



T.C
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

AÇIK KALP AMELİYATI OLAN HASTALARDA
AMELİYAT ÖNCESİ ANKSİYETELERİNİN
GİDERİLMESİNİN AMELİYAT SONRASI ANKSİYETE
VE AĞRI DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Elif BUDAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA, 2015



T.C
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**AÇIK KALP AMELİYATI OLAN HASTALARDA AMELİYAT
ÖNCESİ ANKSİYETELERİNİN GİDERİLMESİNİN AMELİYAT
SONRASI ANKSİYETE VE AĞRI DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Elif BUDAK

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Hayriye ÜNLÜ

ANKARA, 2015

ONAY

T.C
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Elif Budak tarafından yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 23/06/2015

Tez Konusu: “Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Anksiyetelerinin Giderilmesinin Ameliyat Sonrası Anksiyete ve Ağrı Düzeylerine Etkisi”

TEZ DANIŞMANI: Doç. Dr. Hayriye ÜNLÜ

TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ

Doç Dr. Hayriye Ünlü

Başkent Üniversitesi

Doç. Dr. Azize Karahan

Başkent Üniversitesi

Doç. Dr. Sevinç Taştan

Gülhane Askeri Tıp Akademisi

ONAY: Bu tez, Başkent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun 23.06. / 2015 tarih ve .086... Karar Sayısı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Rengin ERDAL
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleştirilmesine katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Doç. Dr. Hayriye ÜNLÜ tez danışmanım olarak, çalışmamın her aşamasında akademik deneyimlerini, bilgi birikimini ve katkısını esirgememiştir.

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Başhekimliği ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü tez çalışmam için izin vermiş, hastanenin Kalp-Damar Cerrahisi servisinde ve yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler tezin uygulanmasında yardım ve katkı sağlamışlardır.

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm Başkanı Prof. Dr. Nalan ÖZHAN ELBAŞ, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Bölümünden Prof. Dr. Aras PİRAT ve Doç. Dr. Pınar ZEYNELOĞLU tezimin hazırlık aşamasında görüş ve katkılarını esirgememişlerdir.

Başkent Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi İstatistik ve Bilgisayar Bilimleri Bölüm Başkan Yardımcısı Doç. Dr. Mehtap AKÇİL OK, araştırmamıza katkı ve destek vermiştir.

Tez yazım aşamasında katkı ve destekleriyle yanımda olan arkadaşlarım; Berrak BALANUYE, Ayşe YALILI, Sevcan AVCI IŞIK ve Akile KARAASLAN EŞER'e,

Hayatım boyunca tüm destekleriyle yanımda olan, çok sevdiğim AİLEM'e en içten dileklerle teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

BUDAK, Elif. Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Anksiyetelerinin Giderilmesinin Ameliyat Sonrası Anksiyete ve Ağrı Düzeylerine Etkisi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı, 2015.

Açık kalp ameliyatı, hastalarda duygusal, bilişsel ve fizyolojik reaksiyonların oluşmasına yol açan bir faktördür. Hastanın, fiziksel ve psikolojik olarak ameliyata hazırlanmasında eğitim önemlidir. Bu çalışmanın amacı; açık kalp ameliyatı olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyetelerinin giderilmesinin, ameliyat sonrası anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisini belirlemektir. Yarı deneysel türde olan bu araştırmanın uygulaması, Ocak 2014 - Ekim 2014 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Erişkin Kalp-Damar Cerrahisi Servisi'nde ve Erişkin Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım'da gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamına, araştırmaya katılmayı kabul eden 109 hasta alınmıştır. Araştırmanın verileri, "Veri Toplama Formu", "Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (DSAÖ)" ve "Görsel Analog Skala (GAS)" ile toplanmıştır. Hastaların yaş ortalaması 59.62 olup, %69.7'si erkek, %92.7'si evli, % 49.5'i ilkokul mezunu ve çoğu koroner arter hastalığına (KAH) (%71.6) sahiptir. Hastaların çoğunlukla belirttikleri anksiyete kaynakları bilgi eksikliği (%70.6), aileden uzak kalma (%21.1), ölüm riski (%16.5) ve ağrı (%15.6)'dır. Araştırmada hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları 34.34±9.03, sürekli anksiyete puan ortalamaları 37.98±8.28 olup, ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları 35.94±8.92'dir. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları ile ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Sonuç; hastaların özellikleri göz önünde bulundurularak sağlanan ameliyat öncesi hazırlığın, bireyselleştirilmiş hasta merkezli bir eğitim ile anksiyete düzeylerini azaltabileceği ve ameliyat sonrası hızlı iyileşmeyi sağlayabileceği saptanmıştır. Hasta eğitiminin etkinliğinin artırılması için eğitimde görsel materyaller (broşür, resim, video gibi)

kullanılabilir. Hemşirelik müfredat programlarında, hasta merkezli bakım ve hasta eğitimine ilişkin ders saatleri arttırılabilir. Hemşirelik öğrencilerinin hastane uygulamaları sırasında hasta eğitimine ilişkin becerileri geliştirilebilir ve mezuniyet sonrası düzenli hizmet içi eğitimlerle hasta eğitimine ilişkin bilgiler pekiştirilebilir.

Key words: Açık kalp ameliyatı, anksiyete, ağrı, hemşirelik, hasta eğitimi

Bu araştırma için Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Onay: 18.12.2013, Proje No: KA 13/303) tarafından onay alınmıştır.

ABSTRACT

BUDAK, Elif. Effects of preoperative anxiety management on postoperative anxiety and pain severity in patients undergoing open heart surgery. Baskent University, Institute of Health Sciences, Nursing Master Program, 2015.

Open heart surgery may produce emotional, cognitive, and physiological side effects. Training is essential in preoperative physical and psychological preparation of patients. This study aims to investigate the effects of preoperative anxiety management on postoperative anxiety and pain severity in patients undergoing open heart surgery. This semi-experimental study included 109 volunteers who were admitted to Baskent University Ankara Hospital, Adult Cardiovascular Surgery Clinic and Cardiovascular Surgery Intensive Care Unit between January and October 2014. Data were collected using the “Data Collection Form”, “State-Trait Anxiety Inventory (STAI)”, and “Visual Analogue Scale (VAS)”. The mean age was 59.62 years. Of the patients, 69.7% were males and 92.7% were married, and 49.5% were graduated from primary school. Majority of the patients (71.6%) had concomitant coronary artery disease. Anxiety was mostly originated from lack of knowledge on surgery (70.6%), leaving the relatives (21.1%), fear of death (16.5%), and pain (15.6%). The mean preoperative state and trait anxiety scores were 34.34 ± 9.03 and 37.98 ± 8.28 , respectively. The mean postoperative state anxiety scores were 35.94 ± 8.92 . There was no statistically significant difference in the mean pre- and postoperative state anxiety scores ($p > 0.05$). However, the mean pre- and postoperative state anxiety scores were statistically significantly associated with the mean pain score ($p < 0.05$). In conclusion, preoperative anxiety management based on individual patient’s characteristics in combination with individualized patient-centered education may reduce the degree of anxiety and improve postoperative healing. Visual materials such as leaflets, images, and video can be used to increase the effectiveness of patient education. In addition, the nursing curriculum can be expanded by the addition of patient-centered care and patient education. Nursing skills of the students should be improved and comprehensive patient education should be reinforced with postgraduate continuous education programs.

Keywords: open heart surgery, anxiety, pain, nursing, patient education.

The study protocol was approved by the Baskent University, Medicine and Health Sciences Review Committee and Clinical Researches Ethics Committee (Approved: 18.12.2013, Project No: KA 13/303).

İÇİNDEKİLER

ONAY.....	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiii
TABLolar DİZİNİ	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Kalbe İlişkin Cerrahi Girişimler	5
2.1.1. Kalp cerrahisinin tarihçesi	5
2.1.2. Kalp cerrahisi	6
2.1.2.1. Koroner arter bypass greft	7
2.1.2.2. Kalp kapak hastalıkları cerrahisi.....	9
2.1.2.2.1. Annüloplasti	9
2.1.2.2.2. Valvuloplasti	9
2.1.2.2.3. Kommissürotomi (Valvotomi)	9
2.1.2.2.4. Kalp kapağı replasmanı	10
2.1.3. Açık kalp ameliyatı sonrası gelişebilecek komplikasyonlar	10
2.1.3.1. Ameliyat sonrası kanama	10
2.1.3.2. Düşük kalp debisi sendromu	11
2.1.3.3. Ameliyat sonrası renal fonksiyon bozukluğu	11
2.1.3.4. Nörolojik sorunlar.....	11
2.1.3.5. Ritim bozukluğu	12

2.1.3.6. Sternum enfeksiyonları	12
2.1.3.7. Kalp tamponadı	12
2.1.3.8. Solunum fonksiyonlarında bozulma	13
2.2. Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Hastalarda Anksiyete ve Ağrı	13
2.2.1. Anksiyete.....	13
2.2.2. Cerrahide görülen anksiyete türleri ve hemşirelik yaklaşımları.....	17
2.2.2.1. Ameliyat öncesi anksiyete.....	17
2.2.2.2. Ameliyat sonrası anksiyete.....	18
2.2.2.3. Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu	18
2.2.2.4. Cerrahiye ilişkin özgül fobiler	18
2.2.2.5. Önceden varolan anksiyete bozuklukları	18
2.2.2.6. Ameliyata ilişkin anksiyetenin azaltılmasında hemşirelik yaklaşımları	19
2.2.3. Ağrı	19
2.2.3.1. Ağrı sinyallerinin merkezi sinir sistemine iletimi	20
2.2.3.2. Ameliyat sonrası ağrının fizyopatolojisi	21
2.2.3.3. Anksiyetenin ameliyat sonrası ağrıya etkisi ve hemşirelik	21
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	24
3.1. Araştırmanın Tipi	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	24
3.4. Verilerin Toplanması	25
3.4.1. Veri toplama araçları.....	25
3.4.1.1. Veri toplama formu	25
3.4.1.2. Durumluk-sürekli anksiyete ölçeği (DSAÖ).....	26
3.4.1.3. Görsel analog skala (GAS).....	27
3.4.2. Araştırmanın ön uygulaması.....	27
3.4.3. Araştırmanın uygulaması	27
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	31
3.6. Araştırmanın Etik Yönü ve İzinler	31

4. BULGULAR	33
5. TARTIŞMA	56
5.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Ameliyat Öncesi Anksiyete Kaynakları ...	56
5.2. Hastaların Ameliyat Sonrası Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi	57
5.3. Hastaların Durumluk Sürekli Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamaları.....	59
5.4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Öncesi Durumluk Anksiyete Puan Ortalamaları	61
5.5. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Durumluk Anksiyete Puan Ortalamaları	64
5.6. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Öncesi Sürekli Anksiyete Puan Ortalamaları	65
5.7. Hastaların Ameliyat Sonrası Sağlık Durumlarına Göre Ameliyat Sonrası Durumluk Anksiyete Puan Ortalamaları	68
5.8. Hastaların Ameliyat Öncesi Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puanları ile Ameliyat Sonrası Durumluk Anksiyete Puanları Arasındaki İlişki	69
5.9. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Durumluk-Sürekli Anksiyete Puanlarının Ameliyat Sonrası GAS Ağrı Puanları ile İlişkileri ve Hastaların Analjezik Alma Durumlarına Göre Ameliyat Sonrası GAS Ağrı Puan Ortalamaları.....	70
5.10. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası GAS Ağrı Puan Ortalamaları	71
5.11. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Analjezik Kullanım Durumları	72
5.12. Hastaların Anksiyete Kaynaklarına Göre Ameliyat Öncesi Durumluk Anksiyete Puan Ortalamaları	73
5.13. Hastaların Anksiyete Kaynaklarına Göre Ameliyat Sonrası Durumluk Anksiyete Puan Ortalamaları	74
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	76
6.1. Sonuçlar	76
6.2. Öneriler	80

KAYNAKLAR	82
EKLER	90
EK 1. Veri Toplama Formu.....	90
EK 2. Durumluk Anksiyete Ölçeği (DAÖ).....	92
EK 3. Sürekli Anksiyete Ölçeği (SAÖ).....	93
EK 4. Görsel Analog Skala.....	94
EK 5. Güç Analizi.....	97
EK 6. Bilimsel Araştırmalar için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	98
EK 7. Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı.....	102
EK 8. Başhekimlik Onayı.....	104
EK 9. Ek Tablolar.....	105
1. Hastaların GAS ağrı puan ortalamalarının analjezik alma sayıları ile ilişkisi.....	105
2. Hastaların ekstübasyon sonrası değerlendirilen saat aralığına göre GAS puanları ve analjezik kullanımı.....	106
3. Hastaların ameliyat sonrası durumluk anksiyete ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımı.....	107
4. Hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımı.....	108
5. Hastaların ameliyat öncesi sürekli anksiyete ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımı.....	109

KISALTMALAR ve SİMGELER

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
PTCA	Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (Perkütan Transluminal Koroner Anjioplasti)
EKS	Ekstrakorporeal Sirkülasyon (Kalp-Akciğer Makinesi)
GAS	Görsel Analog Skala
SPSS	Statistical Package for Social Science
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KKH	Koroner Kalp Hastalığı
İKH	İskemik Kalp Hastalığı
HT	Hipertansiyon
DM	Diyabetes Mellitus
AHA	American Heart Association (Amerikan Kalp Derneği)
AD	Aort Darlığı
AY	Aort Yetmezliği
MY	Mitral Yetmezlik
MD	Mitral Darlık
PDA	Patent Duktus Arteriozus
ASD	Atriyal Septal Defekt
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi)
KABG	Koroner Arter Bypass Greft
IMA	Internal Mammarian Arter
AF	Atriyal Fibrilasyon
EF	Ejeksiyon Fraksiyonu
PTZ	Protrombin Zamanı
INR	International Normalized Ratio (Uluslararası Normalize Edilmiş Değer)
KVC	Kardiyovasküler Cerrahi
DKDS	Düşük Kalp Debisi Sendromu
CI	Cardiac Index (Kardiak Index)

KPB	Kardiyopulmoner Bypass
ABY	Akut Böbrek Yetmezliği
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MI	Miyokart İnfarktüsü
IASP	International Association for the Study of Pain (Uluslararası Ağrı Çalışmaları Birliği)
NSAİ	Non-Steroid Antienflamatuvar İlaçlar
HKA	Hasta Kontrollü Analjezi
TENS	Transkutanöz Elektriksel Sinir Uyarımı
DSAÖ	Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
3.1. Araştırmanın Uygulama Basamakları.....	30

TABLolar DİZİNİ

Tablo	Sayfa
4.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri	33
4.2. Hastaların ameliyat öncesi anksiyete kaynakları.....	34
4.3. Hastaların ameliyat sonrası sağlık durumları ve verilen eğitimden memnun olma durumları	35
4.4. Hastaların ameliyat öncesi durumluk-sürekli anksiyete ölçeği ve ameliyat sonrası durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları.....	36
4.5. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat öncesi durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları	37
4.6. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat sonrası durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları	39
4.7. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat öncesi sürekli anksiyete ölçeği puan ortalamaları.....	41
4.8. Hastaların ameliyat sonrası sağlık durumuna göre ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları	43
4.9. Hastaların ameliyat öncesi durumluk-sürekli anksiyete ölçeği puanlarının ameliyat sonrası durumluk anksiyete ölçeği puanları ile ilişkisi	44
4.10. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası durumluk-sürekli anksiyete ölçeği puanlarının ameliyat sonrası GAS ağrı puanları ile ilişkileri	45
4.11. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat sonrası GAS ağrı puan ortalamaları	46
4.11. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat sonrası GAS ağrı puan ortalamaları (devam)	47
4.12. Hastaların ameliyat sonrası sağlık durumlarına göre GAS ağrı puan ortalamaları	48
4.13. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat sonrası analjezik kullanım durumları	49
4.14. Hastaların anksiyete kaynaklarına göre ameliyat öncesi durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları	51

4.15. Hastaların anksiyete kaynaklarına göre ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları	53
4.16. Hastaların analjezik alma durumu ve sayılarına göre GAS ağrı puan ortalamaları.....	54

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Günümüzde eğitim ve sosyoekonomik düzeylerin artışı, beslenme alışkanlıklarının farklılaşması, bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi etkenler beklenen yaşam süresinin artmasına neden olmuştur. Beklenen yaşam süresinin uzaması yaşlı nüfusla birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığını arttırmaktadır. Kronik hastalıklar içerisinde, kalp-damar hastalıkları tüm ölüm nedenleri arasında ilk sıradadır (1, 2). Kalp-damar hastalıkları; koroner kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, hipertansiyon, periferik arter hastalığı, romatizmal kalp hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları, kalp yetmezliği, kalp kapak hastalıklarını ve kardiyomiyopatileri kapsamaktadır (1-4).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2012 yılında dünyada tahminen 17.5 milyon kişinin kalp-damar hastalıkları nedeniyle (yaklaşık 7.4 milyon'u koroner kalp hastalığı, 6.7 milyon'u inme) yaşamını yitirdiğini, 2030 yılına kadar da yılda 23 milyondan fazla kişinin de yaşamını yitirebileceğini belirtmektedir (1, 5). Kalp-damar hastalıklarına bağlı yıllık ölüm oranları Avrupa Birliği ülkelerinde kadınlarda %43, erkeklerde %36 olmak üzere ortalama %40 olup yılda 1.9 milyon kişi kalp-damar hastalıkları nedeni ile hayatını kaybetmiştir (6). Türkiye istatistiklerine göre 2012 yılında, dolaşım sistemi hastalıkları %37.9 ile ölüm nedenleri içinde birinci sırada yer almaktadır. Aynı raporda dolaşım sistemi hastalıklarının %31.2'sinin iskemik kalp hastalıklarından kaynaklandığı belirtilmektedir (7). Türkiye Kalp-Damar Hastalıkları Önleme Kontrol Programı çalışmalarına göre; ulusal düzeyde ölüm nedenleri arasında 205.457 ölümlle (tüm ölüm nedenlerinin %47.73'ü) kalp-damar hastalıkları ilk sırada yer almaktadır. Türkiye'de toplam hastalık yükünün birincil nedenini kalp-damar hastalıkları (%19.32) oluşturmaktadır (2).

Avrupa Kardiyovasküler Hastalıkları İstatistiklerinde (2012) tüm kalp-damar hastalıklarının Avrupa Birliği ülkelerine maliyeti yaklaşık 196 milyar Euro olarak belirtilmiştir. Kalp-damar hastalıklarının toplam maliyetini, yaklaşık %54 bakım,

%24 iş gücü kaybı ve %22 kalp-damar hastalığı olan kişilerin profesyonel olmayan (informal) bakımı oluşturmaktadır (6).

Kalp-damar hastalıklarının tedavisinde tıbbi ve cerrahi yöntemler uygulanmaktadır. Tıbbi tedavi ve minimal invaziv girişimlerdeki gelişmelere rağmen hastalar için yaşam süresinin uzaması ve daha kaliteli yaşam sağlanmasında cerrahi tedaviler önemini korumaktadır. Kalp ameliyatları açık ve kapalı olmak üzere iki şekilde uygulanmaktadır. Kapalı kalp ameliyatı, sağ anterior torakotomi ile, kalp akciğer makinesi [ekstrakorporeal sirkülasyon (EKS)] kullanılmadan, kalp ve akciğer çalışır iken kalbe gerçekleştirilen cerrahi girişimdir. Kompleks ve uzamış kalp ameliyatlarında kalp akciğer makinesi desteğine ihtiyaç olabilir, bu durumda açık kalp ameliyatları tercih edilmektedir. Açık kalp ameliyatı, kalp kasının korunması ilkesine dayanarak geçici olarak kalbin durdurulması ile gerçekleştirilmektedir. Açık kalp ameliyatı; koroner arter bypass greft, kapak anomalileri ve konjenital kalp defektlerinin onarımında en fazla kullanılan yöntemdir (4, 8, 9).

Açık kalp ameliyatı bu özellikleriyle tercih edilen bir uygulama olsa da, hastalarda duygusal, bilişsel ve fizyolojik reaksiyonların oluşmasına yol açtığı bilinmektedir (9). Hasta, iyileşme beklentisinin yanında psikolojik açıdan kendi bedenini, yaşantısını yönetemeyeceği endişesini, fiziksel olarak organ ve doku kaybı gibi korkuları yaşayabilmektedir. Cerrahi girişim uygulanacak hastalarda genel olarak; sakat kalma, bedeni üzerinde denetimini kaybetme, ölüm riski, çalışma gücünü kaybetme, anesteziye ilişkin endişeler; ağrı, cinsel yeterliliğin kaybı gibi korkular gelişebilmektedir. Birçok hasta için açık kalp ameliyatı yaşamı tehdit eden bir durumdur. Hastaların çoğu, korku ve endişe nedeni ile ameliyat sürecine uyum sağlayamamakta, tanı ve tedavi yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmamaları nedeni ile ameliyat öncesi dönemde depresyon da dahil olmak üzere anksiyete yaşayabilmektedir (9-11). Yapılan bir çalışmada, cerrahi uygulanacak hastaların %60-80'inin ameliyat öncesi dönemde anksiyete yaşadıkları bildirilmiştir (12). Krannich ve arkadaşları yaptıkları çalışmada; KABG ameliyatı olan hastaların %34'ünün ameliyat öncesi, %24.7'sinin ameliyat sonrası, %16.5'inin ise ameliyat öncesi ve sonrasında anksiyete yaşadıklarını belirtmişlerdir (13). Yapılan bir başka

çalışmada da kalp ameliyatı olan hastaların %32'sinin ameliyat öncesi anksiyete yaşadıkları saptanmıştır (14).

Hastanın bilgilendirilmesi ve eğitimi, fiziksel ve psikolojik olarak ameliyata hazırlanmasında önemli basamağı oluşturmaktadır. Açık kalp ameliyatlarında ameliyat öncesi bilgilendirme ve eğitimin hastanın kaygı ve korkularını azalttığı, ağrıyı azaltarak ameliyat sonrası analjezik gereksinimini en aza indirdiği, hastanede yatış süresini kısalttığı, bulantı, kusma gibi ameliyat sonrası komplikasyonları önlediği belirtilmektedir (15). Yapılan çalışmalarda, ameliyat öncesi uygulanan danışmanlık ve eğitimin hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerini azalttığı saptanmıştır (16, 17).

Ameliyat öncesi eğitim; sağlık durumunu geliştirme, başa çıkma becerileri ve psiko-sosyal destek sağlayarak hastaların deneyimlerini geliştirmek için kullanılmaktadır. Ameliyat öncesi eğitim, her zamanki rutin bakım ile karşılaştırıldığında hastalarda ameliyat sonrası olumlu sonuçlar oluşturarak hızlı iyileşmeyi sağlamaktadır (10, 11, 17).

Hastanın tanı, tedavi ve bakımında yer alan ve hasta ile doğrudan ve sürekli iletişimde bulunan hemşireler sağlık çalışanları içinde hasta eğitiminde etkin role sahiptirler (18, 19). TC. Sağlık Bakanlığının 2010 yılında çıkardığı Hemşirelik Yönetmeliğinde, hasta eğitiminin hemşirelerin yasal bir sorumluluğu olduğu belirtilmektedir (20). Hemşireler; ameliyat öncesi hazırlıkta danışmanlık ve eğitim rolleri ile hastanın anksiyetesini azaltarak ameliyat sonrası olumlu sonuçlar oluşturup, hastaların hızlı iyileştirilmesine katkı sağlayabilir (11, 17, 21-25).

Bu çalışmanın amacı; açık kalp ameliyatı olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyetelerinin giderilmesinin, ameliyat sonrası anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisini belirlemektir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; açık kalp ameliyatı olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyetelerinin giderilmesinin, ameliyat sonrası anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisini belirlemektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₀: Açık kalp ameliyatı olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyetelerinin giderilmesinin, ameliyat sonrası anksiyete ve ağrı düzeylerinin azaltılmasında etkisi yoktur.

H₁: Açık kalp ameliyatı olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyetelerinin giderilmesinin, ameliyat sonrası anksiyete ve ağrı düzeylerinin azaltılmasında etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

Kalp-damar hastalıkları; en sık görülen kronik hastalıklardan olup önlenemesine rağmen tüm ölüm nedenleri içinde ilk sıralarda yer almaktadır. DSÖ'ne (2015) göre 2012 yılında yaklaşık 17.5 milyon kişinin (tüm küresel ölümlerin %31'i) kalp-damar hastalıklarından öldüğü ve bu ölümlerin 7.4 milyonunun koroner kalp hastalığı nedeniyle olduğu tahmin edilmektedir (5). Kalp-damar hastalıkları; koroner arter hastalıkları, hipertansiyon, serebrovasküler hastalıklar, periferik arter hastalıkları, romatizmal kalp hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları, kalp yetmezliği, kalp kapak hastalıkları ve kardiyomyopatileri içermektedir (1-4).

Kalp-damar hastalıklarının Avrupa'da tüm ölümlerin %47'sini oluşturduğu ve her yıl 4 milyondan fazla ölüme neden olduğu belirtilmektedir (6). İngiltere'de 2009 yılında kalp-damar hastalıklarından yaklaşık 80.000 ölüm olduğu belirtilirken (26), ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu Sağlık Araştırması verilerine göre; 15 yaş üzeri kadın ve erkeklerde koroner kalp hastalığının (anjina/göğüs ağrısı/spazm) %4.1, geçirilmiş miyokard infarktüsünün erkeklerde %1.2, kadınlarda %0.6 olduğu belirtilmektedir. Aynı raporda dolaşım sistemi hastalıklarının %31.2'sinin iskemik kalp hastalıklarından kaynaklandığı, ölüm nedenleri içinde %37.9 ile dolaşım sistemi hastalıklarının birinci sırada yer aldığı belirtilmektedir (27).

Kalp-damar hastalıklarının tedavisinde tıbbi ve cerrahi yöntemler uygulanmaktadır. Tıbbi tedaviler yeterli olmadığında, hastaların yaşam kalitesinin ve süresinin uzaması için cerrahi tedaviler önemini korumaktadır (4, 9).

2.1. Kalbe İlişkin Cerrahi Girişimler

2.1.1. Kalp cerrahisinin tarihçesi

Modern kalp cerrahisi, 1938 yılında Gross'un başarılı patent duktus arteriozus (PDA) ligasyonu ile başlamıştır. 1953'te Lewis ve Taufic ilk defa kalbi açarak "Hipotermi+İnflow Oklüzyon" tekniği ile 5 yaşında bir kız çocuğundaki atriyal

septal defekt (ASD)'i başarıyla kapatmışlardır. 1953'de Gibbon ilk defa kalp-akciğer makinesi kullanarak genç bir kızda ASD'yi başarıyla kapatmıştır. Bu seri halinde gerçekleşen ameliyatlarda modern açık kalp cerrahisinin başlangıcı kabul edilmiş ve Cooley tarafından "Kardiyo-Pulmoner Bypass" olarak tanımlanmıştır. 1960'da ise Starr ilk mekanik mitral kapak replasmanını uygulamıştır. 1966'da Dr. Christiaan Neethling Bernard ilk insandan insana kalp naklini Güney Afrika'da gerçekleştirmiştir. 1967'de Favalaro ve Efler safen ven kullanmak suretiyle ilk modern koroner bypass ameliyatını gerçekleştirmişler ve 1971'de 741 vaka yayınlamışlardır (28, 29).

Ülkemizdeki ekstra korporeal dolaşım kullanmak suretiyle ilk açık kalp ameliyatı 1960'da Dr. Mehmet Tekdoğan tarafından Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. 1963 sonlarında Dr. Ersek ve arkadaşları açık kalp ameliyatları uygulamışlar ve ilk defa yapay kapak ameliyatı gerçekleştirmişlerdir. 1966'da Bernard'ın ilk insandan insana gerçekleştirdiği kalp naklini takiben aynı yıl Dr. Beyazıt başarılı 2 kalp nakli yapmıştır. 1974'de ilk koroner arter bypass greft (KABG) ameliyatı Dr. Aytaç tarafından, safen ven kullanılarak başarıyla uygulanmıştır. Türkiye'de teknolojik gelişmeler ışığında kalp-damar cerrahisinde büyük ilerlemeler kaydetmiştir (28, 29).

