



T.C  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**AÇIK KALP AMELİYATI ÖNCESİNDE  
AMELİYATHANE HEMŞİRESİNİN  
BİLGİLENDİRİCİ ZİYARETİNİN HASTALARIN AMELİYAT  
SONRASI KAYGI DÜZEYİNE ETKİSİ**

LEYLA SİNAN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. SELDA RIZALAR

İSTANBUL-2019

## TEŐEKKÖR

Yüksek lisans eğitimin ve tez çalışmam süresince akademik deneyimlerini, bilgi birikimini ve katkısını esirgememiş olan değerli hocam Doç. Dr. Selda RIZALAR'a, Tez çalışmam için izin vermiş olan Hisar Intercontinental Hospital Başhekimliği ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne,

Tezin uygulama safhasında yardım ve destek sağlamış olan Hisar Intercontinental Hospital KVC Yoğun Bakım ve Kalp Damar Cerrahisi Servis ekibine,

Hayatım boyunca tüm destekleriyle yanımda olan Aileme teşekkürlerimi sunarım.



## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU .....	i
BEYAN .....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ .....	vi
TABLOLAR LİSTESİ .....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	ix
1.ÖZET .....	1
2.ABSTRACT .....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER .....	6
4.1. Kalp cerrahi yöntemleri .....	6
4.1.1. Tarihçe .....	6
4.1.2. Kalp cerrahisi.....	7
4.1.2.1. Koroner arter bypass greft.....	8
4.1.2.2. Kalp kapak cerrahisi .....	8
4.1.3. Kalp cerrahisi komplikasyonları .....	9
4.2. Kalp-Damar Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı .....	11
4.2.1. Cerrahi İşlem Öncesi Hemşirelik Bakımı .....	11
4.2.2. Cerrahi İşlem Sırasında Hemşirelik Bakımı .....	12
4.2.3. Cerrahi İşlem Sonrası Hemşirelik Bakımı .....	12
4.3. Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Hastalarda Kaygı .....	13
4.3.1. Kaygı düzeyleri .....	15
4.3.1.1. Hafif kaygı .....	15
4.3.1.2. Orta kaygı.....	15
4.3.1.3. Şiddetli kaygı .....	16
4.3.1.4. Panik kaygı .....	16
4.4. Hastaların Cerrahi Girişime Yönelik Kaygılarının Azaltılmasında Hemşirelik Yaklaşımları .....	16
5. GEREÇ VE YÖNTEM .....	18
5.1. Araştırmanın Amacı .....	18

5.2. Araştırmanın Hipotezleri .....	18
5.3. Araştırmanın Şekli .....	18
5.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	18
5.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	19
5.6. Araştırmanın Etik Yönü .....	20
5.7. Verilerin Toplanması .....	22
5.7.1. Veri toplama araçları .....	22
5.7.2. Veri toplama formu .....	22
5.8 Araştırmanın uygulanması .....	23
5.9 Veri toplama formu değerlendirilmesi .....	25
6. BULGULAR .....	26
7. TARTIŞMA .....	49
8. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	59
9. KAYNAKÇA.....	61
10. EKLER .....	73
11. ETİK KURUL ONAYI .....	79
12.ÖZGEÇMİŞ .....	82

## KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>EKS</b>	Ekstra Korporal Sirkülasyon (Kalp-Akciğer Makinesi)
<b>SPSS</b>	Statistical Package for Social Science
<b>KAH</b>	Koroner Arter Hastalığı
<b>KKH</b>	Koroner Kalp Hastalığı
<b>İKH</b>	İskemik Kalp Hastalığı
<b>HT</b>	Hipertansiyon
<b>DM</b>	Diyabetes Mellitus
<b>AD</b>	Aort Darlığı
<b>AY</b>	Aort Yetmezliği
<b>MY</b>	Mitral Yetmezlik
<b>MD</b>	Mitral Darlık
<b>PDA</b>	Patent Duktus Arteriozus
<b>ASD</b>	Atriyal Septal Defekt
<b>KABG</b>	Koroner Arter Bypass Greft
<b>KVC</b>	Kardiyovasküler Cerrahi
<b>KPB</b>	Kardiyo Pulmoner Bypass
<b>ABY</b>	Akut Böbrek Yetmezliği
<b>MI</b>	Miyokard İnfarktüs
<b>DSAÖ</b>	Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği
<b>PTCA</b>	Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (Perkütan Transluminal Koroner Anjioplasti)
<b>MICAB</b>	Minimal Invaziv Koroner Arter Bypass

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo</b>	<b>Sayfa</b>
<b>Tablo 6.1.</b> Bireylerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı .....	26
<b>Tablo 6.2.</b> Bireylerin Hastalığa İlişkin Özellikleri ve Ameliyata Yönelik Endişe Yaşadığı Konuların Dağılımı.....	30
<b>Tablo 6.3.</b> Hastaların Ameliyat Sonrası Durumlarının Dağılımı.....	32
<b>Tablo 6.4.</b> Deney ve Kontrol Gruplarının Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması .....	33
<b>Tablo 6.5.</b> Deney ve Kontrol Gruplarının Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Karşılaştırılması .....	34
<b>Tablo 6.6.</b> Deney ve Kontrol Gruplarının Ameliyata Yönelik Endişe Yaşadığı Konulara Göre Karşılaştırılması .....	34
<b>Tablo 6.7.</b> Deney ve Kontrol Gruplarının Ameliyat Sonrası Sağlık Durumlarına Göre Karşılaştırılması .....	35
<b>Tablo 6.8.</b> Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeğine İlişkin Durumluk Kaygı Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı .....	36
<b>Tablo 6.9.</b> Çalışmaya Katılan Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Dağılımı .....	37
<b>Tablo 6.10.</b> Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	38
<b>Tablo 6.11.</b> Deney ve Kontrol Gruplarının Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	39
<b>Tablo 6.12.</b> Çalışma Durumlarına Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları .....	40
<b>Tablo 6.13.</b> Geçmişte Hastaneye Yatma Deneyimine Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları .....	41
<b>Tablo 6.14.</b> Geçirilmiş Cerrahi Deneyimine Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları .....	42
<b>Tablo 6.15.</b> Bilinen Kronik Hastalık Varlığına Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları .....	43

<b>Tablo 6.16.</b> Ameliyata Yönelik Endişe Yaşadığı Konulara Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları .....	44
<b>Tablo 6.17.</b> Ameliyat Sonrası Yeterli Uyku Durumuna Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları .....	46
<b>Tablo 6.18.</b> Eğitim Durumuna Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları .....	47
<b>Tablo 6.19.</b> Yaş, Ekstübasyon Süresi, Yoğun Bakımda Kalış Süresi, Mobilizasyon Süresi İle Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları .....	48



## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 5.1. Araştırmanın Akış Şeması .....	21
Şekil 6.1. Bireylerin Yaş dağılımı.....	27
Şekil 6.2. Bireylerin Yaş grupları dağılımı .....	27
Şekil 6.3. Bireylerin Cinsiyet dağılımı .....	28
Şekil 6.4. Bireylerin Medeni durum dağılımı .....	28
Şekil 6.5. Bireylerin Eğitim durumu dağılımı .....	29
Şekil 6.6. Bireylerin Çalışma durumu dağılımı.....	29
Şekil 6.7. Bireylerin Yaşadığı yerlerin dağılımı .....	30
Şekil 6.8. Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı .....	31
Şekil 6.9. Hastaların Ameliyata Yönelik Endişe Yaşadığı Konuların Dağılımı.....	31
Şekil 6.10. Hastaların Ameliyat sonrası şikayetlerin dağılımı .....	33
Şekil 6.11. Durumluk ve Sürekli kaygı puanlarının dağılımı .....	38
Şekil 6.12. Deney ve Kontrol Gruplarının Durumluk Kaygı Puanları .....	39
Şekil 6.13. Deney ve Kontrol Gruplarının Sürekli Kaygı Puanlarının Dağılımı ....	40



## 1.ÖZET

### AÇIK KALP AMELİYATI ÖNCESİNDE AMELİYATHANE HEMŞİRESİNİN BİLGİLENDİRİCİ ZİYARETİNİN HASTALARIN AMELİYAT SONRASI KAYGI DÜZEYİNE ETKİSİ

Bu çalışmanın amacı açık kalp ameliyatı öncesinde ameliyathane hemşiresinin bilgilendirici ziyaretinin hastaların ameliyat sonrası kaygı düzeyine etkisini belirlemektir. Yarı deneysel olarak gerçekleştirilen çalışma, 01.10.2017 - 28.10.2018 tarihleri arasında özel bir hastanenin Kalp-Damar Cerrahisi Servisi ve Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi'nde yürütülmüştür. Araştırma örneğine 60 kişi dahil edilmiştir. Araştırmanın verileri, "Veri Toplama Formu" ve "Durumluk-Sürekli kaygı Ölçeği" ile toplanmıştır. Hastaların yaş ortalaması 58,37±13,07 olup, %85'i erkek, %95'i evli, % 46,7'si İlköğretim mezunudur. Hastaların %80'inin tanısı Koroner Arter Hastalığı'dır. Hastaların ifade ettikleri kaygı nedenleri; bedeni üzerinde denetimi kaybetme (%48,3), sakat kalma (%30), aileden ayrı kalma (%51,7), ölüm korkusu (%75) ve ağrı (%100) olmuştur. Araştırmamızda deney grubunda durumluk kaygı puanı ortalaması 30,90±10,40, sürekli kaygı puanı ortalaması 39,30±8,76 olup, kontrol grubunda durumluk kaygı puanı ortalaması 36,07±8,00, sürekli kaygı puanı ortalaması 41,70±5,41 olarak saptandı. Deney ve kontrol grubunun durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p=0.035$ ;  $p<0.05$ ).

Sonuç olarak cerrahi girişim öncesi hemşire tarafından bilgilendirici ziyaret yapılmasının, ameliyat sonrası dönemde hastanın durumluk kaygı düzeyini azalttığı belirlendi. Ancak bilgilendirici ziyaretin, ameliyat sonrası dönemde hastanın sürekli kaygı düzeyi üzerinde etkisi olmadığı saptandı. Bireysel ve hastalık ile ilgili değişkenlerin durumluk ve sürekli kaygı puanını etkilemediği görüldü.

**Anahtar Sözcükler:** açık kalp cerrahisi, eğitim, hemşirelik, kaygı, ziyaret,

## **2.ABSTRACT**

### **THE EFFECT OF INFORMATIVE VISIT OF OPERATING ROOM ON POSTOPERATIVE ANXIETY LEVEL BEFORE OPEN HEART SURGERY**

The aim of this study was to determine the effect of informative visit of the operating room nurse on postoperative anxiety level before open heart surgery. This semi-experimental study was carried out between 01.10.2017 / 28.02.2018 at the private Hospital Adult Cardiovascular Surgery Service and Adult Cardiovascular Surgery Intensive Care. The study included 60 patients who agreed to participate. The data of the study was collected with "Data Collection Form", "State-Trait Anxiety Scale". The mean age of the patients was  $58,37 \pm 13,07$ , 85 % were male, 95% were married, 46,7% were primary school graduates, and most of them had coronary artery disease (80%). Causes of anxiety expressed by patients are as follows; loss of control of the body (48,3%), disability (30%), be away from the family (51,7%), risk of death (75%) and pain (100%). In our study, the mean state anxiety score was  $30,90 \pm 10,4$ , the mean trait anxiety score was  $39,3 \pm 8,76$  of the experimental group, and the mean state anxiety score  $36,07 \pm 8$ , the mean trait anxiety score was  $41,70 \pm 5,41$  of the control group. Statistically significant difference was found between the mean state anxiety scores of the experimental group and control group ( $p=0.035$ ;  $p<0.05$ ).

As a result, it was determined that an informative visit by the nurse before the surgical intervention decreased the patient's state anxiety level in the postoperative period. However, it was found that the informative visit had no effect on the patient's trait anxiety in the postoperative period. Individual and disease-related variables did not affect state and trait anxiety scores.

**Key Words :** open heart surgery, education, nursing, anxiety, visit,

### 3.GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde; eğitimin ve ekonomik standartların yükselmesi, aynı zamanda beslenme alışkanlıklarındaki farklılaşma, bulaşıcı özelliği olan hastalıkların kontrolü gibi faktörler tahmini yaşam süresinin artmasında önemli rol oynamaktadır. Yaşam süresinin uzaması istendik bir durum olmakla birlikte beraberinde kronik hastalıklarda artışı da getirmektedir (1). 2014 yılı Dünya Sağlık Örgütü Global Durum Raporu (WHO Global Status Report) verilerine göre, kronik hastalık kaynaklı yaşam kayıplarının %46,2'si (17,5 milyon) kalp hastalıklarına bağlı gerçekleşmektedir. Kalp hastalığı nedeni ölümlerin 7,4 milyonu kalp krizi, 6,7 milyonu serebro vasküler olay kaynaklıdır. Kronik hastalık kaynaklı 70 yaş altı ölümlerin %37'si kalp hastalıkları nedeniyle meydana gelmiştir. Kalp ve damar sistemi kaynaklı ölümlerin 2030 yılına kadar 22,2 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (2).

Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) verilerine göre; kalp hastalıkları nedeni ölümlerin oranı her geçen gün artmaktadır. Tüm ölüm nedenleri arasında, kalp hastalıklarına bağlı ölümler; 1989'da %40, 1993'te %45, 2009'da %40, 2013'te %39,6, 2014'te %40,4 ile en üst sırada yer almıştır. 2018 TÜİK istatistiksel verilerine göre; dolaşım sistemi hastalıkları sebebiyle yaşanan ölümlerin; %8'i hipertansif hastalıklardan, %24'ü serebrovasküler hastalıklardan, %24'ü diğer kalp hastalıklarından, %40'ı da iskemik kalp hastalığından kaynaklanmaktadır (3). Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) verilerine göre; dünyada tüm ölüm sebepleri arasında; kalp ve damar hastalıkları ilk sırada yer almaktadır. Ayrıca; iskemik kalp hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklar da sonraki ölüm nedenlerini oluşturmuştur. Küresel olarak, uzunca bir süre daha bu şekilde devam edeceği düşünülmektedir (4).

Kalp hastalıklarının tedavisinde tıbbi yöntemler, girişimsel yöntemler ve cerrahi tedavi yer alır. Tıbbi ve girişimsel yöntemler ile tedavi olanaksız ise kalp cerrahisine başvurulmaktadır. Açık Kalp cerrahisi konjenital kalp cerrahisi, koroner arter hastalığının cerrahisi, kapak ameliyatları ve kalp nakli gibi işlemleri kapsamaktadır. Açık Kalp Cerrahisi kalp hastalıklarının tedavisinde etkili ve sıklıkla uygulanan bir yöntem olmakla birlikte (7), bireyi fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden etkileyen en önemli tedavi girişimlerinden birisidir (5,6).

Araştırmalarda; açık kalp ameliyatı sonrasında genellikle kaygı, depresyon, cinsel işlev bozukları, sosyal yaşamda sorunlar yaşandığı saptanmıştır. Araştırmalar tanı ve tedavi amacıyla yapılan birçok invaziv veya noninvaziv uygulamalardan önce ve sonra hastaların kaygı, kaygı ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Ameliyattan önceki safhada kaygı düzeyi yüksek olan veya kaygıyı kabul etmeyen kişilerin ameliyattan sonra uyum, iyileşme ve morbidite düzeylerinin olumsuz olarak etkilendiğı ortaya koyulmaktadır. Kalp ameliyatı olan kişilerde ağırlıklı olarak kaygı bozukluğu, travmadan sonra kaygı sorunu ve ameliyatın önce kaygı seviyesi yüksek düzeyde olan hastaların ameliyattan sonra da kaygı düzeyinde yükseklik olduğu bildirilmektedir. (21,97).

Ameliyat öncesi kaygı, ameliyat öncesi dönemde başlayıp, cerrahi operasyon sonrası ve hastanede yatış süresince artarak devam eder. Çeşitli çalışmalarda yüksek kaygının, hastaların yaklaşık %5'inde tedavinin reddedilmesine dahi neden olduğu bildirilmiştir. Yüksek kaygı seviyesi; intraoperatif anestezi ilaç gereksinimlerini artırır, postoperatif dönemde ağrı kontrolünü zorlaştırır, komplikasyon oranını artırır, hasta memnuniyetsizliğine, yatış süresinin uzamasına ve maliyetin artmasına neden olur (8,9).

Her hastanın farklı kaygı düzeyi vardır. Cerrahi tip ve değişkenler ne olursa olsun, kaygı hastalarda bağışıklık sisteminin zayıflamasına ve enfeksiyon riskinin artmasına neden olmaktadır (10). Kişinin yaşı, cinsiyeti, önceki hastane deneyimi, kaygıyla başa çıkma becerisi, açlık süresi, cerrahi bekleme süresi, cerrahi belirsizlikler, sosyal ortamdan izole edilmek ameliyat öncesi dönemde strese neden olan faktörlerdendir (11). Ayrıca ameliyat esnasında; ameliyathanenin yapısı, çevre, tıbbi aletlerin yeterliliğı, güvenlik ve mahremiyet duygusu stresi tetikleyen etkenlerdendir. Hastaların ameliyattan sonraki dönemde; ağrı korkusu, bilgi yetersizliği, anestezi uyanamama, yoğun bakımda kalma süreci gibi etkenler kaygı düzeyini artırır (12). Kranich ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Koroner Arter By-pass Graft cerrahisi geçirenlerin; yüzde 34'ünde operasyondan önce, yüzde 24.7'sinde operasyondan sonra, yüzde 16.5'inde de cerrahi işlem öncesi ve sonrasında kaygı yaşadıkları görülmüştür (13).

Ameliyattan önceki ve sonrası dönemde ağrı şiddetinin azaltılması için hastanın kaygı ve ağrı distressinin giderilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla,

açık kalp cerrahisi planlanan hastalarda kaygı ve ağrı distressinin sağlık profesyonelleri tarafından ameliyat öncesi ve sonrası dönemde değerlendirilerek gerekli bakım ve tedavilerin uygulanması gerekmektedir (92,83). Kalp ameliyatı geçirecek olan hastalarda, kaygı düzeyinin azaltılması için uygulanan yöntemlerden birisi de hastalara ameliyat hakkında verilecek eğitimidir. Bu eğitimde en önemli rolü de hemşireler üstlenmektedir (58). Hemşireler tarafından ameliyat öncesi verilen eğitim; hastalarda ameliyat kaygısını azalttığı gibi, öz bakım gücünü ve hastaneye uyumu da artırmaktadır (14,15). Yapılan çalışmalarla; preoperatif eğitimin, kaygıyı azalttığı tespit edilmiştir (51,52,55,92,93). Ameliyathane hemşirelerinin ameliyat öncesi dönemde hastaları ziyaret etmesi, psikolojik destek sağlaması, hastaların duygu ve düşüncelerini dinlemesi, beklentilerini dinlemesi, ziyarette hastalara bilgi vermesi, kaygıya neden olan etkenler hakkında bilgilendirici ve rahatlatıcı cevaplar vermesi kaygıyı azaltıcı etkenler arasında yer almaktadır (16). Hemşireler hastanın yatışından, taburcu olmasına kadar geçen süreçte hasta ile sürekli iletişim kurarak tanı, tedavi, bakım ve eğitiminde önemli rol oynar. Sağlık Bakanlığı 08.03.2010 tarihli Hemşirelik Yönetmeliğine göre; tanı, tedavi ve taburculuk aşamaları süresince hasta ve ailesinin eğitimini hemşire planlar ve gerçekleştirir. Hasta ve hasta yakınlarına uygun, bireysel eğitim planı sunar (18).

Hemşireler; hastaya doğrudan bakım veren ve bu süreçte hasta ile en uzun süre birlikte olan sağlık profesyonelleridir. Hemşire tarafından verilen eğitim, hastada ameliyatla ilgili oluşabilecek kaygıyı azaltacak, memnuniyeti arttıracaktır. Eğitimlerde, hastaya bireysel olarak yaklaşılmalıdır. Hastaların kişisel özelliklerini, sosyo- kültürel yapılarını, hastalığa bakışlarını ve önceki deneyimlerini göz önünde bulundurarak, bu özelliklere yönelik eğitim planlamalıdır (68,101). Bununla birlikte, hasta eğitimindeki etkin rolü, hemşireyi ekip üyeleri içerisinde ön plana çıkartmaktadır (17). Bu araştırma, açık kalp ameliyatı öncesinde ameliyathane hemşiresinin bilgilendirici ziyaretinin hastaların ameliyat sonrası kaygı düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmadır.

## 4. GENEL BİLGİLER

Türkiye’de ve dünyada sık rastlanan kronik hastalıkların başında kalp-damar hastalıkları yer almaktadır. Kalp-damar hastalıklarının oluşumunda; sigara kullanımı, fiziksel hareketsizlik, düzensiz beslenme sonucu ortaya çıkan kilo artışı, yüksek tansiyon, diyabet, yüksek koleterol gibi etkenler rol oynamaktadır. Bu durum hipertansiyon, periferik arter hastalığı, kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, kalp kapak hastalıkları ve kardiyomiyopatilere sebep olmaktadır (1).

Avrupa’da, kalp hastalıkları 4 milyon ölümlerle, tüm ölümler arasında %47’lik payla önemli bir yer oluşturmaktadır (19). Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) verilerine göre tüm ölüm sebepleri arasında Kalp hastalıkları; 1989 yılında %40, 1993 yılında %45, 2009 yılında %40, 2013 yılında %39,6, 2014’de ise %40,4 ile en üst sıralarda yer almıştır (3).

Kalp ve damar hastalıklarını tedavi etmek için, medikal veya cerrahi işlemler uygulanabilir. Günümüzde her ne kadar medikal anlamda yeni yöntemler geliştirilse de, cerrahi ve özellikle Açık Kalp Ameliyatı, hastalığın tedavisindeki en önemli yöntem olma özelliğini korumaktadır (5).

### 4.1. Kalp Cerrahi Yöntemleri

#### 4.1.1. Tarihçe

Kalp, tarihsel süreç içerisinde her zaman müdahaleden çekinilen bir organ olarak düşünülmüştür (20). Kalp yaralarına müdahale etmeme ilkesi 16. Ve 17. yy’dan itibaren geçerliliğini kaybetmeye başlamıştır. 1761 yılında Morgagni; otopsi sonucu kadavradan elde edilen verilerle kalbe bağlı tamponatı açıklamıştır. Kalpteki yaraların tıbbi belirti ve patolojilerine dair bilgiler süreç içerisinde artmakla birlikte, bu durumla ilgili işlemlerde geç kalınmıştır. Block 1882 yılında, tavşanlar üzerinde yaptığı çalışmada, kalbin miyokardının cerrahi olarak onarılabildiğini göstermiştir. Kalbi koruyan perikardın sütüre edilmesini de, Dalton 1891 yılında başarıyla sonuçlandırmıştır. Ludwig Rhen 1896 yılında, kalbe bağlı yaşanan travmada myokardı başarıyla sütüre eden ilk cerrah olarak tarihe geçmiştir. 1896 yılında yaşanan bu durum, kalp damar cerrahisinde dönüm noktası olmuştur (20).

