

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**AÇIK KALP AMELİYATINDA PREOPERATİF
ANKSİYETE İLE POSTOPERATİF
KOMPLİKASYONLAR ARASINDAKİ İLİŞKİ**

NURTEN UĞUR NAYİR

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Mustafa ALDEMİR

**Tez No: 2012-011
2012- AFYONKARAHİSAR**

KABUL ve ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

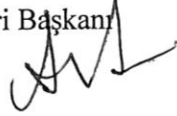
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı

çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından

Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 01/06/2012

Yrd. Doç. Dr. Mustafa ALDEMİR
Jüri Başkanı



Yrd.Doç.Dr. Erman BAĞCIOĞLU

ÜYE



Yrd.Doç.Dr. Ahmet BAL

ÜYE



Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nurten UĞUR NAYİR'in "Açık Kalp Ameliyatında Preoperatif Anksiyete ile Postoperatif Komplikasyonlar Arasındaki İlişki" başlıklı tezi 01/06/2012 günü saat 11:15...’da Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Prof. Dr. İsmail BAYRAM
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesindeki katkılarından dolayı; tez danışmanı olarak çalışmamı yönlendiren Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Hastalıkları Bölüm Başkanı Yrd. Doç. Dr. Mustafa ALDEMİR'e,

Yarı dönem tez danışmanlığı yapan Doç. Dr. Cevdet Uğur KOÇOĞULLARI'na,

Çalışmama sağladığı destek ve yardımlarından dolayı Çankırı Karatekin Üniversitesi Dahiliye Hastalıkları Hemşireliği Öğr.Gör. Özlem BULANTEKİN'e,

Yabancı kaynakların çevirisinde yardımcı olan Kardiyoloji servis hemşiresi Aynur GÜRBÜZ ve eşine,

İstatistik aşamasında yardımcı olan Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhemşire Yardımcısı Şengül Toygar Şişe'ye ve eşine,

Çalışmam süresince destek ve ilgilerinden dolayı Koroner Yoğun Bakım mesai arkadaşlarıma, anneme, babama ve eşime içtenlikle teşekkür ederim.

Nurten Uğur NAYİR

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Kabul ve Onay.....	ii
Önsöz.....	iii
İçindekiler.....	iv
Simgeler ve Kısaltmalar	vi
Tablolar	vii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kalp Cerrahisi	4
2.2.Erişkin Hastalarda Kalbe İlişkin Cerrahi Girişimler	7
2.2.1.Koroner Arter Bypass Grefti (CABG)	7
2.2.2.Kalp Kapağı Hastalıklarında Cerrahi Tedavi Yöntemleri.....	8
2.2.2.1.Annüloplasti	8
2.2.2.2.Valvuloplasti	8
2.2.2.3.Kommissürotomi (Valvotomi)	8
2.2.2.4.Kalp Kapağı Replasmanı.....	8
2.2.3.Kalp Transplantasyonu.....	9
2.3.Anksiyete.....	9
2.3.1.Anksiyetenin Tarihçesi.....	12
2.3.2.Anksiyetenin Organizmaya Etkisi.....	13
2.3.3.Anksiyete Kuramları	14
2.3.3.1.Antik Köken	14
2.3.3.2.Psikanalitik Köken	15
2.3.3.2.1.Objektif ya da Gerçek Anksiyete	15
2.3.3.2.2.Moral Anksiyete	16
2.3.3.2.3.Nevrotik Anksiyete	16
2.3.3.3.Öğrenme Kuramı.....	16
2.3.3.4.Davranışçı Bilişsel Kuram	17
2.3.3.5.Varoluşçu Kuram	18
2.3.3.6. Spilberger’in AnksiyeteKuramı	19
2.3.3.6.1.Durumluluk Kaygı.....	19
2.3.3.6.2.Sürekli Kaygı.....	20
2.3.4.Anksiyete Düzeyleri.....	20
2.3.4.1.Hafif Anksiyete	21
2.3.4.2.Orta Anksiyete.....	21
2.3.4.3.Şiddetli Anksiyete	21
2.3.4.4.Panik Anksiyete.....	22
2.3.5.Anksiyetenin Nedenleri.....	22
2.3.6.Preoperatif Anksiyete	23
2.3.7.Anksiyetenin Belirtileri	24
2.3.7.1.Fizyolojik Belirtiler	24
2.3.7.2.Genel Görünüm	25
2.3.8.Açık Kalp Ameliyatı Geçirenlerde Anksiyete	25

2.4.Postoperatif Dönemde Olası Komplikasyonlar.....	26
2.4.1.Solunum Sistemi İle İlgili Olası Komplikasyonlar	27
2.4.1.1.Atelektazi	27
2.4.1.2.Pnömoni	28
2.4.1.3.Pulmoner Emboli.....	28
2.4.2.Dolaşım Sistemi İle İlgili Olası Komplikasyonlar.....	29
2.4.2.1.Hemoraji.....	29
2.4.2.2.Hipovolemik Şok.....	29
2.4.2.3.Tromboflebit.....	29
2.4.2.4.Trombüs	30
2.4.3.Üriner Sistem İle İlgili Olası Komplikasyonlar	30
2.4.3.1.Üriner Retansiyon	30
2.4.3.2.Üriner Enfeksiyon	31
2.4.3.3.Postoperatif Oligüri ve Renal Yetersizlik	31
2.4.4.Gastrointestinal Sistem İle İlgili Olası Komplikasyonlar.....	32
2.4.4.1.Konstipasyon veya Diyare	32
2.4.4.2.Bulantı ve Kusma	32
2.4.5.Deri Bütünlüğü İle İlgili Olası Komplikasyonlar.....	32
2.4.5.1.Yara Enfeksiyonu.....	32
2.4.5.2.Yara Açılması.....	33
2.4.6.Olası Psikiyatrik Komplikasyonlar	33
2.4.7.Diğer Olası Komplikasyonlar.....	34
2.4.7.1.Ağrı.....	34
2.4.7.2.Uykusuzluk.....	34
2.4.7.3.Postoperatif Ateş	35
3.MATERYAL ve METOT	36
3.1.Araştırmanın Şekli.....	36
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	36
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	36
3.4.Anket Formunun Hazırlanması ve İşlem Yolu	37
4.BULGULAR	40
5.TARTIŞMA	66
6.SONUÇ ve ÖNERİLER.....	76
ÖZET.....	78
SUMMARY	79
7.KAYNAKLAR.....	80
8. EKLER	89

Simgeler ve Kısaltmalar

ASD	Atrial Septal Defect
BUN	Kan Üre Azotu
CABG	Koroner Arter Bypass Greft
DAP	Durumluk Anksiyete Puanı
ECC	Ekstra Korporeal Sirkülasyon (kalbin pompa fonksiyonunun ve akciğerin gaz değişim fonksiyonunun geçici olarak hastanın damar sistemine bağlanan bir pompa oksijenatörle sağlandığı sistemdir.)
GİS	Gastrointestinal Sistem
IMA	İnternal Mammarial Arter
PDA	Patent Duktus Arteriosus
SAP	Sürekli Anksiyete Puanı
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (İstatistiksel analize yönelik bilgisayar programı)
SS	Standart Sapma
TEKHARF	Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları Risk Faktörleri
VSD	Ventriküler Septal Defekt

TABLolar

	Sayfa
Tablo 1. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Genel Özellikleri.....	39-40
Tablo 2. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Genel Özelliklerinin Devamı.....	40-41
Tablo 3. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Genel Özelliklerinin Devamı.....	42
Tablo 4. Hastaların Cinsiyetine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Grubu Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi.....	43
Tablo 5. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Grubu Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi.....	44
Tablo 6. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi.....	44
Tablo 7. Hastaların Mesleklerine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Grubu Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi.....	45
Tablo 8. Hastaların Meslek Gruplarına Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi	46
Tablo 9. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Grubu Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi	47
Tablo 10. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi ...	48
Tablo 11. Hastaların Sigara Kullanımına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Grubu Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi	49
Tablo 12. Hastaların Sigara Kullanım Durumlarına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Ortalamalarının Varyans Analizi İle İncelenmesi	50
Tablo 13. Hastaların Alkol Kullanımına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Grubu Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi	51
Tablo 14. Hastaların Alkol Kullanım Durumlarına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Ortalamalarının Varyans Analizi İle İncelenmesi.....	52
Tablo 15. Hastaların Hastane Deneyimine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Grubu Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi	53

Tablo 16. Hastaların Hastanede Refakatçisi Kalıp Kalmayacağına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Grubu Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi	54
Tablo 17. Hastaların Kronik Hastalıklarına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Grubu Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi.....	55
Tablo 18. Hastaların Şikayet Süresine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Grubu Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi.....	56
Tablo 19. Hastaların Şikayet Süresine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Ortalamalarının Anova Varyans Analizi İle İncelenmesi.....	57
Tablo 20. Hastaların Ameliyat Öncesi Tıbbi Tedavi Alıp Almamasına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Grubu Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi	58
Tablo 21. Hastaların Daha Önce Hastalığı İle İlgili Bilgi Alıp Almadığına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Grubu ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi	59
Tablo 22. Hastaların Taburcu Olduktan Sonra Bakımına Yardımcı Olacak Birinin Olup Olmamasına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Grubu Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi.....	60
Tablo 23. Hastaların Ailesinde Başka Kalp Ameliyatı Olan Birinin Olup Olmadığına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Grubu Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi	61
Tablo 24. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP, Yoğun Bakımda Kalış Süresi ve Yaş Değişkenleri Arasındaki Pearson İlişki Kat Sayısı Tablosu	62
Tablo 25. Hastaların Ameliyat Sonrası Görülme Olasılığı Olan Komplikasyonlara Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP ve SAP Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi.....	64-65

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kalp ve damar hastalıkları; ortalama yaşam süresinin ve kalitesinin artmasına, korunma ve önleme çalışmalarına, tıbbi-cerrahi tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere rağmen her yıl ülkemizde ve dünyada yaşamı tehdit eden hastalıklar arasında birinci sıradaki yerini korumaktadır.

Türk Kardiyoloji Derneğinin yaptığı TEKHARF (Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları Risk Faktörleri) çalışmasınca sağlanan verilere göre Türkiye’de her yıl 330.000 kişide yeni koroner kalp hastalığı gelişmektedir.

Günümüzde kalp hastalıklarının cerrahi tedavisinde en çok kullanılan yöntem açık kalp cerrahisidir. Açık kalp ameliyatı; kalp hastalıklarının cerrahi tedavisinde kullanılan, koroner arter hastalıkları, kalp kapağı hastalıkları, konjenital lezyonların tamiri ve kalp transplantasyonu için uygulanan temel bir tedavi şeklidir (Onat ve ark., 2004; Özcan, 2008).

Açık kalp ameliyatı, kalp ve akciğerlerin fonksiyonlarının ameliyat süresince vücut dışında bir makine tarafından geçici olarak sağlanarak ECC (Eksra Korporal Sirkülasyon), yapılan ameliyatlara denir (Erdil ve Elbaş, 2001). Açık kalp cerrahisinde, kalbin ve akciğerlerin fonksiyonlarını durdurmak ve kalp içindeki kanı boşaltmak gerekir. Bu da kalp - akciğer makinesi ile yapılır. Açık kalp cerrahisinin en büyük avantajı, kalp hareketsizken ve kansız ortamda doğrudan kalbe girişimde bulunulabilmesidir. Kalp - akciğer makinesi kullanılmasının dört temel amacı vardır:

- Dolaşımı, kalp ve akciğerden uzaklaştırarak cerraha kansız ortam sağlamak.
- Kalp, akciğer dinlenmedeyken bedenın tüm oksijen gereksinimini ve gaz değişimini sağlamak.
- Kanı soğutmak, ısıtmak ve filtreden geçirmek.
- Oksijenlenmiş ve filtreden geçmiş kanı, arter sistemine vermek (Erdil ve Elbaş, 2001).

1970'li yıllarda CABG (Koroner Arter Bypass Greft) ameliyatlarının sadece %20'sinde ECC kullanılmaktayken kalp-akciğer makinelerinin geliştirilmesiyle CABG ameliyatlarında ECC giderek standart hale gelmiş, kardiyoplejideki gelişmelerinde katkısı ile, çalışan kalpte CABG ameliyatı birkaç merkez dışında uygulanırlığını yitirmiştir (Oğuş ve ark., 1996).

Türkiye'de ilk başarılı açık kalp ameliyatı 1960 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde Dr. Mehmet Tekdoğan tarafından gerçekleştirilmiştir. Bunu izleyen yıllarda Dr. Yüksel Bozer, Dr. Aydın Aytaç, Dr. Siyami Ersek ve Dr. Kemal Beyazıt öncülüğünde dünyadaki gelişmelere paralel olarak açık kalp cerrahisi Türkiye'de gelişmiştir ve halen kabul edilebilir morbidite-mortalite oranları ile başarılı bir şekilde yapılmaktadır (Elitoğ ve Erkuş, 2008).

Açık kalp ameliyatının tedavi edici ve olumlu etkilerinin yanı sıra ameliyat sonrası dönemde hastalarda fiziksel, emosyonel ve sosyal bazı değişiklikler görülmektedir. Açık kalp ameliyatı olan hastaların hareket etme, beslenme, boşaltım, solunum, cinsel işlev, uyku ve dinlenme gibi fiziksel aktivitelerini yerine getirmede bazı değişiklikler olmaktadır. Kalp yaşamsal bir organ olduğu için hastalar ameliyat öncesi ve sonrası dönemde ölüm korkusunu yoğun olarak yaşamaktadır (Güneş, 2001). Bu korkunun en aza indirilmesi için preoperatif dönemde anksiyetenin giderilmesi gerekmektedir. Anksiyete cerrahiyi, anesteziyi ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkiler. Cerrahi girişim uygulanacak hastalarda genel olarak anestezi kaygısı, ölüm riskine ilişkin endişeler, özürlü olacağı endişesi, ağrıdan korkma, bedeni üzerinde denetimini kaybedeceği endişesi, cinsel yeterliliğini kaybedeceği korkusu, çalışabilirliğini kaybedeceği endişeleri gelişir. Preoperatif dönemde hastaların %60-80 inin anksiyöz olduğu yapılan çalışmalarla bildirilmiştir (Turan, 2007).

Anksiyete en kısa ifade ile nedeni bilinmeyen iç sıkıntısıdır. Hastane ortamı birey için yabancı, korkutucu, endişe verici ve karmaşık bir ortamdır. Hastanenin yabancı bir yer oluşu, çevrede yeni insanların bulunması, bilinmeyen aletler, tedaviler ve serviste yapılan günlük işler bireyin yoğun anksiyete yaşamasına neden olan faktörlerdir (Ala, 2007).

Açık kalp ameliyatı olan hastaların anksiyete düzeyinin artması durumunda, algılama, konsantre olma, uyum ve öğrenme yetisinde de bozukluklar görülebilmektedir. Bundan dolayı hastalar ameliyat sonrası döneme uyum güçlüğü yaşamakta ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorlanmaktadırlar (Güneş, 2001).

İnsanoğlunun var oluşundan bu yana varlığı kabul edilen anksiyetenin genel bir amacı vardır. Başlangıçta bu amaç insanı çevresinden gelecek tehlikelerden korumaya yönelik iken çağımızda anksiyete canlılığın, yaşamla mücadele etmenin, yeni şeyler keşfetme ve yaratabilmenin, rekabet ortamında olumlu işler yapabilmeyin ve kendini kabul ettirebilmenin bir gereği olarak yaşanmaktadır. Ameliyat olması gerektiği kendisine bildirilen hasta, artık bir stres durumuyla karşı karşıyadır ve bu stres yıllar boyunca gelişmiş olan başa çıkma mekanizmalarını zorlamaktadır. Duygusal açıdan güçlü olan bir birey için bile cerrahi; acı, ağrı, güç kaybı veya ölüm olasılıklarıyla yüzleşmek zorunda kaldığı ciddi bir yaşamsal strestir. Ameliyat öncesi dönemde birçok hastada var olan anksiyetenin bu olumlu özekliklerinin yanında, düzeyinin patolojik seviyelere ulaşmasıyla zararlı etkileri ortaya çıkar. Anesteziye ve cerrahiye ait endişeler, ameliyatı ve ameliyat sonrası iyileşmeyi olumsuz etkiler (Demir ve ark., 2010).

Açık kalp ameliyatı geçiren bir hasta herhangi bir komplikasyon gelişmemiş ise ortalama 5-7. günde hastaneden taburcu edilmektedir. Bilindiği gibi hastanın taburcu edildiği bu günde yara henüz tam iyileşmemiştir. Hastaların taburculuk sonrası 1.ve 3. haftada daha çok uykusuzluk, bulantı, iştahsızlık ve göğüs kesi ağrısı yaşadıkları ve bu sorunların ilk 6 haftada iyileştiği araştırmacılar tarafından bildirilmektedir (Yılmaz ve Çiftçi, 2010).

Bu araştırmanın amacı açık kalp ameliyatı geçiren hastalarda preoperatif anksiyete ile postoperatif komplikasyonlar arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalp Cerrahisi

Kalp yaşamsal bir organ olması nedeniyle cerrahlar tarafından her zaman korkulan ve cerrahi açıdan uzak durulması gereken bir organ olarak algılanmıştır. Bu anlamda cerrahlar tarafından en son müdahale edilen organ kalp olmuştur. Kalp yaralarına dokunulmazlık ilkesi miyokarda ilk süturu koyan Ludwig Rhen tarafından 1896 yılında bozulmuştur (Güneş, 2001; Özcan, 2008).

Anestezi ve tanı yöntemlerindeki ilerlemeler 19. yüzyılın sonları ile 20. yüzyılın ilk yarısında bilim ve teknolojiye gelişmelerin bir sonucu olarak, kalp cerrahisinin hızla gelişmesinde büyük rol oynamıştır (Oto ve Örer, 1999; Özcan, 2008).

Modern kalp cerrahisi, 1938 yılında Gross'un başarılı PDA (Patent Duktus Arteriosus) ligasyonu ile başladı. Bunu 1944'te Crafoord'un ilk başarılı aorta koarktasyon rezeksiyonu izledi. 1945'te Blalock Taussig şant ameliyatı önemli bir aşama olarak fallot tetralojisinin palyatif tedavisinde yerini aldı. Bunu 1948'de Bailey Harken ve Brock tarafından birbirinden mustakil olarak yapılan kapalı mitral kommissurotomi ameliyatları izledi. Gerçi 1923'de Leuine ve 1925'te Souttar mitral darlığını giderebilmek için bazı girişimlerde bulunmuşlardı ama 1948'e kadar başarılı bir sonuç alınamamıştı (Aytaç, 1991; Oto ve Örer, 1999).

1953'te Lewis ve Taufic ilk defa kalbi açtılar ve bunun için "hipotermi + inflow oklüzyon" tekniği kullanarak 5 yaşında bir kız çocuğundaki ASD'yi (atrial septal defekt) başarıyla kapattılar. Aynı yıl Swan bu tekniği seri halinde kullandı (Aytaç, 1991).

1953'de Gibbon ilk defa kalp-akciğer makinesi kullanarak bir genç kızda ASD'yi başarıyla kapattı (Sayın, 2009).

1954 sonlarında Lillehei ve Varco fallot tetralojisinde total korreksiyonu aynı metotla gerçekleştirdiler. 1955’de Kirklin kalp - akciğer makinesi kullanılarak VSD (ventriküler septal defekt) ve daha sonra fallot tetralojisinde total korreksiyon ameliyatı yaptı.

1957’de Lillehei ve Merondino mitral darlığını ve yetmezliğini açık kalp metoduyla ayrı ayrı ameliyat ettiler. 1960’da McGoon ve sonraki yıllarda Dubost ve bilhassa Carpentier bu konuda büyük ilerlemeler kaydettiler. 1960’da Star ilk mekanik mitral valve replasmanını uyguladı. Aynı yıl Harken ilk aort kapak replasmanını yaptı (Aytaç, 1991).

1967’de Favalaro ve Efler safen ven kullanmak suretiyle ilk modern koroner bypass ameliyatını gerçekleştirdiler. 1968’de Green ilk defa koroner bypass ameliyatında IMA (internal mammary arter) kullandı (Aytaç, 1991).

Türkiye’de modern kalp cerrahisinin ilk adımları kapalı mitral komissurotomi ile başladı. 1953 ve 1954 yıllarında İstanbul’da Dr. Nihat Dorken ve Dr. Fahri Arel, Ankara’da Dr. Orhan Mumin ve Dr. Hilmi Akın bunun öncülüğünü yaptılar. Daha sonraları Dr. Dorken ve Dr. Akın kapalı komissurotomi ve perikardiektomi ameliyatlarını büyük seriler halinde uyguladılar (Aytaç, 1991; Oto ve Örer, 1999).

