark. (83) çalışmalarında KABG ameliyatı olan hastaların büyük bir kısmının şehirde yaşadığı bildirilmiştir. Benzer şekilde Çelik ve Cebeci'nin (84) KABG ameliyatı olan hastalarda yürüttükleri bir çalışmada, çalışma grubundaki hastalarının yarısından fazlasının şehirde yaşadığı belirtilmiştir. Bu sonuçlar, KABG ameliyatı ve sonrası dönemde hastaların şehirde yaşamalarının, sağlık bakımına ulaşmaları açısından olumlu etki oluşturacağı şeklinde yorumlanabilir.

Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun sigara ve alkol kullandığı, yapılan istatistiksel karşılaştırmada gruplar arasında sigara ve alkol kullanma durumuna göre anlamlı farkın olmadığı (p=0,484; p=0,457), (Tablo 2) tüm hastalar arasında sigara kullanım oranının %75, alkol kullanım oranının %52,9 olduğu belirlendi. Literatürde sigara ve alkol tüketiminin KAH hastalıklarının hazırlayıcı faktörleri arasında yer aldığı bildirilmektedir (77,85). KABG ameliyatı olan hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda da hastaların sigara ve alkol tükettikleri bildirilmiştir (27,37). Bu sonuçlara göre, KAH risk faktörlerinin KABG ameliyatı olan hasta gruplarında yer almaya devam ettiği söylenebilir.

Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunun iki kişi ile birlikte yaşadığı ve gruplar arası yapılan istatistiksel karşılaştırmada anlamlı farkın olmadığı belirlendi (p=0,824), (Tablo 2). Dal ve arkadaşların (86) çalışmasında hastaların KABG sonrası dönemde evde bakım süreçlerinde yalnız kalmadıkları ve yakınları tarafından desteklendikleri bildirilmiştir. Benzer şekilde Tuna (37), Akbari (27) ile Yıldırım ve Atalay'ın (87), KABG ameliyatı olan hastalarda yürüttükleri çalışmalarda da hastaların eş, çocuk ya da akraba ile yaşadıkları ve

desteklendikleri belirtilmiştir. Bu sonuçlar, hastaların KABG ameliyatı sonrası evde bakım süreçlerinde destek alabilecekleri bireylerin var olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunun sosyal güvencesinin olduğu ve bu güvencenin SSK olduğu, istatistiksel olarak yapılan gruplar arası karşılaştırmada anlamlı farkın olmadığı belirlendi (p=1,000), (Tablo 2). Bektaş'ın (81) ve Annaç'ın (77) KABG ameliyatı geçiren hastalarda yürüttükleri çalışmalarda da hastalarının çoğunluğunun sosyal güvencesinin olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçlar, hastaların tedavi ve bakım açısından maddi yönden destek alabildikleri şeklinde yorumlanabilir.

Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunun daha önce KABG ameliyatı öyküsü olmadığı ve gruplar arasında yapılan istatistiksel karşılaştırmada anlamlı farkın olmadığı belirlendi (p=0,481), (Tablo 3). Kendirkıran'ın (88) KABG ameliyat olmuş hastalar üzerideki yaptığı çalışmada hastalarının çoğunluğunun daha önce KABG ameliyatı olmadığı bildirilmektedir. Benzer şekilde Alkan ve ark.(89) KABG ameliyatı olan hastalarda yaptığı çalışmada da hastaların daha önce KABG ameliyatı olmadığı bildirilmektedir. Bu sonuçlar, hastaların KABG ameliyatını ilk defa deneyimlemeleri nedeniyle, taburculukta sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda bilgiye daha fazla gereksinim duyabileceklerini düşündürmektedir.

Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunda kronik hastalık öyküsü olarak en sık hipertansiyonun olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlendi (p=0,897), (Tablo 3). Literatürde KAH gelişiminde en önemli nedenler arasında hipertansiyonun yer aldığı bildirilmektedir (77,85). Kale'nin (78) KABG ameliyatı olan hastalarda yaptığı çalışmada, hastaların kronik hastalık öyküleri arasında %60 oranı ile hipertansiyonun yer aldığı bildirilmiştir. Benzer şekilde Annaç'ın (77) ve Bektaş'ın (81) yaptıkları çalışmalarda da KABG ameliyatı olan hastalarda en çok görülen kronik hastalığın hipertansiyon olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçların, hipertansiyonun KAH nedenleri arasında yer aldığını destekler nitelikte olduğu söylenebilir.

Çalışma ve kontrol grubu hastalarının çoğunluğunun daha önce KABG ameliyatına yönelik bilgilendirme almadığı ve gruplar arasında yapılan istatistiksel kaşılaştırmada anlamlı farkın olmadığı belirlendi (p=1,000), (Tablo 3). Küçükberber ve ark. (82), kalp hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada da kalp hastalarının %62,2'sinin kalp hastalığı hakkında daha önce bilgilendirme almadıkları, benzer şekilde Yaman'ın (36) kalp ameliyatı geçiren hastalar

üzerinde yapmış olduğu çalışmada ise hastalara %72,5'inin kalp ameliyatı ile ilgili bilgilendirme yapılmadığı bildirilmiştir. Bu sonuç, hastaların daha önceden KABG ameliyatı geçirmemiş olmaları nedeniyle, bu konuya ilişkin bilgilendirme almamalarına yol açtığı şeklinde yorumlanabilir.

Çalışma ve Kontrol Grubu Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Düzeylerinin Tartışılması

Bu bölümde, çalışma ve kontrol grubunda yer alan hastaların taburculuk öncesi gün, taburculuk sonrası 2. hafta ve taburculuk sonrası 6. hafta değerlendirmelerinden elde edilen sağlıklı yaşam biçimi davranışı düzeyleri literatür doğrultusunda tartışıldı ve hipotezler değerlendirildi.

Çalışma grubunda yer alan hastaların taburculuk öncesi gün SYBD ölçeği toplam puan ortalamasının 129,0±13,0 olduğu ve bu puanın taburculuk sonrası 2. ve 6. haftalarda istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı, kontrol grubunda yer alan hastaların taburculuk öncesi gün SYBD ölçeği toplam puan ortalamasının 130,6±15,0 olduğu ve bu puanın taburculuk sonrası 2. haftasında 126,7±15,7'ye ve 6. haftasında 125,7±13,5'e düştüğü belirlendi. Literatürde, Babaee ve ark. (90), ile Safabakhsh ve ark. (91) çalışmalarında, KABG ameliyat sonrası taburculuk bilgilendirmesi alan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir.Yaman'ın (36) kapak ameliyatı olan hastalarda yürüttüğü çalışmada ise taburculuk bilgilendirilmesi yapılan ve kitapçık verilen çalışma grubu hastalarının kontrol grubu hastalarına göre bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Literatürde sözel bilgilendirmenin unutulabildiği ve kalıcılığının düşük olduğu, sözel bilgilendirmenin görsel materyaller ile desteklenmesi gerektiği bildirilmektedir (16). Ahmadzadeh'nin (92) çalışmasında da KABG ameliyat sonrası sözel eğitim ve kitapçık verilen deney grubu hastalarının ameliyat sonrasında daha az kaygı yaşadıkları bildirilmiştir. Başka bir araştırmada ise, kalp hastalarına verilen bilgisayar temelli eğitimin, hastaların bilgi düzeylerini arttırdığı bildirilmiş olup, hastalara verilen tek seferlik eğitimin yetersiz olabileceği belirtilmiştir (93). Literatürde benzer şekilde, hasta ve ailesinde verilen yazılı bilgilendirme kitapçıkları sayesinde kalp ameliyatı sonrası hastaların evde bakıma yönelik belirsizliklerinin ortadan kalktığı, hastaların bakımlarının desteklendiği ve evde yaşadıkları sorunların azaldığı bildirilmiştir (94). Kalp hastalığı olan hastalar üzerinde yapılan randomize kontrollü bir çalışmada ise telefon destekli eğitim sayesinde hastaların sağlıkla ilgili yaşam

kalitelerinin arttığı belirtilmiştir (95). Fagermoen and Hamilton'un (96) yaptıkları çalışmada ise, cerrahi girişim geçiren hastalara verilen bilgilendirme kitapçığının hastaların evdeki bakımlarını geliştirmelerinde faydalı olduğu ve bu kitapçığı tekrar okuyabilmeleri nedeniyle bilgi düzeylerinin arttığı belirtilmiştir. Çalışma sonuçları sözel bilgilendirmeye ek olarak hastalara kitapçık verilmesinin ve bilgisayar temelli eğitim yöntemlerinin kullanımının, hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasına katkı sağladığını gösterdi. Ayrıca çalışmada gruplar arasında SYBD toplam ölçek puanının karşılaştırılmasında, çalışma grubunun taburculuk sonrası 2. hafta ve taburculuk sonrası 6. haftalardaki ölçek toplam puan ortalamalarındaki artışın kontrol grubundan elde edilen puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi. Buna göre, çalışma grubundaki hastalara verilen taburculuk bilgilendirmesinin ve buna ek olarak kendilerine taburculuk sonrası dönemde rehberlik etmesi amacıyla verilen taburculuk bilgilendirme takviminin, hastaların SBYD düzeyinin artmasına olumlu katkı sağladığı görüldü. Bu sonuç doğrultusunda araştırmanın H1 hipotezi olan "KABG ameliyatı olan hastaların taburculuk bilgilendirilmesinde taburculuk bilgilendirme takvimi kullanımının hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışı gelişmelerine etkisi vardır." hipotezi doğrulandı.

Çalışmada SYBD ölçeğinin "sağlık sorumluluğu" alt boyutuna ilişkin elde edilen puanlar incelendiğinde, çalışma grubundaki hastaların taburculuk sonrası 2. ve 6. haftadaki puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı (Z=-4,316, *p*=0,000; Z=-4,302, *p*=0,000), (Tablo 5) ve kontrol grubundaki hastaların puan ortalamalarının ise istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği (Z=-0,069, *p*=0,945; Z=-0,452, *p*=0,651), (Tablo 5) belirlendi. Literatürde hastalara verilen eğitimlerin görsel materyallerle desteklenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (15,16). Benzer şekilde kalp hastalığı olan hastalarda yapılan bir çalışmada eğitim kitapçığı ve telefon ile eğitim desteği verilen hastaların tedaviye uyumlarının arttığı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin iyileştiği bildirilmiştir (97). Korkmaz ve ark. (9) KABG ameliyatı olan hastalar üzerinde yapmış oldukları çalışmada, bilgilendirme yapılmayan hastaların 6 hafta sonundaki sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamasının azaldığı belirtilmiştir. Kurçer ve Özbay'ın (98) KAH hastalarında yaptıkları çalışmada, hastalara verilen yaşam tarzı bilgilendirme ve sağlık danışmalığının hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve yaşam kalitelerini artırdığını belirlemişlerdir. Başka bir çalışmada ise, KABG ameliyatı sonrası taburculuk eğitimi ve danışmanlık alan çalışma grubu hastaların evde yaşadıkları sorunların kontrol grubundan

daha az olduğu bildirilmiştir (27). Sonuçlar, KABG ameliyatı sonrası dönemde taburculuk bilgilendirme takvimi kullanılarak yapılan sözel bilgilendirmenin, hastaların sağlık sorumluluklarını ve öz bakımlarını arttırdığını gösterdi.