1895 yılında tıbbi alanda uygulanmaya başlayan radyolojik yöntemler kalp cerrahisinin gelişimini önemli oranda etkilemiş ve bu hastalıkların tanı ve tedavisini kolaylaştırmıştır. Anestezide yaşanan gelişmeler de intratorasik işlemlere imkan tanımıştır. Lord Snow 1858 yılında hayvanlar üzerinde endotrakeal anesteziyi gerçekleştirmiştir. İnsanlarda ise 1869 yılında Trendelenburg tarafından başarılı bir şekilde uygulanmıştır (20). Kardiyak işlemlerin iyi bir şekilde gerçekleştirilmesine olanak sağlayan farklı bir uygulama da, kan transfüzyonunun tıp alanında kullanılmaya başlanmasıdır. James Blandell 1828 yılında doğumdan sonra gelişen hemorajik şok tedavisinde kan transfüzyonunu ilk defa uygulamıştır. 1900’de Karl Landsteiner’in ilk defa kan gruplarını bulması ile transfüzyon sonrası komplikasyonların önlenmesinde önemli rol oynamıştır (20).

Kalp ile ilgili cerrahi işlemlerin ilerlemesinde rol oynayan gelişmelerden birisi de PDA tedavisinde yeni bir cerrahi teknik uygulanmasıdır. 1907 yılında John Munro ilk olarak defekt onarılmasında kadavra uygulamaları sonucu önerilerde bulunsa da, 1938 yılında Robert Gross duktus amaliyatını başarılı bir şekilde gerçekleştirmiştir. Konjenital kalp hastalıklarının tedavisinde bu tarih önemli bir aşama olarak kabul edilir (20).

Türkiye’de; 1960 yılında Dr. Mehmet Tekdoğan Hacettepe Üniversitesi hastanesinde ilk defa açık kalp ameliyatında ekstrakorporeal dolaşım kullanarak cerrahi işlemi başarılı bir şekilde uygulamıştır. 1962’de Dr. Aytaç Aydın açık kalp ameliyatlarını Hacettepe Çocuk Hastanesinde rutin olarak uygulamıştır (20).

#### **4.1.2. Kalp cerrahisi**

Kalp ameliyatlarında genellikle; kalp durdurulur, akciğer ve kalbin işlevini cerrahi işlem boyunca kalp- akciğer makinesi yürütür. Potasyum yönünden zengin kardiopleji solüsyonu ile, kalp diyastolde durdurulur, bu sayede oksijen ihtiyacı minimize edilmiş olur. Bu solüsyon, koroner arter ve venlere uygulanır. Cerrahi işlem esnasında vücut ısısı düşürülerek metabolizma yavaşlatılır. Vücut ısısının düşürüldüğü her derecede, metabolizma yüzde 10 yavaşlar, bu nedenle sisteme hipotermi uygulanır. Sternotomi uygulanarak gerçekleştirilen cerrahi işlemler, “açık kalp ameliyatı” olarak isimlendirilir. Kalbin çalışmaması ve kan olmayan ortamda gerçekleştirilmesi açık kalp ameliyatını avantajlı kılmaktadır. Bu aşamada; oksijen

ihtiyacı, kanın soğutulması-ısıtılması, gaz değişimi, kanın filtrelenerek sisteme tekrar verilmesi işlevini kalp akciğer makinesi yürütür (23).

#### **4.1.2.1. Koroner arter bypass greft**

Koroner arterler, kalbin miyokardının kanlanması sağlar. Bu damarların çeşitli nedenlerden dolayı tıkanması sonucu oluşan miyokardiyal iskeminin oluşmaması için yine hastanın kendisinden alınan arter ve ven greftleri ile miyokarda kan akışının sağlanması işlemine Koroner Arter Bypass Greft (KABG) cerrahisi denir. KABG cerrahisinde, ağırlıklı olarak, sağ ve sol internal mamarial arter (LİMA+ RİMA), radial arter, safen ven kullanılır (26). Uygun şartlarda alınan bu greftler, tıkalı olan koroner arterlerin distal ve proksimal bölümlerine anastomoz edilerek oluşan darlık giderilir. Dolaşım, yeni bir yol oluşturularak sağlanır (21,31).

Koroner arter by-pass greft (KABG) ameliyatı, koroner arter hastalığını iyileştirmek ve sağıltmak için uygulanan en etkin yöntemlerdendir. Koroner arter hastalığı hastaların hayati fonksiyonlarına etki eder ve hastanın yaşamla uyumunu bozar (20).KABG'de amaç arter ya da ven greftlerle myokardın yeniden kanlanarak beslenmesinin gerçekleştirilmesidir. Koroner arter by-pass greft (KABG) ile; iskemiden kaynaklanan sorunlar önlenir, miyokardiyal infarktüs sonucu ortaya çıkan ani ölümlerin önüne geçilir (27). Hastalık semptomları azaltarak, yaşam süresi ve kalitesi arttırılır (28). Medikal tedavi ile sonuç alınamayan KAH, iskemik hastalık ve pertükan translüminal koroner anjioplasti (PTCA) uygulamasının başarılı olmadığı durumlarda koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanır (29). KABG ameliyatlarında sıklıkla kardiyopulmoner by-pass yöntemi uygulanır. Aynı zamanda son yıllarda hastalara sayıları gittikçe artan pompasız koroner arter bypass cerrahisi (OPCAB=off-pump KABG) ve minimal invaziv koroner arter bypass (MICAB) cerrahisi başarı ile uygulanmaktadır (30).

#### **4.1.2.2. Kalp kapak cerrahisi**

Kalp Kapak Hastalıkları (KKH); Koroner arter hastalıkları (KAH), kalp yetmezliği , yüksek tansiyon gibi sık görülmemekle birlikte, bu hastalıklar cerrahi işlem gerektirdiği için, kalp cerrahisi önem kazanmıştır (32,33). Risk derecesinin yüksek olması ,kişinin cerrahi işleme karar vermesini de zorlaştırmaktadır (32,33).



Kalp kapak hastalıkları ile ilgili önemli bir durum da cerrahi işlem sonrası, hastanın aynı sorunla yeniden başvurmasında artış görülmesidir (32). Romatizmal kalp hastalıkları toplum içerisinde önemini korumaktadır (34). Bu hastalığın tedavisinde uygulanan yöntem hastalığın durumuna ve derecesine göre kapak değiştirilmesi (replasman) veya mevcut kapağın tamir işlemidir. Tamir işlemi üç şekilde gerçekleştirilir:

**Annüloplasti:** Genişleyen annülüs veya kapak halkasını cerrahi yolla onarmak amacıyla yapılan işlemdir. Kalp kapağı yetmezliğinde (mitral yetmezlik, triküsbit yetmezlik) uygulanır (35).

**Valvuloplasti:** Kalp kapağındaki yırtılmanın sütüre edilerek onarılması işlemidir (35).

**Kommissürotomi:** Kalp kapağının daralması sonucu ortaya çıkan komplikasyonun, genişletme yolu ile giderilmesi işlemidir. Açık kommissürotomi ve kapalı kommissürotomi olarak iki şekilde gerçekleştirilebilir. Açık kommissürotomi kalp akciğer makinesi kullanılır, daralan bölgeye insizyon yapılarak gerçekleştirilir. Kapalı kommissürotomi kalp akciğer makinesi kullanmadan torakotomi yapılır, daralan bölge işaret parmağı yada diladatör ile genişletilir (35,36).

**Kalp kapağı replasmanı:** Kalp kapağı replasmanı işlemi onarım işleminin yeterli olmadığı darlık ve yetmezlik durumlarında gerçekleştirilir. Replasmanda 2 kapak türü kullanılır. Bu kapak türleri mekanik kapak veya biyolojik kapaklardır (37).

#### 4.1.3. Kalp cerrahisi komplikasyonları

Kalp ameliyatı sonucu ortaya çıkan komplikasyonlar, cerrahi enfeksiyon oluşumu, nörolojik sorunlar, solunum sistemi ile ilgili sorunlar, renal sisteme bağlı yaşanan sorunlar ve diğer komplikasyonlar olarak sınıflandırılmaktadır (38).

Aşağıda kalp cerrahisi uygulanan hastaların retrospektif çalışmalar sonucu elde edilen bulgularına yer verilmiştir (38).

##### A- Cerrahi komplikasyonlar

- Kanama sonucu ortaya çıkan yeniden operasyon %2.23
- Ameliyat öncesi myokard infarktüs %1.25

- Farklı nedenlerden kaynaklanan yeniden operasyon %0.81

#### B- Enfeksiyon

- Pnömoni %2.33
- Uriner sistem kaynaklı enfeksiyonlar %1.42
- Mediastinit %1.33
- Alt ekstremitte safen ven insizyonunda enfeksiyon % 1.35
- Sepsis %0.94

#### C- Nörolojik Komplikasyonlar

- Kalıcı olmayan stroke %2.9

#### D- Solunum sistemi ile ilgili yaşanan komplikasyonları

- Ventilasyonun uzaması %5.7
- Solunuma bağlı distress sendromu %1.03
- Akciğerlerde yaşanan Pulmoner emboli %0.37

#### E- Renal sistem komplikasyonları

- Böbrek yetmezliği (Diyaliz gerektiren) %0.9
- Böbrek yetmezliği (Diyaliz Gerektirmeyen) %3.09

#### F- Diğer komplikasyonlar

- AF (Atriyal fibrilasyon) %6
- GİS komplikasyonları %2.35
- Kardiak arrest %1.60
- Kalp bloğu %0.74
- Çoklu organ yetmezliği %0.63
- Tamponat %0.38

## **4.2. Kalp-Damar Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı**

Açık kalp cerrahisi deneyimi geçiren hastanın iyileşme sürecinin başarılı sonuçlanması, işlem esnasında uygulanan tekniklerin yanında; cerrahi işlem öncesinde, sırasında ve sonrasında sunulan etkin hemşirelik bakımı ile de yakından ilişkilidir (31,102).

### **4.2.1. Cerrahi İşlem Öncesi Hemşirelik Bakımı**

Hastaların ihtiyaçları doğrultusunda önceden planlanmış bakımları içerir. Bu anlamda hastaların sistemik tanıları, elektrolit dengeleri, kullandıkları ilaçlar, psiko-sosyal ve kültürel yapıları; cerrahi işlem sırasında ve sonrasındaki süreçte yaşanacak komplikasyonları belirlemek için hemşirelere yol gösterir (100). Burada amaç; ameliyat sürecini etkileyecek durumların tanımlanıp, hastanın cerrahi güvenliği için bu bilgilerin kayıt altına alınmasıdır.

Kayıt altına alınması gereken sistem öyküleri aşağıdaki gibidir;

- Kalp-damar sistemi öyküsü,
- Pulmoner sistem öyküsü,
- Üriner ve hepatik sistem öyküsü,
- Gastrointestinal sistem öyküsü,
- Nörolojik sistem öyküsü,
- Endokrin sistem öyküsü,
- İmmün sistem öyküsü,
- Beslenme ve sıvı durumu,
- İlaç kullanım öyküsü,
- Psiko-sosyal değerlendirme,
- Ruhsal ve kültürel durumlar.

### **Hastaların Cerrahi İşlem Öncesi Eğitimi**

Ameliyat kararı; hastalarda korku, kaygı ve stres oluşturur. Bu durumun etkili bir şekilde yönetilebilmesi için, hasta ve ailesine verilecek eğitim önemlidir. Cerrahi işlem öncesi hastalara verilen eğitimin memnuniyeti artırdığı farklı çalışmalarla saptanmıştır (100). Hastanın, uygulanacak cerrahi işlem hakkındaki bilgisi

değerlendirilmeli; yanlış ve eksik bilgileri varsa, tamamlayıcı bir yaklaşımla bu yanlışlar düzeltilmelidir.

#### **4.2.2. Cerrahi İşlem Sırasında Hemşirelik Bakımı**

Hemşire, cerrahi işlem esnasında oluşabilecek komplikasyonları en aza indirmek için; profesyonel bakım standartlarını oluşturmalı, anestezi ve cerrahi ekibiyle iş birliği içerisinde olmalıdır. Hemşire tarafından cerrahi bilgilendirilmiş onam formu kontrolü, cerrahi ekip koordinasyonu, ameliyat odasının ısı-nem ve temizlik kontrolü yapılmalı, cerrahi ekipman hazırlığı sağlanmalıdır. Hastaya, uygun cerrahi pozisyon verilmesi ve aseptik koşullarda yapılan cilt hazırlığı kontrol edilmelidir. Hemşire; hastanın mahremiyetini, haklarını ve saygınlığını korumalı, kültürel ve ruhsal değerlerine saygı göstermelidir (100).

#### **4.2.3. Cerrahi İşlem Sonrası Hemşirelik Bakımı**

Açık kalp ameliyatı sonrasında hedeflenen amaç; hastanın yaşam standardını ve kalitesini artırmak, kalbe yönelik hayati fonksiyonları stabilize etmek ve hastanın iyileşmesini hızlandırmaktır. Ameliyat sonrası monitörizasyon ile hastaların hemodinamik veri izlemleri kaydedilir. Burada amaç, hastanın sistemik fonksiyonlarının sürdürülmesini sağlamaktır.

Bu amaçlar;

- Hastanın solunum fonksiyonunu sürdürmek,
- Kalp-damar fonksiyonlarını sürdürmek,
- Cerrahi kanamanın önlenmesi ve kontrolü,
- Üriner sistem fonksiyonlarını sürdürmek,
- Nörolojik fonksiyonları sürdürmek,
- Gastrointestinal fonksiyonları sürdürmek,
- Ameliyat sonrası ağrı kontrolünü sağlamak,
- Vücut ısısını koruma ve sürdürmek,
- Yara iyileşmesini sağlamak,
- Hastaya emosyonel destek sağlamaktır (31,102,103).

Cerrahi işlem sonrası hastanın kaygı düzeyi; ağrı, halsizlik, öz bakım gücünü kaybetme, beden imajının değişmesi sebebiyle yüksek olabilir. Bu durumda hasta ile

iletişime geçilerek hastada kaygıya neden olan etkenler öğrenilmeli ve gerekli bilgilendirmeler yapılmalıdır. Aynı zamanda hasta için sakin, huzurlu bir ortam oluşturulmalı ve hasta yakınlarının bakıma destek olmaları sağlanmalıdır (104).

### **Taburculuk Eğitimi**

Taburculuk eğitimi; ameliyat öncesi dönemde başlar ve ameliyat öncesi dönemden hastanın taburcu olmasına kadar devam eder. Hemşire; ameliyat sonrası hastanın gereksinimlerini karşılamak için, hasta yakınlarının da dahil edildiği bir eğitim planı geliştirir. Bu plan; beslenme, solunum ve öksürme egzersizlerini, cerrahi insizyon bakımını, ilaç tedavisini ve kilo kontrolünü kapsar (100,104).

### **4.3. Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Hastalarda Kaygı**

Cerrahi işlemde sonra hastada kaygı ile birlikte, fiziksel ve psikolojik tepkiler ortaya çıkar (39). Spielberger göre; “kaygı geleceğe yönelik endişe durumudur”. Spielberger’e göre kaygıya yönelik belirtiler;

- Geleceğe dair kaygı oluşması,
- Hoş olmayan bir duygulanım ortaya çıkması,
- Bu durumun insana acı hissi vermesi,
- Sinir sisteminde gerginlik yaşanması,
- Fiziksel rahatsızlık ortaya çıkmasıdır. (40).

Kaygı; kalp atışının yükselmesi, soluk alıp vermede hızlanma , seste ve vücutta titreme gibi fiziksel belirtilerin ortaya çıkması ile birlikte; endişe, korku, obsesyon gibi belirtilerin de eşlik etmesidir (41). Kaygı, kişide korku, endişe, psikolojik ve fizyolojik değişikliklerle kendisini gösterir. Beyin, tehlikeye dair belirtileri algıladığında aşağıda belirtilen olaylar gerçekleşir; (42,43)

- Tükürük salgısında azalma yaşanarak ağızda kuruma ortaya çıkması,
- Kan basıncının yükselmesi, solunum sayısında artış olması,
- Göz bebeklerinde büyüme olması,
- Çizgili kaslarda gerginlik yaşanması sonucu titreme ortaya çıkması,
- Mide- barsak hareketlerinin hızlanması,
- Göğüste sıkışma duygusu ve çarpıntı olması,
- Kan şekerinin yükselmesi,

Hastalar, kaygı sonucu gelişen belirtileri aşağıdaki şekilde tanımlamışlardır; “içimde bir şeyin pırpır etmesi”, “boğazıma bir şey düğümlemesi”, “göğsüme ateş düşmesi”, “terden sıırsıklam olma” gibi ifadeler kullanmaktadırlar. Bununla birlikte; iştahsızlık, ağız kuruluğu, bulantı-kusma, göğüs ağrısı, yorgunluk, nefes darlığı, kilo kaybı, gibi durumları da tariflemişlerdir (44). Gılgamış destanı, kaygıya dair ulaşılan en eski kayıtlardandır. Burada; ölümsüzlüğe ilişkin korku ve kaygılar dile getirilmiştir. 1926 yılında yayımlanan “Ketlenmeler, Belirtiler ve Anksiyete” adlı yapıtıyla Freud, kaygıyı ego ile ortaya çıkan bir işlev olarak tanımlamış ve bu duygunun psikolojik bir durum olduğunu ortaya koymuştur (45). Herhangi bir sebeple hastanede yatan bir kişi; bulunduğu ortam ve tıbbi durumuyla ilgili kaygılarını yansıtabilir. Hastanede yatan hastaların %30-%60’ında, hastalığa eşlik eden, kaygı kaynaklı sorun yaşadıkları görülmüştür (46).

Cerrahi işlem, hastalarda kaygı ve korkunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır (47). Hasta ameliyat olacağını bilir ve sonucunu bilmediği bir süreç içerisine girer. Buna bağılı olarak hastada korku ve endişeye bağılı kaygı oluşur. Kişiyeye korku duygusu yaşatan ve kaygı oluşturan cerrahi girişim öncesi dönem, önemli bir kriz dönemidir (48). Kalp cerrahisinde, kalbin hayati önemi ve anlamı, hastanın bedenine ve kalbine dokunulacak olması kişide ölüm korkusu ortaya çıkarmaktadır. Cerrahi işlemden önce ve sonra kaygı riski de çoğalmaktadır. Çalışmalarla, ameliyatın büyüklüğü ile, kaygı düzeyi arasında bağlantı olduğu tespit edilmiştir (49,50,51).

Kimi çalışmalarla da tanı ve tedavi amacıyla yapılan her türlü işlemde kaygı düzeyinin arttığı ortaya konulmuştur (52,53,54).

Kalp cerrahisi geçiren hastalarda en sık rastlanan kaygı kaynakları aşağıdaki gibidir; (7,55,56,57)

- Sakat kalma korkusu,
- Ölüm riski,
- Ağrı korkusu,
- Anestezi endişesi,
- Sağlığını ve yaşamsal etkinliğini kaybetme korkusu,
- Sosyal ve Cinsel yeterliliğini kaybetme korkusu,
- Estetikle ilgili endişeler,

- Ekonomik endişeler,
- Aile bireylerinden uzak kalma endişesi,
- Ev ve iş yaşamında statü kaybı korkusu,
- Çalışma gücünü kaybetme korkusu.

Açık kalp ameliyatlarında; cerrahi işlem öncesi eğitimin, kaygı ve korkuları azalttığı, ameliyat sonrası ağrı düzeyini önemli derecede düşürdüğü ve hastanede kalış süresini azalttığı, bulantı ya da kusma gibi ameliyattan sonraki dönemde yaşanacak etkileri azalttığı görülmüştür (59,60).

#### **4.3.1. Kaygı Düzeyleri**

Kaygı; hafif düzey, orta düzey, şiddetli düzey ve panik düzey olarak dört farklı şekilde gerçekleştiği belirtilmiştir (40).

##### **4.3.1.1. Hafif Kaygı**

Etkilerin en az olduğu bu kaygı düzeyinde, kişi çevreden haberdardır. Görme, işitme, konuşulanları anlama yetisine sahiptir (40). Kişi, olaylar arasında bağlantı kurma ve başka kişilere açıklayabilme yeterliliğine sahiptir (61). Konsantre olma ve mantık yürütme yeteneği vardır. Bu sebeple hastanın, bu kaygı düzeyinde; etkili bir şekilde problem çözme yeteneği vardır. Psikolojik gerilimleri azaltmak amacıyla koruma mekanizmaları oluşturur (62).

##### **4.3.1.2. Orta Kaygı**

İletişim ve kavrama düzeyinde azalmanın görülmesiyle birlikte, yoğunluğun da ortaya çıktığı durumdur (40). Algı alanında gerçek anlamda daralma yaşanmaktadır ve hasta kendisini ilgilendirmeyen konuları dışarıda bırakır. Genellikle, kendisi ile ilgili konuya konsantre olur ama dışladığı konu ile arasındaki bağlantıyı görebilir (63). Çeşitli fizyolojik (Kaslarda gerilme, tansiyon, kalp atış hızında ve solunum sayısında artma, hafif terleme, baş ağrısı, mide şikayetleri) belirtiler görülebilir. Kişi kaygılı, korkak, heyecanlı, sabırsız, hassas olabilir (62).

#### **4.3.1.3. Şiddetli Kaygı**

Bireyin algı alanında ileri derecede daralma yaşadığı durumdur (63). Kişi, etrafında yaşanan durum farklılıklarını algılamada zorlanır. Şiddetli kaygı düzeyinde problem çözmek çok zordur hatta imkan dahilinde değildir. Kişi yalnızca yaşadığı olayların detaylarını algılar. Duygusal ve fiziksel açıdan hastada huzursuzluk ortaya çıkar (61). Uyku problemi, bulantı, baş ağrısı, iştahsızlık, titreme, ürperme, korku ve çarpıntı oldukça fazladır. Genel olarak rahatsızlık ve hassasiyet duyguları artmıştır. Ayrıca hasta bireyde ölüm duygusu yoğun bir şekilde gelişebilir (62,64).

