

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**KORONER ARTER BYPASS GREFT CERRAHİSİ OLAN
BİREYLERDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ
İNCELENMESİ**

Yasenya DEMİR BARUTÇU

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI

Dr.Öğr.Üyesi Gülşah KUMAŞ

ADANA-2024

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**KORONER ARTER BYPASS GREFT CERRAHİSİ OLAN
BİREYLERDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ
İNCELENMESİ**

Yasenya DEMİR BARUTÇU

İÇ HASTALIKLARI TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI

Dr.Öğr.Üyesi Gülşah KUMAŞ

Tez No:.....

ADANA-2024

KABUL VE ONAY

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tezli Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütölmüş olan “Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi” adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarih: .../.../...

TEZ SINAV JÜRİSİ

Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KUMAŞ

Çukurova Üniversitesi

Başkan

Doç. Dr. ÖZLEM CEYHAN

Erciyes Üniversitesi

Üye

Prof. Dr. Songöl KARADAĞ

Çukurova Üniversitesi

Üye

Yukardaki Tez, Yönetim Kurulunun .../.../..... tarihi ve sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof.Dr.Kübra AKILLIOĞLU

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

	T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ Tez Çalışması Etik Beyanı Formu	Doküman No	FRM-ENST-0016
		İlk Yayın Tarihi	16/07/2024
		Revizyon Tarihi	---
		Revizyon No	---
		Sayfa No	1/1

Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesini okuduğumu ve anladığımı ve Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim./....../2024

Yasenya DEMİR BARUTÇU

TEŞEKÜRLER

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışma süresince, bilgi ve donanımıyla bana rehberlik eden değerli hocam ve tez danışmanım sayın Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KUMAŞ'a,

Yüksek lisans eğitimimde tanıdığım ve hayranı olduğum, mesleki gelişimime katkı sağlayan değerli hocam sayın Prof. Dr. Songül KARADAĞ'a,

Yüksek lisans sürecinde eğitim hayatıma katkılarından ve desteğinden dolayı sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi Pınar YEŞİL DEMİRCİ,

Destek ve katkılarından dolayı Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsüne,

Yaşamım boyunca desteğini ve inancını her daim hissettiren sevgili eşime, tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Yasenya DEMİR BARUTÇU

İÇİNDEKİLER

TEŞEKÜRLER.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	iv
TABLO DİZİNİ	v
ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırma Sorusu.....	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Koroner Arter Hastalığı (KAH)	4
2.2. Koroner Arter Hastalıklarında Risk Faktörleri	5
2.3. Koroner Arter Hastalıklarından Korunma	6
2.3.1. Birincil (Primer) Koruma.....	6
2.3.2. İkincil (Sekonder) Koruma	6
2.4. Koroner Arter Hastalığı Tedavi Yöntemleri	7
2.4.1. Farmakolojik Tedavi:	7
2.4.2. Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti (PTKA):.....	9
2.4.3. Koroner Arter Bypass Greftleme:	10
2.5. KABG Ameliyatından Sonra Yaygın Olarak Görülen Komplikasyonlar.....	10
2.6. KABG Ameliyatı Sonrası Hemşirelik Bakımı	11
2.7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlar.....	13
2.7.1. Sağlık Sorumluluğu:	15
2.7.2. Beslenme Alışkanlığı:	15
2.7.3. Fiziksel Aktivite:.....	15
2.7.4. Manevi Gelişim:.....	15
2.7.5. Stres Yönetimi:	16
2.7.6. Kişilerarası İletişim:	16
2.8. Hemşirelik Yaklaşımı.....	16

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	17
3.3.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri.....	18
3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	18
3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	18
3.5. Veri Toplama Araçları	18
3.5.1. Hasta Tanıtım Formu	18
3.5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	19
3.6. Veri Toplama Süreci	19
3.7. Etik İzinler.....	20
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi İstatistiksel Analizi	20
4. BULGULAR.....	21
5. TARTIŞMA	34
6. SONUÇLAR.....	40
7. ÖNERİLER.....	41
8. KAYNAKLAR	42
EKLER.....	52
EK-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	52
EK-2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU	53
EK-3. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II	54
EK-4. İZİN BELGESİ.....	56
EK-5. ETİK KURUL KARARI.....	57
ÖZGEÇMİŞ	58

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACC	: American College of Cardiology (Amerikan Kardiyoloji Koleji)
AHA	: American Heart Association (Amerikan Kalp Birliği)
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
EKD	: Ekstrakorporeal Dolaşım
KABG	: Koroner Arter Bypass Greft
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KPB	: Kardiyopulmoner Bypass
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KVH	: Kardiyovasküler Hastalıklar
MI	: Miyokard İnfarktüsü
PAH	: Periferik Arter Hastalığı
PTKA	: Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti
LİMA	: Sol iç meme arteri
RMA	: Sağ iç meme arteri
SGM	: Sağlığı Geliştirme Modeli
SVG	: Safen Ven Grefti
SYBD	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (N=127).....	21
Tablo 2. Hastaların, hastalıkla ilgili özellikleri (N=127)	22
Tablo 3. Hastaların SYBDÖ II toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı	23
Tablo 4 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ilişkin güvenilirlik katsayısının incelenmesi	23
Tablo 5. Hastaların bazı özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutu puanlarının karşılaştırılması.....	24
Tablo 6. Hastaların bazı özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutu puanlarının karşılaştırılması.....	27
Tablo 7. Hastaların bazı özelliklerine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II alt boyutu puanlarının karşılaştırılması	31

ÖZET

Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi

Bu çalışma koroner arter bypass ameliyatı olan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

Araştırma Aralık 2022 ve Haziran 2023 tarihleri arasında Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, Kardiyoloji poliklinik ve servislerinde yapıldı. Çalışma yazılı ve sözlü onamı alınan 127 birey ile gerçekleştirildi. Araştırma, en az üç ay önce Koroner Arter Bypass ameliyatı olan, 18 yaş üstü, mental hastalığı ve iletişim sorunu olmayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalarda yapıldı. Verilerin toplanmasında “Hasta Tanılama Formu”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” kullanıldı.

Araştırmaya katılanların %72,4’ünün erkek, %95,3’ünün evli, %44,1’inin 70-75 yaş gurubunda olduğu, %50,3’nün ilkokul mezunu, %41,7’sinin sigarayı bırakmış olduğu saptandı. Hastaların SYBD toplam puanının 117,78 olduğu, en yüksek puanın kişilerarası ilişkiler ve manevi gelişimden, en düşük puanın fiziksel aktiviteden alındığı görüldü. 65-69 yaş grubunda olanların beslenme puanları ve stres yönetiminin daha yüksek olduğu, erkeklerin fiziksel aktivite puanları ve manevi gelişim puanlarının kadınlardan yüksek olduğu, bekârların sağlık sorumluluğu puanlarının yüksek olduğu, eğitim düzeyi yükseldikçe kişilerarası ilişkiler puanında yükseldiği, gelir düzeyi yüksek olan hastaların fiziksel aktivite puanları, manevi gelişim puanları, SYBD toplam puanlarının daha yüksek olduğu, sigara kullanan hastaların kişilerarası ilişkiler, manevi gelişim ve SYBD toplam puanlarının düşük olduğu bulundu.

Sonuç olarak; Koroner arter bypass greft cerrahisi olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının demografik özelliklerinden etkilendiği ve orta düzeyde SYBD gösterdikleri görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik; Koroner Arter Baypas; Koroner Arter Hastalığı; Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

ABSTRACT

Investigation of Healthy Lifestyle Behaviors in Individuals with Coronary Artery Bypass Graft Surgery

This study is a descriptive and cross-sectional study to determine the healthy lifestyle behaviors of patients who underwent coronary artery bypass surgery.

The study was conducted in the Cardiology outpatient clinics and wards of Adana City Training and Research Hospital between December 2022 and June 2023. The study was conducted with 127 individuals who provided written and verbal informed consent. The study was conducted in patients who had undergone coronary artery bypass surgery at least three months ago, were over 18 years of age, had no mental illness and communication problems, and volunteered to participate in the study. “Patient Identification Form” and ‘Healthy Lifestyle Behaviors Scale II’ were used for data collection.

It was found that 72.4% of the participants were male, 95.3% were married, 44.1% were in the 70-75 age group, 50.3% were primary school graduates, and 41.7% had quit smoking. It was observed that the total SYBD score of the patients was 117.78, the highest score was from interpersonal relationships and spiritual development, and the lowest score was from physical activity. It was found that patients in the 65-69 age group had higher nutrition scores and stress management, men had higher physical activity scores and spiritual development scores than women, single patients had higher health responsibility scores, interpersonal relationships scores increased with increasing educational level, patients with higher income levels had higher physical activity scores, spiritual development scores and total scores of the HPLP-II, and patients who smoked had lower interpersonal relationships, spiritual development and total scores of the HPLP-II.

In conclusion, it was observed that healthy lifestyle behaviors in individuals with coronary artery bypass graft surgery were affected by demographic characteristics and they showed moderate level of HPLP.

Keywords: Nursing; Coronary Artery Bypass; Coronary Artery Disease; Healthy Lifestyle Behaviors

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH), dünya çapında her yıl yaklaşık olarak 17,9 milyon insanın hayatını kaybetmesine neden olmaktadır (1). Dünya Sağlık Örgütü'nün son verilerle açıklamış olduğu rapora göre bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölüm oranı %89,16'dır. Bu rapora göre, %37 ile KVH ilk sırada yer almaktadır (2). Amerikan Kalp Derneğine göre, son on yılda dünya çapında kardiyovasküler hastalığa bağlı ölümler %17 oranında arttığı ve dünya genelinde kardiyovasküler hastalık vakalarında %26,6 oranında artış gözlemlendiği bildirilmiştir (3).

Gelişen teknoloji ile birlikte beklenen yaşam süresinin uzaması sonucunda, kalp ve damar hastalarının sayısında giderek bir artış gözlemlenmektedir. Bu da toplumdaki kardiyovasküler hastalık (KVH) yükünde artışa sebep olmaktadır. Bu verilere dayanarak, dünya genelinde KVH'nın uzun bir süre daha ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaya devam edeceği düşünülmektedir (4).

Kardiyovasküler hastalıklar, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de sık görülen sağlık sorunlarından biridir. Türkiye İstatistik Kurumunun 2022 verilerine göre ülkemizdeki ölüm oranları incelendiğinde, %35,4 ile dolaşım sistemi hastalıklarının ilk sırada yer aldığı ve bu oranın %42,3'nü KAH'nın oluşturduğu görülmüştür (5).

Koroner Arter Hastalığı, kalp kasının oksijenlenmesinden ve beslenmesinden sorumlu olan koroner arterlerin daralması veya tıkanması sonucunda, kan akımının kısmi ya da tam kesilmesine bağlı olarak gelişen bir hastalık tablosudur (6,7). Koroner Arter Bypass Graft (KABG) cerrahisi ise KAH gelişen hastalarda, üç damar hastalığı veya sol ana koroner arter hastalığı olanlar için en etkili tedavi yöntemidir (8). Bu işlemden otolog kan damarları kullanılarak, tıkalı koroner arterler bypass edilir ve iskemik miyokardiyuma kan akışını yeniden sağlanır (8,9).

KABG ameliyatı en sık uygulanan majör cerrahi prosedürdür. Dünyada her yıl yaklaşık olarak 400.000 KABG ameliyatı yapılmaktadır (10,11). Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de Haziran 2022 ile Haziran 2023 arası yapılan kalp ameliyatı sayısının 70 binin

üzerinde olduğunu ve bu ameliyatların yüzde 73'nü KABG ameliyatının oluşturduğunu bildirmiştir (12).

Koroner arter hastaları, KABG ameliyatından sonra hastalığın doğal damarlarda ilerlemesi veya greftlerin dejenerasyonu nedeniyle iskemik olaylar için yüksek bir risk altında olmaya devam etmektedirler. KABG işlemi olan hastalarda taburculuktan sonra mortaliteyi düşüren temel faktörlerden biri uygun sağlık davranışları sonucu risk faktörlerinin yönetimi ve taburculuk sonrası tedaviye uyumdur (11,13).

Sağlıklı yaşam davranışları ile kontrol edilebilen diyabet, hipertansiyon ve dislipideminin majör kardiyovasküler risk faktörleri olduğu bilinmektedir. Bu risk faktörleri KABG işlemi sonrasında mortalite oranlarını da etkilemektedir. Kılavuzlar, sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını ikincil korunmada farmakoterapi kadar önemli olduğunu ve bu davranışların sürekliliği sayesinde KAH'nın %60 oranında önlenebileceğini belirtmiştir (4,14,15). Bu nedenle KABG ameliyatı sonrası hastaların, evdeki günlük yaşamlarında düzenli olarak uygulamaları gereken sağlıklı yaşam biçimi davranışları bulunmaktadır (16). Bu süreçte hemşirelere hastalara eğitimler düzenleyerek sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırma, tedaviye uyumlarını artırma ve farkındalık oluşturma gibi görevler düşmektedir (17).

Literatür taraması yapıldığında Dirimeşe ve arkadaşları (2016), KABG cerrahisi planlanan hastaların yaşam kalitesinin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelemiştir. Benzer şekilde Alcan ve arkadaşları (2017), koroner arter baypas greft cerrahisi yapılan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki fark değerlendirilmiştir (18). Gür ve Sunalın (2019) çalışmasında ise, koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelenmiştir (19). Özkan ve ark. (2019), koroner arter hastalık tanısı almış bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelemiştir (20). Anaç (2018) yaptığı çalışmada Koroner arter hastalığı olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin incelemiştir (21). Literatüre bakıldığında KABG olan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bu davranışları etkileyen faktörleri ortaya koyan yeterince çalışma olmadığı görülmüştür.

Bu çalışma sonucunda, KABG olan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek ve etkileyen risk faktörlerin tanımlanması hastaların alacağı hemşirelik

bakıma yol gösterecek, taburculuk sonrası en çok gereksinim duydukları konuların belirlenmesinde yardımcı olacaktır. Bir sonraki aşama olan ameliyat sonrası hastalara düzenlenecek olan taburculuk eğitiminin planlanması ve uygulamasında hemşirelere şık tutacaktır. Bu sayede KABG ameliyatı sonrası hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına uyumunun arttırılması amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu tez çalışmasında KABG ameliyatı olan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek ve bu davranışları etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile yapıldı.

1.3. Araştırma Sorusu

1. KABG ameliyatı olan hastalar ne düzeyde sağlıklı yaşam biçimi davranışları gösterirler?
2. KABG olan hastaların sağlıklı yaşam biçimini demografik özellikleri etkiler mi?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koroner Arter Hastalığı (KAH)

Koroner arterler, kalp kasının beslenmesini ve oksijenlenmesini sağlayan damarlardır. Bu damarların fizyolojik olarak sağlıklı bir yapıda olması kalbin normal fonksiyonlarını yerine getirebilmesi için önemlidir. Koroner arterler, kalp kası boyunca arteriyoller ve venüllerle birlikte dallanarak kanı, kalbin farklı bölgelerine taşırlar. KAH da bu damarlarda görülen daralma ya da tıkanma sonucunda koroner kan akışının bozulmasıdır. Kan akışı bozulması ile kalp kası yeterince beslenemez ve doku hasarı arttıkça hastada anjina pectoris (göğüs ağrısı) veya miyokard infarktüsü (MI) gelişir (17,22).

Koroner arter hastalığı aterosklerozla gelişen bir tablodur. Ateroskleroz genellikle “atardamarın sertleşmesi” olarak adlandırılır (23). Periferik arter hastalığı (PAH), KAH ve serebrovasküler, karotid arter hastalığının altında yatan patofizyoloji aterosklerozdur. Bu hastalık, lipid oksidasyonunu ve hipertansiyon, diyabetes mellitus, hiperlipidemi gibi nedenlerle hasara uğramış damar yapılarının sonucunda ortaya çıkmaktadır. Subendotelyal tabakanın kalınlaşması ve lipid birikimi ile karakterize olan bu durum tüm damarsal yapılarda görülebilmektedir. Lipit materyali içeren köpük hücrelerinden zengin bir merkez ve etrafında fibröz plak yapısı şeklinde meydana gelir (24,25).