Ülkemizde kalp cerrahisi alanında ki uygulamalar dünyadaki gelişimi takip etmiştir. Dr. Aydın Aytaç 1959 ‘da Amerika Birleşik Devletleri’nde kalp-akciğer makinesi kullanarak açık kalp ameliyatı yapmış ilk Türk doktordur (İpek ve ark., 2008).

Ülkemizde ECC kullanmak suretiyle ilk açık kalp ameliyatı 1960 yılında Dr. Mehmet Tekdoğan tarafından Hacettepe Üniversitesi’nde yapılmıştır (Güneş, 2001; İpek, 2004; Özcan 2008).

Ekstra koporeal dolaşım ile yapılan açık kalp ameliyatına ait Türkiye’deki ilk tebliğ ise, 1963 yılı Nisan ayında Dr.Aydın Aytaç tarafından Bursa’da toplanan Milli Türk Tüberküloz ve Toraks Kongresi’nde yapıldı ve aynı yıl içinde, Hacettepe Tıp Merkezi’ndeki 100 konjenital kalp ameliyatı sonuçları yayınlandı.

1963'de Hacettepe Çocuk Hastanesi'nde Dr.Aytaç ve ekibi tarafından fallot tetrolajili bir çocukta total korreksiyon ameliyatı gerçekleştirildi. Aynı yılın sonunda Dr. Siyami Ersek ve arkadaşları Haydarpaşa'da seri halinde açık kalp ameliyatları uyguladılar ve Türkiye'de ilk defa suni kapak taktılar (Aytaç, 1991; Oto ve rer, 1999).

1966 yılında ilk insandan insana kalp nakli ameliyatını Dr. C.N. Bernard Güney Afrika'da gerçekleştirdi (Aytaç, 1991).

Türkiye'de ilk kalp nakli 1968'de Dr. Kemal Beyazıt ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir.

1974 yılı şubat ayında ülkemizdeki ilk koroner bypass ameliyatı Dr. Aytaç tarafından, safen ven kullanılmak suretiyle başarıyla uygulanmıştır.

Türkiye'de ilk kez koroner bypass cerrahisinde IMA 1974'te kullanılmıştır. Türkiye'de seri halinde ve bol vakayla koroner bypass ameliyatlarını yerleştirmek ise Yüksek İhtisas Hastanesi'nde Dr. Bayazıt ve arkadaşları tarafından gerçekleştirildi. Türkiye'de ilk olarak ameliyattan sonra en uzun süre yaşayan kalp nakli Dr. Cevat Yakut ve Dr. Ömer Beyazıt tarafından 1989'da yapılmıştır (Aytaç, 1991; Oto ve rer, 1999).

Türkiye'de bugün açık kalp cerrahisi batı standartlarında, çok başarılı sonuçlar alınan mükemmel bir duruma gelmiş bulunmaktadır. Bu başarının gerçekleşmesinde kardiyoloji ve anesteziyolojinin çok önemli payı olduğu unutulmamalıdır. Kalp hastalıklarının tedavisinde, ülkemizin bu gurur verici ileri düzeye yükselmesinde, Hacettepe'nin kurucusu olarak Prof. Dr. İhsan Doğramacı'nın Haydarpaşa Göğüs Cerrahisi Merkezi'nin kurucusu olarak Prof. Dr. Siyami Ersek'in ve İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü ile Florance Nightingale Hastanesi'nin kurucusu olarak Prof. Dr. Cem'i Demiroğlu'nun büyük katkıları olmuştur (Aytaç, 1991).

2.2.Erişkin Hastalarda Kalbe İlişkin Cerrahi Girişimler

2.2.1. Koroner Arter Bypass Grefti (CABG)

Koroner arter bypass greft cerrahisi, koroner ateroskleroz nedeniyle kanlanamayan miyokardın arter ve ven greftler kullanılarak, beslenmesi ve oksijenlenmesinin sağlanmasıdır. Bu cerrahi girişimle hastada iskemiye bağlı semptomlar giderilir, miyokard infarktüsü, ani ölüm gibi komplikasyonlar önlenir ve ağrı olmaksızın hastanın günlük yaşamını sürdürmesi sağlanır (Üstündağ, 2009).

Tarihte, çalışan kalpte CABG işlemi ilk kez 1964 yılında gerçekleştirilerek, sonuçları 1967 yılında Kolesov tarafından yayınlanmıştır (Oğuş ve ark., 1996).

Koroner arter bypass greft cerrahisinde arter ve ven greftler kullanılmaktadır. Ven greftleri içerisinde en yaygın kullanılan greft safen vendir. Bacak venleri uygun olmadığında kol venleri en son çare olarak kullanılabilir. Arteriyel greftler arasında en sık kullanılan ve uzun dönem sonuçları en iyi olan IMA'dır. Hem yaşam süresi hem de semptomların kontrol altına alınmasında, ven greftlerine olan üstünlüğü yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Arter ve ven greftler kullanılarak yapılan 2127 koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hasta ile yapılan bir çalışmada sol internal mammary arter beş, on, onbeş yıllık sonuçları sırasıyla %98, %95, %88; Ven greftin beş, on ve onbeş yıllık sonuçları ise sırasıyla %95, %71, %32 dir.

Radyal arter, gastroepiploik arter, inferior epigastrik arter, splenik arter ve subscapular arter nadir olarak kullanılan diğer arter greftler arasındadır (Tatoulis ve ark., 2004; Üstündağ, 2009).

2.2.2. Kalp Kapağı Hastalıklarında Cerrahi Tedavi Yöntemleri

2.2.2.1. Annüloplasti

Kapak yetmezliklerinde genişlemiş annülüsün ya da kapak halkasının cerrahi olarak tamiridir. Daha çok mitral yetmezlik ve triküsbit yetmezliklerinde uygulanan bir tedavi şeklidir (Güneş, 2001).

2.2.2.2. Valvuloplasti

Kapağın değiştirilmeyip tamir edilmesidir (Özcan, 2008; Karakovan ve Eti Arslan, 2010).

2.2.2.3. Kommissürotomi (Valvotomi)

Dar olan kapağın genişletilmesidir. Açık ve kapalı kommissürotomi yapılabilir. Açık kommissürotomide ECC kullanılır. Kapalı kommissürotomide ise, ECC kullanılmadan yapılanıdır (Güneş, 2001; Erdil ve Elbaş, 2001).

2.2.2.4. Kalp Kapağı Replasmanı

Kalp kapağı hastalıklarında, kapak tamirinin uygun olmadığı durumlarda kapak replasmanı uygulanmaktadır. Replasman için mekanik ya da biyolojik kapaklar kullanılmaktadır (Özcan, 2008).

2.2.3. Kalp Transplantasyonu

Kalp hastalıklarının tedavisinde kalp nakli, başka tedavilerden yararlanma şansı olmadığı belirlenen, altı ay yaşama olasılığı %10'nun altında olan hastaların

kalplerini değiştirerek daha fonksiyonel bir yaşam sürmesini sağlamak amacıyla yapılmaktadır (Erdil ve Elbaş, 2001).

Cerrahi girişimler arasında hem fizyolojik hem de psikolojik sorunların en fazla görüldüğü gruplardan birisinin kalp cerrahisi olduğu bilinmektedir. Kalp cerrahisi, bireylerde hastalığından kurtulma umudu ve beklentisi yanında psikolojik açıdan kendi bedenini ve yaşamını destekleyemeyeceği, hastalık öncesi yaşamına dönemeyeceği endişesine ve ölüm korkusuna neden olan bir girişimdir. Birçok yazar, açık kalp ameliyatı olan hastalarda, sıklıkla anksiyete, depresyon, cinsel işlev bozukluğu, ev ve iş yaşamında rol ve statü kaybı gibi sorunların görülebildiğini ifade etmektedir (Özcan, 2008).

2.3. Anksiyete

Tanım olarak anksiyete, otoimmün sinir sisteminin hiperaktivitesine bağlı olarak somatik belirtiler gösteren, endişe hissinin eşlik etmesiyle karakterize patolojik bir durumdur (Tosun, 1998).

Anksiyete hoşa gitmeyen çeşitli bedensel duyguların eşlik ettiği yaygın ve çoğu kez belirsiz bir kaygı duygusudur. Anksiyete bir tehdide veya bir nesnenin eksikliğine bağlı oluşan normal içgüdüsel bir tepkidir (Türe, 2006).

Spielberger ise “anksiyete geleceğe yönelik endişe durumudur” demiştir. Spielberger anksiyetenin özelliklerini şöyle sıralamıştır.

- Geleceğe yönelik endişe durumudur.
- Hoş olmayan bir duygulanım durumudur.
- Bu duygulanım durumunun duyumsanması insana acı verir.
- Sinir sisteminde gerginlik olur.
- Bedensel rahatsızlık verir (Türe, 2006).

Hastalar belirtileri tanımlarken, “içimde bir şeyin pırpır etmesi”, “boğazıma bir şey düğümlemesi”, “göğsüme ateş düşmesi”, “terden sıvılsıklam olma” gibi ifadeler

kullanılmaktadırlar. Bunlara ek olarak iştahsızlık, ağız kuruluğu, baygınlık, bulantı-kusma, göğüs ağrısı, yorgunluk, nefes darlığı, solukluk, kilo kaybı, sersemlik hali vb. gibi bedensel belirtiler de görülmektedir (Özmen ve ark. 1997; Bulantekin 2008).

Anksiyete; taşikardi, takipne, tremor gibi artmış fiziksel bulgularla belirlidir ve bunlara endişe, korku, obsesyon gibi belirtiler eşlik eder (Ebert ve ark. 2003).

Korku ve anksiyete, günlük yaşamda çok sık ve yanlış olarak birbirlerinin yerine kullanılan iki terimdir. Korku kesin bilinen ve dıştan gelen bir tehdit karşısında hissedilen tepki; anksiyete ise nedeni bilinmeyen, karmaşık ve içten gelen bir tehdide verilen tepkidir (Kayhan, 2003).

Genellikle normal korkular gerçek, dış bir tehlikeye karşı ortaya çıkan duygusal tepkilerdir ve duygusal cevap bu tehdide uygundur. Bunun tersine anksiyete bozukluklarındaki korku, hem belirgin dış tehdit olmamasıyla hem de tehdit varlığında verilen cevabın, aşırı olmasıyla belirlidir (Ebert ve ark. 2003).

Anksiyete sözcüğü, Hint-Germen kökenli ‘sıkıca bastırmak, boğazını sıkıkmak, sıkıntı, tasa’ anlamına gelen ‘angh’ sözcüğünden türemiştir (Atik, 2007).

Anksiyeteye ilişkin en eski yazılı kanıt milattan önce 3000’lerde yazılan Gilgamiş destanıdır. Bu destanda Gilgamiş, kendi ölümsüzlüğü ile ilgili endişelerini dile getirmektedir. Freud, 1926’da yayımlanan ‘Ketlenmeler, Belirtiler Anksiyete’ adlı yapıtıyla, anksiyeteyi egonun bir işlevi olarak tanımlayarak bu duygunun psikolojik bir olgu olduğunu ortaya koymuştur (Taparlı, 2004; Turan, 2007).

Herkes yaşamında birçok kez çeşitli boyutlarda anksiyete yaşamaktadır. Anksiyete çoğu zaman herhangi bir hastalık belirtisi olmaksızın yaşamın olağan bir parçası olarak yaşanır. Bireyler anksiyeteyi genellikle; bir kayıp ya da bir tehdit olarak algıladıkları sağlığın sürdürülmesi ve korunmasında tehdit, benlik saygısında azalma ve benlik algısında azalma, bireyin kendini ve yaşamını kontrol etmede yetersizlik, statü ve prestij korunmasında güçlük, emosyonel, fiziksel, ekonomik, sosyal ve kültürel sorunlar, sevilen kişilerin kaybı, özgürlük ve bağımsızlığın kaybı,

gereksinimlerin karşılanamaması, istekler ve beklentilerin gerçekleşmemesi gibi durumlarda yaşarlar (Kayhan, 2003).

Tıbbi ya da cerrahi nedenlerle hastaneye yatan bir birey gerek hastalığı ile gerekse hastane ortamıyla ilgili birçok olumsuz duygu, düşünce ve davranışlar gösterebilir. Hastanede yatan hastaların %30 ve %60 gibi büyük bir çoğunluğunun hastalıklarına eşlik eden psikiyatrik sorunlar yaşadıkları gözlenmiştir (Okanlı ve ark., 2006).

Cerrahi girişim hastaların büyük bir çoğunluğunun yoğun korku ve stres yaşamasına neden olmaktadır (Akyolcu ve Yardakçı, 2004).

Hasta ameliyat olacağını bildiği için korkar, sonrasını bilmediği için korkar ve anksiyete duyar. Bireye anksiyete ve korku yaşatan ameliyat öncesi dönem, bireyin yaşamında yer alan bir kriz dönemidir (Karayurt, 1998).

Hastada, hastalığından kurtulma umut ve beklentisi yanında bedenine zarar geleceği, yaşantısını denetleyemeyeceği ve en önemlisi ölüm korkusunun olması anksiyetenin oluşmasına zemin hazırlamaktadır (Güz ve ark., 2003).

Ameliyat öncesi dönemde hastanın anksiyete düzeyini, yapılacak işlemler hakkında bilgi sahibi olmamak, hastanın kişisel özellikleri, yaşı, daha önceki anestezi ve cerrahi deneyimi, 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 aktivitesine daha kısa sürede dönmesini sağlar (Karayurt, 1998).

Ameliyat öncesi dönemde anksiyete düzeyini araştıran yayınlarda hastaların %60-80'inde belirgin anksiyete olduğu saptanmıştır. Uygulanacak ameliyatın büyüklüğünün de önemli olduğu, örneğin kardiyak ameliyatlarda plastik cerrahi ameliyatlarına göre daha yüksek düzeyde anksiyete olduğu belirtilmiştir (Güz ve ark., 2003).

Fiziksel hastalığa ilaveten psikiyatrik bir sorun yaşanması, hastalığın seyrini, tedaviye cevabı, hastanın uyumunu yaşam kalitesini mortalite ve morbiditeyi olumsuz etkilemektedir. Psikiyatrik bozukluğu olan hastaların bedensel hastalıklara dayanma gücü azalır, tedavi ve rehabilitasyon programlarına uyumları kötü yönde etkilenir (Okanlı ve ark., 2006).

2.3.1. Anksiyetenin Tarihçesi

1900 öncesi; anksiyeteyi kontrol etmek için inkar ve baskılamayı ön plana çıkarmıştır (Türe, 2006).

Albert Camus çağımızı korku yüzyılı olarak nitelemiş, W. H. Auden ise anksiyete yüzyılı olarak tanımlamıştır. Bu tanımları kompozitör Leonard Bernstein, ikinci senfonisinin adı “The Age of Anxiety” olarak kullanmıştır. Anksiyetenin, emosyonel ve psikolojik sorunları anlamada temel bir sorun olduğuna dikkati çeken ilk bilim adamı Freud’dur (Taparlı, 2004).

Freud anksiyeteyi kişilik gelişiminin merkezinde yer alan bir olgu olarak tanımlamıştır (Türe, 2006).

Spielberger (1975), stres ve korkuyu, anksiyetenin ortaya çıkmasına neden olan olayların değişik aşamaları olarak kabul eder.

İngiliz nörolog Symonds’a göre korku ile anksiyete arasındaki ayrım çizgisi kesin değildir. Symonds “Anksiyete ince bir tabaka halinde yayılan korkudur”der (Taparlı, 2004).

2.3.2. Anksiyetenin Organizmaya Etkisi

Organizma herhangi bir stresör ile karşılaştığı zaman ya bununla mücadele eder ya da kaçır. Böylece iç dengeyi sağlamaya çalışır. Bu sırada organizmanın tüm sistemlerinin işleyişinden sorumlu olan hipotalamus uyarılır. Uyarılan hipotalamus adenohipofizi etkileyerek glikokortikoidlerin ve mineralokortikoidlerin (özellikle

aldosteron) salgılanmasına neden olur. Otonom sinir sisteminin etkilenmesi ile sempatik sinirler adrenal medullayı etkileyerek adrelinin ya da noradrenalin salgılanmasına neden olur. “Savaş ya da kaç” hormonu olarak adlandırılan bu hormonlar vücudu acil durumlara hazırlar. Örneğin arter duvarını daraltarak kalp atım sayısını artırır. Kan basıncında yükselmeye neden olur (böylece hayati organlara kan takviyesi yapılır). Kortizon hormonunun salgılanması, vücudun strese olan direncini yükseltir (Kayhan, 2003).

Stresörler ortadan kalktığı zaman stresin etkileri kısa sürede kaybolur. Bireyler stresörle karşılaştıkları zaman oldukça geniş sınırlar içinde dalgalanan bir otonom cevap verirler ve bu cevabın yansıması olan belirtileri geçici olarak yaşarlar. Asıl problem denge kurulmadığı zaman ortaya çıkar çünkü dengenin kurulamaması stresin anksiyeteye dönüşmesine neden olur. Stresin anksiyeteye dönüşmesine neden olan faktörler şu şekilde sıralanabilir:

- Stres yükselmesinin sürekli veya sistemin enerjisini bir kerede tüketecek kadar şiddetli olması.
- Biyolojik duyarlılık; otonomik esnekliğin azalması, stresöre karşı oluşan otonom değişikliklerin geriye dönüş sürecinin uzaması.
- Psikolojik duyarlılık; ana-baba davranışının özellikleri, stresör hayat olayları, tehdit edici bilgilere eğilimli kişiler (Kayhan, 2003).

Psikolojik tepki olarak huzursuzluk, konsantre olma yeteneğinde azalma, sinirlilik, güvensizlik, kontrolünü kaybetme, korku, çaresizlik, ağlama, başkalarını suçlama eğilimi, kendini ve başkalarını eleştirme eğilimi, çekingenlik, girişim azlığı, öfke, hayalcilik, felaketi sezinleme görülebilir.

Fizyolojik tepki olarak ise; kan basıncında artış, bronşlarda genişleme olur, kalp atımı hızı ve solunum sayısı artar, pupillalar dilate olur, deride soğukluk, terleme, ağızda kuruluk, gastrointestinal sistem hareketlerinde azalma, iştahsızlık, bulantı, kusma, halsizlik, baş dönmesi, titreme, motor aktivitede artma, sık idrara çıkma, diyare, ses titremesi ya da ses tonunda değişiklik gözlenebilir (Taparlı, 2004).

2.3.3. Anksiyete Kuramları

2.3.3.1. Antik Köken

Antik çağlardan beri insanlar anksiyeteyi açıklamaya ve onunla başa çıkmaya çalışmıştır. Çoğu zaman anksiyetenin tanrılardan, kötü ruhlardan ya da büyüden kaynaklandığı düşünülmüştür. Doğaüstü güçlere daha az inanan eski Yunanlılar anksiyeteyi dinginliğe ulaşarak kontrol etmeye çalışmışlardır. Anatomik kuramın beşinci yüzyılda yaşamış olan babası Abdera' lı Demokritos'a göre "Hareketin sonu dinginliktir. Dinginlik ruhun huzurlu ve güçlü olduğu, korku, doğaüstü güçler ya da diğer duygular tarafından rahatsız edilmediği bir durumdur."

Eflatun, akıl ile tutku arasındaki ayrımın önemini vurgulamıştır. Aristo ise " Korku, yıkıcı ve acı verici türde bir kötülüğün zihinsel görüntüsünden kaynaklanan acı ya da rahatsızlıktır" diye yazmıştır (Kayhan, 2003).

2.3.3.2. Psikanalitik Kuram

Psikanalitik kuramın gelişiminde anksiyetenin temel bir öneme sahip olduğu bilinir. Freud başlangıçta, 1894 ve 1895'teki yazılarında anksiyeteyi temelde fizyolojik bir tablo olarak ele aldı. Anksiyete Freud tarafından, bastırılmış düşünce ve dürtülerden kaynağını alan yaygın endişe ve dehşet hissi olarak tanımlandığı gibi, kişiyi altüst eden paniğe benzer, bedensel belirtilerle kendini gösteren bir durum olarak da tanımlanmıştır (Turhan, 2007).

Freud'a göre insan davranışları tüm yönüyle uyumu sağlamaya yönelik bir amaç taşır. Hiçbir davranış rastlantısal değildir ve organizmanın yaptığı her şey yaşamı sürdürme çabasının farklı biçimleridir. Freud anksiyeteyi 3 başlık altında toplamıştır (Kayhan, 2003).