Çalışmada SYBD ölçeğinin "fiziksel aktivite" alt boyutuna ilişkin elde edilen puanlar incelendiğinde, çalışma grubundaki hastaların taburculuk sonrası 2. ve 6. haftadaki puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı (Z=-4,666, *p*=0,000; Z=-4,813, *p*=0,000), (Tablo 6) ve kontrol grubundaki hastaların puan ortalamalarının ise istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği (Z=-1,979, *p*=0,052; Z=-1,506, *p*=0,132), (Tablo 6) belirlendi. Literatürde yapılan çalışmalarda, KABG ameliyatı sonrası hastalar ilk 6 hafta sternum bölgesinde ağrı ve sternum bölgesinin zarar görmemesi, yapılan aktivitelerin yararı konusunda şüphe duyma, aktivitelerin komplikasyona yol açabileceği korkusu, bu konuda hastaların algısının, destek ve yardımın az olması gibi nedenlerle fiziksel aktivitelerini kısıtladıkları belirlenmiştir (99-102). Korkmaz ve ark. (9) yapmış oldukları çalışmada taburculuk bilgilendirmesi yapılmayan hastaların ameliyattan 6 hafta sonrası SYBD ölçeği "fiziksel aktivite" alt boyut puan ortalamasının azaldığı belirtilmiştir. Kurçer ve Özbay'ın (98) yaptığı çalışmada da hastanın gereksinim duyduğu sağlık danışmanlık ve eğitim verildiğinde, fiziksel ve sosyal faaliyetlerde bulunabilme yeteneğinin arttığı ve hastalığa uyum sürecine yardım ederek yaşam kalitesini yükselttiği belirlenmiştir. Çalışmamızda, KABG ameliyat sonrası taburcu olurken hastalara materyal ile verilen bilgilendirme sayesinde, hastaların eve gittiklerinde yapılması gerekenler hakkında tekrarlı okumaları sağlanarak hastaların fiziksel aktivite yaparken herhangi bir komplikasyon yaşama korkularını yenmelerine ve düzenli fiziksel aktivite yapmalarına yardımcı olunduğu söylenebilir. Bu sonuçlar bilgilendirmenin hastaların fiziksel aktivitelerini arttırdığını gösterdi.

Çalışmada SYBD ölçeğinin "beslenme" alt boyutuna ilişkin elde edilen puanlar incelendiğinde, çalışma grubundaki hastaların taburculuk sonrası 2. ve 6. haftadaki puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı (Z=-5,017, *p*=0,000; Z=-5,001, *p*=0,000), (Tablo 7) ve kontrol grubundaki hastaların puan ortalamalarının ise istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği (Z=-0,836, *p*=0,403; Z=-0,523, *p*=0,601), (Tablo 7) belirlendi. Kurçer ve Özbay'ın (98) KAH hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada danışmanlık ve eğitim alan grubun diyete uyum oranlarının arttığı belirtilmiştir. Benzer şekilde primer ve sekonder kalp hastalıklardan korunmada internet temelli yaklaşım etkisini inceleyen derleme çalışmasında ise, yapılan mevcut araştırmaların hastaların beslenme alışkanlığının ve kilo

kontrolünü sağladığı bildirilmiştir (103). Randomize kontrollü yürütülen başka bir araştırmada, kalp hastalarına yönelik telefon destekli uygulanan yaşam şekli programında, hastaların lipit değerlerinin düştüğü, kilo verdiği, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve yaşam kalitesinin arttığı belirtilmiştir (95). Yan and ark. (104) kalp hastaları üzerindeki yaptıkları çalışmada, hastalara taburcu olurken verilen taburculuk eğitiminin ve ardından yapılan telefon izlemlerinin, hastaların taburculuk sonrası 12. haftada beslenme ve fiziksel aktivitelerinde gelişmeye önemli katkı sağladığı belirtilmiştir. Literatürde hastalara yapılan düzenli izlemler ve eğitimler sayesinde, hastaların yaşam kalitelerinin arttığı belirtilmektedir (105). Bir başka çalışmada, hastalara günlük kilo takibi ve ani kilo alımı durumunda yapılması gerekenler hakkında verilen eğitimin yan ısıra bir kitapçık verilerek telefon desteği sunulmuş ve hastaların bu sayede kilo kontrolü sağlanmıştır (106). Sonuçlara göre, hastalara verilen bilgilendirmeler ve danışmanlık sayesinde, hastalarının beslenme alışkanlıklarınında olumlu düzelemelerin sağlandığını göstermektedir.

Çalışmada SYBD ölçeğinin "manevi gelişim" alt boyutuna ilişkin elde edilen puanlar incelendiğinde, çalışma grubundaki hastaların taburculuk sonrası 2. ve 6. haftadaki puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı (Z=-3,264, *p*=0,001; Z=-3,334, *p*=0,001), (Tablo 8) ve kontrol grubundaki hastaların puan ortalamalarının ise istatistiksel olarak anlamlı düşüş gösterdiği (Z=-1,671, *p*=0,095; Z=-2,801, *p*=0,005), (Tablo 8) belirlendi. Literatürde, kalp hastalarına telefon destekli uygulanan yaşam şekli programında, hastaların psikososyal durumlarının iyileştiği belirtilmiştir (95). Türkmen ve ark. (107) kalp hastalığı olan 30 hasta ile yürüttükleri çalışmada, hastalarla bireysel görüşme yapmış ve psikoeğitim vermiş, hastaların psikososyal uyumlarının kontrol grubundaki hastalara göre daha fazla olduğunu belirlemişlerdir**.** Bir başka çalışmada ise kalp hastalarına yapılan düzenli izlemler ve eğitimler sayesinde, hastaların psikososyal uyumlarının yükseldiği bildirilmiştir (105). Sonuçlar, hastalara verilen bilgilendirmelerin, hastalarının manevi gelişimlerini desteklediğini göstermektedir.

Çalışmada SYBD ölçeğinin "kişiler arası ilişkiler" alt boyutuna ilişkin elde edilen puanlar incelendiğinde, çalışma grubundaki hastaların taburculuk sonrası 2. ve 6. haftadaki puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı (Z=-3,627, *p*=0,000; Z=-3,463, *p*=0,001), (Tablo 9) ve kontrol grubundaki hastaların puan ortalamalarının ise istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği (Z=-1,150, *p*=0,250; Z=-1,375, *p*=0,169), (Tablo 9) belirlendi. Korkmaz ve ark. (9) KABG ameliyatı geçiren hastalarda yapmış

oldukları çalışmada, hastaların ameliyat öncesi dönemde bilgilendirme düzeyleri arttıkça ameliyat sonrası dönemde kişiler arası ilişkiler desteğinin arttığı bildirilmektedir. Başka bir çalışmada ise, sosyal destek ve kişiler arası ilişkiler gibi konularda eğitim ve danışmanlık alan çalışma grubu hastalarının kontrol grubu hastalarına göre öz bakım davranışlarında anlamlı düzeyde artışın olduğu bildirilmektedir (108). Sonuçlar, taburculuk bilgilendirmelerinin ve bu bilgilerin yazılı olduğu kitapçıkların hastalara verilmesinin, hastaların kişiler arası ilişkilerini arttırdığını göstermektedir.

Çalışmada SYBD ölçeğinin "stres yönetimi" alt boyutuna ilişkin elde edilen puanlar incelendiğinde, çalışma grubundaki hastaların taburculuk sonrası 2. ve 6. haftadaki puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı (Z=-4,794, *p*=0,000; Z=-4,613, *p*=0,000), (Tablo 10) ve kontrol grubundaki hastaların puan ortalamalarının ise istatistiksel olarak anlamlı düşüş gösterdiği (Z=-1,726, *p*=0,084; Z=-2,177, *p*=0,030), (Tablo 10) belirlendi. Literatürde benzer şekilde Korkmaz ve ark. (9) KABG ameliyatı olan hastalarda yapmış oldukları çalışmada, bilgilendirme yapılmayan hastaların "stres yönetimi" alt boyut puan ortalamasının azaldığı belirtilmiştir. Akın ve ark. (109) çalışmasında kalp hastalığı olan hastalara ilişkin yapılan çeşitli eğitim programlarının, hastalarda anksiyeteyi azalttığı ve hastaların yaşam kalitesini yükselttiği belirtilmiştir. Gallagher and ark. (110) kalp hastalığı öyküsü olan hastalara telefonla danışmanlık vermiş ve hastaların anksiyete oranının büyük oranda azaldığını bildirilmiştir. Köroğlu'nun çalışmasında kalp pili takılan hastalara hemşireler tarafından yapılan planlı eğitimlerin ve düzenli takip programlarının, hastaların bilgi düzeylerini arttırdığı, anksiyete durumlarında azalmayı ve yaşam kalitelerinde iyileşmeyi desteklediği bildirilmiştir (111). Ahmadzadeh'nin KABG ameliyatı olmuş hastalar üzerinde yapmış olduğu çalışmada hastalara ameliyat öncesi sözel eğitim ve kitapçık ile yapılan eğitimin hastaların ameliyat sonrası daha az kaygı yaşamalarına yardımcı olduğu bildirilmiştir (92). Literatürde, bilgi eksikliğine bağlı olarak hastalarda gelişen anksiyete gibi olumsuz psikososyal yanıtların planlı eğitimle giderilebildiği, stresin azaltılmasında, korku ve anksiyetenin engellenmesinde eğitimin yararlı olduğu bildirilmektedir (112). Sonuçlar, taburculuk bilgilendirmelerinin ve bilgilendirme kitapçıklarının hastaların taburculuk sonrası süreçte stres yönetimlerini desteklediğini göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı'nda yapılan ve "KABG ameliyatı olmuş hastaların taburculuk bilgilendirilmesinde taburculuk bilgilendirme takvimi kullanımının, hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin değerlendirildiği" yarı deneysel olarak gerçekleştirilen bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Çalışma ve kontrol grubu hastalarının yaş ortalamalarının birbirine benzer olduğu, yaşa göre gruplar arası yapılan istatistiksel karşılaştırmada aralarında anlamlı bir farkın olmadığı (p=0,273), (Tablo 2), tüm hastaların yaş ortalamasının 59,4±8,1 olduğu belirlendi.
- Çalışma ve kontrol gruplarında yer alan erkek hastaların sayısının kadın hastalara göre daha yüksek olduğu ancak cinsiyete göre yapılan gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı (p=0,667), (Tablo 2), tüm hastaların %66,2'sinin erkek, %33,8'inin kadın olduğu belirlendi.
- Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların BKİ ortalamalarının benzer olduğu, gruplar arasında yapılan istatistiksel karşılaştırmada anlamlı bir farkın olmadığı (p=0,189), (Tablo 2), tüm hastaların BKİ ortalamasının 28,1±4,5 kg/m^2 (fazla kilolu) olduğu belirlendi.
- Çalışma ve kontrol grubundaki evli hastaların sayısının bekar hastalara göre daha fazla olduğu ancak gruplar arası yapılan istatistiksel karşılaştırmada anlamlı bir farkın olmadığı (p=0,836), (Tablo 2), tüm hastaların %82,4'ünün evli olduğu belirlendi.

- Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun ilk-ortaokul mezunu olduğu, gruplar arasında yapılan istatistiksel karşılaştırmada anlamlı farkın olmadığı (p=0,897), (Tablo 2), tüm hastaların %69,1'inin ilk-ortaokul mezunu olduğu belirlendi.
- Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun emekli olduğu, gruplar arasında yapılan istatistiksel karşılaştırmada meslek durumu açısından anlamlı farkın olmadığı (p=0,834), (Tablo 2), tüm hastaların %57,4'ünün emekli olduğu belirlendi.
- Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun şehirde yaşadığı, gruplar arasında yaşadığı yere göre istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı (p=0,601), tüm hastaların %64,7'sinin şehirde yaşadığı belirlendi.
- Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun sigara ve alkol kullandığı, yapılan istatistiksel karşılaştırmada gruplar arasında sigara ve alkol kullanma durumuna göre anlamlı farkın olmadığı (p=0,484; p=0,457), (Tablo 2), tüm hastalar arasında sigara kullanım oranının %75, alkol kullanım oranının %52,9 olduğu belirlendi.
- Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunun iki kişi ile birlikte yaşadığı, gruplar arası yapılan istatistiksel karşılaştırmada anlamlı farkın olmadığı (p=0,824), (Tablo 2), tüm hastaların %48,5'inin yakınları ile birlikte yaşadığı belirlendi.
- Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunun sosyal güvencesinin olduğu, bu güvencenin SSK olduğu, istatistiksel olarak yapılan gruplar arası karşılaştırmada anlamlı farkın olmadığı (p=1,000), (Tablo 2), tüm hastaların %57,4'ünün sosyal güvencesinin SSK olduğu belirlendi.
- Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunun daha önce KABG ameliyatı öyküsü olmadığı, gruplar arasında yapılan istatistiksel karşılaştırmada anlamlı farkın olmadığı (p=0,481), (Tablo 3), tüm hastaların %55,9'unun daha önce KABG ameliyatı olmadığı belirlendi.
- Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunda kronik hastalık öyküsü olarak en sık hipertansiyonun olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı (p=0,897), (Tablo 3), tüm hastaların %57,4'ünde hipertansiyon hastalığının olduğu belirlendi.
- Çalışma ve kontrol grubu hastalarının çoğunluğunun daha önce KABG ameliyatına yönelik bilgilendirme almadığı, gruplar arasında yapılan istatistiksel kaşılaştırmada

anlamlı farkın olmadığı (p=1,000), (Tablo 3), tüm hastaların % 97,1'inin daha önce KABG ameliyatına yönelik bilgilendirme almadığı belirlendi.

- Çalışma grubunda yer alan hastaların taburculuk öncesi gün SYBD ölçeği toplam puan ortalamasının 129,0±13,0 olduğu, bu puanın taburculuk sonrası 2. ve 6. haftalarda istatistiksel olarak anlamlı derecede artış gösterdiği belirlendi (sırasıyla p=0,000; p=0,000). Ayrıca çalışmada gruplar arasında SYBD toplam ölçek puanının karşılaştırılmasında, çalışma grubunun taburculuk sonrası 2. hafta ve taburculuk sonrası 6. haftalardaki ölçek toplam puan ortalamalarındaki artışın kontrol grubundan elde edilen puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (sırasıyla p=0,000; p=0,000).
- Çalışmada SYBD ölçeğinin "sağlık sorumluluğu" alt boyutuna ilişkin elde edilen puanlar incelendiğinde, çalışma grubundaki hastaların taburculuk sonrası 2. ve 6. haftadaki puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı (sırasıyla p=0,000; p=0,000) ve kontrol grubundaki hastaların puan ortalamalarının ise istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlendi (sırasıyla p=0,945; p=0,651).
- Çalışmada SYBD ölçeğinin "fiziksel aktivite" alt boyutuna ilişkin elde edilen puanlar incelendiğinde, çalışma grubundaki hastaların taburculuk sonrası 2. ve 6. haftadaki puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı (sırasıyla p=0,000; p=0,000) ve kontrol grubundaki hastaların puan ortalamalarının ise istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlendi (sırasıyla p=0,052; p=0,132).
- Çalışmada SYBD ölçeğinin "beslenme" alt boyutuna ilişkin elde edilen puanlar incelendiğinde, çalışma grubundaki hastaların taburculuk sonrası 2. ve 6. haftadaki puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı (sırasıyla p=0,000; p=0,000) ve kontrol grubundaki hastaların puan ortalamalarının ise istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlendi (sırasıyla p=0,043; p=0,601).
- Çalışmada SYBD ölçeğinin "manevi gelişim" alt boyutuna ilişkin elde edilen puanlar incelendiğinde, çalışma grubundaki hastaların taburculuk sonrası 2. ve 6. haftadaki puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı (sırasıyla p=0,001; p=0,001) ve kontrol grubundaki hastaların puan ortalamalarının ise istatistiksel olarak anlamlı düşüş gösterdiği belirlendi (sırasıyla p=0,095; p=0,005).

- Çalışmada SYBD ölçeğinin "kişiler arası ilişkiler" alt boyutuna ilişkin elde edilen puanlar incelendiğinde, çalışma grubundaki hastaların taburculuk sonrası 2. ve 6. haftadaki puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı (sırasıyla p=0,000; p=0,001) ve kontrol grubundaki hastaların puan ortalamalarının ise istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlendi (sırasıyla p=0,250; p=0,169).
- Çalışmada SYBD ölçeğinin "stres yönetimi" alt boyutuna ilişkin elde edilen puanlar incelendiğinde, çalışma grubundaki hastaların taburculuk sonrası 2. ve 6. haftadaki puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı (sırasıyla p=0,000; p=0,000) ve kontrol grubundaki hastaların puan ortalamalarının ise istatistiksel olarak anlamlı düşüş gösterdiği belirlendi (p=0,084; p=0,030).

ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- KABG ameliyatı sonrası taburcu olurken hastalara evde bakımlarına yönelik taburculuk bilgilendirmelerinin taburculuk bilgilendirme takvimi ile yapılmasını,
- Hastalara verilen tek seferlik bilgilendirmelerin yetersiz kalması nedeniyle bu bilgilendirmenin sürekliliğinin sağlanmasını,
- Bilgilerin sürekli kullanılabilirliğinin ve taburculuk sonrasında hatırlanmasının sağlanması adına sözel bilgilendirmelerin görsel ve yazılı materyaller (taburculuk bilgilendirme takvimi gibi) ile desteklenmesini,
- Hastalara verilen bilgilendirmelerin düzenli izlem ve takiplerinin yapılmasını önermekteyiz.

ÖZET

Randomize kontrollü ve yarı deneysel olarak yürütülen bu çalışma, koroner arter bypass greft (KABG) ameliyatı olan hastaların taburculuk bilgilendirilmesinde taburculuk bilgilendirme takvimi kullanımının, hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin değerlendirmesi amacıyla yapıldı.

10.11.2017-10.10.2018 tarihleri arasında Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Servisi'nde KABG ameliyatı olan ve taburculuk planlanan 68 hastada (çalışma grubu:33, kontrol grubu:35) yürütülen çalışmada, tüm hastalara taburcu olacakları gün içerisinde taburculuk sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik sözel bilgilendirme yapıldı ve çalışma grubu hastalarına bilgilendirme sonrasında "taburculuk bilgilendirme takvimi" verildi. Verilerin toplanmasında hasta bilgi formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II, Taburculuk Bilgilendirme Takvimi kullanıldı. Bilgilendirmenin etkinliğini değerlendirmek amacıyla bilgilendirmeden 2 ve 6 hafta sonra hastalara ulaşılarak anketler tekrar uygulandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Mann-Whitney U, Wilcoxon, ki-kare, Fisher ve bağımsız örneklem t testleri kullanıldı. Anlamlılık sınırı $p<0,05$ olarak değerlendirildi.

Çalışma grubunun taburculuk sonrası 2. ve 6. hafta değerlendirmelerinden elde edilen ölçek toplam puan ortalamalarının kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).Çalışma grubunun taburculuk sonrası 2. ve 6. hafta değerlendirmelerinden elde edilen ölçek toplam puan ortalamasının taburculuk öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı belirlendi ($p<0,05$).

KABG ameliyatı sonrası hastalara taburculuk bilgilendirmesinin ve rehberlik etmesi amacıyla verilen taburculuk bilgilendirme takviminin, hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışı düzeyinin artmasına olumlu katkı sağladığı görüldü. Taburculuk sırasında hastalara bilgilendirme yapılmasını, bilgilerin sürekli kullanılabilirliğinin ve taburculuk sonrasında hatırlanmasının sağlanması adına sözel bilgilendirmelerin görsel ve yazılı materyaller (taburculuk bilgilendirme takvimi gibi) ile desteklenmesini önermekteyiz.

Anahtar kelimeler: Taburculuk bilgilendirmesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, koroner arter bypass greft ameliyatı, cerrahi, hemşire

EFFECT OF USING DISCHARGE INFORMATION CALENDAR ON PATIENTS' HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS AFTER CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY

SUMMARY

This randomized controlled and quasi-experimental study was conducted to evaluate the effects of using discharge information calendar on patients' healthy lifestyle behaviors after coronary artery bypass graft (CABG) surgery.

In this study, 68 patients (experimental:33, control:35) underwent CABG surgery at 1. Murat State Hospital Cardiovascular Surgery Department and planned to discharge between the dates 10.11.2017-10.10.2018, were given verbal information about healthy lifestyle behaviours during the discharge day and the "Discharge Information Calendar" was given to the experimental group patients after informing them. Patient Information Form, Healthy Lifestyle Behavior Scale II, Discharge Information Calendar were used in data collection. In order to evaluate the effectiveness of the information, the questionnaires were conducted again 2 and 6 weeks later after informing them. Descriptive statistics, Mann-Whitney U, Wilcoxon, chi-square, Fisher and independent-sample-t tests were performed in data analysis. The significance limit was defined as $p<0.05$.

The total average scale score of the experimental group's was statistically significantly higher than the control group at the 2^{th} and 6^{th} week evaluations ($p<0.05$). The total average

scale scores of experimental group's 2th and 6th evaluations were statistically significantly increased in comparison with before discharge (p<0.05).

It was observed that discharge information calendar contributed positively to the increase in the level of healthy lifestyle behaviors of the patients. We recommend that patients should be informed during discharge and verbal information should be supported with visual and written materials (such as discharge information calendar) in order to ensure that the information is always available and remembered after discharge.

Key words: Discharge information, healthy lifestyle behaviors, coronary artery bypass grafting surgery, surgery, nurse

.

KAYNAKLAR

1. Baldır A, Demir Korkmaz F. Koroner arter hastalıkları. Karadakovan A, Eti Aslan F (Editörler). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi;2010.s.514-515.

2. Onat A, Uğur M, Tuncer M, Ayhan E, Kaya Z, Küçükdurmaz Z, Bulur S, Kaya H. TEKHARF taramasında ölüm yaşı: 56700 kişi-yıllık izlemede dönemsel eğilim ve bölgesel dağılım. TKD Arş 2009;37(2),155-60.

3. World Health Organisation. World Health Statistics 2018: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals https://www.who.int/gho/publications/world health statistics/2018/en /. Erişim tarihi: 10.10.2018.

4. Kervan Ü, Koç O, Özatik MA, Bayraktar G, Şener E, Çağlı K, ve ark. Türkiye'deki kalp damar cerrahisi kliniklerinin dağılımı ve hizmetlerinin niteliği.Türk GKDC Derg 2011;19(4):483-89.

5. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm nedeni istatistikleri, 2018. http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27620. Erişim tarihi: 10.05.2018.

6. Vural F. Koroner Arter Bypass Greft Uygulamasında Düşleme ve Müziğin İyileşme Sürecine Etkisi (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.

7. Erdil F, Özhan Elbaş N. Kalp cerrahisi ve hemşirelik bakımı. Özhan Elbaş H (Ed.). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Ankara: Aydoğdu Ofset;2016.s.297-328.

8. Bocher MA, Edelman MA, Edmisson KW, March KS, O'Conner LJ, Ramirez MN, Scott BA, Small CC, York DR. Handbook of Medical Surgical Nursing, 4th , Philadelphia;2006.s.208-211.

9. Okgün Alcan O, Demir Korkmaz F, Çakmakçı H. Koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Türk GKDC Derg 2017;25(1):45-51.