2.1.2. Kalp cerrahisi

En sık uygulanan erişkin kalp ameliyatları; kalbi besleyen koroner arterlerin tıkanıklıkları, kalp kapakçıklarının bozuklukları, kalpten çıkan büyük damarların hastalıkları ve son dönem kalp yetersizliğinin tedavisini içermektedir (29). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention-CDC), koroner arter bypass greft (KABG) ve kapak değişimi (replasman) ameliyatlarını en sık uygulanan tedaviler olarak belirtmiştir (30).

KABG ameliyatlarının çoğunda; ameliyat süresince kalp durdurulup, kalp ve akciğerlerin fonksiyonları vücut dışında bir makine (kalp-akciğer makinesi) tarafından (ekstra korporeal dolaşım/ EKS) sağlanmaktadır. Potasyumdan zengin olan kardiopleji solüsyonu, kalbi diastolde durdurur ve kalbin metabolizmasını

yavaşlatarak oksijen ihtiyacını azaltır. Kardiyopleji solüsyonu, koroner artere (antegrat yol) ve venlere (retrograt yol) uygulanır. Ameliyat süresince hem kalbe hem de vücuda hipotermi uygulanarak metabolizma yavaşlatılmaktadır. Her bir derecede, metabolizma %10 oranında yavaşladığı için sistemik hipotermi uygulanmaktadır. Bu süreçte sternotomi gerçekleştirilerek yapılan ameliyatlar “açık kalp ameliyatı” olarak adlandırılır. Açık kalp cerrahisinin en büyük avantajı, kalp dinlenme durumunda iken kansız ortamda kalbe doğrudan girişimde bulunulmasıdır. Bunun yanında kalp akciğer makinesinin; akciğer dinlenmedeyken bedenin tüm O₂ gereksinimini ve gaz değişimlerinin sağlama, kanı soğutma, ısıtma ve filtreden geçirme, oksijenlenip filtreden geçmiş kanı arter sistemine verme gibi kullanım amaçları bulunmaktadır (4, 29, 31). Son zamanlarda KABG ameliyatı, kalbi stabilize eden bazı aletlerin yardımıyla hareketsiz ve kansız bir alan sağlanıp pompa (kalp-akciğer makinesi) kullanılmadan “off pump KABG” yapılmaktadır (29). Yapılan bazı çalışmalarda, kardiyak stabilizasyon tekniğiyle pompasız KABG ameliyatlarının güvenle uygulanabildiği ve kardiyopulmoner bypassın komplikasyonlarını azalttığı belirtilmiştir (32, 33).

Birçok kalp ameliyatında açık kalp tekniği kullanılmasının yanı sıra daha sınırlı olarak “kapalı kalp ameliyatı” da uygulanmaktadır. EKS kullanılmadan kalp ve akciğerler çalışır durumda iken uygulanan kapalı kalp ameliyatı daha çok mitral darlıkların düzeltilmesi için kapalı mitral kommissürotomi amacıyla uygulanabilmektedir. Kapalı mitral kommissürotomi, bütün hastalarda sol anterolateral meme altından geçen bir insizyonla 4. veya 5. interkostal aralıktan torakotomi yapılarak uygulanmaktadır (4, 29).

2.1.2.1. Koroner arter bypass greft

Koroner arter hastalığına sahip birçok hasta ilaçla tedavi edilebilir olmasına rağmen, ilaçla tedavinin yeterli olmadığı durumlarda koroner arterlerin balonla genişletilmesi (PTCA) ya da koroner arter bypass ameliyatı gerekebilmektedir (31). Koroner arter bypass grefti (KABG) dünyada en çok gerçekleştirilen ameliyatlardan birisi olup, hastalarda anjinaların rahatlamasını sağlayan, egzersiz toleransını geliştiren ve yaşam süresinin uzamasını sağlayan tedavi çeşididir (34). İngiliz Kalp Vakfı

koroner kalp hastalığı İstatistikleri 2012 rehberine göre İngiltere’de 2010 yılında 18.822 KABG ameliyatı yapılmıştır (26). Amerikan Kalp Derneğinin (AHA) (2010) verilerine göre, ABD’de 1996 yılından 2006 yılına kadar kalp-damar sistemine ilişkin ameliyat ve işlemlerin toplam sayısının %33 arttığı belirtilmiştir (3). Aynı çalışmada ulusal sağlık hizmetleri maliyet ve kullanımı projesi 2007 istatistiklerinde; kalp-damar cerrahisi ve kalbe ilişkin diğer invaziv tedavilerin (KABG, PTCA, KAG, kalp kateterizasyonu, pacemaker, implante defibrilatör, endarterektomi, kapak ameliyatları) maliyetleri ortalama 58.559 dolar’dır (3). Kervan ve arkadaşlarının (2011) yapmış oldukları bir çalışmada yılda 48.227 koroner bypass ameliyatı yapıldığı belirlenmiştir (35). Şiddetli göğüs ağrısı (anjina) veya koroner arterlerin ciddi obstrüksiyonu olan hastalarda daha ileri tedavi olarak koroner arter bypass cerrahisi uygulanmaktadır (31). KABG endikasyonları şunlardır:

- Sol ana koroner arter darlıklarının %50 veya fazla olması,
- Sol ön inen ve sirkümfleks arterlerin proksimalinde en az %70 darlık bulunması (sol ana eş değeri hastalık),
- Girişimsel olmayan tetkik ile risk altında olduğu gösterilen geniş miyokard alanı ile birlikte tek damar veya iki damar hastalığı,
- İki damar hastalığında, damarlardan birinin proksimal ön inen arter olması (sol ön inen arterin birinci septal arter çıkışının proksimalinde) (29).

KABG, kalbe kan sağlamak için hastanın darlık olan koroner arterine yeni greftler ile köprü oluşturulmasını içerir. Greftin bir ucu çıkan aortaya, diğer ucu ise darlığın ilerisindeki distal kısma anastomoz edilir ve böylece koroner arterlerdeki darlık, bypass ile aşılmış olur. Bu uygulama ile kan miyokarda gönderilerek, normal dolaşım sağlanır, kalbe düşen yük azalır, sonuçta hastanın anginal ağrıları hafifler ya da tamamen geçer. KABG de kullanılabilen greftler; arterler (internal mamarian arter, radial, gastroepiploik ve/veya inferior epigastrik arter) veya venler (büyük ve küçük safen) dir. KABG’nin etkinliği; greftin açık kalması, belirtileri giderme ve yaşamı uzatma ile doğrudan ilişkilidir. KABG’de arteriyel ve venöz greftlerin açık kalma oranlarının farklı olması, greft seçiminin uzun süreli etkisini belirlemede önemlidir (36). Birçok vakada, cerrah bypasslardan en az birini sternum arkasında

bulunan internal mamary arteri (IMA) kullanarak oluşturur. Diğer bypasslar bacadan (safen ven) bir damar ya da önkoldan (radial arter) bir arter kullanılarak yapılabilir. Hemen hemen tüm ameliyatlar göğüs orta hatta (sternotomi) bir kesi ile açık kalp ameliyatı şeklinde uygulanmaktadır (19, 31).

2.1.2.2. Kalp kapak hastalıkları cerrahisi

KAH'ın tedavisinin yanı sıra kalp kapak onarımı ve replasmanı da en çok açık kalp ameliyatı tekniği kullanılarak yapılmaktadır (4, 37, 38). Kapağa yapılan girişimlerin amacı; semptomları iyileştirmek, hayatta kalma süresini uzatmak; asemptomatik geri dönüşümsüz ventrikül disfonksiyonu, pulmoner hipertansiyon, inme ve atriyal fibrilasyon (AF) gibi kalp kapak hastalığı ile ilişkili komplikasyonların riskini en aza indirerek yaşam kalitesini arttırmaktır (39). Kapak cerrahisi sonrasında mortalite ve morbiditeyi arttıran faktörler; yaş, eşlik eden hastalık olması, kadın olmak, eşlik eden KAH, daha önce geçirilmiş KABG ameliyatı, acil cerrahi, AF, pulmoner hipertansiyon, ameliyat öncesi sağ ve sol ventrikül işlevi ve kapağın onarılabilişirliğidir (4, 40, 41). Kapak cerrahisinde en iyi sonuçlar; ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (EF) %60 ve üzerinde olanlarda gözlemlenmektedir (41). Kalp kapak hastalıklarında cerrahi tedavi; hastalığın durumuna ve derecesine göre kapağın değiştirilmesi (replasman) ya da tamiri şeklinde olabilir. Üç tip kapak tamiri vardır:

2.1.2.2.1. Annüloplasti

Kapak yetmezliklerinde genişlemiş annülüsün ya da kapak halkasının cerrahi olarak tamiridir. Daha çok mitral yetmezlik ve triküspit yetmezliklerinde uygulanan bir tedavi şeklidir (4).

2.1.2.2.2. Valvuloplasti

Yırtılan kapak yapraklarının dikilerek tamir edilmesidir (4).

2.1.2.2.3. Kommissürotomi (Valvotomi)

Dar olan kapağın genişletilmesidir. Açık ve kapalı kommissürotomi yapılabilir. Açık kommissürotomide EKS kullanılır ve darlığın olduğu kısma bistürü

ile insizyon yapılır. Kapalı kommissürotomide ise, EKS kullanılmadan torakotomi yapılır ve darlık işaret parmağı ile dilate edilmeye çalışılır (4, 42).

2.1.2.2.4. Kalp kapağı replasmanı

Kalp kapağı hastalıklarında, kapak tamirinin yeterli olmadığı durumlarda kapak replasmanı uygulanmaktadır. Replasman için mekanik ya da biyolojik kapaklar kullanılmaktadır. Biyolojik kapak olarak en fazla domuzdan alınan kalp kapağı (heterogreft), daha az olarak kadavradan alınan kapaklar (hemogreft) kullanılmaktadır. Biyolojik kapaklar tromboemboli riski bakımından mekaniklere göre daha az risk taşımalarına rağmen daha az dayanıklıdırlar. Biyolojik kapaklar yaklaşık 10-15 yıl sonra dejenerasyona uğramaya başladıkları için genellikle yaşlı, hayatta kalma süresi az olan veya uzun süre antikoagülasyon uygulanamayacak (ör: doğum yapmak isteyen genç bayanlar) hastalarda tercih edilmektedir. Biyolojik kapaklarda antikoagülan kullanım süresi on iki aydır (4, 29). En sık kullanılan mekanik kapaklar ise yaşı genç olan ve uzun süre hayatta kalım beklentisi olan hastalarda tercih edilmektedir. Tromboemboli riskine karşı mekanik kapaklar hastanın ömür boyu antikoagülan (warfarin) almasını gerektirir ve protrombin zamanı (PTZ) 20-25 sn, “international normalized ratio” (INR) 2-2.5 aralığında tutulur. Uzun dönem antikoagülasyon uygulanan hastalarda kanama ile ilgili komplikasyonlar önemli morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır (4, 29, 42).

2.1.3. Açık kalp ameliyatı sonrası gelişebilecek komplikasyonlar

Açık kalp ameliyatı sonrası görülebilen komplikasyonlar; kalp-akciğer makinesinin çoğunlukla ileri yaşa ve komorbid hastalığa sahip bireylere uygulanması sonucu görülebilmektedir (29). Bu komplikasyonlar aşağıda açıklanmıştır.

2.1.3.1. Ameliyat sonrası kanama

KVC sonrası ciddi kanama (10 ünite üzerinde kan transfüzyonu gerekmesi) sıklığı %3-5 arasındadır. Yetersiz kanama kontrolü, rezidüel heparin etkisi, trombosit disfonksiyonu, pıhtılaşma faktör eksikliği, hipotermi ve ameliyat sonrasında görülen hipertansiyon kanamaya yol açmaktadır (43).

2.1.3.2. Düşük kalp debisi sendromu

Düşük kalp debisi sendromu (DKDS); kalp ameliyatı sonrası görülebilen en önemli komplikasyonlardan biridir (44, 45). DKDS, kalp-damar cerrahisi sonrası kardiyak performansın azalması ile (kardiyak indeks (CI) 2.2 L/dk/m² 'nin üzerinde ve kalp hızı 100/dk altında olması) karakterize, yetersiz doku perfüzyonuna neden olan ve acil tedavi gerektiren bir durumdur. Ameliyat sonrası; solunum yetmezliği, böbrek fonksiyon bozuklukları ve nörolojik sorunlar DKDS'na bağlı olarak görülebilmektedir (43, 46). Acil KABG ve kapak ameliyatı olan hastalarda gelişen DKDS'nun %38 oranında mortaliteye neden olduğu belirtilmiştir (44, 45).

2.1.3.3. Ameliyat sonrası renal fonksiyon bozukluğu

Kalp ameliyatı öncesinde intravenöz kontrast madde kullanılması sonucu böbrek fonksiyonları bozulabilmektedir. Kardiyopulmoner bypass (KPB) sonrası renal fonksiyon bozukluğu oranı %30'dur. Yapılan bir çalışmada kalp ameliyatı olan 3.219 hastanın %8.9'unda akut böbrek yetmezliği (ABY) geliştiği belirtilmiştir (47). Kalp ameliyatı sonrası ABY gelişiminde; yaş, kadın olmak, DM, sigara içmek, ameliyat öncesi kreatinin yüksekliği, eritrosit transfüzyonu, pompada kalış süresi, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), periferik arter hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, sol ventrikül EF düşüklüğü, acil cerrahi, kardiyojenik şok, sol ana koroner arter hastalığı, KPB ve kros klemp süresi, kalp-akciğer makinesi uygulanması, nonpulsatif akım, hemoliz risk faktörleri olarak belirtilmiştir (47, 48).

2.1.3.4. Nörolojik sorunlar

Kalp ameliyatı olan yaşlı hastalarda nörolojik sorunlar daha fazla görülebilmektedir. Nörolojik sorunların oluşumunda; periferik ve karotis damar hastalığının bulunması, daha önce kalp ameliyatı geçirmiş olma, sol ventrikül disfonksiyonu, kötü klinik seyir olması, hipotermi uygulanması, ameliyat öncesi kreatinin yüksekliği, aortta ateroskleroz, pompada kalış süresinin uzun olması, ileri yaş, DM, İMA'nın az kullanılması, kadın olmak, düzensiz anjina pectoris, AF, vücut yüzey alanının az olması, daha önce MI geçirmiş olma, iskemik hipoperfüzyon, serebral emboli risk faktörleri olarak belirtilmiştir. Serebral hipoperfüzyon nöronların aktivitelerini bozarak, ödem gelişimi, geçici davranışsal bozukluk ve geç uyanmaya

neden olabilmekte; hava, aterosklerotik debris, yağ damlacıkları küçük serebral damarlarda tıkanmaya yol açarak nörolojik sorunlar oluşturabilmektedir (43, 49, 50).

2.1.3.5. Ritim bozukluğu

Açık kalp ameliyatları sonrası görülen ritim bozukluğu; hastanede kalış süresini ve maliyeti arttıran önemli bir morbidite nedenidir. Taşiaritmi ve bradiaritmler açık kalp ameliyatı sonrası komplikasyonlardan olup en sık atriyal fibrilasyon (AF) görülmektedir. Kapak cerrahisi sonrası, iletim bozukluğu sonucu görülebilen bradiaritmler geçici kalp pilleri ile tedavi edilebilmektedir. Bu iletim bozukluğu kalıcı atriyoventriküler blok veya sinüs düğümü disfonksiyonu şeklinde ise kalıcı kalp pilleri ile tedavi edilebilmektedir (51). Yapılan bir çalışmada KABG sonrası AF gelişiminde; ileri yaş, erkek cinsiyet, hipertansiyon ve P dalgasının süresinin uzaması risk faktörleri olarak belirtilmiştir (52).

2.1.3.6. Sternum enfeksiyonları

Sternotomi sonrasında oluşan derin sternal enfeksiyonlar, açık kalp ameliyatı sonrası görülebilen komplikasyonlardandır. Yapılan bir çalışmada açık kalp ameliyatı olan 7.978 hastanın 123'ünde (%1.5) derin sternal yara enfeksiyonu gelişmiştir (53). Sternal yara enfeksiyonu oluşumunda; obezite, DM, pnömoni, uzamış mekanik ventilasyon, acil ameliyatlar, mediastinal hematoma geliştiren ameliyat sonrası kanamalar, sigara kullanımı, hastanede kalış süresi, ameliyat sonrası endokardit gibi birçok faktör rol oynamaktadır (43, 53, 54).

2.1.3.7. Kalp tamponadı

Kalp tamponadı; perikardiyal boşlukta sıvı (kan) birikimi sonucu basınç artışının ventriküllerin diyastolik dolumunu kısıtlayıp kalp debisini düşürmesi ile sonuçlanan komplikasyondur. Enfeksiyon, malignite, travma, antikoagülan tedavi, kateter komplikasyonları sonucu kalp tamponadı görülebilmektedir. Kalp tamponadının belirti ve bulguları "Beck triadı" olarak tanımlanan hipotansiyon, santral venöz basınç artışı, azalmış kalp sesi yanında; taşikardi, taşipne, dispne, anksiyete, idrar çıkışında azalma, juguler venöz basınç artışı, asidozdur (29).

2.1.3.8. Solunum fonksiyonlarında bozulma

Kalp ameliyatı sonrası gelişen en önemli komplikasyonlardan biri akciğerlerde gaz alışverişindeki bozulmadır. Ameliyat sonrası pulmoner fonksiyonların azalmasına; median sternotomi, akciğerlerin iskemik periyotla söndürülmesi, kan transfüzyonu, plevranın açılması, IMA çıkarılması gibi faktörler etki etmektedir. Atelektazi kalp ameliyatlarından sonra en sık görülen komplikasyonlardan olup %70 oranında görülmektedir. Atelektazinin etiolojisinde rol oynayan birçok faktör vardır, bunlar; ameliyat öncesi faktörler (sigara kullanımı, kronik bronşit, mukus hücre hiperplazisi, surfaktan azalması, obesite, kardiyojenik akciğer ödemi) ve ameliyata bağlı (diyafram paralizisine bağlı pasif ventilasyon, sürfaktan inhibisyonu, akciğer distansiyonu, akciğer iskemisi, ekstrasvasküler akciğer sıvısında artış) faktörlerdir. Sternotomi ve özellikle torakotomi sonrası hissedilen ağrı hastanın derin nefes alma ve öksürme eforunu ciddi düzeyde azaltır. Göğüs drenleri sebebiyle duyulan ağrı da hastanın normal solunum fonksiyonlarını etkiler. Frenik sinir zedelenmesi de diyafragmatik disfonksiyona sebep olmaktadır (43).

Açık kalp ameliyatı, hastalarda duygusal, bilişsel ve fizyolojik reaksiyonların oluşmasına yol açar (9). Kalp ameliyatlarında kalbin yaşamsal anlamı ve önemi hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerini arttırarak ameliyat sonrası ağrı düzeyini ve iyileşmeyi etkileyebilmektedir (12, 25, 55, 56).

2.2. Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Hastalarda Anksiyete ve Ağrı

2.2.1. Anksiyete

Anksiyete (anxiety), Latince “tıkanma”, “boğulma” anlamına gelen “angere” kökünden türetilmiştir. Anksiyeteye ilişkin betimlemelere çok eski dönemlere ait metinlerde rastlanmaktadır. Hipokratın, psikiyatrik bozukluklarla ilgili eserlerinde korku ve “amaçsız anksiyete” (aimless anxiety) olarak adlandırdığı bir durumdan söz ettiği bilinir. 18. yüzyıldan sonra anksiyeteye ilişkin oldukça geniş tanımlamalara ve açıklamalara rastlanmaktadır. Anksiyete bozukluklarını kapsamlı bir biçimde ilk ele alan Sigmund Freud’dur. Freud yaklaşık 100 yıl önce ilk kez anksiyete nevrozunu ayrı bir sendrom olarak tanımlamış ve 1894 yılında nevrasteniden ayırmıştır. Freud

anksiyetenin bedensel (somatik) belirtilerini; ürperme, aritmi, dispne, terleme, bulantı, midede ağırlık hissi, tremor, sık idrara çıkma, artmış iştah, ishal, baş dönmesi (vertigo), dengesizlik, pareteziler, uyku bozuklukları, kabuslar, ağrıya karşı aşırı duyarlılık, cinsel ilgide azalma olarak açıklamıştır (57).

Anksiyeteye ilişkin çeşitli tanımlar yapılmıştır;

Karayağız'ın (2011) belirttiğine göre Sadock ve Sadock anksiyeteyi; "Nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz, korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesi ile yaşanan bir bunaltı duygusudur. Yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan bir çeşit alarm duygusudur. İçten ya da dıştan gelen tehlikeler ya da tehlike beklentilerine karşı yaşanan bir tepkidir." şeklinde tanımlamıştır (58).

Öner ve Le Compte (1998) anksiyeteyi; durumluk ve sürekli anksiyete olmak üzere iki şekilde tanımlamışlardır. Durumluk anksiyete, bireyin içinde bulunduğu stresli (baskılı) durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Fizyolojik olarak da otonom sinir sisteminde meydana gelen bir uyarılma sonucu terleme, sararma, kızarma ve titreme gibi fiziksel değişmeler, bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergeleridir. Stresin yoğun olduğu zamanlar durumluk anksiyete seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme olur. Sürekli anksiyete ise; bireyin anksiyete yaşantısına yatkınlığıdır. Kişinin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılama ya da stres olarak yorumlama eğilimi olarak da tanımlanabilir. Bu tür kaygı seviyesi yüksek olan bireylerin kolaylıkla incindikleri ve karamsarlığa büründükleri görülür. Bu bireyler durumluk anksiyeteyi de diğerlerinden daha sık ve yoğun bir şekilde yaşarlar (59).

İşlemsel anksiyete ise; günlük aktiviteleri etkileyen normalden fazla olan tıbbi işlem korkusudur. Hastalar; haftalar veya günler öncesinde tıbbi girişimler nedeni ile endişe, uykusuzluk, rahatsızlık, huzursuzluk duyabilirler ve sinirli, gergin olabilirler. Bu durum önceki travmatik deneyim, ağrı veya bilinmezlik korkusu nedeni ile olabilir (60).

Anksiyetede görülen korku ve endişe duygusuna vücutta bir takım duyular eşlik ederek kişide psikolojik ve fizyolojik değişikliklere neden olur. Kişi belli bir tehlike algıladığında ya da beyinde tehlikeliyi öngördüğünde aşağıdaki durumlar oluşmaktadır;

- Otonom sinir sistemi uyarılarak kan basıncı, kalp atış hızı ve solunum sayısını artar.
- Göğüste sıkışma hissi ve kalp çarpıntısı oluşur.
- Mide barsak hareketleri hızlanır.
- Tükürük salgısı azalır ve ağız kuruluğu oluşur.
- Kan şekeri yükselir.
- Göz bebekleri genişler.
- Çizgili kasların gerginliğinin artması ile titreme olur (58, 61).

İnsan bedeninde oluşan bu değişiklikler kişide anksiyete oluşmasına yol açar, huzursuzluk ve dolanıp durma isteği de anksiyetenin sık görülen belirtileridir. Anksiyetenin belirtileri kişiden kişiye değişebilmektedir. Bazı hastalarda kas gerginliği belirgindir ve bu kişiler kas katılığından ya da spazmindan, baş ağrısından ve boyun tutulmasından yakınırırlar (58, 61).

Fiziksel sağlık sorunları sonucu anksiyete görülebildiği gibi anksiyete sonucunda da fiziksel belirtiler görülmektedir. Stres tepkisine uyum süreci nedeni ile bireylerde fizyolojik ve psikolojik belirtiler ortaya çıkabilmektedir (58). Stres veya korku karşısında yaşanan olağan anksiyete ile patolojik anksiyeteyi ayırt etmek çok önemlidir. Olağan anksiyete uyum sağlayıcı bir tepki olarak düşünülürken patolojik anksiyete belirli uyaranlar karşısında ortaya çıkan uygunsuz bir tepki olarak görülür (62). Ameliyat planlanan hastalarda anksiyete düzeyinin önemli bir yönü vardır (63). Ameliyat fizyolojik olduğu kadar psikolojik olarak da hastayı tehdit eden bir deneyim olarak görülmektedir. Hasta ameliyat olacağını bildiği, ameliyat sonrasını ise bilmediği için korkar ve anksiyete yaşar. Ameliyat öncesinde hastanın anksiyete düzeyini, yapılacak işlemler hakkında bilgi sahibi olmamak, hastanın kişisel özellikleri, yaşı, daha öncesi anestezi ve cerrahi deneyim, yapılacak operasyon tipi

etkilemektedir. Hastanın ameliyat öncesi dönemde psikolojik olarak hazırlığı kendisine duygusal bir destek sağlar, ameliyat sonrası dönemde anksiyete ve ağrı düzeyini, kullanılan analjezik sayısını ve dozunu azaltır, hastanede kalış süresini kısaltır, normal yaşamına daha kısa sürede dönmesini sağlamaktadır (16).

Açık kalp cerrahisinde işlemin kendisi anksiyete kaynağı olabilmekte ve ameliyat sonrası morbiditeyi etkileyebilmektedir. Kalp ameliyatlarında kalbin yaşamsal anlamı ve önemi, bireyin kalbine müdahale edilecek olması hastalarda ölüm korkusuna neden olurken ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete riskini de arttırmaktadır. Açık kalp ameliyatının tedavi edici ve olumlu etkilerinin yanı sıra, ameliyat sonrası dönemde hastalarda fiziksel, emosyonel ve sosyal bazı değişiklikler görülmektedir. Yapılan bazı çalışmalar anksiyete düzeyinin ameliyatın büyüklüğü ile ilişkili olduğunu belirtirken (58, 64, 65), bazı çalışmalar da tanı ve tedavi amaçlı yapılan girişimsel olan ya da olmayan işlemlerde de anksiyetenin yüksek olduğu belirtilmiştir (12, 25, 55, 56). Saraçoğlu ve arkadaşları'nın yaptığı bir çalışmada transrektal ultrason eşliğinde prostat biyopsisi yapılan hastalarda işlem öncesi ve sonrasındaki anksiyete düzeyi ilk yatıştaki anksiyete düzeyine göre yüksek bulunmuştur (63). Hastanede yatan hastalarda; ağrı ve rahatsızlık duygusu, süreç hakkında ve iyileşme ile ilgili belirsizlik, bilinmeyen çevre, tanınmayan yüzler, otonomi ve mahremiyetin kaybı, iyilik haline potansiyel tehdit şeklinde görülmesi gibi faktörlerin anksiyete ve strese neden olduğu belirtilmektedir (66). Yapay solunum aygıtına bağlanma ve çıkarılma, implante edilen kardiyak defibrilatörler, insizyon, sonda ve drenlerin varlığı ağrı ve anksiyete riskini arttırmaktadır. Açık kalp ameliyatı planlanan hastalar ameliyat öncesi ve sonrasında anksiyete nedeniyle daha fazla ağrı hissedebilirler. Ameliyat öncesinde anksiyete düzeyi yüksek olan hastalarda ameliyat sonrasında daha fazla tıbbi komplikasyon geliştiği ve yatış süresinin uzadığı bildirilmiştir (64, 67-69).