2.3.3.2.1. Objektif ya da Gerçek Anksiyete

Birey dıştan gelen tehlikeleri algılar ve sıkıntı duyar. Bu korku ile eş anlamlıdır (Güneş, 2001; Ayoğlu, 2003). Benlik alt benliğin gereksinimlerine doyum sağlamaya çalışırken, dış dünyanın gerçekleri karşısında zorlandığında ortaya çıkan anksiyete durumudur (Kayhan, 2003).

Tehlike ve tehdit bittiğinde anksiyete de ortadan kalkar. Ancak bazı durumlarda tehlike ve tehdit insanın yaşamı için güven kaybettirici olabilir. Anksiyete kişiye yük olan ve zarar veren bir durum olabilir. Eğer kişi anksiyete ile mücadelede yetersiz kalırsa yaşam şekli anksiyeteyi engeller nitelikte ise davranış bozukluğu ortaya çıkabilir (Taparlı, 2004).

2.3.3.2.2. Moral Anksiyete

Benliğin bilinçaltı gereksinimlere doyum sağlama çabası aynı zamanda üst benliğin moral isteklerine de uygun olmalıdır. Bunun gerçekleşemediği durumlarda üst benlikten yöneltilen suçlama, utanma, aşağılama gibi suçluluk yaratan duyguların neden olduğu bir anksiyete halidir (Türe, 2006). Bireyin düşünce, duygu ve belleğindeki çelişki ve çatışma sonucu ortaya çıkar (Güneş, 2001).

2.3.3.2.3. Nevrotik Anksiyete

Benlik alt benlikten kaynaklı dürtüsel baskılar karşısında zorlandığında, dürtüsel baskıların şiddetlendiği durumlarda yaşanan benlik bütünlüğünün tehdit altında olduğu duygusudur (Kayhan, 2003).

Karen Horney'e göre, anksiyete de, tıpkı korku gibi tehlikeye karşı bir cevaptır. Horney'e göre anksiyetede olan şey, kişinin emniyetidir. Bu emniyet korkusu çocukluktan itibaren emel anksiyete olarak başlar, kişi potansiyel düşman karşı dünyada emniyeti sağlamak için bir takım nevrotik savunma eğilimleri oluşturur. Bu

savunma eğilimleri bir gün zayıflarsa veya yıkılırsa anksiyete ortaya çıkar (Turhan, 2007).

Eric Form ise anksiyetenin kültürel bir olay olduğunu, kişinin yaşadığı çaresizlik, yalnızlık ve çevreye yabancılaşma duygularının rollerini vurgular (Güneş, 2001).

2.3.3.3. Öğrenme Kuramı

Korku ve anksiyetenin koşullanma aracılığı ile öğrenilmesi sürecinin temelleri Pavlov'a kadar gider. Klasik uyarın - tepki kuramında, yansız uyarın başka bir deyişle doğal olarak korkutucu olmayan uyarın (koşullu uyarın), doğal olarak korkutucu bir uyarınla (koşulsuz uyarın) eşleştirildiğinde; koşullu uyarın yansız olma özelliğini kaybederek itici - korkutucu bir uyarın (koşulsuz uyarın) özelliğini kazanır. Klasik koşullanma ilkelerine göre özünde korkutucu olmayan her türlü yansız uyarının (basit veya karmaşık) korkutucu bir uyarınla eşleştirilerek yansız olma özelliğini kaybedip, itici anksiyete uyandırıcı bir özellik kazanabileceği belirtilmiştir (Turhan, 2007).

Mowrer'in iki basamaklı öğrenme kuramı klasik ve edimsel koşullanma kuramlarını bir araya getirerek anksiyete bozukluklarının oluşumunu açıklar (Turhan, 2007).

Klasik model, organizmanın öğrenme olayına pasif olarak bir katılımı görülürken, edimsel model bir seri birbirini takip eden hem pozitif hem de negatif olayların uyarımı olarak kabul edilir. Bir davranış ödüllendirildiğinde pozitif pekiştirme ile sonuçlanır. Buna karşın, özel bir davranışa cezalandırma gibi hoş olmayan bir karşılık verildiğinde negatif pekiştirme ortaya çıkar. Olasılıkla davranışlar tekrarlandıkça pozitif ya da negatif pekiştirmeler artacaktır. Öğrenmenin temelinde ödül elde edilmesi ya da ağrıdan kaçınılması gibi davranışların desteklenmesi yatar (Ebert ve ark., 2003).

2.3.3.4. Davranışçı Bilişsel Kuram

Öğrenme kuramlarının ayrıntılı incelenmesi sürecinde, depresif ve anksiyete bozukluklarının etyolojisi araştırılırken bilişsel bir kuram geliştirilmiştir. Bu konuda farklı kuramlar ortaya atılmasına rağmen Beck'in bilişsel üçlü kavramı en yaygın ve en çok kabul gören kuram olmuştur. Bu görüşe göre, anksiyete ve depresyon gibi anormal duygusal durumlar; kişinin gelecek, dünya ve kendisi ile ilgili çıplak inançların bir sonucudur. Kemikleşmiş çıplak inançlar, iç ya da dış olaylara karşı otomatik biçimde anksiyete yanıtı ile sonuçlanır (Ebert ve ark., 2003).

Davranışçı kurama göre, hem fobiler hem de obsesif kompulsif bozukluk bir koşullanma sonucu oluşmaktadır. Fobilerde hastalığın devam etmesinde en önemli etkenin korkulan uyarandan kaçma ve kaçınma davranışları olduğu düşünülmüş ve kaçınma davranışlarının söndürülmesi ve alışma döneminin ortaya çıkmasını sağlamaya yönelik, "alıştırma tedavileri (exposure)" olarak bilinen yaklaşım geliştirilmiştir (Turhan, 2007).

Alt benlikten (id) haz ilkesi doğrultusunda doyum arayan dürtüler, üst benliğin (süper ego) gerçekleri tarafından engellenir. Benlik aradaki bu çatışmayı çözerek dürtüyü bastırırsa sorun yaşanmaz ancak, çatışmayı çözemez ve dürtü bastırılmazsa bunu bir tehdit olarak algılar. Karşıt tepki yap-boz, yer değiştirme, yalıtma gibi savunma işlevleri, yer, zaman ve görünüm değişikliği içinde, saplantı, zorlantı, fobiler gibi belirtisel bunaltılar oluşturmaktadır (Atık, 2007).

2.3.3.5. Varoluşçu Kuram

Varoluşçu kuram farklı türde bir temel çatışmayı vurgulamaktadır. Ne bastırılmış içgüdüsel çekişmelerle ne de içselleştirilmiş önemli yetişkinlerle olan çatışmayı önemsemektedir, onun yerine bireyin var olmanın getirileriyle yüzleşmesinden kaynaklanan çatışma üzerinde durmaktadır.

Varoluşçu kuramda anksiyetenin en önemli nedenleri ölüm, özgürlük, yalıtım ve anlamsızlıktır (Turhan, 2007).

Varoluşçu teorilerin ana kavramı, insanın hayatında büyük bir hiçliği fark etmesi düşüncesidir. Anksiyete, kişinin bu var oluş ve anlam boşluğuna yanıtıdır (Atık, 2007).

2.3.3.6. Spilberger'in Anksiyete Kuramı

2.3.3.6.1. Durumluluk Kaygı

Gerçek bir tehlike veya tehdidin bulunduğu çevresel koşullar karşısında oluşan, bireyin karmaşık coşkusal tepkilerinin anlatımıdır (Güneş, 2001).

Bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur (Türe, 2006).

Kimileri sürekli olarak huzursuzluk içinde yaşar. Genellikle mutsuzdur. Doğrudan doğruya çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan bu kaygı türü içten kaynaklanır (Kayhan, 2003). Stresin yoğun olduğu zamanlar durumluluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme olur (Türe, 2006).

Fizyolojik olarak da otonom sinir sisteminde meydana gelen bir uyarılma sonucu terleme, kızarma, sararma ve titreme gibi fiziksel değişimler, bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergeleridir (Kayhan, 2003).

Bu tip kaygı insanın içinde bulunduğu durumu tehdit eden, tehlike yaratan koşullardan oluşmasından yana böyle algılanmasından, anlaşılmasından, yorumlanmasından kaynaklanır.

- Bu durum elem veren, hoş olmayan duygu durumu yaratır.
- Bu duygulanım durumu algılanır, anlaşılır, duyumsanır.
- Bu süreç içinde bilinç açıklık, haberdar ve uyanıktır.

- Bitkisel sinir sistemi işlevlerinde değişimler olduğunu gösteren belirtiler ortaya çıkar (Atik, 2007).

2.3.3.6.2. Sürekli Kaygı

Bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır. Buna kişinin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılamaları ve stres olarak yorumlama eğilimi denir (Türe, 2006).

Çevresel koşullardan bağımsız olarak bireyin, huzursuzluk, endişe duyma, karamsar olma, stres altında aşırı duyarlılık ve yaygın coşkusal tepkilerde bulunma eğilimi, göstermesidir (Güneş, 2001).

- Bu kaygı tipi, durumluluk kaygıya oranla durağan ve sürekli dir.
- Bu tip kaygının şiddeti ve süresi kişilik yapısına, kişiliği oluşturan katmanların işlevine göre değişir.
- Kişilik yapısının kaygıya yatkın olması sürekli kaygı düzeyini etkiler.
- İnsanların sürekli kaygı düzeylerinin birbirinden farklı olması tehdit eden tehlike durumunun algılanmasını, anlaşılmasını, yorumunu tek sözcükle değerlendirilmesini değiştirir.
- Sürekli kaygı düzeyindeki bu değişiklik durumluluk kaygı düzeyini de değiştirir.

Günlük yaşantıda, kişilik yapısı ve kişiliği oluşturan katmanların işlevi sonucu ortaya çıkan yüksek sürekli kaygı düzeyi engel aşma, sorun çözme durumlarında durumluluk kaygı düzeyinin aşırı, şiddetli sürekli biçimde yükselmesine yol açar (Atik, 2007).

2.3.4. Anksiyete Düzeyleri

Hoy ve Peplau anksiyetenin hafif, orta, şiddetli ve panik olmak üzere 4 değişik düzeyde gerçekleştiğini belirtmişlerdir (Türe, 2006).

2.3.4.1.Hafif Anksiyete

Uyanıklık çevreden haberdar olmanın ilk aşamasıdır, kişi bu aşamada görür, işitir, konuşulanı anlar (Türe, 2006).

Birey olaylar arasındaki bağlantıyı görebilir, bu bağlantıları sözel olarak diğer kişilere açıklayabilir (Kayhan, 2003).

Tam olarak konsantre olma ve mantık yürütme yeteneği vardır. Bu nedenle birey bu düzeyde anksiyetede etkin problem çözme becerisine sahiptir. Birey tırnak yeme, yürüme, ağlama, uyuma, yeme, gülme, sigara içme, içki içme gibi gerilimleri hafifletmek için savunma mekanizmalarını kullanır (Atik, 2007).

2.3.4.2. Orta Anksiyete

Yoğunluk söz konusudur kişinin iletişim ve kavrama düzeyinde belirgin azalma söz konusudur (Türe, 2006).

Algısal alanı dardır. Kendisi ile ilgili olmayan konuları dışarıda bırakabilir. İlgili konuya konsantre olur ve yaşadığı olaylar arasındaki bağlantıyı görebilir (Güneş, 2001).

Kişide kas gerginliği, tansiyon, nabız ve solunum sayısında artma, hafif terleme ve baş ağrısı, mide şikayetleri gibi hafif somatik belirtiler görülebilir. Birey endişeli, ürkek, hassas, sabırsız, heyecanlı olabilir (Atik, 2007).

2.3.4.3. Şiddetli Anksiyete

Bireyin algılama alanı fazla daralmıştır (Güneş, 2001). Birey çevresinde olup bitenleri algılamada güçlük çeker. Bu düzeyde anksiyetede öğrenme ve problem

çözme mümkün değildir. Birey sadece ayrıntıları kavrar, fiziksel ve duygusal huzursuzluk vardır (Kayhan, 2003).

Birey uykusuzluk, baş ağrısı, bulantı, titreme, iştahsızlık, korku, ürperme ve çarpıntının fazlalığından şikayet edebilir. Rahatsızlık ve hassasiyet duyguları artmıştır. Bunun yanı sıra ölümün yakın olduğu duygusu yaşanabilir (Atik, 2007; Karaveli, 2009).

2.3.4.4. Panik Anksiyete

En şiddetli anksiyetedir. Üzerinde odaklaşılan konular çarpık ve abartılıdır (Güneş, 2001). Kişi işlem yapamaz, iletişim kuramaz haldedir. Panikle birlikte uyarılara yanıt alamaz. Kişi kendine gelemez yardıma ihtiyacı vardır (Türe, 2006). Bu düzeyde yaşanan duygular bireye acı verir. Kontrolü kaybetme, aşırı derecede öfke, ümitsizlik, çaresizlik, tükenmişlik, korku, endişe, dehşet hisleri yaygındır. Halüsinasyon görülebilir. Ölüm meydana gelebilir (Atik, 2007).

2.3.5. Anksiyetenin Nedenleri

Yaklaşma-kaçma çatışması, en sık görülen çatışma tipidir. Kaygı düzeyini yükselten temel etken olup, aynı zamanda zorlanmanın ve zorlanmaya bağlı bozukluk ve hastalıklarında temel nedenidir. Bireyin haz veren, elem veren, hoş giden, hoş gitmeyen davranış kalıpları arasında seçim yapma zorunluluğu bu tür çatışmaya yol açar (Atik, 2007).

Literatürlerde hastaların tanısına bakılmaksızın her türlü tıbbi tedavi, bakım ve girişimlerde yoğun anksiyete yaşadıkları bildirilmektedir. Hastalık sırasında anksiyete yaratan kriz durumları; belirti ve bulguların ortaya çıkması, hastalığı çağrıştıran değişikliklerin olması, tanı aşaması tetkik sonuçlarını bekleme dönemi, yeni bir tedavi öncesi ve tedavi değişimi olarak sıralanabilir (Atik, 2007).

Levy ve Laughlin, anksiyeteye neden olan ilk çocukluk olaylarını: kazalar, ameliyatlar, korkular, ayrılık, bir ebeveynin ölümü, yeni bir kardeşin doğumu, ani ortam değişiklikleri olarak sıralamaktadırlar. Yetişkin çağdaki anksiyete nedenleri ise, cinsel istekler, bağımlılık ihtiyacı, davranış problemleri ve toplum tarafından kabul edilme durumudur (Güneş, 2001).

Namiah'ın psikoanalitik teori üzerinde yaptığı sınıflamada duyulan korkunun niteliğine göre anksiyete 4 gruba ayrılır.

* **Süper Ego Anksiyetesi:** Kişinin yaptığı hareketten duyduğu suçluluk duygusudur. Kişi yaptığı hareketin yanlışlığını bilerek, başkalarının bunu fark etmesinden korkar.

* **Kastrasyon Anksiyetesi:** Bedene gelecek zarardan, fiziksel ve ruhsal kapasitenin azalmasından korkmak şeklinde kendini gösteren çeşitli anksiyeteleri içerir.

* **Ayrılık Anksiyetesi:** Bireyin sevdiği birini kaybetmek ya da o kişi ile ilişkilerinin bozulacağı korkusudur.

* **İd Anksiyetesi:** Kişinin iradesine hakim olamayacağı, herhangi bir güdü üzerindeki kontrolünü yitirme korkusudur (Taparlı, 2004).

2.3.6. Preoperatif Anksiyete

Cerrahi girişimler, teknoloji ve tedavi yöntemlerindeki ileri gelişmelerin yanında ciddi psikolojik ve psikososyal sorunlara yol açma eğilimindedir (Kayhan, 2003). Preoperatif anksiyetenin derecesi tanı ile, tutulan organ ve sistem ile, operasyonun zorluk ve risk derecesi ile, hastanın buna ilişkin önyargılarıyla ilişkilidir (Hanözü, 2006).

Anksiyete hastada, hastalığından kurtulma umut ve beklentisi yanında psikolojik açıdan kendi bedenini, yaşantısını denetleyemeyeceği endişesine, organ ve doku kaybı korkusuna neden olabilir. Bu kaygı, alttaki hastalığın niteliğine, kaybedilecek organa, kişi için bu durumun anlam ve önemine göre değişik düzeyde olur (Turhan, 2007).

Cerrahi hastası olsun olmasın her hastada hastaneye yattıktan sonra belli belirsiz bir anksiyete olmaktadır (Kayhan, 2003).

Ayaktan tedavi merkezlerine başvuran hastaların %4-8'de anksiyete bozukluğu olduğu bildirilmekteyken, hastanede yatanlarda bu oran %23'e varabildiği görülmektedir (Dilbaz, 2006).

Yapılan çalışmalara bakıldığında dahili kliniklerde yatan hastaların anksiyete puan ortalamalarının, cerrahi kliniklerde yatan hastalara oranla anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Dahili kliniklerde yatan hastaların uzun süreli tanıya ve hastane deneyimine sahip olmaları, çoğunlukla da kronik hastalığa sahip olmaları bu sonucu etkilemiş olabilir (Bahar ve Taşdemir, 2008).

Cerrahi girişim uygulanacak hastalarda genel olarak anestezi kaygısı, ölüm riskine ilişkin endişeler, özürlü olacağı endişesi, cinsel yeterliliğinin kaybı korkusu, çalışabilirliğini kaybedebileceği endişeleri gelişir (Turhan, 2007).

2.3.7. Anksiyetenin Belirtileri

2.3.7.1. Fizyolojik Belirtiler

Kas gerginliği, çarpıntı, sık nefes alma, hava açlığı, nefes almada güçlük, baş dönmesi, mide rahatsızlıkları, öğürme, kusma, sık idrara çıkma, ve defekasyon ihtiyacıdır. Ayrıca pupillalarda dilatasyon, yüzde ateş basması, ya da solukluk, ağız kuruluğu, tremor ve terleme gözlenebilir. Ellerde ve ayaklarda uyuşukluk ve karıncalanma görülebilir (Kayhan, 2003).

2.3.7.2. Genel Görünüm

Anksiyete kişinin düşünme, algılama, ve öğrenme yetisini bozar. Kişi karar vermede güçlük çeker. Bireyin konsantre olma yeteneğinde azalma, öfke, kızgınlık, çabuk

kızma, sabırsızlık, depresyon gelişebilir. Çeşitli psikosomatik hastalıklar anksiyete sonucu ortaya çıkabilmektedir

Anksiyeteli kişi heyecanlı ve sesi titrektir. Zor konuşma olabilir, fakat konuşma düzgündür. Kişiler arası ilişkilerde gergin, endişeli ve tedirgindir (Kayhan, 2003; Güneş, 2001).

2.3.8. Açık Kalp Ameliyatı Geçirenlerde Anksiyete

Cerrahi hastaları, ameliyatın akut gelişip tehdit edici olmasından dolayı dahiliye hastalarından daha fazla durumluluk anksiyete yaşamaktadırlar. Açık kalp ameliyatının ciddi ve iyileşme sürecinin uzun olması kaygı düzeyini arttıran etmendir. Bu konu ile ilgili yapılan araştırmalarda, açık kalp ameliyatı olan hastalardaki anksiyete nedenlerinin; ağrı, acıdan korkma, fiziksel aktivitelerde yetersizlik, kendilerinden beklenen rolleri yerine getirememe, temel gereksinimlerini karşılayamama, cinsel işlevlerdeki değişiklik, işe geri dönememe, kendisine ve ailesine yeterli olamama, ölüm korkusu ve bilgi eksikliği olduğu görülmektedir (Güneş, 2001).

Hastalarda ameliyat sonrası ortaya çıkabilen bedensel ve ruhsal değişimleri etkileyen faktörler arasında, hastalığın yaşamsal bir organla direk ilişkili olması nedeniyle yaşamı yitirme korkusu, oksijen yetersizlikleri, kalp akciğer makinesine bağlı kalma süresi, değişen kapak sayısı ve mikroenbolizm sayılabileceği bildirilmektedir (Kanan ve Koca, 2000).

Ameliyat sonrası dönemde hastaya, hastalığa ve ameliyat tipine göre çeşitli ruhsal bozukluklar görülür. Hastalıktan etkilenen organ, hastanın ruhsal durumu, baş etme yöntemleri ve cerrahi girişimin niteliği bu bozuklukların tipi, şiddeti ve seyrini etkiler (Kuğu ve ark., 2001).

Açık kalp ameliyatı sonrası hastaların yaşadığı anksiyetenin ameliyat sonrası komplikasyonlara yol açabileceği bilinmektedir. Bunun birinci nedeni, anksiyete

düzeyi yüksek olan hastaların derin solunum, öksürme ve diğer egzersizleri ağrı veya kendisine zarar verme korkusu nedeniyle daha az yapmasıdır. İkinci nedeni ise, yüksek anksiyete durumunun iyileşmeyi geciktiren katekolamin salınımının artmasına neden olmasıdır (Güneş, 2001).