10. Esin N. Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Değiştirilmesi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1997.

11. Ertop NG, Yılmaz A, Erdem Y. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimleri. Koç Üniv Tıp Fak Derg 2012;14:1-7.

12. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. TJFMPC Derg 2012;6:13-21.

13. Güneş P. Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaları Taburculuk Öncesi Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeyine Etkisi (tez). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2001.

14. Cebeci F, Çelik S. Discharge training and counselling ıncrease self-care ability and reduce post discharge problems in CABG patients. JCN Derg 2002;17:412–420.

15. Özcan H. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastalar Tarafından Kullanılma Oranları (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.

16. Elitoğ N, Erkuş B. CABG operasyonu geçirmiş olan hastaların taburculuk sonrası en sık yaşadıkları problemlerin tanımlanması. Acıbadem Hemşirelik e-Dergi 2010;(25):1-6.

17. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk aktörleri ile mücadele politikaları. Yayın no:809, Ankara, 2011.

18. Hough R, Hag IU. Mosby's crash course internal medicine. Ankara: Güneş Kitabevi;2001.s.195-200.

19. Watt-Watson J, Stevens B, Katz J, et al. Impact of Perioperative Education on Pain Outcomes After Coronary Artery Bypass Graft Surgery. Pain 2004;109(1-2):73-85.

20. Çobanoğlu A, İşbir S. Koroner arter bypass cerrahisi. Paç M, Akçevin A, Aka SA, Büket S, Sarıoğlu T (Editörler). Kalp damar cerrahisi. Adana: MN Medikal & Nobel Kitabevi;2013.s.773-872.

21. Sargın A, Aşkar FZ, Kocabaş SN. Akciğerde post operatif solunum sistemi komplikasyonlarının belirleyicileri. GKDA Derg 2013;19(4):175-183.

22. Tolmie EP, Lindsay GM, Belcher PR. Coronary artery bypass graft operation: Patients' experience of health and well-being over time. Eur J Cardiovasc Nurs 2006;5:228-36.

23. Karahan A. Kalp Damar Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı. Özhan Elbaş H (Ed.). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları. İstanbul. Güneş Tıp Kitabevi;2016.s.41-80.

24. Karadakovan A. Kalp Damar Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı. Karadakovan A, Aslan FE (Editörler). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ankara: Akademisyen Kitabevi;2013.s.223-238.

25. Yılmaz M, Çiftçi ES. Açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde bir model: fonksiyonel sağlık örüntüleri. Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg 2010;18(3):183-9.

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

27. Akbari M. Determınatıon Of The Effects Of Dıscharge Traınıng And Counselıng On Qualıty Of Life And Post Discharge Problems In Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.

28. Yalçınkaya M, Özer F, Karamanoğlu A. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(6):409-420.

29. Zaybak A, Fadıloğlu Ç. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg 2004;20(1):77-95.

30. Karalar ÜG. Kanser Tanısı Alan Erişkin Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve Değişkenlerinin Tanımlanması (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.

31. Pender NJ, Barkauskas V. Health Promotion And Disease Prevention Toward Excellence In Nursing Practice And Education. Nursing Outlook 1992;40(3):278-290.

32. İlhan N, Batmaz M, Akhan LU. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Maltepe Üniv Hemşirelik Bilim ve Sanatı Derg 2010;3(3):34-44.

33. Çetiner SH. Hastane Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.

34. Pender NJ. Health promoting in nursing practice. Norwalk. California,1987.

35. Duran E. Hasta Bilgilendirme Kitapçığı. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, 2004.

36. Yaman Y. Kalp Kapağı Replasmanı Yapılan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Değerlendirilmesi (tez). Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.

37. Tuna Z. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olan Yaşlı Hastalara Fonksiyonel Bağımsızlık Düzeyleri Doğrultusunda Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastaların Fonksiyonel Bağımsızlıklarına Etkisi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.

38. Kuşdemir CD. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi (tez). İstanbul: Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.

39. Akyol A, Bilgiç P, Ersoy G. Fiziksel aktivite, beslenme ve sağlıklı yaşam. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara: Klasmat Matbaacılık, 2008.s.3-24.

40. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi, 2017 http://beslenme.gov.tr/content/files/fa/yetiskinlerde fizikselaktivite.pdf. Erişim tarihi: 10.05.2018.

41. Cihangiroğlu Z. Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler (tez). Elazığ: Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.

42. Erkuş B, Menteş D. Kalp cerrahisi sonrası taburculuk eğitimi. 2010 http://www.Acibademhemsirelik.Com/E-Dergi/Yeni_Tasarim/Files/Uyg_Gel_Son.Pdf Erişim Tarihi: 28.01.2018.

43. Kavas A. Sağlıklı yaşam için doğru beslenme. İstanbul: Literatür Yayıncılık;2003.s.6-15.

44. Esen F, Turgut A. Sağlıklı yaşam: Sağlıklı yaşamın önemi. Eskişehir:Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları; 2013.

45. Ünal Taşkın E. Total Diz Protezi Uygulanan Hastalara Ameliyat Öncesi ve Sonrası Verilen Danışmanlığın Öz bakım Gücü Fonksiyonel Durum ve Ağrıya Etkisi (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.

46. Şenol N. Ortopedi kliniği hemşirelik rehberi. Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, 2013. http://www.azkurs. org/ pars_do cs /refs /12 /11576 /11576.pdf. Erişim tarihi:10.05.2018.

47. Kostak MA. Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. Fırat Sağlık Hizmetleri Derg 2007;2:105-11.

48. Ahmadi A, Shahmohammadi IN. Studying the relationship between mental health, spirituality and religion in female students of Tehran Azad University: South Branch. Procedia-Soc Behav Sci. Elsevier 2015;236-41.

49. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;9(2):26-34.

50. Cüceloğlu D. İnsan ve davranışı: Psikolojinin temel kavramları. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2014.

51. Kaya A. Kişilerarası İlişkiler ve etkili iletişim, Ankara: Tarcan Matbaacılık;2013:62-91.

52. Barg F, Heard L. Psikososyal destek. Aban S, Platin N (Editörler). Hemşireler İçin Kanser El Kitabı, IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası. Ankara; 1996.s.175-185.

53. Chen M. The effectivenes of health promotion counselıng to family caregivers. Public Health Nursing 1999;6(2):125-132.

54. Güçlü N. Stres yönetimi. Gazi Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2001;21(1):91-109.

55. Steptoe A, Wardle J, Cui W, Bellisle F, Zotti AM. Baranyai, R. and Sanderman, R. Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries. Preventive Medicine 2002;35:97-104.

56. Demirkıran G, Uzun Ö. Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2012;28(1):1-12.

57. Yalçın S, Arpa Y, Cengiz A, Doğan S. Hemşirelerin hastaların taburculuk eğitim gereksinimlerine yönelik görüşleri ile hastaların eğitim gereksinimlerine yönelik

görüşlerinin karşılaştırılması. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2015;12(3):204-209. (doi:10.5222/HEAD.2015.204).

58. Öztekin D. Günübirlik cerrahi uygulamaları. Akyolcu N, Aksoy G, Kanan N (Editörler). Cerrahi Hemşireliği Uygulama Rehberi, İstanbul Tıp Kitabevi; 2012.s.151-160.

59. Zaybak A. Kalp Kapağı Replasmanı Yapılan Hastaların Öz-bakımlarının Değerlendirilmesi (tez). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1999.

60. Kelleci E. Hepatopankreatobiliyer Cerrahi Uygulanan Hastalardaki Post operatif Olası Komplikasyonlar Konusunda Verilen Eğitim Etkinliğinin Değerlendirilmesi (tez). Afyon: Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.

61. Yıldız T. Cerrahi hasta eğitiminde kullanılan yöntemler: Hastalık merkezli değil, hasta merkezli eğitim. MÜSBED 2015;5(2):129-33.

62. Orgun F. Sağlık eğitimi ve sağlığın iyileştirilmesi. Karadakovan A, Aslan FE (Editörler). Dâhili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana: Adana Nobel Kitabevi; 2011.s.45- 55.

63. Şenyuva E, Taşocak G. Hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri ve hasta eğitim süreci. İÜFN Hemşirelik Dergisi 2007;15(59):100-6.

64. Abu Abed M, Himmel W, Vormfelde S, Koschack J. Video-assisted patient education to modify behavior: A systematic review. Patient Education Counselıng 2014;97(1):16-22.

65. Bulut H. Ameliyat öncesi esnası ve sonrası hemşirelik bakımı. Aşti TA, Karadağ A (Editörler). Hemşirelik Esasları. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık;2013.s.717-25.

66. Hacıalioğlu N. Hemşirelikte öğretim öğrenme ve eğitim. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri;2013.s.63-89.

67. Yıldırım B, Özkahraman Ş. Hasta eğitiminde hemşirenin rolü. Sağlık ve Toplum 2011;21(1):7-14.

68. Royal College of General Practitioners (RGCP). An enquiry into patient centred care in the 21st century – Implications for general practice and primary care. London: RCGP 2014.

69. Jennifer L. Lapum, PhD, RN; Suzanne Fredericks, PhD, RN; Linda Liu, BScN, RN; Terrence M. Yau, MD; Bruktawit Retta, MN, RN; Vaska M. Jones, MScN, RN; Sarah Hume, BCom. Facilitators and Barriers of Heart Surgery Discharge Patients' and N urses' Narrative Accounts. Journal of Cardiovascular Nursing 2016;31(4).

70. Özyazıcıoğlu N, Kılıç M, Erdem N, Yavuz C, Afacan S. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2011;8(2):277-332.

71. Erdoğan, M. Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaların Bilgilenme Gereksinimlerinin Belirlenmesi (tez). Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2012.

72. Boyraz A. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Öğrenim Gereksinimleri (tez). Malatya: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.

73. Sönmez A. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Uygulanan Hastaların Konfor Ve Kaygı Deneyimlerinin Değerlendirilmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.

74. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health promoting Lifestyle profile: development and psychometric characteristics. Nurs Res 1987;36:76-81.

75. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;12(1):1-13.

76. Akbulut E, Tülüce D, Bayrak Kahraman D. Kardiyak Rehabilitasyonda Hemşirenin Rolü. Eur J Cardiovasc Nurs 2016;7(14):140-146.

77. Annaç S. Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi (tez). Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.

78. Kale A. Koroner Arter Bypass Greft Geçiren Hastaların Ameliyat Sonrası Bilgi Gereksinimlerinin ve Aile Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi (tez). İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.

79. Kasapoğlu ES, Enç N. Koroner arter hastaları için bir rehber. Journal of Cardiovascular Nursing Derg 2017;8(15):1-7. doi: 10.5543/khd.2017.42713.

80. Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz F. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörlerinden korunmada hemşirenin rolü. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi 2017;2(4):18-27. DOI: 10.26453/otjhs.338014.

81. Bektaş GC. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Ortaya Çıkan Yaşam Biçimi Değişikliklerinin Hastaların Yaşam Kalitesine Etkisi (tez). İstanbul: Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.

82. Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2011;11:619-26.

83. Bikmoradia A, Masmoueib B, Ghomeisic M, Roshanaeida G. Impact of tele-nursing on adherence to treatment plan in discharged patients after coronary artery bypass graft surgery: aquasi-experimental study in Iran. International Journal of Medical Informatics 2016;86:43–48.

84. Cebeci F, Çelik SŞ. Effects of discharge teaching and counselling on anxiety and depression level of CABG patients. Turkish J Thorac Cardiovasc Surg 2011;19(2):170-76.