Ameliyat öncesi dönemde anksiyete düzeyi yüksek olan bireylerin ameliyat sonrasında uyum, iyileşme ve morbidite düzeylerinin olumsuz etkilendiği bildirilmektedir. Literatürde kalp ameliyatı olan hastaların çoğunun anksiyete yaşadığı belirtilirken, özellikle ameliyat öncesi dönemde anksiyete düzeyi yüksek

olan hastaların ameliyat sonrası dönemde de anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmektedir (67, 70). Kalp ameliyatı geçiren hastalarda en sık görülen anksiyete nedenleri aşağıda verilmiştir;

- Ölüm riski ve bilinmezlik korkusu,
- Organ ve doku kaybı korkusu,
- Özürlü kalma korkusu,
- Çalışabilirliğini kaybetme,
- Ağrı kaygısı,
- Anestezi kaygısı,
- Sağlığını ve yaşam amaçlarını kaybetme korkusu,
- Cinsel ve sosyal yetilerini kaybetme kaygısı,
- Yeterlilik ve değerliliğini kaybetme korkusu,
- Estetik kaygılar,
- Ekonomik güçlüklerle ilgili kaygılar,
- Ev ve iş yaşamında rol ve statü kaybı ve
- Aile üyelerinden ayrı kalmak (9-11, 71, 62).

Bu tip anksiyete kaynaklarının ameliyat sonrasında daha fazla komplikasyona neden olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (62, 64, 68, 69). Literatürde hastaların ameliyat öncesi dönemde fiziksel ve psikolojik olarak ameliyata hazırlanmalarının ve bilgilendirilmelerinin anksiyeteyi azaltmada önemli olduğu vurgulanmaktadır (72). Açık kalp ameliyatlarında ameliyat öncesi eğitimin; hastanın yanlış veya eksik bilgilendirilmeden kaynaklanan anksiyete ve korkularını azalttığı, ameliyat sonrası ağrıyı azaltarak analjezik gereksinimini en aza indirdiği, hastanede yatış süresini kısalttığı, bulantı, kusma gibi ameliyat sonrası komplikasyonları önlediği belirtilmektedir (15, 66).

2.2.2. Cerrahide görülen anksiyete türleri ve hemşirelik yaklaşımları

2.2.2.1. Ameliyat öncesi anksiyete

Ameliyat kararı ve bekleme süreci çoğu hastada tedaviyi aksatmayacak ölçüde anksiyeteye neden olur. Hastanın bilgi eksikliği, tanısı, ameliyatın zorluk ve

risk derecesi, önyargıları gibi nedenler ameliyat öncesi hastanın anksiyetesini etkilediği, buna ek olarak hasta ile cerrah arasındaki ilişkinin niteliği, cerraha güvensizlik, cerrahın tutumunun da hastanın anksiyetesinde belirleyici rol oynadığı belirtilmektedir (67).

2.2.2.2. Ameliyat sonrası anksiyete

Literatürde ameliyat sonrası anksiyete düzeyinin, ameliyat öncesi anksiyete düzeyi ile bağlantılı olduğu belirtilmektedir (64, 73, 74). Ameliyat sonrası dönemde oral alımın kısıtlanması, ilaçların gastrointestinal emiliminin bozulması, eklenen tıbbi sorunlar ve ilaç etkileşimleri anksiyetenin azaltılmasını zorlaştırırken, yetersiz ağrı tedavisi anksiyeteyi arttırabilir (67). Çalışmalarda ameliyat sonrası anksiyete düzeyi yüksek olan hastalarda tıbbi komplikasyon oranının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (64, 68, 69).

2.2.2.3. Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu

Cerrahi tedavi gerektiren hastalık ya da eşlik eden diğer hastalıklar anksiyeteye neden olabilmektedir (67).

2.2.2.4. Cerrahiye ilişkin fobiler

Anksiyete yalnızca cerrahinin bileşeni olan özgül bir uyaran ya da durumla ilişkilidir. Tedavi reddine neden olabilecek düzeyde hastane, hekim, ameliyat, enjeksiyon, anestezi fobileri görülebilir (67).

2.2.2.5. Önceden varolan anksiyete bozuklukları

Cerrahi girişim olasılığı hastada önceden varolan panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, fobiler, obsesif-kompulsif bozukluk belirtilerinde alevlenmeye neden olabileceği gibi operasyon sırasında ilaçların kesilmesi ve ilaç etkileşimleri tedaviyi aksatabilir (67).

2.2.2.6. Ameliyata ilişkin anksiyetenin azaltılmasında hemşirelik yaklaşımları

Hemşireler, hastaların ameliyat stresi ile baş etmelerini sağlayabilmek için ameliyat öncesi stres yaratan unsurları, hastaların bu stresörlere bireysel yanıtlarını belirlemeli, uygun girişimleri planlamalı ve uygulamalıdır (42, 75). Bu kapsamda verilen hemşirelik bakımı aşağıdaki yaklaşımları içermelidir.

- Ameliyatın başarısını etkileyebilecek faktörlerden olan hastanın anksiyete düzeyi, etkili baş etmesi, karar verme yeteneği ve destek sistemlerinin varlığı gibi özellikler dikkatli bir biçimde ele alınmalıdır.
- Tüm hastaların ameliyat öncesi az ya da çok anksiyete ve korku yaşadıkları dikkate alınmalı; anksiyetenin ameliyat türü, hasta beklentileri, ve kişilik yapısına göre değişebildiği göz önüne alınmalıdır.
- Hastalara ameliyat öncesinde anksiyeteleri sorulmalı, ameliyat öncesinde görülen anksiyetenin normal olduğu açıklanarak hastaların anksiyetelerini dile getirmelerine yardımcı olunmalıdır.
- Hastalar ameliyatı; yaşamına, beden imajına, öz saygısına, benlik kavramına ya da yaşam biçimlerine bir tehdit olarak algılayabilir. Hemşireler bu doğrultuda; hastada var olan yanlış inanışları bilgilendirme ve eğitimle düzeltebilmelidir (4, 47, 58, 75).

2.2.3. Ağrı

Ağrı, doku hasarını oluşturduğu bölgede bir yanıt olarak ortaya çıkan temelde organizmayı koruyan bir duyudur. Uluslararası ağrı çalışmaları derneği [International Association for the Study of Pain (IASP)]'nin tanımına göre ağrı; "vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, organik bir nedene bağlı olan veya olmayan insanın geçmişteki tüm deneyimlerini kapsayan, hoş olmayan özel bir duyu" olarak tanımlanmıştır (76).

Tüm ağrı alıcıları serbest sinir uçlarıdır. Serbest sinir uçları en çok; deri, periost (kemik zarı), arteryel duvarlar, eklem yüzeyleri, dura (beyin zarı) ve intrakranial boşluk içindeki uzantılarda bulunmaktadır. Ağrı duyusu, hızlı ve yavaş olarak sınıflandırılmaktadır. Hızlı ağrı, uyarıdan yaklaşık 0.1 sn sonra hissedilirken

yavaş ağrı, ağrılı uyarının ortaya çıkmasından 1 sn veya daha sonra hissedilmektedir. Yavaş ağrı, daha çok doku hasarı sonucu ortaya çıkıp yakıcı, sızlayan ya da kronik ağrı olarak da tanımlanmaktadır (34, 77).

Ağrı reseptörleri mekanik, termal ve kimyasal uyarılarla uyarılmaktadır. Mekanik ve termal uyarılar hızlı ağrıyı uyarma eğiliminde iken kimyasal uyarılar yavaş ağrıyı uyarma eğilimindedir. Ağrı duyusu; bradikinin, serotonin, histamin, potasyum iyonları, asitler, proteolitik enzim ve asetilkolin gibi maddelerin ağrı reseptörlerini etkilemesiyle oluşmaktadır. Bu kimyasal maddelerden bradikinin; doku hasarına bağlı ağrı oluşumunda başlıca rol almaktadır. Prostaglandinler ve P maddesi ise ağrı reseptörlerinin duyarlılığını artırarak ağrı oluşumunu etkilemektedirler. Bu maddelerin dokudaki miktarları, doku hasarının düzeyi ve ağrı algısının şiddeti ile doğrudan ilişkilidir (77).

Bireylerin ağrılı uyarılara tepkileri büyük ölçüde değişmektedir. Bunun nedeni beynin bazı bölgelerinde ağrı baskılayıcı (analjezik) sistemlerin bulunmasıdır. Vücuttaki pek çok duyu reseptörlerinin tersine, ağrı reseptörleri ya çok az adapte olur ya da hiç olamazlar. Buna rağmen yavaş, sızılı ve bulantılı ağrılar; ağrı liflerini uyardığında, uyarın devam ettiği sürece ağrı reseptörlerinde duyarlılık artışı olup (hiperaljezi) ağrı giderek artmaktadır (34).

2.2.3.1. Ağrı sinyallerinin merkezi sinir sistemine iletimi

Bütün ağrı reseptörleri, serbest sinir uçları ile ağrıyı iletir ve ağrı sinyallerini 2 yolla (hızlı keskin ağrı yolu ve yavaş kronik ağrı yolu) merkezi sinir sistemine ulaştırmaktadır. Hızlı ve keskin ağrı sinyalleri; mekanik veya termal ağrı uyarıları ile oluşturulur ve 6-30 m/sn hızında A delta (A δ) lifleri ile medulla spinalise taşınır. Yavaş kronik ağrı; termal ve mekanik uyarılarla oluşan kimyasal maddeler sonucu oluşmaktadır. Yavaş kronik ağrı, C tipi liflerle, 0.5 ve 2 m/sn'lik bir hızla iletilmektedir (77).

Ağrı sinyalleri neospinotalamik yol ve paleospinotalamik yol ile beyne iletilmektedir. Hızlı ağrı için neospinotalamik yolda, hızlı A δ lifleri başlıca mekanik

ve akut termal ağrıyla iletir ve arka boynuzlarda lamina I'de sonlanıp neospinotalamik yolun ikinci nöronlarını uyarırlar. Bu nöronlar anterior kommissürden medulla spinalisin karşı tarafına geçerek çapraz yapan uzun lifler verir ve anterolateral kolonlar içinde yukarı beyne giderler (34).

2.2.3.2. Ameliyat sonrası ağrının fizyopatolojisi

Ameliyat sonrası ağrı, insizyon ve doku hasarı ile ilişkili mekanizmalar sonucu oluşmaktadır. İnsizyonel ağrının, diğer enflamatuvar veya nöropatik ağrı mekanizmalarından farklı olduğu düşünülmektedir. İnsizyon yerindeki hiperaljezi Aδ ve C liflerinin sensitizasyonundan kaynaklanmakta ve insizyondan sonra mekanik olarak duyarsız veya sessiz olan Aδ nosiseptörleri duyarlı liflere dönüşmektedir. İnsizyon sonrası cilt ve kas yarısında artmış laktat konsantrasyonu ve düşük pH miktarı; iskemik ağrı mekanizmasını oluşturup cerrahi sonrası ağrıya neden olabilmektedir. Merkezi nöronal sensitizasyonu da ameliyat sonrası ağrı ve hiperaljeziye katkı sağlamaktadır (78).

Ameliyat sonrası iyi bir ağrı yönetimini için, ağrı oluşumunu artıran faktörlerin bilinmesi önemlidir. Ameliyat öncesi ağrı deneyimi, anksiyete, genç yaş, obezite, ameliyat korkusu ve cerrahi tipi (uzun süren ve abdominal, ortopedik ve göğüs ameliyatları) ameliyat sonrası ağrının belirleyicilerinden olup, cerrahi tipi, yaş ve anksiyete ise ameliyat sonrası analjezik tüketimini etkilemektedir (78).

2.2.3.3. Anksiyetenin ameliyat sonrası ağrıya etkisi ve hemşirelik

Uzun süreli hoş olmayan duygular veya anksiyete, beyin arterlerinin spazmına yol açması ve beyinde bölgesel değişiklikler oluşturması nedeniyle ağrı duyusunu artırabilmektedir (77). Anksiyete; ameliyat sonrası ağrı düzeyini etkilediği gibi, insizyon sonucu sürekli akut nosiseptif ağrı impulsunun olması psikolojik fonksiyonu da etkileyerek ağrı algısını değiştirebilmektedir. Akut ağrının giderilememesi; anksiyete artışı, uyuyamama, moral bozukluğu, çaresizlik hissi, kontrol kaybı, iletişim kurma ve düşünme süreçlerinde yetersizlik ve otonomi kaybına neden olabilmektedir (79). Ameliyat sonrası etkili bir ağrı yönetimi; erken iyileşmeyi artırarak mortalite ve morbiditeyi azaltmaktadır. Ağrı, subjektif ve

bireysel olup, şiddeti ve yoğunluğunda psikolojik belirleyicilerin (anksiyete) önemli bir rolü olduğu belirtilmiştir (69, 68).

Ameliyat sonrası ağrı yönetimi ile ilgili kanıtlar; ameliyat öncesi anksiyetenin, ameliyat sonrası ağrı yoğunluğunu ve hastalarda analjezik alma isteğini artırdığı yönündedir. Düzenli bir ağrı değerlendirmesi, etkili akut ağrı yönetimini sağlamaktadır (80). Ağrı şiddetinin “beşinci yaşam bulgusu” olarak kayıt edilmesi, ağrı değerlendirmesinde; kullanım ve farkındalığı artırıp, akut ağrı yönetimini geliştirdiği belirtilmektedir (81).

Ameliyat sonrası ağrı tedavisinde; farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler uygulanmaktadır. Farmakolojik yöntemlerde; opioidler, non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİ), parasetamol, adjuvanlar (antidepresan, antikonvülsan, glikokortikoid, membran stabilizatör etkili ilaçlar), lokal anestezipler, hasta kontrollü analjezi (HKA) kullanılmaktadır. Non-farmakolojik yöntemler ise; psikolojik girişimler (bilgi verme, stres ve gerginliğin azaltılması, dikkat teknikleri, bilişsel-davranışsal girişimler), Transkutanöz elektriksel sinir uyarımı (TENS), akupunktur ve diğer fiziksel terapiler (masaj terapisi, sıcak-soğuk uygulama) dir (80).

Ağrının azaltılmasında non-farmakolojik yöntemlerden olan psikolojik girişimler (bilgi verme, stres ve gerginliğin azaltılması) hemşirenin bağımsız rolleri arasındadır. Ameliyat öncesi eğitim rolü olan hemşireler; hasta veya bakım verenin ağrı hakkındaki bilgilerini geliştirerek ağrı inancına karşı daha olumlu bir tutuma teşvik edebilmektedir. Ameliyat sonrası ağrının giderilmesinde tıbbi tedavi kullanılmasının yanında daha iyi bir ağrı tutumu açısından, hasta eğitiminin faydalarına ilişkin kanıtlar net olmamakla birlikte, planlı ameliyat öncesi eğitim ve bakım, rutin bakıma göre daha iyi sonuçlar vermektedir (80, 82). Akut ağrı yönetimi; tüm sağlık alanındaki eğitimlerin temel bir konusu olmalı ve sağlık çalışanları tarafından uygulanmalıdır. Sağlık çalışanları içinde hasta ile iletişimi en fazla olan hemşireler, akut ağrı tedavisinde önemli bir role sahip olup hemşireler için akredite edilmiş sürekli eğitim, ağrı yönetiminde büyük bir öneme sahiptir (83).

Etkili bir ağrı yönetimi için, ağrı şiddetinin iyi bir şekilde belirlenmesi ve ağrı ölçeklerinin kullanımı önemlidir. Ağrının; fizyolojik, psikolojik ve çevresel faktörler tarafından değişebilen bireysel ve subjektif bir deneyim olması, ölçümündeki karmaşıklığa da temel oluşturmaktadır. Ağrı değerlendirmesinde tek ve çok boyutlu ölçekler kullanılmaktadır. Tek boyutlu ölçeklerden olan görsel ağrı ölçeği (GAS) ile ağrı değerlendirmesinde hasta, bir ucunda “ağrı yok”, diğer ucunda “dayanılmaz ağrı” yazan 100 mm’lik bir cetvel üzerinde ağrısını işaretlemektedir. Ağrı şiddetinin ölçümünde, GAS’nın diğer tek boyutlu ölçeklere göre daha duyarlı ve güvenilir olduğu ve ağrı şiddetini ölçmede araştırmalarda en yaygın kullanılan skala olduğu belirtilmektedir (80, 84, 85). GAS ile ağrı değerlendirmesinde; 70 mm ve üzeri “şiddetli ağrıyı” belirtirken, 0-5mm “ağrı yok”, 5-44mm “hafif ağrı”, 45-74mm “orta ağrı” olarak belirtilmiştir (86). Ağrı şiddetinde yaklaşık %35 oranında azalma, ameliyat sonrası ağrısı olan hastalarda klinik olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (87).

Ameliyat öncesi eğitim; sağlık durumunu geliştirme, başa çıkma becerileri ve psikososyal destek sağlayarak hastalara ameliyat sonrası dönemde fayda sağlamaktadır. Ameliyat öncesi uygulanan danışmanlık ve eğitimin hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerini azalttığı ve rutin bakım ile karşılaştırıldığında hastalarda ameliyat sonrası olumlu sonuçlar oluşturduğu belirtilmektedir (10, 11, 16, 17).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma; açık kalp ameliyatı olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyetelerinin giderilmesinin, ameliyat sonrası anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacı ile yarı deneysel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Erişkin Kalp-Damar Cerrahisi Servisi ve Erişkin Kalp-Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi'nde yapılmıştır. Yatak kapasitesi 292 (70'i yoğun bakım) olan hastanede yılda 300 erişkin hastaya açık kalp ameliyatı yapılmaktadır. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Erişkin Kalp-Damar Cerrahisi Servisinde hizmetler 11 kalp-damar cerrahisi doktoru, 5 hemşire tarafından yürütülmekte olup yatak kapasitesi 16'dır. Erişkin Kalp-Damar Cerrahisi Yoğun Bakımda 24 anestezi doktoru (2 uzman, 1 asistan doktor aylık rotasyonla yoğun bakımda görev almakta), 7 anestezi teknikeri (1 anestezi teknikeri aylık rotasyonla yoğun bakımda görev almakta), 19 hemşire çalışmakta olup bu ünitenin yatak kapasitesi 10'dur.

Ameliyat olacak hastalar genellikle bir ya da iki gün öncesinde Erişkin Kalp-Damar Cerrahi Servisine yatırılmaktadır. Ameliyat öncesi tetkik ve hazırlıklar yapıldıktan sonra ameliyata alınan hastalar ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesine alınmaktadır. Hastalar yaklaşık üç gün yoğun bakım ünitesinde kaldıktan sonra herhangi bir komplikasyon gelişmemesi durumunda Erişkin Kalp-Damar Cerrahisi Servisine gönderilmektedir. Serviste de ortalama beş gün izlenen hastalar daha sonra taburcu olmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi 2011-2012 verilerine göre açık kalp ameliyatı yapılan erişkin hasta sayısı 300'dür, bu nedenle araştırmanın evreni 300 olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü ve güç analizi, Eşleştirilmiş Örneklem t-testi (Paired Sample t- test) ile G-Power 3.1.3 version programı kullanılarak hesaplanmıştır. Açık kalp ameliyatı yapılan hastalarda ameliyat öncesi verilen eğitimin, ameliyat sonrası anksiyete ve ağrı puanındaki etkinliğinde orta derecede bir etkiyi yakalamak için 0.05 hata ($\alpha= 0.05$) ve % 95 güç ($1-\beta= 0.95$) ile 109 hasta örnekleme alınmıştır.

Araştırma kapsamına 18 yaş ve üstü erişkin açık kalp ameliyatı yapılan hastalar dahil edilmiştir. Kalp transplantasyonu yapılan, psikiyatrik hastalık tanısı alan veya psikiyatrik ilaç kullanan, oryantasyon veya konfüzyon sorunu olan, tam görme veya işitme kaybı bulunan, demans, zeka geriliği gibi sorunlar nedeniyle zihinsel süreçlerde sorun yaşayan ve Türkçe konuşabilen ve anlayabilen hastalar araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri toplama araçları

Hastaların tanıtıcı ve tıbbi özelliklerini belirlemek için araştırmacı tarafından literatür (9, 10, 12, 16, 17) incelenerek oluşturulan “Veri Toplama Formu” (EK 1) kullanılmıştır.

Hastaların anksiyete durumlarını belirlemek için “Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği” (EK 2, EK 3) ve ağrı düzeylerini belirlemek için “Görsel Analog Skala (GAS)” (EK 4) kullanılmıştır.

3.4.1.1. Veri toplama formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen bu form; hastaların tanıtıcı bilgilerini (yaş, cinsiyet, eğitim, çalışma ve medeni durum, gelir düzeyi, yaşadığı yer, evde birlikte yaşadığı kişiler, tıbbi tanı, uygulanan cerrahi tedavi, daha önce hastaneye yatma deneyimi, ameliyat olma durumu, eşlik eden başka kronik hastalıkların bulunma durumu, son bir yıl içinde psikiyatrik muayene olma durumu) ve ameliyata ilişkin anksiyete kaynaklarını (ağrı, bedeni üzerinde denetimini kaybetme, sakat kalma, ölüm riski, çalışma gücünü kaybetme, anestezi, cinsel yeterliliğin kaybı, aileden uzak

kalma ve hastaların açık uçlu olarak belirttikleri anksiyete kaynakları) belirlemeye ilişkin sorular ile ameliyat sonrası sağlık durumlarını değerlendirmeye (ekstübasyon süresi, oral beslenmeye başlama zamanı, ağrı düzeyi, anksiyete düzeyi, yoğun bakımda kalış süresi, yeterli uyku durumu, bulantı-kusma durumu, ritim problemi, mobilizasyon süresi, eğitimden memnun kalma durumu) yönelik 25 soruyu içermektedir.

3.4.1.2. Durumluk-sürekli anksiyete ölçeği (DSAÖ)

Bu ölçek Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilip, Öner ve Lecompte tarafından dilimize uyarlanarak Türk toplumunda geçerlilik (1977) ve güvenilirliği (1976) test edilmiştir. Durumluk anksiyete ölçeği; bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlenmesi için, ölçeğin maddelerinden o anki duyguların şiddetine göre (1) hiç, (2) biraz, (3) oldukça, (4) tamamen seçeneklerinden birinin işaretlenmesini içerir. Sürekli anksiyete ölçeği; bireyin genellikle kendisini nasıl hissettiğini duygularının sıklık derecesine göre, (1) hemen hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman, (4) hemen her zaman gibi dört seçenekten bir tanesinin işaretlenmesini gerektirir (59).

Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği, her bir ölçekte 20 madde olmak üzere toplam 40 maddeden oluşmuştur. Ölçeklerde iki tür ifade bulunmaktadır, bunlara; doğrudan ya da düz (direct) ve tersine dönmüş (reverse) ifadeler denmektedir. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirmektedir. Durumluluk anksiyete ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar : 1., 2., 5., 8., 10., 11., 15., 16., 19., 20. maddelerdir. Sürekli Anksiyete Ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir. Bunlar: 21., 26., 27., 30., 33., 36. ve 39. maddeleri oluşturur (59).

Puanlama elle ya da bilgisayarla olmak üzere iki şekilde yapılır. Elle puanlamada doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları saptanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır. Bu sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir, Durumluluk Anksiyete Ölçeği için bu değer 50, Sürekli Anksiyete

Ölçeği için ise 35'tir. En son elde edilen puan bireyin anksiyete puanıdır. Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişmektedir. Yüksek puan yüksek anksiyete seviyesini, düşük puan ise düşük anksiyete seviyesini ifade etmektedir. Türkiye'deki uygulamalarda saptanan ortalama puan seviyesi 36-41 arasında değişmektedir (59). Araştırmamızda Durumluluk Anksiyete Ölçeği Cronbach's alfa değeri 0.921, Sürekli Anksiyete Ölçeği Cronbach's alfa değeri 0.846 olarak hesaplanmıştır.

3.4.1.3. Görsel analog skala (GAS)

Görsel analog skalada, hasta bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm'lik bir cetvel üzerinde ağrısını işaretler. GAS'nın ağrı şiddeti ölçümünde diğer tek boyutlu ölçeklere göre daha duyarlı ve güvenilir olduğu belirtilmektedir (84, 85).

3.4.2. Araştırmanın ön uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde açık kalp ameliyatı olan 10 hasta ile yapılmıştır. Ön uygulama sonuçlarına göre veri toplama formu üzerinde değişiklik yapılmasına gerek duyulmamıştır. Ön uygulama kapsamındaki hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4.3. Araştırmanın uygulaması

Araştırmanın uygulaması Ocak–Ekim 2014 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Erişkin Kalp-Damar Cerrahisi ve Erişkin Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Servislerinde yapılmıştır. Araştırmanın amacı açıklanan ve araştırmaya katılmayı kabul eden açık kalp ameliyatı planlanan hastalardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Araştırmanın uygulama aşamaları:

1. Aşama: Ameliyat öncesi dönemde hastalara Veri Toplama Formu ve Durumluluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği uygulanmıştır. Araştırmada, ameliyat öncesi bakım ve eğitime ek olarak hastaların anksiyete kaynakları belirlenip, anksiyetelerini gidermeye yönelik hasta gereksinimlerine uygun, bireyselleştirilmiş sözlü eğitim

verilmiştir. Eğitim; hasta odasında gerçekleştirilmiştir. Hastanın eğitim için hazır olma durumu ve odanın uygunluğu değerlendirilmiştir. Eğitim süresi hastanın gereksinimine göre 30-90 dakika sürmüştür. Bu eğitim kapsamında aşağıdaki bilgiler yer almaktadır:

- Yapılacak ameliyat,
- Ameliyattan bir gün önce kalp ameliyatına uygun bir vücut tıraşı için hastane berberinin geleceği, hangi bölgelerin tıraşının olacağı (sakal, bıyık, ameliyat bölgeleri) ve tıraş sonrasında antibakteriyel solüsyon verilerek nasıl banyo yapılacağı,
- Ameliyattan önceki akşam 24.00'den sonra aç kalınacağı,
- Ameliyat öncesi uyku ve dinlenmenin önemi,
- Anestezi doktoru tarafından değerlendirileceği ve ameliyat için yasal izinlerin alınacağı,
- Ameliyat sabahı hazırlık için; takma diş, protez, oje, kontakt lens, gözlük, takı, mücevher gibi eşyaların ve kıyafetlerinin çıkarılacağı, ameliyata giderken ameliyat gömleği, şort ve bone giydirileceği,
- Ameliyathaneye bir sedye ile inileceği ve inerken rahatlatıcı bir ilacın duruma göre verilebileceği,
- Ameliyathane ortamı (gürültü, ışıklandırma, cihazlar, sıcaklık),
- Ameliyathanede bir damar yolu açılarak ilaç (anestezik ilaç) verileceği ve uyutulacağı,
- Ameliyattan sonra kalp-damar cerrahisi yoğun bakımda tedavisinin sürdürüleceği, yoğun bakımda anestezinin etkisi geçince kendi kendine uyanacağı,
- Yoğun bakım ortamı (monitörler, cihazlar, pompalar, yatak düzeni, yatak başlarında televizyon),
- Yoğun bakımda uyandığında bir solunum cihazına bağlı olacağı, bunun rutin bir uygulama olduğu, kullanımının amacı ve önemi,
- Solunum cihazında iken konuştuğunda ses çıkmamasının normal olduğu, bu sırada bir şey anlatmak isterse sağlık personelinin alfabetik klavye,

kalem kağıt vererek ona yardımcı olacağı ve cihazdan ayrıldıktan sonra normal konuşmaya devam edebileceği,

- Solunum cihazından ayrıldıktan 1-2 saat sonra oral alıma su ile başlayacağı, sonrasında sıvı gıdalardan katı gıdalara geçeceği, yemeklerinin diyetine uygun olarak geleceği,
- Ameliyat sonrası insizyon yeri, dren, kateter (damar yolları ve idrar sondası) ve pansumanların bulunma amaçları ve yerleri,
- İdrar sondası olduğunda idrarının kendiliğinden bir torbaya boşalacağı, büyük abdest ihtiyacı olursa hemşire ve bakım destek personelinin sürgü vereceği, bir paravan ile mahremiyetinin sağlanacağı,
- Ameliyat sonrası ağrı kontrolü için ağrı kesici ilaçların verileceği ve ağrısının iki saatte bir sorgulanacağı, ağrı şiddetinin değerlendirilmesi için ağrı skalasının nasıl kullanılacağı,
- Ameliyat sonrası hastanın ilk mobilizasyonunun yoğun bakımda hemşireler tarafından yapılacağı ve gün içinde sandalyede oturabileceği,
- Ameliyat öncesi ve sonrasında; spirometre ve solunum öksürük egzersizlerinin yapılış amacı ve önemi anlatılarak, doğru yapılışının gösterilmesi ve uygulatılması,
- Yoğun bakımda ziyaretçi kısıtlamasının olduğu ve yoğun bakım ortamı uygun olursa yakınlarından birini görebileceği,
- Yoğun bakımda yaklaşık 2-3 gün tedavi ve bakım aldıktan sonra kalp-damar cerrahisi servisine çıkarılacağı açıklanmış ve,
- Hastanın belirttiği anksiyete kaynaklarına ilişkin yanıtlar verilmiştir.