#### **4.3.1.4. Panik Kaygı**

Yaklaşma-kaçma çatışması, en sık ortaya çıkan çatışma tipidir. Kaygı düzeyini artıran en önemli sebeptir, bununla birlikte zorlanmaya bağlı bozukluk ve hastalıkların en önemli sebebidir. Kişinin; keder veren, haz veren, hoş giden-gitmeyen davranış kalıpları arasında seçim yapma mecburiyeti bu tür çatışmaya sebep olur (62). Hastaların tanısına bakmadan, her türlü işlemde kaygı yaşadıkları kaynaklarda belirtilmiştir. Hastalık esnasında kaygı oluşturan kriz durumlarının ortaya çıkması, tanı sırasında tetkik sonuçlarını bekleme aşaması, hastalığı çağrıştıran değişikliklerin olması, yeni bir tedavi öncesi ve tedavi değişikliği olarak belirtilebilir (62). Leyy ve Laughlin, kaygıya sebep olan olayları, çocukluk döneminde; kazalar, ameliyatlar, korkular, ayrılık, anne-babadan birinin ölümü, yeni bir kardeşin doğumu, ani ortam değişiklikleri olarak, yetişkinlik döneminde ise; cinsel dürtüler, bağımlılık, davranışsal problemler ve toplum tarafından kabul edilmeme durumu olarak belirtmiştir (63).

#### **4.4.Hastaların Cerrahi Girişime Yönelik Kaygılarının Azaltılmasında Hemşirelik Yaklaşımları**

Hastaların ameliyat kaygılarını yenebilmelerini sağlamak; kaygı kaynaklarının belirlenmesi ve buna uygun hemşirelik girişimlerinin planlanıp uygulanmasına bağlıdır (36,100).



Bu kaygılara yönelik verilen hemşirelik bakımı aşağıda belirtilen yaklaşımları kapsamalıdır.

- Hemşire, hastaya planlanan cerrahi işlemin başarısını etkileyecek kaynaklardan olan; hastanın kaygı düzeyi, kaygıyı yönetilmesi, etkili karar verebilmesi gibi durumları kontrollü ve özenli bir şekilde ele almalıdır.
- Hastaların tümünün cerrahi işlem öncesi kaygı yaşadıkları göz önünde bulundurulmalı, işleme yönelik beklentilerinin de değişebileceği dikkate alınmalıdır.
- Cerrahi işlem öncesi hastalara, hemşire tarafından kaygıları sorulmalı, var olan ya da oluşabilecek kaygının da normal olduğu açıklanmalıdır.
- Ameliyat kararı alınan hastalar bu işlemi yaşamsal bir tehdit olarak algılayabilirler. Bu algıya yönelik, hastada oluşabilecek kaygılar bilgilendirme ve eğitim ile düzeltilebilir (35,25,49,100).Yapılan bir çok çalışmada preoperatif eğitimin, kaygıyı azalttığı tespit edilmiştir (51,52,55,92,93).
- Hastaların kaygısını azaltmanın bir yolu da ameliyathane hemşiresinin ameliyat öncesi dönemde hastaları ziyaret etmesidir. Hemşirenin ziyaret sırasında hastaların duygu ve düşüncelerini dinlemesi, beklentilerini dinlemesi, ziyarette hastalara bilgi vermesi, kaygıya neden olan etkenler hakkında bilgilendirici ve rahatlatıcı cevaplar vermesi kaygıyı azaltıcı etkenler arasında yer almaktadır (16).
- Hemşireler hastanın yatışından, taburcu olmasına kadar geçen süreçte hasta ile sürekli iletişim kurarak tanı, tedavi, bakım ve eğitiminde önemli rol oynar. Sağlık Bakanlığı 08.03.2010 tarihli Hemşirelik Yönetmeliğine göre hemşireler tanı, tedavi ve taburculuk aşamaları süresince hasta ve ailesinin eğitimini planlar ve gerçekleştirir. Hasta ve hasta yakınlarına uygun, bireysel eğitim verir (18). Hemşireler; hastaya doğrudan bakım veren ve bu süreçte hasta ile en uzun süre birlikte olan sağlık profesyonelleridir. Hemşire tarafından verilen eğitim, hastada ameliyatla ilgili oluşabilecek kaygıyı azaltacak, memnuniyeti artıracaktır. Eğitimlerde hastaya bireysel olarak yaklaşılmalıdır.
- Hastaların kişisel özelliklerini, sosyo- kültürel yapılarını, hastalığa bakışlarını ve önceki deneyimlerini göz önünde bulundurarak, bu özelliklere yönelik eğitim planlamalıdır (68,101). Bununla birlikte, hasta eğitimindeki etkin rolü, hemşireyi ekip üyeleri içerisinde ön plana çıkartmaktadır (17).

## **5. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1. Araştırmanın amacı**

Araştırma; açık kalp ameliyatı öncesinde ameliyathane hemşiresinin bilgilendirici ziyaretinin hastaların ameliyat sonrası kaygı düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

### **5.2. Araştırmanın Hipotezleri**

H<sub>0</sub>: Açık kalp ameliyatı öncesinde ameliyathane hemşiresi tarafından yapılan bilgilendirici ziyaretin hastaların kaygı düzeyine etkisi yoktur.

H<sub>1</sub>: Açık kalp ameliyatı öncesinde ameliyathane hemşiresi tarafından yapılan bilgilendirici ziyaret hastaların kaygı düzeyini azaltır.

### **5.3. Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma; Açık kalp ameliyatı öncesinde ameliyathane hemşiresinin bilgilendirici ziyaretinin hastaların ameliyat sonrası kaygı düzeyine etkisini ortaya koymak için yarı deneysel olarak gerçekleştirildi.

### **5.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma; İstanbul ili, Ümraniye ilçesinde bulunan özel bir hastanenin Yetişkin Kalp-Damar Cerrahisi Servisi'nde ve Yetişkin Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım'da 01.10.2017 ile 28.10.2018 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Araştırmanın gerçekleştirildiği hastane; 161 yatak kapasiteli olup, yoğun bakım ünitesi ameliyathane ile aynı katta bulunmaktadır. Hastaların yoğun bakıma direkt geçişleri ameliyathaneden sağlanmaktadır. Yoğun bakım ünitesi 19 yatak kapasitelidir ve bu yatak sayısının 6 tanesi kalp-damar cerrahisi geçiren hastalar için kullanılmaktadır. Bu nedenle yoğun bakım ünitesi iki bağımsız bölüme ayrılmıştır. Yetişkin Kalp-Damar Cerrahisi Servisi hastanenin 3. Katında bulunmaktadır. Toplamda 15 odaya sahiptir. Bu odalardan 12'si tek kişilik odalar olup, geriye kalan 3 odanın 2'si 4'er kişilik, diğer oda da 2 kişiliktir. Toplamda 22 yatak kapasitelidir. Yetişkin Yoğun Bakımda; gündüz 7, nöbette 6 olmak üzere, 13 hemşire bulunmaktadır. Kalp- Damar Cerrahisine bakan; 3'ü gündüz, 2'si nöbette olmak

üzere 5 hemşire bulunmaktadır. Ayrıca; Kalp- Damar Cerrahisi servisinde de 13 hemşire bulunmaktadır. Gündüz 7, nöbette 6 hemşire çalışmaktadır. Hemşireler nöbet sistemiyle çalışmakta olup bir hemşireye ortalama 2-3 hasta düşmektedir. Ameliyat kararı alınan hastaların, yetişkin kalp-damar cerrahisi servisine 1-2 gün öncesinde yatışı yapılmaktadır. Bu süre içerisinde; ameliyat öncesi yapılması gereken tetkik, tedavi ve hazırlıklar yapılır. Hastalar ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesine alınmaktadır. Yoğun bakım sürecinde hastada cerrahi işleme yönelik komplikasyon gelişmemişse, kalp-damar cerrahisi servisine transfer edilmektedir. Servisteki tedavi sonucunda, hasta izlenir ve herhangi bir komplikasyon oluşmamışsa taburcu edilirler.

### **5.5.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini; İstanbul ilinde bulunan bir özel hastanenin Yetişkin Kalp-Damar Cerrahisi Servisi'nde ve Yetişkin Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım bölümünde tedavi gören hastalar oluşturmuştur. Sözü edilen kurumda son bir yıllık süre içerisinde 100 hastanın ameliyat edildiği hastane kayıtlarından saptandı. Evrene ait hastalardan örneklem seçim kriterlerine uyanların tümünün örnekleme alınması planlandı. Örneklem; deney grubu 30, kontrol grubu 30 olmak üzere toplam 60 hasta alındı (Şekil 5.1 ).

#### **Örneklem seçim kriterleri;**

- 18 yaş ve üstü olmak
- Psikolojik sorunu olmamak ya da bu yönde ilaç kullanmamak
- Oryantasyon veya konfüzyon sorunu olmamak
- İşitme ve görme engeli olmamak
- Mental sorunu olmamak
- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak
- KVC operasyon kararı alınmış olmak

#### **Örneklem dışlama kriterleri;**

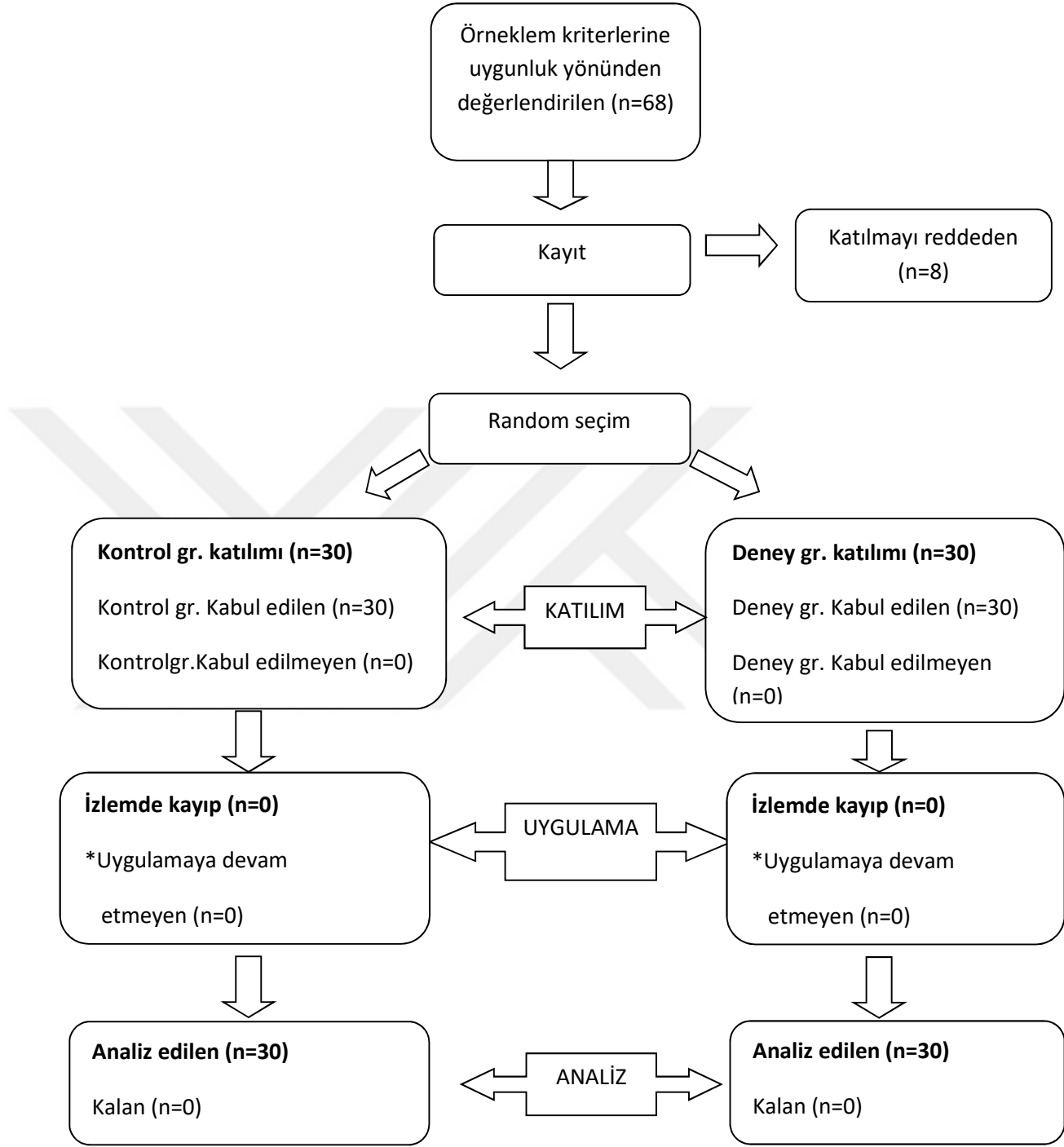
- 18 yaş altında olmak
- Psikiyatrik sorunu olmak ya da psikiyatrik ilaç kullanmak
- Oryantasyon veya konfüzyon sorunu olmak
- Mental sorunu olmak

- KVC operasyon kararı iptal edilmiş olmak

### **5.6.Araştırmanın Etik Yönü**

Bu araştırmaya başlamadan önce İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan Etik Kurul İzni ve kurum başhekimliğinden, 26.09.2017 tarihinde yazılı kurum izni alındı (Ek 4, Ek 5). Araştırmaya dahil edilen hastalara; çalışma hakkında bilgi verilerek çalışmanın amacı ve uygulama şekli anlatıldı, bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı onam alındı. Hastalara, ankette belirtilen sorulara verdikleri cevapların başka şahıslarla paylaşılmayacağı, araştırmacı tarafından bu bilgilerin tamamıyla gizli tutulacağı bildirilerek gizlilik ilkesine uyuldu.





**Şekil 5.1. Araştırmanın Akış Şeması**

## **5.7.Verilerin Toplanması**

### **5.7.1. Veri Toplama Araçları**

#### **5.7.1.1. Veri Toplama Formu**

Araştırmanın verileri; hasta tanıtım formu ve Durumluk - Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI / State- Trait Anxiety Inventory) ile toplandı.

#### **Hasta Tanıtım Formu**

Hasta tanıtım formunun içeriğinde; Tanımlayıcı ve tıbbi özelliklerini ortaya koymak amacıyla; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu ve medeni durum, gelir düzeyi, yaşadığı yer, evde birlikte yaşadığı kişiler, tıbbi tanı, uygulanan cerrahi tedavi, önceki cerrahi deneyimi ve hastane deneyimi, kronik hastalık durumu içeren demografik verileri ve bedeni üzerinde denetimini kaybetme, sakat kalma, ölüm riski, çalışma gücünü kaybetme, anestezi, cinsel yeterliliğin kaybı, aileden uzak kalma gibi cerrahi işlemle ilgili kaygı kaynaklarını belirlemek için sorulan sorularla, ekstübasyon süresi, oral beslenmeye başlama zamanı, ağrı durumu, kaygı düzeyi, yoğun bakımda kalış süresi, yeterli uyku durumu, bulantı-kusma durumu, ritim problemi, mobilizasyon süresi gibi cerrahi işlemden sonraki sağlık durumlarını değerlendirmeye yönelik toplam 25 soru bulunmaktadır.

#### **Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI / State- Trait Anxiety Inventory)**

Kişilerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini tespit etmek için, Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan; Durumluk-Sürekli kaygı ölçeği (STAI / State- Trait Anxiety Inventory) kullanılmıştır. Ölçek, 20 soru durumluk kaygı ve 20 soru sürekli kaygı olmak üzere toplam 40 sorudan oluşmaktadır.

Durumluk kaygı ölçeği; kişinin herhangi bir anda ve şartta kendisini nasıl hissettiğini belirtmesini; bulunduğu durumla alakalı hissiyatı dikkate alarak cevaplama istenir. Sürekli kaygı ölçeğinde ise; kişinin genellikle kendisini nasıl hissettiğini yorumlaması beklenir. Ölçekte olumlu ve olumsuz ifadeler yer almaktadır. Bu ifadeler; doğrudan ya da düz ve tersine dönmüş ifadeler olarak belirtilmektedir. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları yansıtmaktadır. Durumluk kaygı ölçeğinde 8, sürekli kaygı ölçeğinde ise 7 tane tersine dönmüş ifade bulunmaktadır.

Durumluk kaygı ölçeğinde 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. maddeler, sürekli kaygı ölçeğinde de 1,6,7,10,13,16,19. maddeler tersine dönmüş ifadelerdir (65). Durumluk kaygı ölçeğinde belirtilen duygu-düşünce ve davranışlar bu tür yaşantıların şiddet düzeyine göre (1) hiç, (2) biraz, (3) çok, (4) tamamiyle gibi sıklıkların biri işaretlenerek yanıtlanır. Sürekli kaygı ölçeğinde belirtilen duygu-düşünce ve davranışlar da sıklık düzeyine göre (1) hemen hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman, (4) hemen hemen her zaman olarak işaretlenir (42).

Puanlama manuel veya elektronik olarak iki yöntemle yapılır. Manuel puanlamada doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları belirlenir. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkarılır. Elde edilen sayıya önceden belirlenmiş ve değişmeyen bir değer eklenir, durumluk kaygı ölçeği için bu değer 50, sürekli kaygı ölçeği için de 35'tir. Son olarak tespit edilen puan bireyin kaygı puanıdır. Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişmektedir. Puanın yüksekliğine göre kaygı seviyesi de belirlenmiş olur. Ülkemizdeki uygulamalarda belirlenen ortalama puan 36-41 aralığında yer almaktadır. (42). Puan yükseldikçe, kaygının da yükseldiği görülmüştür.

### **5.8. Araştırmanın uygulanması**

Açık kalp ameliyatı için servise yatışı yapılan hastalardan; haftanın tek gününde yatışı yapılanlar kontrol grubu, çift günlerde yatışı yapılanlar da deney grubuna atanmıştır. Bu kriterlere göre; deney grubuna 30, kontrol grubuna da 30 hasta dahil edilmiştir.

**Kontrol Grubu:** Servise yatışı yapılan hastalar servis hemşiresi tarafından karşılanır. Kliniğin fiziki şartları, oda tanıtımı, el dezenfektanı kullanımı, hasta ziyaret saatleri gibi genel bilgilendirmeler yapılır. Araştırmacı da kontrol grubu hastalarını ameliyat öncesinde ziyaret eder, çalışma hakkında bilgi vererek yazılı onam alır ve hasta tanıtım formu doldurulur. Ameliyat sonrasında Durumluk-Sürekli Kaygı ölçeği doldurulması sağlanır.

**Deney Grubu:** Servise yatış yapıldıktan sonra, servis hemşiresi tarafından Kliniğin fiziksel donanımı, oda tanıtımı, el dezenfektanı kullanımı, yemek saatleri, hasta ziyaret saatleri gibi genel bilgilendirmeler yapılmaktadır. Araştırmacı tarafından ameliyattan bir gün önce, çalışma hakkında bilgi vererek yazılı onam alınır ve hasta

tanıtım formu doldurtulur. Araştırmada, hastaların ameliyat öncesi eğitim ve bakımına ek olarak; kaygı kaynakları belirlenip, bu kaygıların giderilmesine uygun bireyselleştirilmiş sözlü eğitim verilir. Bu eğitim; hastaların eğitime uygun olma durumu göz önünde bulundurularak, hasta odasında uygun ortam sağlanarak gerçekleştirilmiştir. Eğitim, 25-30 dakika arasında sürmüştür.

Hemşirenin ziyareti sırasında verilen eğitim ameliyathane ortamının tanıtılması, cerrahi öncesi anestezi ve cerrahi işlemleri içerecek şekilde düzenlenmiş olup aşağıda belirtilmiştir;

- Cerrahi işleme uygun vücut tıraşı yapılması, vücut tıraşı sonrasında, antibakteriyel solüsyon ile banyo yaptırılması
- Ameliyat öncesi uyku ve dinlenmenin önemini anlatılması,
- Ameliyat öncesi anestezi doktoru tarafından değerlendirme yapılarak onam alınacağı bilgisinin verilmesi,
- Cerrahi işlemin gerçekleşeceği gün; takı, kıymetli eşya, gözlük, lens ve tüm kıyafetlerin çıkarılması, ameliyat önlüğü ve bonesinin giyilmesi gerektiği bilgisinin verilmesi,
- Ameliyathaneye hasta yatağı ile ineceği ve kapıda araştırmacı hemşire tarafından karşılanacağı bilgisinin verilmesi,
- Ameliyat ortamı hakkında bilgilendirme yapılması,
- Ameliyat odası, ameliyat masası, pozisyon verilmesi, monitöre bağlanması,
- Ameliyathanede anestezi ilaçları verilerek uyutulacağı bilgisinin verilmesi,
- Asepsi uygulaması, örtülmesi, göğüs bölgesinin açılıp işlemin gerçekleştirilmesi, İşlemin sonlandırılması, göğsün kapatılması , işlem süresince cerrah, hemşire ve anesteziistin yanında bulunacağı bilgisinin verilmesi,
- Ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesine transfer edileceği bilgisinin verilmesi, Yoğun bakımda, yavaş ve kontrollü bir şekilde uyanacağı bilgisinin verilmesi,
- Yoğun bakımın fiziki şartları ve cihazlarının anlatılması,
- Ameliyat sonrası vücudunda bulunan kateterlerin yerleri ve amaçlarının anlatılması,
- İlk mobilizasyonun yoğun bakımda yapılacağı bilgisinin verilmesi,



- Cerrahi işlem sonrasında solunum egzersizleri yapılması gerektiği bilgisi verilmesi ve amacının anlatılması,
- Yoğun bakımda ziyaretçi kısıtlaması olacağı bilgisinin verilmesi,
- Hastanın, süreçle ilgili kaygı kaynaklarına ilişkin soru sormasına fırsat verilmiş ve bu sorular uygun şekilde cevaplanmıştır.
- Hastaya tanısı ve uygulanacak cerrahi teknikler konusunda bilgi verilmesi hekimin sorumluluğunda olduğu için bu konularda herhangi bir bilgi verilmemiştir.

### 5.9. Veri toplama formu değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk testi ve grafiksel değerlendirmeler ile sınanmıştır. Normal dağılım gösteren nicel verilerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test, normal dağılım göstermeyen verilerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanıldı.

Nitel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi, Fisher-Freeman-Halton Exact testi ve Fisher's Exact test kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde normal dağılım gösterenlerde Pearson Korelasyon Analizi, normal dağılım göstermeyenlerde ise Spearman's Korelasyon Analizi kullanıldı. Anlamlılık en az  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

#### **Alfa katsayısının değerlendirilmesi aşağıdaki ölçüte göre yapılır:**

$0.0 \leq \alpha < 0.40$  ise ölçek güvenilir değildir.

$0.40 \leq \alpha < 0.60$  ise ölçek düşük güvenilirliktedir

$0.60 \leq \alpha < 0.80$  ise oldukça güvenilirdir.

$0.80 \leq \alpha < 1.00$  ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir (66).