85. Özer N, Kılıçkap M, Tokgözoğlu L, Göksülük H, Karaaslan D, Kayıkçıoğlu Yılmaz MB, Barçın C, Abacı A, Şahin M. Türkiye'de sigara tüketimi verileri: Kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik epidemiyolojik çalışmaların sistematik

derleme, meta-analiz ve meta-regresyonu. Türkiye Kardiyoloji Derneği 2018;46(7):602-612. doi: 10.5543/tkda.2018.85349.

86. Dal Ü, Bulut H, Demir Güler S. Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. Bakırköy Tıp Dergisi 2012;8:34-40.

87. Yıldırım N, Atalay M. Koroner arter bypass ameliyatı olan hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Hemşirelik Araştırma Dergisi 2002;4(1):52-64.

88. Kendirkıran, G. Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaların Ameliyat Sonrası Kişilerarası İlişkilerinde Gözlenen Değişiklikler (tez). İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.

89. Alkan S, Topal E, Hanedan MO, Mataracı İ. Assessment of healthy Lifestyle behaviors after coronary artery bypass surgery. Turk Kardiyol Dern Ars. 2018;46(3):169-174. DOI: 10.5543/tkda.2017.98442.

90. Babaee G, Keshavarz M, Hidarnia, Shayegan M. Effect of a health education program on qualıty of lıfe ın patıents undergoing coronary artery bypass surgery. Acta Medica Iranica 2007;45(1):69-75.

91. Safabakhsh L, Arbabisarjou A, Jahantigh M, Nazemzadeh M, Navabi RS, Nosratzehi S. The effect of health promoting programs on patient's life style after coronary artery bypass graft– hospitalized in shiraz hospitals. Glob J Health Sci 2016;8(5):154-159.

92. Ahmadzadeh M. The Effect Of Health Education On Anxiety İn CABG Patients (thesıs). Iran: Tarbiat Modarres University School of Medical Science; 2000.

93. Strömberg A, Dahlström U, Fridlund B. Computer-based education for patients with chronic heart failure a randomised, controlled, multicenter trial of the effects on knowledge compliance and quality of life. Patient education and counselling 2006;64:128-135.

94. Deverhorn E, Bengston A, Nilsson PM, Nyberg P, Kjellgren Kİ, Consultaion training of nurses for cardiovasculer prevention- a randomized study of 2 years duration. Blood Press 2012;21(5)-293-9.

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

96. Fagermoen MS, Hamilton G. Patient information at discharge-A study of combined approach. Patient Education and Counselling 2006;63:169-176.

97. Yu M, Chair SY, Chan CW, Choi KC. A health education booklet and telephone follow-ups can improve medication adherence, health-related quality of life, and psyschological status of Patients with heart failure. Hearth Lung 2015;44(5):400-407.

98. Kurçer A, Özbay A. Koroner arter hastalarında uygulanan yaşam tarzı eğitim ve danışmanlığının aşam kalitesine etkisi. Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2011;11:107-13.

99. Treat-Jacobson DJ, Lindquist R. Exercise, quality of life, and symptoms in men and women five to six years after coronary artery bypass graft surgery. Heart Lung 2007;36:387-97.

100. Plach S, Wierenga ME, Heidrich SM. Effect of a post discharge education class on coronary artery disease knowledge and self-reported health-promoting behaviors. Heart Lung 1996;25:367-72.

101. Evangelista LS, Dracup K, Doering L, Moser DK, Kobashigawa J. Physical activity patterns in heart transplant women. J Cardiovasc Nurs 2005;20:334-9.

102. Yates BC, Price-Fowlkes T, Agrawal S. Barriers and facilitators of self-reported physical activity in cardiac patients. Res Nurs Health 2003;26:459-69.

103. Pietrzak E, Cotea C, Pullman A. Primary and secondary prevention of cardiovasculer fdisease: is there a place for internet-based interventions, Cardiopulm Rehabil Prev 2014;34(5):303-17.

104. Yan J, You L, Liu B, Jin S, Zhou J, Lin C, Li, Q, Gu, J. The effect of a telephone follow-up interventions on ılness perception and lifestyle after myocardial ınfarction in china: a randomised controlled trial. International Journal of Nursing Studies 2013; 23:02, 1-12.

105. Maun D, Karlsson, JE, Fridlund B. Quality of life in pacemaker patients from a nursing perspective. Coronary Health Care 1998;2:17-27.

106. Wang XH, Qju JB, Ju Y, Chen GC, Yang JH, Pang JH, et al. Reduction-of heart failure rehospitalization using a weight management education invertion. Cardiovascular Nursing 2014;29(6):528-34.

107. Türkmen SN, Çam MO. Miyokard Enfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Psiko eğitimin Psikososyal Uyum Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2012;3(3):105-115.

108. Jaarsma T, Halfens H, Huijer Abu-Saad K, Dracup T, Gorgels, J. Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. European Heart Journal 1999;20:673-682.

109. Akın S, Durna Z. Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;10(2):1-8.

110. Gallagher R., McKinley S, Dracup K. Effects of a telephone counselıng interventions on psychosocial adjustment in women following a cardiac event. Heart and Lung 2003;32(2):79-87.

111. Köroğlu E. Kalp pili (Pacemaker) takılan hastalara uygulanan planlı eğitim ve izlem programının etkinliğinin belirlenmesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.

112. Balcı A, Enç M. Koroner anjiyografi uygulanacak hastalara verilen görsel işitsel eğitimin fizyolojik ve psikososyal parametreler üzerine etkisi. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2013;4(5):41-50.

ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİLLER

Şekil 1. Randominazyon akış şeması ……. 23

Şekil 2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması ……27

Şekil 3. Sağlık Sorumluluğu ölçek alt boyutu puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması…….…29

Şekil 4. Fiziksel aktivite ölçek alt boyutu puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması……..…31

Şekil 5. Beslenme ölçek alt boyutu puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması……33

Şekil 6. Manevi gelişim ölçek alt boyutu puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması…….……35

Şekil 7. Kişiler arası ilşkiler ölçek alt boyutu puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması……..…37

Şekil 8. Stres yönetimi ölçek alt boyutu puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması…….....39

TABLOLAR

Tablo 1. Ölçeğe ait Cronbach Alfa katsayı değerleri ……...……18

Tablo 2. Hastaların bireysel özellikleri……24

Tablo 3. Hastaların hastalık özellikleri…….26

Tablo 4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması ……27

Tablo 5. Sağlık Sorumluluğu ölçek alt boyutu puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması……..…29

Tablo 6. Fiziksel aktivite ölçek alt boyutu puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması……..…31

Tablo 7. Beslenme ölçek alt boyutu puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması…….**.....**33

Tablo 8. Manevi gelişim ölçek alt boyutu puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması……...…..35

Tablo 9. Kişiler arası ilişkiler ölçek alt boyutu puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması……37

Tablo 10. Stres yönetimi ölçek alt boyutu puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması…….39

ÖZGEÇMİŞ

1992 yılında Erzurum/Aşkale doğan Merve AFACAN İlk öğretimini Edirne'de Orta öğretimi Balıkesir/Bandırma'da tamamladı Lisans eğitimini Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde 2010-2014 yılları arasında tamamladı.

Çalışma hayatına 2015 yılında Amerikan Hastanesi'nde Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde hemşire olarak çalıştı. Kasım 2016 yılında Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi'ne atandı ve Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde hemşire olarak görevine başladı. Hastanenin Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesinde 2 yıldır hemşire olarak çalışmaya devam etmektedir.

EKLER

Ek 1: Birey Tanıtım Formu

Ek 2: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Ek 3: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırmalar Etik İzin Formu

Ek 4: Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Kurum İzni

Ek 5: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Kullanım İzni

Ek 6: Taburculuk Bilgilendirme Takvimi

Ek 1: Birey Tanıtım Formu

a) BİREY TANITIM FORMU Vaka No:

Sayın Katılımcı,

Bu tez çalışması koroner arter bypass greft ameliyatı olmuş hastaların taburculuk bilgilendirmesinde, "takvim bilgilendirme takvimi" kullanımının hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Çalışmadan elde edilen veriler, gizli tutulacak olup yalnız araştırmacı tarafından ve bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Lütfen her bir soruyu içtenlikle okuyup ve doğru bir şekilde cevaplayınız. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Tez Danışmanı: Tez Öğrencisi:

Öğretim Üyesi Yüksek Lisans Öğrencisi

Yrd. Doç. Dr. Seher ÜNVER Merve AFACAN

Yatış Tarihi:…… Ameliyat Tarihi:……

Taburculuk Tarihi:……

Kontrole Gelme Tarihi:……..

1.Tanı:

2. Ameliyatın Adı KABG X…

( ) Koroner Arter Bypass Greft (hangi damarlar kullanıldı:……)

3. Yaşı:

4. Cinsiyeti: ( ) Kadın ( ) Erkek

5. Boy: Kilo: BMI:

6. Medeni Durum:

( ) Bekâr ( ) Evli ( ) Dul

7. Eğitim durumunuz:

( )Okur-yazar ( )İlk-Ortaokul ( )Lise ( )Üniversite

8. Mesleğiniz:

( ) İşçi ( ) Memur ( ) Emekli ( ) Ev Hanımı ( ) Çalışmıyor

( ) Serbest Meslek

9. Sosyal güvenceniz:

( )Emekli sandığı ( ) SSK ( )Bağ kur ( )Diğer

10.Evde Yaşayan Kişi Sayısı:

11.Eve taburcu olduğunuzda size yardım edecek kişi……

12. Uzun süre yaşadığınız yer:

( ) Köy ( ) Kasaba ( ) Şehir

13. Daha önce ameliyat oldunuz mu?

( ) Evet ( ) Hayır

14. Ameliyat olduysanız ne ameliyatı oldunuz?**.....**……..

15. Alkol kullanıyor musunuz?

( ) Evet, ise ne kadar kaç yıldır?..... ( ) Hayır

16. Sigara kullanıyor musunuz?

( ) Evet, ise ne kadar kaç yıldır?..... ( ) Hayır

17. Kronik hastalıkları:

( ) Yok ( )Hipertansiyon ( ) Diyabetes Mellitus

( ) KOAH ( ) Anemi ( ) Diğer ……

18.Daha Önce taburculuk eğitimi aldınız mı?

( ) Evet ( ) Hayır

Cevabınız Evet ise; Ne zaman, nerede, ne eğitimi (konusu) aldınız?

…….

19. Bu eğitimi kimden/kimlerden aldınız (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

( )Hemşire ( )Doktor ( )Fizyoterapist ( )Diyetisyen

( ) Diğer:……..

20. Taburculuk sonrası bakımınızı destek olacak kişi/kişiler olacak mı?

( )Var ise kim……. ( )Yok

Ek 2: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

b) SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II (EK-2)

Sayın Katılımcı,

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Çalışmadan elde edilen veriler, gizli tutulacak olup yalnız araştırmacı tarafından ve bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Her bir alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiç bir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım.				
5	Yeterince uyurum.				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim.				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim.				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım.				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.				
12	Yaşamın bir amacı olduğuna inanırım.				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.				

15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm.				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım.				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim.				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim.				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım.				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim.				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.				

37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım.				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.				
47	Yorulmaktan kendimi korurum.				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım.				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.				
50	Kahvaltı yaparım.				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.				