2. Aşama: Ameliyat sonrası 24 saatlik dönemde hastalar ekstübe edildikten sonra yoğun bakımda rahat, bilinci açık ve sözel iletişim kurabilir duruma geldiğinde Durumluk Anksiyete Ölçeği kullanılarak anksiyete düzeyi ve GAS ile ağrı düzeyleri ölçülmüştür. Ağrı düzeyi, hastanın uyanık olduğu zamanlarda (hasta ekstübe olduktan sonra) ilk iki saatlik süreçte saatlik, sonrasında her iki saatte bir değerlendirilmiştir.

ARAŞTIRMANIN UYGULAMA AŞAMALARI

HASTALAR



1. AŞAMA: AMELİYAT ÖNCESİ DÖNEM

1. **Veri toplama formu ve Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği** uygulanmıştır.
2. Rutin ameliyat öncesi bakıma ek olarak, saptanan anksiyete kaynaklarına yönelik bireyselleştirilmiş hasta gereksinimlerine uygun eğitim verilmiştir.

2. AŞAMA: AMELİYAT SONRASI DÖNEM



1. Ameliyat sonrası 24 saatlik dönemde hastalar ekstübe edildikten sonra rahat, bilinci açık ve sözel iletişim kurabilir duruma geldiğinde **Durumluk Anksiyete Ölçeği** kullanılarak anksiyete düzeyleri, **Görsel Analog Skalası (GAS)** ile ağrı düzeyleri değerlendirilmiştir. GAS ile ağrı düzeyi, hastanın uyanık olduğu zamanlarda ilk iki saatlik süreçte saatlik, sonrasında her iki saatte bir değerlendirilmiştir.

Şekil 3.1. Araştırmanın Uygulama Aşamaları

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Science 20) programında analiz edilmiştir. Tanıtıcı özelliklerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, minimum ve maksimum değerler kullanılmıştır. Veriler normal dağılım gösterip göstermeme durumuna göre analiz edilmiştir. Normal dağılıma uymayan veriler için nonparametrik testler, normal dağılıma uyanlar için parametrik testler kullanılmıştır. İki'den fazla grupların karşılaştırılmasında; istatistiksel olarak anlamlı fark bulunması durumunda, farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz yöntemlerine başvurulmuştur. Bu kapsamda aşağıdaki testler kullanılmıştır:

- Gruplar arası farklılıkları değerlendirirken, normal dağılım göstermeyen veriler için Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır.
- Ameliyat öncesi ve sonrası normal dağılım göstermeyen durumluk anksiyete puanlarının değerlendirilmesinde Wilcoxon Testi kullanılmıştır.
- Değişkenler arasındaki ilişki incelenirken korelasyon analizinde Pearson Korelasyon Katsayısından yararlanılmıştır.
- Nominal değişkenlerde gruplar arası farklılıklar incelenirken Ki-Kare Testi kullanılmıştır.
- Herhangi bir gözdeki beklenen frekansın 5'den küçük olma durumunda Fisher's Exact testi uygulanmıştır
- Gözlerdeki değerlerin % 20'den fazlası 5'den küçük olduğu durumda Monte Carlo simülasyon testi kullanılmıştır.
- Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0.05 kabul edilmiştir. $p < 0.05$ olması durumunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu; $p > 0.05$ olması durumunda ise anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü ve İzinler

Araştırma için Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (Onay: 18.12.2013, Proje No: KA13/303) izin alındıktan sonra (EK-7) ve Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Başhekimliği'nden izin alınmıştır (EK-8). Veriler toplanmadan önce örnekleme

oluşturan tüm hastalara araştırmanın konusu, amacı, nasıl yürütüleceği, araştırmanın önemi; verilerin araştırma dışında kullanılmayacağı ve isimlerinin saklı tutulacağı açıklanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan yazılı onam alınmıştır (EK-6).

3. BULGULAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri (n=109)

Tanıtıcı özellikler	
Yaş	$\bar{X} = 59.62 \pm 11.45$ (min.=21, maks.= 83)
Cinsiyet	Sayı (%)
Kadın	33 (30.3)
Erkek	76 (69.7)
Medeni durum	
Evli	101 (92.7)
Bekar/Boşanmış	8 (7.4)
Eğitim durumu	
İlkokul	54 (49.5)
Ortaokul	11 (10.1)
Lise	16 (14.7)
Üniversite	28 (25.7)
Çalışma durumu	
Çalışıyor	35 (32.1)
Çalışmıyor (emekli, ev hanımı, işsiz)	74 (67.9)
Gelir Düzeyi	
Gelir giderden az	35 (32.1)
Gelir gider eşit	62 (56.9)
Gelir giderden fazla	12 (11.0)
Yaşadığı yer	
Şehir merkezi	76 (69.7)
İlçe	22 (20.2)
Kasaba, Köy	11 (10.1)
Evde yaşadığı kişiler	
Aile (eşi,eşi ve çocukları)	105 (96.3)
Yalnız	4 (3.7)
Tıbbi özellikler	
Cerrahi tipi	
KABG	78 (71.6)
Kapak ameliyatı	24 (22.0)
Anevrizma onarımı (Bentall)	7 (6.4)
Daha önce ameliyat olma durumu	
Oldu	69 (63.3)
Olmadı	40 (36.7)
Eşlik eden hastalık bulunma durumu	
Var	82 (75.2)
Yok	27 (24.8)

Tablo 4.1’de araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri verilmektedir. Hastaların yaş ortalaması (\bar{X}) 59.62±11.45 (min.=21, maks.= 83) olup %69.7’si erkek, %92.7’si evli, %49.5’i ilkokul mezunudur. Çalışma durumlarına bakıldığında hastaların %67.9’unun bir işte çalışmadığı (emekli, ev hanımı, işsiz), %56.9’unun gelir düzeyinin giderine eşit olduğu, %69.7’sinin şehir merkezinde ve çoğunun (%96.3) ailesi ile birlikte yaşadığı saptanmıştır. Hastaların tıbbi özelliklerine bakıldığında; çoğunun KAH’na (%71.6) sahip olduğu, daha önce hastaneye yatma (% 78.9) ve ameliyat olma deneyiminin bulunduğu (%63.3), tabloda yer almamakla birlikte %15.6’sının KABG ve kapak ameliyatı oldukları, %25.7’sinin en son 1-5 yıl öncesi ameliyat oldukları belirlenmiştir. Çalışmada hastaların %75.2’sinin eşlik eden bir hastalığa sahip olduğu ve bu hastalıkların %59.6’sını hipertansiyonun oluşturduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2. Hastaların ameliyat öncesi anksiyete kaynakları (n=109)

Anksiyete Kaynakları	Sayı (%)*
Bilgi eksikliği	77 (70.6)
Aileden uzak kalma	23 (21.1)
Ölüm riski	18 (16.5)
Ağrı	17 (15.6)
Rahatta bozulma **	11 (10.1)
Mahremiyetini kaybetme	11 (10.1)
Beden imajında bozulma	10 (9.2)
Komplikasyon gelişmesi	10 (9.2)
Anestezi/anesteziden uyanamama	10 (9.2)
Bedeni üzerinde denetimini kaybetme	9 (8.3)
Çalışma gücünü kaybetme	8 (7.3)
Sakat kalma	3 (2.8)

* Hastalar birden fazla yanıt vermiştir.

** üşüme, bulantı, sonda, dren ve kateter takılmasının verdiği rahatsızlık

Hastaların ameliyat öncesi anksiyete kaynakları Tablo 4.2’de verilmiştir. Hastalar anksiyete kaynaklarını; bilgi eksikliği (%70.6), aileden uzak kalma (%21.1), ölüm riski (%16.5), ağrı (%15.6), rahatta bozulma (%10.1), mahremiyetini kaybetme (%10.1), beden imajında bozulma (%9.2), komplikasyon gelişmesi (%9.2),

anestezi/anesteziden uyanamama (%9.2), bedeni üzerinde denetimini kaybetme (%8.3), çalışma gücünü kaybetme (%7.3) ve sakat kalma (%2.8) olarak belirtmişlerdir.

Tablo 4.3. Hastaların ameliyat sonrası sağlık durumları ve verilen eğitimden memnun olma durumları (n=109)

Hastaların ameliyat sonrası sağlık durumları	Sayı (%)
Ameliyat sonrası ekstübasyon Süresi	
4-5 saat sonra	8 (7.3)
6-8 saat sonra	29 (26.6)
9-12 saat sonra	38 (34.9)
12 saat ve üzeri	34 (31.2)
Ekstübasyon sonrası oral alıma başlama zamanı	
1-3 Saat	102 (93.6)
4-6 saat	4 (3.7)
6 saat ve üzeri	3 (2.8)
İlk mobilizasyonu	
Ameliyattan sonraki 1. ve 2. gün	71 (65.1)
3. ve üzeri gün	38 (34.9)
Bulantı / Kusma	
Oldu	12 (11.0)
Olmadı	97 (89.0)
Ritim problemi	
Oldu	29 (26.6)
Olmadı	80 (73.4)
Yeterli uyku	
Var	71 (65.1)
Yok	38 (34.9)
Yeterli uyuyamama nedenleri *	
Solunuma ilişkin sorunlar/nedenler (solunum egzersizleri, ekstübasyon süreci, entübe olmanın verdiği rahatsızlık)	24 (22.0)
Yoğun bakım ortamı (ses, rutin işler)	6 (5.5)
Ağrı	5 (4.6)
Endişe (ajite olma, huzursuzluk)	3 (2.8)
Yoğun bakımda kalış süresi	
1-2 gün	12 (11.0)
3-4 gün	73 (67.0)
5-6 gün	18 (16.5)
7 gün ve üzeri	6 (5.5)
Ameliyat öncesi verilen eğitimden memnun olma durumu	
Memnun	104 (95.4)
Memnun değil	5 (4.6)

* Yüzdeler yeterli uyumadığını belirten hasta sayıları üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.3’de hastaların ameliyat sonrası sağlık durumları ve verilen eğitimden memnun olma durumları verilmiştir. Hastaların %34.9’ unun 9-12 saat sonra ekstübe edildiği, %93.6’sının ekstübasyon sonrası 1-3 saat içinde oral almaya başladığı ve %65.1’inin ameliyattan sonraki birinci ve ikinci günde mobilize olduğu saptanmıştır. Ameliyat sonrası hastalarda bulantı/kusma (%89) olmadığı ve ritim probleminin (%73.4) gelişmediği belirlenmiştir. Hastaların %65.1’i yeterli uyuduğunu, %34.9’u yeterli uyuyamadığını ifade etmiş, uyuyamama nedeninin çoğunlukla solunuma ilişkin sorunlardan (%22) kaynaklı olduğu belirlenmiştir. Ameliyat sonrası hastaların %67’si yoğun bakımda 3-4 gün kalmış olup, %95.4’ü ameliyat öncesi almış oldukları eğitimden memnun kaldıklarını, verilen bilgileri hatırladıklarını, yoğun bakım ortamına uyum sağlamakta sıkıntı yaşamadıklarını ve öğretilen solunum öksürük egzersizlerini uyguladıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.4. Hastaların ameliyat öncesi durumluk-sürekli anksiyete ölçeği ve ameliyat sonrası durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları (n=109)

Durumluk-Sürekli Anksiyete Puan Ortalamaları	n	Ort	SS	Min	Maks	<i>İstatistiksel değerlendirme</i>
Ameliyat Öncesi Sürekli Anksiyete	109	37.98	8.28	22	62	0.054
Ameliyat Öncesi Durumluk Anksiyete	109	34.34	9.03	20	62	
Ameliyat Sonrası Durumluk Anksiyete	109	35.94	8.92	21	65	

Hastaların ameliyat öncesi durumluk sürekli anksiyete ve ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları Tablo 4.4’de verilmiştir. Hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalaması 34.34 ± 9.03 (min.=20, maks.=62), sürekli anksiyete puan ortalaması 37.98 ± 8.28 (min.=22, maks.=62) olup ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalaması 35.94 ± 8.92 (min.=21, maks.=65)’dir. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.5. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat öncesi durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları (n=109)

Tanıtıcı özellikler		Ameliyat Öncesi Durumluk Anksiyete Puanı					Kruskal Wallis Testi	
		n	Ort	SS	Min	Maks	z	p
Yaş	22-45	13	38.38	8.85	23	50	7.86	0.049
	46-57	19	34.42	7.03	24	50		
	58-69	59	32.56	8.92	20	62		
	70-83	18	37.17	10.32	20	58		
Eğitim durumu	İlkokul	54	33.48	9.21	20	58	4.87	0.181
	Ortaokul	11	32.64	8.48	23	47		
	Lise	16	32.63	6.59	24	45		
	Üniversite	28	37.64	9.64	20	62		
Gelir düzeyi	Gelir Giderden Az	35	35.14	8.99	20	58	2.53	0.281
	Gelir Gider Eşit	62	34.58	8.83	21	62		
	Gelir Giderden Fazla	12	30.75	10.07	20	47		
Yaşadığı yer	Şehir Merkezi	76	35.08	9.36	20	62	1.54	0.462
	İlçe	22	32.50	8.67	22	52		
	Kasaba	11	32.91	7.18	21	45		
Mann Whitney U Testi								
Cinsiyet	Kadın	33	38.88	7.5	27	58	-3.77	0.001
	Erkek	76	32.37	8.96	20	62		
Medeni durum	Evli	101	33.94	9.01	20	62	1.72	0.085
	Bekar/Boşanmış	8	39.38	8.14	30	55		
Çalışma durumu	Çalışıyor	35	32.83	9.76	21	62	1.49	0.134
	Çalışmıyor	74	35.05	8.64	20	58		
Daha önce ameliyat olma durumu	Oldu	69	34.87	9.27	20	62	-0.89	0.376
	Olmadı	40	33.43	8.63	24	58		
Eşlik eden bir hastalık bulunma durumu	Var	82	34.32	9.17	20	62	0.02	0.978
	Yok	27	34.41	8.75	24	55		

Tablo 4.5’de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları verilmektedir. Hastaların ameliyat öncesi yaş grupları

göre durumluk anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($z=7.86$, $p<0.05$). 58-69 yaş arası hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalaması (32.56 ± 8.92), 70-83 yaş (37.17 ± 10.32) ve 22-45 yaş arası (38.38 ± 8.85) hastaların durumluk anksiyete puan ortalamasından düşüktür.

Hastaların eğitim düzeyleri, yaşadıkları yer, gelir düzeyleri ile ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Cinsiyete göre durumluk anksiyete puan ortalamalarına bakıldığında, kadın ve erkek hastalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($z=-3.77$, $p<0.05$), kadın hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamasının (38.88 ± 7.5), erkek hastalara (32.37 ± 8.96) göre yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların medeni durum, çalışma durumu, daha önce ameliyat olma ve eşlik eden bir hastalığın bulunma durumlarına göre ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat sonrası durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları (n=109)

Tanıtıcı özellikler		Ameliyat Sonrası Durumluk Anksiyete Puanı					Kruskal Wallis Testi	
		n	Ort	SS	Min	Maks	z	p
Yaş	22-45	13	35.62	8.29	23	48	4.94	0.176
	46-57	19	37.79	8.56	28	61		
	58-69	59	34.85	9.58	21	65		
	70-83	18	37.83	7.43	26	54		
Eğitim durumu	İlkokul	54	34.52	8.55	21	65	3.38	0.336
	Ortaokul	11	35.45	6.11	27	44		
	Lise	16	37.00	11.08	26	65		
	Üniversite	28	38.29	9.09	23	59		
Gelir düzeyi	Gelir Giderden Az	35	34.74	7.33	21	52	0.30	0.859
	Gelir Gider Eşit	62	36.53	10.02	22	65		
	Gelir Giderden Fazla	12	36.42	7.20	28	50		
Yaşadığı yer	Şehir Merkezi	76	37.03	8.77	35.5	23	4.54	0.103
	İlçe	22	34.41	9.37	33	21		
	Kasaba	11	31.55	7.99	30	22		
Cerrahi tipi	KABG	78	36.72	9.87	35	21	2.74	0.253
	Kapak ameliyatı	24	33.04	5.44	34	23		
	Anevrizma onarımı	7	37.29	5.02	37	30		
Mann Whitney U Testi								
Cinsiyet	Kadın	33	38.45	10.08	23	65	-1.88	0.061
	Erkek	76	34.86	8.21	21	61		
Medeni durum	Evli	101	35.26	34	65	8.32	2.44	0.015
	Bekar/Boşanmış	8	44.63	41.5	65	12.08		
Çalışma durumu	Çalışıyor	35	35.71	9.35	22	61	0.30	0.758
	Çalışmıyor	74	36.05	8.78	21	65		
Daha önce ameliyat olma durumu	Oldu	69	36.65	9.34	22	65	-1.30	0.192
	Olmadı	40	34.73	8.12	21	54		
Eşlik eden bir hastalık bulunma durumu	Var	82	36.28	9.37	22	65	-0.27	0.781
	Yok	27	34.93	7.47	21	50		

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları Tablo 4.6'da verilmektedir. Hastaların yaşı, eğitim durumu, gelir düzeyleri, yaşadıkları yer ve oldukları ameliyat türüne göre ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Medeni duruma göre ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($z=2.44$, $p<0.05$). Bekar ya da boşanmış hastaların ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalaması (44.63 ± 41.5), evli hastaların ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamasından (35.26 ± 34) yüksek olduğu görülmüştür. Cinsiyet, çalışma durumu, daha önce ameliyat olma ve eşlik eden bir hastalık bulunma durumlarına göre ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamalarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat öncesi sürekli anksiyete ölçeği puan ortalamaları (n=109)

Tanıtıcı özellikler		Ameliyat Öncesi Sürekli Anksiyete Puanı					Kruskal Wallis Testi	
		n	Ort	SS	Min	Maks	z	p
Yaş	22-45	13	39.77	10.96	22	58	4.14	0.246
	46-57	19	36.79	4.45	29	44		
	58-69	59	37.25	8.96	22	62		
	70-83	18	40.33	6.65	29	50		
Eğitim durumu	İlkokul	54	39.20	8.23	22	62	2.63	0.452
	Ortaokul	11	35.27	7.75	22	46		
	Lise	16	36.94	7.21	22	47		
	Üniversite	28	37.29	9.12	23	58		
Gelir düzeyi	Gelir Giderden Az	35	39.86	7.66	28	58	5.33	0.069
	Gelir Gider Eşit	62	37.84	8.15	22	62		
	Gelir Giderden Fazla	12	33.25	9.35	22	52		
Yaşadığı yer	Şehir Merkezi	76	37.89	8.86	22	62	0.22	0.871
	İlçe	22	37.82	6.17	27	50		
	Kasaba	11	38.91	8.43	28	50		
Cerrahi tipi	KABG	78	37.90	7.95	22	62	0.54	0.761
	Kapak ameliyatı	24	38.83	9.09	25	56		
	Anevrizma onarımı	7	36.00	9.93	22	53		
Mann Whitney U Testi								
Cinsiyet	Kadın	33	41	7.4	27	56	-2.60	0.009
	Erkek	76	36.67	8.35	22	62		
Medeni durum	Evli	101	37.58	8.33	22	62	1.80	0.071
	Bekar/Boşanmış	8	43	6.02	37	55		
Çalışma durumu	Çalışıyor	35	35.29	8.23	22	58	2.48	0.013
	Çalışmıyor	74	39.26	8.05	23	62		
Daha önce ameliyat olma durumu	Oldu	69	39.55	8.42	22	62	-2.69	0.007
	Olmadı	40	35.28	7.37	22	56		
Eşlik eden bir hastalık bulunma durumu	Var	82	37.84	8.35	22	62	0.22	0.819
	Yok	27	38.41	8,22	25	56		

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamaları Tablo 4.7’de verilmektedir. Hastaların yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, yaşadıkları yer ve olunan ameliyat türüne göre ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Cinsiyete göre ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($z= -2.60$, $p<0.05$). Kadın hastaların ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalaması (41 ± 7.4), erkek hastaların ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamasından (36.67 ± 8.35) yüksektir.

Çalışma durumlarına göre ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamalarına bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($z= 2.48$, $p<0.05$). Çalışan hastaların ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalaması (35.29 ± 8.23), bir işte çalışmayanların sürekli anksiyete puan ortalamasından (39.26 ± 8.05) düşük bulunmuştur.

Hastaların daha önce ameliyat olma durumlarına göre ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($z= -2.69$, $p<0.05$). Daha önce ameliyat geçirmiş olan hastaların ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamasının (39.55 ± 8.42), daha önce ameliyat olmayan hastalara göre (35.28 ± 7.37) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların medeni durum ve eşlik eden bir hastalığa sahip olma durumları ile ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Hastaların ameliyat sonrası sağlık durumuna göre ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları (n=109)

Sağlık Durumu		Ameliyat Sonrası Durumluk Anksiyete Puanı					Kruskal Wallis Testi	
		n	Ort	SS	Min	Maks	z	p
Ekstübasyon Süresi	4-5 saat	8	35.63	7.71	25	47	2.21	0.529
	6-8 saat	29	34.31	8.84	21	61		
	9-12 saat	38	37.37	9.43	22	65		
	12 saat ve üzeri	34	35.82	8.79	22	65		
Yoğun Bakımda Kalış Süresi	1-2 Gün	12	33.83	7.16	22	46	4.69	0.195
	3-4 Gün	73	35.48	9.07	21	65		
	5-6 Gün	18	37.44	8.49	23	59		
	7 Gün ve Üzeri	6	41.33	11.04	23	54		
Mann Whitney U Testi								
Ekstübasyon sonrası oral alıma başlama zamanı	1-3 saat	102	36.13	9.05	21	65	-0.94	0.347
	4 saat ve sonrası	7	33.29	6.85	28	46		
İlk mobilizasyonu	1-2 gün	71	33.77	7.02	22	54	3.29	0.001
	3 gün ve üzeri	38	40	10.64	21	65		
Bulantı / Kusma	Var	12	36	8.63	21	52	-0.42	0.675
	Yok	97	35.94	9	22	65		
Ritim problemi	Oldu	29	35.86	8.47	21	61	-0.05	0.959
	Olmadı	80	35.98	9.13	22	65		
Yeterli uyku durumu	Oldu	71	33.79	7.97	21	61	3.64	0.001
	Olmadı	38	39.97	9.31	27	65		

Tablo 4.8’de hastaların ameliyat sonrası sağlık durumlarına göre ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları yer almaktadır. Hastaların ekstübasyon süresi ve yoğun bakımda geçirilen gün sayısına göre ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların mobilizasyon sürelerine göre ameliyat sonrası durumluk anksiyete puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($z=3.29$, $p<0.05$). Mobilizasyon süresi 3 gün ve üzeri olan hastaların durumluk anksiyete puan

ortalaması (40±10.64), 1-2 gün içinde mobilize olanların ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamasından (37.77±7.02) yüksek olduğu görülmektedir. Yoğun bakımdaki uyku durumları incelendiğinde, hastaların ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (z=3.64, p<0.05). Yeterli uyuyamadığını ifade eden hastaların ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalaması (39.97±9.31), iyi uyuduğunu belirten hastalardan (33.79±7.97) yüksektir. Ekstübasyon sonrası oral alıma başlama, bulantı/kusma durumu ve ritim problemlerine göre ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.9. Hastaların ameliyat öncesi durumluk-sürekli anksiyete ölçeği puanlarının ameliyat sonrası durumluk anksiyete ölçeği puanları ile ilişkisi (n=109)

		Ameliyat Öncesi Sürekli Anksiyete Ölçeği Puanı	Ameliyat Öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği Puanı
Ameliyat Sonrası Durumluk Anksiyete Ölçeği Puanı	r	0.199	0.429
	p	0.038	0.001
	N	109	109

Tablo 4.9’da hastaların ameliyat öncesi durumluk-sürekli anksiyete ölçeği puanlarının ameliyat sonrası durumluk anksiyete ölçeği puanları ile ilişkisi verilmektedir. Ameliyat sonrası durumluk anksiyete puanı ile ameliyat öncesi sürekli ve durumluk anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0.05). Ameliyat sonrası durumluk anksiyete puanı ile ameliyat öncesi sürekli anksiyete puanı arasında pozitif yönde bir ilişki olup (r = 0.199), ameliyat öncesi sürekli anksiyete puanı arttıkça ameliyat sonrası durumluk anksiyete puanının da arttığı görülmektedir. Ameliyat sonrası durumluk anksiyete puanı ile ameliyat öncesi durumluk anksiyete puanı arasında pozitif yönde bir ilişki vardır (r =0.429). Ameliyat öncesi durumluk anksiyete puanı arttıkça ameliyat sonrası durumluk anksiyete puanının da arttığı görülmektedir.

Tablo 4.10. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası durumluk-sürekli anksiyete ölçeği puanlarının ameliyat sonrası GAS ağrı puanları ile ilişkileri (n=109)

Durumluk-Sürekli Anksiyete Puanları	GAS Ağrı Puan Ortalamaları		
	r	p	N
Ameliyat Öncesi Sürekli Anksiyete Ölçeği Puanı	0.06	0.57	109
Ameliyat Öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği Puanı	0.19	0.049	109
Ameliyat Sonrası Durumluk Anksiyete Ölçeği Puanı	0.31	0.00	109

Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası durumluk-sürekli anksiyete puanlarının ameliyat sonrası GAS ağrı puanları ile ilişkileri Tablo 4.10'da belirtilmektedir. GAS ağrı puan ortalamaları ile ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastaların ameliyat öncesi ve sonrasındaki durumluk anksiyete puan ortalamaları ile GAS ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ameliyat öncesi ve sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları ile GAS ağrı puan ortalamaları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu (sırasıyla; $r =0.31$; $r=0.19$), durumluk anksiyete puanları arttıkça GAS ağrı puan ortalamasının da arttığı görülmüştür.