Koroner arter bypass greft cerrahi girişim sonrası sıklıkla anksiyete, uyku bozuklukları, depresyon, cinsel işlev bozukluğu, ev ve iş yaşamında rol ve statü kaybı gibi sorunların görüldüğü literatürde ifade edilmektedir (Edel-Gustafsson et al, 1999; Perski et al 1999; Parrent and Fortin 2000; Krannich et al 2007; Tully et al, 2009).

İşkesen ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada koroner arter bypass greft cerrahisi sonrası hastaların gün içinde uyku hali durumlarının arttığı, uyku kalitesinin azaldığı belirtilmiştir (İşkesen ve ark., 2007).

Hastanın anksiyetesini azaltmada, öncelikle anksiyetenin düzeyi tanımlanmalıdır. Hemşireler, hastaların anksiyeteyi tanımasında ve yönetiminde bilişsel ve davranışçı yöntemleri, iş merkezli yerine hasta merkezli bütüncül bakımı, kısa ve net cümlelerle bilgi vermeyi kullanarak yardım edebilir. Hastanın anksiyetesinin farkında olmasına, ifade etmesine, cesaretlendirilmesi ve ortam sağlanması gerekir (Okanlı ve ark., 2006).

2.4. Postoperatif Dönemde Olası Komplikasyonlar

Hastanın ayılma odasına alınmasıyla başlayan ve hasta iyileşinceye kadar devam eden sürece postoperatif dönem denir (Karadakovan ve Eti Arslan, 2010). Ameliyat ne olursa olsun komplikasyon gelişme riski vardır. Komplikasyon geliştikten sonra tedavisinin güçlüğü nedeniyle komplikasyonlar gelişmeden gerekli önlemlerin alınması büyük önem taşımaktadır. Postoperatif komplikasyonların gelişme sıklığı ve önem derecesi çok sayıda faktöre bağlıdır. Bunlar arasında anestezinin yöntem ve süresi, ameliyat tekniği, hastanın genel durumu, yaşı, önemli organik ya da metabolik bir sorunun (kalp yetmezliği, kronik obstruktif akciğer hastalığı, diyabet,

hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği v.b.) olup olmaması, girişimin acil ya da elektif yapılmış olması ve doğrudan ameliyata neden olan hastalığın bizzat kendisi önem taşır (Kayhan, 2003).

2.4.1. Solunum Sistemi İle İlgili Olası Komplikasyonlar

2.4.1.1. Atelektazi

Alveollerin kollapsı sonucu hava girişini engelleyen herhangi bir nedenle akciğerlerin tamamen ya da kısmen kollobe olmasıdır (Karakovan ve Eti Arslan, 2010). Postoperatif dönemde en sık görülen komplikasyondur (Kayhan, 2003).

Genellikle mukus birikimi, tümör gibi hava yolu obstrüksiyonuna neden olan etkenler sonucu veya sürfaktan eksikliğine bağlı olarak gelişir. İnfeksiyonlar, plevral efüzyon, toraks ve batin cerrahi işlemler, hareketsizlik, etkisiz soluk alıp verme atelektazi nedenlerindedir.

Özellikle postop hastalarda immobilizasyon, ağrı nedeniyle elektif solunum yapamama ve etkili öksürememe nedeniyle biriken mukus atılamaz ve aşırı birikim nedeniyle obstrüksiyona yol açarak atelektazi oluşumunda en büyük risk faktörlerinden birini oluşturur. Öksürük, balgam, hafif ateş, hipoksemi, dispne, halsizlik görülür. Geniş bir alanı tutuyorsa ve hızlı ise ani ve ileri derecede dispne, siyanöz, tansiyonda düşme, taşikardi, şok, anksiyete ve ateş görülür (Karakovan ve Eti Arslan, 2010).

Postoperatif atelektaziler derin solunum ve öksürme egzersizleri, yatakta sık sık pozisyon değiştirme, erken mobilizasyon ve balon üfleme gibi basit tedbirlerle önlenabilir. Sırtın kuvvetli perküsyonu ve öksürtme veya nazotrakeal aspirasyon ile tedavi sağlanabilir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlarda veya mukus tıkaçı oluşanlarda bir nebülizatör aracılığı ile havanın nemlendirilmesi oldukça etkilidir. Kontrendike değilse bol sıvı verilmelidir (Erdil ve Elbaş 2001; Karakovan ve Eti Arslan, 2010).

2.4.1.2.Pnömoni

Akciğer dokusunun enfeksiyonudur. Birden yükselen ateş, pürülan balgam ile öksürük, göğüs ağrısı, yorgunluk, hastalık ilerledikçe akciğerlerdeki enfeksiyonun yaygınlığına göre az ya da şiddetli dispne görülür (Akdemir ve Birol, 2003). Derin nefes alma ve öksürük egzersizleri, yatak içi hareket ve sık sık pozisyon verme, erken mobilizasyon korunmada önemlidir (Kayhan, 2003).

2.4.1.3.Pulmoner Emboli

Venöz sistemin herhangi bir yerinde (sıklıkla alt ekstremitelerde) ve sağ kalp boşluklarında oluşan trombusün ya da bu sisteme giren yağ, hava gibi maddelerin kan akımıyla sürüklenerek pulmoner arter ya da dallarını tıkamasına pulmoner emboli denir (Erdil ve Elbaş, 2001).

Hareketsizlikten dolayı dolaşımın yavaşlaması ya da durması, cerrahi işlem sırasında oluşan ven yaralanmaları, östrojeni yüksek olan oral kontraseptif kullanmış olma, daha önceden var olan pıhtılaşma ve dolaşım bozuklukları neden olmaktadır. Ani dispne, takipne, taşikardi, huzursuzluk, siyanöz, şok ve ya senkop görülebilir. Derin nefes alma ve öksürme egzersizleri, döndürme, ayağa kaldırma ve emboliyi önleyen çoraplar korunmada yararlıdır (Kayhan, 2003).

2.4.2. Dolaşım Sistemi ile İlgili Olası Komplikasyonlar

2.4.2.1. Hemoraji

Dikişlerin yetersiz olması ya da açılması sonucu kanama oluşur. Buna bağlı hızlı ve zayıf nabız, solunum sayısının artması, kan basıncı düşüklüğü, soğuk ve nemli deri, susuzluk, idrar miktarının azalması başlıca belirtilerdir.

Hemodinamik monitörizasyon ve hastanın ilk 24 saat sık aralıklarla vital bulgularının takip edilmesi, belirtilerin erken tanınması ve hızlı müdahale edilmesi erken tanıda

önemlidir (İliçin ve Gürsel 1980; Erdil ve Elbaş, 2001).

2.4.2.2.Hipovolemik Şok

Hemoraji nedeniyle vücuttaki kan volümünün belirgin bir şekilde azalması ve sıvı elektrolit kaybı sonucu doku perfüzyonu bozulur. Üşüme, titreme, hızlı ve yüzeysel nabız, solunum sayısının artması, kan basıncının düşmesi, soğuk ve soluk bir cilt, susuzluk hissi ve idrar miktarında azalma başlıca belirtileridir.

Bunu önlemek için ameliyattan sonra anestezinin etkisi geçinceye ve yaşam bulguları düzenli oluncaya kadar ayılma ünitesinde tutmak, 10-15 dakikada bir nabız ve kan basıncını ölçmek, üst solunum yollarını aspire etmek, nazal oksijen vermek, hastayı ısıtmak, aritmi varsa ilaçlarla tedavi etmek, kan ve sıvı eksikliği varsa düzeltmek, yara yerinin kanama açısından kontrolünü yapmak gelişebilecek şoku önlemede önemlidir (Erdil ve Elbaş, 2001; Kayhan, 2003).

2.4.2.3. Tromboflebit

Bir kan pıhtısından dolayı, genellikle bacak venlerinin iltihaplanmasıdır. Genellikle ameliyattan 7-14 gün sonra ortaya çıkar. Tromboflebit gelişmesinde, ven duvarının yaralanması rol oynayacağı gibi kan akışının yavaşlaması ve kanın pıhtılaşma bozukluğu da rol oynar. Ameliyat sonrası gelişen dehidratasyon, kan akımının yavaşlamasına ve kanın pıhtılaşmasına neden olabilir. Uzun süre hareketsizlik ve şişmanlık da bu komplikasyonun gelişmesinde rol oynar. Tromboflebitin en büyük tehlikesi ven duvarından kopan pıhtının dolaşıma katılarak hastanın akciğer damarlarını tıkaması sonucu oluşan pulmoner embolidir.

Belirtiler arasında kramp şeklinde ağrı, etkilenen alanda şişme, kızarıklık, sıcaklık artışı, venin sert olarak hissedilmesi gözlenir.

Ameliyattan sonra hastaya bacak egzersizi yaptırılması, varis çorabı giydirilmesi ya da elastik bandaj uygulanması ve hastanın erken dönemde ayağa kaldırılmasıyla

tromboflebit gelişimi önlenabilir (Erdil ve Elbaş, 2001; Kayhan, 2003).

2.4.2.4. Trombüs

Genellikle bacak venlerine veya arter duvarına tutunmuş bir kan pıhtısıdır. Emboli kalp ve beyine ilerlerse kardiyak ve nörolojik belirtiler oluşur.

Erken ayağa kaldırma, bacak egzersizleri, elastik bandaj ve varis çorabı uygulanabilir. Hastanın yeterli sıvı alımı sağlanmalıdır (Erdil ve Elbaş, 2001; Karadakovan ve Eti Arslan, 2010).

2.4.3. Üriner Sistem İle İlgili Olası Komplikasyonlar

2.4.3.1. Üriner Retansiyon

Mesanenin kendi kendini boşaltma yeteneğinin olmaması, idrarın mesanede toplanmasıdır. Narkotik ve anestetiklerin mesanenin kas döngüsünü bastırması sonucu oluşur.

Alınan sıvının çıkarılan sıvıdan fazla olması, idrar yapamama veya az miktarda sık idrara çıkma, mesanenin şişmesi, suprapubik rahatsızlık verir. Önlemek için aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılmalı, idrar yapmayı kolaylaştırıcı önlemlerin alınması gerekir (Kayhan, 2003).

2.4.3.2. Üriner Enfeksiyon

Açık kalp ameliyatı öncesi idrar sondası takılması rutindir, ancak yaşlı erkek hastalarda prostat hipertrofisi, geçirilmiş operasyon gibi nedenlerle üriner sonda takılması işlemi zorlaşabilmektedir. Zor takılan sonda, idrar retansiyonu, idrar yolunun önceden kontaminasyonu gibi nedenlerle üriner enfeksiyon gelişebilir (Okutan ve ark., 2001).

Sonda çıkarıldıktan 48 saat sonra dizüri ve ateş görülür. Devamlı rezidüel idrar kalması piyolonefriti kolaylaştırır. Piyolonefritte 40°C'yi bulan ateş ve lomber bölge ağrısı saptanır.

Üriner enfeksiyonu önlemek için steriliteye dikkat etmek gerekir. Tedavi için rezidüel idrar kalması önlenir, spesifik antibiyotikler verilir ve hastanın aldığı sıvı arttırılır (Kayhan, 2003).

2.4.3.3.Postoperatif Oligüri ve Renal Yetersizlik

Kalp cerrahisi öncesinde intravenöz kontrast madde kullanılmış ise kan üre azotu (BUN) ve kreatinin düzeylerinde yükselmeye yol açar ve renal fonksiyonları bozar. Kardiyopulmoner bypass sonrası postoperatif renal disfonksiyon ihtimali %30 oranındadır (Hanözü, 2006).

2.4.4. Gastrointestinal Sistem İle İlgili Olası Komplikasyonlar

2.4.4.1. Konstipasyon veya Diyare

Yumuşak gıdalara başladıktan sonra 48 saat içinde gaita çıkaramamadır. Hastaların ameliyattan önce aç kalmaları, ameliyattan sonra birkaç gün normal beslenememeleri, hareketsizlik ve kullanılan ilaçlara bağlı olarak kabızlık olabilir. Ayrıca konstipasyon için kullanılan ilaçlara ya da alınan gıdalara bağlı olarak diyare gelişebilmektedir. Dışkılamanın olmayışı, karında gerginlik ve rahatsızlık başlıca belirtileridir.

Yeterli sıvı alımı, daha çok sebze, meyve ve posalı yiyecekler önerilir. Erken mobilizasyon ve düzenli egzersiz konstipasyonu önlemede önemlidir. Eğer ishal gelişmişse bol sıvı almaları, muz, şeftali, havuç, patates haşlaması, nişastalı muhallebiler, pirinç lapası önerilebilir (Okutan ve Kutsal,2001; Özcan, 2008).

2.4.4.2. Bulantı ve Kusma

Ağrı, karında gerginlik, peristaltizm başlamadan gıda ve yiyecek almaya başlamak, belirli ilaçlar, anksiyete bulantı ve kusmaya neden olabilir. Peristaltizm başlayana kadar intravenöz sıvılar, düzenli diyet, gerekirse antiemetik ilaçlar verilebilir (Kayhan, 2003).

2.4.5. Deri Bütünlüğü İle İlgili Olası Komplikasyonlar

2.4.5.1. Yara Enfeksiyonu

Yara enfeksiyonu gelişmesinde birçok faktör rol oynamaktadır. Bunlar arasında obezite, diyabetes mellitus, pnömoni, uzamış mekanik ventilasyon, acil ameliyatlar, mediastinal hematoma ve gelişen postoperatif kanamalar sayılabilir (Hanözü, 2006).

Ameliyat sonrası dönemde insizyon yerinde gerginlik, ağrı ya da hissizlik olabilir. İnsizyon bölgesi çevresindeki cilt hafif kırmızı ya da nekroze görülebilir. Bu tür etkiler zamanla düzelecektir.

İnsizyon bölgesi, herhangi bir kızarıklık, açılma, akıntı, kötü koku, şişlik ve ateş gibi enfeksiyon belirtisi ve bulguları yönünden günlük olarak kontrol edilmelidir. Bunlardan herhangi birinin varlığı doktorun haberdar edilmesini gerektirir (Cıcala, 1999; Özcan, 2008).

Öncelikle aseptik tekniğe ve hastanın beslenmesine dikkat edilir. Yara enfeksiyonu gelişti ise yara yeri kuru ve temiz tutulur. Yara yerinden kültür alınarak tespit edilen mikroorganizmanın duyarlı olduğu antibiyotik hastaya verilir. Yara cerrah tarafından pansuman edilir ve gerekirse dren yerleştirilebilir (Özcan, 2008).

2.4.5.2. Yara Açılması

Yara iyileşmesinden önce dikişlerin ayrılmasıdır. Bu duruma malnütrisyon, dolaşım azlığı, enfeksiyon, yaranın aşırı zorlanması neden olabilir. Yara yerini zorlayıcı hareketlerden kaçınılması, araba kullanılmaması, ağır eşya kaldırma, itme çekme gibi hareketlerden kaçınılması gerekmektedir. Yeterli beslenme, insizyon yerine yeterli destek sağlanmalıdır (Cıcala,1999; Kayhan, 2003).

2.4.6. Olası Psikiyatrik Komplikasyonlar

Hastalarda uykusuzluk, huzursuzluk, paranoid eğilimler, işitme ve görme halüsinasyonları, depresyon, ajitasyon ve deliryum, özellikle erken postoperatif dönemlerde dikkati çekebilir (İliçin ve Gürsel, 1980).

Bu durumda yapılması gereken hastaya psikolojik destek sağlamak için hasta ve yakınları ile görüşerek ameliyatın neden olabileceği değişiklikleri ve bu değişikliklerin hastayı nasıl etkileyeceği ameliyat öncesi anlatılmalıdır. Hasta ve yakınlarının merak ettiği sorular cevaplanmalıdır. Şiddetli emosyonel bozukluk görülen hastalara cerrah tarafından psikiyatrik konsültasyon istenebilir (Cıcala, 1999).

2.4.7. Diğer Olası Komplikasyonlar

2.4.7.1. Ağrı

Açık kalp ameliyatı sonrası omuz, sırt ve göğüs bölgelerinde sık görülen ağrının tamamen kaybolması birkaç ay sürebilir. Hastaların taburcu olduktan sonraki dönemde ağrıları azalsa da ameliyat kesisinin bulunması, hastanın günlük aktiviteleri sırasında insizyon bölgesinin gerilmesi, derin solunum ve öksürme egzersizleri sırasında ameliyat bölgesine olan basınç, hastanın insizyon bölgesini zorlayacak

pozisyonlarda bulunması ve insizyon bölgesinin travmaya maruz kalması gibi sebeplerden dolayı hastalar ağrı problemi ile karşılaşabilmektedirler.

Hastalar derin solunum ve öksürme egzersizleri sırasında ağrı duyuyorsa ve bu ağrı kendilerini rahatsız ediyor ve solunum egzersizi yapmalarını engelliyorsa ağrı kesici ilaç aldıktan sonra egzersiz yapmalarının, derin solunum ve öksürme egzersizleri sırasında insizyon bölgesinin küçük bir yastık v.b. ile desteklenmesinin ağrı üzerine yararı olacaktır. Ayrıca ağrıyı dindirmeye yönelik yürüyüş, tv izleme, hoşlanılan uğraşlarla zaman geçirme gibi, dikkati başka yöne çeken ilaç dışı uygulamalarda kullanılabilir (Özcan, 2008; Üstündağ, 2009).

2.4.7.2. Uykusuzluk

Uyku, bireyin yaşam bütünlüğünü devam ettirebilmesi için gerekli enerjiyi sağlama sürecidir. Uykusuzluk ve uyku düzensizliği; öğrenme güçlüğü, depresyon, kas ağrıları, yorgunluk ve halüsinasyona yol açabilir.

Kalp cerrahisi sonrası uyku problemleri; uykuya dalmakta zorluk, uyku bölünmeleri, uyandıktan sonra bir daha uykuya dalamamak sıkça görülen durumlardır. Uyku sorunlarının en önemli nedeni ağrı olduğundan öncelikle hastaların ağrısı giderilmeye çalışılmalı, daha sonra ihtiyaç duyulursa ilaç tedavisine geçilmelidir. Hastalara her gece belirli saatlerde yatmaları ve günde 8-10 saat uyumaları gerektiği de söylenmelidir (Özcan, 2008).

2.4.7.3. Postoperatif Ateş

Postoperatif ateş beklenen bir durumdur. En sık nedeni %70 hastada gelişebilen atelettaki olup plöroperikardit ve flebit sonucunda da görülebilir. Postoperatif dönemdeki hastalarda ateş bulgusu yakından takip edilmeli ve 38.5°C'nin üzerinde seyir eden ateş halinde kan, balgam ve idrar kültürleri alınmalıdır. Sonuçlara göre uygun antibiyotik tedavisine başlanmalıdır (Hanözü, 2006).

3. MATERYAL ve METOT

3.1.Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, açık kalp cerrahisi geçirecek hastalarda preoperatif anksiyete düzeyinin postoperatif dönemde ortaya çıkabilecek olan olası komplikasyonlar ile ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama Ve Araştırma Hastanesi ve Afyon il merkezinde bulunan Özel Park Hastanesi'nde Kalp ve Damar Cerrahisi servisinde yatan hastalara anket uygulanarak yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde ve Özel Park Hastanesi'nde Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümünde tedavi gören hastalar oluşturmaktadır. Araştırmamızda Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Aralık 2010 - Mayıs 2011 tarihleri arasında yatan 37 hasta ve Özel Park Hastanesi'nde Ocak 2011 - Mayıs 2011 tarihleri arasında yatan 23 hasta yer almaktadır. Toplam 72 hastaya ulaşılmıştır. 5 hasta çalışmaya katılmayı reddetmiştir. 3 hasta demans, 1 hasta şizofren, 3 hasta depresyon tanısı ile ilaç tedavisi aldığından dolayı çalışmaya alınmamıştır. Bu hastalardan 26 tanesi kapak operasyonu 34 tanesi bypass operasyonu geçirmiştir. Hastaların en genci 37, en yaşlısı 84 yaşındadır.

3.4. Anket Formunun Hazırlanması ve İşlem Yolu

Bu çalışmanın anket formunda sosyo-demografik özellikleri içeren 20 soru, preoperatif anksiyete durumunu belirlemek için Durumluluk - Sürekli Kaygı Envanteri, postoperatif komplikasyonları belirlemek için 10 soru ve postoperatif anksiyete durumunu belirlemek için Durumluluk - Sürekli Kaygı Envanteri kullanılmıştır. Dört hasta üzerinde ön uygulama yapılmıştır. Gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra araştırmaya başlanmıştır. Hastalara ait bilgiler hasta ile birebir görüşülerek elde edilmiştir. Ankete katılmak isteyen hastalara sorular araştırmacı tarafından tek tek okunmak suretiyle hastaların verdiği cevaplar işaretlenerek uygulanmıştır. Hastaların, durumluluk ve sürekli kaygı seviyelerini ayrı ayrı saptamak amacı ile Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri'nden faydalanılmıştır. Toplam kırk sorudan oluşan iki ayrı ölçeği içerir.

