

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

Tez Yöneticisi  
Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

**KORONER ARTER BYPASS GREFT AMELİYATI  
UYGULANAN HASTALARIN KONFOR VE KAYGI  
DENEYİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**(Yüksek Lisans Tezi)**

**Arzu SÖNMEZ**

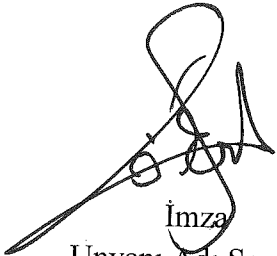
**Referans no: 10008727**

**EDİRNE – 2013**

**T.C.**  
**TRAKYA ÜNİVERSİTESİ**  
**Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü**

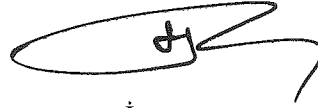
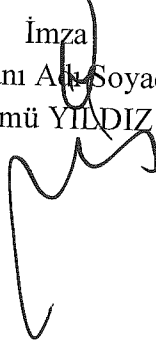
**ONAY**

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Doç.Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK'ın danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Arzu SÖNMEZ tarafından tez başlığı "**Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Uygulanan Hastaların Konfor ve Kaygı Deneyimlerinin Değerlendirilmesi**" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı **02/07/2013** tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından "**Yüksek Lisans Tezi**" olarak kabul edilmiştir.



İmza  
Unvanı Adı Soyadı  
Doç.Dr. Özgül EROL

İmza  
Unvanı Adı Soyadı  
Doç.Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK



İmza  
Unvanı Adı Soyadı  
Yrd. Doç.Dr. Hülya ÜSTÜNDAĞ

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Tamam SİPAHİ  
Enstitü Müdürü

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

Tez Yöneticisi  
Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

**KORONER ARTER BYPASS GREFT AMELİYATI  
UYGULANAN HASTALARIN KONFOR VE KAYGI  
DENEYİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**(Yüksek Lisans Tezi)**

**Arzu SÖNMEZ**

**Destekleyen Kurum :**

**Tez No :**

EDİRNE – 2013

## **TEŞEKKÜR**

Araştırmanın y¼r¼t¼lmesinde, Lisans ve Y¼ksek Lisans eğitimim boyunca yardım ve desteğini esirgemeyen, beni sabır ve anlayış ile y¼nlendiren, daima teşvik ve ¼zveride bulunan değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Doç Dr. Ümm¼ YILDIZ FINDIK'a, y¼ksek lisans eğitimim ve tez ęalıřmam sırasında desteklerini esirgemeyen Trakya Ünisversitesi Sağlık Bilimleri Fak¼ltesi Hemşirelik B¼l¼m¼ ¼ęretim elemanlarına, ęalıřmanın veri toplama aşamasında ihtiyacım olan her anda destek veren Trakya Ünisversitesi Tıp Fak¼ltesi Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği hemşirelerine, sabır ve desteklerini esirgemeyen aileme ve arkadaşlarıma en iğten duygularıyla teřekk¼r ederim.

## İÇİNDEKİLER

|   |    |
|---|----|
| <b>GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....  | 1  |
| <b>GENEL BİLGİLER</b> .....   | 3  |
| <b>KABG CERRAHİSİ NEDİR?</b> .....  | 4  |
| <b>KABG AMELİYATINDA HEMŞİRELİK BAKIMI</b> .....                                    | 7  |
| <b>KABG AMELİYATI ÖNCESİ BAKIM</b> .....  | 7  |
| <b>KABG AMELİYATI SIRASINDA BAKIM</b> .....   | 10 |
| <b>KABG AMELİYATI SONRASI BAKIM</b> .....   | 10 |
| <b>KONFOR KURAMI</b> .....  | 17 |
| <b>KONFOR KAVRAMI</b> .....   | 18 |
| <b>KABG AMELİYATI GEÇİREN HASTALARDA KAYGI</b> .....                                | 20 |
| <b>KABG AMELİYATI GEÇİREN HASTALARDA KONFOR VE KAYGI</b><br><b>ETKİLEŞİMİ</b> ..... | 21 |
| <b>GEREÇ VE YÖNTEMLER</b> .....   | 23 |
| <b>BULGULAR</b> .....   | 27 |
| <b>TARTIŞMA</b> .....   | 42 |
| <b>SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....  | 51 |
| <b>ÖZET</b> .....   | 53 |
| <b>SUMMARY</b> .....  | 55 |
| <b>KAYNAKLAR</b> .....  | 57 |
| <b>TABLolar DİZİNİ</b> .....  | 68 |
| <b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....   | 69 |
| <b>EKLER</b>  |    |