Koroner arter hastalığı, sinsi gelişen ve genellikle semptomların ortaya çıkması ileri bir aşamada görülen kronik bir hastalıktır. KAH yetişkinler arasında en yaygın ölüm nedeni olmasına rağmen önlenebilir, risk faktörleri erkenden taranabilir, belirlenebilir ve tedavi edilebilir (27).

Dünya genelinde yarım milyardan fazla insan kardiyovasküler hastalıklardan etkilenmekte ve KVH arasında en önemli ölüm nedeninin koroner arter hastalığı olduğu bilinmektedir (27). KVH’nın 2021’de dünyada 20,5 milyon insanın ölümüne neden olduğu ve bunun tüm ölümlerin neredeyse üçte birine tekabül ettiği belirlenmiştir (28).

2.2. Koroner Arter Hastalıklarında Risk Faktörleri

Koroner arter hastalıklarında, risk faktörlerinin belirlenmesi ve risklerin önlenmesi için gereken tedbirlerin alınması, bu hastalıklarla mücadelenin en önemli kısmını oluşturmaktadır (25,27). KAH'ı olumsuz etkileyen risk faktörleri değiştirilebilen ve değiştirilemeyen risk faktörleri olarak iki grupta incelenmektedir. Kişinin cinsiyeti, yaşı, etnik kökeni ve aile öyküsü gibi müdahale edilemeyen risk faktörleri değiştirilemeyen risk faktörleri olarak adlandırılmaktadır. Değiştirilebilir risk faktörleri ise sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile azaltabilmekte veya kontrol altına alınabilmektedir (29,30). Stres, sigara, obezite, diyabet, dislipidemi, hipertansiyon, yetersiz fiziksel aktivite ve sağlıksız beslenme bu risk faktörleri arasında yer almaktadır (29).

Kardiyovasküler hastalıkların tedavi sürecinde, değiştirilebilir risk faktörlerinin kontrol altına alınması büyük önem taşımaktadır (30,31). Yapılan çalışmalarda sağlıklı beslenen, düzenli aralıklarla fiziksel egzersiz yapan, sigara kullanımını bırakan, önerilen değişikliklere uyum sağlayan hastaların, kısa sürede bile morbidite ve mortalite oranlarında ciddi düşüşler görüldüğü bildirilmiştir (29,31,32). Aynı zamanda hastaların endotel fonksiyonlarında, plak stabilizasyonunda ve koagülasyonlarında pozitif yönde değişiklikler görülmüştür (29).

Koroner arter hastalığının önlenmesi ve etkili bir şekilde yönetilmesinin anahtarı risk faktörlerini anlamak ve azaltmaktır (31,32). Bu nedenle birçok risk faktörü parametrelerini değerlendiren skorlama sistemleri geliştirilmiştir (32). Cinsiyet, yaş, aile öyküsü genetik ve psikososyal faktörler, diyabet, sağlıksız beslenme, abdominal obezite, sigara, aşırı alkol tüketimi, fiziksel hareketsizlik, hipertansiyon, C-reaktif protein yüksekliği, hiperlipidemi (HDL düşüklüğü, Non-HDL kolesterolün yüksekliği) gibi risk faktörleri skorlama sistemleriyle değerlendirilmektedir. Bu skorlama sistemlerinin yanında ek olarak ekokardiyografi, koroner arter kalsiyum skoru, koroner anjiyografi, ayak bileği kol indeksi, kontrastlı bilgisayarlı tomografi, karotis ultrasonu gibi görüntüleme yöntemlerinden elde edilen bulgulara değerlendirilmektedir (32,33).

2.3. Koroner Arter Hastalıklarından Korunma

Koroner arter hastalığından korunmak büyük ölçüde risk faktörlerini kontrol altına almakla ilgilidir. Bir bireyin toplam KVH risk faktörleri artıkça, hastalıktan korunma oranı azalır ve tedavinin yoğunluğu da artar (33).

Koroner arter hastalığının önlenmesinde birincil ve ikincil koruma olarak iki yöntem bulunmaktadır (34,35):

2.3.1. Birincil (Primer) Koruma

KAH'na dair belirti ve bulgu göstermeyen bireylerde, kardiyovasküler damar yapısını olumsuz etkileyen risk faktörlerinin kontrol altında tutulmasına, tedavi veya mümkünse ortadan kaldırmaya yönelik yapılan müdahalelere primer koruma denir (34,35). Hipertansiyon, diyabet, sigara kullanımı, olumsuz psikososyal faktörler sağlıksız beslenme, aşırı alkol tüketimi, sedanter yaşam KAH için önemi kanıtlanmış risk faktörlerdir (36). Bu risk faktörlerinin kontrol altına alınması bireylerin, MI ve kalp yetmezliği riskini azaltırken aynı zamanda koroner revaskülarizasyona duyulan ihtiyacı da azaltmaktadır. Böylelikle hastaların yaşam kalitesinde artış gözlenmektedir (34,36).

2019 Amerikan Kalp Birliği (AHA)/ Amerikan Kardiyoloji Koleji (ACC) Kardiyovasküler Hastalığın Birincil Önlenmesi Kılavuzunda; düşük kalorili ve sağlıklı beslenme, aşırı kilolu bireylerde kilo kaybının sağlanması ve kalori kısıtlaması, haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta ya da 75 dakika yüksek yoğunlukta egzersizi ve tütün kullanımının bırakılması şiddetle tavsiye edilmektedir (37).

2.3.2. İkincil (Sekonder) Koruma

Kardiyovasküler damarlarda gelişen aterosklerotik süreç sonucunda ortaya çıkan hastalıkların, ilerlemesini ve yeni olayların tekrarlanmasını önlemek amacı ile yapılan müdahaleler, sekonder korumaya girer (36).

Mevcut KAH semptomları olan, kalp krizi öyküsü olan, perkütan koroner girişim (PCI) veya KABG işlemi olmuş hastalar için ikincil koruma çok önemlidir. Amaç

KAH'ın ilerlemesini yavaşlatmak, semptomlarını geriletmek, olayların tekrarlanma veya ölüm riskini azaltmaktır ((38,39). Bu hastalarda, sadece risk faktörlerini kontrol altına almak yeni olay riskinin azaltılmasında yeterince etkili olmayabilir. Bunlara ek olarak, bazı ilaç rejimlerinin uygulanması da sekonder korumanın önemli bir parçasıdır (33,35). Kontrendike olmadığı sürece anti-agregan tedavi (düşük doz aspirin) düzenli olarak kullanılması tavsiye edilir (36,40). KAH ve hipertansiyonu olan tüm hastalarda hem farmakolojik hem de nonfarmakolojik tedaviler kullanılarak kan basıncının düşürülmesi gerekir (35,40). 75 yaş ve altındaki bireylerde kontrendike olmadıkça yüksek yoğunluklu statin tedavisine başlanmalıdır (24,36).

2.4. Koroner Arter Hastalığı Tedavi Yöntemleri

Koroner arter hastalığı tedavisinin temel amacı; miyokardın oksijen arz-talep dengesizliğini düzelterip daha fazla oksijenlenmesini sağlayarak miyokard enfarktüsü gelişimini önlemek, var olan semptomları iyileştirmek, hastanın yaşam kalitesini yükseltmek ve mortalite oranını azaltmaktır (41).

KAH tedavi yöntemleri ateroskleroz gelişen damarlardaki darlığın oranı, darlık veya tıkanma görülen damarın sayısı ve anatomisine göre farklılık göstermektedir (22,41). Bu tedavi yöntemleri; medikal tedavi, KABG cerrahisi ve perkütan transluminal koroner anjiyoplasti (PTKA) ile stent uygulaması şeklinde değişmektedir (8). Farmakolojik tedavi, semptomları tedavi etmeyi, hastalığın ilerlemesini önlemeyi ve özellikle miyokard enfarktüsü gibi olumsuz olayları önlemeyi amaçlar. KAH tedavisi her zaman invazif prosedürlerle de desteklenebilecek ilaç tedavisine dayanır. (42).

2.4.1. Farmakolojik Tedavi:

Farmakolojik tedavinin 5 temel hedefi vardır. Bunlar:

- Trombotik olayların gelişimini ve ilerlemesini önlemek,
- Koroner arterlerde genişleme yaparak koroner kan akımını artırmak,
- Kan basıncını 140/90 mm Hg altına düşürmek,

- Kalbin ön ve ard yüklerini azaltarak oksijen gereksinimini azaltmak,
- Serum kolestrol seviyesini düşürmek (42-44).

Antitrombotik Tedavi: Venöz ve arteriyel bölgede trombüs oluşumunu engelleyen veya oluşan trombüsü eriten tedavi yöntemlerini kapsar. Antitrombotik tedavi üç ayrı gruptan oluşmaktadır (35,44-46):

1. **Antikoagülan tedavi:** K vitamini antagonisti (warfarin sodyum), parenteral direkt trombin inhibitörleri, yeni oral antikoagülanlar (YOAK), danaparoid, fondaparinux, standart heparin ve düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) gibi ilaçlar antikoagülan tedavi sürecinde yer alır. Bu ilaçlar var olan trombüsün ve trombotik embolinin büyümesini kısıtlarlar, yeni bir trombüs oluşumunu önlerler ve fibrin oluşumunu zayıflatarak trombüslerin organize olmasını engellerler. (44-46).
2. **Antitrombotik (Antiplatelet) Tedavi:** Trombosit adezyon ya da agregasyonunun inhibisyonu yoluyla stent trombozu ve trombolitik emboli oluşumunu engeller (45,48). Bu ilaçlar etki mekanizmalarına göre, siklooksijenaz inhibitörü (Aspirin) ve P2Y₁₂ reseptör inhibitörleri (klopidogrel, tikagrelor, tiklopidin, prasugrel) olarak iki farklı gruba ayrılır. Bu iki farklı ilaç grubunun birlikte kullanılmasına da ikili antiplatelet tedavisi denir(44,48).
3. **Trombolitik tedavi:** Arterlerde tıkanmaya neden olan acil tromboembolizm olgularında, trombüsü aktif olarak eritip damarda kan akımının tekrar sağlanmasına yardımcı olan ilaçlara trombolitik ilaçlar denir. Trombolitik tedavide yaygın olarak kullanılan ilaçlara, streptokinaz, ürokinaz, pro-ürokinaz, doku plazminojen aktivatörü (t-PA) ve APSAC örnek olarak verilebilir (46,47).

Antiiskemik ilaçlar: Bu ilaçlar kalp hızını, kan basıncını, ön yükü düşürerek miyokardın oksijen ihtiyacını azaltmakta ya da koroner vazodilatasyonuna neden olarak miyokarda giden oksijen miktarını artırmaktadır (30,44). Antiiskemik ilaçlar nitratlar, beta blokerler ve kalsiyum kanal blokerleri olarak üç gruba ayrılır. Bu ilaçların etkileri hastadan hastaya ve iskemi sürecinde rol oynayan fizyopatolojik mekanizmalara göre farklılıklar göstermektedir (30,46).

Statinler: Kolesterol sentezi için kullanılan HMG-KoA redüktaz enzimini bloke ederek, kolesterol üretimini engellerler (35). Aynı zamanda dolaşımdaki LDL kolesterol düzeyini azaltırlar. Statinler standart dozlarda LDL kolesterol düzeyinde %25-45 oranında düşmeye, HDL kolesterolde %5-15 artmaya ve trigliseritlerde %7-30 oranında düşmeye de neden olurlar (37,48). Son dönemlerde yapılan çalışmalarda statinlerin, endotel fonksiyonların düzenlenmesinde, inflamasyon ve oksidasyon sürecinde, hücre proliferasyonunda, koagülasyon ve trombosit sistemi üzerinde de pleotropik etkileri olduğu gözlemlenmiştir. Bu neden KAH'larında hem primer, hem de sekonder koruma da kullanılmaktadır (49).

2.4.2. Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti (PTKA):

Koroner damarlarda görülen darlık ya da tıkanmalarda yeterli kan akımının yeniden sağlanabilmesi için yapılan balon anjiyoplasti ve stent işlemlerine "perkutan koroner girişim" (PKG) denir (33). Genellikle femoral arterden veya radial arterden girip damar yolu ile ilerleyerek koroner arterlerdeki darlıkların giderilmesi için geliştirilmiş minimal invaziv bir işlemidir. Koroner arter hastalarının yaklaşık olarak üçte biri bu yöntemle tedavi edilir (44).

Kasık veya el bileğindeki bir arter içine kateter aracılığıyla girilerek, ince yapıdaki teller yardımıyla koroner arterlerin giriş kısmına ulaşılır (33). Damar içine enjekte edilen kontrast madde ve X-ışınları kullanılarak koroner arterlerdeki daralma ve tıkanıklıklar görüntülenir. Seçilen koroner arter yolunda darlığa neden olan plak saptandıktan sonra, katater balonu şişirilerek, plağı damar duvarına presleyip tıkalı koroner arterlerinin açılması işlemine balon anjiyoplasti denir (4). Koroner arterlerde balon tedavisi ile yeterli açıklık sağlanamadığında ya da balon işlemi sonrasında daralmanın tekrarlanma riski yüksek olan hastalarda ilave olarak stent uygulanır (22). Balon üzerine yerleştirilmiş olan stent, balon şişirildiği zaman damar duvarına implante edilmiş olur. Haftalar içinde stentlerin üzeri endotel tabakası ile kaplanır ve stent yerleştiği noktada yaşam boyu kalır (22,29,45).

2.4.3. Koroner Arter Bypass Greftleme:

Koroner arter bypass greftleme (KABG), hastanın koroner arterlerindeki ateroskleroz nedeni ile oluşan tıkalı bölgenin, toplanan venöz veya arteriyel kanallarla baypas edildiği büyük bir cerrahi işlemdir (9). Bypass işlemi ile iskemik miyokardiyuma kan akışını yeniden sağlanarak koroner iskemi engellenir, anjinal semptomlar (ağrı ve dispne) giderilir, gelişebilecek Mİ riski azaltılır, sol ventrikül fonksiyonları korunur ve kişinin egzersiz toleransını arttırarak, hastaların yaşam kalitesi ve sağ kalım oranı artırılır (9,45).

KABG cerrahisi genel olarak on-pump (duran kalpte) ve of-pump (çalışan kalpte) olmak üzere iki farklı yöntemle yapılabilir. Her ikisi de cerrahın bacadan, göğüsten veya koldan kan damarlarını toplamasıyla başlar (50). İkisi arasındaki fark, pompalı KABG sırasında kardiyopulmoner bypass devresinin kullanılması ve durdurulmuş bir kalbin üzerinde işlem yapılmasıdır. Açık kalp ameliyatı olarak bilinen on-pump yönteminde, KPB tekniği ile kalp akciğer makinesi kullanılarak ekstrakorporeal dolaşım (EKD) sağlanır. Bypass greftleri olarak kullanılan kanallar rutin olarak sol iç meme arteri (LİMA) ve alt ekstremitelerden alınan safen ven greftleridir (SVG). Kullanılabilecek diğer kanallar arasında sağ iç meme arteri (RİMA), radyal arter ve gastroepiploik arter bulunur (51). Greftlerin tipi ve yeri hastanın anatomisine ve tıkalı olan arterlerin konumuna bağlıdır. Sıklıkla median sternotomi ve KPB yöntemi ile uygulanan KABG cerrahisi son yıllarda minimal invaziv teknik (çalışan kalpte) ve robotik cerrahi tekniğiyle de uygulanmaktadır (9,50,47).