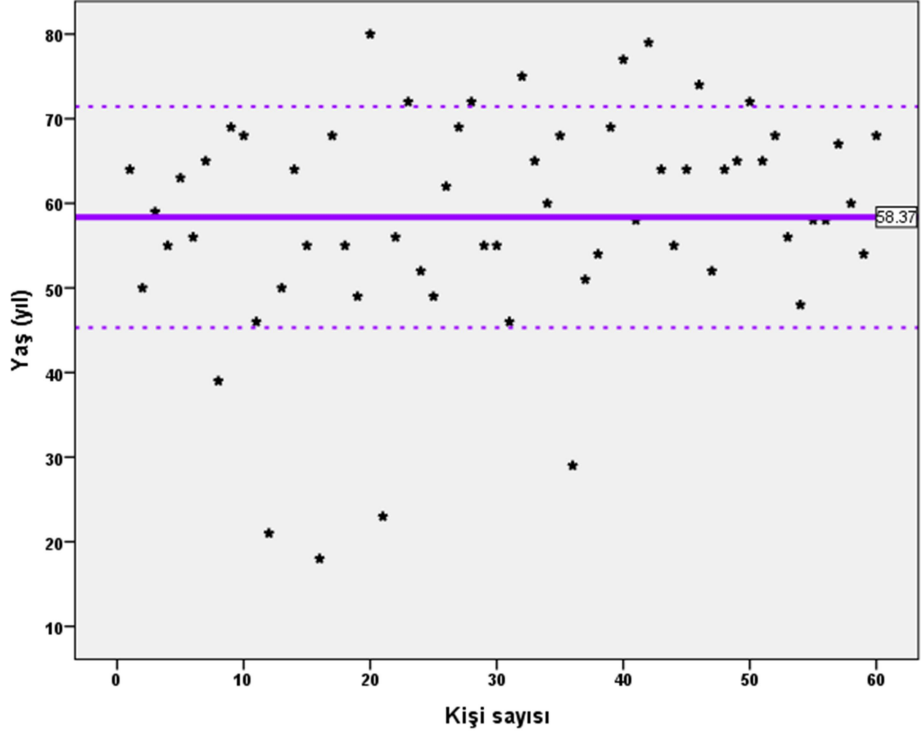
## 6. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların; %15'i (n=9) kadın, %85'i (n=51) erkek olmak üzere toplam 60 kişiden oluşmaktadır.

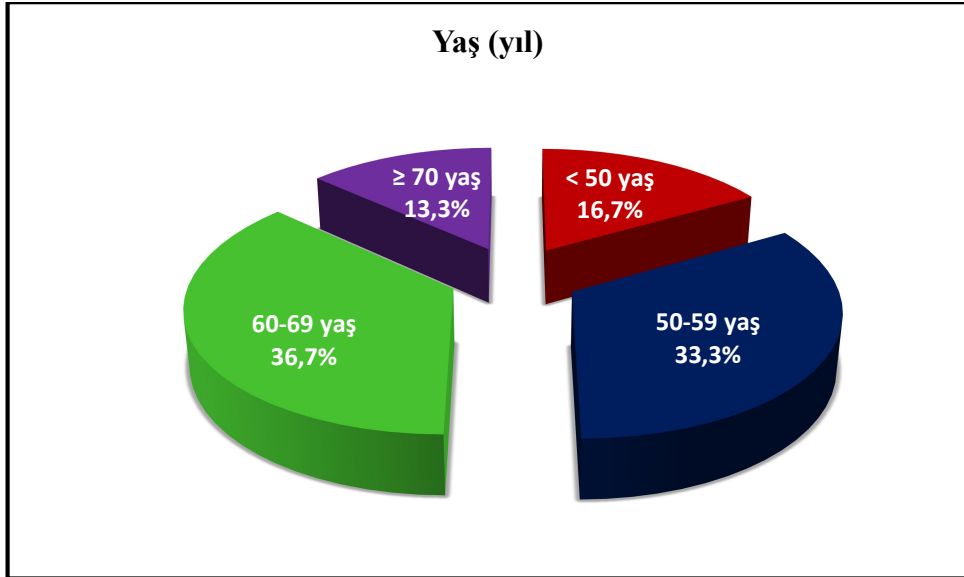
**Tablo 6.1 Bireylerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı**

		n %
Yaş (yıl)	Min-Mak (Medyan)	18-80 (59,5)
	Ort±Ss	58,37±13,07
	< 50 yaş	10 (16,7)
	50-59 yaş	20 (33,3)
	60-69 yaş	22 (36,7)
Cinsiyet	≥ 70 yaş	8 (13,3)
	Kadın	9 (15,0)
	Erkek	51 (85,0)
	Medeni durum	Bekar
Evli		57 (95,0)
Eğitim durumu	İlkokul	28 (46,7)
	Ortaokul	7 (11,7)
	Lise	18 (30,0)
	Üniversite	7 (11,7)
Çalışma durumu	Çalışmıyor	45 (75,0)
	Çalışıyor	15 (25,0)
Gelir durumu	Gelir giderden az	3 (5,0)
	Gelir gidere eşit	56 (93,3)
	Gelir giderden fazla	1 (1,7)
Sosyal güvence	Yok	1 (1,7)
	Var	59 (98,3)
Yaşadığı yer	İlçe	2 (3,3)
	Şehir Merkezi	58 (96,7)

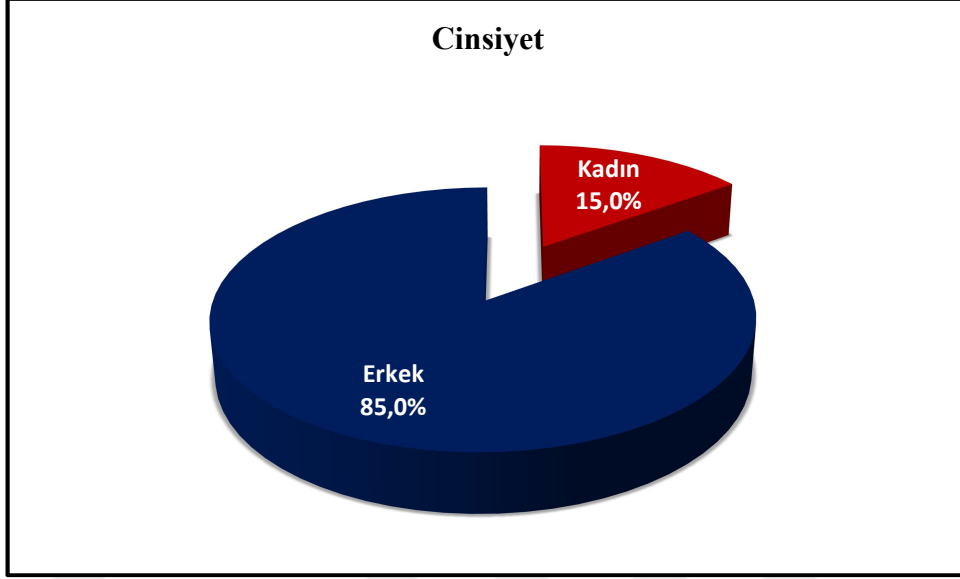
Katılımcıların yaşları; 18 ile 80 arasında değişmekte olup, ortalama 58.37±13.07 yıldır; hastaların %16.7'si (n=10) 50 yaşın altında iken, %33.3'ü (n=20) 50-59 yaş, %36.7'si (n=22) 60-69 yaş aralığında, %13.3'ü (n=8) 70 yaş ve üzerindedir.



Şekil 6.1 Bireylerin Yaş dağılımı



Şekil 6.2 Bireylerin Yaş grupları dağılımı

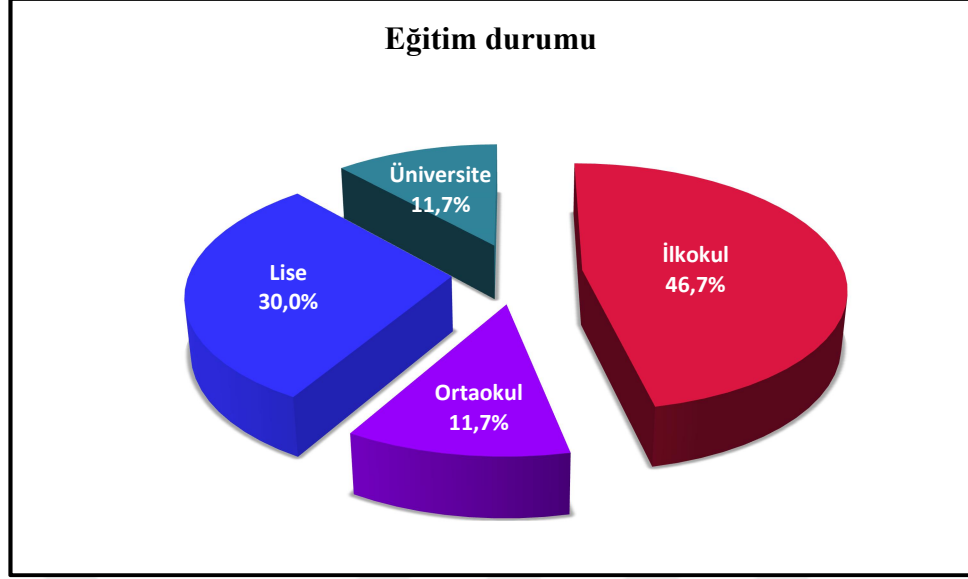


**Şekil 6.3 Bireylerin Cinsiyet dağılımı**

Çalışmaya alınan hastaların %5'i (n=3) bekar iken, %95'i (n=57) evlidir.

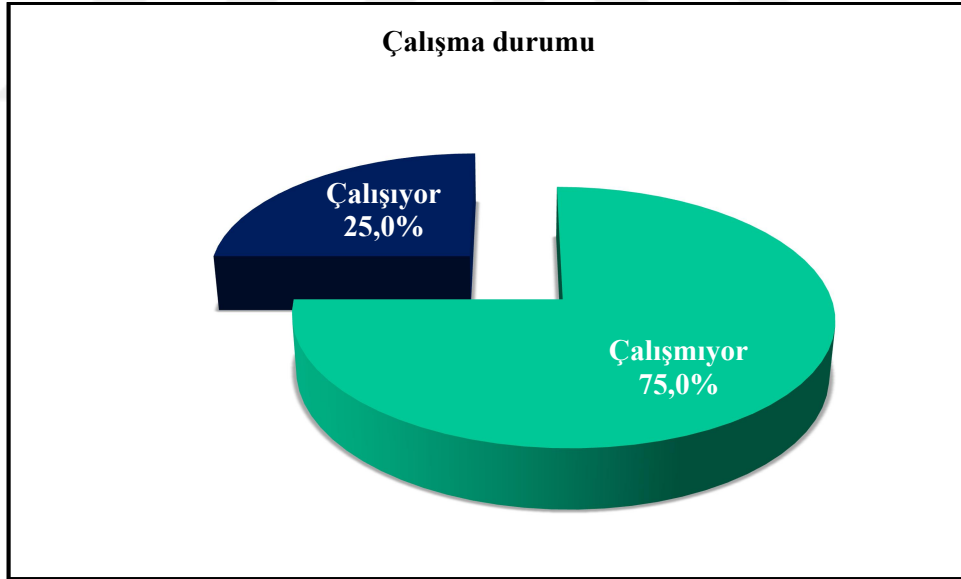


**Şekil 6.4 Bireylerin Medeni durum dağılımı**



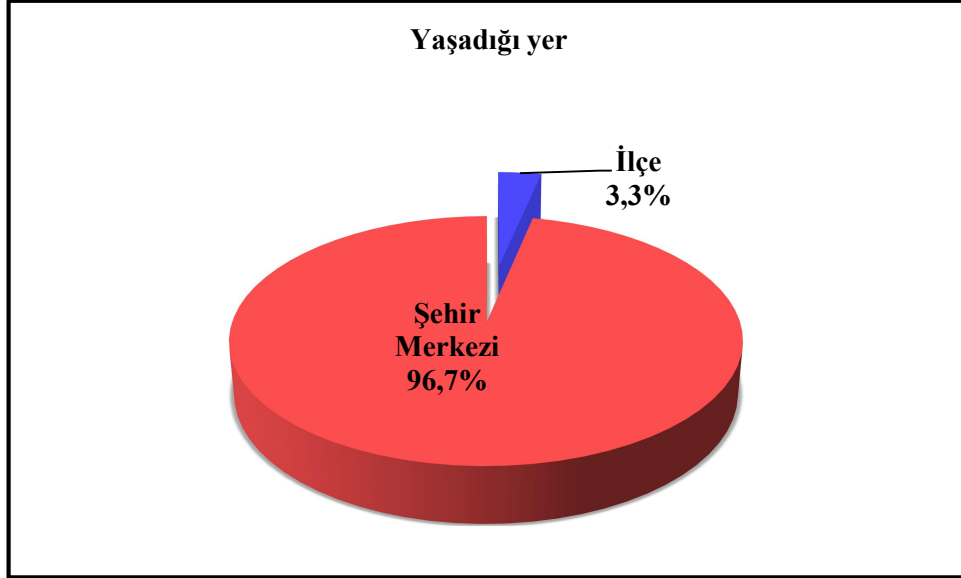
**Şekil 6.5 Bireylerin Eğitim durumu dağılımı**

Hastaların %46.7'si (n=28) ilkokul, %11.7'si (n=7) ortaokul, %30'u (n=18) lise, %11.7'si (n=7) üniversite mezunudur.



**Şekil 6.6 Bireylerin Çalışma durumu dağılımı**

Katılımcıların; %75'i (n=45) herhangi bir işte çalışmıyorken, %25'i (n=15) çalışmaktadır. Gelir düzeyleri incelendiğinde; %5'inin (n=3) gelirinin giderden az, %93.3'ünün (n=56) geliri giderine eşit, %1.7'sinin (n=1) ise gelirinin giderinden fazla olduğu görülmektedir. %98.3'ünün (n=59) sosyal güvencesi bulunmaktadır.

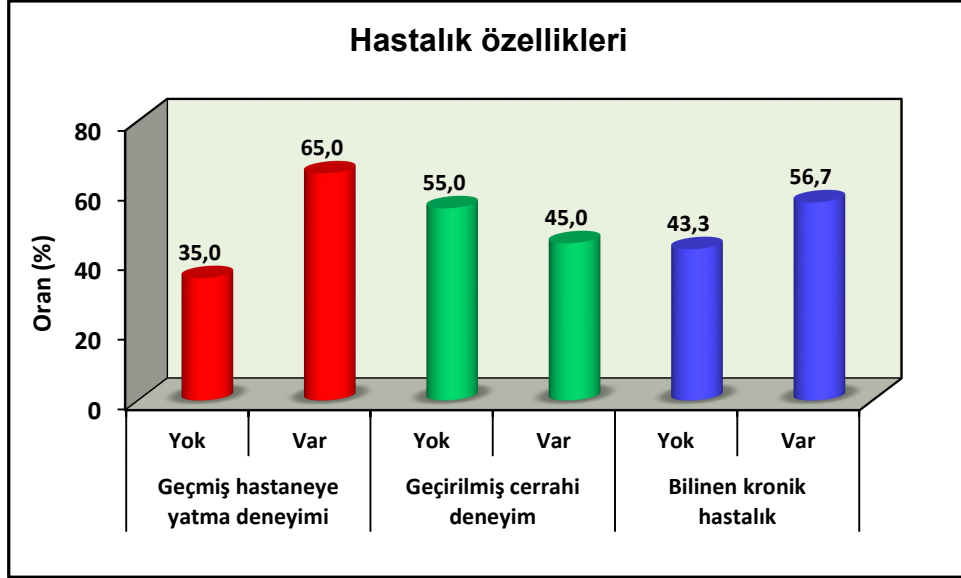


**Şekil 6.7 Bireylerin Yaşadığı yerlerin dağılımı**

Çalışmaya alınan hastaların %3.3'ü (n=2) ilçede, %96.7'si (n=58) şehir merkezinde yaşamaktadır.

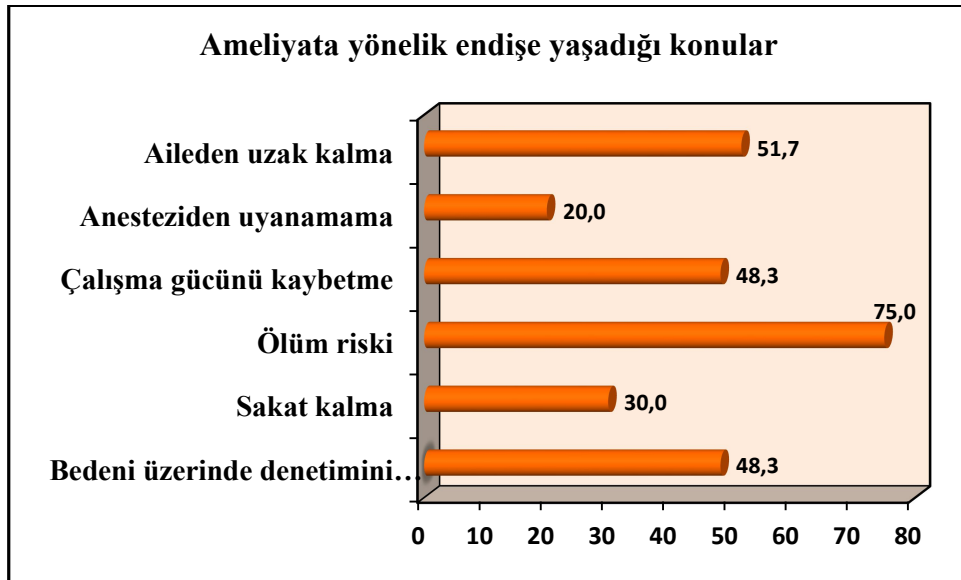
**Tablo 6.2 Bireylerin Hastalığa İlişkin Özellikleri ve Ameliyata Yönelik Endişe Yaşadığı Konuların Dağılımı**

		n (%)
<b><i>Hastalık özellikleri</i></b>		
<b>Geçmiş hastaneye yatma deneyimi</b>	Yok	21 (35,0)
	Var	39 (65,0)
<b>Geçirilmiş cerrahi deneyim</b>	Yok	33 (55,0)
	Var	27 (45,0)
<b>Bilinen kronik hastalık</b>	Yok	26 (43,3)
	Var	34 (56,7)
<b><i>Ameliyata yönelik endişe yaşadığı konular</i></b>		
<b>Bedeni üzerinde denetimini kaybetme</b>	Yok	31 (51,7)
	Var	29 (48,3)
<b>Sakat kalma</b>	Yok	42 (70,0)
	Var	18 (30,0)
<b>Ölüm riski</b>	Yok	15 (25,0)
	Var	45 (75,0)
<b>Çalışma gücünü kaybetme</b>	Yok	31 (51,7)
	Var	29 (48,3)
<b>Anesteziyen uyanamama</b>	Yok	48 (80,0)
	Var	12 (20,0)
<b>Aileden uzak kalma</b>	Yok	29 (48,3)
	Var	31 (51,7)



**Şekil 6.8 Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı**

Çalışmaya dahil edilen hastaların; %65.0'inde (n=39) daha önce hastaneye yatma, %45.0'inde (n=27) daha önce cerrahi deneyim görülürken, %56.7'sinde (n=34) bilinen kronik hastalık görülmektedir.



**Şekil 6.9 Hastaların Ameliyata Yönelik Endişe Yaşadığı Konuların Dağılımı**

Ameliyata yönelik endişe yaşanan konular incelendiğinde; %48.3'ünde (n=29) bedeni üzerinde denetimini kaybetme, %30'unda (n=18) sakat kalma, %75'inde (n=45) ölüm riski, %48.3'ünde (n=29) çalışma gücünü kaybetme, %20'sinde (n=12) anesteziyen uyanamama ve %51.7'sinde (n=31) aileden uzak kalma endişeleri saptandı.

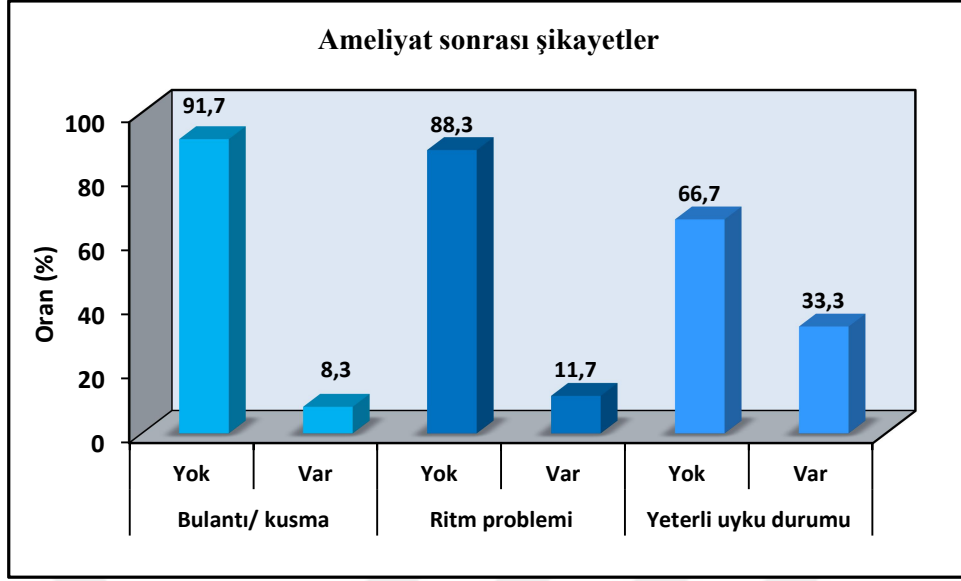
**Tablo 6.3 Hastaların Ameliyat Sonrası Durumlarının Dağılımı**

		<b>n (%)</b>
<b>Ekstübasyon süresi (saat)</b>	Min-Mak (Medyan)	3-9 (6)
	Ort±Ss	5,70±1,12
<b>Oral beslenmeye başlama zamanı (saat)</b>	Min-Mak (Medyan)	24
	Ort±Ss	-
<b>Yoğun bakımda kalış süresi (saat)</b>	Min-Mak (Medyan)	48-72 (48)
	Ort±Ss	50,80±6,27
<b>Mobilizasyon süresi (saat)</b>	Min-Mak (Medyan)	6-48 (24)
	Ort±Ss	23,55±4,99
<b>Bulantı/ kusma</b>	<b>Yok</b>	55 (91,7)
	<b>Var</b>	5 (8,3)
<b>Ritm problemi</b>	<b>Yok</b>	53 (88,3)
	<b>Var</b>	7 (11,7)
<b>Yeterli uyku durumu</b>	<b>Yok</b>	40 (66,7)
	<b>Var</b>	20 (33,3)

Hastaların ameliyat sonrası durumları incelendiğinde;

Ekstübasyon süreleri 3 ile 9 saat arasında değişmekte olup, ortalama 5.7±1.12 saattir. Oral beslenme süreleri tüm olgularda 24 saattir. Yoğun bakımda kalış süreleri 48 ile 72 saatarasında değişmekte olup, ortalama 50.8±6.27 saattir. Mobilizasyon süreleri 6 ile 48 saat arasında değişmekte olup, ortalama 23.55±4.99 saattir. Olguların %8.3'ünde (n=5) bulantı/kusma, %11.7'sinde (n=7) ritm problemi ve %66.7'sinde (n=40) yetersiz uyku problemi görülmektedir (Tablo 6.3).