Tablo 4.11. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat sonrası GAS ağrı puan ortalamaları (n=109)

Tanıtıcı özellikler		GAS Ağrı Puan Ortalamaları					Kruskal Wallis Testi	
		n	Ort	SS	Min	Maks	z	p
Yaş	22-45	13	1.84	1.44	0.50	4.92	0.27	0.974
	46-57	19	1.65	0.90	0.58	4.42		
	58-69	59	1.51	0.78	0.00	3.17		
	70-83	18	1.64	1.30	0.50	6.33		
Eğitim durumu	İlkokul	54	1.68	1.06	0.42	6.33	1.81	0.612
	Ortaokul	11	1.24	0.60	0.42	2.67		
	Lise	16	1.71	1.09	0.50	4.92		
	Üniversite	28	1.50	0.90	0.00	4.42		
Gelir düzeyi	Gelir Giderden Az	35	1.68	1.29	0.42	6.33	0.11	0.946
	Gelir Gider Eşit	62	1.56	0.86	0.00	4.42		
	Gelir Giderden Fazla	12	1.51	0.55	0.67	2.33		
Yaşadığı yer	Şehir Merkezi	76	1.62	0.93	0.33	4.92	0.37	0.829
	İlçe	22	1.41	0.73	0.00	2.83		
	Kasaba	11	1.81	1.66	0.50	6.33		
Cerrahi tipi	KABG	78	1.64	0.99	0.00	6.33	1.28	0.525
	Kapak Ameliyatı	24	1.38	0.78	0.33	3.33		
	Anevrizma Onarımı	7	1.87	1.51	0.67	4.92		

Tablo 4.11’de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat sonrası GAS ağrı puan ortalamaları yer almaktadır. Yaş gruplarına göre GAS ağrı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). 22-45 yaş grubundaki hastaların GAS ağrı puan ortalamaları ile diğer yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) ancak 22-45 yaş grubun hastalarının GAS ağrı puan ortalamalarının (1.84 ± 1.44) diğer yaş gruplarına (1.65 ± 0.9 , 1.51 ± 0.78 , 1.64 ± 1.3) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Hastaların eğitim durumları, gelir düzeyleri, yaşadıkları yer ve ameliyat türüne göre GAS ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat sonrası GAS ağrı puan ortalamaları (devam) (n=109)

Tanıtıcı özellikler		GAS Ağrı Puan Ortalamaları					Mann Whitney U Testi	
		N	Ort	SS	Min	Maks	z	p
Medeni durum	Evli	101	1.57	0.93	0.33	6.33	0.35	0.723
	Bekar/Boşanmış	8	1.91	1.56	0	4.92		
Cinsiyet	Kadın	33	1.98	1.09	0.5	4.92	-2.56	0.011
	Erkek	76	1.43	0.89	0	6.33		
Çalışma durumu	Çalışıyor	35	1.45	0.69	0.5	3.33	0.69	0.485
	Çalışmıyor	74	1.67	1.1	0	6.33		
Daha önce ameliyat olma durumu	Oldu	69	1.62	0.96	1.50	4.92	-0.49	0.619
	Olmadı	40	1.55	1.05	1.42	6.33		
Eşlik eden bir hastalık bulunma durumu	Var	82	1.61	0.97	1.50	6.33	-0.65	0.516
	Yok	27	1.56	1.05	1.25	4.92		

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat sonrası GAS ağrı puan ortalamaları Tablo 4.11 (devam)'de belirtilmektedir. Cinsiyete göre GAS ağrı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($z=-2.56$, $p<0.05$). Kadın hastaların GAS ağrı puan ortalaması (1.98 ± 1.09), erkek hastaların GAS ağrı puan ortalamasından (1.43 ± 0.89) yüksektir. Bekar ya da boşanmış hastaların GAS ağrı puan ortalamalarının, evli olanlara göre daha yüksek olduğu ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Çalışma durumları incelendiğinde; çalışan ve çalışmayan hastaların GAS ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Hastaların daha önce ameliyat olma durumları ve eşlik eden hastalıklarının bulunma durumları incelendiğinde; gruplar arasında GAS ağrı puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.12. Hastaların ameliyat sonrası sağlık durumlarına göre GAS ağrı puan ortalamaları (n=109)

Sağlık durumu		GAS Ağrı Puan Ortalamaları					Kruskal Wallis Testi	
		N	Ort	SS	Min	Maks	z	p
Ekstübasyon Süresi	4-5 saat	8	1.96	0.69	1.00	3.33	5.86	0.118
	6-8 saat	29	1.27	0.65	0.00	2.75		
	9-12 saat	38	1.62	0.98	0.33	4.42		
	12 saat ve üzeri	34	1.77	1.23	0.42	6.33		
Yoğun bakımda kalış süresi	1-2 gün	12	1.24	0.67	0.42	2.58	2.79	0.425
	3-4 gün	73	1.57	0.93	0.00	4.92		
	5-6 gün	18	1.90	1.36	0.58	6.33		
	7 gün ve üzeri	6	1.75	0.89	0.92	3.17		
Mann Whitney U Testi								
Ekstübasyon sonrası oral alıma başlama zamanı	1-3 saat	102	1.63	1.0	0	6.33	-1.52	0.127
	4 saat ve sonrası	7	1.08	0.58	0.33	1.92		
İlk mobilizasyonu	1-2 gün	71	1.47	0.81	0	4.42	1.35	0.174
	3 gün ve üzeri	38	1.84	1.22	0.5	6.33		
Bulantı / Kusma	Var	12	1.59	1.12	0.5	4.42	0.31	0.757
	Yok	97	1.6	0.98	0	6.33		
Ritim problemi	Oldu	29	1.56	1.04	0.33	4.92	0.42	0.677
	Olmadı	80	1.61	0.97	0	6.33		
Yeterli uyku durumu	Oldu	71	1.55	0.89	0	4.92	0.24	0.809
	Olmadı	38	1.68	1.15	0.42	6.33		

Tablo 4.12’de hastaların ameliyat sonrası sağlık durumlarına göre GAS ağrı puan ortalamaları yer almaktadır. Hastaların ekstübasyon süresi, yoğun bakımda kalış süresi, oral alıma başlama zamanı, ilk mobilizasyonu, bulantı/kusma durumu, ritim problemi ve yeterli uyuyabilme durumlarına göre GAS ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.13. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat sonrası analjezik kullanım durumları (n=109)

Tanıtıcı özellikler		Analjezik Alma Durumu						Ki-Kare Testi	
		Aldı		Almadı		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Yaş	22-45	11	84.6	2	15.4	13	100.0	11.001	0.012
	46-57	16	84.2	3	15.8	19	100.0		
	58-69	29	49.2	30	50.8	59	100.0		
	70-83	10	55.6	8	44.4	18	100.0		
Cinsiyet	Kadın	23	69.7	10	30.3	33	100.0	1.154	0.283
	Erkek	43	56.6	33	43.4	76	100.0		
Eğitim durumu	İlkokul	34	63.0	20	37.0	54	100.0	6.266	0.099
	Ortaokul	4	36.4	7	63.6	11	100.0		
	Lise	13	81.3	3	18.8	16	100.0		
	Üniversite	15	53.6	13	46.4	28	100.0		
Çalışma durumu	Çalışıyor	24	68.6	11	31.4	35	100.0	0.938	0.239
	Çalışmıyor	42	56.8	32	43.2	74	100.0		
Gelir düzeyi	Gelir Giderden Az	23	65.7	12	34.3	35	100.0	0.576	0.755
	Gelir Gider Eşit	36	58.1	26	41.9	62	100.0		
	Gelir Giderden Fazla	7	58.3	5	41,7	12	100.0		
Yaşadığı yer	Şehir Merkezi	50	65.8	26	34.2	76	100.0	3.138	0.208
	İlçe	10	45.5	12	54.5	22	100.0		
	Kasaba	6	54.5	5	45.5	11	100.0		
	Köy	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
Cerrahi tipi	KABG	46	69.7	32	74.4	78	71.6	*	0.392
	Kapak ameliyatı	14	21.2	10	23.3	24	22.0		
	Anevrizma Onarımı	6	9.1	1	2.3	7	6.4		
Daha önce ameliyat olma durumu	Oldu	41	62.1	28	65.1	69	63.3	0.013	0.909
	Olmadı	25	37.9	15	34.9	40	36.7		
Eşlik eden bir hastalık bulunma durumu	Var	47	71.2	35	81.4	82	75.2	0.954	0.329
	Yok	19	28.8	8	18.6	27	24.8		

* Gözlerdeki değerlerin % 20'den fazlası 5'den küçük olduğu için Monte Carlo simülasyonu ile test edilmiştir.

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat sonrası analjezik kullanım durumları Tablo 4.13’de verilmiştir. Hastaların yaş gruplarına göre analjezik kullanımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=11.001$, $p<0.05$). 22-45 ve 46-57 yaş gruplarında (sırasıyla %84.6, %84.2) analjezik kullanımının diğer yaş gruplarına göre fazla olduğu saptanmıştır. Hastaların cinsiyeti, eğitim durumları, çalışma durumları, gelir düzeyleri ve yaşadıkları yere göre analjezik kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların daha önce ameliyat geçirmiş olma ve eşlik eden bir hastalığa sahip olma durumuna göre analjezik alma durumları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.14. Hastaların anksiyete kaynaklarına göre ameliyat öncesi durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları (n=109)

Anksiyete Kaynakları		Ameliyat Öncesi Durumluk Anksiyete Puanı					Mann Whitney U Testi	
		n	Ort	SS	Min	Maks	z	p
Bilgi Eksikliği	Var	77	32.96	8.69	20	62	2.62	0.009
	Yok	32	37.66	9.08	21	55		
Aileden Uzak Kalma	Var	23	33.30	7.49	22	50	0.45	0.655
	Yok	86	34.62	9.41	20	62		
Ölüm Riski	Var	18	37.17	8.87	23	55	-1.47	0.141
	Yok	91	33.78	9.00	20	62		
Ağrı	Var	17	33.06	9.27	20	52	0.69	0.485
	Yok	92	34.58	9.01	20	62		
Rahatta Bozulma**	Var	11	28.73	7.28	20	41	2.17	0.033
	Yok	98	34.97	9.02	20	62		
Bedeni Üzerinde Denetimini Kaybetme	Var	9	36.11	4.78	26	43	-0.92	0.357
	Yok	100	34.18	9.31	20	62		
Çalışma Gücünü Kaybetme	Var	8	38.50	8.57	26	50	-1.48	0.137
	Yok	101	34.01	9.02	20	62		
Mahremiyetini kaybetme	Var	11	31.27	6.81	20	39	1.08	0.277
	Yok	98	34.68	9.21	20	62		
Beden İmajı	Var	10	37.00	10.04	20	55	0.96	0.336
	Yok	99	34.07	8.93	20	62		
Komplikasyon gelişmesi	Var	10	38.50	12.02	21	52	-1.32	0.184
	Yok	99	33.92	8.64	20	62		
Anestezi	Var	10	38.10	11.57	21	58	-1.16	0.243
	Yok	99	33.96	8.71	20	62		
Sakat Kalma	Var	3	41.00	8.72	31	47	*	
	Yok	106	34.15	9.00	20	62		

*Gruplarda yer alan hasta sayısı 5'ten az olduğu için test yapılamamıştır.

** Üşüme, bulantı, sonda, dren ve kateter takılmasının verdiği rahatsızlık

Hastaların anksiyete kaynaklarına göre ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları Tablo 4.14'de belirtilmektedir. Bilgi eksikliği nedeni ile anksiyete yaşayan hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($z=2.62$, $p<0.05$). Bilgi eksikliği olan

hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamasının (37.66 ± 9.08), bilgi eksikliği olmayan hastalardan (32.96 ± 8.69) yüksek olduğu saptanmıştır. Rahatta bozulma durumuna göre ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($z=2.17$, $p<0.05$). Rahatta bozulma olmayan hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamasının (34.97 ± 9.02), rahatta bozulma olanlardan daha yüksek (28.73 ± 7.28) olduğu saptanmıştır. Aileden uzak kalma, ağrı ve ölüm riski ile ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların; beden üzerinde denetimini kaybetme, çalışma gücünü kaybetme, mahremiyetini kaybetme, beden imajında bozulma, ameliyat sonrası komplikasyon gelişme riski, anestezi, sakat kalma ile ilişkili anksiyete kaynaklarına göre ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.15. Hastaların anksiyete kaynaklarına göre ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları (n=109)

Anksiyete Kaynakları		Ameliyat Sonrası Durumluk Anksiyete Puanı					Mann Whitney U Testi	
		N	Ort	SS	Min	Maks	z	p
Bilgi Eksikliği	Var	77	35.69	9.54	21	65	1.18	0.236
	Yok	32	36.56	7.32	23	54		
Aileden Uzak Kalma	Var	23	36.09	8.95	22	59	-0.21	0.832
	Yok	86	35.91	8.97	21	65		
Ölüm Riski	Var	18	37.89	9.61	26	61	-0.94	0.345
	Yok	91	35.56	8.79	21	65		
Ağrı	Var	17	35.35	9.79	22	61	0.59	0.553
	Yok	92	36.05	8.81	21	65		
Rahatta Bozulma**	Var	11	35.18	10.76	23	65	0.54	0.587
	Yok	98	36.03	8.76	21	65		
Bedeni Üzerinde Denetimini Kaybetme	Var	9	38.78	6.55	30	52	-1.52	0.127
	Yok	100	35.69	9.09	21	65		
Çalışma Gücünü Kaybetme	Var	8	41.13	7.94	30	54	-1.93	0.053
	Yok	101	35.53	8.90	21	65		
Mahremiyetini Kaybetme	Var	11	28.36	5.03	21	37	3.33	0.001
	Yok	98	36.80	8.88	22	65		
Beden İmajında Bozulma	Var	10	37.80	10.75	22	52	-0.57	0.563
	Yok	99	35.76	8.76	21	65		
Komplikasyon Gelişmesi	Var	10	39.60	13.29	23	65	-0.80	0.418
	Yok	99	35.58	8.37	21	65		
Anestezi	Var	10	34.60	8.59	22	54	0.40	0.686
	Yok	99	36.08	8.99	21	65		
Sakat Kalma	Var	3	43.33	2.08	41	45	*	
	Yok	106	35.74	8.96	21	65		

*Gruplarda yer alan hasta sayısı 5'ten az olduğu için test yapılamamıştır.

** Üşüme, bulantı, sonda, dren ve kateter takılmasının verdiği rahatsızlık

Hastaların anksiyete kaynaklarına göre ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları Tablo 4.15'da yer almaktadır. Anksiyete kaynağı; bilgi eksikliği, aileden uzak kalma, ölüm riski, ağrı, rahatta bozulma olan hastaların ameliyat sonrası

durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Anksiyete kaynağını mahremiyetini sağlayamama olarak belirten hastaların ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($z=3.33$, $p<0.05$). Mahremiyetini sağlayamama endişesini yaşayan hastaların ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalaması (36.80 ± 8.88), mahremiyet endişesi yaşamayan hastalardan (28.36 ± 5.03) daha yüksektir.

Hastaların beden üzerinde denetimini kaybetme, çalışma gücünü kaybetme, beden imajında bozulma, ameliyat sonrası komplikasyon riski, anesteziyenin uyanamama ve sakat kalma endişeleri ile durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.16. Hastaların analjezik alma durumu ve sayılarına göre GAS ağrı puan ortalamaları (n=109)

Analjezik Alma Durumu	GAS Ağrı Puan Ortalamaları					Mann Whitney U Testi	
	n	Ort	SS	Min	Maks	z	p
Aldı	66	1.90	1.05	0.42	6.33	-4.40	0.001
Almadı	43	1.12	0.64	0.00	2.67		
Toplam	109	1.60	0.99	0.00	6.33		
Analjezik Alma Sayısı						Kruskal Wallis Testi	
Almadı	43	1.12	0.64	0.00	2.67	31.26	0.001
1 Kez	45	1.52	0.58	0.50	2.75		
2+ Kez	21	2.72	1.35	0.42	6.33		
Toplam	109	1.60	0.99	0.00	6.33		

Tablo 4.16’de hastaların analjezik alma durumu ve sayılarına göre GAS ağrı puan ortalamaları yer almaktadır. Tabloda yer almamakla birlikte hastaların ameliyat sonrası GAS ağrı puan ortalamaları 1.60 ± 0.99 olarak saptanmıştır. Analjezik alma durumuna göre GAS ağrı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($z=-4.40$, $p<0.05$). Analjezik alan hastaların GAS ağrı puan

ortalamaları (1.90 ± 1.05), analjezik almayanlardan (1.12 ± 0.64) yüksektir. Hastaların analjezik alma sayılarına göre GAS ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($z= 31.26$, $p<0.05$). Analjezik almayan hastaların GAS ağrı puan ortalaması alan hastalara göre anlamlı olarak düşük olup, bir kez analjezik alan hastaların GAS ağrı puanı ortalaması (1.52 ± 0.58), iki ya da daha fazla alanların GAS ağrı puan ortalamasından (2.72 ± 1.35) anlamlı olarak düşük olduğu görülmektedir.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde açık kalp ameliyatı olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyetelerinin giderilmesinin ameliyat sonrası anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulguların tartışması yer almaktadır. Araştırma bulguları ilgili literatür ışığında tablo başlıklarına göre tartışılmıştır.

5.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Ameliyat Öncesi Anksiyete Kaynakları

Bu çalışmada, araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 59.62'dir. Hastaların çoğu erkek olup evlidir ve eğitim düzeyleri ilkokuldur, çoğu çalışmamaktadır, gelirleri giderlerine eşittir ve çoğunluğu şehir merkezinde aileleri ile yaşamaktadır. Tıbbi özelliklerine göre; hastaların çoğuna KABG ameliyatı yapıldığı, eşlik eden başka hastalığa sahip olduğu ve daha önce ameliyat oldukları belirlenmiştir (Tablo 4.1). Akbarzadeh ve arkadaşlarının KABG ameliyatı olan hastalarda ameliyat öncesi bilgi vererek anksiyeteyi azaltmayı hedefledikleri çalışmada; hastaların yaş ortalamasının 54.81 ± 9.4 olduğu, %64.7'sinin erkek ve çoğunun (%21.2) eğitimsiz olduğu belirlenmiştir (88). Yapılan bir başka çalışmada da açık kalp ameliyatı olan hastaların yaş ortalamasının 59.5 ± 8.3 olduğu, çoğunun erkek (%59.3) ve ailesi (%34.6) ile yaşadığı belirtilmektedir. Aynı çalışmada hastaların çoğuna KABG (%88.9) ameliyatı yapıldığı ve hastaların daha önce hastaneye yattığı (%91.1) saptanmıştır (64). Douki ve arkadaşlarının çalışmasında da KABG ameliyatı olan hastaların çoğu erkek olup, yaş ortalaması 57.38 iken kadınların yaş ortalaması 59.37 olarak belirtilmiştir. Aynı çalışmada hastaların %52'sinin bir işte çalıştığı ve %88.8'inin ise eşlik eden bir hastalığa sahip olduğu saptanmıştır (55). Literatürdeki çalışmalara bakıldığında hastaların tanıtıcı özelliklerinin araştırmamızla benzer olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda hastaların anksiyete kaynakları; bilgi eksikliği, aileden uzak kalma, ölüm riski, ağrı, rahatta bozulma, mahremiyetini kaybetme, beden imajında bozulma, komplikasyon gelişmesi ve anestezi/anesteziden uyanamama olarak saptanmıştır (Tablo 4.2). Literatürde kalp ameliyatlarında kalbin yaşamsal anlamı ve

önemi, bireyin kalbine müdahale edilecek olması ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete riskini arttırdığı belirtilmektedir (67, 89, 90). Bunun yanında hastanede yapılan işlemler sonucu oluşan ağrı ve rahatsızlık duygusu, süreç ve iyileşme ile ilgili belirsizlik, bilinmeyen çevre, tanınmayan yüzler, otonomi ve mahremiyetin kaybı, iyilik haline potansiyel tehdit şeklinde görülmesi gibi faktörlerin hastada anksiyete ve strese neden olduğu belirtilmektedir (66, 91). Feuchtinger ve arkadaşlarının çalışmasında KABG ameliyatı öncesi yapılan görüşmelerde hastalar korku nedenlerini; belirsizlik, tıbbi müdahaleler ve yoğun bakımda kullanılan tıbbi araçlar, ameliyat sonrası fiziki kısıtlamalar ve hareketsiz kalma, ölüm, aileden uzak kalma veya onları kaybetme ve ağrı olarak belirtirken; komplikasyon gelişme riski, duygusal ve fiziksel şartların olumsuzluğu, uyku problemi gibi olumsuzlukları da ifade etmişlerdir (92). Yapılan başka bir çalışmada; KABG ameliyatı olan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete kaynakları belirlenmiş ve anksiyete nedenlerinin kadın ve erkeklerde farklılık gösterdiği saptanmıştır. Bu çalışmada; hastaların ameliyat öncesi anksiyete kaynakları; ameliyatı bekleme, ameliyat olma, rahatta bozulma veya ağrı, ev veya işten uzak kalma, hastalık veya ameliyat sonucu ölüm olarak belirtilirken, ameliyat sonrası anksiyete kaynakları; ev veya iş yerinden uzak kalma, iyileşme süreci, ağrı ve rahatta bozulma, uyku sorunları olarak ifade edilmiştir (10). Çalışmamızın yapıldığı hastanede hastalar ameliyat için uzun süre bekletilmediklerinden “ameliyatı bekleme süreci” araştırmamızda hastalar tarafından anksiyete kaynağı olarak belirtilmemiştir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise; ameliyat öncesi belirlenen anksiyete kaynakları; ameliyat sonrası ağrı (%64.5), ameliyat sırasında uyanma (%30.1), ameliyat sonrası uyanmama (%26.8), enjeksiyon korkusu (%20.8), ameliyat sonrası bulantı kusma (%18), yoğun bakımda kalma (%17.5) ve ölüm (%15.3) olarak saptanmıştır (93). Araştırmamızda ameliyat öncesinde saptamış olduğumuz anksiyete kaynakları literatürle (10, 92, 93) benzerlik göstermektedir.

5.2. Hastaların Ameliyat Sonrası Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda ameliyat sonrası hastaların %67'sinin yoğun bakımda kalış süresi 3-4 gün olarak saptanmıştır (Tablo 4.3). Navarro-Garcia ve arkadaşlarının

çalışmasında açık kalp ameliyatı olan hastaların yoğun bakımda kalış süresi 3 gün olarak belirlenmiştir (14). Yapılan başka bir çalışmada; KABG ameliyatı olan hastalara ameliyat öncesi bilgi verildiğinde; ameliyat sonrası yoğun bakımda kalış sürelerinin azaldığı tespit edilmiştir (94). Guo ve arkadaşlarının çalışmasında ise, açık kalp ameliyatı öncesi eğitim alan hastaların yoğun bakımda kalış süresinin (44 saat), almayan hastalara göre (48 saat) daha kısa olduğu belirtilmiştir (11). Yapılan başka bir çalışma da, açık kalp ameliyatı olan hastaların yoğun bakımda kalış sürelerinin ortalama 1.8 ± 1.4 gün olduğu belirtilmiştir (95). Çalışma sonuçlarımız literatürle benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda da ameliyat öncesi bireyselleştirilmiş hasta eğitiminin ameliyat sonrası yoğun bakımda kalma süresini etkileyebileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda hastaların çoğunun 9-12 saat sonra ekstübe edildiği, ekstübasyon sonrası 1-3 saat içinde oral almaya başladığı saptanmıştır (Tablo 4.3). Deyirmenjian ve arkadaşlarının çalışmasında, açık kalp ameliyatı öncesi eğitim verilen hastaların ameliyat sonrası ekstübasyon süresi 11.7 ± 2.5 saat iken, eğitim verilmeyen hastalarda 15.4 ± 13.9 saat olarak bulunmuştur (96). Açık kalp ameliyatı olan 300 hasta ile yapılan başka bir çalışmada; hastaların 287'sinin bir gün içinde, 13'ünün iki gün içinde ekstübe olduğu belirtilmektedir (97). Saeidi ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada açık kalp ameliyatı olan hastaların yoğun bakımdaki ekstübasyon süresi 9.5 ± 4.8 saat olarak saptanmıştır (98). Çalışma sonuçlarımızın literatürle benzer olduğu görülmekte ve ameliyat öncesi verilen bireyselleştirilmiş eğitimin ameliyat sonrası olumlu sonuçlar oluşturduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda hastaların ameliyattan sonraki 1. ve 2. günde mobilize olduğu, ameliyat sonrası bulantı/kusma (%89) olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3). Sadati ve arkadaşları yaptıkları çalışmada; laparoskopik kolesistektomi öncesi eğitim verilen hastalarda ameliyat sonrası mobilizasyon süresinin 0.9 gün, eğitim verilmeyen hastalarda 1.2 gün olduğunu belirtmişlerdir (17). Yapılan başka bir çalışmada ise açık kalp ameliyatı olan hastalarda bulantı kusma oranının %55.8 olduğu belirtilmektedir (99). Sadati ve arkadaşları laparoskopik kolesistektomi öncesi eğitim verilen ve verilmeyen hastaları bulantı kusma yönünden karşılaştırdıkları çalışmada,

eğitim verilen hastalarda bulantı kusmanın görölmediğini belirtmişlerdir (17). Çalışmamızda bulantı kusma oranının düşük olması, hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimden kaynaklandığı düşünölmektedir.

Çalışmamızda ameliyat sonrası yoğun bakımda hastaların %65.1'i yeterli uyuduğunu, %34.9'u yeterli uyuyamadığını ifade etmişlerdir (Tablo 4.3). Solunuma ilişkin sorunlar (%22) uyuyamamanın majör nedeni olarak belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada kalp ameliyatı olan hastaların %73.1'i ağrının uyku düzenini etkilediğini ve ağrı nedeni ile uyku problemi yaşadıklarını belirtmişlerdir (99). Yılmaz ve İsaken'in çalışmasında ise açık kalp ameliyatı olan hastaların ameliyat sonrası birinci hafta toplam uyku süresi ve uyku veriminin anlamlı olarak azaldığı bulunmuştur (100).

Çalışmamızda hastaların %95.4'ü ameliyat öncesi almış oldukları eğitimden memnun kaldıklarını, verilen bilgileri hatırladıklarını, yoğun bakım ortamına uyum sağlamakta sıkıntı yaşamadıklarını ve öğretilen solunum öksürük egzersizlerini uyguladıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.3). Jjala ve arkadaşlarının çalışmasında kalp ameliyatı öncesi video ile eğitim verilen hastaların %90'ı memnuniyetlerini belirtmişler ve eğitimdeki bilgi ve videonun değerli bir bilgi kaynağı olduğunu söylemişlerdir (12). Araştırmamız, Jjala ve arkadaşlarının çalışması ile benzerlik göstermektedir. Ameliyat öncesi hasta gereksinimlerine uygun verilen bireyselleştirilmiş eğitimin, ameliyat sonrası yoğun bakımda hastalar tarafından hatırlanmasının, hasta memnuniyetini artırdığı ve ameliyat sonrası döneme uyumu olumlu etkilediği düşünölmüştür.

5.3. Hastaların Durumluk Sürekli Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamaları

Yapılan çalışmalarda hastalarda ameliyat öncesi anksiyetenin, ameliyat sonrası anksiyeteye neden olduğu bildirilmiştir (10, 91, 93). Krannich ve arkadaşları yaptıkları çalışmada KABG ameliyatı olan hastaların %34'ünün ameliyat öncesi, %24.7'sinin ameliyat sonrası, %16.5'inin ise ameliyat öncesi ve sonrasında anksiyete yaşadıklarını belirtmişlerdir ($p>0.05$) (13). Yapılan bir başka çalışmada da kalp

ameliyatı olan (N=100) hastaların %32'sinin ameliyat öncesi anksiyete yaşadıkları saptanmıştır (14).

Çalışmamızda, hastaların ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalaması 37.98 ± 8.28 olarak bulunmuştur (Tablo 4.4). Cserép ve arkadaşları kalp ameliyatı olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyetenin mortaliteye etkisini belirlemek için yaptıkları çalışmada, ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamasının 43.7 ± 10.8 olduğunu saptamışlardır (101). Yıldız'ın ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerini belirlemek için yaptıkları çalışmada da, hastaların ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamalarının 49.28 ± 7.05 olduğu belirtilmektedir (93). Çalışmamızda araştırma kapsamına alınan hastalarda ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamalarının, Cserép ve ark. ile Yıldız'ın belirlemiş olduğu sürekli anksiyete puan ortalamalarından düşük olduğu görülmektedir.

Cserép ve arkadaşları kalp ameliyatı olan hastalarda ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamasını 42.7 ± 9.2 olarak bulmuşlardır (101). Yapılan başka bir çalışmada da kalp ameliyatı planlanan hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamasının 36 olduğu saptanmıştır (22). Douki ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların KABG ameliyatı öncesi eğitim verilmeden önce durumluk anksiyete puan ortalamalarının 39.1 ± 9.95 olduğu belirlenmiştir (55). Taşdemir ve arkadaşlarının ameliyat öncesi bilgilendirme yaptıkları hastalarda ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalaması $40,6 \pm 11,23$ olarak saptanmıştır (25). Yıldız'ın ameliyat öncesi ve sonrası hastaların anksiyete düzeylerini belirleme amacıyla yaptığı çalışmada durumluk anksiyete puan ortalamaları ameliyat öncesi 43.37 ± 5.35 olarak bulunmuştur (93). Çalışmamızda ise hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları 34.34 ± 9.03 olup (Tablo 4.4), literatürdeki sonuçlardan düşük olduğu görülmektedir.