2.5. KABG Ameliyatından Sonra Yaygın Olarak Görülen Komplikasyonlar

Koroner arter bypass greftleme ameliyatları, uzun süren cerrahi operasyonlardır, bu nedenle postoperatif komplikasyonları önemli morbidite ve mortaliteye neden olabilir. 508 hastanın katılımıyla yapılan bir çalışmada, hastaların bir yıllık sağ kalım oranı %98 iken on yıllık sağ kalım oranları ise %84 bulunmuştur. Çalışmada aynı zamanda KABG cerrahisi sonrası hastaların %40'ında en az bir komplikasyon görüldüğü gözlemlenmiştir (52).

KABG ameliyatı sonrası hastaların iyileşmesi, ileri yaş, kadın cinsiyet, hipertansiyon, karotis arter stenozu, böbrek fonksiyon bozukluğu, obezite, diyabet ve inme öyküsü olan hastalarda, hastanın taşıdığı riske göre %1 ile %4 oranında değişiklik göstermektedir (53).

Koroner arter bypass greftleme ameliyatı sonrası geniş sternotomi varlığı, hastaların 12- 24 saat arası ventilatör desteği alması, 5-6 gün hastanede kalma sürecinin olması ve yaklaşık olarak 6-8 hafta süren iyileşme dönemleri hastalarda gelişebilecek komplikasyon oranını artırmaktadır (52). KABG ameliyatı sonrası bu süreçler göz önüne alınarak erken dönemde hasta; pulmoner emboli, hipovolemiye bağlı kalp debisinin düşmesi, kalp tamponadı, asidoz, yaygın intravasküler koagülasyon, hemoraji açısından değerlendirilmelidir (54). Geç dönemde ise hastada sternotomi varlığına bağlı 30 gün içinde cerrahi kesi yerinde %0.8 ile %8 arasında enfeksiyon geliştiği gözlemlenmiştir. Hastada insizyon bölgesinde açılma, osteomiyelit ve hatta mediastinit gibi ölüme sonuçlanabilecek komplikasyonlar gelişebilir (55). Bunlara ek olarak inme, emboli, atriyal fibrilasyon, pulmoner hipertansiyon, endokardit, vazopleji, greft oklüzyonu, ve böbrek fonksiyon bozuklukları gibi komplikasyonlar görülebilir (54).

Operasyondan sonraki 30 gün içinde Safen Ven Graft (SVG) başarısızlığı en sık görülen komplikasyondur. Bu komplikasyon; damar boyutunda aşırı uzunluk, distal akışta yavaş akış, hiper pıhtılaşma ve tromboz gibi çeşitli faktörlere bağlıdır (9). Sternal yara enfeksiyonu ise yaklaşık olarak her yüz hastadan birinde görülmektedir ve obezite, diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), uzun süreli ameliyat süresi gibi risk faktörlerine bağlı olarak gelişmektedir (9,50).

İleri yaş, uzamış P-R süresine ve erkek cinsiyet bağlı olarak KABG sonrası postoperatif aritmilerde sık görülen komplikasyonlar arasındadır. Bu aritmiler arasında atrial fibrilasyonun %20 ile %50 sıklıkla görüldüğü, hastanede yatış süresini uzatıp, inme riskini de 2-3 kat artırdığı bildirilmiştir (56).

2.6. KABG Ameliyatı Sonrası Hemşirelik Bakımı

KABG ameliyatı, çoğu hastanın daha uzun ve kaliteli bir yaşam sürmesine katkı sağlasa da, sonucunda çeşitli komplikasyonlar ve istenmeyen durumlar gelişebilir (55).

Bu ameliyat sonucunda hastaların birden fazla sistemi etkilediğinden hemşirelerin, ameliyat öncesi hazırlık ve ameliyat sonrası bakım sürecinde hastaları yakından takip edip, komplikasyonları erken saptaması ve yönetmesi, perioperatif bakımı sağlarken klinik bilgi ve becerilerine ek olarak eğitici rollerini de aktif bir şekilde kullanmaları çok önemlidir (57,58). Hemşireler KABG ameliyat sonrası ilk 24 saatlik dönemde hastaların genel olarak tüm sistem fonksiyonlarını değerlendirip ve takibini bütüncül bir şekilde yapmalıdır (59). Ameliyat sonrası monitörizasyon takibi ile hastaların hemodinamik veri izlemleri kaydedilerek, hastanın sistemik fonksiyonlarının sürdürülmesini sağlanır (56-60). Bunun için;

- Hastanın solunum fonksiyonunu sürdürmek,
- Kalp-damar fonksiyonlarının kontrolü,
- Cerrahi kanamanın önlenmesi ve kontrolü,
- Üriner sistem fonksiyonlarının kontrolü,
- Nörolojik fonksiyonlarının kontrolü,
- Gastrointestinal fonksiyonlarının kontrolü,
- Ameliyat sonrası ağrı kontrolü,
- Vücut ısını koruma ve sürdürmek,
- Yara iyileşmesinin kontrolünü sağlamak,
- Enfeksiyon kontrolünü sağlamak
- Hastaya emosyonel destek sağlamak
- Hastanın dinlenmesini sağlamak gibi önemli görevler hemşirelere düşmektedir (22,58-60).

Hemşireler bu süreçte hastaya bütüncül bir şekilde yaklaşarak, hemşirelik bakımlarını planlamalı ve sonuçlarını değerlendirmelidir (58). Ameliyat sonrası hastaların sağlıklı yaşam davranışlarına uyumlarını sağlamak için ameliyat sırasında ve sonrasında hasta ve aile bireylerine kapsamlı taburculuk eğitimi vermelidirler (58,59).

Hemşirelerin KABG ameliyatı öncesi ve sonrası vereceği eğitimde; KAH ne olduğu, KABG ameliyatının ne amaçla yapıldığı, ameliyat öncesi hazırlık sürecini, ameliyat sonrası yara iyileşmesini hızlandırmak ve olası komplikasyonları önlemek için ne tür önlemler alması gerektiği, yaşam bulgularını ne sıklıkla ölçüp nasıl kayıt edecekleri, kullanacağı ilaçlar, hangi sıklıkla kontrole gelecekleri, günlük yaşam davranışlarına ne zaman dönebilecekleri, düzenli olarak yapılması gereken fiziksel aktivite ve egzersizlerin neler olduğu, tavsiye edilen beslenme biçimi ve kaçınması gereken sağlıksız davranışların neler olduğu ve acil durumlarda hasta ve hasta yakınlarına neler yapmaları gerektiğin ayrıntılı bir şekilde anlatılmalıdır (56,62).

2.7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlar

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nın tanımına göre sağlık, “Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır (64). İnsanların, fiziksel ve ruhsal iyilik durumlarını korumak ve geliştirmek için kendi “sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını” oluşturmaları gerekir (65). Bu davranışlar; bireyin kendi sağlığını koruma ve geliştirme sorumluluğunu almasını, düzenli aralıklarla fiziksel egzersiz ve aktiviteleri yapmayı, sağlıklı ve dengeli beslenmeyi, stresle baş etme yöntemleri geliştirmeyi, kendini gerçekleştirme/ruhsal büyümeyi, sosyal ve kişilerarası ilişkiler geliştirmeyi içerir (65,66,67). Kısacası kişinin fiziksel ve psikolojik sağlığını etkileyen faktörlere karşı kontrol edilebilen tüm davranış biçimlerini kapsar (65,68). Bireylerin sağlıkları hakkında doğru bilgi edinmeleri ve sağlıklarını etkileyebilecek durumlarla ilgili doğru seçimlerde bulunma becerisine sahip olmaları bu davranışları geliştirmede büyük ölçüde katkı sağlar (65). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD), kronik hastalıkların önlenmesinde, kronik hastalıklarda yaşam kalitesinin artırılmasında ve sağlıklı yaşlanmada büyük önem taşımaktadır (64,66).

Dünya Sağlık Örgütü, yaşam tarzı ve davranışların bir bireyin sağlığını ve yaşam kalitesini %60 oranında etkilediğini belirtmiştir. Sağlıklı yaşam davranışları olumsuz sağlık çıktılarından dolayı gelişebilecek sağlık sorunlarına karşı bireyin savunmasını ve duyarlılığını arttıran aktivitelerdir (69,70). Birçok çalışma da insanların bir ya da birden fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışı gösterdiğinde, hastalıkların ortaya çıkmasının azaldığı, ölüm oranlarını düştüğü ve yaşam süresinin uzadığı rapor edilmiştir (69).

Sağlıklı bir yaşam tarzının hastalık yükünü ve ölüm riskini azalttığı, nüfusun yaşam süresini uzattığı, çoklu hastalığı olan kişilerde yaşam beklentisini artırılabilirdiği görülmüştür (69,70). Demans gelişme oranı yüksek genetik riske sahip olan bireylerde bile sağlıklı yaşam davranışlarının demans gelişme oranını büyük oranda düşürdüğü gözlemlenmiştir (71).

Sağlıklı beslenmeyle ilgili yapılan çalışmalarda uygun bir diyetin metabolizmayı çeşitli yollarla düzenleyerek metabolik sendrom insidansını önemli ölçüde azaltabildiği (72), Akdeniz diyetinin düşük yoğunluklu lipoprotein olarak bilinen kolesterol türünü, kan glikoz düzeyini ve kan basıncını düşürdüğü ve bunun da toplu olarak KVH gelişme riskini azalttığı gözlemlenmiştir (73).

Az miktarda (günde 1-4 sigara) veya birbirini takip etmeyen günlerde sigara içmenin bile, sigara içmeyenlerle karşılaştırıldığında miyokart enfarktüsü veya ölüm riskini arttırdığı bulunmuştur. En az 5 yıl sigara içmeyen bireylerin, halen sigara içenlere kıyasla tüm nedenlere bağlı ölüm riskinin önemli ölçüde azaldığı görülmüştür (74).

Hastaların biyolojik olarak yaşı, cinsiyeti, beden kitle indeksi (BKİ), egzersiz kapasitesi, güç ve kuvveti, psikolojik olarak benlik saygısı, motivasyonu sosyokültürel yaşantısı, ırkı, etnik yapısı, eğitim düzeyi gibi bireysel özellikleri de sağlıklı yaşam davranışlarının oluşmasında önemli bir rol oynar (75). Daha sağlıklı bir yaşam için geliştirilmesi gereken davranışlarının belirlenmesi ve bu amaç doğrultusunda planlanacak programların etkinliğinin değerlendirilebilmesinde yol gösterici olması açısından, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ölçmek önemlidir (65). SYBD ölçmek için, Pender tarafından 1982 yılında Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM) oluşturulmuştur. Pender Sağlığı Geliştirme Modelinde, sağlığı geliştiren davranışlarının bileşenlerini açıklamak, sağlıklı yaşam tarzına ilişkin davranışların belirleyicilerinin anlaşılması ve sağlıklı davranış biçimleriyle ilgili algıları etkileyebilecek faktörleri değerlendirmede sağlık profesyonellerine yardımcı olmayı amaçlamıştır (65). Bu model 1987 yılında Walker ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, 1992 yılında da revize edilmiştir. Bu modele göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları; beslenme alışkanlıkları, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, stres yönetimi ve kişilerarası ilişkiler olmak üzere altı boyuttan oluşmaktadır (65,67)

2.7.1. Sağlık Sorumluluğu:

Fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik halini korunması ve geliştirmesinde kişinin üzerine düşen görevleri yerine getirmesidir (65). Bireyin bedensel ve ruhsal sağlığında herhangi bir değişiklik olduğunda erkenden fark edip gerekli tedbirleri alması, sağlık taramalarını düzenli aralıklarla yaptırmaması, tıbbi kontrollerin sıklığına dikkat etmesi, zararlı yaşam alışkanlıklarından uzak durması gibi davranışlar sağlığa yönelik sorumluluk düzeyini belirler (65-67,76).

2.7.2. Beslenme Alışkanlığı:

Bireyin beslenme alışkanlığını düzenlerken yaşı, cinsiyeti ve fizyolojik durumu göz önünde bulundurarak öğünlerini düzenleme ve tüketeceği besinleri seçme düzeyi değerlendirilir. Beslenme alışkanlığı değerlendirilirken doymuş yağ oranı düşük, meyve ve sebze gibi lif oranından yüksek bir diyet tüketip tüketmediği, işlenmiş gıdalar ve şeker oranından yüksek besin tüketimini ne oranda sınırladığı da değerlendirilir (65,77).

2.7.3. Fiziksel Aktivite:

Günlük yaşamımızda kas ve eklemlerimizi kullanarak enerji harcamamıza neden olan hareketler fiziksel aktivite olarak adlandırılır (39). Çeşitli spor dalları, yürüyüş, bisiklete binme, dans, egzersiz ve gün içerisindeki aktiviteler fiziksel aktivite olarak kabul edilebilirler (78). DSÖ temel vücut hareketlerinin tümünü ya da bir kısmını içeren düzenli fiziksel aktiviteleri ruh ve beden sağlığı için önemli olduğunu vurgulamaktadır (79). Bu bölümde bireyin günlük yaşamın içerisinde hafif, orta ve ağır fiziksel egzersizleri düzenli aralıklarla uygulayıp uygulamadığı değerlendirilir (67).

2.7.4. Manevi Gelişim:

Bireyin, yaşamın amacı ve anlamını kavraması, kendi ve çevresini algılaması, anlaması, yeni deneyimler yaşaması ve duygularını değerlendirmesi gibi iç kaynakların gelişimi üzerine odaklanır (64). Bireylerin yaşamda karşılaştıkları zorluklarla mücadele etme yolları, acı çekme deneyimlerini etkileyen inanç sistemleri ve acılarıyla nasıl iletişim kurdukları bu bölümde değerlendirilir (69,75,80).

2.7.5. Stres Yönetimi:

İnsan, yaşamda strese neden olabilecek birçok faktörler karşılaşabilir. Stres yönetimi stresin psikolojik ve fiziksel etkilerinden korunabilmek için kişinin geliştirdiği olumlu alışkanlıklardır (81). Bireyin stresle baş edebilmek için, fizyolojik ve psikolojik kaynakları kullanarak daha bilinçli bir şekilde harekete geçmesidir (81,65). Stres yönetiminde bireyin, strese uyum ve stresle başa çıkabilme becerisi değerlendirilir (64,65).