**Şekil 6.10 Hastaların Ameliyat Sonrası Şikayetlerinin Dağılımı**

**Tablo 6.4 Deney ve Kontrol Gruplarını Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması**

		<b>Deney grubu (n=30)</b>	<b>Kontrol grubu (n=30)</b>	<b>Test değeri; p</b>
		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
<b>Yaş (yıl)</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	18-80 (55,5)	29-79 (64)	<i>t</i> : -1,855
	<i>Ort±Ss</i>	55,30±14,79	61,43±10,45	<sup>a</sup> <i>p</i> : 0,069
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	3 (10,0)	6 (20,0)	$\chi^2$ : 1,176
	<b>Erkek</b>	27 (90,0)	24 (80,0)	<sup>b</sup> <i>p</i> : 0,472
<b>Medeni durum</b>	<b>Bekar</b>	3 (10,0)	0 (0)	$\chi^2$ : 3,158
	<b>Evli</b>	27 (90,0)	30 (100)	<sup>b</sup> <i>p</i> : 0,237
<b>Eğitim durumu</b>	<b>İlkokul</b>	14 (46,7)	14 (46,7)	$\chi^2$ : 4,880
	<b>Ortaokul</b>	2 (6,7)	5 (16,7)	<sup>c</sup> <i>p</i> : 0,178
	<b>Lise</b>	8 (26,7)	10 (33,3)	
	<b>Üniversite</b>	6 (20,0)	1 (3,3)	
<b>Çalışma durumu</b>	<b>Çalışmıyor</b>	21 (70,0)	24 (80,0)	$\chi^2$ : 0,800
	<b>Çalışıyor</b>	9 (30,0)	6 (20,0)	<sup>d</sup> <i>p</i> : 0,371
<b>Gelir durumu</b>	<b>Gelir giderden az</b>	2 (6,7)	1 (3,3)	$\chi^2$ : 1,347
	<b>Gelir gidere eşit</b>	28 (93,3)	28 (93,3)	<sup>c</sup> <i>p</i> : 1,000
	<b>Gelir giderden fazla</b>	0 (0)	1 (3,3)	
<b>Sosyal güvence</b>	<b>Yok</b>	1 (3,3)	0 (0)	$\chi^2$ : 1,017
	<b>Var</b>	29 (96,7)	30 (100)	<sup>b</sup> <i>p</i> : 1,000
<b>Yaşadığı yer</b>	<b>İlçe</b>	2 (6,7)	0 (0)	$\chi^2$ : 2,069
	<b>Şehir merkezi</b>	28 (93,3)	30 (100)	<sup>b</sup> <i>p</i> : 0,492

<sup>a</sup>Student t Test <sup>b</sup>Fisher's Exact Test <sup>c</sup>Fisher-Freeman-Halton Exact Test <sup>d</sup>Pearson Ki-kare Test

Gruplara göre katılımcıların yaşları ve cinsiyet dağılımları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Gruplara göre katılımcıların medeni durumları, eğitim durumları, çalışma durumları, gelir durumları, sosyal güvence varlığı ve yaşadıkları yerlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 6.5 Deney ve Kontrol Gruplarının Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Karşılaştırılması**

		<b>Deney grubu (n=30) n (%)</b>	<b>Kontrol grubu (n=30) n (%)</b>	<b>Test değeri; p</b>
<b>Geçmiş hastaneye yatma deneyimi</b>	<b>Yok</b>	10 (33,3)	11 (36,7)	$\chi^2: 0,073$
	<b>Var</b>	20 (66,7)	19 (63,3)	$p: 0,787$
<b>Geçirilmiş cerrahi deneyim</b>	<b>Yok</b>	15 (50,0)	18 (60,0)	$\chi^2: 0,606$
	<b>Var</b>	15 (50,0)	12 (40,0)	$p: 0,436$
<b>Bilinen kronik hastalık</b>	<b>Yok</b>	15 (50,0)	11 (36,7)	$\chi^2: 1,086$
	<b>Var</b>	15 (50,0)	19 (63,3)	$p: 0,297$

<sup>d</sup>Pearson Ki-kare Test

Daha önce hastaneye yatma, geçirilmiş cerrahi deneyimi olma ve bilinen kronik hastalığı olma oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 6.6 Deney ve Kontrol Gruplarının Ameliyata Yönelik Endişe Yaşadığı Konulara Göre Karşılaştırılması**

		<b>Deney grubu (n=30) n (%)</b>	<b>Kontrol grubu (n=30) n (%)</b>	<b>Test değeri; p</b>
<b>Bedeni üzerinde denetimini kaybetme</b>	<b>Yok</b>	15 (50,0)	16 (53,3)	$\chi^2: 0,067$
	<b>Var</b>	15 (50,0)	14 (46,7)	$p: 0,796$
<b>Sakat kalma</b>	<b>Yok</b>	18 (60,0)	24 (80,0)	$\chi^2: 2,857$
	<b>Var</b>	12 (40,0)	6 (20,0)	$p: 0,091$
<b>Ölüm riski</b>	<b>Yok</b>	9 (30,0)	6 (20,0)	$\chi^2: 0,800$
	<b>Var</b>	21 (70,0)	24 (80,0)	$p: 0,371$
<b>Çalışma gücünü kaybetme</b>	<b>Yok</b>	16 (53,3)	15 (50,0)	$\chi^2: 0,067$
	<b>Var</b>	14 (46,7)	15 (50,0)	$p: 0,796$
<b>Anesteziyen uyanmama</b>	<b>Yok</b>	23 (76,7)	25 (83,3)	$\chi^2: 0,417$
	<b>Var</b>	7 (23,3)	5 (16,7)	$p: 0,519$
<b>Aileden uzak kalma</b>	<b>Yok</b>	14 (46,7)	15 (50,0)	$\chi^2: 0,067$
	<b>Var</b>	16 (53,3)	15 (50,0)	$p: 0,796$

<sup>d</sup>Pearson Ki-kare Test

Hastaların ameliyat öncesinde yaşadıkları endişelerden; bedeni üzerinde denetimini kaybetme, sakat kalma, ölüm riski, çalışma gücünü kaybetme, anesteziye uyanamama ve aileden uzak kalma endişelerini yaşama oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 6.7 Deney ve Kontrol Gruplarının Ameliyat Sonrası Sağlık Durumlarına Göre Karşılaştırılması**

		<b>Deney grubu</b>	<b>Kontrol grubu</b>	<i>Test değeri; p</i>
		<b>(n=30)</b>	<b>(n=30)</b>	
		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
<b>Ekstübasyon süresi (saat)</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	4-8 (5)	3-9 (6)	<i>Z: -0,868</i>
	<i>Ort±Ss</i>	5,60±0,97	5,80±1,27	<i><sup>e</sup>p: 0,386</i>
<b>Yoğun bakımda kalış süresi (saat)</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	48-72 (48)	48-72 (48)	<i>Z: -0,323</i>
	<i>Ort±Ss</i>	50,00±4,81	51,60±7,45	<i><sup>e</sup>p: 0,746</i>
<b>Mobilizasyon süresi (saat)</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	6-24 (24)	6-48 (24)	<i>Z: -1,311</i>
	<i>Ort±Ss</i>	22,87±4,32	24,23±5,57	<i><sup>e</sup>p: 0,190</i>
<b>Bulantı/ kusma</b>	<b>Yok</b>	26 (86,7)	29 (96,7)	$\chi^2: 1,964$
	<b>Var</b>	4 (13,3)	1 (3,3)	$\sup_b p: 0,353$
<b>Ritm problemi</b>	<b>Yok</b>	27 (90,0)	26 (86,7)	$\chi^2: 0,162$
	<b>Var</b>	3 (10,0)	4 (13,3)	$\sup_b p: 1,000$
<b>Yeterli uyku durumu</b>	<b>Yok</b>	20 (66,7)	20 (66,7)	-
	<b>Var</b>	10 (33,3)	10 (33,3)	

<sup>b</sup>Fisher's Exact Test

<sup>e</sup>Mann Whitney U Test

Ameliyat sonrasında ekstübasyon süreleri, yoğun bakımda kalış süreleri ve mobilizasyon süreleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Ameliyat sonrasında bulantı/ kusma, ritm problemi ve yeterli uyuyamama şikayeti oranları da istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 6.8 Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeğine İlişkin Durumluk Kaygı Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı**

	Hiç		Biraz		Çok		Tamamiyle	
	n	%	n	%	n	%	N	%
DAÖ.1	0	0	18	30,0	21	35,0	21	35,0
DAÖ.2	2	3,3	0	0	27	45,0	31	51,7
DAÖ.3	42	70,0	13	21,7	5	8,3	0	0
DAÖ.4	53	88,3	7	11,7	0	0	0	0
DAÖ.5	3	5,0	14	23,3	27	45,0	16	26,7
DAÖ.6	38	63,3	17	28,3	4	6,7	1	1,7
DAÖ.7	47	78,3	9	15,0	4	6,7	0	0
DAÖ.8	4	6,7	27	45,0	17	28,3	12	20,0
DAÖ.9	36	60,0	19	31,7	5	8,3	0	0
DAÖ.10	2	3,3	14	23,3	25	41,7	19	31,7
DAÖ.11	1	1,7	11	18,3	22	36,7	26	43,3
DAÖ.12	44	73,3	14	23,3	2	3,3	0	0
DAÖ.13	43	71,7	13	21,7	4	6,7	0	0
DAÖ.14	41	68,3	14	23,3	4	6,7	1	1,7
DAÖ.15	2	3,3	21	35,0	17	28,3	20	33,3
DAÖ.16	1	1,7	11	18,3	24	40,0	24	40,0
DAÖ.17	43	71,7	14	23,3	3	5,0	0	0
DAÖ.18	47	78,3	10	16,7	3	5,0	0	0
DAÖ.19	2	3,3	24	40,0	22	36,7	12	20,0
DAÖ.20	5	8,3	19	31,7	19	31,7	17	28,3

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeğine İlişkin durumluk kaygı sorularına verilen yanıtların dağılımı Tablo 6.8’de görülmektedir.

**Tablo 6.9 Çalışmaya Katılan Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Dağılımı**

	Hiçbir zaman		Bazen		Çok zaman		Her zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SAÖ.1	0	0	12	20,0	31	51,7	17	28,3
SAÖ.2	14	23,3	32	53,3	11	18,3	3	5,0
SAÖ.3	11	18,3	23	38,3	17	28,3	9	15,0
SAÖ.4	2	3,3	13	21,7	28	46,7	17	28,3
SAÖ.5	10	16,7	32	53,3	14	23,3	4	6,7
SAÖ.6	1	1,7	23	38,3	26	43,3	10	16,7
SAÖ.7	4	6,7	6	10,0	30	50,0	20	33,3
SAÖ.8	19	31,7	37	61,7	3	5,0	1	1,7
SAÖ.9	17	28,3	28	46,7	9	15,0	6	10,0
SAÖ.10	0	0	14	23,3	29	48,3	17	28,3
SAÖ.11	15	25,0	30	50,0	8	13,3	7	11,7
SAÖ.12	46	76,7	6	10,0	5	8,3	3	5,0
SAÖ.13	1	1,7	6	10,0	28	46,7	25	41,7
SAÖ.14	8	13,3	6	10,0	25	41,7	21	35,0
SAÖ.15	16	26,7	32	53,3	5	8,3	7	11,7
SAÖ.16	0	0	5	8,3	31	51,7	24	40,0
SAÖ.17	17	28,3	35	58,3	5	8,3	3	5,0
SAÖ.18	14	23,3	33	55,0	4	6,7	9	15,0
SAÖ.19	0	0	3	5,0	19	31,7	38	63,3
SAÖ.20	30	50,0	26	43,3	3	5,0	1	1,7

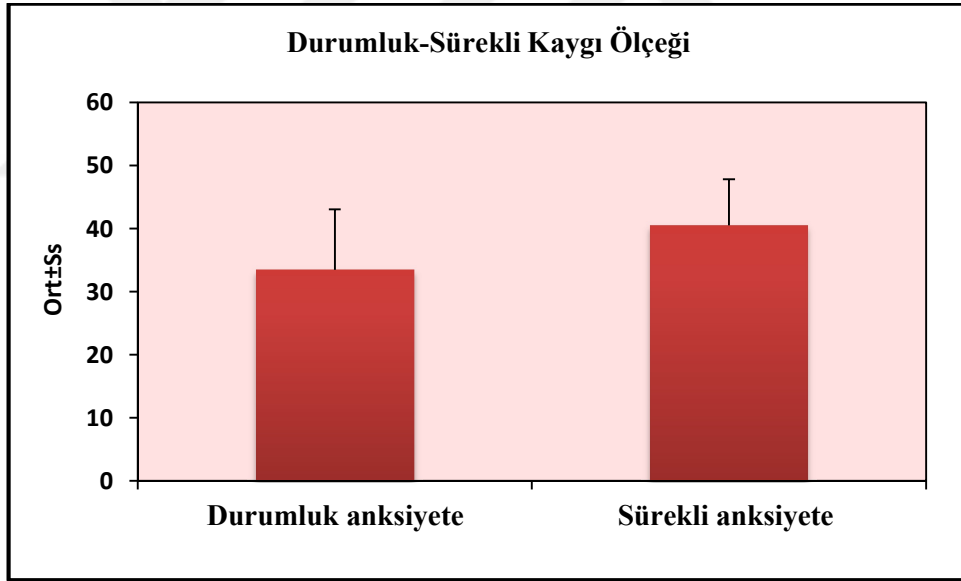
Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeğine ilişkin sürekli kaygı sorularına verilen yanıtların dağılımı Tablo 6.9’da görülmektedir.

Durumluk-Sürekli kaygı ölçeği sorularının iç tutarlılığını gösteren Cronbah’s alfa değerleri incelendiğinde; durumluk kaygı için 0.933; sürekli kaygı için 0.814 olarak saptanmıştır. Buna göre ölçeğimiz yüksek derecede güvenilirdir (Tablo 6.10).

**Tablo 6.10 Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Dağılımı**

	<b>Soru sayısı</b>	<b>Min-Mak (Medyan)</b>	<b>Ort±Ss</b>	<b>Cronbach's alpha</b>
<b>Durumluk kaygı puanı</b>	20	20-67 (34)	33,48±9,56	0,933
<b>Sürekli kaygı puanı</b>	20	23-60 (41)	40,50±7,32	0,814

Hastaların durumluk kaygı puanları 20 ile 67 arasında değişmekte olup, ortalama  $33.48 \pm 9.56$  puan; sürekli kaygı puanları 23 ile 60 arasında değişmekte olup, ortalama  $40.50 \pm 7.32$  puandır.



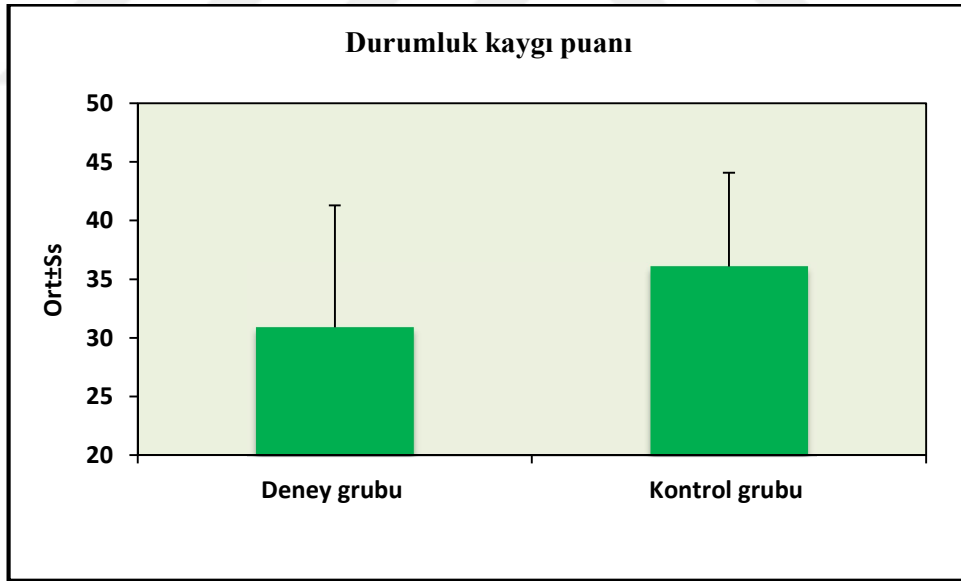
**Şekil 6.11 Durumluk ve Sürekli kaygı puanlarının dağılımı**

**Tablo 6.11 Deney ve Kontrol Gruplarının Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

		<b>Deney grubu (n=30)</b>	<b>Kontrol grubu (n=30)</b>	<b>Test değeri; p</b>
<b>Durumluk kaygı puanı</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	20-67 (29)	22-50 (36,5)	<i>t: -2,157</i>
	<i>Ort±Ss</i>	30,90±10,40	36,07±8,00	<b><i><sup>a</sup>p: 0,035</i></b>
<b>Sürekli kaygı puanı</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	23-60 (38,5)	31-49 (44)	<i>t: -1,277</i>
	<i>Ort±Ss</i>	39,30±8,76	41,70±5,41	<i><sup>a</sup>p: 0,208</i>

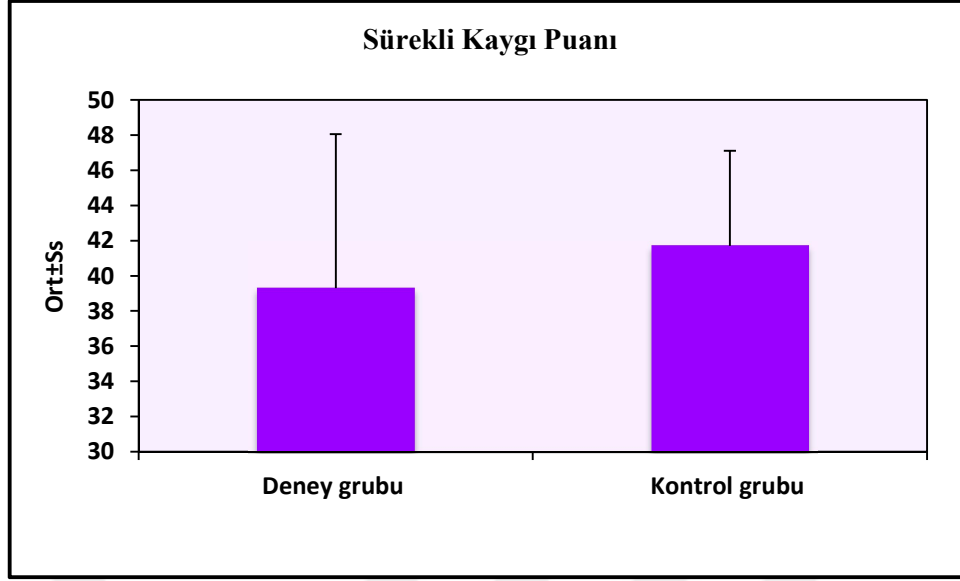
<sup>a</sup>Student t Test \*p<0.05

Deney grubu hastaların durumluk kaygı puanları ortalama 30.90±10.40 iken, kontrol grubu hastaların ortalama 36.07±8.00 puandır. Gruplara göre hastaların durumluk kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0.035; p<0.05); Deney grubu hastaların durumluk kaygı puanları, kontrol grubu hastalardan daha düşüktür.



**Şekil 6.12 Deney ve Kontrol Gruplarının Durumluk Kaygı Puanları**

Deney grubu hastaların sürekli kaygı puanları ortalama 39.30±8.76 iken, kontrol grubu hastaların ortalama 41.70±5.41 puandır. Gruplara göre hastaların sürekli kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0.05).



Şekil 6.13 Deney ve Kontrol Gruplarının Sürekli Kaygı Puanlarının Dağılımı

Tablo 6.12. Çalışma Durumlarına Göre Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

		<i>n</i>	Deney grubu (n=30)		Kontrol grubu (n=30)	
			Durumluk anksiyete	Sürekli anksiyete	Durumluk anksiyete	Sürekli anksiyete
Çalışma durumu	Çalışıyor		21	21	24	24
		<i>Min-Mak (Medyan)</i>	20-47 (28)	23-50 (38)	22-48 (37)	31-49 (44)
		<i>Ort±Ss</i>	30,24±9,06	37,33±7,83	37,13±6,6	42,21±5,00
	Çalışmıyor		9	9	6	6
		<i>Min-Mak (Medyan)</i>	20-67 (30)	33-60 (40)	22-50 (26)	32-48 (40)
		<i>Ort±Ss</i>	32,44±13,53	43,89±9,55	31,83±12,01	39,67±7,00
	<i>Test değeri</i>		Z: -0,272	Z: -1,585	Z: -1,171	Z: -0,756
	<i>p</i>		<sup>e</sup> <i>p</i> : 0,786	<sup>e</sup> <i>p</i> : 0,113	<sup>e</sup> <i>p</i> : 0,242	<sup>e</sup> <i>p</i> : 0,449

<sup>e</sup>Mann Whitney U Test

Deney grubu hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanları, çalışma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Kontrol grubu hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanları, çalışma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).