Ek 3: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırmalar Etik İzin Formu

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2017/221	
	PROTOKOL ADI	Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Sonrası Taburculuk Bilgilendirme Takvimi Kullanımının Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Yrd. Doç. Dr. Seher ÜNVER	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası

Karar No: 15/08 **Tarih:06.09.2017**

Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Seher ÜNVER'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Merve AFACAN'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	Mazeretli
Yrd. Doç. Dr. Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Öğretim. Gör. Uzm. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	—
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	—
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	Mazeretli

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

Ek 4: Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Kurum İzni

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

EDİRNE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - EDİRNE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
09/11/2017 11:29 - 59873402 - 604.02 - E 3006
00056209155

Sayı : 59873402/604.02
Konu : Araştırma İzni (Merve AFACAN)

EDİRNE SULTAN I. MURAT DEVLET HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİ'NE

İlgi :Trakya Üniversitesi Rektörlüğü'nün 15/10/2017 tarihli ve 59873402-86654 sayılı yazısı.

İlgi kayıtlı yazı ile Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD yüksek lisans program öğrencisi Merve AFACAN tarafından "Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Sonrası Taburculuk Bilgilendirme Takvimi Kullanımının Hastaların Sağlık Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi" konulu tez çalışmasının yapılmak istenildiği belirtilmiştir.

Söz konusu çalışma ile ilgili izin talep dosyası komisyon tarafından değerlendirilmiş olup 06.11.2017 tarihinde karara bağlanmıştır. Bu çerçevede çalışmanın Hastanenizde gönüllülük esasına dayalı olarak ve sunulan veri toplama araçlarıyla, birim çalışma usul ve düzenini bozmayacak şekilde gerçekleştirilmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinize ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr.A.Muhsin KİŞİOĞLU
İl Sağlık Müdürü

Sarıcapaşa Mahallesi/Sarıcapaşa Camii Caddesi/no:17/ EDİRNE
e-posta:emine.aydinozgur@saglik.gov.tr
Faks No:0284 226 8207
e-Posta:emine.aydinozgur@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://edirne.khb.saglik.gov.tr
Bilgi için:Emine AYDIN ÖZGÜR
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:0284 226 82 45/1532
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden e5e15ad0-6559-4c3e-95c6-8880f9d2300f kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 5: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Kullanım İzni

Zuhal Bahar <zbahar@ku.edu.tr>

Alıcı: ben ▾

Sayın Afacan,

Çalışmanızda ölçeğimizi kullanabilirsiniz.

Kolay gelsin,sevgiler

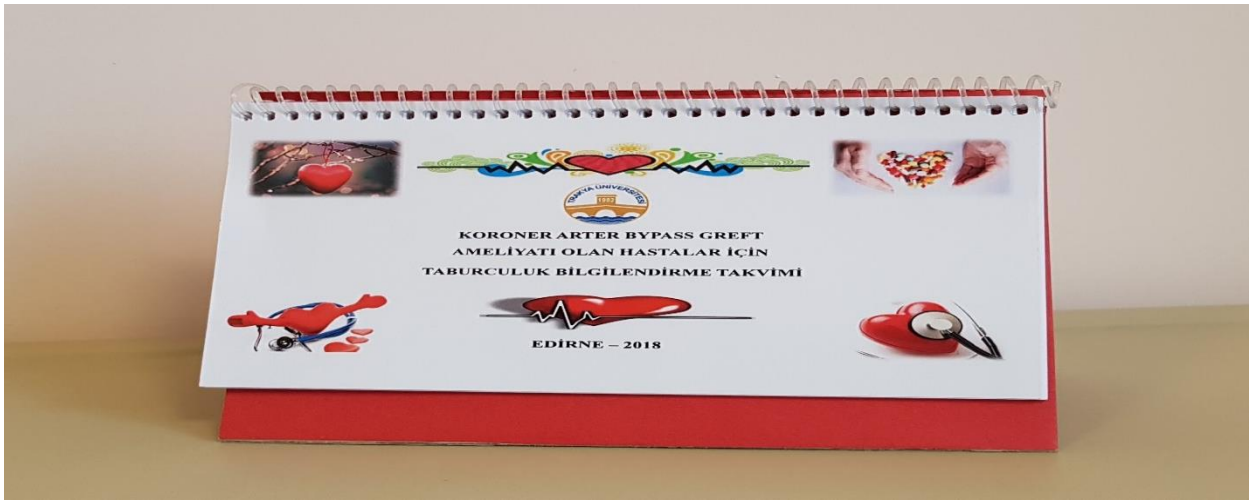
Zuhal Bahar

iPhone'umdan gönderildi

merve afacan <merveafacan1992@gmail.com> şunları yazdı (27 May 2017 12:12):

•••

Ek 6: Taburculuk Bilgilendirme Takvimi













KORONER ARTER BYPASS GREFT

AMELİYATI OLAN HASTALAR İÇİN

TABURCULUK BİLGİLENDİRME TAKVİMİ







EDİRNE – 2017

TABURCULUK BİLGİLENDİRME TAKVİMİ
ÖNSÖZ

Sayın Katılımcı,

Bu taburculuk bilgilendirme takvimi sizlere koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası taburculuk bilgilendirmesini yapmak ve evde bakım uygulamaları hakkında bilgi vermek amacıyla hazırlanmıştır. Taburculuk bilgilendirme takvimi uzman görüşleri ve literatürde yer alan ilgili kaynaklardan yararlanılarak hazırlanmış olup, evde bakım sürecinin tüm basamaklarında size rehberlik edecektir. Bu takvimin evde bakım uygulamalarında sizi desteklemesi ve karşılaşacağınız sorunlarda size yol göstermesi amaçlanmıştır. Bu bilgilendirmelerin sizlere evde bakım uygulamalarınızda kolaylık sağlayacağı ve olumlu katkısının olacağı düşüncesindeyiz. Katkılarınızdan dolayı teşekkür eder, sağlıklı günler dinleriz.

Not: Bu kitapçık Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında yürütülmekte olan "Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Sonrası Taburculuk Bilgilendirme Takvimi Kullanımının Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi" başlıklı yüksek lisans tezinin uygulamasında kullanılmak üzere araştırmacı ve danışman tarafından hastaları bilgilendirme amacıyla hazırlanmıştır.

Araştırmacı: Merve AFACAN

Danışman:Yrd. Doç. Dr. Seher ÜNVER

TABURCULUK BİLGİLENDİRME TAKVİMİ

1 Ameliyat Sonrası İlaç Kullanma.....5

2 Ağrıyla Baş etme.....7

3 Ameliyat Yaralarının Bakımı.....8

4 Şişliğin (Ödemin) önlenmesi.....10

5 Sağlıklı Beslenme.....12

6 Aktivite ve Egzersiz.....15

7 Sigara ve Alkol Kullanımı.....17

8 Hijyenik Bakım.....18

TABURCULUK BİLGİLENDİRME TAKVİMİ

9 Cinsel Aktivite.....19

10 Ruh Halinde Değişiklik.....20

11 Uyku ve Dinlenme.....21

12 İşe Başlama.....22

12 Ev işleri ve Seyahat.....23

12 Sosyal Faaliyet.....24

13 Acil Durumlar.....25

14 Kontrole Gelme.....27

1

TABURCULUK BİLGİLENDİRME TAKVİMİ

Ameliyat Sonrası İlaç Kullanma



İLACINIZI
her gün
AYNI saatte
doktorunuzun **önerdiği şekilde**
(aç ya da tok karnına)
almalısınız.



İLACINIZI
Önerilen şekilde
(Oda sıcaklığı ya da buzdolabında)
saklamalısınız.



İLACINIZI
her zaman yanınızda taşımalısınız ve seyahate giderken yanınıza **yeterli miktarda** almalısınız.



İLACINIZI
birden fazla kez almayı unutursanız mutlaka **hekiminize** danışmalısınız.



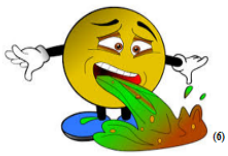
İLACINIZIN
bir dozunu almaya unutursanız bir sonraki sefer **2 doz** almamalısınız!!!!

1

TABURCULUK BİLGİLENDİRME TAKVİMİ

Ameliyat Sonrası İlaç Kullanma

Kullandığınız ilaçlara bağlı:



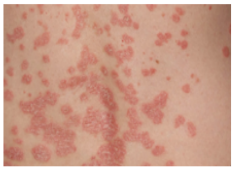
Aşırı bulantı, kusma, mide ağrısı



İshal, şuur bulanıklığı



Çok hızlı veya çok yavaş nabız



Cilt döküntüleri



Büyük tuvaletinizde koyulaşma… gibi birçok yan etki oluşabilir.

Bu yan etkilerden biri ile karşılaştığınızda
bir sonraki ilaç dozunu almamalısınız
ve
hemen **doktorunuza** danışmalısınız.

3

TABURCULUK BİLGİLENDİRME TAKVİMİ

Ameliyat Yaraların Bakımı


(13)


(14)


(15)


(16)

Ameliyat yaralarınızı **TEMİZ ve KURU** tutmalısınız. Yaklaşık **10-14 gün** sonra doktor kontrolüne geldiğinizde **dren dikişleriniz** alınacak, diğer dikişleriniz kendiliğinden eriyip düşecektir.

Yara yerlerinizi **kese veya ovunma beziyle** **ovalamamalısınız.**

Ameliyattan sonraki ilk 6 ay **YARA YERLERİNİZİ** direk **güneş ışığından** korumalısınız.


(17)


(18)

Önerilmediği sürece **YARA YERLERİNİZE** krem, losyon veya benzeri maddeler **sürmemelisiniz.**

2

TABURCULUK BİLGİLENDİRME TAKVİMİ

Ağrıyla Baş etme


(10)

Göğüs kemiğinizde, ameliyat edilen bacağınızda (damar alınan bacak), sırt ve omuzlarınızda **AĞRINIZ** olabilir. Doktorunuzun önerdiği şekilde **ağrı kesici ilacınızı** alabilirsiniz.


(11)

Yavaşça yapılacak bir **sırt masajı, sırt ve omuzdaki ağrılı** kaslarınızı gevşetip sizi rahatlatacaktır.


(12)

Öksürme, hapşırma gibi durumlarda **AĞRINIZI** azaltmak için ameliyat bölgenizi **yastıkla** destekleyebilirsiniz.

3

TABURCULUK BİLGİLENDİRME TAKVİMİ

Ameliyat Yaraların Bakımı



(30)

Yaralar titizlikle gözlenmeli; **kızarıklık, şişlik, sıcaklık, devamlı kanama, kötü kokulu akıntı, yüksek ateş** gibi belirtiler görüldüğü takdirde mutlaka doktorunuza bilgi vermelisiniz. Yaralarınıza dikkat etmediğiniz takdirde **YARANIZIN** görünümü şekildeki gibi olacaktır.



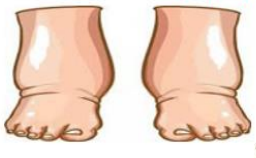
(31)

Göğüs bölgenizdeki **YARANIZA** dikkat ettiğinizde tavsiyelerimize uyduğunuz takdirde yaranız bu şekilde sağlıklı olacaktır.

4

TABURCULUK BİLGİLENDİRME TAKVİMİ

Şişliğin (Ödemin) Önlenmesi



(19)

Ayak ve bacaklarınızda **ÖDEM (ŞİŞLİK)** oluşabilir. Kendinizi değerlendirmeli ve takipte olmalısınız!!!!



(21)

Dolaşım bozulacağı için **bacak bacak üstüne atmamalısınız.**

Bu durum bacaklarda dolaşımı olumsuz etkilemektedir.



(22)

Uzun süre **aynı pozisyonda** durmaktan **kaçınmalısınız.** Bacaklarınızdaki **şişliğe** engel olmak için oturduğunuzda **ayaklarınızı sarkıtmamalı** bacaklarınızı yüksekçe bir tabure veya sehpaya uzatmalısınız.