Bazı çalışmalarda (11, 12, 22, 24, 25, 88) ameliyat öncesi hastalara verilen eğitimin anksiyete düzeyini düşürdüğü belirtilirken, bazı çalışmalarda da (17, 23, 64, 102, 103) ameliyat öncesi verilen eğitimin hastaların anksiyetelerini azaltmadığı saptanmıştır. Çalışmamızda ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları

(34.34±9.03) saptanan hastaların, bireyselleştirilmiş hasta gereksinimlerine uygun eğitim verildikten sonra, ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamalarının 35.94±8.92 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.4). Ameliyat anksiyeteyi artıran ve beden için fiziksel ve psikolojik travma olmasına rağmen, hastaların ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamalarının ameliyat öncesi döneme göre istatistiksel olarak yüksek bulunmamasının ameliyat öncesi hastalara verilen gereksinimlerine uygun bireyselleştirilmiş eğitimden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

5.4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Öncesi Durumluk Anksiyete Puan Ortalamaları

Yapılan bazı çalışmalarda yaşın ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamasını etkilemediği belirtilirken, bazı çalışmalarda yaşın anksiyete düzeyini etkilediği belirtilmektedir (14, 22, 25, 55, 104). Çalışmamızda da hastaların ameliyat öncesi yaş grupları ile durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($z=7.86$, $p<0.05$). 58-69 yaş arası hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalaması (32.56±8.92), 70-83 yaş ve 22-45 yaş arası (sırasıyla 37.17, 38.38) hastaların durumluk anksiyete puan ortalamasından anlamlı derecede düşüktür (Tablo 4.5). Çalışmamızla benzer olarak Krannich ve arkadaşlarının çalışmasında da KABG ameliyatı planlanan hastaların yaşı ile anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilirken ($p=0.03$), genç hastaların ameliyat öncesi daha anksiyeteli oldukları saptanmıştır (101). Deyirmenjian ve arkadaşlarının çalışmasında ise açık kalp ameliyatı olan hastalarda yaş arttıkça ameliyat öncesi anksiyetenin de arttığı belirtilmiştir (96). Araştırmamızda genç ve yaşlı gruptaki bireylerin ameliyat öncesi durumluk anksiyetelerinin yüksek olması, gençlerin hayattan beklentilerinin ve ileriye dönük planlamalarının olmasından; yaşlı bireylerin ise kendilerini ölüme daha yakın hissetmelerinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Douki ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim düzeylerine göre KABG ameliyatı öncesi durumluk anksiyete puanları anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (55). Çalışmamızda ise hastaların eğitim düzeyleri ile ameliyat öncesi durumluk anksiyete

puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5). Akbarzadeh arkadaşlarının çalışmasında da hastaların eğitim düzeyleri ile ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (88). Vingerhoets'in çalışmasında da kalp ameliyatı olan hastaların eğitim düzeylerine göre ameliyat öncesi durumluk anksiyete puanları anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (104). Araştırmamız literatürle benzerlik göstermektedir (55, 88, 104).

Çalışmamızda hastaların gelir düzeylerine göre; ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5). Demir ve arkadaşlarının çalışmasında da hastaların gelir düzeyi ameliyat öncesi durumluk anksiyete puanlarını etkilemediği belirtilmektedir ($p>0.05$) (22). Yapılan bir başka çalışmada da hastaların gelir düzeyi ile ameliyat öncesi anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (14). Araştırmamızın sonuçları literatürle paralellik göstermektedir (14, 22).

Douki ve arkadaşlarının çalışmasında; kadınların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalaması (42.90 ± 8.34), erkeklerden (36.20 ± 10.1) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0.00$) (55). Douki ve arkadaşlarının çalışması araştırmamızla benzer olmakla birlikte çalışmamızda her iki cinsiyette de durumluk anksiyete puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmektedir. Akbarzadeh arkadaşlarının çalışmasında, kadınların çalışmanın başlangıcındaki anksiyete puan ortalamaları (57.43), erkeklerden (47.31) yüksek olup cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (88). Taşdemir ve arkadaşlarının çalışmasında kadın hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamalarının, erkek hastalardan yüksek olduğu, iki grup arasındaki bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) belirtilmiştir (25). Jlala ve arkadaşlarının çalışmasında da; kadınların (median=36) erkeklere (median=32) göre daha yüksek anksiyete puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur ($p=0.02$) (12). Ivarsson ve arkadaşlarının çalışmasında komplikasyonlar hakkında bilgi verilen kadın hastalarda ameliyat öncesi anksiyete düzeylerinin erkeklere göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.023$)

(105). Deyirmenjian ve arkadaşlarının çalışmasında açık kalp ameliyatı öncesi eğitim verilen kadın hastaların ameliyat öncesi anksiyete puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p=0.006$) (96). Vingerhoets'in çalışmasında da kalp ameliyatı olan kadın hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puanları erkeklerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($t=2.12$, $p=0.04$) (104). Çalışmamızda da cinsiyete göre ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($z=-3.77$, $p<0.05$). Kadın hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalaması (38.88 ± 7.5), erkek hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamasından (32.37 ± 8.96) yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Çalışma bulgularımız literatürle paralellik göstermektedir. Çalışmamızda kadınların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puanlarının yüksek olması; kadınların annelik rolü, çalışma rolü, ev işleri, çocukların bakımı ve eşlerine karşı rol ve sorumluluklara sahip olmalarından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Sidar ve arkadaşlarının çalışmasında, durumluk anksiyete ölçeğinden alınan puan ortalamaları ile hastaların ameliyat geçirmiş olma ($r=-0.44$, $p<0.01$) ve ameliyat hakkında bilgi almış olma ($r=-0.26$, $p<0.05$) durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirtilirken (64), Navarro-Garcia ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kalp ameliyatı olan hastaların daha önce geçirmiş olduğu kalp ameliyatı ile ameliyat öncesi anksiyete puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (14). Çalışmamızda da daha önce ameliyat olma ile ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5). Çalışmamızın sonuçları Navarro-Garcia'nın çalışması ile paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda hastaların medeni durumlarına göre ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5). Demir ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da kalp ameliyatı öncesi bilgilendirilen hastaların medeni durumları ile ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (22). Yapılan başka bir çalışmada kalp ameliyatı olan hastaların medeni durumları ile ameliyat öncesi anksiyete puanları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (14). Bu bulgular çalışmamızla benzerdir.

5.5. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Durumluk

Anksiyete Puan Ortalamaları

Taşdemir ve arkadaşlarının çalışmasında 51-70 yaş grubu hastaların ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalaması diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu saptanmış fakat bu değerler istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (25). Deyirmenjian ve arkadaşlarının çalışmasında ameliyat öncesi eğitim verilen açık kalp ameliyatı olan hastaların yaşlarına göre ameliyat sonrası anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0.05$) (96). Vingerhoets'in çalışmasında da yaşa göre ameliyat sonrası durumluk anksiyete puanlarında anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmiştir ($p>0.05$) (104). Çalışmamızda da 70-83 yaş grubunda olan hastaların, diğer yaş gruplarına göre ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları yüksek olmakla birlikte, yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Çalışmamızın sonuçları literatürle (25, 96, 104) benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda, eğitim düzeyi ile ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Taşdemir ve arkadaşlarının çalışmasında da hastaların eğitim düzeyleri ile ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (25). Vingerhoets'in çalışmasında da kalp ameliyatı olan hastaların eğitim düzeyleri ile ameliyat sonrası durumluk anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (104).

Yapılan bazı çalışmalarda; medeni durumun ameliyat sonrası durumluk anksiyeteyi etkilemediği belirtilirken ($p>0.05$) (22, 96, 93), literatürde medeni durumun anksiyete düzeyi üzerinde etkili olduğu, evli olmayan bireylerin destek faktörlerinin yetersizliği, toplumun bakış açısı ve yalnızlık duygusu gibi faktörler nedeniyle daha çok anksiyete yaşayabilecekleri belirtilmektedir (106, 107). Çalışmamızda da medeni duruma göre ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan

ortalamlarına bakıldığında; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($z=2.44$, $p<0.05$). Bekar ya da boşanmış hastaların ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalaması (44.63 ± 41.5), evli hastaların ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamasından (35.26 ± 34) yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Araştırmamızda evli hastaların ameliyat sonrasındaki durumluk anksiyete puanlarının bekarlara göre düşük olmasının, evli bireylerin destek kaynaklarının olmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Taşdemir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; kadınların ameliyat sonrasındaki durumluk anksiyete düzeylerinin, erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmıştır, fakat farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir ($p=0.05$) (25). Vingerhoets'in çalışmasında da kalp ameliyatı olan hastaların cinsiyetleri ile ameliyat sonrası durumluk anksiyete puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir ($p>0.05$) (104). Çalışmamızda da cinsiyete göre ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Araştırma sonuçlarımız literatürle (25, 104) benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda hastaların çalışma durumu, daha önce ameliyat olma ve eşlik eden bir hastalık bulunma durumlarına göre ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamalarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Çalışmamızla benzer bir şekilde, Taşdemir ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların daha önce ameliyat olma durumuna göre; ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (25).

5.6. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Öncesi Sürekli Anksiyete Puan Ortalamaları

Araştırmamızda, hastaların yaş grupları ile ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). (Tablo 4.7). Yapılan bazı çalışmalarda (22, 104) benzer şekilde hastaların yaş grupları ile ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Nayir'in çalışmasında ise, kalp ameliyatı olan 37-49 yaş grubu hastaların ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamalarının, diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu saptamıştır ($p<0.05$) (91).

Yapılan çalışmalarda, hastaların eğitim düzeyleri ile ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (22, 91, 104). Çalışmamızda da literatürle benzer bir şekilde, hastaların eğitim durumları ile ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

Araştırmamızda geliri giderinden düşük olan hastaların ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamalarının (39.86 ± 7.66), geliri giderine eşit (37.84 ± 8.15) veya fazla olan (33.25 ± 9.35) hastalara göre yüksek olduğu fakat aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Demir ve arkadaşlarının çalışmasında da düşük gelir düzeyine sahip olan hastaların ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamaları (43.5), orta ve yüksek gelir düzeylerine göre (sırasıyla; 42, 42) yüksek bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (22). Çalışma sonucumuz Demir ve arkadaşlarının çalışmasıyla paralellik göstermektedir.

Yapılan bazı çalışmalarda, açık kalp ameliyatı olan kadın ve erkek hastaların ameliyat öncesi sürekli anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilirken (22, 104) ($p>0.05$), Nayir'in yaptığı çalışmada, kalp ameliyatı öncesi kadın (51.18 ± 4.07) ve erkek (47.81 ± 4.75) hastalarda saptanan sürekli anksiyete puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmektedir ($T=2.959$, $p=0.004$) (91). Çalışmamızda da Nayir'in çalışmasına benzer olarak, cinsiyete göre ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($z= -2.60$, $p<0.05$). Kadın hastaların ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalaması (41 ± 7.4), erkek hastalardan (36.67 ± 8.35) yüksektir (Tablo 4.7). Kadınların yaşam

süreci boyunca (intrauterin yaşamdan başlayarak, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve yaşlılık dönemlerinde) erkeklere göre daha fazla psikososyal sağlıklarını tehdit eden risk faktörleri ile karşı karşıya kaldıkları belirtilmektedir (108). Çalışmamızda kadınların ameliyat öncesi sürekli anksiyete puanlarının erkeklere göre yüksek olması, bu risk faktörlerine sahip olmalarından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Demir ve arkadaşlarının çalışmasında, açık kalp ameliyatı olan hastaların çalışma durumlarına göre sürekli anksiyete puanları; emeklilerde 42 (23-57), memurlarda 41 (32-44), işçilerde 45.5 (34-58), serbest mesleği olanlarda 42.5 (23-58) ve işsizlerde 33 (25-58) olarak bulunmuştur ($p>0.05$) (22). Nayir'in çalışmasında (2012) kalp ameliyatı olan hastalarda çalışma durumuna göre ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (91). Araştırmamızda, çalışma durumlarına göre ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamalarına bakıldığında; gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($z=2.48$, $p<0.05$). Bir işte çalıştığını belirten hastaların ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalaması (35.29 ± 8.23), bir işte çalışmayanlardan (39.26 ± 8.05) düşük bulunmuştur (Tablo 4.7). Araştırma bulgularımız literatürle benzerlik göstermemektedir. Sağlık sorunları veya ameliyat gibi durumlar hastaların giderlerini artırır. Sağlık sorunu olan bir bireyin hastalık sürecinde çalışmaya da ekonomik kayıplarını karşılayan bir gelir kaynağının bulunması kişinin kendini güvende hissetmesine ve anksiyetesinin azalmasına neden olabilir. Çalışmamızda bir işte çalışmayan hastaların sürekli anksiyete puan ortalamalarının yüksek bulunması, ekonomik kayıplarını karşılayabilecek bir gelir kaynaklarının bulunmamasına yol açarak hastaların anksiyete düzeylerini artırabildiği düşünülmüştür.

Yapılan bir çalışmada, kalp ameliyatı öncesi hastaların sürekli anksiyete puan ortalamaları ile daha önce ameliyat geçirmiş olma ($r=-0.45$, $p>0.05$) durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (64). Çalışmamızda ise hastaların daha önce ameliyat olma durumlarına göre; ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($z= -2.69$, $p<0.05$). Daha önce bir ameliyat geçirmiş olanların

ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamaları (39.55 ± 8.42), daha önce ameliyat olmayanlardan (35.28 ± 7.37) yüksek bulunmuştur (Tablo 4.7), bunun daha önce ameliyat geçiren hastaların ameliyat sürecini deneyimlemiş olmalarından kaynaklabileceği düşünülmüştür. Araştırmamızda, medeni duruma göre hastaların ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 4.7). Çalışmamızla benzer olarak, Demir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; evli hastaların ameliyat öncesi sürekli anksiyete puanı 42 (23-58), bekarların 57 (31-58), dul hastaların ise 43 (40-49) olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (22).

Nayır'ın çalışmasında (2012) kalp ameliyatı olan hastalarda eşlik eden bir hastalığı olanların ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalaması (48.95 ± 4.63), olmayanlardan (51 ± 4.53) yüksek olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$) (91). Çalışmamızda da benzer olarak, eşlik eden bir hastalığa sahip olan ve olmayan hastaların ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.7).

5.7. Hastaların Ameliyat Sonrası Sağlık Durumlarına Göre Ameliyat Sonrası Durumluk Anksiyete Puan Ortalamaları

Çalışmamızda hastaların mobilizasyon sürelerine göre ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($z=3.29$, $p < 0.05$). Mobilizasyon süresi 3 gün ve üzeri olan hastaların durumluk anksiyete puan ortalamalarının (40 ± 10.64), 1-2 gün içinde mobilize olanlardan (37.77 ± 7.02) yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.8). Nayır'ın (2012) çalışmasında ise kalp ameliyatı sonrası hastaların geç mobilizasyonu ile ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$) (91).

Çalışmamızda hastaların yoğun bakımdaki uyku durumları incelendiğinde, ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($z=3.64$, $p < 0.05$). Yeterli uyuyamadığını ifade eden hastaların ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalaması (39.97 ± 9.31), iyi uyuduğunu belirten hastalardan (33.79 ± 7.97) yüksektir (Tablo 4.8). Ede'll-

Gustafsson ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, KABG ameliyatı sonrası durumluk anksiyete puan ortalaması yüksek olan hastaların, düşük olanlara göre uyku sonrası daha az dinlenmiş hissettikleri saptanmıştır ($F= 16.331, p<0.001$) (109). Aynı çalışmada durumluk anksiyete puanı yüksek olan hastalar; pozisyon değişimini ve pozisyon değişimi sırasında oluşan ağrıyı uykuyu bölen faktörler olarak belirtmişlerdir. Bu çalışmada durumluk anksiyete puanı yüksek olan hastaların uyku kalitesinin de (uykuya dalma ve sürdürme, uyku sonrası dinlenmiş hissetme, yorgun hissetme) daha az olduğu belirlenmiştir (109). Ede'll-Gustafsson ve arkadaşlarının çalışması, araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Nayir'in çalışmasında ise; kalp ameliyatı olan hastaların ameliyat sonrasında uykusuzluk yaşamaları ile ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (91). Çalışmamızda iyi uyuduğunu ifade eden hastaların (%65.1) ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamasının düşük olması, anksiyeteyi gidermeye yönelik ameliyat öncesi verilen bireyselleştirilmiş eğitimden kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda hastaların ekstübasyon sonrası oral alıma başlama durumuna göre, ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.8). Yapılan bir çalışmada; ameliyat sonrası hastaların beslenme durumlarının değişimi ile ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$) (91).

5.8. Hastaların Ameliyat Öncesi Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puanları İle Ameliyat Sonrası Durumluk Anksiyete Puanları Arasındaki İlişki

Çalışmamızda hastaların ameliyat öncesi sürekli ve durumluk anksiyete puanları ile ameliyat sonrası durumluk anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların ameliyat öncesi sürekli anksiyete puanı arttıkça, ameliyat sonrası durumluk anksiyete puanının arttığı ($r= 0.199$); ameliyat öncesi durumluk anksiyete puanı arttıkça ameliyat sonrası durumluk anksiyete puanının da arttığı görülmektedir ($r=0.429$) (Tablo 4.9). Nayir'in çalışmasında; hastaların ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamaları ile

ameliyat sonrası ruhsal durumda meydana gelen değişiklikler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (91). Aynı çalışmada ameliyat öncesi durumluk ve sürekli anksiyete puanı arttıkça, ameliyat sonrası durumluk anksiyete puanının da arttığı belirtilmektedir ($p<0.01$). Vingerhoets'in çalışmasında da, kalp ameliyatı olan hastalarda ameliyat sonrası durumluk anksiyete düzeyi ile ameliyat öncesindeki durumluk ve sürekli anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (104). Çalışma sonuçlarımız, Nayir ve Vingerhoets'in çalışmaları ile paraleldir.

5.9. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Durumluk-Sürekli Anksiyete

Puanlarının Ameliyat Sonrası GAS Ağrı Puanları ile İlişkileri ve Hastaların Analjezik Alma Durumlarına Göre Ameliyat Sonrası GAS Ağrı Puan Ortalamaları

Çalışmamızda, hastaların ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamaları ile ameliyat sonrası GAS ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmayıp ($p>0.05$), ameliyat öncesi ve sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları ile GAS ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Ameliyat öncesi ve sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları ile GAS ağrı puan ortalamaları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu (sırasıyla; $r =0.31$; $r=0.19$), durumluk anksiyete puanları arttıkça GAS ağrı puan ortalamasının da arttığı görülmüştür (Tablo 4.10). Yapılan bir çalışmada kalp ameliyatı olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyetenin, ameliyat sonrası ağrı düzeyini ve analjezik tüketimini önemli derecede arttırdığı belirtilmektedir (14). Sadati ve arkadaşları'nın yaptığı bir çalışmada; laparoskopik kolesistektomi ameliyatı öncesi anksiyetenin giderilmesine yönelik eğitim verilen hastaların ameliyat sonrası GAS ağrı puan ortalamaları (5.1), eğitim verilmeyen gruptan (5.7) anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p=0.001$) (17). Yapılan başka bir çalışmada da; açık kalp ameliyatı olan ($F=113.496$, $p=0.000$) ve kapalı su altı göğüs drenajı uygulanan hastaların ($t= -14.790$, $p= 0.000$) ağrı düzeyi, diğer ameliyat çeşitlerini geçiren hastalardan istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hastalarda dren kalış süresi, ağrı düzeyi, konfor düzeyi ve anksiyete düzeylerinin birbiri ile olan ilişkileri değerlendirildiğinde; durumluk anksiyete düzeyi ($r=- 0.696$, $p=0.000$), ağrı düzeyi

($r=-0.210$, $p=0.003$) ve drenlerin kalış süresi ($r=0.341$, $p=0.000$) arttıkça, genel konforun azaldığı bulunmuştur (110). Özalp ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, hastaların ameliyat öncesi durumluk ve sürekli anksiyete puanları arttıkça, ameliyat sonrası ağrı şiddetinin ve analjezik tüketimlerinin de arttığı belirtilmektedir ($p<0.05$) (111). Araştırma sonuçlarımız literatürde yer alan, ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeyi ile GAS ağrı puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi gösteren çalışma sonuçlarıyla benzerdir (14, 17, 110, 111). Çalışmamızda hastaların anksiyetelerinin azaltılmasında anksiyete kaynaklarının belirlenip, hasta gereksinimlerine uygun bireyselleştirilmiş eğitimi içeren bir yaklaşımın, hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerinin azaltılmasında etkili olabileceği düşünülmüştür. Yapılan bazı çalışmalarda ise, anksiyetenin azaltılmasında ameliyat öncesi verilen eğitimin ameliyat sonrası ağrı düzeyini etkilemediği belirtilmektedir (11, 103).

Çalışmamızda hastaların analjezik alma durumlarına ($z=-4.40$, $p<0.05$) göre GAS ağrı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Analjezik alan hastaların GAS ağrı puan ortalamaları (1.90 ± 1.05), analjezik almayanlardan (1.12 ± 0.64) yüksektir (Tablo 4.16). Yapılan bazı çalışmalarda da, hastaların ameliyat sonrası ağrı şiddeti arttıkça, analjezik tüketimlerinin de arttığı belirtilmektedir ($p<0.05$) (14, 111).

5.10. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası GAS Ağrı Puan Ortalamaları

Karabulut ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, kalp ameliyatı sonrası 1. gün hastaların ağrı puan ortalamaları 7 ± 2.64 olarak bulunmuştur (99). Yapılan başka bir çalışmada; kalp ameliyat olan hastalarda ağrı puan ortalaması 5.36 ± 1.7 olduğu saptanmıştır (112). Saeidi ve arkadaşlarının çalışmasında ise açık kalp ameliyatı olan hastaların yoğun bakımdaki 24. saat GAS ağrı puan ortalamaları 5.3 ± 1.4 olarak bulunmuştur (98). Çevik ve Zaybak'ın çalışmasında; kalp ameliyatı olan hastalarda ağrı puan ortalamalarının 5.17 ± 1.6 olduğu belirlenmiştir (113). Araştırmamızda ise; hastaların ameliyat sonrası GAS ağrı puan ortalamaları 1.60 ± 0.99 olarak saptanmıştır. Literatürde hastaların anksiyete düzeylerinin azaltılması ile ağrı puanlarının da azaldığı belirtilmektedir (14, 17, 110).

Araştırmamızda hastaların GAS ağrı puan ortalamaları, literatüre göre düşük bulunmuştur. Bu durumun hastaların ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamalarının, ameliyat öncesine göre istatistiksel olarak yüksek olmamasından ve ameliyat öncesi hastalara verilen eğitimden kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmamızda, yaş gruplarına göre GAS ağrı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.11). Çevik ve Zaybak'ın yaptıkları çalışmada açık kalp ameliyatı olan 61 yaş altı ve üstü hastalarda ağrı puan ortalamaları arasındaki farkın (sırasıyla 5.21 ± 1.8 , 5.13 ± 1.3) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir ($z=-0.72$ $p=0.94$) (113). Çevik ve Zaybak'ın (2011) çalışması araştırmamızla benzer olmakla birlikte, araştırmamızda hastaların ameliyat sonrasındaki GAS ağrı puan ortalamaları daha düşüktür.

Literatürde kültürel etmenlere bağlı olarak genellikle erkeklerin ağrıyı daha iyi tolere ettikleri, kadınların ise ağrıya karşı toleranslarının daha az olduğu belirtilmektedir (114, 115). Ülkemizde yapılan bir çalışmada; kalp ameliyatı sonrası kadınların ağrı puan ortalamalarının (5.64 ± 1.5), erkeklerden (4.79 ± 1.5) yüksek olduğu saptanmıştır ($z=-2.29$ $p=0.02$) (113). Valen ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada ise; açık kalp ameliyatı olan kadın ve erkek hastalarda GAS ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı belirtilmektedir ($p>0.05$) (115). Araştırmamızda da, cinsiyete göre hastaların ameliyat sonrası GAS ağrı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($z=-2.56$, $p<0.05$). Kadınların GAS ağrı puan ortalamaları (1.98 ± 1.09), erkeklerden (1.43 ± 0.89) yüksektir (Tablo 4.11 devam). Araştırma sonuçlarımız, ülkemizde Çevik ve Zaybak tarafından yapılmış olan çalışmayla benzerdir (114).

5.11. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine göre Ameliyat Sonrası Analjezik

Kullanım Durumları

Çalışmamızda hastaların cinsiyeti, eğitim durumları, çalışma durumları, gelir düzeyleri ve yaşadıkları yere göre analjezik kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Hastaların yaş gruplarına göre analjezik

kullanımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=11.001$, $p<0.05$). 22-45 ve 46-57 yaş gruplarında (sırasıyla %84.6, %84.2) analjezik kullanımının diğer yaş gruplarına göre fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4.13). Çalışmamızda benzer olarak, Özalp ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların yaş ve medeni durumları ile ameliyat sonrası analjezik tüketimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (111). Yapılan başka bir çalışmada da, kalp ameliyatı sonrası erişkin ve çocuk hastaların analjezik kullanımları karşılaştırıldığında; erişkinlerin %70, çocukların %30 oranında analjezik aldığı belirlenmiştir (117). Çalışmamızda yaşlı hastaların, gençlere göre analjezik gereksinimlerinin daha az olmasının; yaşın ilerlemesiyle ağrı toleransının ve ağrı iletiminin değişimi nedeniyle olabileceği düşünülmüştür.

5.12. Hastaların Anksiyete Kaynaklarına Göre Ameliyat Öncesi Durumluk

Anksiyete Puan Ortalamaları

Yapılan bir çalışmada; bilgi ihtiyacı fazla olan hastaların ameliyat öncesi daha fazla anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir ($p<0.05$) (118). Nigussie ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ameliyat öncesi bilgi eksikliği olan hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları (51.3 ± 8.3) istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ($p=0.048$) (71). Çalışmamızda anksiyete kaynaklarına göre ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamalarına bakıldığında; bilgi eksikliği olan ve olmayan hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($z=2.62$, $p<0.05$) (Tablo 4.14). Bilgi eksikliği olan hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları (37.66 ± 9.08), bilgi eksikliği olmayanlara göre (32.96 ± 8.69) yüksektir. Çalışmamızın sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda hastaların rahatta bozulma durumlarına göre (üşüme, bulantı, sonda, dren ve kateter takılmasının verdiği rahatsızlık) ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($z=2.17$, $p<0.05$). Rahatta bozulma olmayan hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamasının (34.97 ± 9.02), rahatta bozulma olanlardan daha yüksek (28.73 ± 7.28) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.14). Yıldız'ın yaptığı

çalışmada ise; ameliyat sonrasında bulantı/kusma yaşayan ve yaşamayan hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (93).

Çalışmamızda anksiyete kaynağını aileden uzak kalma, ağrı ve ölüm riski olarak belirten hastaların, belirtmeyen hastalara göre ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.14). Yıldız'ın çalışmasında da anksiyete kaynağını ölüm riski ve ağrı yaşama olarak belirten ve belirtmeyen hastalarda ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (93). Başka bir çalışmada anksiyete kaynağı aileden uzak kalma olan ve olmayan hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$) (91).

5.13. Hastaların Anksiyete Kaynaklarına Göre Ameliyat Sonrası Durumluk

Anksiyete Puan Ortalamaları

Araştırmamızda anksiyete kaynağı; ölüm riski ve ağrı olan hastaların ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.15). Araştırmamızla benzer olarak Yıldız'ın (2011) çalışmasında anksiyete kaynağını ölüm riski ve ağrı yaşama olarak ifade eden hastalara göre ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (93).