2.7.6. Kişilerarası İletişim:

Bireyin ailesi, arkadaşları ve etrafındaki insanlarla kurduğu duygusal bağlardır (64). Kişinin, çevresindeki diğer insanlara duygu ve düşüncelerini paylaşması, ihtiyaçlarını ifade edebilmesi, diğerlerini anlaması ve onlarla yakınlık kurması değerlendirilir (65,67)

2.8. Hemşirelik Yaklaşımı

Koroner Arter Bypass Greftleme ameliyatını takip eden yıllarda, hastalar KAH açısından risk altında olmaya devam etmektedirler (10). Ameliyattan sonra hastaların SYBD'na zayıf uyumu, hastalığın nüksetmesine ve tedavi maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır (5). SYBD, birçok risk faktörüne rağmen hastalarda KAH gelişimini önlediği için KABG ameliyatından sonraki süreçte hastaların SYBD optimal düzeyde uyum sağlaması önemlidir (11). Bu süreçte hastaların SYBD geliştirebilmesinde hemşirelere de önemli sorumluluklar düşmektedir (82). Hemşireler hastaların günlük yaşamda SYBD uygulama durumlarını belirleyerek, bu davranışları kazandırmak için hastada farkındalık oluşturma ve tedaviye uyumlarını arttırmak için hasta ve hasta yakınlarına yardımcı olmalıdır (82,83). Hastayı bütüncül bir yaklaşımla değerlendirerek SYBD'nın faydaları konusunda eğitimler düzenleyip stres yönetimi, sağlıklı beslenme, fiziksel egzersiz gibi yaşam tarzı değişiklikleri konusunda hasta ve hasta yakınlarını yönlendirmelidirler (83). Bu nedenle bu çalışma KABG ameliyatı olan hastaların SYBD' günlük hayatlarında ne düzeyde uyum gösterdiklerini belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Hemşirelere hasta eğitimi ve danışmanlığında yol gösterici olması amaçlanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma, Koroner Arter Bypass Ameliyatı olan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma Aralık 2022- Haziran 2023 tarihleri arasında Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, Kardiyoloji Anabilim Dalı'nda yapıldı. Bölümde, ayaktan hastalar poliklinikte değerlendirilmekte, tanısal veya girişimsel tedavi işlemleri gününbirlik anjiyografi servisinde yapılmaktadır. Acil başvurusu olan veya yatması gereken poliklinik hastaları ise koroner yoğun bakım veya servis yataklarına yatırılmaktadırlar. 94 servis yatağı, 5 MHRS, 4 normal poliklinik odası, 30 koroner yoğun bakım yatağı, 5 koroner anjiyografi ünitesi 21 gününbirlik servis yatağı bulunmaktadır. Bu alanlarda toplam 96 hemşire çalışmaktadır. Hastalara sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında bilgi veren bir eğitim hemşiresi bulunmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Kardiyoloji polikliniğine tedavi görmek için başvuran ve kardiyoloji servisinde tedavi görmekte olan KABG uygulanmış tüm hastalar oluşmuştur. Araştırmanın örneklemini ise Aralık 2022- Haziran 2023 tarihleri arasında Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Kardiyoloji poliklinik ve servislerinde tedavi olan KABG ameliyatı olmuş, araştırmaya gönüllü olarak katılan 127 hastadan oluşmuştur. Örneklem hesabı için; G*Power 3.1.9.7 programı kullanıldı. Yapılan Power analizinde en az %90 güç, 0.25 etki düzeyi ve 0,05 birinci tip hata düzeyinde istatistiksel önemlilik içerebilmesi için gerekli olan örneklem genişliği hesaplandı.

3.3.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü 18 yaş ve üzeri olan,
- KAB ameliyatından en az 3 aylık bir zaman geçmiş olan
- Türkçe okuma, yazma ve sözel iletişim kurabilen bireyler araştırmaya dâhil edildi

3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Görme ve işitme problemi olmayan,
- Bilişsel işlev bozukluğu olan,
- İletişim problemi olan,
- İnme gibi majör komorbiditeleri olan hastalar çalışmaya dâhil edilmemiştir.

3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bu araştırmanın

- Bağımlı değişkenleri “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II” puandır.
- Bağımsız değişkeni ise hastaların sosyodemografik özellikleridir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Demografik özellikleri içeren Hasta tanıtım formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ) kullanıldı.

3.5.1. Hasta Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür incelemesi yapılarak oluşturulan bu form, hastaların yaş, cinsiyet, boy, medeni durum gibi sosyo-demografik özelliklerini ve taburculuk eğitimi alma durumlarını belirlemeye yönelik hazırlanan toplam 15 sorudan oluşmaktadır (18-20,86,87,90).

3.5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Bu ölçek, Walker, Sechrist ve Pender (1989) tarafından, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilgili olarak sağlığını geliştirici davranışlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Walker ve arkadaşları tarafından 1996 yılında tekrar revize edilen ölçek, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” olarak adlandırılmıştır (67).

Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği 2008 yılında Bahar ve arkadaşları tarafından yapılmış olup, ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı tüm ölçekte 0.92 ve alt gruplar için 0.64-0.80 arasında değişim göstermektedir (67). Bu çalışmada SYBDÖ II için genel ölçek Cronbach alfa değeri 0.877 alt faktörler için ise 0.70 ve 0.78 arasında bulunmuştur.

Ölçeğin derecelendirmesi 4'lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak kabul edilmektedir. Ölçek toplam 52 maddeden oluşmuş olup 6 alt faktörü vardır. Alt gruplar, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir. Ölçek için alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçekten alınan puanların yüksek olması, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. (64).

3.6. Veri Toplama Süreci

Veriler 1 Aralık 2022- 30 Haziran 2023 tarihleri arasında, etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Kardiyoloji polikliniğine başvuran ve Kardiyoloji servisine yatışı olan, en az 3 ay önce KABG ameliyatı olmuş hastalara gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra araştırmacı Yasenya DEMİR BARUTÇU tarafından toplanmıştır. Anketlerin yanıtlanma süresi 20-25 dakika olup klinik ortamında hasta odasında yüz yüze olarak araştırmacı tarafından toplanmıştır. Ölçek sorularına doğru cevap vermenin araştırma açısından önemli olduğu, ölçeği yanıtlamak için zamanlarının olduğu hastalara açıklanmıştır.

3.7. Etik İzinler

Araştırma için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 4.11.2022 tarih ve 39 karar no' lu etik kurul izni (EK 5), Adana Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden 29.12.2022 tarih ve E597965 sayılı araştırma izinleri (EK 4) alınmıştır. Araştırmaya katılacak bireylerden, araştırma hakkında bilgilendirdikten sonra bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınmıştır (EK 1).

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi İstatistiksel Analizi

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 27) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Normal dağılıma uygun ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “ANOVA” test (F-tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmalarında varyansların homojen olması dikkate alınarak Tukey testi uygulanmıştır.

Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır.

Normal dağılıma sahip olmayan ölçüm değerlerinin birbirleriyle ilişkisinin incelenmesinde “Spearman” korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, “Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (N=127)

Değişken (N=127)	n	%
Yaş grubu [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 68,41 \pm 9,08$ (yıl)]		
<60	23	18,1
60-64	13	10,2
65-69	35	27,6
≥ 70	56	44,1
Cinsiyet		
Kadın	35	27,6
Erkek	92	72,4
BKİ grubu [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 68,41 \pm 9,08$ (kg/m ²)]		
Zayıf (<18,5 kg/m ²)	2	1,6
Normal (18,5-24,9 kg/m ²)	33	26,0
Fazla kilolu (25,0-29,9 kg/m ²)	52	40,9
Obez (≥ 30 kg/m ²)	40	31,5
Medeni durum		
Evli	121	95,3
Bekar	6	4,7
Birlikte yaşanan kişi/kişiler		
Yalnız	8	6,3
Eşiyle	64	50,4
Çocuklarıyla	24	18,9
Eşi ve çocuklarıyla	29	22,8
Geniş aile	2	1,6
Eğitim düzeyi		
Okuryazar	39	30,7
İlkokul	64	50,3
Ortaokul	10	7,9
Lise	10	7,9
Üniversite	4	3,2
Meslek/çalışma		
Çalışmıyor	23	18,1
Emekli	90	70,9
Çalışan	14	11,0
Gelir düzeyi		
Gelir giderden az	49	38,6
Gelir gidere eşit	77	60,6
Gelir giderden fazla	1	0,8
Sosyal güvence		
Var	119	93,7
Yok	8	6,3

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalamasının $68,41 \pm 9,08$ (yıl) olduğu tespit edilmiş ve 56'sının (%44,1) ≥ 70 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. 92 kişinin (%72,4) erkek, 52'sinin (%40,9) fazla kilolu olduğu ve 121'inin (%95,3) evli olduğu belirlenmiştir. 64 kişinin (%50,3) ilkokul mezunu, 90'ının (%70,9) emekli ve 77'sinin (%60,6) gelirinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir. 119 kişinin (%93,7) sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir. 64'ünün (%50,4) eşile birlikte yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 2. Hastaların, hastalıkla ilgili özellikleri (N=127)

Değişken (N=127)	%
Ek hastalık durumu	
Olan	92,9
Olmayan	7,1
Düzenli ilaç kullanım durumu	
Kullanan	96,1
Kullanmayan	3,9
Ameliyat sonrası taburculuk eğitimi alma durumu	
Alan	76,4
Almayan	23,6
Taburculuk eğitimi alınan kaynak*	
Hemşire	17,3
Hekim	70,9
Broşür/kitapçık	0,8
Sigara kullanım durumu	
Kullanan	21,3
Kullanmayan	37,0
Bırakmış	41,7
Alkol kullanım	
Evet	2,4
Hayır	97,6

*Soruya birden fazla cevap verilmiştir ve yüzdeler satır bazlı olarak toplam örnek sayısına göre belirlenmiştir.

Araştırmaya alınan hastaların 118'inin (%92,9) ek bir hastalığının olduğu ve 122'sinin (%96,1) düzenli ilaç kullandığı belirlenmiştir. 97 kişinin (%76,4) ameliyat sonrası taburculuk eğitim aldığı, 53'ünün (%41,7) sigarayı bıraktığı ve 124'ünün (%97,6) alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

Tablo 3. Hastaların SYBDÖ II toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı

Ölçekler (N=127)		Ortalama	S.S.	Medya	Min.	Max.
				n		
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği	<i>Sağlık sorumluluğu</i>	18,34	3,24	18,0	11,0	32,0
	<i>Fiziksel aktivite</i>	12,08	3,21	11,0	8,0	20,0
	<i>Beslenme alışkanlığı</i>	22,59	2,23	23,0	18,0	33,0
	<i>Manevi gelişim</i>	23,38	3,19	23,0	13,0	36,0
	<i>Kişilerarası ilişkiler</i>	23,70	2,87	24,0	15,0	32,0
	<i>Stres yönetimi</i>	17,69	2,60	18,0	12,0	32,0
SYBDÖ – Toplam		117,78	12,05	117,0	91,0	185,0

Tablo 3'te görüldüğü gibi katılımcıların, ölçek toplam puan ortalaması $117,29 \pm 26,78$ olarak bulundu. SYBDÖ alt boyutlarından Kişilerarası İlişkiler alt grup puan ortalamaları en yüksek (203,70), fiziksel aktivite alt grup puan ortalamaları en düşüktür (12.08).

Tablo 4 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ilişkin güvenirlik katsayısının incelenmesi

Ölçekler (N=127)		Madde sayısı	Cronbach- α katsayısı
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği	<i>Sağlık sorumluluğu</i>	9	0,705
	<i>Fiziksel aktivite</i>	8	0,759
	<i>Beslenme</i>	9	0,775
	<i>Manevi gelişim</i>	9	0,783
	<i>Kişilerarası ilişkiler</i>	9	0,720
	<i>Stres yönetimi</i>	8	0,714
SYBDÖ – Toplam		52	0,877

Ölçeklere verilen cevapların genel olarak yüksek güvenirlikte olduğu belirlenmiştir

Tablo 5. Hastaların bazı özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutu puanlarının karşılaştırılması

Değişken (N=127)	n	Sağlık sorumluluğu		Fiziksel aktivite		Beslenme		Manevi gelişim	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Yaş grubu									
<60 ⁽¹⁾	23	18,00±3,03	18,0 [4,0]	12,22±3,74	11,0 [7,0]	20,91±1,59	21,0 [2,0]	22,48±3,56	23,0 [6,0]
60-64 ⁽²⁾	13	18,23±3,13	18,0 [3,0]	12,15±3,11	12,0 [5,0]	21,76±1,79	22,0 [2,5]	22,85±3,56	23,0 [4,5]
65-69 ⁽³⁾	35	18,71±3,06	19,0 [5,0]	12,51±3,12	12,0 [5,0]	23,31±2,05	23,0 [3,0]	23,62±2,79	23,0 [4,0]
≥70 ⁽⁴⁾	56	18,27±3,52	17,5 [4,0]	11,73±3,11	11,0 [3,8]	22,62±2,52	22,0 [3,0]	23,73±3,17	24,0 [4,0]
Test p		$\chi^2=0,841$ p=0,840		$\chi^2=1,603$ p=0,659		$\chi^2=8,991$ p=0,029 [1-3]		$\chi^2=3,331$ p=0,343	
Cinsiyet									
Kadın	35	18,48±4,24	18,0 [3,0]	10,74±2,49	10,0 [3,0]	22,29±1,89	22,0 [3,0]	22,23±2,82	22,0 [3,0]
Erkek	92	18,28±3,26	18,0 [4,0]	12,59±3,32	12,0 [5,0]	22,72±2,34	23,0 [3,0]	23,82±3,22	24,0 [4,8]
Test p		t=0,314 p=0,754		Z=-2,896 p=0,004		Z=-0,629 p=0,529		Z=-2,363 p=0,018	
BKİ sınıfı									
Zayıf/normal ⁽¹⁾	35	18,69±2,86	18,0 [5,0]	13,26±4,26	14,0 [6,0]	22,97±2,33	23,0 [3,0]	23,60±2,72	24,0 [5,0]
Fazla kilolu ⁽²⁾	52	17,86±3,61	17,5 [5,0]	11,81±3,18	11,0 [3,9]	22,34±2,42	22,0 [2,0]	23,40±3,84	23,0 [5,0]
Obez ⁽³⁾	40	18,65±3,06	18,0 [4,8]	11,40±3,00	10,5 [3,8]	22,60±1,85	22,5 [3,0]	23,18±2,64	23,0 [4,0]
Test p		$\chi^2=2,419$ p=0,298		$\chi^2=7,059$ p=0,029 [1-3]		$\chi^2=4,192$ p=0,123		$\chi^2=0,343$ p=0,843	
Medeni hal									
Evli	121	18,22±3,20	18,0 [4,0]	12,12±3,21	11,5 [4,0]	22,58±2,26	23,0 [3,0]	23,58±3,15	24,0 [5,0]
Bekar	6	21,67±2,16	21,5 [3,8]	12,50±3,50	12,0 [6,8]	23,67±1,03	24,0 [1,5]	21,33±2,42	22,0 [4,5]
Test p		Z=-2,728 p=0,006		Z=-0,293 p=0,770		Z=-1,741 p=0,081		Z=-1,803 p=0,071	

*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Kruskall-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 5 (devamı). Hastaların bazı özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutu puanlarının karşılaştırılması

Değişken (N=127)	N	Kişilerarası ilişkiler		Stres yönetimi		SYBDÖ – Toplam	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Yaş grubu							
<60 ⁽¹⁾	23	23,26±3,09	24,0 [5,0]	16,66±2,12	16,0 [3,0]	114,52±11,17	114,0 [15,0]
60-64 ⁽²⁾	13	23,23±3,83	23,0 [4,5]	17,92±2,14	17,0 [3,0]	116,15±11,99	115,0 [18,0]
65-69 ⁽³⁾	35	23,42±2,68	23,0 [4,0]	18,48±2,04	18,0 [3,0]	120,08±9,95	121,0 [18,0]
≥70 ⁽⁴⁾	56	24,16±2,64	24,0 [3,0]	17,56±3,03	17,0 [3,0]	118,07±13,48	117,0 [14,0]
Test p		$\chi^2=3,546$ p=0,315		$\chi^2=9,070$ p=0,028 [1-3]		F=1,078 p=0,361	
Cinsiyet							
Kadın	35	23,97±2,84	24,0 [4,0]	17,08±2,52	17,0 [4,0]	114,80±11,34	114,0 [17,0]
Erkek	92	23,59±2,89	23,0 [4,0]	17,92±2,60	18,0 [2,8]	118,92±12,19	118,0 [17,8]
Test p		Z=-0,734 p=0,463		Z=-1,107 p=0,268		t=-1,736 p=0,085	
BKİ							
Zayıf/normal	35	23,17±2,83	23,0 [5,0]	17,77±2,12	17,0 [4,0]	119,46±10,14	119,0 [15,0]
Fazla kilolu	52	23,53±3,04	24,0 [3,8]	17,61±3,12	17,0 [2,8]	116,58±14,83	113,5 [16,8]
Obez	40	24,38±2,59	24,5 [3,0]	17,70±2,26	18,0 [2,8]	117,90±9,38	118,0 [12,8]
Test p		$\chi^2=3,938$ p=0,140		$\chi^2=1,387$ p=0,500		$\chi^2=3,308$ p=0,191	
Medeni durum							
Evli	121	23,72±2,87	24,0 [4,0]	17,70±2,60	17,5 [3,0]	117,94±11,99	117,0 [15,0]
Bekar	6	24,33±2,25	23,5 [3,8]	18,83±1,69	19,0 [2,3]	122,33±10,09	123,5 [18,3]
Test p		Z=-0,452 p=0,651		Z=-1,654 p=0,098		Z=-1,095 p=0,273	

*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “ANOVA” test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Kruskall-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır

Yaş grubuna göre beslenme puanları açısından, <60 yaş grubunda olanlar ile 65-69 yaş grubunda olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 65-69 yaş grubunda olanların beslenme puanları, <60 yaş grubunda olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görüldü.