**Tablo 6.13 Geçmişte Hastaneye Yatma Deneyimine Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları**

			Deney grubu (n=30)		Kontrol grubu (n=30)	
			Durumluk kaygı	Sürekli kaygı	Durumluk kaygı	Sürekli kaygı
<b>Geçmişte hastaneye yatma deneyimi</b>	<b>Yok</b>	<i>n</i>	10	10	11	11
		<i>Min-Mak (Medyan)</i>	20-67 (28)	30-58 (38,5)	22-48 (35)	31-48 (44)
		<i>Ort±Ss</i>	31,00±13,42	40,30±8,30	33,91±9,24	40,82±6,43
	<b>Var</b>	<i>n</i>	20	20	19	19
		<i>Min-Mak (Medyan)</i>	20-47 (29)	23-60 (38,5)	22-50 (38)	32-49 (44)
		<i>Ort±Ss</i>	30,85±8,93	38,80±9,15	37,32±7,16	42,21±4,85
	<b>Test değeri</b>			Z: -0,397	Z: -0,396	Z: -1,166
<b>p</b>			<sup>e</sup> p: 0,692	<sup>e</sup> p: 0,692	<sup>e</sup> p: 0,244	<sup>e</sup> p: 0,713

<sup>e</sup>Mann Whitney U Test

Deney grubu hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanları, geçmişte hastaneye yatma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Kontrol grubu hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanları, geçmişte hastaneye yatma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 6.14 Geçirilmiş Cerrahi Deneyimine Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları**

			Deney grubu (n=30)		Kontrol grubu (n=30)		
			Durumluk kaygı	Sürekli kaygı	Durumluk kaygı	Sürekli kaygı	
Geçirilmiş cerrahi deneyim	Yok	<i>n</i>	15	15	18	18	
		<i>Min-Mak (Medyan)</i>	20-67 (30)	29-58 (39)	22-50 (37)	31-48 (41)	
		<i>Ort±Ss</i>	30,87±11,75	39,60±8,13	35,83±8,64	40,39±5,75	
	Var	<i>n</i>	15	15	12	12	
		<i>Min-Mak (Medyan)</i>	20-47 (28)	23-60 (38)	22-48 (36)	35-49 (44)	
		<i>Ort±Ss</i>	30,93±9,28	39,00±9,62	36,42±7,29	43,67±4,38	
	<i>Test değeri</i>			Z: -0,291	Z: -0,145	Z: 0,001	Z: -1,512
	<i>p</i>			<sup>e</sup> p: 0,771	<sup>e</sup> p: 0,884	<sup>e</sup> p: 1,000	<sup>e</sup> p: 0,131

<sup>e</sup>Mann Whitney U Test

Deney grubu hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanları, geçirilmiş cerrahi deneyim varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Kontrol grubu hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanları, geçirilmiş cerrahi deneyim varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 6.15 Bilinen Kronik Hastalık Varlığına Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları**

			Deney grubu (n=30)		Kontrol grubu (n=30)	
			Durumluk kaygı	Sürekli kaygı	Durumluk kaygı	Sürekli kaygı
<b>Bilinen kronik hastalık</b>	<b>Yok</b>	<i>n</i>	15	15	11	11
		<i>Min-Mak (Medyan)</i>	20-67 (25)	23-60 (38)	22-48 (31)	31-48 (44)
		<i>Ort±Ss</i>	29,27±12,01	39,33±10,36	32,64±9,69	41,18±6,57
	<b>Var</b>	<i>n</i>	15	15	19	19
		<i>Min-Mak (Medyan)</i>	20-47 (31)	27-50 (39)	26-50 (37)	32-49 (43)
		<i>Ort±Ss</i>	32,53±8,61	39,27±7,19	38,05±6,29	42,00±4,80
<b>Test değeri</b>			Z: -1,475	Z: -0,291	Z: -1,598	Z: -0,022
<b>p</b>			<sup>e</sup> p: 0,140	<sup>e</sup> p: 0,771	<sup>e</sup> p: 0,110	<sup>e</sup> p: 0,983

<sup>e</sup>Mann Whitney U Test

Deney grubu hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanları, bilinen kronik hastalık varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Kontrol grubu hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanlarında, bilinen kronik hastalık varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0.05$ ).

**Tablo 6.16 Ameliyata Yönelik Endişe Yaşadığı Konulara Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları**

				Deney grubu (n=30)		Kontrol grubu (n=30)	
				Durumluk kaygı	Sürekli kaygı	Durumluk kaygı	Sürekli kaygı
Bedeni üzerinde denetimi kaybetme	Yok	<i>n</i>		15	15	16	16
		<i>Min-Mak (Medyan)</i>		20-67 (28)	23-58 (36)	22-50 (38,5)	32-48 (43)
		<i>Ort±Ss</i>		30,07±11,97	37,40±9,89	37,75±8,09	41,31±4,91
	Var	<i>n</i>		15	15	14	14
		<i>Min-Mak (Medyan)</i>		20-47 (31)	31-60 (39)	22-46 (35)	31-49 (44,5)
		<i>Ort±Ss</i>		31,73±8,91	41,20±7,30	34,14±7,73	42,14±6,10
		<i>Test değeri</i>		Z: -0,893	Z: -1,349	Z: -1,356	Z: -0,816
		<i>p</i>		<sup>e</sup> p: 0,372	<sup>e</sup> p: 0,177	<sup>e</sup> p: 0,175	<sup>e</sup> p: 0,415
Sakat kalma	Yok	<i>n</i>		18	18	24	24
		<i>Min-Mak (Medyan)</i>		20-67 (28)	27-60 (39,5)	22-50 (36)	31-49 (44)
		<i>Ort±Ss</i>		31,11±12,27	40,28±9,64	35,08±7,65	42,00±5,20
	Var	<i>n</i>		12	12	6	6
		<i>Min-Mak (Medyan)</i>		20-43 (29,5)	23-50 (38)	26-48 (41,5)	32-48 (40)
		<i>Ort±Ss</i>		30,58±7,24	37,83±7,40	40,00±8,88	40,50±6,60
		<i>Test değeri</i>		Z: -0,509	Z: -0,445	Z: -1,275	Z: -0,470
		<i>p</i>		<sup>e</sup> p: 0,611	<sup>e</sup> p: 0,656	<sup>e</sup> p: 0,202	<sup>e</sup> p: 0,639
Ölüm riski	Yok	<i>n</i>		9	9	6	6
		<i>Min-Mak (Medyan)</i>		20-40 (26)	32-60 (43)	22-44 (29,5)	31-48 (45,5)
		<i>Ort±Ss</i>		28,22±8,00	43,00±9,64	30,83±9,68	43,50±6,41
	Var	<i>n</i>		21	21	24	24
		<i>Min-Mak (Medyan)</i>		20-67 (30)	23-58 (38)	26-50 (37)	32-49 (43)
		<i>Ort±Ss</i>		32,05±11,5	37,71±8,8	37,38±7,17	41,25±5,9
		<i>Test değeri</i>		Z: -0,884	Z: -1,382	Z: -1,509	Z: -1,200
		<i>p</i>		<sup>e</sup> p: 0,377	<sup>e</sup> p: 0,167	<sup>e</sup> p: 0,131	<sup>e</sup> p: 0,230
Çalışma gücünü kaybetme	Yok	<i>n</i>		16	16	15	15
		<i>Min-Mak (Medyan)</i>		20-67 (30,5)	23-60 (40)	26-50 (36)	32-49 (44)
		<i>Ort±Ss</i>		33,19±12,56	40,00±9,91	36,87±6,74	41,80±5,16
	Var	<i>n</i>		14	14	15	15
		<i>Min-Mak (Medyan)</i>		20-41 (28)	30-50 (37)	22-48 (37)	31-48 (44)
		<i>Ort±Ss</i>		28,29±6,75	38,50±7,51	35,27±9,26	41,60±5,84
		<i>Test değeri</i>		Z: -1,041	Z: -0,478	Z: -0,208	Z: -0,083
		<i>p</i>		<sup>e</sup> p: 0,298	<sup>e</sup> p: 0,632	<sup>e</sup> p: 0,835	<sup>e</sup> p: 0,933

<b>Anestezi denetiminden uzak kalma</b>	<b>Yok</b>	<i>n</i>	23	23	25	25	
		<i>Min-Mak (Medyan)</i>	20-67 (31)	27-60 (40)	22-48 (36)	31-49 (44)	
		<i>Ort±Ss</i>	32,78±11,06	40,83±8,84	35,72±7,37	42,56±5,38	
	<b>Var</b>	<i>n</i>	7	7	5	5	
		<i>Min-Mak (Medyan)</i>	22-33 (23)	23-43 (36)	26-50 (39)	32-41 (38)	
		<i>Ort±Ss</i>	24,71±3,99	34,29±6,78	37,80±11,54	37,40±3,36	
	<b>Test değeri</b>		<i>Z</i> : -1,694	<i>Z</i> : -1,644	<i>Z</i> : -0,726	<i>Z</i> : -2,156	
	<b>p</b>		<sup>e</sup> <i>p</i> : 0,090	<sup>e</sup> <i>p</i> : 0,100	<sup>e</sup> <i>p</i> : 0,468	<sup>e</sup> <b><i>p</i>: 0,031</b>	
	<b>Aileden uzak kalma</b>	<b>Yok</b>	<i>n</i>	14	14	15	15
			<i>Min-Mak (Medyan)</i>	20-42 (28)	23-60 (38)	26-48 (36)	32-49 (44)
<i>Ort±Ss</i>			29,50±7,30	38,64±9,61	36,07±6,86	41,67±5,63	
<b>Var</b>		<i>n</i>	16	16	15	15	
		<i>Min-Mak (Medyan)</i>	20-67 (30,5)	29-58 (39,5)	22-50 (37)	31-48 (43)	
		<i>Ort±Ss</i>	32,13±12,63	39,88±8,21	36,07±9,25	41,73±5,39	
<b>Test değeri</b>		<i>Z</i> : -0,146	<i>Z</i> : -0,416	<i>Z</i> : -0,062	<i>Z</i> : 0,001		
<b>p</b>		<sup>e</sup> <i>p</i> : 0,884	<sup>e</sup> <i>p</i> : 0,677	<sup>e</sup> <i>p</i> : 0,950	<sup>e</sup> <i>p</i> : 1,000		
<sup>e</sup> Mann Whitney U Test		<sup>e</sup> * <i>p</i> <0.05					

Ameliyat öncesinde bedeni üzerinde denetimi kaybetme endişesine göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi;

Ameliyat öncesinde bedeni üzerinde denetimi kaybetme endişesi varlığına göre deney ve kontrol gruplarının durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ( $p>0.05$ ).

Ameliyat öncesinde sakat kalma endişesine göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi; ameliyat öncesinde sakat kalma endişesi varlığına göre deney ve kontrol gruplarının durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ( $p>0.05$ ).

Ameliyat öncesinde ölüm riski endişesine göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi; ameliyat öncesinde ölüm riski endişesi varlığına göre deney ve kontrol gruplarının durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.05$ ).

Ameliyat öncesinde çalışma gücünü kaybetme endişesine göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi; ameliyat öncesinde çalışma gücünü kaybetme endişesi varlığına göre deney ve kontrol gruplarının durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0.05$ ).

Ameliyat öncesinde anesteziye uyandırmama endişesine göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi; Deney grubu hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanları, ameliyat öncesinde anesteziye uyandırmama endişesi varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ( $p>0.05$ ).

Hastaların sürekli kaygı puanları, ameliyat öncesinde anesteziye uyandırmama endişesi varlığına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ( $p=0.031$ ;  $p<0.05$ ); deney grubunda anesteziye uyandırmama endişesi yaşayan olguların sürekli kaygı puanları kontrol grubundan daha düşük bulundu.

Ameliyat öncesinde aileden uzak kalma endişesine göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi; Deney grubu hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanları, ameliyat öncesinde aileden uzak kalma endişesi varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ( $p>0.05$ ).

**Tablo 6.17 Ameliyat Sonrası Yeterli Uyku Durumuna Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları**

			Deney grubu (n=30)		Kontrol grubu (n=30)	
			Durumluk kaygı	Sürekli kaygı	Durumluk kaygı	Sürekli kaygı
Ameliyat sonrası yeterli uyku durumu	Yok	n	20	20	20	20
		Min-Mak (Medyan)	20-67 (30,5)	27-58 (39)	23-50 (35,5)	32-49 (44)
		Ort±Ss	32,80±11,25	39,70±8,45	35,85±7,89	42,50±5,45
	Var	n	10	10	10	10
		Min-Mak (Medyan)	20-41 (24,5)	23-60 (37,5)	22-48 (38)	31-47 (41)
		Ort±Ss	27,10±7,58	38,50±9,76	36,50±8,63	40,10±5,24
Test değeri			Z: -1,454	Z: -0,396	Z: -0,375	Z: -1,461
p			<sup>c</sup> p: 0,146	<sup>c</sup> p: 0,692	<sup>c</sup> p: 0,707	<sup>c</sup> p: 0,144

<sup>c</sup>Mann Whitney U Test

Ameliyat sonrası deney ve kontrol grubunda yeterli uyuyan ve uyuyamayan hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.05$ ).

**Tablo 6.18. Eğitim Durumuna Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi**

			Deney grubu (n=30)		Kontrol grubu (n=30)	
			Durumluk kaygı	Sürekli kaygı	Durumlu k kaygı	Sürekli kaygı
<b>Eğitim durumu</b>	<b>Ortaokul ve altı</b>	<i>n</i>	16	16	19	19
		<i>Min-Mak (Medyan)</i>	20-47 (30,5)	27-60 (39,5)	22-50 (39)	31-48 (44)
		<i>Ort±Ss</i>	31,31±8,96	39,94±9,18	37,89±8,12	41,74±5,31
<b>Lise ve üzeri</b>		<i>n</i>	14	14	11	11
		<i>Min-Mak (Medyan)</i>	20-67 (27)	23-58 (37,5)	22-46 (35)	32-49 (44)
		<i>Ort±Ss</i>	30,43±12,18	38,57±8,54	32,91±7,03	41,64±5,85
<b>Test değeri</b>			<i>Z: -0,645</i>	<i>Z: -0,395</i>	<i>Z: -1,749</i>	<i>Z: -0,130</i>
<b>p</b>			<i><sup>e</sup>p: 0,519</i>	<i><sup>e</sup>p: 0,693</i>	<i><sup>e</sup>p: 0,080</i>	<i><sup>e</sup>p: 0,897</i>

<sup>e</sup>Mann Whitney U Test

Deney ve kontrol grubu hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanları, eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ( $p>0.05$ ).

**Tablo 6.19. Yaş, Ekstübasyon Süresi, Yoğun Bakımda Kalış Süresi, Mobilizasyon Süresi ile Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**

		Deney grubu (n=30)		Kontrol grubu (n=30)	
		Durumluk kaygı	Sürekli kaygı	Durumluk kaygı	Sürekli kaygı
Yaş (yıl)	<i>n</i>	30	30	30	30
	$\dagger r$	0,208	-0,025	0,191	-0,001
	<i>p</i>	0,270	0,894	0,312	0,997
Ekstübasyon süresi (saat)	<i>n</i>	30	30	30	30
	$\ddagger r$	0,398	0,019	0,075	-0,285
	<i>p</i>	<b>0,030*</b>	0,922	0,693	0,126
Yoğun bakımda kalış süresi (saat)	<i>n</i>	30	30	30	30
	$\ddagger r$	0,163	-0,143	-0,017	0,011
	<i>p</i>	0,391	0,450	0,930	0,954
Mobilizasyon süresi (saat)	<i>n</i>	30	30	30	30
	$\ddagger r$	-0,259	-0,079	-0,149	0,046
	<i>p</i>	0,168	0,678	0,433	0,808

$\dagger r$ : Pearson Korelasyon Katsayısı

$\ddagger r$ : Speraman' s Korelasyon Katsayısı

\* $p < 0.05$

Deney grubu hastaların yaşları ile durumluk ve sürekli kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ( $p > 0.05$ ). Hastaların yoğun bakımda kalış süresi ve mobilizasyon süresi ile durumluk ve sürekli kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ( $p > 0.05$ ). Hastaların ekstübasyon süresi ile sürekli kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmazken ( $p > 0.05$ ); ekstübasyon süresi ile durumluk kaygı puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $r: 0.398$ ;  $p = 0.030$ ;  $p < 0.05$ ). Ekstübasyon süresi arttıkça durumluk kaygı düzeyinin arttığı belirlendi.

Kontrol grubu hastaların yaşları ile durumluk ve sürekli kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ( $p > 0.05$ ). Olguların ekstübasyon süresi, yoğun bakımda kalış süresi, mobilizasyon süresi ile durumluk ve sürekli kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ( $p > 0.05$ ).



## 7. TARTIŞMA

Bu bölümde; açık kalp ameliyatı öncesinde ameliyathane hemşiresinin bilgilendirici ziyaretinin hastaların ameliyat sonrası kaygı düzeyine etkisini belirlemek için gerçekleştirilen çalışmanın bulguları, ilgili literatüre uygun olarak tablo başlıkları dikkate alınarak tartışılmıştır.

Her türlü cerrahi girişim, kişinin hayatındaki en önemli ve etkileyici deneyimlerdendir. Teknolojik gelişmeler ve eğitim düzeyindeki artışa rağmen, ameliyat korkusu halen önemini koruyan bir sorun olma özelliğini sürdürmektedir. Cerrahi girişim öncesi, hastada kaygının artması beklenen bir durumdur. Ameliyat için hastaneye yatış; hasta için mekan değişikliğinden öte, aşırı korku ve kaygı barındıran bir ortama giriş olarak nitelenebilir. Bu mekan değişikliği sonrasında gerçekleşecek olan cerrahi girişim sonucunda ameliyat sonrası ağrı ya da anesteziye bağlı ölüm riski hastayı kaygılandırır (67). Sürekli kaygı seviyesi kişinin sadece içinde bulunduğu durumla alakalı değil; yaşam koşulları ve karakteristik özellikleri gibi durumlardan da etkilenmektedir. Durumluk sürekli kaygı kuramında ileri sürülen görüşlerde de; durumluk kaygının cerrahi işlem gibi kaygılı bir olayında etkilenebileceği, bununla birlikte kişilik özelliği olarak kabul edilen sürekli kaygının etkilenebileceği belirtilmektedir. Hem ameliyattan önce, hem de ameliyattan sonra durumluk kaygı ölçeği ile sürekli kaygı ölçeği arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu hem durumluk hem de sürekli kaygının doğası gereğidir. Durumluk ve sürekli kaygı arasında devamlı bir etkileşim olduğu belirlenmiştir. Sürekli kaygı seviyesinin yüksekliği, durumluk kaygı seviyesine de etki etmektedir. Durumluk kaygı seviyesinin ve sürenin artması da sürekli kaygı seviyesini artırmaktadır. Bununla birlikte sürekli kaygı düzeyi yüksek olan kişilerin kaygı durumundan, sürekli kaygı seviyesi düşük olan kişilerden daha fazla etkilendikleri tespit edilmiştir (50). Hastanın kaygı seviyesini; işlemle ilgili bilgi sahibi olmama durumu, bireysel özellikler, cerrahi işlem, cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi etkileyebilir (61).

Araştırmamızda; açık kalp ameliyatı olacak hastalarla gerçekleştirilen anket çalışmasında, ameliyathane hemşiresinin bilgilendirici ziyaretinin, ameliyat sonrası kaygı düzeyine etkisi değerlendirilmiştir. Kadın katılımcıların, erkek katılımcılara

nazaran kaygı seviyelerinin daha fazla olduğu çeşitli araştırmalarla ortaya koyulmuştur. Ayrıca, epidemiyolojik yönden bakıldığında da kadınların erkeklere göre kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Aynı zamanda kadınların, diğer aile bireylerinden ayrı kalma duygusu kaygıyı tetikler (45,61).

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 58.37'dir. Hastaların çoğunluğu erkek olup medeni durumu evlidir ve eğitim düzeyleri ilköğretim mezunudur, katılımcıların çoğunluğu bir işte çalışmamaktadır, gelirleri ile giderleri birbirine eşittir ve çoğunluğu aile bireyleri ile şehir merkezinde yaşamaktadır (Tablo 6.1). Akbarzadeh ve ark. KABG ameliyatı olan hastalarda cerrahi işlem öncesi kaygıyı azaltmak amacıyla gerçekleştirdikleri araştırmada; yaş ortalaması  $54.81 \pm 9.4$  olarak tespit edilmiştir. Çalışmada katılımcıların %64.7'si erkek ve %21.2'sinin eğitim yönünden düşük seviyede bulunduğu tespit edilmiştir (69). Diğer bir araştırmada; yaş ortalaması  $59,5 \pm 8.3$  olarak, çoğunun erkek (%59,3) ve ailesi (%34,6) ile birlikte yaşadığı tespit edilmiştir. Hastaların çoğuna KABG (%88,9) işlemi yapıldığı ve öncesinde hastaneye yattığı (%91,1) belirtilmiştir (70). Douki ve arkadaşlarının, açık kalp ameliyatı öncesi ve sonrası kaygı düzeyini tespit etmek amacıyla yaptığı araştırmada da; KABG olan hastalar yüksek oranda erkek olup, yaş ortalaması 57,38 olarak tespit edilmiş, kadın hastaların yaş ortalaması 59,37 olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada hastaların %52'sinin bir işte çalıştığı ve bildirilmiştir (71). Araştırma bulgularımızın literatürle benzer olduğu görülmektedir. (Tablo 6.1)

Douki ve ark. araştırmasında; kadın hastaların ameliyattan önce durumluk kaygı puan ortalaması ( $42,90 \pm 8,34$ ), erkek hastalardan ( $36,20 \pm 10,1$ ) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p=0,00$ ) (71). Akbarzadeh ve ark. araştırmasında; kadın hastaların çalışmanın başlangıcındaki kaygı puan ortalamaları (57,43), erkek hastalardan (47,31) yüksek olup cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (69). Taşdemir ve ark. araştırmasında kadın hastaların ameliyattan önceki durumluk kaygı puan ortalamalarının, erkek hastalardan yüksek olduğu, iki grup arasındaki bu farkın da istatistiki açıdan anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) belirtilmiştir (52). Jlala ve ark. araştırmasında da; kadın hastaların (median=36) erkek hastalara (median=32) göre daha yüksek kaygı puan ortalamasına sahip olduğu tespit edilmiştir. ( $p=0.02$ ) (51). Ivarsson ve ark. araştırmasında komplikasyonlar

hakkında bilgi verilen kadın hastalarda ameliyattan önceki kaygı seviyelerinin erkek hastalara oranla fazla olduğu tespit edilmiştir.( $p=0.023$ ) (98). Deyirmenjian ve ark. araştırmasında KABG öncesi eğitim verilen kadın hastaların ameliyattan önceki kaygı puan ortalamaları daha fazla tespit edilmiştir.( $p=0.006$ ) (83). Vingerhoets'in çalışmasında da kalp ameliyatı olan kadın hastaların ameliyattan önceki durumluk kaygı puanları erkeklerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $t=2.12$ ,  $p=0.04$ ) (98). Çalışmamızda; cinsiyete göre, kontrol ve deney gruplarının kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 6.4).

Çalışmamızda hastaların kaygı kaynakları; aileden uzak kalma, bilgi eksikliği, ağrı, ölüm riski, mahremiyeti kaybetme, rahatın bozulması, beden imajında bozulma, anestezi uyanamama, komplikasyon gelişmesi olarak tespit edilmiştir (Tablo 6.2). Literatürde; kalbin hayati anlamı ve önemi ile kişinin kalbine müdahale edilecek olmasının cerrahi işlem öncesi ve sonrası kaygı riskini artırdığı bilgisi yer almaktadır (72,73,74). Bununla birlikte, cerrahi işlem sonucu oluşan ağrı ve rahatsızlık duygusu, süreçle ilgili belirsizlik, farklı çevre, yabancı kişiler, otonomi ve mahremiyetin kaybı, sağlık için tehlike olarak görülmesi gibi faktörlerin hastada kaygı ve strese yol açtığı görülmektedir (75,76). Bu da araştırmamızın literatürle benzerlik gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Feuchtinger ve ark. çalışmasında; KABG ameliyatından önce gerçekleştirilen görüşmelerde katılımcılar kaygı nedenlerini; bilinmezlik korkusu, tıbbi müdahaleler, ameliyattan sonraki fiziksel kısıtlamalar ve hareketsiz kalma, ölüm, çevreden ve aileden ayrı kalma ya da yakınlarını kaybetme duygusu ve ağrı olarak belirtirken; komplikasyon ortaya çıkma durumu, duygusal ve fiziki şartların uygunsuzluğu, uyku sorunu gibi olumsuzlukları da söylemişlerdir (77). Aynı bir araştırmada; KABG ameliyatı geçiren hastaların ameliyattan sonra kaygı sebepleri ortaya koyulmuş ve kaygı sebeplerinde kadın ve erkekler arasında farklılık bulunduğu görülmüştür. Bu araştırmada; katılımcıların ameliyattan önce kaygı kaynakları; ameliyatı bekleme, ameliyat olma, rahatın bozulması ya da ağrı, çevreden uzak kalma, ölüm olarak belirtilirken, ameliyat sonrası kaygı kaynakları; çevreden uzak kalma, iyileşme süreci, ağrı ve yaşam şartlarının bozulması, uyku ile ilgili problemler olarak belirtilmiştir (78).