Durumluluk Kaygı Ölçeği; bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini; içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplamasını gerektirir.

Sürekli Kaygı Ölçeği ise bireyin genellikle kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirir.

Durumluluk Kaygı Ölçeği maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar bu tür yaşantıların şiddet derecesine göre (1) hiç, (2) biraz, (3) oldukça, (4) tamamen gibi sıklıkların birini işaretlemek suretiyle cevaplanır. Sürekli Kaygı Ölçeği maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar ise sıklık derecesine göre (1) hayır, (2) bazen, (3) çok zaman, (4) her zaman şeklinde işaretlenir.

Ölçeklerde iki tür ifade bulunur. 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 kaygı ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar : 1., 2., 5., 8., 10., 11., 15., 16.,

19., 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir. Bunlar: 21., 26., 27., 30., 33., 36. ve 39. maddeleri oluşturur.

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 ağırlıklı puanda ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır. Bu sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir, Durumluluk Kaygı Ölçeği için bu değer 50, Sürekli Kaygı Ölçeği için ise 35'tir. En son elde edilen puan bireyin kaygı puanıdır.

Ölçekler 20'şer sorudan oluşmaktadır. Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişmektedir. Yüksek puan yüksek kaygı seviyesini, düşük puan ise düşük kaygı seviyesini ifade etmektedir. Türkiye'deki uygulamalarda saptanan ortalama puan seviyesi 36-41 arasında değişmektedir (Öner, 1977; Öner ve Le Compte, 1998).

Ayrıca "Durumluluk – Sürekli Kaygı Envanterinin Türk Toplumunda Geçerliliği" 1977 yılında Necla Öner tarafından doktora tezi olarak sunulmuştur. Çalışmanın sonucunda, bulgular, Türkçeleştirilmiş Durumluluk – Sürekli Kaygı Envanterinin Türk toplumunda geçerli olduğunu, danışma, psikiyatri, ruh sağlığı merkezlerinde ve araştırmada kullanılabileceğini göstermiştir.

Demans, şizofren, depresyon tanıları alıp tedavi gören hastaların ve çalışmaya katılmayı reddeden hastaların dışında kalan hastalara ameliyattan 1 gün öncesi Bireysel Özellikler Bilgi Formu ve Durumluluk - Sürekli Kaygı Envanteri anketi uygulanmıştır.

Ameliyat olan hastalara yoğun bakımdan servise alındıkları ilk gün (2. ya da 3.gün) Durumluluk - Sürekli Kaygı Envanteri ve Postoperatif Dönem Komplikasyonları Değerlendirme Soruları anketi uygulanmıştır. SPSS 16.0 sürümü paket programı ile istatistiksel analizi yapılmıştır. Tablolarda Person ilişki kat sayısı, Student – t testi ve Varyans analizi uygulanmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, açık kalp ameliyatı olan ve araştırmaya katılan 60 hastaya ait tanıtıcı bilgiler, anksiyete puanları, hastaların anksiyete puanlarını etkileyen faktörler ve komplikasyon oluşup oluşmamasına yönelik yapılan anket çalışmalarının istatistiksel sonuçları ve yorumları yer almaktadır.

Tablo 1. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Genel Özellikleri

	N	%
Cinsiyet		
Kadın	33	55,0
Erkek	27	45,0
Yaş Grubu		
37-49 yaş arası	12	20,0
50-64 yaş arası	29	48,3
65-84 yaş arası	19	31,7
Mesleki Durum		
Ev hanımı veya çalışmıyor	38	63,3
Emekli	11	18,3
Memur	3	5,0
Serbest meslek	5	8,3
İşçi	3	5,0
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar değil	17	28,3
Okuryazar	14	23,3
İlkokul	23	38,3
Ortaokul ve üzeri	6	10,0
Medeni Hal		
Evli	50	83,3

Bekar	10	16,7
İkamet Yeri		
Köy	36	60,0
İlçe	13	21,7
İl	11	18,3
Sosyal Güvence		
Var	57	95,0
Yok	3	5,0
Toplam	60	100,0

Tablo 1’de araştırmaya katılan hastalara ait cinsiyet, yaş grubu, mesleki durum, eğitim düzeyi v.b. genel özellikler yer almaktadır. Araştırmaya katılan 60 hastadan 33’ü kadın 27’si erkektir. %48.3’ü 50-64 yaş grubu arasındadır. %63.3’ü ev hanımı ve çalışmamaktadır. %38.3’ü ilkokul mezunu olup %83,3’ü evlidir. %60’ı köyde ikamet etmektedir. %95’inin sosyal güvencesi bulunmaktadır.

Tablo 2. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Genel Özelliklerinin Devamı

	N	%
Sigara		
Evet	8	13,3
Hayır	37	61,7
Bıraktım	15	25,0
Alkol		
Evet	3	5,0
Hayır	53	88,3
Ara sıra	4	6,7
Kronik Hastalık		
Evet	39	65,0
Hayır	21	35,0
Aileden Başka Kalp Ameliyatı Olanlar		
Var	27	45,0
Yok	33	55,0
Toplam	60	100,0

Tablo 2’de görüldüğü üzere araştırmaya katılan hastaların %13.3’ü sigara kullanmakta, %61.7’si sigara kullanmamaktadır. %5’i alkol kullanmakta, %88.3’ü alkol kullanmamaktadır. %65’inde kronik bir hastalık bulunmaktadır. %55’inin ailesinde başka kalp ameliyatı olan yoktur.

Tablo 3. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Genel Özelliklerinin Devamı

	N	%
Hastane Denerimi		
Evet	47	78,3
Hayır	13	21,7
Şikayet Süresi		
1aydanaz	11	18,3
2-6ay	21	35,0
7-11ay	4	6,7
12ay ve üstü	24	40,0
Ameliyat Öncesi Tıbbi Tedavi		
Evet	38	63,3
Hayır	22	36,7
Refakatçi		
Evet	55	91,7
Hayır	5	8,3
Hastalıkla İlgili Bilgi		
Evet	48	80,0
Hayır	12	20,0
Bilgi Kaynağı (n=48)		
Doktor	37	77,1
Hemşire	7	14,6
Medya	2	4,2
İnternet	2	4,2
Taburcu Olduktan Sonra Bakım Yardımı		
Evet	49	81,7
Hayır	11	18,3
Toplam	60	100,0

Tablo 3’de hastane deneyimi, refakatçisinin olup olmaması, hastalığı ile ilgili bilgisinin olup olmaması gibi durumlar anksiyete kaynağı olabileceğinden dolayı yöneltilen sorulara verilen cevapların yüzdeleri yer almaktadır.

Hastaların %78,3’ünün daha önce hastane deneyimi vardır. %40’ının şikayetleri 12ay ve üstünde devam etmekte ve %63,3’ü ameliyat öncesi tıbbi tedavi görmüştür. %91,7’sinin refakatçisi vardır. %80’i hastalığı ile ilgili bilgi almıştır ve bunların %77,1’i doktordan bilgi almıştır. %81,7’sinin taburcu olduktan sonra evde bakımına yardım edecek birileri bulunmaktadır.

Tablo 4. Hastaların Cinsiyetine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Grubu Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi

Cinsiyet		Kadın N=33		Erkek N=27		Toplam		t-testi	
		Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	T	P
Ameliyat Öncesi	DAP	45,06	7,30	41,70	7,68	43,55	7,60	1,731	0,089
	SAP	51,18	4,07	47,81	4,75	49,67	4,66	2,959	0,004
Ameliyat Sonrası	DAP	46,06	6,68	44,15	8,36	45,20	7,47	0,986	0,328
	SAP	50,27	5,51	48,89	4,89	49,65	5,24	1,017	0,313
Yaş		57,24	11,38	62,19	9,61	59,47	10,82	-1,793	0,078

- Ort: Ortalama
- SS: Standart Sapma
- DAP: Durumluk Anksiyete Puanı
- SAP: Sürekli Anksiyete Puanı
- İkili grupların karşılaştırılmasında Student T- Testi kullanılmıştır.

Tablo 4’de araştırmaya katılan hastaların cinsiyetlere göre ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası DAP ve SAP yaş gruplarına göre dağılımları verilmiştir. Kadınlarda DAP’da ameliyat sonrası yükselme görülmekteyken SAP’da düşüş görülmektedir.

Erkeklerde ise DAP ve SAP ameliyat sonrasında yükselmiştir. Cinsiyet grupları arasında ameliyat öncesi SAP istatistiksel olarak anlamlı bulunmuşken ($p<0.05$) ameliyat öncesi DAP ve ameliyat sonrası DAP ve SAP’da istatistiksel olarak anlamlı bir ifade çıkmamıştır ($p>0.05$). Yaş gruplarına göre bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 5. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Grubu Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi

Yaş Grupları		37-49 yaş arası N=12		50-64 yaş arası N=29		65-84 yaş arası N=19	
		Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Ameliyat Öncesi	DAP	46,92	3,85	43,31	7,86	41,79	8,55
	SAP	53,08	3,34	49,14	4,54	48,32	4,71
Ameliyat Sonrası	DAP	47,17	7,41	44,62	8,10	44,84	6,64
	SAP	51,50	4,21	49,34	5,91	48,95	4,70

Tablo 6. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi

Yaş Grupları		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
Ameliyat öncesi DAP	Gruplar arası	196,569	2	98,284	1,746	0,184
	Gruplar içi	3208,281	57	56,286		
	Toplam	3404,850	59			
Ameliyat öncesi SAP	Gruplar arası	182,863	2	91,432	4,736	0,013
	Gruplar içi	1100,470	57	19,306		
	Toplam	1283,333	59			
Ameliyat sonrası DAP	Gruplar arası	58,579	2	29,290	0,516	0,600
	Gruplar içi	3237,021	57	56,790		
	Toplam	3295,600	59			

Ameliyat sonrası SAP	Gruplar arası	53,151	2	26,575	0,966	0,387
	Gruplar içi	1568,499	57	27,518		
	Toplam	1621,650	59			

Tablo 5’de yaş gruplarına göre ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası DAP ve SAP dağılımları incelenmiştir.

Tablo 6’da ise yaş gruplarına göre ameliyat öncesi ve sonrası DAP ve SAP varyans analizi ile değerlendirilmiştir. 37-49 yaş grubunda ameliyat sonrası DAP’da ameliyat öncesine göre artış görülmekteyken SAP’da düşüş görülmektedir. 50-64 ve 65-84 yaş grubunda ameliyat sonrası DAP ve SAP’da ameliyat öncesine göre artış görülmektedir. Yaş grupları arasında ameliyat öncesi SAP istatistiksel olarak anlamlı iken ($p<0.05$) ameliyat öncesi DAP ve ameliyat sonrası DAP ve SAP’da istatistiksel bir fark görülmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 7. Hastaların Mesleklerine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Grubu Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi

Meslek Grupları		Ev hanımı veya çalışmıyor N=38		Emekli N=11		Memur N=3		Serbest Meslek N=5		İşçi N=3	
		Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Ameliyat Öncesi	DAP	45,61	6,39	40,64	8,10	38,00	5,29	38,00	12,81	43,00	3,46
	SAP	50,39	4,02	48,27	5,27	46,67	3,51	47,60	7,30	52,00	5,57
Ameliyat Sonrası	DAP	46,39	7,32	46,36	6,48	42,33	6,66	38,20	8,41	40,33	7,37
	SAP	50,37	5,27	48,73	5,31	48,00	1,00	46,80	6,42	50,33	5,77
Yaş		58,58	10,64	69,09	7,80	51,33	7,64	57,40	7,64	47,00	3,61

Tablo 8. Hastaların Meslek Gruplarına Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi

Meslek Grupları		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
Ameliyat öncesi DAP	Gruplar arası	501,226	4	125,306	2,374	0,063
	Gruplar içi	2903,624	55	52,793		
	Toplam	3404,850	59			
Ameliyat öncesi SAP	Gruplar arası	106,206	4	26,551	1,241	0,305
	Gruplar içi	1177,127	55	21,402		
	Toplam	1283,333	59			
Ameliyat sonrası DAP	Gruplar arası	409,842	4	102,461	1,953	0,115
	Gruplar içi	2885,758	55	52,468		
	Toplam	3295,600	59			
Ameliyat sonrası SAP	Gruplar arası	79,159	4	19,790	0,706	0,592
	Gruplar içi	1542,491	55	28,045		
	Toplam	1621,650	59			
Yaş	Gruplar arası	1734,894	4	433,724	4,609	0,003
	Gruplar içi	5176,039	55	94,110		
	Toplam	6910,933	59			

Tablo 7’de hastaların mesleklerine göre ameliyat öncesi ve sonrası DAP, SAP ve yaş gruplarına göre dağılımları görülmektedir.

Tablo 8’de ise ameliyat öncesi ve sonrası DAP, SAP ve yaş gruplarına göre varyans analizi yapılmıştır. Ev hanımı ve ya çalışmayanlarda ve serbest meslek grubundakiler

de ameliyat sonrası DAP oranı ameliyat öncesine göre yükselme göstermekteyken ameliyat sonrası SAP oranı ameliyat öncesine göre düşüş göstermektedir. Emeklilerde ve memurlarda ameliyat sonrası DAP ve SAP ameliyat öncesine göre yükselme göstermektedir. Serbest meslekte ise ameliyat sonrası DAP artmakta iken SAP düşüş göstermektedir. İşçilerde ise ameliyat sonrası hem SAP’da hem de DAP’da düşüş görülmüştür. Meslek gruplarına göre ameliyat öncesi ve sonrası DAP ve SAP’da gruplar arasında fark yoktur ($p>0.05$). Meslek gruplarına göre yaşa bakıldığında en yaşlı gurubun emekliler olduğu görülmektedir ve yaş’ta istatistiksel olarak fark vardır ($p<0.05$).

Tablo 9. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Grubu Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi

Eğitim Durumu		Okuryazar değil N=17		Okuryazar N=14		İlkokul N=23		Ortaokul ve üzeri N=6	
		Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Ameliyat Öncesi	DAP	44,35	7,40	46,50	5,92	41,78	8,40	41,17	7,49
	SAP	49,88	3,37	51,86	4,13	48,13	5,35	49,83	5,04
Ameliyat Sonrası	DAP	45,41	6,84	45,86	3,94	45,43	9,29	42,17	8,75
	SAP	49,65	6,77	51,36	3,41	48,65	4,47	49,50	6,83
Yaş		64,47	10,55	58,21	11,28	57,91	10,63	54,17	7,96

Tablo 10. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Varyans Analizi İle İncelenmesi

Eğitim Durumu		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
Ameliyat öncesi DAP	Gruplar arası	238,721	3	79,574	1,407	0,250
	Gruplar içi	3166,129	56	56,538		
	Toplam	3404,850	59			
Ameliyat öncesi SAP	Gruplar arası	122,412	3	40,804	1,968	0,129
	Gruplar içi	1160,921	56	20,731		
	Toplam	1283,333	59			
Ameliyat sonrası DAP	Gruplar arası	63,283	3	21,094	0,365	0,778
	Gruplar içi	3232,317	56	57,720		
	Toplam	3295,600	59			
Ameliyat sonrası SAP	Gruplar arası	63,836	3	21,279	0,765	0,519
	Gruplar içi	1557,814	56	27,818		
	Toplam	1621,650	59			
Yaş	Gruplar arası	671,681	3	223,894	2,010	0,123
	Gruplar içi	6239,252	56	111,415		
	Toplam	6910,933	59			

Tablo 9’da hastaların eğitim durumuna göre ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası DAP, SAP ve yaş dağılımları görülmektedir. Burada okuryazar olmayanlarda ve ortaokul ve üzeri mezunlarda ameliyat sonrası DAP’da yükselme görülürken SAP’da düşüş görülmektedir. Okuryazar olanlarda ameliyat sonrası DAP ve SAP’da düşüş görülmektedir. İlkokul mezunlarında ise ameliyat sonrası hem DAP’da hem de SAP’da yükseliş görülmektedir.

Tablo 10’da hastaların eğitim durumlarına göre ameliyat öncesi ve sonrası SAP, DAP ve yaş’a göre varyans analizi yapılmıştır. Eğitim durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak bir fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 11. Hastaların Sigara Kullanımına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Grubu Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi

Sigara Kullanımı		Evet N=8		Hayır N=37		Bıaktım N=15	
		Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Ameliyat Öncesi	DAP	38,63	9,33	44,51	6,99	43,80	7,58
	SAP	45,25	5,31	50,68	3,84	49,53	5,07
Ameliyat Sonrası	DAP	47,38	10,16	46,22	6,46	41,53	7,52
	SAP	49,25	3,49	50,03	5,13	48,93	6,40
Yaş		55,13	9,43	59,03	11,26	62,87	9,96

Tablo 12. Hastaların Sigara Kullanım Durumlarına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Ortalamalarının Varyans Analizi İle İncelenmesi

Sigara Kullanımı		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
Ameliyat öncesi DAP	Gruplar arası	229,332	2	114,666	2,058	0,137
	Gruplar içi	3175,518	57	55,711		
	Toplam	3404,850	59			
Ameliyat öncesi SAP	Gruplar arası	193,992	2	96,996	5,075	0,009
	Gruplar içi	1089,341	57	19,111		
	Toplam	1283,333	59			
Ameliyat sonrası DAP	Gruplar arası	277,721	2	138,861	2,623	0,081
	Gruplar içi	3017,879	57	52,945		
	Toplam	3295,600	59			
Ameliyat sonrası SAP	Gruplar arası	14,244	2	7,122	0,253	0,778
	Gruplar içi	1607,406	57	28,200		
	Toplam	1621,650	59			
Yaş	Gruplar arası	331,352	2	165,676	1,435	0,247
	Gruplar içi	6579,581	57	115,431		
	Toplam	6910,933	59			

Tablo 11’de hastaların sigara kullanım durumlarına göre ameliyat öncesi ve sonrası DAP, SAP ve yaş’a göre dağılımları verilmiştir.

Tablo 12’de ise sigara kullanım durumlarına göre ameliyat öncesi ve sonrası DAP, SAP ve yaş’a göre varyans analizi yapılmıştır. Sigara kullananlarda ameliyat sonrası ameliyat öncesine göre DAP ve SAP’da yükselme görülmekteyken sigara kullanmayanlarda ameliyat sonrası DAP’da artış görülürken SAP’da düşüş görülmektedir. Bırakmış olanlarda ise hem SAP’da hem de DAP’da ameliyat sonrası düşüş görülmektedir. Sigarayı bırakanların yaş olarak diğerlerinden büyük olduğu görülmektedir. Varyans analizine bakıldığında gruplar arasında ameliyat öncesi SAP’da istatistiksel bir fark varken ($p<0.05$) ameliyat öncesi DAP ve ameliyat sonrası DAP, SAP ve yaşta fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 13. Hastaların Alkol Kullanımına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Grubu Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi

Alkol Kullanımı		Evet N=3		Hayır N=53		Arasıra N=4	
		Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Ameliyat Öncesi	DAP	36,00	4,00	44,25	7,50	40,00	8,12
	SAP	47,00	3,61	50,40	4,24	42,00	3,46
Ameliyat Sonrası	DAP	37,00	10,15	45,36	6,65	49,25	13,20
	SAP	45,33	5,51	49,94	5,24	49,00	4,90
Yaş		58,00	5,00	60,00	11,17	53,50	8,35

Tablo 14. Hastaların Alkol Kullanım Durumlarına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Ortalamalarının Varyans Analizi İle İncelenmesi

Alkol Kullanımı		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
Ameliyat öncesi DAP	Gruplar arası	247,039	2	123,519	2,230	0,117
	Gruplar içi	3157,811	57	55,400		
	Toplam	3404,850	59			
Ameliyat öncesi SAP	Gruplar arası	284,654	2	142,327	8,123	0,001
	Gruplar içi	998,679	57	17,521		
	Toplam	1283,333	59			
Ameliyat sonrası DAP	Gruplar arası	268,661	2	134,331	2,530	0,089
	Gruplar içi	3026,939	57	53,104		
	Toplam	3295,600	59			
Ameliyat sonrası SAP	Gruplar arası	62,153	2	31,077	1,136	0,328
	Gruplar içi	1559,497	57	27,360		
	Toplam	1621,650	59			
Yaş	Gruplar arası	163,933	2	81,967	0,692	0,504
	Gruplar içi	6747,000	57	118,368		
	Toplam	6910,933	59			

Tablo 13’de hastaların alkol kullanım durumlarına göre ameliyat öncesi ve sonrası DAP, SAP ve yaş dağılımları görülmektedir. Alkol kullananlarda ve kullanmayanlarda ameliyat sonrası DAP’da artış SAP’da azalma görülmüştür. Ara sıra kullananlarda ise ameliyat sonrası hem DAP’da hem de SAP’da artış görülmüştür. Sigara içmeyenlerin yaş olarak daha büyük olduğu görülmektedir.