Yaş gruplarına göre stres yönetimi puanları açısından, <60 yaş grubunda olanlar ile 65-69 yaş grubunda olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 65-69 yaş grubunda olanların stres yönetimi puanları, <60 yaş grubunda olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Cinsiyete göre fiziksel aktivite puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,896$; $p=0,004$). Erkeklerin fiziksel aktivite puanları, kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu.

Cinsiyete göre manevi gelişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,363$; $p=0,018$). Erkeklerin manevi gelişim puanları, kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görüldü.

BKİ sınıflarına göre fiziksel aktivite puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=7,059$; $p=0,029$). Zayıf/normal kilolu olanlar ile obez olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Zayıf/normal kilolu olanların fiziksel aktivite puanları, obez olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu.

Medeni duruma göre sağlık sorumluluğu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,728$; $p=0,006$). Bekârların sağlık sorumluluğu puanları, evlilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 6. Hastaların bazı özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutu puanlarının karşılaştırılması

Değişken (N=127)	n	Sağlık sorumluluğu		Fiziksel aktivite		Beslenme		Manevi gelişim	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Eğitim düzeyi									
Okuryazar ⁽¹⁾	39	17,87±2,87	17,0 [4,0]	11,59±3,26	10,0 [5,0]	22,43±1,79	23,0 [3,0]	22,54±2,98	22,0 [4,0]
İlkokul ⁽²⁾	64	18,28±3,17	18,0 [4,8]	12,15±2,87	12,0 [4,0]	22,56±2,29	23,0 [3,0]	23,64±2,75	24,0 [4,8]
Ortaokul ⁽³⁾	10	17,60±2,99	17,5 [3,5]	11,50±4,06	10,5 [7,8]	22,70±1,42	22,0 [1,3]	23,90±3,24	24,0 [4,5]
Lise/üniversite ⁽⁴⁾	14	20,46±4,31	19,0 [5,5]	13,23±3,79	13,0 [6,5]	23,31±3,47	23,0 [3,0]	26,07±4,21	26,0 [3,0]
Test p		$\chi^2=4,794$ p=0,188		$\chi^2=3,805$ p=0,283		$\chi^2=0,186$ p=0,980		$\chi^2=10,735$ p=0,013 [1-4]	
Meslek/çalışma									
Çalışmıyor ⁽¹⁾	23	17,91±2,66	18,0 [2,0]	10,43±2,40	10,0 [2,0]	21,96±1,91	22,0 [3,0]	22,13±2,68	22,0 [4,0]
Emekli ⁽²⁾	90	18,32±3,11	18,0 [4,3]	12,18±3,10	12,0 [4,0]	22,78±2,02	23,0 [3,0]	23,74±2,99	24,0 [4,3]
Çalışan ⁽³⁾	14	19,14±4,79	18,0 [4,3]	14,14±3,86	14,5 [6,5]	22,50±3,59	22,5 [2,5]	23,14±4,60	23,0 [3,5]
Test p		$\chi^2=0,632$ p=0,729		$\chi^2=10,939$ p=0,004 [1-2,3]		$\chi^2=2,584$ p=0,275		$\chi^2=5,846$ p=0,054	
Gelir düzeyi									
Gelir giderden az	49	17,79±3,13	18,0 [4,0]	11,53±3,42	10,0 [5,5]	22,45±2,07	22,0 [3,0]	22,06±2,66	22,0 [4,0]
Gelir gidere eşit	77	18,67±3,03	18,0 [5,0]	12,41±3,06	12,0 [4,0]	22,70±2,34	23,0 [3,0]	24,12±3,12	24,0 [4,0]
Test p		Z=-1,238 p=0,199		Z=-1,981 p=0,048		Z=-0,530 p=0,590		t=-3,810 p<0,001	
Sosyal güvence									
Var	119	18,39±3,30	18,0 [4,0]	12,06±3,12	11,0 [4,0]	22,68±2,21	23,0 [3,0]	23,54±3,21	24,0 [5,0]
Yok	8	17,50±2,13	18,0 [2,3]	12,38±4,53	10,0 [8,5]	21,38±2,26	21,5 [4,5]	21,13±1,64	21,5 [3,5]
Test p		Z=-0,564 p=0,573		Z=-0,200 p=0,842		Z=-1,358 p=0,175		Z=-2,475 p=0,013	
Sigara kullanımı									
Evet ⁽¹⁾	27	16,56±2,71	17,0 [4,0]	11,96±3,21	12,0 [5,0]	22,19±2,01	22,0 [2,0]	22,04±3,49	22,0 [5,0]
Hayır ⁽²⁾	47	19,34±3,15	19,0 [5,0]	11,83±3,13	11,0 [5,0]	22,63±2,09	23,0 [3,0]	23,59±3,04	23,0 [4,0]
Bırakmış ⁽³⁾	53	18,38±3,26	18,0 [4,0]	12,40±3,33	12,0 [5,0]	22,75±2,47	22,5 [3,0]	23,90±3,04	24,0 [4,0]
Test p		F=6,870 p=0,001 [1-2]		$\chi^2=0,805$ p=0,669		$\chi^2=1,016$ p=0,602		F=3,292 p=0,040 [1-3]	

*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “ANOVA” test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Kruskall-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 6 (devamı). Hastaların bazı özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutu ve toplam puanlarının karşılaştırılması

Değişken (N=127)	N	Kişilerarası ilişkiler		Stres yönetimi		SYBDÖ – Toplam	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Eğitim düzeyi							
Okuryazar ⁽¹⁾	39	23,38±2,82	24,0 [4,0]	17,71±2,38	18,0 [3,0]	115,53±10,67	114,0 [17,0]
İlkokul ⁽²⁾	64	23,88±2,51	24,0 [4,0]	17,45±1,99	18,0 [3,0]	117,96±9,46	118,0 [13,0]
Ortaokul ⁽³⁾	10	21,30±3,26	22,0 [3,5]	17,30±2,58	17,0 [2,8]	112,30±12,39	110,0 [16,3]
Lise/üniversite ⁽⁴⁾	14	25,53±3,28	25,0 [4,0]	19,15±4,89	17,0 [6,0]	127,76±20,76	125,0 [23,5]
Test P		$\chi^2=9,179$ p=0,027 [3-4]		$\chi^2=0,868$ p=0,833		$\chi^2=7,336$ p=0,062	
Meslek/çalışma							
Çalışmıyor	23	23,78±2,69	24,0 [4,0]	17,13±2,18	17,0 [3,0]	113,34±9,92	113,0 [9,0]
Emekli	90	23,79±2,69	24,0 [4,0]	17,81±2,33	18,0 [3,3]	118,21±10,50	118,0 [18,0]
Çalışan	14	23,00±4,15	23,5 [5,3]	17,79±4,23	17,0 [3,3]	119,71±21,04	115,5 [15,0]
Test P		$\chi^2=0,872$ p=0,647		$\chi^2=2,201$ p=0,333		$\chi^2=4,648$ p=0,098	
Gelir düzeyi							
Gelir giderden az	49	23,40±3,06	24,0 [3,5]	17,59±1,88	17,0 [3,0]	114,84±10,53	114,0 [16,0]
Gelir gidere eşit	77	23,79±2,64	24,0 [4,0]	17,68±2,93	18,0 [3,0]	119,38±12,50	118,0 [17,0]
Test P		Z=-0,578 p=0,564		Z=-0,152 p=0,879		t=-2,109 p=0,037	
Sosyal güvence							
Var	119	23,69±2,89	24,0 [4,0]	17,67±2,65	18,0 [3,0]	118,04±12,27	117,0 [17,0]
Yok	8	23,75±2,66	25,0 [4,8]	17,88±1,78	17,5 [2,8]	114,00±7,80	115,5 [8,3]
Test P		Z=-0,045 p=0,964		Z=-0,286 p=0,775		t=0,917 p=0,361	
Sigara kullanımı							
Evet ⁽¹⁾	27	22,22±2,99	22,0 [4,0]	16,74±2,01	17,0 [3,0]	111,70±9,59	111,0 [13,0]
Hayır ⁽²⁾	47	24,57±2,73	25,0 [3,0]	17,87±2,61	18,0 [4,0]	119,85±11,45	118,0 [18,0]
Bırakmış ⁽³⁾	53	23,63±2,65	23,0 [3,0]	18,01±2,79	18,0 [2,8]	119,09±12,99	117,0 [15,0]
Test P		$\chi^2=11,427$ p=0,003 [1-2]		$\chi^2=4,746$ p=0,093		$\chi^2=9,550$ p=0,008 [1-2,3]	

*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Kruskall-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Eğitim düzeyine göre manevi gelişim puanları açısından okuryazar olanlar ile lise/üniversite mezunu olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=10,735$; $p=0,013$). Lise/üniversite mezunu olanların manevi gelişim puanları, okuryazar olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eğitim düzeyine göre kişilerarası ilişkiler puanları açısından ortaokul mezunu olanlar ile lise/üniversite mezunu olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=9,179$; $p=0,027$). Lise/üniversite mezunu olanların kişilerarası ilişkiler puanları, ortaokul mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Meslek/çalışma durumuna göre fiziksel aktivite puanları açısından çalışmayanlar ile emekli ve çalışanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=10,939$; $p=0,004$). Emekli ve çalışanların fiziksel aktivite puanları, çalışmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gelir düzeyine göre fiziksel aktivite puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-1,981$; $p=0,048$). Geliri giderine eşit olanların fiziksel aktivite puanları, geliri giderinden az olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gelir düzeyine göre manevi gelişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($t=-3,810$; $p<0,001$). Geliri giderine eşit olanların manevi gelişim puanları, geliri giderinden az olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gelir düzeyine göre SYBDÖ – Toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($t=-2,109$; $p=0,037$). Geliri giderine eşit olanların SYBDÖ – Toplam puanları, geliri giderinden az olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sosyal güvenceye göre manevi gelişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,475$; $p=0,013$). Sosyal güvencesi olanların manevi gelişim puanları, sosyal güvencesi olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sigara kullanım durumuna göre sağlık sorumluluğu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=6,870$; $p=0,001$). Sigara içmeyenlerin sağlık

sorumluluğu puanları, sigara içenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sigara kullanım durumuna göre manevi gelişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=3,292$; $p=0,040$). Sigarayı bırakmış olanların manevi gelişim puanları, sigara içenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sigara kullanım durumuna göre kişilerarası ilişkiler puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=11,427$; $p=0,003$). Sigara içmeyenlerin kişilerarası ilişkiler puanları, sigara içenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sigara kullanım durumuna göre SYBDÖ – Toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=9,550$; $p=0,008$). Sigara içmeyenler ve sigarayı bırakmış olanların SYBDÖ – Toplam puanları, sigara içenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 7. Hastaların bazı özelliklerine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II alt boyutu puanlarının karşılaştırılması

		Sağlık sorumluluğu		Fiziksel aktivite		Beslenme		Manevi gelişim	
Değişken (N=127)	n	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Birlikte yaşanan									
Yalnız	8	19,63±3,89	20,0 [6,5]	12,00±2,73	11,0 [4,5]	23,63±0,74	24,0 [0,8]	22,75±2,34	22,5 [3,3]
Eşiyle	64	18,06±3,24	18,0 [4,0]	12,13±3,32	12,0 [4,0]	22,78±2,52	23,0 [3,0]	23,50±3,69	23,5 [5,0]
Çocuklarıyla	24	18,63±3,35	18,0 [4,0]	11,38±2,79	10,5 [4,0]	22,17±2,22	22,0 [3,0]	22,91±2,56	23,0 [3,8]
Eşi ve çocuklarıyla	29	18,34±3,14	19,0 [4,0]	12,79±3,40	12,0 [6,0]	22,31±1,79	23,0 [2,0]	23,93±2,60	24,0 [4,5]
Test P		$\chi^2=2,084$ p=0,555		$\chi^2=2,427$ p=0,489		$\chi^2=5,530$ p=0,137		F=0,907 p=0,462	
Ek hastalık durumu									
Olan	118	18,35±3,26	18,0 [4,0]	11,94±3,18	11,0 [5,0]	22,60±2,28	23,0 [3,0]	23,32±3,28	23,0 [5,0]
Olmayan	9	18,11±3,14	18,0 [5,0]	13,78±3,34	14,0 [6,5]	22,56±1,42	23,0 [2,5]	24,22±1,30	24,0 [2,5]
Test P		Z=-0,151 p=0,880		Z=-1,664 p=0,096		Z=-0,171 p=0,864		Z=-1,025 p=0,305	
Düzenli ilaç kullanım durumu									
Kullanan	122	18,26±3,03	18,0 [4,0]	12,06±3,18	11,0 [4,0]	22,53±2,01	23,0 [3,0]	23,29±2,97	23,0 [5,0]
Kullanmayan	5	20,20±7,12	19,0 [11,0]	12,40±4,39	11,0 [6,5]	24,20±5,54	22,0 [9,5]	25,80±6,78	23,0 [12,0]
Test P		Z=-0,355 p=0,722		Z=-0,025 p=0,980		Z=-0,176 p=0,860		Z=-0,505 p=0,614	
Ameliyat sonrası taburculuk eğitimi									
Alan	97	18,51±3,22	18,0 [4,0]	12,28±3,20	12,0 [4,0]	22,38±2,15	22,0 [2,5]	23,56±3,29	24,0 [5,0]
Almayan	30	17,75±2,99	17,5 [4,8]	11,21±3,12	10,5 [5,3]	23,20±2,34	23,0 [2,8]	22,95±3,08	23,5 [5,5]
Test P		Z=-0,925 p=0,355		Z=-1,582 p=0,114		Z=-1,971 p=0,049		t=0,820 p=0,414	

Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “ANOVA” test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Kruskall-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır

Tablo 7 (devamı). Hastaların bazı özelliklerine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II alt boyutu puanlarının karşılaştırılması

Değişken (N=127)	N	<i>Kişilerarası ilişkiler</i>		<i>Stres yönetimi</i>		SYBDÖ – Toplam	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Birlikte yaşanan							
Yalnız	8	23,63±1,92	24,0 [4,0]	19,13±1,89	19,0 [3,5]	120,75±8,43	121,0 [11,8]
Eşyle	64	23,67±3,14	24,0 [4,0]	17,61±2,83	17,5 [3,0]	117,75±13,60	117,0 [14,0]
Çocuklarıyla	24	23,95±2,74	24,0 [3,5]	17,62±1,79	18,0 [2,8]	116,67±11,41	114,0 [14,5]
Eşi ve çocuklarıyla	29	23,62±1,89	23,0 [3,0]	17,72±2,65	17,0 [3,5]	118,72±9,99	118,0 [18,5]
Test P		$\chi^2=0,373$ p=0,946		$\chi^2=3,840$ p=0,279		$\chi^2=1,873$ p=0,599	
Ek hastalık durumu							
Olan	118	23,71±2,83	24,0 [4,0]	17,62±2,62	17,5 [3,0]	117,56±12,29	117,0 [15,3]
Olmayan	9	23,56±3,57	24,0 [5,0]	18,44±2,19	18,0 [3,5]	120,67±8,24	119,0 [15,5]
Test P		Z=-0,393 p=0,694		Z=-1,073 p=0,283		Z=-1,072 p=0,284	
Düzenli ilaç kullanım durumu							
Kullanan	122	23,63±2,81	24,0 [4,0]	17,59±2,28	18,0 [3,0]	117,38±10,48	117,0 [14,3]
Kullanmayan	5	25,40±3,97	24,0 [6,5]	19,80±7,05	18,0 [10,5]	127,80±33,58	110,0 [51,5]
Test P		Z=-0,718 p=0,473		Z=-0,113 p=0,910		Z=-0,081 p=0,936	
Ameliyat sonrası taburculuk eğitimi alma durumu							
Alan	97	23,76±2,84	24,0 [4,0]	17,75±2,76	18,0 [3,0]	118,24±12,58	117,0 [16,0]
Almayan	30	22,91±2,93	23,5 [4,0]	17,67±1,83	17,5 [2,8]	115,71±10,04	116,5 [15,0]
Test P		Z=-1,137 p=0,256		Z=-0,102 p=0,919		t=0,119 p=0,361	

Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Kruskall-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Ameliyat sonrası taburculuk eğitim alma durumuna göre beslenme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-1,971$; $p=0,049$). Ameliyat sonrası taburculuk eğitimi almayanların beslenme puanları, taburculuk eğitimi alanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.