Çeşitli çalışmalarda; eğitim düzeyinin artması ile kaygının da arttığı, bazılarında ise eğitim durumunun kaygıyı etkilemediği belirtilmiştir. Caumo ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, 12 yıldan fazla eğitim almış kişilerde preoperatif kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (45). Bizim yaptığımız çalışmada da; eğitim düzeyinin kaygı puanını etkilemediği bulundu ( $p>0,05$ ) (Tablo 6.4) (Tablo 6.18).

Araştırmamızda; ameliyattan sonraki süreçte hastaların tamamının yoğun bakımda kalma süre ortalaması  $50,80\pm 6,27$  saat olarak belirlenmiştir (Tablo 6.3). Navarro-Garcia ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmada, KABG olan hastaların yoğun bakımda kalma süresi 3 gün olarak belirtilmiştir (79). Bir başka bir çalışmada; KABG ameliyatı geçiren hastalara ameliyattan önce bilgilendirme yapıldığında; cerrahi işlem sonrası yoğun bakımda kalma sürelerinin düştüğü görülmüştür (80). Guo ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmada da;

KABG öncesi eğitim verilen hastaların yoğun bakımda kalma süresinin (44 saat), eğitim almayan hastalara oranla (48 saat) daha düşük olduğu görülmüştür (81). Doering ve ark. yaptığı çalışmada ise; KABG olan hastaların yoğun bakımda kalma süresinin, ortalama  $1,8\pm 1,4$  gün olduğu tespit edilmiştir (82). Bizim araştırmamızda, yoğun bakımda kalma süresi açısından, kontrol grubu ve deney grubu arasında istatistiki olarak anlamlı fark görülmemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 6.7) (Tablo 6.19).

Çalışmamızda hastaların, yüksek oranda 3-9 saat sonra (ort:  $5,70\pm 1,12$ ) ekstübe edildiği belirlendi, ekstübasyon sonrasında ise 24 saat içinde oral almaya başlandı (Tablo 6.3). Deyirmenjjan ve ark. yaptığı çalışmada, KABG öncesi eğitim verilen hastaların ameliyat sonrası ekstübasyon süresi  $11,7\pm 2,5$  saat olarak, eğitim verilmeyen hastalarda  $15,4\pm 13,9$  saat olarak bulunmuştur (83). KABG olan 300 hastayla gerçekleştirilen farklı bir çalışmada; hastaların 287'sinin bir gün içinde, 13'ünün iki gün içerisinde ekstübe edildiği tespit edilmiştir (84). Saeidi ve ark. araştırmasında; KABG olan hastaların yoğun bakımda ekstübasyon süresi  $9,5\pm 4,8$  saat olarak belirlenmiştir (85). Çalışmamızda; deney grubu hastaların, ekstübasyon süresi ile sürekli kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmazken ( $p>0,05$ ); ekstübasyon süresi ile durumluk kaygı puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. ( $r:0.398$ ;  $p=0.030$ ;  $p<0.05$ ) Ekstübasyon süresi arttıkça durumluk kaygı düzeyinin arttığı belirlendi. Kontrol grubu hastaların, ekstübasyon süresinin durumluk ve sürekli kaygı puanları arasında

istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 6.19). Çalışmamızın bulgularının literatürle benzer özellikler taşıdığı görülmekle birlikte, ameliyat öncesi verilecek olan kişiselleştirilmiş eğitimin olumlu sonuçlar doğuracağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda; hastaların ameliyattan sonra yaklaşık 20-30 saat içerisinde (ort:  $23,55\pm 4,99$ ) mobilize olduğu görülmektedir (Tablo 6.3). Mobilizasyon süresi ile durumluk ve sürekli kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). (Tablo 6.19). Sadati ve arkadaşlarının çalışmasında; laparoskopik kolesistektomi ameliyatı öncesi verilen eğitim akabinde 0,9 gün sonra, eğitim verilmeyen hastalarda 1-2 gün sonra mobilize olduğu görülmüştür (86). Bizim çalışmamızın da literatürle benzer özellikler taşıdığı görülmekle birlikte, ameliyat öncesi verilecek olan kişiselleştirilmiş eğitimin olumlu sonuçlar doğuracağı düşünülmektedir (Tablo 6.3). Çalışmamızda; hastaların %67'si uyku problemi yaşadığını belirtmiştir (Tablo 6.3).

Karabulut ve ark. yaptığı çalışmada, KABG olan hastaların %73,1'i ağrıdan dolayı uyku düzeninin bozulduğunu ifade etmiştir (87). Yılmaz ve İsakın'ın yaptığı araştırmada da; KABG olan hastaların ameliyattan sonra ilk hafta toplam uyku süresi ve uyku veriminin önemli oranda düştüğü tespit edilmiştir (88). Bizim çalışmamızın da literatürle benzer özellikler taşıdığı görülmekle birlikte, ameliyattan önce verilecek eğitimle, kaygı sonucu ortaya çıkacak sorunların azaltılacağı düşünülmektedir.

Ameliyat geçiren hastalara yönelik yapılan bir çok çalışmada; ameliyat öncesi yaşanan kaygının, ameliyat sonrası kaygıyı tetiklediği görülmüştür (75,77,89). Krannich ve arkadaşlarının çalışmasında; KABG olan hastaların %34'ünün ameliyattan önce, %24,7'si ameliyattan sonra, %16,5'i ise ameliyattan önce ve sonra kaygı yaşadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (13). Çalışmamızda; kontrol grubu hastaların sürekli kaygı puan ortalaması  $41,70\pm 5,41$ , deney grubu hastalarda da  $39,30\pm 8,76$  olarak, durumluk kaygı puan ortalaması ise kontrol grubu hastalarda  $36,07\pm 8,00$ , deney grubu hastalarda da  $30,90\pm 10,40$  olarak tespit edilmiştir (Tablo 6.11). Navarro-García ve ark. (2011) yaptığı çalışmada, kalp ameliyatı olan ( $n=100$ ) hastaların %32'sinin ameliyat öncesi kaygı yaşadıkları tespit edilmiştir (90). Cserép ve ark. araştırmasında; KABG olan hastalarda ameliyat öncesi kaygının mortaliteyi

etkileme durumunu belirlemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada, ameliyat öncesi sürekli kaygı puan ortalamasının  $43,7\pm 10,8$  olduğunu tespit edilmiştir (91). Yıldız'ın araştırmasında da; hastaların ameliyat öncesi sürekli kaygı puan ortalamalarının  $49,28\pm 7,05$  olduğu belirtilmiştir (89). Çalışmamızda; her iki her iki grupta da sürekli kaygı puan ortalamasının, durumluk kaygı puan ortalamasına göre yüksek olduğu görülmüştür. (Tablo 6.11)

Kimi çalışmalarda ameliyattan önce verilen eğitimin kaygı düzeyini önemli derecede düşürdüğü tespit edilmiş olup (51,52,55,92,93), bazı çalışmalarda da ameliyattan önce verilen eğitimin kaygı düzeyini düşürmediği görülmüştür (50,86,94,95,96). Çalışmamızda deney grubu hastaların durumluk kaygı puan ortalaması  $30,90\pm 10,40$ , kontrol grubu hastaların durumluk kaygı puan ortalaması ise  $36,07\pm 8,00$  olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmiştir ( $p=0.035$ ;  $p<0.05$ ) (Tablo 6.11). Çalışma bulgularımız, ameliyat öncesi verilecek bireyselleştirilmiş eğitimin kaygıyı azaltılacağını göstermektedir. Çalışmamızda; kontrol ve deney grubu hastaların, yaş gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 6.4) (Tablo 6.19). Krannich ve arkadaşlarının araştırmasında; KABG ameliyatı yapılacak olan hastaların yaşı ile kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiş ( $p=0.03$ ), genç hastaların ameliyat öncesi kaygı seviyesinin daha fazla olduğu görülmüştür (91). Deyirmenjian ve ark. yaptığı çalışmada da; KABG olan hastaların yaş düzeyinin artışıyla, ameliyat öncesi kaygı düzeyinin de arttığı görülmüştür (83).

Douki ve ark; eğitim düzeylerine göre KABG ameliyatı öncesi durumluk kaygı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. ( $p<0.05$ ) (53). Çalışmamızda; hastaların eğitim düzeylerinin farklılaşması sonucu, durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşmadığı görülmüştür. ( $p>0.05$ ) (Tablo 6.4) (Tablo 6.18) Akbarzadeh arkadaşlarının çalışmasında da; hastaların eğitim düzeylerine göre, ameliyattan önceki durumluk kaygı puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşmadığı görülmüştür (69). Araştırmamızın bulgularının literatürle benzer özellikler gösterdiği görülmektedir (53,69).

Çalışmamızda; hastaların gelir düzeylerine göre, durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmemiştir. ( $p>0.05$ ) (Tablo 6.4).

Demir ve arkadaşlarının araştırmasında da hastaların gelir düzeylerinin ameliyat öncesi durumluk kaygı puanlarına etki etmediği söylenmiştir( $p>0.05$ ) (92). Farklı bir çalışmada ise; hastaların gelir seviyesi ile ameliyattan önceki kaygı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmemiştir. ( $p>0.05$ ) (90). Araştırmamızın verilerinin literatürle benzer özellikler gösterdiği görülmektedir.

Sidar ve ark. araştırmasına göre; durumluk kaygı puan ortalamalarının, hastaların geçmiş ameliyat durumu ve ameliyatla ilgili bilgi almış olma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu görülmüştür (50). Navarro-Garcia ve ark. yaptığı çalışmada ise; KABG olan hastaların daha önce geçirmiş olduğu kalp ameliyatı ile ameliyat öncesi kaygı puanları arasında anlamlı fark görülmemiştir (79). Çalışmamızda; geçmiş cerrahi girişim ile durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit görülmemiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 6.14). Çalışmamızın verilerinin literatürle benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir.

Çalışmamızda; hastaların medeni durumlarına göre gruplar arasında anlamlı fark görülmemiştir ( $p>0,05$ ; Tablo 6.4). Demir ve ark; KABG öncesi bilgi verilen hastaların medeni durumları ile ameliyat öncesi durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmemiştir. ( $p>0,05$ ) (92). Navarro ve Garcia'nın çalışmasında da kalp ameliyatı olan hastaların medeni durumları ile ameliyat öncesi kaygı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmemiştir ( $p>0,05$ ) (79). Çalışmamızın sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda; Deney grubu hastaların durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları, çalışma durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmemiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 6.12). Kontrol grubu hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanları, çalışma durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmemiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 6.12).

Taşdemir ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmada hastaların daha önce cerrahi operasyon geçirme durumuna göre; operasyondan sonra durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı saptanmamıştır (52). Demir ve ark. gerçekleştirdiği çalışmada, açık kalp ameliyatı olan hastaların, çalışma



özelliklerine göre sürekli kaygı puan ortalamaları; emekli hastalarda 42 (23-57), memurlarda 41 (32-44), işçilerde 45.5 (34-58), serbest meslek sahibi olanlarda 42.5 (23-58), işsizlerde ise 33 (25-58) olarak tespit edilmiştir.(92) Nayir' in yaptığı çalışmada (2012), kalp ameliyatı geçiren hastalarda çalışma özelliklerine göre ameliyattan önce sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (76). Çalışmamızın bulguları literatürle paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda; Deneysel gruba hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanları, geçmişte hastaneye yatma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 6.13). Kontrol grubu hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanları, geçmişte hastaneye yatma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ )(Tablo 6.13). Budak'ın (2015) çalışmasında; Hastaların daha önce ameliyat olma durumlarına göre ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (99).

Deneysel gruba hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanları, geçirilmiş cerrahi deneyim varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 6.14). Kontrol grubu hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanları, geçirilmiş cerrahi deneyim varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 6.14). Navarro-Garcia ve ark. çalışmasında, kalp ameliyatı olan hastaların cerrahi deneyimlerine göre, ameliyat öncesi anksiyete puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (79). Çalışmamızın sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir.

Deneysel gruba hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanları, bilinen kronik hastalık varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 6.15). Kontrol grubu hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanlarında, bilinen kronik hastalık varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0.05$ ). Nayir'in çalışmasında (2012) kalp ameliyatı olan hastalarda; eşlik eden hastalığı bulunanların ameliyat öncesi sürekli kaygı puan ortalaması, hastalığı bulunmayanlara göre yüksek olarak saptanmış ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (76). Budak'ın çalışmasında ise (2015), eşlik eden hastalığı bulunan ve bulunmayan hastaların sürekli kaygı puan



ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir (99). Çalışmamızın bulguları, literatürle benzerlik göstermektedir.

Ameliyat öncesinde bedeni üzerinde denetimi kaybetme endişesi varlığına göre deney ve kontrol gruplarının durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 6.16). Ameliyat öncesinde sakat kalma endişesine göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi; ameliyat öncesinde sakat kalma endişesi varlığına göre deney ve kontrol gruplarının durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 6.16). Ameliyat öncesinde ölüm riski endişesine göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi; ameliyat öncesinde ölüm riski endişesi varlığına göre deney ve kontrol gruplarının durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 6.16). Ameliyat öncesinde çalışma gücünü kaybetme endişesine göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi; ameliyat öncesinde çalışma gücünü kaybetme endişesi varlığına göre deney ve kontrol gruplarının durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 6.16). Hastaların sürekli kaygı puanları, ameliyat öncesinde anesteziyen uyanamama endişesi varlığına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ( $p=0.031$ ;  $p<0.05$ ); deney grubunda anesteziyen uyanamama endişesi yaşayan olguların sürekli kaygı puanları kontrol grubundan daha düşük bulundu (Tablo 6.16). Budak'ın çalışmasında (2015), Hastaların bedeni üzerinde denetimi kaybetme, çalışma gücünü kaybetme, beden imajında bozulma, ameliyat sonrası komplikasyon riski, anesteziyen uyanamama ve sakat kalma endişelerine göre; durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (99). Bulgularımız, literatürle benzer özellik taşımakla birlikte, hasta ziyareti ve eğitimin, olumlu etkilerinin olduğu görülmektedir.

Ameliyat öncesinde aileden uzak kalma endişesine göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi; Deney grubu hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanları, ameliyat öncesinde aileden uzak kalma endişesi varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ( $p>0.05$ ) (Tablo 6.16). Yapılan çalışmalarda; aileden uzak kalma endişesi değerlendirildiğinde, durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir (76,99). Bu durum da,

çalışmamızın literatürle benzerlik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Ameliyat sonrası deney ve kontrol grubunda yeterli uyuyan ve uyuyamayan hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 6.17). Nayir'in çalışmasına göre; kalp ameliyatı geçiren hastaların operasyondan sonra uyku sorunu yaşanması ile operasyon sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (76). Budak'ın çalışmasında ise; hastaların yoğun bakımdaki uyku durumları değerlendirildiğinde, ameliyat sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır. Uyku problemi yaşadığını belirten hastaların ameliyat sonrası durumluk kaygı puan ortalaması, uyku problemi yaşamayan hastalardan yüksek bulunmuştur (99).

Tüm bulgular incelendiğinde; özellikle deney grubu hastaların durumluk kaygı puanı ortalamasının ( $30,90\pm 10,40$ ), kontrol grubu hastalara oranla daha düşük olması ( $36,07\pm 8,00$ ) ve yine deney grubu hastaların durumluk kaygı puanı ortalamasının ( $30,90\pm 10,40$ ), sürekli kaygı puanı ortalamasından ( $39,30\pm 8,76$ ) daha düşük olması; amacına uygun ve bireyselleştirilmiş eğitim verilmesinin, kaygı düzeyini azaltabileceği görüşünü desteklemektedir (Tablo 6.11).

## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Açık Kalp Ameliyatı Öncesinde Ameliyathane Hemşiresinin Bilgilendirici Ziyaretinin Hastaların Ameliyat Sonrası Kaygı Düzeyine Etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen verilerle aşağıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir.

- Hastaların yaş ortalaması  $58,37 \pm 13,07$  olup %85'i erkek, %95'i evli, %46,7'si'i ilkokul mezunudur.
- Çalışma durumlarına göre; hastaların %75'inin herhangi bir işte çalışmadığı, %93,3'ünün gelir düzeyinin giderine eşit olduğu, %96,7'sinin şehir merkezinde ve tamamının (%100) ailesi ile birlikte yaşadığı tespit edildi.
- Hastaların daha önce hastaneye yatma (%65) deneyiminin olduğu, %45'inin daha önce cerrahi işlem geçirdiği belirtilmiştir.
- Hastaların %56,7'sinde eşlik eden bir hastalığın bulunduğu tespit edilmiştir.
- Hastaların ameliyat öncesi kaygı kaynakları; aileden uzak kalma , ölüm riski , anestezi/anesteziden uyanamama , bedeni üzerinde denetimini kaybetme , çalışma gücünü kaybetme ve sakat kalma olarak tespit edilmiştir.
- Hastaların Ekstübasyon süreleri 3 ile 9 saat arasında değişmekte olup, ortalama  $5.70 \pm 1.12$  saattir.
- Tüm hastaların 24 saat içinde oral beslenmeye başladığı ve her iki grup hastaların büyük çoğunluğunun ameliyattan sonraki 20-30 saat içerisinde mobilize olduğu tespit edilmiştir.
- Ameliyattan sonra; hastaların %66,7'si yeterli uyuduğunu belirtmiştir. Ameliyattan sonra Yoğun bakımda kalış süreleri 48 ile 72 saat arasında değişmekte olup, ortalama  $50.80 \pm 6.27$  saattir.
- Kontrol grubu hastaların durumluk kaygı puan ortalaması  $36,07 \pm 8,00$ , sürekli kaygı puan ortalaması  $41,70 \pm 5,41$  olup; deney grubu hastaların durumluk kaygı puan ortalaması  $30,90 \pm 10,40$ , sürekli kaygı puan ortalaması  $39,30 \pm 8,76$  olarak tespit edilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki, hastaların durumluk kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p=0.035$ ;  $p<0.05$ ); deney grubu hastaların durumluk kaygı puanları, kontrol grubu hastalardan daha düşüktür.

- Hastaların yaş gruplarına göre; eğitim verilmeyen hastaların durumluk kaygı puan ortalamalarında anlamlı fark görülmedi ( $p>0,05$ ).
- Cinsiyete göre; gruplar arasında, puan ortalamalarındaki farkın anlamlı olmadığı görüldü ( $p>0.05$ ).
- Çalışma durumuna göre; gruplar arasında, puan ortalamalarındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür. ( $p>0.05$ ) Daha önce hastaneye yatma durumuna göre; gruplar arasında, puan ortalamalarındaki farkın anlamlı olmadığı bulundu ( $p>0.05$ ).
- Deney ve kontrol grubunda; hastaların ameliyat öncesinde yaşadıkları endişelerden bedeni üzerinde denetimini kaybetme, sakat kalma, ölüm riski, çalışma gücünü kaybetme, anesteziye uyanamama ve aileden uzak kalma endişelerini yaşama oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ( $p>0.05$ ).
- Hastaların durumluk kaygı puanları 20 ile 67 arasında değişmekte olup, ortalama  $33.48\pm 9.56$  puan; sürekli kaygı puanları 23 ile 60 arasında değişmekte olup, ortalama  $40.50\pm 7.32$  puan olduğu bulundu.
- Bilgilendirici ziyaret yapılan deney grubu olguların durumluk kaygı puanları ortalama  $30.90\pm 10.40$  iken, kontrol grubu hastaların durumluk kaygı puan ortalaması  $36.07\pm 8.00$  puandır. Gruplara göre hastaların durumluk kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0.035$ ;  $p<0.05$ ); deney grubu hastaların durumluk kaygı puanları, kontrol grubundan daha düşüktür.

**Çalışmanın sonuçları dikkate alınarak aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;**

- Çalışmamızın sonucunda ameliyathane hemşiresinin bilgilendirici ziyaret uygulamasının KABG hastalarında ameliyat sonrası durumluk kaygı düzeyini azalttığı belirlendiğinden
- KABG hastalarında hemşire ziyaretinin yaygın hale getirilmesi,
- Örgün eğitimde ameliyat öncesi bakımda ziyaretin önemi ve uygulanması konusuna yer verilmesi,
- KABG hastalarında hemşire ziyaretinin etkisini değerlendirmek üzere daha fazla sayıda örneklem üzerinde çalışma planlanması önerilebilir.

## 9. KAYNAKÇA

1. Türkiye kalp ve damar hastalıkları önleme ve kontrol programı 2015-2020  
<https://www.tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf>. (Erişim Haziran 2018)
2. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014, WHO,  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1)  
(Erişim Mayıs 2018)
3. Türkiye İstatistik Kurumu ölüm nedeni istatistikleri  
[http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1083](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083) (Erişim Haziran 2018)
4. Global Action Plan for The Prevention and Control of NCDs 2013-2020 WHO 2013. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/> (Global Action Plan 2013-2020) (Erişim Haziran 2018)
5. Çifçi ES. (2006) Açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin fonksiyonel sağlık örüntülerine göre evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. [Yüksek Lisans Tezi], Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Programı.
6. Yıldırım GÖ. (2006) Kalp ameliyatı sonrası hasta pozisyonunun hemodinamik ölçümlere etkisi. [Doktora Tezi] İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü.
7. Rymaszewska J, Kiejna A, Hadrys T. (2003) Depression and anxiety in coronary artery bypass grafting patients. *European Psychiatry* 18:155–160
8. Jawaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, Khan Z. (2007) Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences* 12:145-148.
9. Potter MQ, Sun GS, Fraser JA, et al. (2014) Psychological distress in hip arthroscopy patients affects postoperative pain control. *Arthroscopy*.30:195-201.