Tablo 14’te ise sigara kullanım durumlarına göre ameliyat öncesi ve sonrası DAP, SAP ve yaş’ın varyans analizi görülmektedir. Hastaların alkol kullanımına göre

gruplar arasında ameliyat öncesi SAP oranında istatistiksel fark var iken ($p<0.05$) ameliyat öncesi DAP ve ameliyat sonrası DAP, SAP ve yaş'ta istatistiksel bir fark görülmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 15. Hastaların Hastane Deneyimine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Grubu Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi

Hastane Deneyimi		Evet N=47		Hayır N=13		t-testi	
		Ort	SS	Ort	SS	T	P
Ameliyat Öncesi	DAP	42,98	8,04	45,62	5,45	-1,110	0,272
	SAP	49,11	4,89	51,69	3,09	-1,803	0,077
Ameliyat Sonrası	DAP	45,32	7,90	44,77	5,95	0,233	0,817
	SAP	49,45	5,24	50,38	5,41	-0,568	0,573
Yaş		60,53	11,17	55,62	8,77	1,464	0,149

Tablo 15'te hastaların daha öncesinde hastane deneyimi olup olmamalarına göre ameliyat öncesi ve sonrası DAP, SAP ve yaş dağılımları t testi ile belirtilmiştir. Ameliyat öncesi DAP, SAP ve ameliyat sonrası DAP, SAP ve yaş açısından hastane deneyimi olanlar ile olmayanlar arasında fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 16. Hastaların Hastanede Refakatçisi Kalıp Kalmayacağına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Grubu Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi

Refakatçi Kalacak mı		Evet N=55		Hayır N=5		t-testi	
		Ort	SS	Ort	SS	t	P
Ameliyat Öncesi	DAP	43,31	7,71	46,20	6,22	-0,812	0,420
	SAP	49,53	4,75	51,20	3,56	-0,765	0,447
Ameliyat Sonrası	DAP	45,40	7,48	43,00	7,91	0,684	0,496
	SAP	49,82	5,24	47,80	5,50	0,822	0,415
Yaş		59,64	10,88	57,60	11,15	0,400	0,691

Tablo 16’da hastaların yanlarında kalacak refakatçi olup olmamalarına göre ameliyat öncesi DAP, SAP ve ameliyat sonrası DAP, SAP ve yaş bakımından fark olup olmadığını anlamak için t-testi kullanılmıştır. Yanında refakatçisi kalacak olanlarda ameliyat sonrası DAP ve SAP’da artış görülmekteyken refakatçisi kalmayacak olanlarda ise ameliyat sonrası DAP ve SAP’da düşüş görülmektedir. İstatistiksel olarak yanında refakatçisi kalacak olanlar ile refakatçisi kalmayacak olanlar arasında fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 17. Hastaların Kronik Hastalıklarına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Grubu Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi

Kronik Hastalık		Evet N=39		Hayır N=21		t-testi	
		Ort	SS	Ort	SS	T	P
Ameliyat Öncesi	DAP	43,28	7,80	44,05	7,37	-0,370	0,713
	SAP	48,95	4,63	51,00	4,53	-1,648	0,105
Ameliyat Sonrası	DAP	45,05	7,56	45,48	7,49	-0,208	0,836
	SAP	49,44	5,47	50,05	4,90	-0,428	0,670
Yaş		61,90	9,97	54,95	11,13	2,471	0,016

Tablo 17’de kronik hastalıklara göre ameliyat öncesi DAP, SAP ve ameliyat sonrası DAP, SAP ve yaş bakımından fark olup olmadığı t-testi ile belirlenmiştir. Kronik hastalıkları olanlarda ameliyat sonrası DAP ve SAP ameliyat öncesine göre yükselme göstermektedir. Kronik hastalığı bulunmayanlarda ise ameliyat sonrası DAP’da artış görülmekteyken SAP’da azalma görülmektedir. İstatistiksel olarak anlam ifade etmemektedir ($p>0.05$). Kronik hastalığı olanların yaş olarak daha büyük olduğu görülmektedir. İstatistiksel olarak anlam ifade etmektedir ($p<0.05$).

Tablo 18. Hastaların Şikayet Süresine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Grubu Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi

Şikayet Süresi		1 aydan az N=11		2-6 ay N=21		7-11 ay N=4		12 ay ve üstü N=24	
		Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Ameliyat Öncesi	DAP	42,82	6,51	43,52	7,46	36,00	14,72	45,17	6,33
	SAP	50,45	3,33	48,95	5,98	46,25	5,32	50,50	3,56
Ameliyat Sonrası	DAP	44,64	9,06	47,86	7,42	40,50	8,81	43,92	6,12
	SAP	48,00	5,27	50,57	4,88	43,50	8,43	50,63	4,33
Yaş		56,45	11,45	56,43	11,03	62,25	6,99	63,04	10,20

Tablo 18’de hastaların şikayet sürelerine göre ameliyat öncesi ve sonrası DAP, SAP ve yaş’a göre dağılımı verilmiştir. Şikayet süresi 1 aydan az olan grup da ve 7-11 ay arası grup da ameliyat sonrası DAP yükselmekteyken SAP düşmüştür. 2-6 ay arasında olan grup da ameliyat sonrası DAP ve SAP artış görülmektedir. 12 ay ve üstü grup da ameliyat sonrası DAP düşüş görülmekteyken SAP’da artış görülmektedir. En yaşlı grubun 12ay ve üstünde olduğu görülmüştür.

Tablo 19. Hastaların Şikayet Süresine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Ortalamalarının Anova Varyans Analizi İle İncelenmesi

Şikayet Süresi		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
Ameliyat öncesi DAP	Gruplar arası	296,642	3	98,881	1,782	0,161
	Gruplar iç i	3108,208	56	55,504		
	Toplam	3404,850	59			
Ameliyat öncesi SAP	Gruplar arası	80,904	3	26,968	1,256	0,298
	Gruplar iç i	1202,430	56	21,472		
	Toplam	1283,333	59			
Ameliyat sonrası DAP	Gruplar arası	279,650	3	93,217	1,731	0,171
	Gruplar iç i	3015,950	56	53,856		
	Toplam	3295,600	59			
Ameliyat sonrası SAP	Gruplar arası	221,882	3	73,961	2,959	0,040
	Gruplar iç i	1399,768	56	24,996		
	Toplam	1621,650	59			
Yaş	Gruplar arası	631,355	3	210,452	1,877	0,144
	Gruplar iç i	6279,578	56	112,135		
	Toplam	6910,933	59			

Tablo 19’da ise şikayet sürelerine göre gruplar arasındaki fark ANOVA Varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Ameliyat öncesi DAP, SAP, ameliyat sonrası DAP ve yaş yönünden gruplar arasında fark yokken ($p>0.05$) ameliyat sonrası SAP yönünden fark vardır ($p<0.05$).

Tablo 20. Hastaların Ameliyat Öncesi Tıbbi Tedavi Alıp Almamasına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Grubu Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi

Ameliyat Öncesi Tıbbi Tedavi		Evet N=38		Hayır N=22		t-testi	
		Ort	SS	Ort	SS	T	P
Ameliyat Öncesi	DAP	43,68	7,81	43,32	7,39	0,178	0,859
	SAP	50,24	4,56	48,68	4,78	1,251	0,216
Ameliyat Sonrası	DAP	45,03	6,97	45,50	8,43	-0,235	0,815
	SAP	49,63	5,59	49,68	4,71	-0,035	0,972
Yaş		60,55	10,95	57,59	10,58	1,022	0,311

Tablo 20’de hastaların ameliyat öncesi tıbbi tedavi alıp almamalarına göre ameliyat öncesi DAP, SAP ve ameliyat sonrası DAP, SAP ve yaş’a göre dağılımı görülmektedir.

Tıbbi tedavi alanlarda ameliyat sonrası DAP’da artış SAP’da azalma görülmektedir. Tıbbi tedavi alamayanlarda ise ameliyat sonrası hem DAP’da hem de SAP’da artma olmuştur. Tıbbi tedavi alanlarda yaş oranı daha yüksek bulunmuştur. İstatistiksel olarak gruplar arasında fark yoktur ($p<0.05$).

Tablo 21. Hastaların Daha Önce Hastalık İle İlgili Bilgi Alıp Almadığına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Grubu Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi

Daha Önce Hastalık ile İlgili Bilgi		Evet N=48		Hayır N=12		t-testi	
		Ort	SS	Ort	SS	t	P
Ameliyat Öncesi	DAP	43,75	7,97	42,75	6,08	0,405	0,687
	SAP	50,21	4,40	47,50	5,25	1,835	0,072
Ameliyat Sonrası	DAP	45,04	6,79	45,83	10,09	-0,326	0,746
	SAP	50,04	4,69	48,08	7,09	1,161	0,250
Yaş		60,02	11,46	57,25	7,79	0,791	0,432

Tablo 21’de daha önceden hastalığı ile ilgili bilgi alıp almamasına göre ameliyat öncesi DAP, SAP ve ameliyat sonrası DAP, SAP ve yaş’a göre dağılımı verilmiştir. Ameliyat öncesi bilgi alanlar ile almayanlar arasında ameliyat öncesi ve sonrası DAP, SAP ve yaş yönünden istatistiksel bir fark görülmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 22. Hastaların Taburcu Olduktan Sonra Bakımına Yardımcı Olacak Birinin Olup Olmadığına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Grubu Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi

Taburcu Olduktan Sonra Bakım Yardımcı		Evet N=49		Hayır N=11		t-testi	
		Ort	SS	Ort	SS	T	P
Ameliyat Öncesi	DAP	43,02	7,98	45,91	5,22	-1,143	0,258
	SAP	49,47	4,44	50,55	5,72	-0,688	0,494
Ameliyat Sonrası	DAP	44,29	7,05	49,27	8,30	-2,054	0,045
	SAP	49,35	5,33	51,00	4,82	-0,944	0,349
Yaş		59,96	10,68	57,27	11,73	0,741	0,462

Tablo 22’de taburcu olduktan sonra evde bakımına yardım edecek birisinin olup olmamasına göre ameliyat öncesi ve sonrası DAP, SAP ve yaş’a göre dağılımı verilmiştir. Tabloya göre gruplar arasında ameliyat sonrası DAP’da istatistiksel olarak fark görülmekteyken ($p < 0.05$) ameliyat öncesi DAP, SAP ve ameliyat sonrası SAP ve yaşta fark görülmemektedir ($p > 0.05$).

Tablo 23. Hastaların Ailesinde Başka Kalp Ameliyatı Olan Birinin Olup Olmadığına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP ve Yaş Grubu Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi

Ailede Başka Kalp Ameliyatı Olan Var mı?		Evet N=27		Hayır N=33		t-testi	
		Ort	SS	Ort	SS	T	P
Ameliyat Öncesi	DAP	42,59	8,21	44,33	7,08	-0,881	0,382
	SAP	49,26	4,64	50,00	4,73	-0,609	0,545
Ameliyat Sonrası	DAP	44,15	8,29	46,06	6,74	-0,986	0,328
	SAP	49,00	5,54	50,18	5,01	-0,867	0,390
Yaş		60,07	11,86	58,97	10,06	0,390	0,698

Tablo 23’de ailede başka kalp ameliyatı olup olmamasına göre ameliyat öncesi ve sonrası DAP, SAP, ve yaşa göre karşılaştırması yapılmıştır. Ailesinde başka kalp ameliyatı olanlarda ameliyat sonrası DAP yükselmekteyken SAP’da düşüş görülmektedir. Ailesinde başka kalp ameliyatı olmayanlarda ise ameliyat sonrası hem DAP’da hem de SAP’da yükselme görülmektedir. Ailesinde başka kalp ameliyatı olanların yaş oranı daha yüksektir. Ameliyat öncesi ve sonrası DAP, SAP ve yaş yönünden gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 24. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP, SAP, Yoğun Bakımda Kalış Süresi ve Yaş Değişkenleri Arasındaki Pearson İlişki Katsayısı Tablosu.

		PRE DAP	PRE SAP	POST DAP	POST SAP	YBGS	Yaş
PRE DAP	r	1	0,646**	0,437**	0,545**	-0,083	-0,184
	P		0,000	0,000	0,000	0,527	0,160
	N	60	60	60	60	60	60
PRE SAP	r		1	0,195	0,539**	-0,258*	-0,260*
	P			0,135	0,000	0,046	0,044
	N		60	60	60	60	60
POST DAP	r			1	0,476**	0,150	-0,075
	P				0,000	0,254	0,569
	N			60	60	60	60
POST SAP	r				1	-0,039	-0,074
	P					0,766	0,575
	N				60	60	60
YBGS	r					1	0,021
	P						0,874
	N					60	60
Yaş	R						1
	P						
	N						60

YBGS: Yoğun Bakımdaki Gün Sayısı

* P < 0.05

PRE: Ameliyat öncesi

** P < 0.01

POST: Ameliyat sonrası

Tablo 24'te ameliyat öncesi ve sonrası DAP, SAP, yoğun bakımda kalış süresi ve yaş gibi değişkenler arasında pearson ilişki kat sayısı değerlendirilmiştir.

Tabloya göre PREDAP arttıkça PRESAP, POSTDAP ve POSTSAP artar. Doğru orantılı bir ilişki vardır ($p<0.01$).

PRESAP ile POSTSAP arasında anlamlı bir ilişki vardır. PRESAP arttıkça POSTSAP'da artar ($p<0.01$).

PRESAP'ın yoğun bakımda kalış süresi ve yaş ile arasında ters yönlü bir ilişki vardır. Yaşı büyük olanlarda ve yoğun bakımda kalış süresi uzun olanlarda PRESAP oranı daha düşüktür ($p<0.05$).

POSTDAP ile POSTSAP arasında doğru orantılı bir ilişki vardır ($p<0.01$). POSTDAP arttıkça POSTSAP'da artmaktadır.

Tablo 25. Hastaların Ameliyat Sonrası Görülme Olasılığı Olan Komplikasyonlara Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası DAP ve SAP Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi

		Ameliyat Öncesi				Ameliyat Sonrası			
		DAP		SAP		DAP		SAP	
Komplikasyonlar		Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Mobilizasyon Sıkıntısı	Evet	44,00	6,52	49,68	4,54	46,60	4,54	49,64	4,90
	Hayır	43,23	8,36	49,66	4,81	44,20	8,94	49,66	5,55
	t, P	t=0,385, P=0,702		t=0,019, P=0,985		t=1,232, P=0,223		t=-0,012, P=0,990	
Barsak Değişiklik	Evet	44,04	6,94	48,78	5,25	46,78	6,01	50,70	4,98
	Hayır	43,24	8,05	50,22	4,24	44,22	8,18	49,00	5,36
	t, P	t=0,394, P=0,695		t=-1,161, P=0,250		t=1,301, P=0,198		t=1,223, P=0,226	
Akciğer Problemi	Evet	43,15	6,99	49,38	4,23	43,77	9,03	48,46	6,17
	Hayır	43,85	8,12	49,88	5,02	46,29	5,94	50,56	4,29
	t, P	t=-0,351, P=0,727		t=-0,407, P=0,686		t=-1,304, P=0,197		t=-1,554, P=0,126	
Yara Yeri: Akıntı ve Kızarıklık	Evet	43,70	5,83	51,40	3,34	43,10	10,40	48,80	7,35
	Hayır	43,52	7,95	49,32	4,84	45,62	6,81	49,82	4,80
	t, P	t=0,068, P=0,946		t=1,295, P=0,201		t=-0,973, P=0,335		t=-0,558, P=0,579	
Uykusuzluk	Evet	42,12	7,75	48,79	4,68	45,21	7,77	48,95	5,35
	Hayır	46,89	6,20	51,72	4,04	45,17	6,96	51,28	4,74
	t, P	t=-2,309, P=0,025		t=-2,316, P=0,024		t=0,022, P=0,982		t=-1,595, P=0,116	
Beslenme Değişiklik	Evet	44,42	5,33	49,75	5,15	49,17	6,86	52,42	4,38
	Hayır	43,33	8,10	49,65	4,59	44,21	7,35	48,96	5,25
	t, P	t=0,439, P=0,662		t=0,069, P=0,946		t=2,115, P=0,039		t=2,102, P=0,040	
Ruhsal Durum Değişikliği	Evet	44,10	7,62	47,86	4,26	44,19	10,03	48,38	4,89
	Hayır	43,26	7,67	50,64	4,63	45,74	5,73	50,33	5,36

	t, P	t=0,405, P=0,687		t=-2,283, P=0,026		t=-0,765, P=0,447		t=-1,387, P=0,171	
Ameliyat Sonrası	Evet	44,71	2,29	52,57	1,27	49,43	3,60	52,57	4,31
Bulantı, Kusma	Hayır	43,40	8,04	49,28	4,82	44,64	7,69	49,26	5,27
	t, P	t=0,428, P=0,670		t=1,786, P=0,079		t=1,614, P=0,112		t=1,589, P=0,118	

Tablo 25’te ameliyat sonrası komplikasyonlar ile ameliyat öncesi ve sonrası DAP ve SAP arasındaki ilişki incelenmiştir. Tabloda görüldüğü gibi mobilizasyon sıkıntısı, bağırsakta ki değişiklikler, akciğer problemi, yara yerindeki akıntı ve kızarıklık, ameliyat sonrası bulantı, kusma ile ameliyat öncesi ve sonrası DAP ve SAP arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$). Fakat uykusuzluk ile ameliyat öncesi DAP ve SAP arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Beslenmede meydana gelen değişiklik ile ameliyat sonrası DAP ve SAP arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Ameliyat öncesi DAP ve SAP arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastalarda ruhsal durumda meydana gelen değişiklikler ile ameliyat öncesi SAP arasında ki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ameliyat öncesi DAP ve ameliyat sonrası DAP ve SAP ile ruhsal durumdaki değişiklikler arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Tüm ameliyatlar büyük ya da küçük olsun hasta ve ailesinin yaşamında önemli deneyimlerdendir. Gelişen teknolojiye rağmen ameliyat korkusu günümüzde de önemli bir sorundur. Ameliyat olacak hastalarda cerrahi girişim öncesi anksiyetenin artması beklenen bir durumdur. Hastalar bir operasyon için hastaneye yattıkları zaman yalnızca yabancı ve değişik bir çevreye değil, aynı zamanda fazla anksiyete ve korkunun birlikte olduğu bir ortama girer. Yabancı oldukları bir ortamda gerçekleştirilen cerrahi girişim sonrasında hastalarda genel anesteziye bağlı ölüm riski ve ameliyat sonrası oluşacak ağrıdan korkma önemli endişelerdir (Herth and Cutcliffe, 2002; Kayhan, 2003; Ala, 2007).

Ameliyat öncesinde hastanın anksiyete düzeyini; yapılacak işlemler hakkında bilgi sahibi olmamak, hastanın kişisel özellikleri, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, yapılacak operasyon etkilemektedir (Kayhan, 2003).

Araştırmamızda, açık kalp ameliyatı planlanan hastalara yapılan anket çalışması ile preoperatif dönemdeki anksiyetenin postoperatif dönemdeki olası komplikasyonlar ile ilişkisini değerlendirdik.

Oflaz F., ve Günaydın N.'in planlı ameliyat olacak hastaların ameliyat öncesi anksiyetelerini incelemelerinde; bireylerin cinsiyetlerine göre anksiyete ortalamalarını karşılaştırdıklarında bayan hastaların anksiyete ortalamalarının (46,83), erkek hastaların anksiyete ortalamalarından (37,71) daha yüksek ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu bulmuşlardır (Kayhan, 2003).

Oflaz F. Ve Varol H.'nin yaptığı çalışmada kadınlarda anksiyete erkek lere göre daha yüksek çıkmıştır (Oflaz ve Varol, 2010).

Birçok çalışmada bayan hastalarda anksiyete düzeyinin erkek hastalara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Kayhan, 2003).

Epidemiyolojik açıdan bakıldığında depresyon ve anksiyete bozukluklarının genel olarak kadınlarda erkeklere göre daha sık olması bu bulguları destekler niteliktedir (Taparlı, 2004).