5. TARTIŞMA

Koroner arter bypass greft ameliyatından sonra hastalar KAH açısından yüksek risk altında olmaya devam etmektedir. Bu hastalarda ikinci bir KABG ameliyatı teknik açıdan daha zorlu ve daha risklidir (33,85,86). KAH 'da sekonder korumada SYBD farmakoterapi kadar önemli bir yere sahiptir (35,69,86). Bu nedenle çalışmamızın amacı, KABG ameliyatı olan hastaların, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, sosyal ilişkiler, tütün kullanmama, uyku kalitesi ve stres yönetimi gibi KVH riskini azaltan SYBD'nı günlük yaşamlarında ne düzeyde gerçekleştirdiklerini belirlemektir.

Çalışmamıza dâhil edilen hastaların yaş ortalaması $68,41 \pm 9,08$ (yıl) olup %72,4'ünün erkek olduğu görülmüştür. Bu oran Türkiye de KABG işlemi olan hastalar yalpan çalışmalarıyla benzerlik göstermektedir (18,86,87,90,91). Yapılan araştırmalarda kadınlarda KAH'ın daha az görülmesinin nedeni; kadınların erkeklere oranla daha az sigara tüketmesi ve östrojen hormonunun damar duvarının elastikiyete yapısını artırma etkisinin olmasına bağlanmaktadır (88,89).

Çalışmamızda, KABG ameliyatı olan hastaların SYBD ortalama puanı 117,78 ile orta düzeyde olduğu bulundu. Alkan ve ark. yaptıkları çalışmada da SYBD puan ortalamasının $110,28 \pm 17,32$ olduğu (87), Akkuş'un (2021) kardiyak cerrahi planlanan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada ise SYBD puan ortalaması $113,18 \pm 16,86$ olduğu ve çalışmamızla benzerlik gösterdiği görüldü (90).

Çalışmamızda hastaların %50,32'sinin ilköğretim mezunu olduğu görüldü. Literatürde KAH ile yapılan çalışmalar incelendiğinde çalışmamızla benzer şekilde hastaların büyük çoğunluğunun eğitim düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür (18,87,90,92). Kelli ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada, lisans düzeyinin altında eğitim almanın mortalite ve kardiyovasküler olay riskinin artmasıyla ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir (93).

Çalışmamızda katılımcıların, alt ölçek boyutlarında kişiler arası ilişkiler ve maneviyata en yüksek, fiziksel aktivite de ise en düşük ortalamaya sahip oldukları görüldü. Anaç (2018), tarafından koroner arter hastalığı olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada ölçek alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında benzer şekilde hastaların fiziksel aktivitede en düşük puan

ortalamasına sahip olduğu görülmektedir (21). Al-zau ve arkadaşlarının KAH olan hastalarda depresyon düzeyi ve SYBD uyumunu incelediği çalışmada da hastaların sağlıklı yaşam tarzı davranışlarına, özellikle fiziksel aktivite, sağlıklı bir diyet sürdürme ve kilo verme alanlarına uymadığını görülmüştür (94). Özkan ve ark. Kardiyovasküler hastalık tanısı almış hastaların SYBD incelediği çalışmada da hastaların en düşük alt boyut puanını fiziksel aktivitede aldıkları görüldü (21). Çalışmamızda bireylerin yaş ortalamasının (68,41±9,08) yüksek olması fiziksel aktivite puan ortalamasının düşük olmasına neden olmuş olabilir. Yaşla birlikte kas iskelet sistemi rahatsızlıklarının artması, psikomotor gerileme ve birçok kronik rahatsızlığın ortaya çıkması nedeniyle fiziksel aktivite oranında ciddi düşüşler olabilmektedir (95,96).

Çalışmamızda 65-69 yaş grubunda olanların beslenme puanları, 60 yaş altı grupta olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan benzer çalışmalarda da yaşlı bireylerin sağlıklı beslenme davranışlarına daha iyi uyum sağladığı görülmüştür (97-98). Severe ve arkadaşlarının (2020) KAH'larında tekrarlayan majör kardiyovasküler olaylar riskinde yaşam tarzı, tıbbi ve psikososyal faktörlerin göreceli önemini belirlenmesi amacı ile 1127 KAH tanısı almış bireylerle yaptığı prospektif kohort tipteki bir çalışmada, SYBD olumlu eğilimin çoğunlukla 65 yaş üstü hastalarda olduğu görülmüş, daha genç hastalarda, özellikle kadınlarda daha az olumlu eğilimler gözlemlenmiştir (100). Yaşlı hastaların beslenme puanlarının yüksek olması, yaş artıkcı kronik hastalıkların artmasına bağlı olarak yeme içme alışkanlıklarının değişimindeki mecburiyetten kaynaklanıyor olabilir. Bu durum daha fazla meyve-sebze tüketimi ve yemeklerdeki tuz, yağ, şeker oranına daha fazla dikkat etmelerine neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda 65-69 yaş grubunda olanların stres yönetimi puanları, 60 yaş altı gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde yapılan birçok çalışmada, çalışmamızla uyumlu olarak yaş artıkcı bireylerin stres yönetiminde daha başarılı olduğu görülmüştür (100-103). Bunun sebebi yaşı ilerlemesiyle beraber değişen rol ve sorumluluklarından kaynaklanıyor olabilir. Aynı zamanda yaşa bağlı duygu düzenlemesindeki ve deneyimdeki gelişmelerinde etkisi olabilir.

Çalışmamızda erkeklerin fiziksel aktivite puanları, kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Alcan ve arkadaşlarının (2018), KABG cerrahisi sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirdiği çalışmada

da kadınların erkek hastalara nazaran daha düşük düzeyde fiziksel aktivite gösterdikleri görülmüştür (18). Gür ve Sunalın (2019) KAH'ında sağlık algısı ve SYBD incelediği çalışmada kadın hastaların SYBD ortalama puanı erkek hastalardan daha düşük olduğu, kadın ve erkek hastalar arasında fiziksel aktivite puanları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (19). Kaya ve arkadaşları (2021), cerrahi polikliniğine başvuran hastaların SYBD'lerini incelediği bir çalışmada da benzer şekilde erkeklerin fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalamaları, kadınların ortalamasından yüksek bulunmuştur (96). Tezcan ve ark.(2022), diyabetli hastaların SYBD'lerini incelediği çalışmada da benzer bir sonuç elde edilmiştir (104). Sverre ve arkadaşları (2017) tarafından Norveç'te, KAH tanısı almış hastada 18-80 yaş aralığındaki akut miyokard enfarktüsü ve/veya tıbbi kayıtlardan belirlenen revaskülarizasyonlu 1127 hastada, başlıca risk faktörlerinin kontrolünü ve risk faktörü kontrolünün çalışma faktörleri olan yaş, cinsiyet, koroner olay sayısı ve indeksinin nasıl etkilendiğini belirlemek için yaptığı kesitsel çalışmada da benzer bir sonuç bulunmuştur (99). Dehkordi'nin (2018) İsfahan'da yaşayan kalp rahatsızlığı olmayan 369 kişi üzerinde yürüttüğü kesitsel bir çalışmada bireylere SYBD anketi uygulamıştır. Çalışmamızla benzer şekilde kadınların erkeklerden anlamlı olarak daha az fiziksel aktivitelere katıldığı gözlemlenmiştir (105). Bunun nedenini kadın hastaların günlük hayattaki rol ve sorumlulukların farklı olması, egzersiz alışkanlıklarının yetersiz olması ve bu tarz programlara ulaşmada güçlük yaşamaları olabilir.

Çalışmamızda erkeklerin manevi gelişim puanları, kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Tezcan ve arkadaşlarının (2022) diyabetli hastaların SYBD incelediği çalışmanın yanı sıra (104), Özkan ve arkadaşlarının (2019) kardiyovasküler hastalık tanısı almış hastaların SYBD değerlendirdiği çalışmada çalışmamızla benzer şekilde kadın hastaların manevi gelişim alt boyut puanları erkeklere göre daha düşük bulunmuştur (20). Sungur ve arkadaşlarının (2019) mortalite ve morbidite oranı yüksek hastalıklardan ötürü klinik sağlık hizmeti alan hastaların SYBD'nı incelediği çalışmada da benzer şekilde manevi gelişim puan ortalaması erkeklerde kadınlara oranla daha yüksek olduğu görülmüştür (75). Değerli ve Yiğit'in (2020) sağlığın korunması ve geliştirilmesinde bireylerin SYBD düzeyini ölçmek için 510 kişinin verisini değerlendirdiği bir çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak erkek ve kadın hastaların manevi alt boyut ortalamalarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (106). Manevi gelişim, yaşam amacını bulmak için çaba harcamak ve bireylerin refahı

üzerindeki gücünü en üst düzeye çıkarmak olarak tanımlanmaktadır (107). Bu durum, bireylere sorunlarıyla başa çıkmaları için umut, güç, rahatlama ve huzur verir. Literatürde yapılan birçok çalışmada manevi gelişimi yüksek bireylerin olumlu yaşam davranışları geliştirme, hastalığı kabullenme ve sağlık sorumluluklarını yerine getirmeye daha yatkın olduğu görülmüştür (107,108). Park ve Sacco (2017) kalp yetmezliği hastaları ile yaptığı çalışmada manevi gelişim düzeyi düşük olan bireylerin psikolojik ve fiziksel refah düzeyinin diğerlerine göre daha zayıf olduğu görülmüştür (109).

Çalışmamızda bekârların sağlık sorumluluğu puanları, evlilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çelik ve Ersoy'un (2022), öğretmenlerin SYBD incelediği çalışmalarında, çalışmamızla benzer şekilde bekâr bireylerin SYBD puan ortalamalarının evlilere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür (110). Şahin ve arkadaşlarını (2021) yaptığı çalışmada ise bekâr hastaların evlilere göre sağlık sorumluluğu puanları arasında anlamlı bir fark görülmesine de, toplam SYBD puan ortalamaları evlilere göre daha yüksek bulunmuştur (77). Alcan ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmanın sonucu, çalışmamızdan farklı olarak evli hastaların maddi ve manevi yönden daha çok destek görmelerinden dolayı, SYBD'lerini gerçekleştirmeye daha yatkın olduğu sonucuna ulaşmışlardır (18). Alkan ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada benzer olarak evli hastaların sağlığı geliştirme davranışların sürdürme olasılığının, bekârlara oranla daha yüksek olduğunu gözlemlemişlerdir (87). Kaya ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada genel cerrahi polikliniğine başvuran bekâr hastaların, evlilere göre daha düşük düzeyde sağlık sorumluluğu ve beslenme puanlarına sahip olduğu görülmüştür (97). Areum Kim ve arkadaşlarının (2018) orta yaşlı Koreli hastaların medeni durum ile sağlık davranışları ve hastalık arasındaki ilişkileri araştırdıkları çalışmalarında ise sigara içme, aşırı alkol tüketimi, yetersiz uyku, hipertrigliseridemi ve depresyon oralarının bekâr ve yalnız yaşayan katılımcılarda önemli ölçüde daha yüksek olduğu görülmüş (111). Çalışmamızla literatür farklılık göstermektedir. Evli bireylerin, hastalık durumunda eş ve çocuklarından maddi ve manevi yönden destek görmeleri SYBD daha fazla uyum göstermelerinde yardımcı oluyor olabilir.

Çalışmamızda lise/üniversite mezunu olanların manevi gelişim puanları, sadece okuryazar olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda lise/üniversite mezunlarının kişiler arası ilişkiler puan ortalaması ortaokul mezunlarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Alcan ve Korkmaz'ın

(2017) yaptığı çalışmada hastaların eğitim seviyesi yükseldikçe kişiler arası ilişkiler, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite puan ortalamalarının arttığı gözlemlenmiştir (18). Sang ve Kang'ın (2021) kırsal kesimde yaşayan hipertansif hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelendiği çalışmada, eğitim düzeyi düşük bireylerin de az sağlıklı yaşam biçimi davranışı gösterdiği ve hipertansiyonun olumsuz etkilerinden daha fazla etkilendiğini gözlemlemişlerdir (112). Kırac ve Ertaşın (2022) yaptıkları çalışmada eğitilmiş bireylerin farkındalık düzeyinin yüksek olmasından dolayı, SYBD'na daha iyi uyum sağladıkları sonucuna ulaşmışlardır (113). Literatüre göre eğitim, bireylerin bilişsel işlevlerinin gelişmesine katkı sağladığından, eğitim düzeyi yüksek bireyler, SYBD'nın faydalarını daha kolay kavraya bilirler (19,90-92,97,102). Bu nedenle eğitim düzeyi yüksek bireyler yaşam tarzı değişikliklerine daha kolay uyum sağlayıp, daha yüksek düzeyde SYBD gösteriyor olabilirler.

Çalışmamızda geliri giderine eşit olan hastaların fiziksel aktivite puanları, manevi gelişim ve SYBD puanları geliri giderinden az olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sanaati ve arkadaşlarının (2019), İranlı erkeklerin SYBD incelediği 783 kişilik bir çalışmada, çalışmamızla benzer olarak gelir düzeyi düşük olan bireylerin, daha az sağlıklı yaşam davranışları sergilediklerini gözlemlemişlerdir (114). Tezcan ve Gülsevenin (2022) yaptığı çalışmada gelir düzeyi yüksek bireylerin sağlık harcamalarına daha fazla bütçe ayırabilmelerinden dolayı fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu gibi SYBD puan ortalamaları, geliri giderden az olan bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (103). Literatürde yapılan birçok çalışmada, çalışmamızla benzer şekilde gelir düzeyi yükseldikçe SYBD puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür (18,19,92, 112-114). Esa ve Mulid'in (2023) Malezya'da KAH olan hastalarda sosyodemografik özellikler, klinik değişkenler ve yaşam tarzı değişikliğine uyum düzeyi arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun, sağlıklı bir yaşam tarzı uygulamanın yüksek finansal kaynaklar gerektirdiğine inandığı görülmüştür (115).

Çalışmamızda sigara içen hastaların sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve SYBD toplam puanları sigara içmeyen ve sigara içmeyi bırakan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu görüldü. Konu ile ilgili yapılmış benzer çalışmalarda da sigara kullanan hastaların, diğer hastalara oranla daha düşük düzeyde sağlıklı yaşam davranışları gösterdiği görülmüştür (19,91,106,114-116). Yapılan çalışmalarda, sigara

kullanımının KVH oluşturma riskini iki kat arttırdığı ve en az 5 yıl sigara kullanmayan hastaların, mevcut sigara kullanan hastalara göre tüm nedenlere bağlı ölüm riskinin önemli ölçüde azaldığı görölmüştür (117,118).