10. Bailey L. (2010) Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. *AORN J.* 92:445-457; quiz 458-460.
11. Pritchard MJ. (2009) Identifying and assessing anxiety in preoperative patients. *Nurs Stand* 23:35-40.
12. Van den Berg AA, Chitty DA, Jones RD, Sohel MS, Shahen A. (2005) Intravenous or inhaled induction of anesthesia in adults? An audit of preoperative patient preferences. *Anesth Analg.*100:1422-1424; table of contents.
13. Krannich JHA, Weyers P, Lueger S. (2007) Presence of depression and anxiety before and after coronary artery bypass graft surgery and their relationship to age. *BMC Psychiatry* 7:48.
14. Lee CK, Lee IF. (2013) Preoperative patient teaching: The practice and perceptions among surgical ward nurses. *J Clin Nurs.*22:2551-2561.
15. Oermann MH, Harris CH, Dammeyer JA. (2001) Teaching by the nurse: How important is it to patients? *Appl Nurs Res.*14:11-17.
16. Wade J, Pletsch PK, Morgan SW, Menting SA. (2000) Hysterectomy: What do women need and want to know? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*29:33-42.
17. Turhan Y. (2007) Elektif cerrahi operasyon planlanan hastalarda preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. Uzmanlık tezi. TC. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Adana.
18. Hemşirelik Yönetmeliği  
<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.13830&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hem%C5%9Firelik%20y> (Erişim Haziran 2018)

19. Nichols M, Townsend N, Scarborough P. (2012) European Cardiovascular Disease Statistics 2012. European Heart Network, Brussels, European Society of Cardiology, Sophia Antipolis, 10.
20. Örer A, Oto Ö, Turkish Journal Of thoracic and Cardiovascular Surgery <http://tgkdc.dergisi.org/text.php?id=282> (Erişim Haziran 2018)
21. Solak ve ark., (2011) New horizons in the endovascular treatment of aortic aneurysms Turkish J Thorac Cardiovasc S 28 urg 19 Suppl 2:27-32.
22. Onat, A, Uğur, M, Tuncer, M, Ayhan, E., Kaya, Z, Küçükdurmaz, Z, Bulur, S, Kaya, H, (2009) TEKHARF taramasında ölüm yaşı: 56,700 kişi-yıllık izlemede dönemsel eğilim ve bölgesel dağılım. Türk Kardiyol. Dern. Arş. 37, 155-160
23. Mullany CJ. (2003) Coronary Artery Bypass Surgery. Circulation 107:21-22
24. Holzhey DM, Jacobs S, Mochalski M, Walther T, Thiele H, Mohr FW, et al. (2007) Seven-year follow-up after minimally invasive direct coronary artery bypass: experience with more than 1300 patients. Ann Thorac Surg 83:108-14.
25. Parolari A, Pesce LL, Pacini D. (2012) Risk factors for perioperative acute kidney injury after adult cardiac surgery: role of perioperative management. Ann Thorac Surg 93:584-591.
26. Nordmann AJ, Bucher H, Hengstler P, Harr T, Young J. (2014) Primary stenting versus primary balloon angioplasty for treating acute myocardial infarction.
27. İşbir CS, Cobanoğlu A, (2004) Kalp ve Damar Cerrahisi
28. Scott BH, Seifert FC, Grimson R, (2005) Glass PSA. Resource utilization in on- and off-pump coronary artery surgery: factors influencing postoperative length of stay-an experience of 1,746 consecutive patients undergoing fast-track cardiac anesthesia. J Cardiothorac Vasc Anesth. 19:26-31.

29. Zorlutuna (2004), A peeled off entrapped intraaortic balloon catheter in femoral artery: an unusual complication
30. Duhaylongsod ,F.G.(2000) minimally invasive cardiac surgery defined. Archives of surgery 135(3),296-301,
31. Badır A, Demir Korkmaz F. Koroner arter hastalıkları. In: Eti Aslan F, Karadakovan A, (2011) editors. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. 2. Baskı. Adana: Nobel Kitabevi; 473-508
32. Iung B, Baron G, Butchart EG, Delahaye F, Gohlke-Bařwolf C, Levang OW, Tornos P, Vanoverschelde JL, Vermeer F, Boersma E, Ravaud P, Vahanian A. A (2003) prospective survey of patients with valvular heart disease in Europe: the Euro Heart Survey on Valvular Heart Disease. Eur Heart J 24:1231-1243.
33. Nkomo VT, Gardin JM, Skelton TN, Gottdiener JS, Scott CG, Enriquez-Sarano M. (2006) Burden of valvular heart diseases: a population-based study. Lancet 368:1005-1011.
34. Carapetis JR, Steer AC, Mulholland EK, Weber M. (2005) The global burden of group A streptococcal diseases. Lancet Infect Dis 5:685-694
35. Erdil F, Elbaş, NÖ. (2012) Cerrahi hastalıkları hemşireliği. 6. baskı, Tasarım Ofset, Ankara.
36. Güneş P. (2001) Açık kalp ameliyatı olan hastaları taburculuk öncesi bilgilendirmenin anksiyete üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi, TC. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Sivas.
37. Sayın AG. (2009) Kalp Damar Cerrahisi, 6. Baskı. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Yayınları.



38. Bakalım T (2005), The effects of modified hemofiltration on inflammatory mediators and cardiac performance in coronary artery bypass grafting,
39. Tosun F.K. (1998) Hemşirelerin Sağlık Eğitimi Etkinliklerini Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesine Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması. Yüksek Lisans Tezi İzmir, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
40. Türe A (2006), Çocuklara Yönelik Günübirlik Cerrahi Girişimlerde Anneleri Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeylerine Etkisi. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar
41. Buntrock C, Ebert DD, Lehr D, Cuijpers P, Riper H, Smit F, et al. (2014) Evaluating the efficacy and cost-effectiveness of web-based indicated prevention of major depression: design of a randomised controlled trial. BMC Psychiatry 14(1):25 10.1186/1472-6874-14-25
- 42.Öner N, Le Compte A. (1998) Süreksiz (durumluk) sürekli kaygı envanteri el kitabı, 2. Baskı, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- 43.Türkçapar H. (2004) Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. Klinik Psikiyatri Ek4:12-16.
44. L Küey, Özmen E, Demet MM, Aydemir Ö, Gülseren Ş, (1996) Depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarının karşılaştırmalı fenomenolojisi. Kültür Türk Psikiyatri Dergisi, 7(3):169-175,
45. Taparlı-Tekin, Z. (2004),“Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Anksiyete Düzeyleri ve Nedenlerinin Belirlenmesi”,Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi,s.89-92, Adana

46. Okanlı A, Özer N, Akyıl R ve ark. (2005). Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. 3. Uluslar arası-10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, İzmir.
47. Yardakçı R, Akyolcu N (2004). Ameliyat öncesi dönemde yapılan hasta ziyaretlerinin hastanın anksiyete düzeyine etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 1(2): 7-14.
48. Karayurt Ö, (1998) Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi, CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2:20,26.
49. Karayağız F, Altuntaş M, Güçlü YA. (2011) Cerrahi servisinde yatan hastalarda görülen anksiyete dağılımı. Smyrna Tıp Dergisi, 22-26.
50. Sidar A, Dedeli Ö, İşkesen AI. (2013) Açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların kaygı ve ağrı distressi: ağrı düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi. Yoğun Bakım Derg 4: 1-8.
51. Jlala HA, French JL, Foxall GL. (2010) Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesiology. Br J Anaesth 104: 369-374.
52. Taşdemir A, Erakgün A, Deniz AN. (2013) Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin state-trait anxiety inventory test ile karşılaştırılması. Turk J Anaesth Reanim 41: 44-49.
53. Douki ZE, Vaezzadeh N, Shahmohammadi S. (2011) Anxiety before and after coronary artery bypass grafting surgery: Relationship to QOL. MEJSR 7:103-108.

54. Yılmaz M. Sayın Y. Tel H. (2012) Koroner anjiyografi yapılacak hastaların işlem öncesi bilgi gereksinimleri ve anksiyete düzeyleri. *Turkiye Klinikleri J Nurs* 4(2):55-65.
55. Guo P, East L, Arthur A. (2012) Preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among chinese cardiac patients: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 49: 129–137.
56. Nigussie S, Belachew T, Wolancho W. (2014) Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia Seifu. *BMC Surgery* 14:67.
57. Köroğlu E. (2005) *Psikiyatri el kitabı*. 5. Baskı. Ankara, HYB yayıncılık.
58. Gursoy A, PhD, RN, Candas B, MSc, RN, Guner S, RN, Yılmaz S, RN *Preoperative Stress: An Operating Room Nurse Intervention Assessment*
59. Foss M. (2011) Enhanced recovery after surgery and implications for nurse education. *Nursing Standard* 25(45): 35-39.
60. Scoot A. (2004) Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *Nursing in Critical Care* 9(2): 72-79.
61. Kayhan C (2003), *Cerrahi hastalarda preoperatif anksiyetenin postoperatif komplikasyonlarla ilişkisinin incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
62. Atik H (2007), *Psikiyatri Hastalarında Anestezili Elektrokonvülsif Tedavi Uygulama Öncesi Ortaya Çıkan Anksiyetenin Giderilmesinde Bilgilendirmenin Etkinliği*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

63. Güneş P. (2001) Açık kalp ameliyatı olan hastaları taburculuk öncesi bilgilendirmenin anksiyete üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi, TC. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Sivas.
64. Karaveli S (2009), İmplant Port Takılacak Hastaların İşlem Öncesi Bilgilendirilmesinin Anksiyete Düzeylerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 65.Öner N, Le Compte A. (1998) Süreksiz (durumluk) sürekli kaygı envanteri el kitabı, 2. Baskı, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
66. Karagöz Y, SPSS 21.1 uygulama, Biyoistatistik; 1.basım; 2014; sf:698
67. Kayhan FT, (2003) Hearth and Cutcliffe.
68. Uzun Ö, (2000) Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3 (2) 36-45.
- 69.Akbarzadeh F, Kouchaksaraei FR, Bagheri Z. (2009) Effect of preoperative information and reassurance in decreasing anxiety of patients who are candidate for coronary artery bypass graft surgery. J Cardiovasc Thorac Res 1(2): 25-28.
- 70.Sidar A, Dedeli Ö, İşkesen Aİ. (2013) Açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların kaygı ve ağrı distressi: ağrı düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi. Yoğun Bakım Derg 4: 1-8.
- 71.Douki ZE, Vaezzadeh N, Shahmohammadi S. (2011) Anxiety before and after coronary artery bypass grafting surgery: Relationship to QOL. MEJSR 7:103-108.
- 72.Cimilli C. (2001) Cerrahide anksiyete. Klinik Psikiyatri 4:182-186.
- 73.Hoyer J, Eifert GH, Einsle F. (2008) Heart focused anxiety before and after cardiac surgery. Journal of Psychosomatic Research 64: 291–297.

- 74.Tully PJ, Baker RA. (2012) Depression, anxiety, and cardiac morbidity outcomes after coronary artery bypass surgery: a contemporary and practical review. *J Geriatr Cardiol*, doi: 10.3724/SP.J.1263.
- 75.Scoot A. (2004) Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *Nursing in Critical Care* 9(2): 72-79.
- 76.Nayir HU. (2012) Açık kalp ameliyatında preoperatif anksiyete ile postoperatif komplikasyonlar arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi. Türkiye Cumhuriyeti Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği programı. Afyonkarahisar.
- 77.Feuchtinger J, Burbaum C, Heilmann C. (2013) Anxiety and fear in patients with short waiting times before coronary artery bypass surgery – a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1900–1907.
- 78.Gallagher R, McKinley S. (2007) Stressors and anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *American Journal of Critical Care* 16 (3): 248–257.
- 79.Navarro-García MA, Marín- Fernández B, Carlos-Alegre W. (2011) Preoperative mood disorders in patients undergoing cardiac surgery: risk factors and postoperative morbidity in the intensive care unit. *Revista Española de Cardiología*, 64(11):1005-1010.
- 80.Arthur HM, Daniels C, McKelvie R. (2000) Effect of a preoperative intervention on preoperative and postoperative outcomes in low-risk patients awaiting elective coronary artery bypass graft surgery. *Ann Intern Med*, 133:253-262.
- 81.Guo P, East L, Arthur A. (2012) Preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among chinese cardiac patients: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 49: 129–137.

- 82.Doering LV, McGuire AW, Rourke D. (2002) Recovering from cardiac surgery: what patients want you to know. *American Journal of Critical Care* 11: 333-343.
- 83.Deyirmenjian M, Karam N, Salameh P. (2006) Preoperative patient education for openheart patients:A source of anxiety? *Patient Educ and Couns* 62:111-117.
84. Aslan FE, Badır A, Arlı SK. (2009) Patients’ experience of pain after cardiac surgery. *Contemporary Nurse* 34(1): 48-54,
- 85.Saeidi M, Aghadavoudi O, Sadeghic MM. (2011) The efficacy of preventive parasternal single injection of bupivacaine on intubation time, blood gas parameters, narcotic requirement, and pain relief after open heart surgery: A randomized clinical trial study. *JRMS* 16(4): 477-483,
- 86.Sadati L, Pazouki A, Mehdizadeh A. (2013) Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. *Scand J Caring Sci*27: 994–998.
- 87.Karabulut N, Aktaş YY, Gürçayır D. (2015) Patient satisfaction with their pain management and comfort level after open heart surgery. *Australian Journal of Advanced Nursing* 32(3): 16-24,
- 88.Yılmaz H, Iskesen I. (2007) Follow-up with objective and subjective tests of the sleep characteristics of patients after cardiac surgery. *Circ J* 71: 1506–1510.
- 89.Yıldız D. (2011) Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaların kaygı düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. K.K.T.C. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Lefkoşa,
- 90.Navarro-García MA, Marín- Fernández B, Carlos-Alegre W. (2011) Preoperative mood disorders in patients undergoing cardiac surgery: risk factors and postoperative

morbidity in the intensive care unit. *Revista Española de Cardiología*, 64(11):1005-1010.

91.Cserép Z, Losoncz E, Palog P. (2012) The impact of preoperative anxiety and education level on long-term mortality after cardiac surgery. *Journal of Cardiothoracic Surgery* 7:86.

92. Demir A, Akyurt D, Ergün B. (2010) Kalp Cerrahisi Geçirecek Olgularda Anksiyete Sağaltımı. *Göğüs Kalp Damar Cer Derg* 18(3):177-182.

93.Zhang CY, Jiang Y, Yin QY. (2012) Impact of nurse-initiated preoperative education on postoperative anxiety symptoms and complications after coronary artery bypass grafting. *Journal of Cardiovascular Nursing* 27(1): 84-88.

94.Cebeci F, Çelik SŞ. (2011) Effects of discharge teaching and counselling on anxiety and depression level of CABG patients. *Turkish J Thorac Cardiovasc Surg* 19(2):170- 176.

95. Asilioglu K, Celik SS. (2004) The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. *Patient Education and Counseling* 53:65-70.

96. Shuldham CM, Fleming S, Goodman H. (2002) The impact of pre-operative education on recovery following coronary artery bypass surgery. *European Heart Journal* 23: 666– 674.

97. Çetinkaya F, Karabulut N. (2010) Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 13:20-6

98.Ivarsson B, Larsson S, Lührs C. (2005) Extended written pre-operative information about possible complications at cardiac surgery - do the patients want to know?. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery* 28:407–414.

99. Budak E, (2015) Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Anksiyetelerinin Giderilmesinin Ameliyat Sonrası Anksiyete ve Ağrı Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. TC. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Ankara,
100. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. (2012) Cerrahi hemşireliği I. 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.
101. Lamiani G, Furey A, (2009) teaching nurses how to teach: an evaluation of a workshop on patient Educ Couns.75 (2) : 270-273.
102. Asgar Pour, H. ve Demir Korkmaz, F.G. (2010) Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Hemşirelik Bakımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 26 (1), 77-86.
103. Erdil F, Özhan Elbaş N., (2004) Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Ankara.
104. Smeltzer, S. C., Bare, B.G., Hinkle, J. L., Cheever, K. H. (2010) Management of Patients With Structural, Infectious and Inflammatory Cardiac Disorders. In: Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing, 12th.ed. China: Wolters Kluwers Health/Lippincott Williams&Wilkins 802-814.



## 10. EKLER

### EK 1: Veri Toplama Formu

#### Veri Toplama Formu

No: .....

...../...../.....

1. Yaş:.....

2. Cinsiyet

Kadın  Erkek

3. Medeni hali

Evli  Bekar  Boşanmış

4. Eğitim durumu

İlkokul  Ortaokul  Lise  Üniversite

5. Çalışma durumu

Çalışıyor  Çalışmıyor  Emekli

6. Gelir düzeyi

Gelir giderden az  Gelir gider eşit  Gelir giderden fazla

7. Yaşadığı yer

Şehir merkezi  İlçe  Kasaba  Köy

8. Evde kimler ile yaşadığı

Eşi  Eşi ve çocukları  Arkadaşı  Aile  Yalnız

9. Tıbbi tanısı .....

10. Cerrahi tipi

Koroner Arter Bypass Greft  Kapak Ameliyatı  Diğer .....

11. Daha önce hastaneye yatma deneyimi

12.  Var (belirtiniz).....  Yok

13. Daha önce ameliyat olma durumu

14.  Var (belirtiniz).....  Yok

15. Başka bir hastalık/ sağlık sorunu bulunma durumu

Var (belirtiniz).....  Yok

16. Son bir yıl içinde psikiyatrik bir muayene olma durumu

Var (belirtiniz).....  Yok

17. Ameliyata yönelik hastaların endişe yaşadığı konular (anksiyete kaynakları).

Ağrı

Bedeni üzerinde denetimini kaybetme

Sakat kalma

Ölüm riski

Çalışma gücünü kaybetme

Anestezi/ anesteziiden uyanamama

Cinsel yeterliliğın kaybı

Aileden uzak kalma

Diğer .....

➤ **Ameliyat Sonrası Sağlık Durumları**

18. Ekstübasyon süresi (saat) .....

19. Oral beslenmeye başlama zamanı .....

20. Yoğun bakımda kalış süresi .....

21. Mobilizasyon Süresi .....

22. Bulantı / Kusma durumu (Var/Yok) .....

23. Ritim problemi (Var/Yok) .....

24. Yeterli uyku durumu (Var/Yok) .....

Yok ise nedeni : .....

25. Eğitim memnuniyeti ve görüşler .....

## EK 2: Durumluk Kaygı Ölçeği (DAÖ)

No: .....

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

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

**Durumluk Anksiyete Puanı:**

### EK 3: Sürekli Kaygı Ölçeği (SAÖ)

No.....

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

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluym	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memmunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

Sürekli Anksiyete puanı:

## EK 4: Bilgilendirilmiş Onam Formu

### BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

**Sayın katılımcı,**

“Açık Kalp Ameliyatı Öncesinde Ameliyathane Hemşiresinin Bilgilendirici Ziyaretinin Hastaların Ameliyat Sonrası Kaygı Düzeyine Etkisi” isimli yüksek lisans tez çalışmamız, Açık Kalp Ameliyatı olan hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin ameliyat sonrası kaygı düzeyine etkisini araştırmaktadır. Araştırma Özel Hisar Intercontinental Hospital Erişkin Kalp-Damar Cerrahisi Servisi’nde / Erişkin Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım’da yatmakta olan siz gönüllüler ile yürütülecektir. Verilen anket formlarını doldurmanız yaklaşık 10 dakikanızı almaktadır.

Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel veri oluşturmak amacıyla kullanılacaktır. Verdiğiniz bilgilerin gizliliği sağlanacak, bilgileriniz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Araştırmadan dolayı herhangi bir risk bulunmamakta olup riskler araştırmacının sorumluluğundadır. Bununla birlikte araştırma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için samimi cevaplar vermeniz oldukça önemlidir.

Ben .....katılmam istenen bu çalışmanın kapsamı ve amacında üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve detaylı bilgi alma fırsatını buldum. Bu koşullarda söz konusu araştırmayı kendi rızamla ve hiçbir baskı olmaksızın kabul ediyorum.

Bireyin Adı Soyadı .....

İmzası.....

Telefon ..... Adresi

.....

Tarih (gün/ay/yıl) .....

Araştırmacının Adı Soyadı

.....İmzası.....

Telefon ..... Adresi

.....

Tarih (gün/ay/yıl) .....

## EK 5: Başhekimlik Onayı



26.09.2017

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'na

**İlgi:** Hemşirelikte Yüksek Lisans öğrencisi Leyla SİNAN'ın talebine istinaden

Üniversitenizin Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte hemşirelik yüksek lisans öğrencisi Leyla SİNAN'ın "Açık Kalp Ameliyatı Öncesinde Ameliyathane Hemşiresinin Bilgilendirici Ziyaretinin Hastaların Ameliyat Sonrası Kaygı Düzeyine Etkisi" isimli araştırmayı hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

Dr. S. Hilmi AKŞOY  
Hisar Intercontinental Hospital  
Başhekim

## 11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.30166  
Konu : Etik Kurulu Kararı

08/09/2017

Sayın Leyla SİNAN

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Açık kalp ameliyatı öncesinde ameliyathane hemşiresinin bilgilendirici ziyaretinin hastaların ameliyat sonrası kaygı düzeyine etkisi” isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı

Ek:  
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 08.09.2017 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağımızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 542493E4X6 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacak Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacak Kavşağı 34810  
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44  
İnternet: [www.medipol.edu.tr](http://www.medipol.edu.tr)  
Ayrıntılı Bilgi İçin : [bilgi@medipol.edu.tr](mailto:bilgi@medipol.edu.tr)

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSİZ OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Açık kalp ameliyatı öncesinde ameliyathane hemşiresinin bilgilendirici ziyaretinin hastaların ameliyat sonrası kaygı düzeyine etkisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Leyla Sinan			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşire			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>



**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU**

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ PLANI	01.08.2017		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	01.08.2017		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	<b>Karar No: 294</b>		<b>Tarih: 09/08/2017</b>			
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlgili		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Hikmet ÖÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\* Toplantıda Bulunma

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Leyla	<b>Soyadı</b>	Sinan
<b>Doğ.Yeri</b>	Tutak	<b>Doğ.Tar.</b>	25.11.1979
<b>Uyruğu</b>	TC	<b>TC No</b>	.....
<b>Email</b>	leylasinan25@gmail.com	<b>Tel</b>	.....

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mez. Yılı</b>
<b>Yük.Lis.</b>	Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	.....
<b>Lisans</b>	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2001
<b>Lise</b>	Üsküdar İmam Hatip Lisesi	1997

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl - Yıl)</b>
1.	Hemşire	Özel Hisar Intercontinental Hospital	2006-
2.	Hemşire	Dr.Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	2004-2006
2.	Hemşire	Özel Atlas Hastanesi	2001-2004

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Okuduğunu Anlama*</b>	<b>Konuşma*</b>	<b>Yazma*</b>	<b>KPDS/ÜDS Puanı</b>	<b>(Diğer) Puanı</b>
İngilizce	iyi	iyi	iyi		

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

### Bilgisayar Bilgisi

<b>Program</b>	<b>Kullanma becerisi</b>
Microsoft Office	iyi