4

TABURCULUK BİLGİLENDİRME TAKVİMİ

Şişliğin (Ödemin) Önlenmesi


(23)


(24)


(25)


(26)


(27)

VARİS ÇORABINI ameliyattan sonra **ilk 6 ay** boyunca giymelisiniz, eğer ayağınızda **şişlik** bu dönemden sonrada devam ediyorsa (doktorunuza danışarak) **VARİS ÇORABINIZI** devamlı giyebilirsiniz.

VARİS ÇORABINI gündüz giymeli ve **gece** uyumadan önce çıkarmalısınız.


(28)

VARİS ÇORABINI sabah kalkmadan ayağınızı yere sarkıtmadan bacaklarınızı **20 dakika** yükselttikten sonra giymelisiniz.


(29)

Çoraplarınızı **sabun ve ılık su** ile yıkamalısınız ve sıkmadan bir havlu içinde kurumaya bırakmalısınız.

5

TABURCULUK BİLGİLENDİRME TAKVİMİ

Sağlıklı Beslenme


(32)

İlk haftalarda **iştahsız** olmanız normaldir.

İlk 1 ay protein ağırlıklı beslenmelisiniz. Bütün öğünlerinizi atlamadan yemek yemeli ve güne **kahvaltı yaparak** başlamalısınız.


(33)

Her gün 2-4 öğün **meyve ve sebze** yiyebilirsiniz.


(89)

Gün içerisinde **2-2.5 litre sıvı (eğer diyaliz hastası değilseniz)** tüketmeye özen göstermelisiniz.

5

TABURCULUK BİLGİLENDİRME TAKVİMİ

Sağlıklı Beslenme


(36)

/

Kolesterol içeren besinler; **dondurma, krema, çikolata, salam, sosis, sucuk, margarin, hamur işi, kızartılmış yiyecekler** gibi besinlerde yüksek oranda kolesterol içerirler. Bu tarz yiyecekler yüksek kalorisi nedeniyle **KİLO** almaya yola açabileceğinden bunları **tüketmemelisiniz**.


(34)


(35)

Kolesterol düzeyinizin yükselmemesi için **katı yağlardan (margarin gibi)** kaçınmalısınız. Katı yağ yerine yemeklerinizde **zeytin yağı** tercih edebilirsiniz.
(Yağlı gıdaların yerine süt, yoğurt, peynir yiyebilirisiniz).


(37)

Kızartma yerine **ızgara** tercih etmelisiniz.

5

TABURCULUK BİLGİLENDİRME TAKVİMİ

Sağlıklı Beslenme - Kabızlığın Önlenmesi

Kabızlık durumunda ve kabızlığı önlemek için bazı önlemler almalısınız



(49)

Kabızlığınız için **sebze, meyve ve lifli yiyecekler** tüketebilirsiniz. **Şeker hastalığınız** yok ise **kurutulmuş erik ve kuru kayısı** yiyebilirsiniz. Bu önlemler yetersiz kalırsa doktorunuza danışmalısınız.


(50)

Her gün **2-2.5 litre (eğer diyaliz hastası değilseniz)** sıvı almalısınız. Aldığınız sıvıların ılık olmasına özen göstermelisiniz. Çok soğuk ve buzlu içecekler, alkollü içkiler, koyu çay ve kahve **içmemelisiniz.**


(51)

Kabızlığı önlemek için Fiziksel hareketlerinizi arttırmalısınız. Orta derecede **fiziksel egzersizler** yapmalısınız (2-3 km mesafede yürüyüş gibi)

6

TABURCULUK BİLGİLENDİRME TAKVİMİ

Aktivite ve Egzersiz



Göğüs kemiğinizin (iman tahtanızın) tam kaynaması için gereken süre **6-8 haftadır**. Sekiz haftaya kadar yataktan ve sandalyeden kalkarken kollarınıza yük **bindirmemelisiniz.**



Bu 6-8 haftalık süre içerisinde **2 kg dan fazla** ağırlık taşımamalısınız.



Göğüs korsenizi doktorunuzun önerdiği şekilde **2-6 ay boyunca** giymelisiniz. Özellikle öksürürken ve hapşırırken korsenizin önünü ellerinizle birleştirmelisiniz.

6

TABURCULUK BİLGİLENDİRME TAKVİMİ

Aktivite ve Egzersiz



Yemeklerden önce

veya

yemekten en az **2 saat sonra** egzersize başlamalısınız.

(Açık havada yürüyüş yapmak gibi)



Haftada en az üç kez 20 dakika hafif ve orta düzey (2-3 km yürüyüş gibi) egzersiz yapmalısınız. Her egzersizden sonra **en az 30 dakika dinlenmelisiniz** ve yeterli sıvı almalısınız.





Günlük işler sırasında da **egzersiz** yapabilirsiniz. (Yemeğe yürüyerek gitmek , asansör yerine merdiven kullanmak gibi)

7

TABURCULUK BİLGİLENDİRME TAKVİMİ

Hijyenik Bakım


(45)


(46)


(47)



(48)

YARA YERLERİNİZ

temiz ve kuru ise düzenli olarak banyo yapmanızda sakınca yoktur.

Tam iyileşme olana kadar (genellikle 6-8 hafta) **aşırı sıcak** ya da **aşırı soğuk** banyo **yapmamalısınız.**

Banyo esnasında dikkat edeceğiniz en önemli husus düşme riskinizin önüne geçmektir. Banyo yaparken başınız dönebilir, dengenizi kaybedebilirsiniz, banyoyu **oturur pozisyonda** ve **yakınınızın yardımıyla** yapmalısınız.

8

TABURCULUK BİLGİLENDİRME TAKVİMİ

Sigara ve Alkol Kullanımı


(52)


(53)


(54)

Sigara **kullanmamalısınız.**

Sigara içmemenin yansıra yoğun sigara içilen ortamlardan uzak durmalısınız. Bu ortamlarda bulunmak **pasif içiciliğe** neden olmaktadır.

Alkol **kullanmamalısınız.**

9

TABURCULUK BİLGİLENDİRME TAKVİMİ

Cinsel Aktivite



Ameliyattan sonra **ilk 4 hafta** cinsel ilişki önermiyoruz, **4-8 haftalık** süre içerisinde cinsel ilişkinizin kısıtlı pozisyonda olmasına özen göstermelisiniz, **8. haftadan** sonra cinsel hayatınıza normal bir şekilde devam edebilirsiniz.

Ameliyat sonrasında hareket kısıtlılıkları, genel ağrı ve yakınmalarınız geçtikten sonra doktorunuzun önerdiği şekilde **eşinizle cinsel hayatınıza** devam edebilirsiniz.

Herhangi bir sorun yaşadığınız takdirde cinsel aktivitenizin zamanını **doktora danışarak** belirleyebilirsiniz.


(56)


(57)

10

TABURCULUK BİLGİLENDİRME TAKVİMİ

Ruh Halinde Değişiklik


(58)


(59)

Ameliyat sonrası dönemde **mutsuzluk, stresle baş edememe, aile içinde rol karmaşıklığı, anksiyete, depresyon ve panik atak** gibi duygular yaşayabilirsiniz.

Bu durum geçici ya da kalıcı olabilir , kalıcı olduğu taktirde mutlaka doktorunuzla konuşmalısınız.


(60)

Kendinize **zaman** ayırmalısınız.

Müzik dinleyebilirsiniz

veya

kitap okuyabilirsiniz.


(61)

Kendinizi kötü hissettiğinizde **sevdiklerinizle** birlikte vakit geçirebilirsiniz.

11

TABURCULUK BİLGİLENDİRME TAKVİMİ

Uyku-Dinlenme



Her gece mutlaka **en az 6 saat** uyumalısınız (Uyumadan önce güzel şeyler düşünebilirsiniz).



Sabah **normal saatte** kalkmalısınız.



Mümkünse sabah kalktığınızda **duş almak** güne iyi başlamanıza yardımcı olabilir.



Evde tüm gün pijama ile **dolaşmamalısınız.** Bu durum kendinizi sürekli **durgun hissetmenize** ve **hareketsizliğinize** sebep olabilir.



Her gün **aktivite arttırılmalısınız**, özellikle **yürüyüşler yapmalısınız**, öğleden önce ve öğleden sonra; hareket etmelisiniz ve yemek sonrası dinlenmelisiniz.

12

TABURCULUK BİLGİLENDİRME TAKVİMİ

İşe Başlama









İşe başlamak **için 6-12 hafta** sonra izin verilmektedir. Çalışma hayatına hafif tempolu işlerde, günde dört saati geçmemesi koşuluyla **ilk 4 haftadan** sonra, zorlamaların olduğu özellikle ellerin kullanıldığı işlerde **3. aydan** sonra başlanması önerilmektedir.

12

TABURCULUK BİLGİLENDİRME TAKVİMİ

Ev İşleri Yapma / Seyahat



Yemek hazırlama, temizlik, çocuk bakımı, etraf düzenleme gibi aktiviteleri yerine getirmek için **8 haftadan sonra** yapılacak kontrol ve doktorun kararına göre hareket etmelisiniz.



Ameliyat sonrasındaki **ilk 6-8 haftada** araba kullanmanız risklidir.



Uzun saat yolculuk yapacaksanız **uçak** yolculuğunu tercih edebilirsiniz.
Sağlığınız yönünden en güvenli yolculuk **uçakla** yapılandır.

12

TABURCULUK BİLGİLENDİRME TAKVİMİ

Sosyal Faaliyet



Taburcu olduktan sonraki ilk bir ay içinde **enfeksiyon** kapmamanız için **ziyaretçileriniz** kısıtlı olmalı ve **heyecanlanmamanız** için ise **telefon görüşmelerini** kısıtlamalısınız.



Taburcu olduktan sonraki **ilk bir ay** içinde gittikçe güçlendiğinizi fark edecek ve çevre ile gerekli **sosyal faaliyetlere** katılabileceksiniz. Bu dönemde yakın arkadaşlarınıza zaman ayırabilirsiniz.



Toplu taşıma araçlarını (ameliyat sonrası **ilk 6-8 hafta**) kullanmamalısınız , toplu kalabalık ortamlar **enfeksiyon** açısında riskli ortamlardır. Bu tarz ortamlarda bulunmamalısınız.

13

TABURCULUK BİLGİLENDİRME TAKVİMİ

Acil Durumlar

Aşağıda bazı durumlar verilmiştir. Bu durumlardan herhangi biriyle karşılaşırsanız mutlaka hekiminizi arayınız!



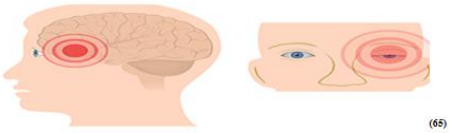
Ameliyat öncesi ağrılara benzeyen **ciddi göğüs ağrısı**



Nefes darlığı ile birlikte olan **dakikada 150'nin üzerinde kalp hızı (çarpıntı)**



Birkaç gün içinde **3-4 kg'dan fazla** kilo artışı



Görmede ani bozukluk, kolda ve bacakta ani güç kaybı ve tutmama hali, ani konuşma bozukluğu



Yüksek ateşle birlikte titreme



Aşırı yorgunluk

13

TABURCULUK BİLGİLENDİRME TAKVİMİ

Acil Durumlar

Aşağıda bazı durumlar verilmiştir. Bu durumlardan herhangi biriyle karşılaşırsanız mutlaka hekiminizi arayınız!