Badner ve arkadaşları bu farklılığı, kadınlarda ailelerinden ayrılmaya bağlı anksiyetenin daha yüksek olmasına bağlarken, Shevde ve Panagolopoulos ile Domar ve arkadaşları kadınların endişelerini erkeklerden daha rahat ifade edebilmelerini etken olarak göstermiştir. Aykent R.'nin çalışmasında da bayan hastaların anksiyete skorları erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (Domar et al., 1989; Shevde and Panagopoulos 1991; Kayhan, 2003).

Bizim çalışmamızda kadınlardaki durumluluk ve süreklilik anksiyete puanları sırasıyla (45.06, 46.06 – 51.18, 50.27) erkek hastaların durumluluk ve süreklilik anksiyete puanlarına (41.70, 44.15 – 47.81, 48.89) göre daha yüksek bulunmuştur. Ameliyat öncesi SAP puanında cinsiyet grupları arasındaki fark anlamlı bulunmuşken ($p < 0.05$) ameliyat öncesi DAP ve ameliyat sonrası SAP ve DAP anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Literatür ile uyumludur.

Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımına bakıldığında, yaş ortalamaları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Yaşın preoperatif anksiyete düzeyleri ile ilişkisi konusunda literatürde çelişkili sonuçlar vardır. Daha önceki çalışmalarda ileri yaştaki hastalarda preoperatif anksiyete düzeyi daha düşük olarak bildirilmiştir. Shevde ve Panagopoulos yaşlı hastalarda endişe düzeyinin daha düşük olduğunu belirtmişlerdir. Ramsey çalışmasında anksiyete oranlarını 13-21 yaş grubunda %61, 22-41 yaş grubunda %84, 42-60 yaş grubunda %80, 62-82 yaş grubunda % 57 olarak bildirmiş, orta yaş grubunda anksiyete oranlarının yüksek olmasını bu yaşlardaki hastaların ailelerine karşı sorumluluklarının fazla oluşuna bağlamıştır (Shevde and Panagopoulos, 1991; Shafer et al., 1996).

Norris ve Baird 30 yaş altındaki hastaların anksiyete oranlarının, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Birçok çalışmada da yaşın anksiyete derecesini etkilemediği bildirilmiştir (Domar et al., 1989; Badner et al.,1990).

Bizim çalışmamızda anksiyete en yüksek 37-49 yaş gurubunda bulunmuştur. En düşük ise 65-84 yaş grubunda görülmüştür. Ramsey'in çalışması ile paralellik göstermektedir. Ameliyat öncesi SAP'da yaş grupları arasında fark görülmüştür ($p<0.05$).

Hastalar açısından ameliyat önemli bir işgücü kaybı nedenidir. Günlük para kazanılan meslekler için ameliyat para kapısının bir süre kapanması anlamına gelir. Shevde ve Panagopoulos çalışmalarında mesleğin anksiyete derecesini etkilemediğini bildirmişlerdir (Shevde and Panagopoulos, 1991).

Bizim çalışmamızda da hastaların meslek gruplarıyla anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde ev hanımları ve çalışmayanların ameliyat öncesi durumluluk ve sürekli anksiyete düzeyleri diğer meslek gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bazı çalışmalarda artan eğitim düzeyi ile birlikte anksiyetenin de arttığı bildirilirken, bazı çalışmalarda eğitim durumunun anksiyete derecesini etkilemediği bildirilmiştir. Caumo ve arkadaşları tarafından 12 yıldan uzun eğitim almış kişilerde preoperatif anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Taparlı, 2004).

Günaydın ve Oflaz çalışmasında okur-yazar, ilk ve orta okul mezunu bireylerin anksiyete düzeylerinin "orta" olduğunu, lise ve orta okul mezunu bireylerin ise hafif düzeyde olduğunu belirlemişlerdir. Ancak gruplar arasında istatistiksel fark bulunmamıştır. Margalith ve Shapiro, eğitimin hastalıklı ve stresli bir durumla baş etmede daha etkili olduğunu ve eğitim seviyesi yüksek olan bireylerde, eğitim seviyesi düşük olan bireylere göre anksiyetenin daha düşük olduğunu bildirmişlerdir. Bunun nedeni olarak eğitim düzeyi yüksek hastaların anksiyete ve baş etme mekanizmalarını kullanmada daha ilgili, yeni bilgilere daha açık ve uyumlu

çalışmada cerrahi tedavi uygulanan, eğitim düzeyi düşük olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyi daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Okanlı ve ark., 2006). Arzu Yıldırım ve Rabia Hacıhasanoğlu'nun yaptığı çalışmada da hastaların eğitim düzeyi ile anksiyete arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Yıldırım ve ark., 2010). Kiyohara ve arkadaşlarının yaptığı çalışmasında hastanın eğitim düzeyinin anksiyete seviyesinin etkilemediğini bildirmiştir (Kiyohara et al., 2004).

Bizim çalışmamızda da okuryazar olanlarda ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası DAP ve SAP en yüksek bulunmuştur. Fakat eğitim durumuna göre anksiyete açısından gruplar arasında istatistiksel fark görülmemiştir ($p>0.05$). Literatür ile uyumludur.

Günümüzde kardiyovasküler hastalıkların gelişiminde sigara ve tütün kullanımı önde gelen risk faktörlerinden birisidir (Özdemir, 2007). Hacer Özcan'ın 2008'de yaptığı çalışmada da hastaların %64'ünün alkol kullanmadığı, %58'inin sigara kullanmadığı belirlenmiştir. Dr. Tokmakoğlu ve arkadaşlarının 1992-2001 yılları arasında yaptığı çalışmada genç hastalarda CBAG vakalarında sigara kullanım oranını oldukça yüksek bulmuşlardır (Tokmakoğlu ve ark., 2002). Benzer şekilde Samuels ve arkadaşlarının çalışmasında da sigara kullanımı %83 oranında saptanmıştır (Samuels et al., 1996). Araştırmamıza katılan hastaların sigara kullanım durumlarına bakıldığında %13,3'ünün sigara kullandığı, %61,7'sinin kullanmadığı görülmektedir. Hastaların alkol kullanım durumlarına bakıldığında ise % 5'inin alkol kullandığı, % 88,3 gibi büyük bir oranın alkol kullanmadığı belirlenmiştir. Sigara ve alkol kullanım durumu ile ameliyat öncesi DAP ve ameliyat sonrası DAP, SAP ve yaş arasında istatistiksel bir fark görülmemiştir ($p>0.05$). Fakat ameliyat öncesi SAP ile alkol ve sigara kullanım durumu arasında istatistiksel fark vardır ($p<0.05$). Literatürde alkol kullanımının kalbi koruyucu olarak tavsiye edilmesini haklı çıkaracak çok az veri vardır. Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin de hazırlayanlar içinde yer aldığı koroner hastalıkların önlenmesi kılavuzunda toplumsal olarak bakıldığında sosyal ve sağlık üzerine zararlı etkileri nedeniyle halka alkol tüketiminin önerilmesinin yanlış olduğu belirtilmektedir (Özcan, 2008).

Tıbbi ya da cerrahi nedenlerle hastaneye yatan bir birey gerek hastalığı ile, gerekse

hastane ortamı ile birçok olumsuz duygu, düşünce ve davranışlar gösterebilir (Okanlı ve ark., 2006). Tel ve arkadaşları (2005) daha önce hastane deneyimi olanlarda anksiyete puanlarını yüksek saptamışlardır. Aynur Bahar ve H.Serap Taşdemir'in 2006'da yaptığı çalışmada da daha önce hastane deneyimi bulunanlarda anksiyete puanı anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (Bahar ve Taşdemir, 2008). Bizim çalışmamızda daha önce hastane deneyimi olmayanlarda ameliyat öncesi DAP, SAP ve ameliyat sonrası SAP hastane deneyimi olanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Ameliyat sonrası DAP hastane deneyimi olmayanlarda daha düşük çıkmıştır. Fakat istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Çıkan sonuç literatür ile uyumlu değildir.

Açık kalp cerrahisi geçirecek olan hastalarda oluşabilecek anksiyeteyi etkileyeceği düşünülen risk faktörlerinden biriside refakat edecek birisinin olup olmadığıdır. Buna yönelik hastalara hastanede yattığı dönemde yanında refakatçi kalıp kalmaması sorulmuştur. Ve bunun anksiyete üzerine etkisine bakılmıştır. Çıkan sonuçlarda refakatçisi olanlar ile olmayanlar arasında ameliyat öncesi ve sonrası DAP ve SAP ve yaş arasında istatistiksel bir fark görülmemiştir ($p>0.05$).

Kronik hastalıklar, bireyin yaşamını sürdürebilmesi için belli kuralları uygulama zorunluluğu getirmektedir. İş, aile, yaşam biçimi alanlarında değişikliklere yol açmaktadır. Yaşam boyu fiziksel bir hastalığı uyum sağlama süreci, bireylerin ruhsal sınırlarını zorlayabilmektedir (Bahar ve Taşdemir, 2008).

Aynur Bahar ve H.Serap Taşdemir'in yaptığı çalışmada hastanede yatan ve kronik hastalığı olan hastaların anksiyete puan ortalamaları yüksek bulunmuştur.

Aslan ve arkadaşları (2003) yaptıkları çalışmada kronik fiziksel hastalığı olan hastalarda yaşam boyu ruhsal bozukluk prevalansının %42 olduğunu ve bunların çoğunluğunu duygudurum ve anksiyete bozukluklarının oluşturduğunu bildirmişlerdir (Bahar ve Taşdemir, 2008).

Bizim çalışmamızda kronik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında ameliyat öncesi ve sonrası DAP ve SAP arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Literatür ile uyumsuzdur.

Geçmiş yıllarda yapılmış olan bir çalışmada açık kalp ameliyatından önce, cerrahi girişim gerektiren kalp hastalıklarına bağlı semptomları (göğüs ağrısı, yorgunluk, dispne ve çarpıntı gibi) 2 yıl ve daha uzun süreden beri yaşayan hastaların, ameliyattan sonra bu semptomların ortadan kalkmasına ve hastalıktan kurtulma düşüncesine bağlı olarak anksiyete düzeyinin daha düşük olacağı belirtilmektedir (Tack and Giliss, 1990; Majima and Sato, 1994; Duits ve ark.1997).

Perihan Güneşin 2001 yılında yaptığı çalışmada ise ameliyattan önceki hastalığa bağlı yakınma süresi 2yıl ve daha fazla olan hastaların hastaneden taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonraki durumluluk ve sürekli anksiyete puan ortalamaları, ameliyat öncesi yakınma süresi 0-1 yıl olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (Güneş, 2001).

Miyaser Kayahan ve Gülümser Sertbaş'ın yaptığı çalışmada hastalık süresi uzun olan hastalarda anksiyete ve depresyon saptanmıştır (Kayahan ve Sertbaş, 2007).

Bizim çalışmamızda ise şikayet sürelerine göre ameliyat öncesi DAP, SAP ve ameliyat sonrası DAP arasında fark bulunmamıştır. Fakat ameliyat sonrası SAP'da fark vardır. 12 ay ve üstü zamandır şikayeti devam edenlerde anksiyete puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu da literatür ile uyumsuzdur.

Hastaların hastalığa ve tedaviye uyumu ve işbirliğinin sağlanması; ileri davranış sorunlarının ortaya çıkmasının önlenmesi için hastaların hastalıkları, yapılacak tıbbi ve cerrahi işlemler hakkında bilgilendirilmesi gerekir. A.Bahar ve H.S.Taşdemir'in 2006'da yaptığı çalışmada hastalıklarına yönelik bilgi alan hastaların anksiyete puan ortalamaları daha yüksektir. Ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Bahar ve Taşdemir, 2008).

Appleyared ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hasta ve ailesine verilen bilgi gereksiniminin önemli olduğu belirlenmiş, yeterli oranda bilgi verilmediğinde hasta ve ailesinin kaygı yaşadıkları saptanmıştır (Akyolcu ve Yardakçı, 2004).

Hughes'in 2002 de yaptığı çalışmada hastalara preopretif dönemde cerrahi ile ilgili bilgi verildiğinde anksiyetenin azaltılacağı kanıtlanmıştır (Hughes, 2002).

Bizim çalışmamızda ameliyat öncesi bilgi alanlar ile olmayanlar arasında ameliyat öncesi ve sonrası DAP, SAP ve yaş da anlamlı bir fark saptanmamıştır. A.Bahar ve H.S.Taşdemir'in çalışmasına uyumludur.

Tablo 22'de Taburcu olduktan sonra bakımına yardım edecek birisinin olup olmamasına göre anksiyete durumu incelendiğinde ameliyat sonrası DAP istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p<0.05$). Ameliyat öncesi DAP, SAP, ameliyat sonrası SAP ve yaş istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Geçmişte Perihan Güneş'in yaptığı çalışmada da evde bakımına yardımcı olacak birisinin olup olmamasına göre süreklilik ve durumluluk anksiyete puanları arasında istatistiksel bir fark saptanmamıştır (Güneş, 2001).

35'in üzerinde vakada kontrollü ileriye dönük çalışmada, koroner kalp hastalığı ile ailede birinci derecede yakınların erken başlangıçlı koroner kalp hastalığı hikayesi arasında ilişki saptanmıştır. Koroner hastalık için en güçlü aile hikayesi birinci derecede bir yakında erken yaşta koroner kalp hastalığı öyküsünün olmasıdır. Williams ve arkadaşları, erken koroner kalp hastalığı öyküsü bulunan aileler üzerinde yaptıkları incelemede, sadece %10 ailede risk faktörü olmadığını saptamışlardır (Abanonu, 2005).

Bizim çalışmamızda %45'inin ailesinde başka kalp ameliyatı olan varken %55'inin ailesinde başka kalp ameliyatı olan yoktur. Literatür ile uyumsuzdur. Ailesinde başka kalp ameliyatı olanlar ile olmayanların anksiyete puanlarına bakıldığında ise ameliyat öncesi DAP, SAP ve ameliyat sonrası DAP, SAP ve yaş da istatistiksel fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ameliyat öncesi dönem, hastanın korku ve endişe içinde olduğu sıkıntılı bir dönemdir. Özellikle yaşamsal önem taşıyan açık kalp ameliyatlarında anksiyete düzeyinin ameliyat öncesinde ameliyat sonrasında daha yüksek olduğu

bilinmektedir. Raymond ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, CABG geçiren hastaların ameliyat öncesinde yüksek düzeyde anksiyete sergiledikleri ancak ameliyat sonrasında depresif bir durumda oldukları vurgulanmıştır.

Adalet Koca ve Nevin Kanan'ın yaptığı çalışmada kontrol ve deney grupları oluşturmuşlar ve ameliyat öncesi ve sonrası durumluluk anksiyetelerini incelemişlerdir. Sonuçlarda kontrol grubunun ameliyat öncesi ve sonrası durumluluk anksiyetesi değişmezken, deney grubunda ameliyat öncesi durumluluk anksiyetesi ameliyat sonrası durumluluk anksiyetesinden yüksek ve aradaki fark da istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($0.001 < p < 0.01$).

Kontrol grubunun ameliyat öncesi ve sonrası süreklilik anksiyetelerinde fazla bir değişiklik olmamasına karşın, deney grubunun ameliyat öncesi süreklilik anksiyetesi ameliyat sonrası süreklilik anksiyetesinden yüksek bulunmuş olup, ameliyat öncesi ve sonrası süreklilik anksiyeteleri arasındaki farkın istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.01$) (Kanan ve Koca, 2000).

Bizim çalışmamızda ise ameliyat öncesi DAP ile ameliyat öncesi SAP, ameliyat sonrası SAP ve DAP arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.01$). Ameliyat öncesi SAP ile ameliyat sonrası SAP arasında ileri derecede anlamlı bir fark bulunmuştur. Yaş ve yoğun bakımda kalış süreleri de incelenmiş ve ameliyat öncesi SAP ile ters orantılı ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$).

Ameliyat sonrası DAP ile ameliyat sonrası SAP arasında da ileri derecede ilişki saptanmıştır ($p < 0.01$). Ameliyat öncesi ve sonrası SAP açısından literatür ile uyumludur.

Hastalarda postoperatif dönemde görülen komplikasyonlar; hastanın yaşı, tanısı, ameliyatı gerçekleştiren doktor ve diğer ekibin steriliteye uyup uymaması, ameliyatta kullanılan aletlerin sterilitesi, v.b. birçok faktöre bağlı olabilmektedir. Bunun yanı sıra hastanın psikolojik durumunun da postoperatif dönemde komplikasyon görülmesi üzerine etkili olabileceği birçok araştırmada bildirilmektedir.

Cennet Kayhan'ın yaptığı çalışmada preoperatif dönemde yapılan anksiyete değerlendirmesinde, postoperatif dönemde komplikasyon görülen hastaların durumluk ve sürekli anksiyete puanlarının komplikasyon görülmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Nazlı Elitoğ ve Birsen Erkuş'un yaptığı çalışmada %61.30'da uykusuzluk problemi, %15.30'da duygusal değişiklik, %31.30'da kabızlık, %42.60'da iştahsızlık, %6'sında yara yeri problemi saptamıştır.

Mustafa Büyükatdeş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da komplikasyona yara yeri enfeksiyonu açısından bakıldığında %1-8.6 arasında sternal yara yeri enfeksiyonu, %3.5'inin lokal yara yeri enfeksiyonu gözlenmiştir (Büyükatdeş ve ark., 2007).

Açık kalp cerrahisi geçiren yaşlı hastalarda yapılan bir çalışmada kalp cerrahisi geçiren 71 hastanın oluşturduğu bir grupta hastaların %32.4'ünde delirium olduğu saptanmıştır (Okutan ve Kutsal, 2001).

Postoperatif dönemde ilk 48 saatte abdominal distansiyon genellikle GİS'de (Gastrointestinal sistem) biriken gazdır. Yaşlı hastalarda postoperatif konstipasyon sık görülmektedir. Hastaların defekasyon yapıp yapmadıkları düzenli olarak sorulmalıdır. Gerekirse oral ya da rektal ilaç uygulamaları ile düzenli defekasyon yapmaları sağlanmalıdır.

Yeşim Yaman'ın çalışmasında uykusuzluk yaşanan sorunlar arasında 3.sırada bulunmuştur. Taburcu olduktan sonra ki 1 aylık dönemde CABG ameliyatı geçiren hastaların %72'sinde uykusuzluk problemi olduğu belirtilmiş ve bu problemin pozisyona bağlı olduğu düşünülmüştür (Yaman, 2008).

Bizim çalışmamızda ameliyat öncesi DAP, SAP ile uykusuzluk arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Beslenme durumundaki değişiklik ile ameliyat sonrası DAP ve SAP arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Ruhsal durum değişikliği ile ameliyat öncesi SAP arasında istatistiksel olarak fark

vardır ($p < 0.05$).

Mobilizasyon sıkıntısı, bağırsak alışkanlıklarındaki değişiklik, akciğer problemi, yara yerinde akıntı ve kızarıklık, ameliyat sonrası bulantı ve kusma ile ameliyat öncesi DAP, SAP ve ameliyat sonrası DAP, SAP arasında istatistiksel olarak bir fark yoktur ($p > 0.05$).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamıza katılan 60 hastanın 33'ü kadın (%55), 27'si (%45) erkekti. Yaşları 37-84 arasında değişmekteydi. Bayan hastaların erkeklere göre anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmanın sonuçlarında cinsiyet gruplarının, yaş gruplarının, hastaların sigara ve alkol kullanım durumlarının, daha önce hastane deneyimi olup olmamasının, hastalığı ile ilgili bilgi alıp almamasının sürekli anksiyete düzeylerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çalışmaya katılanların eğitim durumlarının, meslek gruplarının, yanında kalacak refakatçisinin olup olmamasının, kronik hastalığının olup olmamasının, şikayet süresinin uzun ya da kısa süreli olmasının, ameliyat öncesi tıbbi tedavi alıp almamasının, ailesinde başka kalp ameliyatı olup olmamasının süreklilik ve durumluluk anksiyete puanlarına etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ameliyat öncesi sürekli anksiyete puanı, ameliyat sonrası durumluluk ve sürekli anksiyete puanı ile ameliyat öncesi durumluluk anksiyete puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($p<0.01$).

Ameliyat öncesi sürekli anksiyete puanı ile ameliyat sonrası sürekli anksiyete puanı arasında güçlü bir ilişki vardır ($p<0.01$).