6. SONUÇLAR

Bu çalışma KABG ameliyatı sonrası hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ne düzeyde gerçekleştirdikleri ve hastaların çeşitli özelliklerine göre fark gösterip göstermediğini belirlemek amaçlanmıştır.

- Çalışmamızda KABG ameliyatı sonrasındaki dönemde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğu,
- Katılımcıların en düşük SYBD puanını fiziksel egzersiz alt boyutundan aldıkları, en yüksek puanı ise kişiler arası ilişkiler ve maneviyat alt boyutundan aldıkları,
- Yaş artıkcı hastaların sağlıklı beslenme davranışlarını daha fazla gösterdiği ve stres yönetiminde daha başarılı oldukları,
- Erkeklerin kadınlara göre daha fazla fiziksel aktivitede bulundukları ve daha yüksek manevi gelişime sahip oldukları,
- Bekârların evlilere nazaran daha fazla sağlık sorumluluklarını yerine gittiği,
- Eğitim seviyesi yükseldikçe kişilerarası ilişkilerin daha iyi olduğu, manevi gelişim düzeyinin arttığı,
- Hastaların gelir düzeyi yükseldikçe daha fazla fiziksel aktiviteye katıldıkları ve manevi gelişimlerinin daha iyi olduğu,
- Sigara kullanan hastaların kullanmayanlara göre kişilerarası ilişkiler puanı, manevi gelişim düzeyi daha düşük olduğu ve sağlık sorumluluklarını daha az yerine getirdikleri,
- Sigara kullanan hastaların, sigara kullanmayan ya da bırakmış hastalara oranla daha az sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına uydukları sonuçlarına varılmıştır.

7. ÖNERİLER

Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına uyum göstermesi, KAH'nın tekrarlaması ve ilerlemesinin önlenmesinde büyük katkı sağlar. Sağlık çalışanları hastaların sosyodemografik özelliklerini dikkate alarak düzenledikleri eğitimlerle bireylerin sağlıklı yaşam tarzı davranışlarına daha fazla uyum sağlamalarına yardımcı olabilir. Hastalar özellikle KAH'dan korunmada önemli bir yere sahip olan fiziksel egzersiz konusunda bilinçlendirilmelidir.

Bu çalışmaların ışığında finansal kaynakların yeterliliğinin hastaların SYBD'da belirgin rol oynadığı göz önüne alınarak gelir düzeyi düşük bireylerin SYBD'na uyumu arttırmak adına finansal açıdan ekonomik ya da bağımsız alışkanlıklar önem arz etmektedir. Örneğin, uyku düzenine ve süresine dikkat etmek, süresi ve yoğunluğuna dikkat ederek yürüyüş yapmak, vücut ağırlığını kullanarak egzersiz yapmak, gün içerisinde alınan kalori miktarına dikkat etmek gibi. Verilen eğitimler ile hasta ve hasta yakınlarının bu konudaki farkındalığın artırılması önerilir.

Hemşireler tarafından verilen manevi bakım hastaların stres yönetiminde, sağlıklı beslenmesinde ve fiziksel aktiviteye teşvik etmede destek olabilir. Bu şekilde hastalar sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha kolay geliştirebilecekleri düşünülmektedir. Bu çalışmanın sonuçları göz önüne alınarak özellikle kadın hastaların manevi gelişim yönünden de fazla desteklenmesi önerilir.

8. KAYNAKLAR

1. Cardiovascular diseases. World Health Organization.
Erişim: (https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1) 2023. Erişim tarihi: 08.10.2023
2. Türkiye Sağlık Platformu. Ulusal Ve Uluslararası Ölçekte Sağlık Finansmanında Hastalık Yüğü: Sağlık Finansmanı Raporu, 2020.
Erişim:(chrome_extension://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/https://tusap.org/wpcontent/uploads/2021/06/16-16nciTOPLANTI_yeni.pdf) 2023. Erişim Tarihi: 08.10.2023
3. **Connie W,Tsao,Aaron W,Aday,Zaid I, Almarzooq, Alvaro Alonso,at all.** Heart disease and stroke statistics.*A Report From the American Heart Association*,2022;145(8).
4. **Civek S,Akman M.** Dünyada ve türkiye’de kardiyovasküler hastalıkların sıklığı ve riskin değerlendirilmesi. *Jour Turk Fam Phy*,2022; 13 (1): 21-28.
5. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri 2022. *Türkiye İstatistik Kurumu*,2023,49679.
6. **Gallo, Michele, et al.** Percutaneous coronary intervention versus coronary artery bypass graft forleft main coronary artery disease: A Meta-Analysis. *The Journal Of Thoracic And Cardiovascular Surgery*,2022; 163.(1) 94-105.
7. **Shahjehan RD, Bhutta BS.** Coronary artery disease.national library of medicine.*StatPearls*,2023.
8. U.S. National center for chronic disease prevention and health promotion official website. Heart Disease Statistics. *Centers For Disease Control And Preventipn*,2022. Erişim: (<https://www.cdc.gov/heartdisease/facts.htm>) 2023. Erişim Tarihi:10.10.2023
9. **Lafçı G, Çağlı K, Özcan F.** Koroner arter baypas greft cerrahisi: güncelleme . *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 2014;22(1):211-215
10. **Bachar BJ, Manna B.** Coronary Artery Bypass Graft. Treasure Island StatPearls. Publishing, 2023;235-244. Erişim: (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507836/>) 2023.Erişim Tarihi:07.10.2023
11. **Çalışkan E, De Souza D R, Boening A, Liakopoulos O J, Choi Y H, Pepper J.** Emmert, MY.Saphenous Vein Grafts İn Contemporary Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Nature Reviews Cardiology*, 2020;17 (3), 155-169.
12. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Hayatınız İçin Kalbinize İyi Bakın. *T.C Sağlık Bakanlığı*,2023. Erişim: (<https://www.saglik.gov.tr/TR-99885/hayatiniz-icin-kalbinize-iyi-bakin.html>),2023.

13. **Farhangi M A, Najafi M.** Dietary inflammatory index: a potent association with cardiovascular risk factors among patients candidate for coronary artery bypass grafting (cabg) surgery. *nutr j.***2018**;17(15),1-10.
14. **Kim, H, Bae S H, Lim S H, Park J H.** Predictors of health-related quality of life after coronary artery bypass graft surgery. *scientific reports*, **2022**;12(1), 16119.
15. **Cho S, Kim S.** Does a healthy lifestyle matter? a daily diary study of unhealthy eating at home and behavioral outcomes at work. *Journal Of Applied Psychology*.**2022**;701(1): 23.
16. **Safabakhsh L, Jahantigh M, Nosratzahi S, Navabi 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*, **2015**;8(5):154-9.
17. **Chaitman, B. R.** Anatomy of the coronary arteries. *in coronary artery disease*, **2019**; (1-7). Erişim: (https://doi.org/10.1007/978-3-030-15950-2_1) **2023**. Erişim Tarihi: 20.10.2023
18. **Alcan AO, Korkmaz FD, akmakı H.** Koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*.**2017**;25(1), 45-51.
19. **. Gr G, Sunal N.** Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi*, **2019**; 6(2), 210-219
20. **zkan P, Byknal SK, Yiğit Z, İnci Y, şakar Fř, Ers D.** Kardiyovasküler hastalık tanısı almış hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*,**2019**;12(1), 22-31.
21. **Anna S.** Koroner arter hastalığı olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep, **2018**.
22. **Arnett Donna K, et al.** 2019 ACC/AHA Guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: executive summary: a report of the american college of cardiology/american heart association task force on clinical practice guidelines. *Circulation*, **2019**;140 (11) e563-e595.
23. **Akdemir N, Canlı,zer Z.** Koroner arter hastalıkları ve hemşire bakımı. *i hastalıkları Hemşirelik Bakımı*,**2021**;7(553-558).
24. **Doğan N, oban N.** Mitokondriyal disfonksiyonun koroner arter hastalığı üzerine etkisi-blm 2.*Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*,**2023**;1(3).

25. **Ralapanawa U, Ramiah S.** "Epidemiology and the magnitude of coronary artery disease and acute coronary syndrome: a narrative review." *Journal Of Epidemiology and Global Health*.**2021**,11(2).169.
26. **Adalet K.** Klinik kardiyoloji tanı ve tedavi.2.Baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevleri,**2019**.
27. **Lee G, Hendriks J.M.** improving outcomes in cardiovascular care—time to refocus on the hidden determinants of health? *European Journal of Cardiovascular Nursing*.**2023**;22(7), 53-54.
28. **Hasani WS R et al.** The global estimate of premature cardiovascular mortality: a systematic review and meta-analysis of age-standardized mortality rate. *BMC Public Health*.**2023**;23(1), 1561.
29. **TÜİK.** Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri, 2019. Erişim:(<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>),2020. Erişim Tarihi: 14.03.2024
30. **Brown,JC, Gerhard TE, Kwon,E.** Risk factors for coronary artery disease statpearls. **2023** Erişim:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554410/> Erişim Tarihi: 20.10.2023
31. **Force USPST, Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, et al.** Behavioral counseling interventions to promote a healthy diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults with cardiovascular risk factors, us preventive services task force recommendation statement. *JAMA*. **2020**;324(20):2069-75.
32. **Yahagi K, Kolodgie FD, Lutter C, et al.** Pathology of human coronary and carotid artery atherosclerosis and vascular calcification in diabetes mellitus. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. **2017**;37(2):191-204.
33. **Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Back M, et al.** ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*, **2021**;42(34):3227-337.
34. **Brown Jonathan C, Thomas E.** Gerhardt, and edward kwon. "Risk factors for coronary artery disease." (2020).
35. **Tamam N, Mohamad MD FACC, FSCAI, RVPI.** Primary and secondary prevention of coronary artery disease. Erişim: (<https://emedicine.medscape.com/article/164214>) **2019**. Erişim Tarihi:4.11.2023
36. **Demircan, S.** Ateroskleroz: Primer ve sekonder korunma. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*.**2012**;29(3s), 141-146.

37. **Regmi M, Siccardi MA.** Coronary artery disease prevention. *StatPearls*,2023. Erişi: (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547760/>) Erişim Tarihi: 4.11.2023
38. **Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, et al.** ACC/AHA Guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: executive summary: a report of the american college of Cardiology/American heart association task force on clinical practice guidelines [published correction appears in *Circulation*. 2019;140(11):647-648.
39. **Prasad K.** Current status of primary, secondary, and tertiary prevention of coronary artery disease. *Int J Angiol*. 2021; 30(3):177-186.
40. **Schmidt AF, Carter JL, Pearce LS, Wilkins JT, Overington JP, Hingorani AD, Casas JP.** PCSK9 Monoclonal antibodies for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;10(10)
41. **Rahimi, Kazem, et al.** "pharmacological blood pressure lowering for primary and secondary prevention of cardiovascular disease across different levels of blood pressure: an individual participant-level data meta-analysis,*The Lancet*, 2021: 397(10285), 1625-1636.
42. **Nichols M, Townsend N, Scarborough P, Rayner M.** Cardiovascular disease in europe. *Europe Heart Journa*. 2014, 35:2950-9.
43. **Doenst T, Thiele H, Haasenritter J, Wahlers T, Massberg S, Haverich A.** The treatment of coronary artery disease. *Dtsch Arztebl Int*,2022;119(42):716-723.
44. **Nicolau, JC, Filho, CSF, Petriz JL, Furtado R HM, Precoma DB, Et Al.** Brazilian society of cardiology guidelines on unstable angina and acute myocardial infarction without st-segment elevation. *Arquivos Brasileiros De Cardiologia*, 2021:117, 181-264.
45. **Kalyoncuoğlu, Muhsin, et al.** "Güncel tedavi kılavuzları ışığında kronik iskemik kalp hastalığı tedavisine yaklaşım." *Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tıp Bulteni*, 2017:55.(2),85-98.
46. **Kalkan,Uğurlu,Y. Özalkan,H.Enç.N.** Kardiyovasküler hastalıklarda primer ve sekonder korunma. *Kardiyovasküler Hemşirelik*.2.Baskı,İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri.Tiç.Ltd.Şti.2022:59-72.
47. **Yamazaki, M.** Monitoring of antithrombotic therapy. *journal of atherosclerosis and thrombosis*, 2020:27(3), 201-203.
48. **Michael A, Laffan, Richard A, Manning A.** Laboratory control of anticoagulant, thrombolytic and antiplatelet therapy: Barbara J. Bain, Imelda Bates, Michael A. Laffan, Dacie and Lewis. *Practical Haematology (Twelfth Edition)*,Elsevier.2017: 425-438.
49. **Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Derneği Dislipidemi Tanı Ve Tedavi Kılavuzu**,2021;9,53-63.

50. **Goncuoglu C, Cetinadam H, Demirkan K, Ünal S.** The role of statins in sepsis. *Flora Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji Dergisi*. **2021**;26(3):369-377.
51. **Ramkumar S, Raghunath A, Raghunath S.** Statin therapy: review of safety and potential side effects. *Acta Cardiol Sin*. **2016**:631-639.
52. **Demir,Korkmaz,F.**Kalp damar cerrahisinde bakım.2.Baskı, Ankara:*Akademisyen Tıp Kitapevi Tic.Ltd.Şti.*,**2017**:700-778.
53. **Hokkanen, M. Huhtala, H. Laurikka, J. Järvinen, .** The effect of postoperative complications on health-related quality of life and survival 12 years after coronary artery bypass grafting—a prospective cohort study. *Journal Of Cardiothoracic Surgery*, **2021**;16(1),
54. **Khan MS, Islam MY, Ahmed MU, Bawany FI, Khan A, Arshad MH.** On pump coronary artery bypass graft surgery versus off pump coronary artery bypass graft surgery: a review. *Glob J Health Sci*. **2014**:6(3),186-93.
55. **Jan A, Hayat MK, Khan MAA, Ullah R.** Trends in per-operative parameters and postoperative complications associated with coronary artery bypass graft surgery (cabg); a four-year retrospective study. *Pak J Med Sci*, **2021**:37(7):1734-1739.
56. **Scott N, Morrell, et al.** Risk factors for post sternotomy wound complications across the patient journey: a systematised review of the literature. *Heart & Lung*, **2022**;55: 89-101.
57. **Karakaş O, Yurtseven O, Savaşkan D.** Koroner arter baypas cerrahisi sonrası atriyal fibrilasyon: risk faktörleri. *Göğüs Kalp Damar Anestezi ve Yoğun Bakım Dergisi*, **2020**;26(2):71-9.
58. **Montrief T, Koyfman A, Long B.** Coronary artery bypass graft surgery complications: a review for emergency clinicians. *the american journal of emergency Medicine*,**2018**;36(12):2289-2297.
59. **Aydın A, Gürsoy A.** The care needs and care dependency of coronary artery bypass graft (cabg) patients after hospital discharge. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, **2019**;16 (1):8-14.
60. **Avcı Işık S.**Koroner Arter hastalıkları cerrahisi ve hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri Dergisi*., **2018**; 4.(1):8-19.
61. **Yanık Çam T, Yılmaz Gürdil S.** Kardiyovasküler cerrahi sonrası yoğun bakımda yaşanan sorunlar ve hemşirelik bakımı. *Sağlık Bilimleri Üniv Hemşirelik Derg*,**2019**;1(2):122-6.
62. **Kankaya, E. A. Bilik, Ö.** Kalp kapak ameliyatı sonrası güncel hemşirelik yaklaşımları: bakım neden önemli. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*,**2018**;7 (2):101-111.