Öksürükle taze **kırmızı kan** gelmesi



Bacak ve kollarda ani **his ve hareket kaybı**



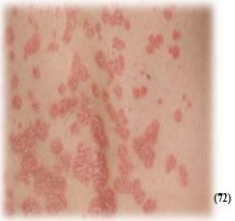
Bayılma



Yeni gelişen **bulantı kusma ve ishal**

Katran kıvamında (koyu renkli) büyük tuvalete çıkma,

kahve telvesi şeklinde **kusma**



Deri döküntüleri



İdrara çıkarken yanma, sık idrara çıkma idrarda kan görülmesi gibi durumlar.

14

TABURCULUK BİLGİLENDİRME TAKVİMİ

Kontrole Gelme

Taburcu olduktan
2. hafta, 4.hafta ve 6. hafta
doktor kontrolüne
gelmelisiniz.

Doktor kontrolüne gelirken
epikriz kağıdınızı yanınızda
getirmeyi unutmamalısınız. !

KAYNAKÇA (Eğitim bilgileri için):

- Özhan Elbaş N. Kalp Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı. F. Erdil, Özhan Elbaş , (Ed.) , Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Ankara, 2016 , Sf.: 322-348.
- Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Kalp Ameliyat Sonrası Evde Bakım.
- Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Rehberi.
- Koroner Arter Hastalığı ve Bypass Ameliyatı , http://www.baskentadn.edu.tr/bdrindex.php?k=40.
- Karahan A .Kalp Damar Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı. Özhan Elbaş, H,(Ed.) ,Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları. İstanbul. Güneş Tıp Kitabevi,2016.
- KKTC Sağlık Bakanlığı Kalp ve Damar Cerrahisi Rehberi.
- Erkuş, Bç., Menteş, D. Kalp Cerrahisi Sonrası Taburculuk Eğitimi. Acıbadem Hemşirelik e-Dergi, Sayı 25, 2010. Web Adresi: http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/, erişim tarihi: 20.05.2017.
- Akbulut E, Tülüce D, Bayrak Kahraman D. Kardiyak Rehabilitasyonda Hemşirenin Rolü. Journal of Cardiovascular Nursing 2016;7(14):140-146.
- Kocaman Yıldırım N, Öztürk S. Kardiyovasküler Hastalıklarda Güncel Psikososyal Yaklaşımlar. Journal of Cardiovascular Nursing 2016;7(Sup 2):60-68
- Memorial Antalya Hastanesi Kardiyovasküler Cerrahi Evde Bakım Rehberi,2011.
- Medical Center Evde Bakım ve Sağlık Hizmetleri Bypass Sonrası Evde Bakım Rehberi,2012.
- Sönmez B., Broşürler, Kalp Hastaları ve Kalp damar Cerrahisinde Psikolojik Danışmanlık, www.bingursonmez.com/koroner_bypass.htm - 23k.
- Robert M.Bojar, M.D.Erişkin Kalp Cerrahisinde Perioperatif Yaklaşım El Kitabı. Atlas Kitapçılık,2007.
- Özcan H. Açık kalp ameliyatı sonrası Hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitiminin hastalar tarafından kullanılma oranları, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi, Edirne :Trakya Üniveristesi,2008.
- Dal Bulut Demir Güler S. Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar, Bakırköy Tıp Dergisi 2012;8:34-40.

KAYNAKÇA (Görseller için):

1. https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Red_clock.png
2. http://indir.gazetevatan.com/android/dijital-termometre
3. https://pixabay.com/tr/%C3%A7anta-al%C4%B1%C5%9Fveri%C5%9F-merkezi-red-156781/
4.www.helpster.de/wenn-maenner-sich-nicht-melden-so-hoeren-sie-mit-dem-warten-auf_103827
5. https://www.dreamstime.com/illustration/antibiotic.html
6. www.newbloggycat.com/2014/07/
7. www.newbloggycat.com/2014/07/
8. http://www.acibadem.com.tr/Hayat/Bilgi/ritim-bozuklugu-kaderiniz-olmasin
9. http://www.doktorsedef.com/sedef.html
10.http://fettlerhealth.com/conditions/heart-disease.html
11. http://www.fulyaestetik.com/vucut-relax-masaji
12. www.almaghribtoday.net
13. http://www.doktornobette.com/anahtar-deliginden-kalp-ameliyati-minimal-invazif-kalp-cerrahisi-doc-dr-tayfun-aybek,2,277
14. http://www.tekstilportal.com/SeriilanDetay/hamam-kesesi--banyo-kesesi--/114991.html
15. http://blog.milliyet.com.tr/kese-ve faydalari/Blog/?BlogNo=440696
16. http://www.pngall.com/sun-png
17. https://pixabay.com/tr/losyon-g%C3%BCne%C5%9F-%C5%9Fi%C5%9Fe-%C5%9Fi%C5%9Feyi-plastik-311802
18. http://www.varistedavi.gen.tr/varis-kremleri-ise-yarar-mi
19. https://www.birdoktorbul.com/saglik-sorunu/164/bacak-sisligi-bacak-odemi
20. http://www.aynigunkargo.com/vestel-retro-st330-kirmizi-buzdolabi
21. http://hayat.sozcu.com.tr/bacak-bacak-ustune-atmak-selulit-nedeni-39797/
22.https://www.google.com.tr/search?q=oturma+pozisyonu&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEWjR5M2YxrXUAhXMa1AKHYIaD9EQ_AUIBigB&biw=1366&bih=645#tbm=isch&q=Sitting+position+stretching+feet&imgdii=k4iZo8jsLFXvkM:&imgrc=v0aHwOiwpB91KM:
23. http://www.varis.gen.tr/dizustu-varis-corabi.html
24. http://www.medicalart.gen.tr/varis-corabi/
25. http://www.saglikvakti.com/varis-corabi/
26. http://www.pngall.com/sun-png
27.http://www.eylemce.net/10png-ay-resimleripng-moon-images-png-ay-dede-resimleri-png-moon-picture-png-ay-t3249.0.html
28.http://www.sağlikolsun.com/varis-corabi
29. https://www.vestel.com.tr/vestel--hizli-9812-tke-camasir-makinesi?SiteLayoutDetailID=749171
30. http://www.thelancet.com/doi/story/10.1016/pic.2016.10.26.4235
31. http://www.doktornobette.com/anahtar-deliginden-kalp-ameliyati-minimal-invazif-kalp-cerrahisi-doc-dr-tayfun-aybek,2,277
32. http://www.e-doktorunuz.com/index.php/beslenme/porsiyon-buyuklugu.html
33. https://gaiadergi.com/sonbahar-kis-aylarinda-tuketilmesi-gereken-sebze-ve-meyveler/
34. https://vitamingiller.com/tarihi-bir-yanlis-margarin/
35. http://www.burbelzeytin.com/
36. http://seniyisimiliyiyasa.blogspot.com.tr/2015/11
37. http://www.hurrem.com/guzelliginizi-olumsuz-etkileyecek-18-besin/
38. https://pixabay.com/tr/terazi-adalet-red-denge-hukuk-303388/
39. https://pixabay.com/tr/terazi-adalet-red-denge-hukuk-303388/
40. http://www.performist.com.tr/gogus-korsesi-askili-pmu434
41. https://www.zazzle.com/senior+citizen+notepads
42. https://tr.123rf.com/photo_25239246_egzersiz-ya%C5%9Fl%C4%B1-adam-karakter-kald%C4%B1rma-ayak.html
43.http://www.hizlift.com/
44. http://www.kadinvekadin.net/en-faydali-spor-merdiven-cikmak-2013-09-03.html
45. http://prepa9-englishpage.blogspot.com.tr/2009/09/morning-routine.html
46. https://pixabay.com/tr/k%C3%BCvet-su-banyo-du%C5%9F-297533/
47. http://homeability.com/a-walk-in-bathtub-your-biggest-mistake/
48. http://www.saglikmodu.com/sicak-su-ile-banyo-yapmak-zararli/
49. https://tr.123rf.com/stok-foto%C4%9Fraf/yasak.html
50. https://www.kilokontrolyolu.com/?pnum=168#
51. https://tr.pinterest.com/djordanperez/imatges/
52. http://v3.arkitera.com/g71-sigara-yasagi.html
53. http://sayangialamsekitar.blogspot.com.tr/2010/09/pencemaran-udara.html
54. http://www.turkiyegazetesi.com.tr/dunya/352066.aspx
55. https://www.bisaglik.net/kalp-icin-cinsel-hayat-onemli/
56. https://www.goodlookingloser.com/more/archive
57. http://www.haberturk.com/saglik/haber/1143305-kalplerimiz-farkli-yaslaniyormus
58. https://tr.depositphotos.com/126792910/stock-illustration-crying-sad-smiley.html
59. https://tr.123rf.com/stok-foto%C4%9Fraf/duygu.html
60. https://tr.123rf.com/photo_35858753_stock-photo.html
61.http://shiftdelete.net/internetten-bedava-kitap-okumak-1358
62. http://www.acibadem.com.tr/Hayat/Bilgi/kalp-krizinin-temel-belirtisi-gogus-agrisi
63. https://tr.123rf.com/stok-foto%C4%9Fraf/kalp_ar%C4%B1%C5%9F%C4%B1.html
64.https://www.google.com.tr/search?q=depresyon+emoji&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwj0INz9NuUAhWEQpoKHQIdBh0Q_AUIBigB&biw=1366&bih=645#tbm=isch&q=tear%C4%B1&imgrc=w3g56Myn3cDq9M:
65. http://www.ersoyhastanesi.com.tr/hasta-ve-ziyaretci-rehberi/saglik-rehberi/goz-sagligi-ve-hastaliklari/ani-gorme-kayiplari.aspx
66. . http://indir.gazetevatan.com/android/dijital-termometre
67. https://tr.depositphotos.com/65528883/stock-illustration-tired-cartoon-woman.html
68. http://www.balgam.org/kanli-balgam.html
70.http://kimyahocam.blogspot.com.tr/2015/11/ilk-yardim-08.html
71. http://kanser.gov.tr/kanser/kanserle-mucadele-ederken/1130-bulant%C4%B1-kusma.html
72. http://www.doktorsedef.com/sedef.html
73. http://www.idraryolusenfeksiyonu.gen.tr/idrarda-kan.html
74. https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Red_clock.png
75.http://www.nisanboard.com/konu/png-saat-resimleri-png-kol-saati-resimleri-k%C3%B6stekli-eski-saat-png-resimleri.214359/
76. http://cglearn.it/Keep_Fit/Rules_for_a_health_life.htm
77. https://tr.depositphotos.com/16188257/stock-illustration-old-man-walking-illlustration.html
78. https://www.zazzle.com/senior+citizen+notepads
79.http://mnergiz.blogspot.com.tr/2015/06/motivasyonda-is-ozellikleri.html
80. http://mnergiz.blogspot.com.tr/2015/06/motivasyonda-is-ozellikleri.html
81. http://mnergiz.blogspot.com.tr/2015/06/motivasyonda-is-ozellikleri.html
82. http://mnergiz.blogspot.com.tr/2015/06/motivasyonda-is-ozellikleri.html
83. https://neobilgidotcom2.wordpress.com/2014/11/27/hic-bitmeyen-ev-isleri/
84.http://www.milliyet.com.tr/bacaklardaki---pihtiyi-nasil-onleriz--prof---dr-e---murat-tuz
85. http://www.yoldasin.com/arabayla-seyahat-edecekler-bunlari-yapmadan-yola-cikmasin/
86. https://www.iconfinder.com/icons/67153/phone_red_icon
87. https://nl.depositphotos.com/88064638/stock-illustration-senior-couple-using-laptop.htm
88.http://lafournilere.ca/le-retour-de-nos-petites-fournis/
89. https://www.hekimce.com/ramazanda-su-icmek-kilo-almayi-onluyor/
90.http://boktanbirblog.blogspot.com.tr/2014/07/bok-renginden-hastalik-teshisi.html