Yoğun bakımda kalış süresi ve yaş ile ameliyat öncesi sürekli anksiyete puanı arasında anlamlı düzeyde negatif bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası süreklilik ve durumluluk anksiyete düzeylerinin açık kalp cerrahisi sonrası görülebilecek mobilizasyon sıkıntısı, bağırsaklardaki

değişiklik, akciğerde oluşabilecek problemler, yara yerinde akıntı ve kızarıklık, ameliyat sonrası bulantı ve kusma gibi şikayetler ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi bulunmamıştır ($p>0.05$). Diğer taraftan ameliyat öncesi durumluluk ve süreklilik anksiyete puanının uyku problemi üzerine etkisi olduğu belirlenmiştir. Ameliyat öncesi sürekli anksiyete puanı ile ruhsal durum değişikliği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ameliyat sonrası durumluluk ve süreklilik anksiyete puanı ile beslenme durumundaki değişiklik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Literatür taramalarının sonucunda da görüldüğü gibi preoperatif anksiyetenin hastaları olumsuz etkilediği, postoperatif dönemde komplikasyonlara neden olabileceği belirtilmektedir. Hasta ve yakınlarına preoperatif dönemde verilecek eğitim ile anksiyetesinin azaltılması ve postoperatif dönemde olası komplikasyonların azaltılmasında etkili olabileceği ve hastaların hastanede kalış sürelerinin azaltacağı düşünülmektedir. Uygulanmakta olan preoperatif bilgi vermenin daha etkili olması için hastaların ameliyat öncesi ve sonrası yapması gereken egzersizleri gösterip uygulamalı ve hasta ve yakınlarına erken mobilizasyonun önemi vurgulanmalıdır. Ameliyathane ve ameliyatı içeren resimlerin bulunduğu kısa bilgiler içeren broşür hazırlanıp ameliyat öncesi hastalara verilebilir. Hastaların kendilerini ifade etmelerine olanak sağlanmalı merak ettikleri sorular ameliyat öncesi cevaplanarak psikolojik destek sağlanmalıdır.

ÖZET

Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Hastalarda Preoperatif Anksiyete İle Postoperatif Komplikasyonlar Arasındaki İlişki

Açık kalp ameliyatı yapılan hastaların, ağırlıklı olarak fiziksel bakımları ile ilgilenilmesi, hastaların psikolojik açıdan değerlendirilmemesi ve planlı bir taburculuk eğitimi yapılmaması, hastaların anksiyete yaşamasına neden olmaktadır.

Bu araştırma açık kalp ameliyatı olan hastalarda preoperatif anksiyetenin postoperatif komplikasyonlarla ilişkisini incelemeyi amaçlamaktadır.

Araştırmanın örneklemini Afyon Kocatepe Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Özel Park Hastanesi kalp damar cerrahisi kliniğinde Aralık 2010-Mayıs 2011 tarihleri arasında açık kalp ameliyatı olan 37-84 yaş aralığında araştırmaya katılmayı kabul eden 60 hasta oluşturmuştur.

Hastaların sosyodemografik özellikleri belirlendi ve Stait-Trait Anxiety Inventory (Durumluluk- Sürekli Kaygı Envanteri) ile anksiyete düzeyleri ölçüldü ve komplikasyonlara yönelik 10 soruluk anket uygulandı.

Elde edilen veriler kodlanarak SPSS programına yüklendi. Pearson ilişki kat sayısı, student t-testi ve varyans analizi uygulandı.

Araştırmanın sonucuna göre uykusuzluk, beslenmede değişiklik, ruhsal durumda değişiklik ile anksiyete arasında ilişki saptanmıştır.

Anahtar sözcükler: Açık kalp ameliyatı, anksiyete, hasta, preoperatif anksiyete, postoperatif komplikasyon

SUMMARY

The Relationship Between Preoperative Anxiety and Postoperative Complications of Open Heart Surgery

The mainly dealt with the physical care of the patients who underwent open heart operation, but the failure of a psychological assessment and a planned discharge education leads to anxiety.

The present study aims to investigate the relationship between postoperative complications with preoperative anxiety in patients who underwent open heart surgery.

60 patients aged 37-84 who underwent an open heart surgery between december 2010- may 2011 at the Heart and Vein Surgery Clinics of Afyon Kocatepe University Hospital and Private Park Hospital included to study.

Sociodemographic characteristics of patients was determined and the anxiety levels were measured by Staite-Trait Anxiety Inventory, 10-item questionnaire about complications was administered.

Available data coded and transferred to SPSS program. Person Correlation Coefficients, student t –test, varians analysis were performend for statistical analysis. According to results of the study, we found a significant relationship between insomnia, nutrission changes, change in mental state with the anxiety.

Key Words: Open heart surgery, anxiety, patient, preoperative anxiety, postoperative complication

7. KAYNAKLAR

ABANONU, B.G., (2005) Koroner Arter Hastalığı Majör Risk Faktörleri ve C-Reaktif Proteinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi İstanbul

AKDEMİR, N., BİROL, L., (2003) İÇ HASTALIKLARI ve HEMŞİRELİK BAKIMI. 1. Baskı. İstanbul: Ekin Tıbbi Yayıncılık, sy. 351-352.

AKYOLCU, N., YARDAKÇI, R., (2004) Ameliyat Öncesi Dönemde Yapılan Hasta Ziyaretlerinin Hastanın Anksiyete Düzeyine Etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 1,2 syf. 7-14

ALA, S., (2007) Tiroidektomi Ameliyatı Öncesi Hemşirenin Bilgilendirici Rolünün Hastaların Ameliyat Sonrası Anksiyete Düzeylerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü

ATİK, E.H., (2007) Psikiyatri Hastalarında Anestezili Elektrokonvülsif Tedavi Uygulama Öncesi Ortaya Çıkan Anksiyetenin Giderilmesinde Bilgilendirmenin Etkinliği. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü

AYOĞLU, T.A., (2003) Ameliyat Öncesi ve Sırası Bilgi Vermenin Hasta Ailelerinin Anksiyete Düzeylerine ve Kan Basıncı Değerlerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü

AYTAÇ, A., (1991) Dünyada ve Türkiye’de Kalp Cerrahisi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 1: 008-012.

BADNER, NH., NIELSON, WR., MUNK, S., KWIATKOWSKA, C., GELB, AW., (1990) Preoperative Anxiety Detection and contributing Factors. *CAN J ANAESTH* 37(4 Pt 1): 444-447

BAHAR, A., TAŞDEMİR, H.S., (2008) Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 11(2): 9-17

BULANTEKİN, Ö., (2008) Prediyaliz Hasta Grubunda Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü

BÜYÜKATEŞ, M., TURAN, A.,S., KANDEMİR, Ö., TOKMAKOĞLU, H., (2007) Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Açık Kalp Cerrahisi: İlk 170 Olgunun Değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 15(1): 51-54

CICALA, R., ÇEVİRİ TÜMER, G., (1999) KALP HASTALIKLARI KAYNAK KİTAP 1. Baskı Ankara HYB Yayıncılık sy. 37-50, 121-129

DEMİR, A., AKYURT,D., ERGÜN, B., HAYTURAL, C., YİĞİT, T., TAŞOĞLU, İ., ELHAN, H.A., ERDEMLİ, Ö., (2010) Kalp Cerrahisi Geçirecek Olgularda Anksiyete Sağaltımı. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 18(3): 177-182

DİLBAZ, N., (2006) ANKSİYETE BOZUKLUKLARINDA SON GELİŞMELER 1. Baskı Ankara Pozitif Matbaacılık sy. 224

DOMAR, A.D., EVERENT, L.L., and KELLER, L.G., (1989) Preoperative anxiety: is it a predictable entity? *Anesth Analg* 69(6): 763-767

DUIÏTS, AA., BOEKE, S., TAAMS, MA., PASSCHIER, J.,ERDMAN,RA., (1997) Prediction of quality of life after coronary artery bypass graft surgery: a review and evaluation of multiple, recent studies. *Psychosom Med* 59(3): 257-268

EBERT, H.M., LOOSEN, T.P., NURCOMBE, B., (2003) CURRENT PSİKİYATRİ TANI ve TEDAVİ. Güneş Kitapevi syf. 324-340

EDELL - GUSTAFSSON, UM., HETTA, JE., AREN, CB., (1999) Sleep and quality

of life assessment in patients undergoing coronary artery bypass grafting. *Journal Of Advanced Nursing*, 29(5): 1213-1220

ELİTOĞ, N., ERKUŞ, B., (17-21 EKİM 2008) CABG operasyonu geçirmiş olan hastaların taburculuk sonrası en sık yaşadıkları problemlerin tanımlanması Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 10. Ulusal Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur
Çeşme/İzmir

ERDİL,F., ELBAŞ, Ö.N. , (2001) CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
4. Baskı Ankara Aydoğdu Ofset sy. 324-328

GÜNEŞ,P., (2001) Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaları Taburculuk Öncesi Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü

GÜZ, H., DOĞANAY, Z., GÜZ,T., (2003) Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Anksiyete. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, 40(1): 36-39

HANÖZÜ, M., (2006) Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Gelişen Torasik Komplikasyonlar Uzmanlık Tezi İstanbul

HERTH, K.A., CUTCLIFFE, J.R., (2002) The Concept of Hope in Nursing 3: Hope and Palliative Care Nursing. *Br J Nurs.* 11: 977-983

HUGHES, S., (2002) The Effects of giving patients pre-operative information. *Nurs Stand.* Mar 27- Apr 2; 16(28): 33-37

İLİÇİN, G., GÜRSEL, G., (1980) KALP VE DAMAR HASTALIKLARININ TIBBİ TEDAVİSİ. Ankara Taş kitapçılık sy. 370-382

İPEK, G., MANSUROĞLU, D., ŞİŞMANOĞLU, M., ÖMEROĞLU, N.S., MATARACI, İ., AKBAYRAK, H., (2004) Kardiyovasküler Anormallikler ile

Beraber Görülen Atriyal Septal Anevrizmaların Cerrahi Tedavisi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, (4): 266-267

İPEK, G., ÖMEROĞLU, N.S., GÖKSEDEF, D., ENGİN, E., BALKANAY, O.O., KARADAĞ, B., SAYILGAN, C., YÜCEYAR, L., (2008) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde Yeniden Yapılanma Sonrası Açık Kalp Cerrahisinde İlk Altı Ayın Değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Dergisi* 16(1): 16-19

İŞKESEN, İ., YILDIRIM, F., ŞİRİN, H., (2007) Koroner Arter Bypass Cerrahisinde Kardiyopulmoner Bypass'ın Nörokognitif Fonksiyonlara Etkisi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 15(4): 275-280

KANAN, N., KOCA, A., (2000) Açık Kalp Ameliyatı öncesi Hasta Eğitiminin Anksiyete Üzerine Etkisi. *1.Uluslar arası & 8. Ulusal Hemşirelik Kongresi Antalya, Türkiye, 29 Ekim- 2 Kasım 2000; Kongre Kitabı 2001* syf.324

KARAKOVAN, A., ARSLAN, E.F., (2010) DAHİLİ ve CERRAHİ HASTALIKLARDA BAKIM Adana Nobel Kitapevi sy. 514-533

KARAVELİ, S., (2009) İmplant Port Takılacak Hastaların İşlem Öncesi Bilgilendirilmesinin Anksiyete Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi.Yüksek Lisans Tezi, Osman Gazi Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü

KARAYURT,Ö., (1998) Ameliyat Öncesi Uygulanan Farklı Eğitim Programlarının Hastaların Anksiyete ve Ağrı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2(1): 20-26

KAYAHAN, M., SERTBAŞ, G., (2007) Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete – Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 8: 113-120

KAYHAN,C., (2003) Cerrahi Hastalarda Preoperatif Anksiyetenin Postoperatif Komplikasyonlarla İlişkisinin İncelenmesi.Yüksek Lisans Tezi Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

KİYOHARA, LY., KAYANO, LK., OLİVEİRA, LM., YAMAMOTO, MU., İNAQAKİ, MM., OQAVA, NY., GONZALES, PE., MANDELBAUM, R., OKUBO, ST., WATANUKİ, T., VİERİA, JE., (2004) Surgery İnformation reduces anxiety in the preoperative period. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* epub Apr 26.Apr;59(2): 51-56

KUĞU, N., BERKAN, Ö., AKYÜZ, G., DOĞAN, O., (2001) Ameliyat Olan ve Olmayan Kronik Periferik Vasküler Hastalığı Olan Olgularda Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2(4): 213-221

KRANNİCH, J.H., WEYERS, P., LUEGER, S., HERZOG, M., BOHRER, T., ELERT,O., (2007) Presence of Depression and Anxiety Before and after Coronary Artery Bypass Graft Surgery and Their Relationship to Age. *BMC Psychiatry* 12(7): 47

MAJİMA, T., SATO, R., (1994) A Study of Factors of Anxiety and Nursing İntervention Among Cardiac Surgical Patients. *Nihon Kango Kagakkaishi* 14(1): 11-18

OFLAZ, O., VAROL, H., (2010) Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp. Fak. Derg.*17(1): 1-7

OĞUŞ, T., İPEK, G., IŞIK, Ö., BERKİ, T., GÜRBÜZ, A., BALKANAY, M., KOÇAK, T., DAĞLAR, B., YAKUT, C., (1996) Yüksek Risk Taşıyan Hastalarda Kalp-Akciğer Makinası Kullanılmaksızın Çalışan Kalpte Koroner Bypass Yöntemi. *Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 1 syf. 9-14

OKANLI, A., ÖZER, N., AKYIL, Ç.,R., KOÇKAR, Ç., (2006) Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 9(4): 38-44

OKUTAN,H., KUTSAL,A., (2001) Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Yaşlı Hastalarda Ameliyat Sonrası Yoğun Bakım. *Geriatric Dergisi* 4(3): 120-126

OKUTAN, H., YAVUZ, T., KINAY, O., DÜVER, H., ULUSAN, V., ÖCAL, A., İBRİŞİM, E., KUTSAL, A., (2001) Yaşlı Hastalarda Açık Kalp Cerrahisi Sonuçları. *Geriatric Dergisi* 4(4): 146-151

ONAT, A., SARI, İ., TUNCER, M., KARABULUT, A., YAZICI, M., TÜRKMEN, S., DOĞAN, Y., KELEŞ, İ., SANSOY, V., (2004) TEKHARF Çalışması Takibinde Gözlemlenen Toplam ve Koroner Mortalitenin Analizi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*; 32 syf. 611-617

OTO, Ö., ÖRER, A., (1999) Dünden Bugüne Kalp Cerrahisi. *Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 7 syf. 1-7

ÖNER, N., (1977) Durumluluk- Süreklilik Kaygı Envanterinin Türk Toplumunda Geçerliliği. Yayınlanmamış Doçentlik Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

ÖNER, N., LE COMPTE, A., (1998) *Süreksiz Durumluluk- Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. 2. Baskı Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, İstanbul. syf. 1-26

ÖZCAN, H., (2008) Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastalar Tarafından Kullanılma Oranları. Yüksek Lisans Tezi Trakya Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü

ÖZDEMİR, S., (2007) Akut Miyokard İnfarktüsü Sonrası İlk Bir Ay İçerisinde Depresyon ve Anksiyetenin Yaygınlığı ve Hayat Kalitesi Üzerine Etkisi. Uzmanlık Tezi İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

ÖZMEN, E., AYDEMİR, E., BAYRAKTAR, E., (1997) Genel Tıpta Psikiyatrik Kavramlar *Hekimler Birliği Yayınları* 203-234

PARENT, N., FORTİN, F., (2000) A Randomized, Contolled Trial of Vicarious Experience Through Peer Support for Male First-Time Cardiac Surgery Patients:

Impact on Anxiety, Self-Efficacy Expectation, and Self-Reported Activiy. *Heart Lung* 29(6): 389-400

PERSKİ, A., OSUCHOWSKI, K., ANDERSSON, L., SANDEN, A., FELEKE, E., ANDERSON, G., (1999) Intensive Rehabilitation of Emotionally Distressed Patients After Coronary By-pass Grafting. *J Intern Med* 246(3): 253-263

SAMUELS, LE., SHARMA, S., KAUFMAN, MS., MORRIS, RJ., BROCKMAN, SK., B., (1996) Coronary Artery Bypass Grafting in Patients in Their Third Decade of Life. *Journal of Cardiac Surgery* 11(6): 402-407

SAYIN, G., A., (2009) KALP DAMAR CERRAHİSİ DERS KİTABI İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi Müdürlüğü syf. 3-24

SHAFER, A., FİSH, MP., GREGG, KM., SEAVELLO, J., KOSEK, P., (1996) Preoperative Anxiety and Fear: a Comparison of Assessments by Patients and Anesthesia and Surgery Residents. *Anesthesia and Analgesia* 83(6): 1285-1291

SHEVDE, K., PANAGOPOULOS, G., (1991) A Survey of 800 Patients Knowledge, Attitudes and Concerns Regarding Anesthesia. *Anesthesia and Analgesia* 73(2): 190-198

TACK, BB., GİLİSS, CL., (1990) Nurse Monitored Cardiac Recovery: a Description of The First 8 Weeks. *Herat & Lung* 19 (5 pt 1): 491-499

TAPARLI, T.Z., (2004) Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Anksiyete Düzeyleri ve Nedenlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

TATOULİS, J., ALİSTAIR, G., ROYSE, BRAİN, F., BUXTON, JOHN, A., FULLER, PETER, D., SKİLLİNGTON, JOHN, C., GOLDBLATT, ROBİN, P.,

BROWN, MİCHAEL, A., ROWLAND., (2002) The Radial Artery in Coronary Surgery: a 5 Year Experience- Clinical and Angiographic Results. *The Annals of Thoracic Surgery* 73: 143-148

TOKMAKOĞLU, H., KANDEMİR, Ö., FARSAK, B., GÜNAYDIN, S., AYDIN, H., YORGANCIOĞLU, C., SÜZER, K., ZORLUTUNA, Y., (2002) Yetmişbeş Yaş Üstü Hastalarda Koroner Bypass Cerrahisi ve Sonuçları. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 30: 737-742

TOSUN, H., (1998) 19-25 Yaş Grubundaki Genç Erişkin Diyabetes Mellituslu Hastalarda Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

TULLY, PJ., BARKER, RA., KNİGHT, JL., TURNBULL, DA., WİNEFIELD, HR., (2009) Neuropsychological Function 5 Years After Cardiac Surgery and The Effect of psychological Distress. *Archives of Clinical Neuropsychology* 24(8): 741-751

TURAN, Y., (2007) Elektif Cerrahi Operasyon Planlanan Hastalarda Preoperatif ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti İle İlişkisi. Uzmanlık Tezi Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

TÜRE, A., (2006) Çocuklara Yönelik Günübirlik Cerrahi Girişimlerde Anneleri Bilgilendirmenin Anksiyete düzeylerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

ÜSTÜNDAĞ, H., (2009) Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Uygulanan Hastaların Konfor Düzeyi. Doktora Tezi Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

YAMAN, Y., (2008) Kalp Kapağı Replasmanı Yapılan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

YILDIRIM, A., HACIHASANOĞLU, R., KARAKURT, P., USLU, S., (2010) Anxiety and Depression Among Individuals With Chronic Disease Who Refer to Primary Health Care Centers. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 9(3): 209-216

YILMAZ, M., ÇİFTÇİ, E.S., (2010) Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Bireylerin Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesinde Bir Model: Fonksiyonel Sağlık Örgütleri *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 18(3): 183-189

BİREYSEL ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı,

Açık kalp ameliyatında pre-operatif anksiyete ile post-operatif komplikasyonlar arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bilgileriniz gizli kalacaktır. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

1.Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz a) Kadın b) Erkek

3.Mesleğiniz

a) Çalışmıyor b) Ev hanımı c)Emekli d) Memur e) Serbest meslek f) İşçi

4. Eğitim durumunuz ?

a) Okur- yazar değil b) Okur-yazar c) İlk okul d) Orta okul e) Lise f) Üniversite

5. Sosyal güvenceniz ? a) Var b) Yok

6. Medeni haliniz ? a) Evli b) Bekar

7. Yaşadığınız yer? a) Köy b) İlçe c) İl

8. Sigara kullanıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır c) Bıraktım

8. sorunun cevabı evet ise 9. soruya diğer cevaplar ise 10.soruya geçiniz.

9. Sigara kullanıyorsanız süre...../adet.....

10. Alkol kullanıyor musunuz ?

a) Evet b) Hayır c) Ara sıra

11. Daha önce hastane deneyiminiz var mı ?

a) Evet b) Hayır

12. Hastanede yattığımız sürece yanınızda birisi kalacak mı?

a) Evet b) Hayır

13. Kronik bir hastalığınız var mı?

a) Evet b) Hayır

14. Hastalığınızla ilgili şikayetleriniz ne zamandan beri devam etmekte?

a) 1 aydan az b) 2-6 ay c) 7-11 ay d) 12 ay ve üstü

15. Ameliyattan önce tıbbi tedavi aldınız mı?

STAI FORM TX – 1 (DURUMLULUK KAYGI ölÇEĞİ)

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

STAI FORM TX – 2 (SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ)

		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 kaçıtırım	(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 hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(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 kırıklıklarımı 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)