63. **Balanuye, B. Bulut, H.** Kardiyak cerrahi girişim geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde uyum süreci. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD*,2021;6(3).
64. **WHO.** What is the WHO definition of health? Erişim: (<https://www.who.int/about/frequently-asked-questions>) 2023.Erişim Tarihi:28.11.2023.
65. **Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ.** The health promoting lifestyle profile development and psychometric characteristics. *Nursing Research*,1987;36(2): 76-80.
66. **Devran H, Üçgün AB, Yürekli MV, Uskun E.** Yaşam kalitesinin yordayıcısı olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları: tıp fakültesi öğretim elemanları örneği. *Turkish Journal of Public Health*,2021;19(1), 55-68.
67. **Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A.** Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği 11'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg.* 2008;12(1):1–13.
68. **Yanık A, Noğay NH.** Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Firat Tıp Dergisi*, 2017;22(4).
69. Key Principles of Health behavior change. models and mechanisms of public health, lumen learning. Erişim: (<https://courses.lumenlearning.com/suny-buffalo-environmentalhealth/>) Erişim Tarihi: 02.12.2023.
70. **Niu M, Chen J, Hou R. et al.** Emerging healthy lifestyle factors and all-cause mortality among people with metabolic syndrome and metabolic syndrome-like characteristics İn NHANES. *J Transl Med*,2023;21, 239.
71. **Honório S, Santos J, Serrano J, Rocha, J, Petrica, J, Ramalho A, Batista M.** Lifelong healthy habits and lifestyles. In *Sport Psychology in Sports, Exercise and Physical Activity*. IntechOpen, 2021.
72. **Lourida I, Hannon E, Littlejohns TJ, Langa KM, Hypponen E, Kuzma E, Llewellyn DJ.** association of lifestyle and genetic risk with incidence of dementia. *JAMA*. 2019;322:430–7.
73. **Kris-Etherton PM, Petersen KS, Velarde G, Barnard ND, Miller M, Ros TE.** Barriers, opportunities, and challenges in addressing disparities in diet-related cardiovascular disease in the united states. *J Am Heart Assoc*, 2020; 9 (7): e014433.
74. **Gallucci G, Tartarone A, Lerosé R, Lalinga AV, Capobianco AM.** Cardiovascular risk of smoking and benefits of smoking cessation. *J Thorac Dis*,2020;12(7):3866-3876.

75. **Sungur C, Kar A, Kıran Ş, Macit M.** Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi: klinik sağlık hizmeti alan hastalar üzerinde bir araştırma. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*,**2019**; 8(15): 43-52.
76. **Koç A, Tayaz E, Uysal N, Öztaş D.** Sağlık hizmetlerinde hizmet kullanım tarafının en önemli bileşeni: sağlık okuryazarlığı. *Ankara Medical Journal*,**2020**; 20(1), 205-213.
77. **Şahin ÇE, Sezerol MA, Muhammed ATAK.**Türkiye'deki birinci basamak sağlık merkezlerinde sağlıklı beslenme ve obezite hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*, **2021**;26(1), 60-69.
78. **WHO.** Physical Activity. World Health Organization,**2023**. Erişim: (https://www.who.int/health-topics/physical-activity#tab=tab_1)**2023**. Erişim Tarihi:09.12.2023
79. **Bull, Fiona C. et al.** "World Health Organization 2020 Guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British journal of sports medicine*,**2020**;54(24),1451-1462.
80. **Boztilki M, Ardiç E.** Maneviyat ve sağlık. *Journal of Academic Research in Nursing*,**2017**;3(1), 39-45.
81. **Yavuz DE.** Stres ve sağlığı geliştirmede stres Yönetimi. *Sağlık Hizmetleri ve Eğitimi Dergisi*,**2023**;7(1), 9-14.
82. **Hirschey R, Tan KR, Petermann VM, Bryant AL.** Healthy lifestyle behaviors: nursing considerations for social determinants of health. *Clinical journal of oncology nursing*,**2021**;25(5), 42.
83. **Washington R.** The role of community health nurses in preventing chronic diseases,**2023**. Erişim:(<https://www.linkedin.com/pulse/role-community-health-nurses-preventing-chronic-ray-washington-bzprc>), **2023**. Erişim Tarihi: 22.03.2024
84. **Bakaeen FG, Akas Z, Svensson LG.** Redo coronary artery bypass grafting. *Indian J Thorac Cardiovasc Surg*, **2018**;34(Suppl 3):272-278.
85. **Li Y, Pan A, Wang DD, Liu X, Dhana K, Franco OH, et al.** Impact of healthy lifestyle factors on life expectancies in the us population. *Circulation*, **2018**;138:345–355.
86. **Yücel H, Şenarslan DA.** Koroner Arter Baypas Graft (KABG) ameliyatı olan hastalarda aterosklerozun ilerlemesi ile hematolojik parametreler arasındaki ilişki. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **2020**; 7(1), 29-34.

87. **Alkan S, Topal E, Hanedan MO, Mataracı İ.** Assessment of healthy lifestyle behaviors after coronary artery bypass surgery. *Türk Kardiyol Dern Ars.* **2018**;46(3), 169-174.
88. **Onat A, Karakoyun S, Akbaş T, Karadeniz FÖ, Karadeniz Y, Çakır H, Can G.** TEKHARF 2014 taraması ve türkiye'de coğrafi bölgelere göre ölüm oranı ile koroner hastalık insidansı. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi.* **2015**;43(4).
89. Türk Kardiyoloji Derneği. Koroner kalp hastalığı riski ve değerlendirilmesi.TKD, **2017**. Erişim;(URL: <http://www.webcitation.org/query>.) Erişim Tarihi: 26.05.2024
90. **Akkuş Ş.** Kardiyak cerrahi planlanan hastaların öz etkililikleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık algılarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa, **2021**.
91. **Erdoğan S.** Kalp ve damar cerrahisi geçiren hastaların taburculuk öğrenim gereksinimleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sivas, **2019**.
92. **Candemir N.** Acil servis ünitesine başvuran akut koroner sendrom tanısı almış bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Nevşehir, **2019**.
93. **Kelli HM, Mehta A, Tahhan AS, et al.** Low educational attainment is a predictor of adverse outcomes in patients with coronary artery Disease. *J Am Heart Assoc.* **2019**;8(17):e013165.
94. **Al-Zaru IM, Shahrour G, Masha'al D, Hayajneh AA.** Depression and adherence to healthy lifestyle behaviors among patients with coronary artery diseases in jordan. *Heliyon*, **2022**,8(7), e09752.
95. **Ağar A.** Yaşlılarda ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, **2020**,3(3), 347-354.
96. **Aytekin D.** Egzersizin kardiyovasküler hastalıklardaki faydaları: mekanizmalardan klinik uygulamaya. *Spor Kardiyolojisi Alt Kurulu Bülteni*, **2024**;4(1).
97. **Kaya S, Koca AGGŞ, Kartal N, Çilhoroz, Y, Akturan S.** Genel cerrahi polikliniğine başvuran hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, **2021**;8(2), 351-367.
98. **Li J, Yu J, Chen X, Quan X, Zhou L.** Correlations between health-promoting lifestyle and health-related quality of life among elderly people with hypertension in hengyang, hunan, China. *Medicine (Baltimore)*, **2018**;97(25):e10937.

99. **Sverre E, Peersen K, Husebye E, et al.** Unfavourable risk factor control after coronary events in routine clinical practice. *BMC Cardiovasc Disord*, **2017**;17(1):40.
100. **Sverre, E. et al.** Preventable clinical and psychosocial factors predicted two out of three recurrent cardiovascular events in a coronary population. *BMC Cardiovascular Disorders* , **2020**,20:1-9.
101. **Stefaniak AR, Blaxton JM, Bergeman CS.** Age differences in types and perceptions of daily stress. *The International Journal of Aging and Human Development*, **2022**;94(2):215-233.
102. **Yuhas D** Your response to stress improves as you grow older. *Scientific American*, **2023**,328(3). doi:10.1038/scientificamerican0323-70
103. **Kira S Birditt, Angela Turkelson, Karen L Fingerman, Courtney A Polenick, Akari Oya.** Age differences in stress, life changes, and social ties during the covid-19 pandemic: Implications for psychological well-being, *The Gerontologist*, **2021**;61(2),205–216.
104. **Tezcan B, Gülseven Karabacak B.** Diyabetli hastaların sağlığı geliştirici davranışları ile sosyodemografik ve klinik özellikleri arasındaki ilişki. *Klinik ve Deneysel Sağlık Bilimleri*, **2022**;12(2):360-367.
105. **Dehkordi, L. M.** Health-Promoting lifestyle among people without heart disease in İsfahan. *International Journal of Preventive Medicine*, **2018**;9(1), 95.
106. **Değerli H, Yiğit A.** Sağlığın Korunması ve geliştirilmesinde bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyinin belirlenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, **2020**;11(27), 573-586.
107. **Russo-Netzer P.** Spiritual development. M. H. Bornstein, M. E. Arterberry, K. L. Fingerman, J. E. Lansford (Eds.), SAGE Encyclopedia of Lifespan Human Development, 2017.
108. **Sahin A, Ovayolu Ö, Ovayolu N.** Healthy lifestyle behaviors of the patients with diabetes. *International Journal of Caring Sciences*, **2021**, 14.3: 1740-1748.
109. **Park CL, Sacco SJ.** Heart failure patients' desires for spiritual care, perceived constraints, and unmet spiritual needs: relations with well-being and health-related quality of life. *Psychology, Health & Medicine*, **2017**,22(9), 1011-1020.
110. **Çelik A, Ersoy P.** Öğretmenlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları: Diyarbakır ili Silvan ilçesi örneği. *Medical Journal of Süleyman Demirel University*, **2022**,29(3), 336-345.
111. **Areum Kim, Jung Ah Lee, Hye Soon Park.** Health behaviors and illness according to marital status in middle-aged Koreans, *Journal of Public Health*, **2018**,40(2),99-106.

- 112. Sang S, Kang N, Liao W. Et Al.** The influencing factors of health-related quality of life among rural hypertensive individuals: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*, **2021**,19(244).
- 113. Kırac ÇF, Ertaş H.** Yetişkin Bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve hasta aktivasyonunun değerlendirilmesi: kesitsel bir araştırma. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, **2022** 7(1).
- 114. Sanaati, F, Geranmayeh M, Behboodi Moghadam Z. et al.** A population-based study of health-promoting behaviors and their predictors in iranian males, **2019**,79(23).
- 115. Esa NM, Mulud ZA, Abd Malek AM.** Association between sociodemographic characteristics, clinical variables and adherence level on lifestyle modification among patients with coronary artery disease. *The Malaysian Journal of Nursing*, **2023**, 15(1), 63-70.
- 116. Terzi Ö, Yenerçay FNT, Özdemir Ş, Yenerçay M.** Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışına etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*,**2021**; 54(1), 78-83.
- 117. Tuncer R, Alican EN, Beyhan A, Kolaç N.** sigara içen ve içmeyen erişkinlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının karşılaştırılması. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, **2022**;4(2), 102-114.
- 118. Dülek H, Vural ZT, Gönenç I.** Kardiyovasküler hastalıklara etki eden faktörlerin değerlendirilmesi ve kardiyovasküler risk skorlamalarının karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi*,**2019**; 46(3), 449-459.

EKLER

EK-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

(Koroner Arter Bypass Ameliyatı Olan Hastalar)

KORONER ARTER BYPASS AMELİYATI OLAN HASTALARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı-soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız. Teşekkür ederiz.

SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA, YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR
ÇERÇEVESİNDE HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KENDİ
RIZAMLA KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Katılımcı ile görüşen kişi:

Adı Soyadı, Ünvanı: Yüksek Lisans Öğrencisi Yasenya DEMİR BARUTÇU

Adres: Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Tel.0543*****

EK-2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Değerli Katılımcı;

Bu çalışma koroner arter bypass greft ameliyatı olmuş hastaların taburculuk sonrasında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla İç Hastalıklar Hemşireliği alanında yapılan bir yüksek lisans tezidir. 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.

Yatış Tarihi :..... Ameliyat Tarihi:..... Taburculuk Tarihi:.....

1- Yaşınız?.....

2- Kilo (kg):

Boy (m):

BKİ değeri:

3- Cinsiyet a) Kadın b) Erkek

4- Medeni durumu a) Evli b) Bekar

5- Eğitim durumunuz nedir?

a) Okuryazar b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite

6- Mesleğiniz nedir?

a) Çalışmıyor b) Memur c) Emekli d) İşçi e) Serbest Meslek f) Çiftçi
g) Diğer (belirtiniz.....)

7- Ailenizin ekonomik durumu nedir?

a) Gelir giderden az b) Gelir gidere eşit c) Gelir giderden fazla

8- Sosyal güvenceniz var mı? a) Var b) Yok

9- Evde kiminle yaşıyorsunuz?

a) Yalnız b) Eşimle c) Çocuklarımla d) Eşim ve çocuklarımla e) Geniş aile (anne, baba, çocuk, aile büyükleri, ikinci derece akraba)

10- Başka bir hastalığınız var mı? Varsa belirtiniz.....

11- Ameliyat sonrası taburculuk eğitimi aldınız mı? (hayır ise 14.soruya geçiniz)

a) Evet b) Hayır

12-Taburculuk eğitimini nereden/kimden aldınız? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

a) Hemşire b) Hekim c) İnternet d) Broşür/Kitapçık e) Komşu/Akraba f) Diğer:...

13. Sigara kullanıyor musunuz? a) Evet (ise ...gün/paket) b) Hayır c) Bıraktım(...yıl)

14. Alkol kullanıyor musunuz? a) Evet (.....gün/kadeh) b) Hayır

15. Düzenli olarak kullandığınız ilaçlar var mı? Varsa belirtiniz.

EK-3. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

		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 hissedirim.				
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 hissedirim.				
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 kucaklaşıyorum.				
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-4. İZİN BELGESİ

Tarih ve Sayı: 29/12/2022-E.597966



T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-96472664-050.06.04
Konu : Bilimsel Araştırma İzni (Yasenya
DEMİR BARUTÇU)

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Yasenya DEMİR BARUTÇU/ tarafından SBU Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yürütülmek istenen, "Koroner Arter Baypassı Ameliyatı Sonrası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi" başlıklı, ekte bulunan bilimsel araştırma talebi Müdürlüğümüz "Sağlık Tesislerinde Klinik Araştırma, Gelişimsel Olmayan Klinik Araştırma ile Bilimsel Araştırma ve Proje Çalışmaları Öm İzni Değerlendirme Komisyonu" tarafından 23 Aralık 2022 tarihli toplantıda değerlendirilmiştir.

Başvuru talebinin, Covid-19'a karşı gerekli önlemlerin alınması, çalışmaya katılacak gönüllülerin açık rızasının alınması, kişisel veri elde edilmesi/işlenmesi durumunda 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve alt düzenlemelerine uygun şekilde hareket edilmesi ve çalışma sonuçlarının Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı Ar-Ge ve Proje Koordinatörlüğüne sunulması koşulu ile, uygun bulunduğu talep sahibine bildirilmesi hususunda;

Bilgilerimizi ve gereğini arz ederim

Dr. Ahmet Yücel ÇOMU/
Müdür a.
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

Ek: Bilimsel Araştırma Talebi (Yasenya DEMİR BARUTÇU)

EK-5. ETİK KURUL KARARI

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKULTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
127		4 Kasım 2022

KARAR NO 39- Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Doktor öğretim üyesi Gülşah Kumaş yönetiminde, Yasenya Demir Barutçu tarafından yürütülmesi öngörülen, "Koroner Arter Baypass Ameliyatı Olan Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

ÖZGEÇMİŞ

Yasemin DEMİR DADUTCU, İstanbul'da doğdu. İlk ve ortaokulu Çarşıyurt İ.Ö.O.

lise

Ün

her

En

yıl

her