Çalışmamızda ameliyat sonrası mahremiyetini sağlayamama nedeni ile anksiyete yaşayan hastaların ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($z=3.33$, $p<0.05$). Mahremiyetini sağlayamama endişesini yaşayan hastaların ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalaması (36.80 ± 8.88), mahremiyet endişesi yaşamayan hastalardan (28.36 ± 5.03) daha yüksektir (Tablo 4.15). Çalışmamızda mahremiyetini sağlayamamayı anksiyete kaynağı olarak belirten hastalarda anestezi ve ameliyat sürecinde kişisel kontrolün ortadan kalkması, kendini başka birine

emanet etme ve mahremiyetini sağlayamama nedeni ile ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamalarının yüksek olduğu düşünülmüştür.

Hastaların beden üzerinde denetimini kaybetme, çalışma gücünü kaybetme, beden imajında bozulma, ameliyat sonrası komplikasyon riski, anestezi uyanamama ve sakat kalma endişeleri ile ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.15). Bu durumun hastaların ameliyat öncesi belirttikleri anksiyete kaynaklarını (beden üzerinde denetimini kaybetme, çalışma gücünü kaybetme, beden imajında bozulma, ameliyat sonrası komplikasyon riski, anestezi uyanamama ve sakat kalma endişe) ameliyat sonrasında yaşama olasılıklarının azalmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Açık kalp ameliyatı olan hastaların ameliyat öncesi anksiyetelerinin giderilmesinin ameliyat sonrası anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisini belirleme amacıyla yapılan bu çalışmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Hastaların yaş ortalaması 59.62 olup %69.7'si erkek, %92.7'si evli, %49.5'i ilkokul mezunudur. Çalışma durumlarına bakıldığında hastaların %67.9'unun bir işte çalışmadığı (emekli, ev hanımı, işsiz), %56.9'unun gelir düzeyinin giderine eşit olduğu, %69.7'sinin şehir merkezinde ve çoğunun (%96.3) ailesi ile birlikte yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.1).
- Hastaların çoğunun KAH'na (%71.6) sahip olduğu, daha önce hastaneye yatma (%78.9) ve ameliyat olma deneyiminin bulunduğu (%63.3) belirlenmiştir (Tablo 4.1).
- Hastaların %75.2'sinde eşlik eden bir hastalığın bulunduğu ve bu hastalıkların %59.6'sını hipertansiyonun oluşturduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).
- Hastaların ameliyat öncesi anksiyete kaynakları; bilgi eksikliği (%70.6), aileden uzak kalma (%21.1), ölüm riski (%16.5), ağrı (%15.6), rahatta bozulma (%10.1), mahremiyetini kaybetme (%10.1), beden imajında bozulma (%9.2), komplikasyon gelişmesi (%9.2), anestezi/anesteziden uyanamama (%9.2), bedeni üzerinde denetimini kaybetme (%8.3), çalışma gücünü kaybetme (%7.3) ve sakat kalma (%2.8) olarak belirlenmiştir (Tablo 4.2).
- Hastaların %34.9'unun 9-12 saat sonra ekstübe edildiği, %93.6'sının ekstübasyon sonrası 1-3 saat içinde oral almaya başladığı ve %65.1'inin ameliyattan sonraki 1. ve 2. günde mobilize olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).
- Ameliyat sonrası hastalarda bulantı/kusma (%89) olmadığı ve ritim probleminin (%73.4) gelişmediği, yeterli uyuduğu (%65.1) belirlenmiştir.

Ameliyat sonrası hastaların %67'sinin yoğun bakımda 3-4 gün kaldığı, çoğunun (%95.4) ameliyat öncesi almış oldukları eğitimden memnun oldukları, verilen bilgileri hatırladıkları, yoğun bakım ortamına uyum sağlamakta sıkıntı yaşamadıkları ve öğretilen solunum öksürük egzersizlerini uyguladıkları saptanmıştır (Tablo 4.3).

- Hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalaması 34.34 ± 9.03 , sürekli anksiyete puan ortalaması 37.98 ± 8.28 olup ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalaması 35.94 ± 8.92 'dir. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.4).
- Hastaların yaş gruplarına göre ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($z = 7.86$, $p < 0.05$). 58-69 yaş arasındaki hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalaması (32.56 ± 8.92), 70-83 yaş (37.17 ± 10.32) ve 22-45 yaş arasındaki (38.38 ± 8.85) hastalardan düşüktür (Tablo 4.5).
- Cinsiyete göre hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($z = -3.77$, $p < 0.05$), kadın hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamasının (38.88 ± 7.5), erkek hastalara (32.37 ± 8.96) göre yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5).
- Hastaların medeni durumlarına göre ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($z = 2.44$, $p < 0.05$). Bekar ya da boşanmış hastaların ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalaması (44.63 ± 41.5), evli hastalardan (35.26 ± 34) yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).
- Cinsiyete göre hastaların ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($z = -2.60$, $p < 0.05$). Kadın hastaların ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalaması (41 ± 7.4), erkek hastaların ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamasından (36.67 ± 8.35) yüksektir (Tablo 4.7).

- Hastaların çalışma durumlarına göre ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($z=2.48$, $p<0.05$). Çalışan hastaların ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalaması (35.29 ± 8.23), bir işte çalışmayanlardan (39.26 ± 8.05) düşüktür (Tablo 4.7).
- Hastaların daha önce ameliyat olma durumlarına göre ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($z= -2.69$, $p<0.05$). Daha önce ameliyat geçirmiş olan hastaların ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamasının (39.55 ± 8.42), daha önce ameliyat olmayan hastalara göre (35.28 ± 7.37) daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7).
- Mobilizasyon sürelerine göre hastaların ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($z=3.29$, $p<0.05$). Mobilizasyon süresi 3 gün ve üzeri olan hastaların durumluk anksiyete puan ortalaması (40 ± 10.64), 1-2 gün içinde mobilize olanlardan (37.77 ± 7.02) yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.8).
- Yoğun bakımdaki uyku durumlarına göre hastaların ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($z=3.64$, $p<0.05$). Yeterli uyuyamadığını ifade eden hastaların ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları (39.97 ± 9.31), iyi uyuduğunu belirten hastalardan (33.79 ± 7.97) yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8).
- Hastaların ameliyat öncesi sürekli ve durumluk anksiyete puanları ile ameliyat sonrası durumluk anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların ameliyat öncesi sürekli anksiyete puanı arttıkça, ameliyat sonrası durumluk anksiyete puanının arttığı ($r = 0.199$); ameliyat öncesi durumluk anksiyete puanı arttıkça ameliyat sonrası durumluk anksiyete puanının da arttığı görülmektedir ($r = 0.429$) (Tablo 4.9).
- Hastaların ameliyat öncesi ve sonrasındaki durumluk anksiyete puan ortalamaları ile ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.10).

- Cinsiyete göre hastaların ağrı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($z=-2.56$, $p<0.05$). Kadın hastaların ağrı puan ortalaması (1.98 ± 1.09), erkek hastaların ağrı puan ortalamasından (1.43 ± 0.89) yüksektir (Tablo 4.11).
- Yaş gruplarına göre analjezik kullanımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=11.001$, $p<0.05$). 22-45 ve 46-57 yaş gruplarındaki hastaların (sırasıyla % 84.6, % 84,2) analjezik kullanımının, diğer yaş gruplarına göre fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.13).
- Bilgi eksikliği nedeni ile anksiyete yaşayan hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, $z=2.62$). Bilgi eksikliği olan hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamasının (37.66 ± 9.08), bilgi eksikliği olmayan hastalardan (32.96 ± 8.69) yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.14).
- Anksiyete kaynaklarından rahatta bozulma durumuna göre ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$, $z=2.17$). Rahatta bozulma olmayan hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamasının (34.97 ± 9.02), rahatta bozulma olanlardan daha yüksek (28.73 ± 7.28) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.14).
- Anksiyete kaynağını ameliyat sonrası mahremiyetini sağlayamama olarak belirten hastaların ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, $z=3.33$). Mahremiyetini sağlayamama endişesini yaşayan hastaların ameliyat sonrası durumluk anksiyete puan ortalaması (36.80 ± 8.88), mahremiyet endişesi yaşamayan hastalardan (28.36 ± 5.03) daha yüksektir (Tablo 4.15).
- Analjezik alma durumuna göre ağrı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($z= -4.40$, $p<0.05$). Analjezik alan hastaların ağrı puan ortalamaları (1.90 ± 1.05), analjezik almayanlardan (1.12 ± 0.64) yüksektir (Tablo 4.16).
- Hastaların ortalama ağrı puanı ile ilaç alma sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Hastaların ortalama ağrı

puanı ile ilaç alma sayıları arasında pozitif yönde bir ilişki olup ($r = 0.617$), ağrı puan ortalamaları arttıkça ilaç alma sayısının da arttığı belirlenmiştir (Tablo 4.16).

6.2. Öneriler

Çalışmanın sonuçları dikkate alınarak aşağıdaki öneriler getirilmiştir;

- Ameliyat beden için stres unsurudur, stres tepkisinin azaltılmasında ve hızlı iyileşmeyi sağlamada ameliyat öncesi hasta eğitimi oldukça önemlidir. Ameliyat için hastaneye yatan hastaların fizyolojik ve psikolojik hazırlığının ve eğitimlerinin sağlanmasında hemşireler önemli rol oynar. Hemşireler hastaların iyileşme sürecine etkileyebilecek bireysel özelliklerini tanımalı ve bu özelliklerden kaynaklanabilecek riskleri belirlemeli ve kontrol altına almalıdır.
- Hastalara ameliyat öncesi verilecek olan bu eğitim; hastaların anksiyete kaynakları dikkate alınarak, gereksinimlerine uygun bireyselleştirilmiş bir bakım çerçevesinde sağlanmalıdır.
- Hasta fiziksel, sosyal, emosyonel, mental, spiritüel, çevresel ve toplumsal yönleriyle ele alınmalı ve gereksinimleri belirlenmeli, ameliyata bireysel tepkileri değerlendirilmeli, kişisel farklılıkları göz önünde bulundurularak (bireyselleştirilmiş bakım ile) ameliyata hazırlanmalıdır.
- Hastaların bazı kişisel özellikleri (kadın olma, ileri yaş, bekar olma) ameliyat sonrası anksiyete ve ağrı düzeyini artırabileceği için hemşireler hastaların bu özelliklerini göz önünde bulundurarak eğitim vermelidir.
- Hemşirelik müfredat programlarında, bireyselleştirilmiş ve hasta eğitimine ilişkin ders saatleri arttırılabilir ve öğrencilerin hastane uygulamaları sırasında hasta eğitimine ilişkin becerileri geliştirilmelidir.
- Mezuniyet sonrası hemşirelere hasta eğitim ve yöntemlerine ilişkin hizmet içi eğitimler verilebilir.
- Kliniklerde açık kalp ameliyatı olacak hastalar için eğitim broşürleri geliştirilmelidir.

- Eğitimin, hastaların anksiyete kaynakları ve ameliyat sonrası iyileşme sürecine etkisini belirlemek için; eğitim verilen ve verilmeyen hasta grupları ile karşılaştırmalı çalışmalar yapılabilir.
- Çalışma sonuçlarımıza göre; ameliyat sonrası ağrı kontrolünün anksiyete düzeyini de azaltacağı düşünülerek, ameliyat sonrası düzenli ve sistematik bir ağrı değerlendirmesi yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. WHO,2008.Erişim:http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/E_N_WHS08_Full.pdf. Erişim tarihi: 22.11.2013.
2. T.C. Sağlık bakanlığı. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı. (2010) Erişim: <http://www.ihsm.gov.tr/ihsmkronik/dosya/TurkiyeKalpDamarHastaliklariOnlemeKontrolProgrami.pdf>. Erişim tarihi: 22.11.2013.
3. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM. on behalf of the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics-2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 121:46-215, 2010.
4. Erdil F, Elbaş, NÖ. Cerrahi hastalıkları hemşireliği. 6. baskı, Tasarım Ofset, Ankara, 2012.
5. WHO, 2015. Cardiovascular disease fact sheets. Updated January 2015. Erişim: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/> Erişim tarihi: 03.02.2015
6. Nichols M, Townsend N, Scarborough P. European Cardiovascular Disease Statistics 2012. European Heart Network, Brussels, European Society of Cardiology, Sophia Antipolis, 2012
7. Türkiye İstatistikleri Kurumu. (2013). Erişim:<http://www.turkstat.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15847>).Erişim Tarihi: 21.11.2013.
8. Mert M, Çetin G, Bakır İ. Mini sternotomi yaklaşımı ile “less-invaziv” kalp cerrahisi. *TGKDCCD* 8:2, 597-601, 2000.
9. Rymaszewska J, Kiejna A, Hadrys T. Depression and anxiety in coronary artery bypass grafting patients. *European Psychiatry* 18:155–160, 2003.
10. Gallagher R, McKinley S. Stressors and anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *American Journal of Critical Care* 16 (3): 248–257, 2007.
11. Guo P, East L, Arthur A. 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, 2012.
12. Jjala HA, French JL, Foxall GL. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesiology. *Br J Anaesth* 104: 369-374, 2010.
13. Krannich JHA, Weyers P, Lueger S. Presence od depression and anxiety before and after coronary artery bypass graft surgery and their relationship to age. *BMC Psychiatry* 7:48, 2007.
14. Navarro-García MA, Marín- Fernández B, Carlos-Alegre W. 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, 2011.

15. Foss M. Enhanced recovery after surgery and implications for nurse education. *Nursing Standard* 25(45): 35-39, 2011.
16. Karayurt Ö. Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2(1):20-26, 1998.
17. Sadati L, Pazouki A, Mehdizadeh A. 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, 2013.
18. Turhan Y. 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, 2007.
19. Özcan H. Açık kalp ameliyatı sonrası hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitiminin hastalar tarafından kullanılma oranları. Yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Edirne, 2008.
20. Hemşirelik Yönetmeliği 2010. Erişim: <http://www.saglik.gov.tr>. Erişim tarihi: 05.12.2013
21. Guidelines for implementation of enhanced recovery protocols. Issues in professional Practice. Association of Surgeons of Great Britain and Ireland. 35-43, London, 2009.
22. Demir A, Akyurt D, Ergün B. Kalp Cerrahisi Geçirecek Olgularda Anksiyete Sağaltımı. *Göğüs Kalp Damar Cer Derg* 18(3):177-182, 2010.
23. Cebeci F, Çelik SŞ. Effects of discharge teaching and counselling on anxiety and depression level of CABG patients. *Turkish J Thorac Cardiovasc Surg* 19(2):170-176, 2011.
24. Zhang CY, Jiang Y, Yin QY. 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, 2012.
25. Taşdemir A, Erakgün A, Deniz AN. Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin state-trait anxiety inventory test ile karşılaştırılması. *Turk J Anaesth Reanim* 41: 44-49, 2013.
26. Townsend N, Wickramasinghe K, Bhatnagar P, Smolina K, Nichols M, Leal J, Luengo-Fernandez R, Rayner M. Coronary heart disease statistics 2012 edition. British Heart Foundation: London, 2012.
27. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Sağlık Araştırması, 2012. Erişim: www.turkstat.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=223. Erişim Tarihi: 01.02.2015
28. Aytaç A. Dünyada ve Türkiye’de Kalp Cerrahisi. Erişim: http://tgkdc.dergisi.org/pdf/pdf_TGKDC_241.pdf. Erişim tarihi: 20.10.2014
29. Sayın AG. Kalp Damar Cerrahisi, 6. Baskı. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Yayınları, 2009.

30. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Coronary artery disease. Erişim: http://www.cdc.gov/heartdisease/coronary_ad.htm Erişim Tarihi: 05.02.2015
31. Mullany CJ. Coronary Artery Bypass Surgery. *Circulation* 107:21-22, 2003.
32. Rahman A, Burma O, Bayar MK. Kardiyopulmoner bypass ve çalışan kalp teknikleri ile yapılan ameliyatların kardiyak performansa etkisi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg* 9: 68-73, 2001.
33. Kunt AS, Aydın MS, Şelli C. Atan kalpte koroner arter bypass cerrahisi sonuçlarımız. *Harran Tıp Fak Der* 1(4): 17-20, 2004.
34. Porth C. Matfin G. *Pathophysiology: Concepts of altered health states*. 8th edition. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2009
35. Kervan Ü, Koç O, Özatik MA. Türkiye'deki kalp damar cerrahisi kliniklerinin dağılımı ve hizmetlerinin niteliği. *Turkish J Thorac Cardiovasc Surg* 19(4):483-489, 2011.
36. Hillis LD, Smith PK, Anderson JL. ACCF/AHA guideline for coronary artery bypass graft surgery: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 58:123-210, 2011.
37. Yava A. Açık kalp cerrahisi geçiren bireylerde postoperatif nöropsikolojik değişikliklerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Programı. Ankara, 2000.
38. Merkouris A, Apostolakis E, Dimitriou D. Quality of life after coronary artery bypass graft surgery in the elderly. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8: 74-81, 2009.
39. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B. ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 62:147-239, 2013.
40. Bhandari S, Subramanyam K, Trehan N. Valvular heart disease: diagnosis and management, *JAPI*, 55, 575-584, 2007.
41. Vahanian A, Alfieri O, Andreotti F. Kalp kapak hastalıkları tedavi kılavuzu. Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) ve Avrupa Kardiyotorasik Cerrahi Derneği (EACTS) Kalp Kapak Hastalıkları Tedavisi Görev Grubu. *Türk Kardiyol Dern Arş, Suppl.* 3, 83-128. 2013.
42. Güneş P. Açık kalp ameliyatı olan hastaları taburculuk öncesi bilgilendirmenin anksiyete üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi, TC. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Sivas, 2001.
43. Hanözü M. Açık kalp cerrahisi sonrası gelişen torasik komplikasyonlar. Uzmanlık tezi. TC. Sağlık Bakanlığı Siyami Ersek Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul, 2006.

44. Maganti MD, Rao V, Borger MA. Predictors of low cardiac output syndrome after isolated aortic valve surgery. *Circulation*, 112: 448–452, 2005.
45. Sá MPBO, Nogueira JRC, Ferraz PE. Risk factors for low cardiac output syndrome after coronary artery bypass grafting surgery. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 27(2):217-223, 2012.
46. Sariosmanoğlu N. Düşük kalp debisi sendromu. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 3(27):11-14, 2007.
47. Parolari A, Pesce LL, Pacini D. Risk factors for perioperative acute kidney injury after adult cardiac surgery: role of perioperative management. *Ann Thorac Surg* 93:584-591, 2012.
48. Aydın ÖO. Kardiyopulmoner baypas sonrası gelişen böbrek hasarının risk faktörleri, hemoliz ve serum ferritin seviyesi ile ilişkisi. Uzmanlık tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul, 2006.
49. McDonagh DL, Berger M, Mathew JP. Neurological complications of cardiac surgery. *Lancet Neurol* 13:490–502, 2014.
50. Nearman H, Klick JC, Eisenberg P. Perioperative complications of cardiac surgery and postoperative care. *Crit Care Clin* 30: 527–555, 2014.
51. Peretto G, Durante A, Limite LR. Postoperative arrhythmias after cardiac surgery: incidence, risk factors, and therapeutic management. *Hindawi Publishing Corporation Cardiology Research and Practice Volume 2014*,1-15, 2014.
52. Ekim H, Kutay V, Demirbağ R. Koroner arter cerrahisi sonrası atrial fibrilasyon gelişiminde rol oynayan faktörler. *Van Tıp Dergisi* 11 (2):43-47, 2004.
53. Cayci C, Russo M, Cheema F. Risk analysis of deep sternal wound infections and their impact on long-term survival: a propensity analysis, *Ann Plast Surg* 61:294-301, 2008.
54. Tschudin-Sutter S, Meinke R, Schuhmacher H. Drainage daysdan independent risk factor for serious sternal wound infections after cardiac surgery: A case control study. *American Journal of Infection Control* 41:1264-1267, 2013.
55. Douki ZE, Vaezzadeh N, Shahmohammadi S. Anxiety before and after coronary artery bypass grafting surgery: Relationship to QOL. *MEJSR* 7:103-108, 2011.
56. Yılmaz M, Sayın Y, Tel H. Koroner anjiyografi yapılacak hastaların işlem öncesi bilgi gereksinimleri ve anksiyete düzeyleri. *Türkiye Klinikleri J Nurs* 4(2):55-65, 2012.
57. Berksun O. Anksiyete ve anksiyete bozuklukları, 2'inci Baskı. İstanbul, Turgut Yayıncılık a.ş. 2003.
58. Karayağız F, Altuntaş M, Güçlü YA. Cerrahi servisinde yatan hastalarda görülen anksiyete dağılımı. *Smyrna Tıp Dergisi*, 22-26, 2011.
59. Öner N, Le Compte A. Süreksiz (durumluk) sürekli kaygı envanteri el kitabı, 2. Baskı, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1998.

60. Antai-Otong D. Anxiety disorders. *Nursing* 36(3): 48-49, 2006.
61. Türkçapar H. Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri Ek 4*:12-16, 2004.
62. Köroğlu E. *Psikiyatri el kitabı*. 5. Baskı. Ankara, HYB yayıncılık, 2005.
63. Saraçoğlu T, Ünsal A, Taşkın F. The impact of pre-procedural waiting period and anxiety level on pain perception in patients undergoing transrectal ultrasound-guided prostate biopsy. *Diagn Interv Radiol* 18:195-199, 2012.
64. Sidar A, Dedeli Ö, İşkesen AI. Açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların kaygı ve ağrı distressi: ağrı düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Derg* 4: 1-8, 2013.
65. Okamoto Y, Motomura N, Murashima S. Anxiety and depression after thoracic aortic surgery or coronary artery bypass. *Asian Cardiovascular and Thoracic Annals* 21: 22-30, 2013.
66. Scoot A. Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *Nursing in Critical Care* 9(2): 72-79, 2004.
67. Cimilli C. Cerrahide anksiyete. *Klinik Psikiyatri*; 4:182-186, 2001.
68. Rosen IH, Bergh HI, Oden A. Patients' experiences of pain following day surgery - At 48 hours, seven days and three Months. *Open Nurs J* 5:52-59, 2011.
69. Vaajoki A, Pietila AM, Kankkunen P. Effects of listening to music on pain intensity and pain distress after surgery: an intervention. *J Clin Nurs* 21:708-717, 2012.
70. Çetinkaya F, Karabulut N. Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13: 2, 2010.
71. Nigussie S, Belachew T, Wolancho W. Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia Seifu. *BMC Surgery* 14:67, 2014.
72. Cheng DCH. Fast-track cardiac surgery: Economic implications in postoperative care. *Journal of cardiothoracic and Vascular Anesthesia* 12(1):72-79, 1998.
73. Trotter R., Gallagher, R., ve Donoghue J. Anxiety in patients undergoing percutaneous coronary interventions. *Heart&lung* 40:185-192. 2011.
74. Turhan Y, Avcı R. ve Özcengiz D. Elektif cerrahi hazırlığında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. *Journal of anesthesia* 20(1): 27-33, 2012.
75. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. *Cerrahi hemşireliği I*. 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2012.
76. International Association for the Study of Pain (IASP). IASP Taxonomy, Pain, Updated 2014. Erişim: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain> Erişim Tarihi: 12.04.2015.
77. Guyton AC, Hall JE. *Tıbbi Fizyoloji*. 11. Basım, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2007.

78. Wu CL, Raja SN. Treatment of acute postoperative pain. *Lancet* 377: 2215–2225, 2011.
79. Cousins MJ, Brennan F, Carr DB. Pain relief: a universal human right. *Pain* 112(1-2): 1–4, 2004.
80. Macintyre PE, Schug SA, Scott DA, Visser EJ, Walker SM; APM:SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine, Acute pain management: Scientific evidence (3rd edition), ANZCA & FPM, Melbourne, 2010.
81. Morone NE, Weiner DK. Pain as the fifth vital sign: Exposing the vital need for pain education. *Clinical Therapeutics*, 35, (11), 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinthera.2013.10.001> 0149.
82. Harrington L. Role of the clinical nurse specialist in implementing a fast-track postanesthesia care unit. *AACN Clinical Issues* 16(1):78–88, 2005.
83. Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA). Guidelines on Acute Pain Management 2013. Erişim: <http://www.anzca.edu.au/>, Erişim tarihi: 25.10.2014.
84. Arslan FE. Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yükseköğretim Dergisi* 6:9-14, 2002.
85. Çöçelli L, Bacaksız B, Ovayolu N. Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi* 14:53-58, 2008.
86. Aubrun F, Langeron O, Quesnel C. Relationships between measurement of pain using visual analog score and morphine requirements during postoperative intravenous morphine titration. *Anesthesiology* 98(6):1415–1421, 2003.
87. Cepeda MS, Africano JM, Polo R. What decline in pain intensity is meaningful to patients with acute pain? *Pain* 105(1-2): 151–157, 2003.
88. Akbarzadeh F, Kouchaksaraei FR, Bagheri Z. 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, 2009.
89. Hoyer J, Eifert GH, Einsle F. Heart focused anxiety before and after cardiac surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 64: 291–297, 2008.
90. Tully PJ, Baker RA. Depression, anxiety, and cardiac morbidity outcomes after coronary artery bypass surgery: a contemporary and practical review. *J Geriatr Cardiol* 2012, doi: 10.3724/SP.J.1263.2011.12221.
91. Nayir HU. 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, 2012.
92. Feuchtinger J, Burbaum C, Heilmann C. Anxiety and fear in patients with short waiting times before coronary artery bypass surgery – a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1900–1907, 2013.

93. Yıldız D. Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaların kaygı düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. K.K.T.C. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Lefkoşa, 2011.
94. Arthur HM, Daniels C, McKelvie R. 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, 2000.
95. Doering LV, McGuire AW, Rourke D. Recovering from cardiac surgery: what patients want you to know. *American Journal of Critical Care* 11: 333-343, 2002.
96. Deyirmenjian M, Karam N, Salameh P. Preoperative patient education for open-heart patients:A source of anxiety? *Patient Educ and Couns* 62:111-117, 2006.
97. Aslan FE, Badır A, Arlı SK. Patients' experience of pain after cardiac surgery. *Contemporary Nurse* 34(1): 48-54, 2009.
98. Saeidi M, Aghadavoudi O, Sadeghic MM. 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, 2011.
99. Karabulut N, Aktaş YY, Gürçayır D. Patient satisfaction with their pain management and comfort level after open heart surgery. *Australian Journal of Advanced Nursing* 32(3): 16-24, 2015.
100. Yılmaz H, Iskesen I. Follow-up with objective and subjective tests of the sleep characteristics of patients after cardiac surgery. *Circ J* 71: 1506–1510, 2007.
101. Cserép Z, Losoncz E, Palog P. The impact of preoperative anxiety and education level on long-term mortality after cardiac surgery. *Journal of Cardiothoracic Surgery* 7:86, 2012.
102. Asilioglu K, Celik SS. The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. *Patient Education and Counseling* 53:65-70, 2004.
103. Shuldham CM, Fleming S, Goodman H. The impact of pre-operative education on recovery following coronary artery bypass surgery. *European Heart Journal* 23: 666– 674, 2002.
104. Vingerhoets G. Perioperative anxiety and depression in open-heart surgery. *Psychosomatics* 39(1): 30-37, 1998.
105. Ivarsson B, Larsson S, Lührs C. 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, 2005.
106. Bahar A, Taşdemir HS. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 11(2): 9-17, 2008.
107. Tel H, Sabancıoğulları S. Hastanede yatan hastalarda uyku, anksiyete ve depresyon, 3. Uluslararası-10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, İzmir, 2005.
108. Ertem G. Yaşam boyu kadın ruh sağlığı. *Türkiye Klinikleri J Psichiatr Nurs-Special Topics* 1(1): 25-31, 2015.

109. Ede'Il-Gustafsson UM, Hetta JE. Anxiety, depression and sleep in male patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Scand J Caring Sci* 13: 137–143, 1999.
110. Findik UY, Topcu SY, Vatansever O. Effects of drains on pain, comfort and anxiety in patients undergone surgery. *International Journal of Caring Sciences* 6(3): 412-419, 2013.
111. Özalp G, Sarioglu R, Tuncel G. Preoperative emotional states in patients with breast cancer and postoperative pain. *Acta Anaesthesiol Scand* 47: 26–29, 2003.
112. Khalkhali HR, Tanha ZER, Feizi A. Effect of applying cold gel pack on the pain associated with deep breathing and coughing after open heart surgery. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery* 19(6): 545-549, 2014.
113. Çevik K, Zaybak A. Açık kalp ameliyatı sonrasında yapılan egzersizlerin ağrıya etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 14: 54-59, 2011.
114. Güneş ÜY, Eşer İ, Khorshid, L. Hekim ve hemşirelerin hastaların yaş ve cinsiyetine göre ağrıya verdikleri yanıtla ilişkin inanışları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 21(1):145-156, 2005.
115. Leegaard M, Naden D, Fagermoen MS. Postoperative pain and self-management: women's experiences after cardiac surgery. *Journal of Advanced Nursing* 63(5): 476–485, 2008.
116. Valen RV, Vuuren HV, Domburg RTV. Pain management after cardiac surgery: experience with a nurse-driven pain protocol. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 11(1):62-69, 2012.
117. Beyer JE, DeGoog DE, Ashley LC. Patterns of postoperative analgesic use with adults and children following cardiac surgery. *Pain* 17(1): 714-81, 1983.
118. Moerman N, van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Anesth Analg* 82:445-451, 1996.

EKLER

EK 1: Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Anksiyetelerinin Giderilmesinin Ameliyat Sonrası Anksiyete ve Ağrı Düzeylerine Etkisi

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/ anesteziden uyanamama

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

Durumluk Anksiyete Puanı:

EK 3: Sürekli Anksiyete 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 yorulurum	(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 mutluyum	(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 memnunum	(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: Görsel Analog Skala

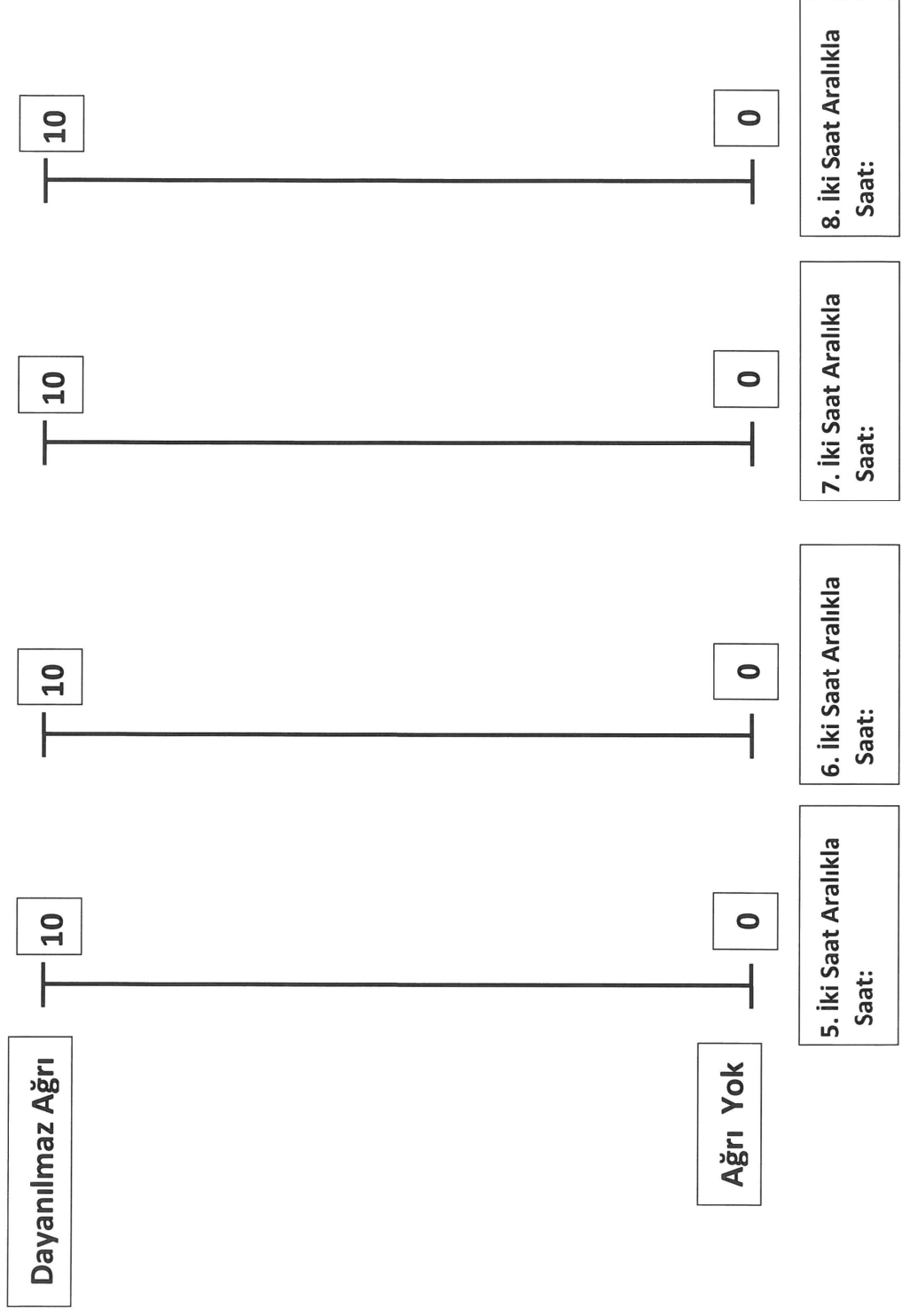
HASTA NO:

Dayanılmaz Ağrı	10	Ağrı Yok	0	1. Ekstübe Olduğunda Saat:
	10		0	2. Ekstübasyondan 1 saat sonra Saat:
	10		0	3. İki Saat Aralıkla Saat:
	10		0	4. İki Saat Aralıkla Saat:

HASTA NO:

Dayanılmaz Ağrı	10	10	10	10	0	8. İki Saat Aralıkla Saat:
	10	10	10	10	0	7. İki Saat Aralıkla Saat:
	10	10	10	10	0	6. İki Saat Aralıkla Saat:
	10	10	10	10	0	5. İki Saat Aralıkla Saat:
Ağrı Yok						

HASTA NO:



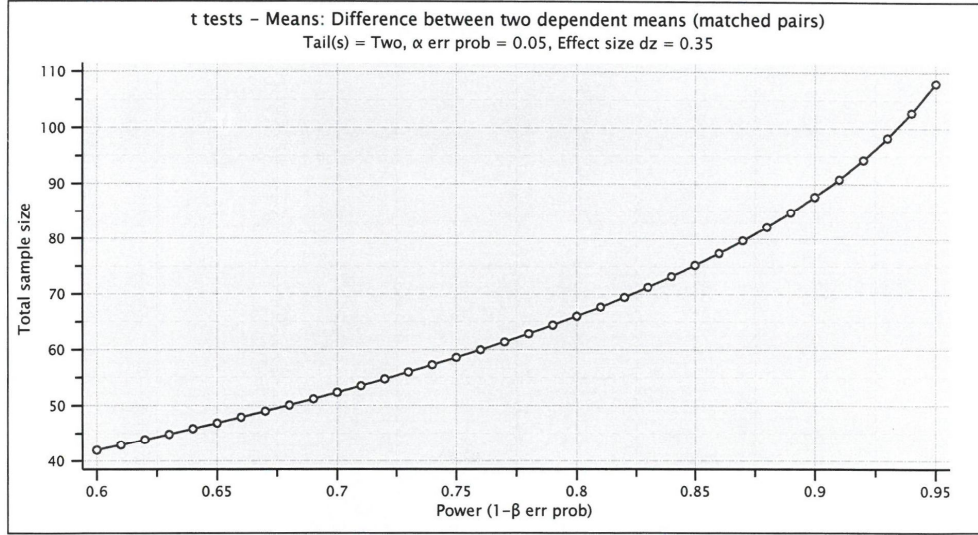
EK 5: Güç Analizi

t tests - Means: Difference between two dependent means (matched pairs)

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input: Tail(s) = Two
Effect size dz = 0.35
 α err prob = 0.05
Power (1- β err prob) = 0.95

Output: Noncentrality parameter δ = 3.6541073
Critical t = 1.9821735
Df = 108
Total sample size = 109
Actual power = 0.9516895



Doç. Dr. Mehtap Akçil Ok

Başkent Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi

İstatistik ve Bilgisayar Bilimleri Bölümü

EK 6: Bilimsel Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bilimsel araştırma amaçlı klinik bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amaçıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığımız ya da belirtilemediğini fark ettiğiniz noktalar olursa araştırmacımıza sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilirsiniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce araştırmacı size zaman tanıyacaktır. Kararınız ne olursa olsun, hastanedeki tedavinizde sizin tam sağlık halinizin sağlanması ve korunmasına yönelik sağlık personeli eksiksiz görev yapacaklardır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde formu imzalayınız.

1. ARAŞTIRMANIN ADI

Açık kalp ameliyatı olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyetelerinin (kaygılarının) giderilmesinin ameliyat sonrası anksiyete(kaygı) ve ağrı düzeylerine etkisi

2. GÖNÜLLÜ SAYISI

Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam gönüllü sayısı 109'dur.

3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ

Bir hastanın araştırmaya katılım süresi 45 dakika'dır.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma; açık kalp ameliyatı olacak hastalara ameliyat öncesi anksiyetelerini (kaygılarını) gidermeye yönelik eğitim verildikten sonra, ameliyat sonrasında anksiyete (kaygı) ve ağrı düzeylerinin değişip değişmediğini tespit etmek için yapılacaktır.

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŐULLARI

Araştırma kapsamına

1. 18 yaş veya üstünde olan
2. Açık kalp ameliyatı olma kararı alınan hastalar alınacaktır

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Ameliyat için hazırlık yapılmak üzere hastaneye yatışınız yapıldıktan sonra sizi tanıtmaya ve ameliyata ilişkin anksiyetenizi(kaygınızı) belirlemeye yönelik araştırmacı bir veri toplama aracı kullanarak sizinle görüşme yapacaktır. Görüşme sonrasında endişelerinizi gidermeye yönelik eğitim verilecektir.

Ameliyat sonrasında yoğun bakım ünitesinde tedaviniz devam ederken, araştırmacı tarafından ziyaret edilecek ve anksiyete (kaygı) ve ağrı durumunuz belirlenecektir.

İMZALAR: Gönüllü

(varsa) Vasi

Araştırmacı

Tanık

1

7. GÖNÜLLÜNÜN SORUMLULUKLARI

Araştırmacı tarafından size verilen bilgileri yeterince anlaşılır ve açık bulmadığınız takdirde araştırmacıdan tekrar bilgi talep edebilirsiniz.

Sizde araştırmacıya doğru bilgi sağlamalısınız.

8. ARAŞTIRMADAN BEKLENEN OLASI YARARLAR

Bu çalışma sonucunda açık kalp ameliyatı olacak hastaların endişelerini gidermeye yönelik eğitim verilmesi ve ameliyat sonrası hastaların endişe ve ağrıları azaltılarak yoğun bakımdan kısa sürede çıkmaları hedeflenmektedir.

9. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER

Araştırmada gönüllü için kaynaklanabilecek bir risk bulunmamaktadır.

10. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU

Araştırma nedeniyle hastalarımız herhangi bir zarar görmeyecektir

11. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da araştırma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki veya diğer rahatsızlıklarınız için herhangi bir saatte adresi ve telefonu aşağıda belirtilen araştırmacıya ulaşabilirsiniz.

İstediginizde Günün 24 Saati Ulaşılabilceğiniz Araştırmacı Adres ve Telefonları:

Ahimesut Mahallesi Örenev Sitesi 1890. Sok. NO.26B/28 Etimesgut/ANKARA

İş: 2466666/1543 Cep: 05377177297

12. GİDERLERİN KARŞILANMASI VE ÖDEMELER

Bu araştırma giderleri için sizden veya herhangi bir kurumdan maddi destek beklenmemektedir.

13. ARAŞTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM

Araştırmayı destekleyen kurum Başkent Üniversitesi'dir.

14. GÖNÜLLÜYE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILIP YAPILMAYACAĞI

Bu araştırmaya katılan hastalara herhangi bir maddi katkı sağlanmayacaktır.

15. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili tıbbi bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü tıbbi bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayımlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar tıbbi bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabileceksiniz.

İMZALAR: Gönüllü

(varsa) Vasi

Araştırmacı

Tanık

2

16. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA KOŐULLARI

Ameliyat sonrası komplikasyon(istenmeyen durum) gelişen ve yoğun bakımda kalma süresi uzayan hastalar araştırma dışı bırakılacaklardır.

17. ARAŞTIRMADA UYGULANACAK TEDAVİ DIŐINDAKİ DİĞER TEDAVİLER

Size araştırma kapsamında fazladan veya eksik bir tedavi uygulanmayacaktır.

18. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME VEYA AYRILMA DURUMU

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; araştırmada yer almayı reddetmeniz veya katıldıktan sonra vazgeçmeniz halinde de kararınız size uygulanan tedavide herhangi bir değişikliğe neden olmayacaktır.

19. YENİ BİLGİLERİN PAYLAŐILMASI VE ARAŞTIRMANIN DURDURULMASI

Araştırma sürerken, araştırmayla ilgili olumlu veya olumsuz yeni tıbbi bilgi ve sonuçlar en kısa sürede size veya yasal temsilcinize iletilecektir. Bu sonuçlar sizin araştırmaya devam etme isteğinizi etkileyebilir. Bu durumda karar verene kadar araştırmanın durdurulmasını isteyebilirsiniz.

(Katılımcının/Hastanın/Anne-Baba/Yasal Temsilcinin Beyanı)

Arş. Gör. Elif BUDAK tarafından Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Erişkin Kalp-Damar Cerrahisi Servisleri ve Erişkin Kalp-Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi'nde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" (denek) olarak davet edildim. EĞer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağını bilincindeyim). Ayrıca, tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranıőla karşılaŐmış değilim. EĞer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan iliŐkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

İMZALAR: *Gönüllü*

(varsa) Vasi

Araştırmacı

Tanık

3

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜ		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

VASİ (Varsa)		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

ARAŞTIRMACI		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ</i>	Elif Budak. Araştırma Görevlisi. (Başkent Üniversitesi Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü)	
<i>ADRES</i>	Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü, Eskişehir Yolu 20 km. 06530, Ankara	
<i>TELEFON</i>	(312) 246 66 66 / 1543 Cep: 0537 717 72 97	
<i>TARİH</i>	06/12/2013	

ONAM ALMA İŞİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİ		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

İMZALAR: Gönüllü

(varsa) Vasi

Araştırmacı

Tanık

4

EK 7: Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan Onay



1993

Başkent Üniversitesi

Tıp ve Sağlık Bilimleri
Araştırma Kurulu

Dr. Hakan Özkardeş
Dr. A. Eftal Yücel
Dr. Feride İ. Şahin
Dr. Şule Bulut
Dr. Fuat Büyüklü
Dr. Emine Aksoydan
Dr. Tolga R. Aydos
Dr. Elif Durukan
Dr. Şebnem İlhan

Sayı: 94603339 / 18-050.01.08.01-1254
Konu: Proje onayı

19/12/2013

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne.

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Elif Budak tarafından yürütülecek olan KA13/303 nolu "Açık kalp ameliyatı olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyetelerinin giderilmesinin ameliyat sonrası anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 18/12/2013 tarih ve 13/138 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayınlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma
Kurulu Başkanı

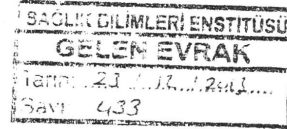
Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

Başkent Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı
6. Sokak No. 11
Bağcıbaşı, 06490
Ankara

tel : 0312 212 90 65
faks : 0312 221 37 59
rastirma@baskent.edu.tr



J T


İşlemlerinizi hızlandırmak için anabilim dalı üzerinden resmi yazışma ve imza gerektirmeyen her türlü bilgi alışverişinde arastirma@baskent.edu.tr e-posta adresimizi kullanınız (Bağlantı- Araştırma Kurulu Sekreteri: Liliyer Taşbilek).

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

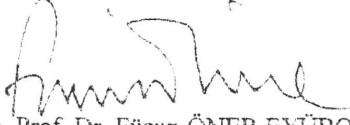
KARAR

KARAR TARİHİ	KARAR SAYISI	PROJE NO
18/12/2013	13/138	KA13/303


Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Elif Budak tarafından yürütülecek olan KA13/303 nolu ve "Açık kalp ameliyatı olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyetelerinin giderilmesinin ameliyat sonrası anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi" başlıklı araştırma projesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.

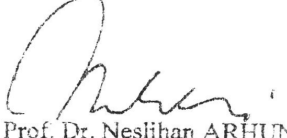

• Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ

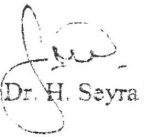

• Prof. Dr. Araş PİRAT


• Prof. Dr. Füsün ÖNER EYÜBOĞLU

Katılmadı.
• Prof. Dr. Hulusi B. ZEYNELOĞLU


• Prof. Dr. Murat DERBENT


• Prof. Dr. Neslihan ARHUN


• Doç. Dr. H. Seyra ERBEK


• Öğr. Gör. Dr. Rifat V. YILDIRIM

EK 8. Başhekimlik Onayı



1993

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ**



TS-EN-ISO 9001
KALİTE SİSTEM BELGESİ

BAŞHEKİMLİK

Sayı : 31220125/14

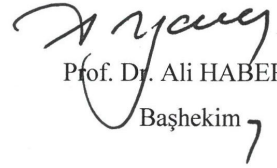
Ankara, 24.01.2014

Konu : Arş. Gör. Elif Budak'ın Tez Uygulaması hakkında

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Yüksek Lisans Öğrencisi Elif Budak tarafından yürütülecek olan “Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Anksiyetelerinin Giderilmesinin Ameliyat Sonrası Anksiyete ve Ağrı Düzeylerine Etkisi” adlı tez projesinin hastanemiz Kalp Damar Cerrahisi Servisi, Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım ünitesinde yatan hastalara uygulayabilme talebi tarafımızca uygun bulunmuştur.

Gereği için bilgilerinize arz ederim.


Prof. Dr. Ali HABERAL
Başhekim

EK 9: Tablolar

Tablo 1. Hastaların GAS ağrı puan ortalamalarının analjezik alma sayıları ile ilişkisi (n=109)

		Analjezik Alma Sayısı
GAS Ağrı Puan Ortalamaları	r	0.617
	p	0.001
	N	109

Tablo 2. Hastaların ekstübasyon sonrası değerlendirilen saat aralığına göre GAS puanları ve Analjezik kullanımı (n:109)

GAS Ağrı Puanları	Hastaların Ekstübasyon Sonrası Değerlendirilen Saat Aralığı											
	Ekstübasyon S (%)	1. saat S (%)	3. saat S (%)	5. saat S (%)	7. saat S (%)	9. saat S (%)	11. saat S (%)	13. saat S (%)	15. saat S (%)	17. saat S (%)	19. saat S (%)	21. saat S (%)
0 puan	38 (34,9)	32 (29,4)	27 (24,8)	34 (31,2)	25 (22,9)	35 (32,1)	25 (22,9)	34 (31,2)	33 (30,3)	41 (37,6)	46 (42,2)	47 (43,1)
1 puan	20 (18,3)	27 (24,8)	32 (29,4)	27 (24,8)	35 (32,1)	31 (28,4)	41 (37,6)	39 (35,8)	38 (34,9)	36 (33,0)	36 (33,0)	41 (37,6)
2 puan	15 (13,8)	19 (17,4)	24 (22,0)	22 (20,2)	16 (14,7)	13 (11,9)	18 (16,5)	17 (15,6)	17 (15,6)	15 (13,8)	9 (8,3)	12 (11,0)
3 puan	12 (11,0)	8 (7,3)	12 (11,0)	14 (12,8)	7 (6,4)	11 (10,1)	6 (5,5)	9 (8,3)	6 (5,5)	8 (7,3)	9 (8,3)	3 (2,8)
4 puan	5 (4,6)	8 (7,3)	3 (2,8)	6 (5,5)	19 (17,4)	8 (7,3)	10 (9,2)	3 (2,8)	8 (7,3)	2 (1,8)	3 (2,8)	3 (2,8)
5 puan	2 (1,8)	7 (6,4)	5 (4,6)	3 (2,8)	4 (3,7)	5 (4,6)	4 (3,7)	4 (3,7)	2 (1,8)	3 (2,8)	6 (5,5)	2 (1,8)
6 puan	7 (6,4)	4 (3,7)	3 (2,8)	-	-	4 (3,7)	4 (3,7)	-	1 (,9)	2 (1,8)	-	1 (,9)
7 puan	6 (5,5)	2 (1,8)	-	1 (,9)	1 (,9)	-	-	-	3 (2,8)	1 (,9)	-	-
8 puan	2 (1,8)	1 (,9)	2 (1,8)	2 (1,8)	2 (1,8)	2 (1,8)	1 (,9)	3 (2,8)	1 (,9)	-	-	-
9 puan	2 (1,8)	1 (,9)	-	-	-	-	-	-	-	1 (,9)	-	-
10 puan	-	-	1 (,9)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Analjezik kullanımı												
Aldı	13 (11,9)	9 (8,3)	8 (7,3)	8 (7,3)	13 (11,9)	9 (8,3)	7 (6,4)	4 (3,7)	11 (10,1)	1 (,9)	6 (5,5)	2 (1,8)
Almadı	96 (88,1)	100 (91,7)	101 (92,7)	101 (92,7)	96 (88,1)	100(91,7)	102(93,6)	105 (96,3)	98 (89,9)	108 (99,1)	103 (94,5)	107 (98,2)

Tablo 3. Hastaların ameliyat sonrası durumluk anksiyete ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımı

	HİÇ		BİRAZ		ÇOK		TAMAMIYLA		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Şu anda sakinim	20	18,3	49	45	36	33	4	3,7	109	100
2. Kendimi emniyette hissediyorum	46	42,2	52	47,7	11	10,1	0	0	109	100
3. Şu anda sinirlerim gergin	71	65,1	31	28,4	7	6,4	0	0	109	100
4. Pişmanlık duygusu içindeyim	97	89	8	7,3	4	3,7	0	0	109	100
5. Şu anda huzur içindeyim	23	21,1	54	49,5	28	25,7	4	3,7	109	100
6. Şu anda hiç keyfim yok	32	29,4	67	61,5	8	7,3	2	1,8	109	100
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum	77	70,6	29	26,6	3	2,8	0	0	109	100
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum	7	6,4	25	22,9	61	56	16	14,7	109	100
9. Şu anda kaygılıyım	72	66,1	31	28,4	6	5,5	0	0	109	100
10. Kendimi rahat hissediyorum	15	13,8	52	47,7	33	30,3	9	8,3	109	100
11. Kendime güvenim var	38	34,9	51	46,8	16	14,7	4	3,7	109	100
12. Şu anda asabım bozuk	78	71,6	25	22,9	6	5,5	0	0	109	100
13. Çok sinirliyim	86	78,9	20	18,3	2	1,8	1	0,9	109	100
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	81	74,3	23	21,1	5	4,6	0	0	109	100
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum	18	16,5	50	45,9	34	31,2	7	6,4	109	100
16. Şu anda halimden memnunum	14	12,8	55	50,5	31	28,4	9	8,3	109	100
17. Şu anda endişeliyim	75	68,8	31	28,4	3	2,8	0	0	109	100
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	83	76,1	19	17,4	5	4,6	2	1,8	109	100
19. Şu anda sevinçliyim	16	14,7	49	45	36	33	8	7,3	109	100
20. Şu anda keyfim yerinde.	14	12,8	52	47,7	32	29,4	11	10,1	109	100

Tablo 4. Hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımı

	HİÇ		BİRAZ		ÇOK		TAMAMIYL		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.Şu anda sakinim	3	2.75	35	32.11	44	40.37	27	24.77	109	100
2.Kendimi emniyette hissediyorum	1	0.92	10	9.17	34	31.19	64	58.72	109	100
3.Şu anda sinirlerim gergin	77	70.64	28	25.69	4	3.67	0	0	109	100
4.Pişmanlık duygusu içindeyim	93	85.32	12	11.1	4	3.67	0	0	109	100
5.Şu anda huzur içindeyim	3	2.75	28	25.69	43	39.45	35	32.11	109	100
6.Şu anda hiç keyfim yok	61	55.96	39	35.78	4	3.67	5	4.59	109	100
7.Başıma geleceklerden endişe ediyorum	50	45.87	46	42.20	12	11.01	1	0.92	109	100
8.Kendimi dinlenmiş hissediyorum	7	6.42	22	20.18	44	40.37	36	33.03	109	100
9.Şu anda kaygılıyım	52	47.71	47	43.12	10	9.17	0	0	109	100
10.Kendimi rahat hissediyorum	2	1.83	25	22.94	45	41.28	37	33.94	109	100
11.Kendime güvenim var	2	1.83	12	11.01	38	34.86	57	52.29	109	100
12.Şu anda asabım bozuk	82	75.23	25	22.94	2	1.83	0	0	109	100
13.Çok sinirliyim	87	79.82	20	18.35	2	1.83	0	0	109	100
14.Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	87	79.82	20	18.35	2	1.83	0	0	109	100
15.Kendimi rahatlamış hissediyorum	3	2.75	34	31.19	50	45.87	22	20.18	109	100
16.Şu anda halimden memnunum	5	4.59	25	22.94	47	43.12	32	29.36	109	100
17.Şu anda endişeliyim	50	45.87	47	43.12	11	10.09	1	0.92	109	100
18.Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	75	68.81	31	28.44	2	1.83	1	0.92	109	100
19.Şu anda sevinçliyim	18	16.51	42	38.53	37	33.94	12	11.01	109	100
20.Şu anda keyfim yerinde.	7	6.42	34	31.19	49	44.95	19	17.43	109	100

Tablo 5. Hastaların ameliyat öncesi sürekli anksiyete ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımı

	HEMEN HEMEN HİÇ BİR ZAMAN		BAZEN		ÇOK ZAMAN		HEMEN HER ZAMAN		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
21. Genellikle keyfim yerindedir	5	4.6	27	24.8	45	41.3	32	29.4	109	100
22. Genellikle çabuk yorulurum	36	33	47	43.1	21	19.3	5	4.6	109	100
23. Genellikle kolay ağlarım	22	20.2	54	49.5	28	25.7	5	4.6	109	100
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim	49	45	19	17.4	23	21.1	18	16.5	109	100
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	49	45	37	33.9	21	19.3	2	1.8	109	100
26. Kendimi dinlenmiş hissediyorum	13	11.9	30	27.5	55	50.5	11	10.1	109	100
27. Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	5	4.6	25	22.9	48	44	31	28.4	109	100
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	47	43.1	48	44	11	10.1	3	2.8	109	100
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	49	45	38	34.9	17	15.6	5	4.6	109	100
30. Genellikle mutluyum	0	0	20	18.3	59	54.1	30	27.5	109	100
31. Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	40	36.7	44	40.4	21	19.3	4	3.7	109	100
32. Genellikle kendime güvenim yoktur	79	72.5	18	16.5	7	6.4	5	4.6	109	100
33. Genellikle kendimi emniyette hissedirim	1	0.9	17	15.6	41	37.6	50	45.9	109	100
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçırım	12	11	36	33	35	32.1	26	23.9	109	100
35. Genellikle kendimi hüznü hissedirim	44	40.4	47	43.1	16	14.7	2	1.8	109	100
36. Genellikle hayatımdan memnunum	1	0.9	9	8.3	58	53.2	41	37.6	109	100
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	43	39.4	47	43.1	16	14.7	3	2.8	109	100
38. Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	48	44	44	40.4	9	8.3	8	7.3	109	100
39. Akli başında ve kararlı bir insanım	0	0	6	5.5	29	26.6	74	67.9	109	100
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	37	33.9	53	48.6	15	13.8	4	3.7	109	100