## KISALTMALAR

|             |   |
|-------------|---|
| <b>ABD</b>  | : Amerika Birleşik Devletleri               |
| <b>ARDS</b> | : Yetişkin Solunum Distress Sendromu        |
| <b>Ark</b>  | : Arkadaşları                               |
| <b>DKÖ</b>  | : Durumluk Kaygı Ölçeği                     |
| <b>DM</b>   | : Diyabetes Mellitus                        |
| <b>Dr</b>   | : Doktor                                    |
| <b>EKD</b>  | : Ekstrakorporeal Dolaşım                   |
| <b>EPKÖ</b> | : Erken Postoperatif Konfor Ölçeği          |
| <b>GKÖ</b>  | : Genel Konfor Ölçeği                       |
| <b>HT</b>   | : Hipertansiyon                             |
| <b>IMA</b>  | : İnternal Mammarian Arter                  |
| <b>KABG</b> | : Koroner Arter Bypass Greft                |
| <b>KAH</b>  | : Koroner Arter Hastalığı                   |
| <b>KPB</b>  | : Kardiyopulmoner Bypass                    |
| <b>LAD</b>  | : Sol İnternal Torasik Arter                |
| <b>LIMA</b> | : Sol İnternal Mammarian Arter              |
| <b>MI</b>   | : Miyokard İnfarktüsü                       |
| <b>Öğr</b>  | : Öğrenci                                   |
| <b>PTCA</b> | : Perkütan Translüminal Koroner Anjiyografi |
| <b>RCA</b>  | : Sağ Koroner Arter                         |
| <b>RIMA</b> | : Sağ İnternal Mammarian Arter              |

**SKÖ** : Sürekli Kaygı Ölçeği  
**SpO2** : Oksijen Satürasyonu  
**SVH** : Serebrovasküler Hastalık  
**TÜ** : Trakya Üniversitesi  
**USD** : Amerikan Doları

## GİRİŞ VE AMAÇ

Cerrahi girişimler en yaygın başvuru olan tedavi şekillerinden biridir. Dünyada, her yıl yaklaşık 800.000 cerrahi operasyon gerçekleştirilmesiyle beraber, en sık uygulanan prosedürlerden birisi de koroner arter bypass greft cerrahisidir (KABG) (1,2). KABG cerrahisi koroner arter hastalıkları ve kapak hastalıklarının tedavisinde en yaygın kullanılan yöntemdir (3).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde her yıl yaklaşık KABG cerrahisi geçiren hasta sayısı 350.000'nin üzerindedir. Türkiye'de ise 50'nin üzerinde merkezde açık kalp ameliyatı yapılmaktadır.(4,5).

KABG cerrahi ameliyatının tedavi edici, olumlu etkileri olmasına rağmen ameliyat sonrası hastalarda fiziksel, emosyonel ve sosyal değişiklikler görülebilmektedir. Hastaların beslenme, solunum, boşaltım, hareket etme, uyku ve dinlenme gibi fiziksel aktivitelerini yerine getirmede yaşanan sorunlar bunlardan bazılarıdır (6-8).

Bu fiziksel problemlerin yanı sıra mutsuzluk, anksiyete, depresyon, stresörlerle baş edememe, yaşam biçimi, sosyal ve iş yaşamında, evlilik-aile-arkadaş ilişkilerinde değişiklikler, cinsel yaşamda değişiklik, aile içinde rol karmaşıklığı, postkardiyotomi psikozu ve sık duygu durum değişikliği gibi psikososyal sorunlar da yaşanmakta ve bu nedenlerden dolayı aktivitelerini kısıtlayıp, ameliyat öncesi yaşamlarına dönmeyi erteleyebilmektedirler (9-12).

Hastalarda ölüm korkusu ve geleceğe dair endişeler daha fazla yaşanmaktadır (6). Hastaları etkileyen tüm bu değişimler, her hasta için farklı derecede etkili olmaktadır. Bu değişikliklerin hastalarda yarattığı etkiler ele alınmadığında ve damarların tekrar daralacağına



yönelik kaygı, ağrıların devam etmesine yönelik ölüm korkusu, anksiyete ve depresyon da ortaya çıkabilmektedir (13-18).

KABG cerrahisi sonrası erken postoperatif dönemde hastalarda; %2.5-5 oranında intraoperatif miyokard infarktüsü (MI), postperikardiyotomi sendromu, kardiyak tamponad, sternal osteomyelit, pnömotoraks, pulmoner emboli, gastrointestinal kanama, pankreatit gibi abdominal komplikasyonlar, atriyal fibrilasyon, aritmi gibi sorunlarda görülebilmektedir (19).

KABG ameliyatı büyük bir cerrahi girişim olduğundan; hastalarda yaşamını yitirme korkusuna, hastalık öncesi yaşamlarına geri dönememe kaygısına sebep olup bu süreç hastaların konforunu olumsuz etkilemektedir (12,20). KABG ameliyatının ciddiyeti, maliyetinin yüksek olması, iyileşme süresinin uzun olması, ağrı, acıdan korkma, fiziksel aktivitelerde yetersizlik, kendi gereksinimlerini karşılayamama, işe geri dönememe, bilgi eksikliği, ölüm korkusu kaygı düzeyini arttıran etmenlerdir (12,20).

Bypass olan hastalarda; kaygının artması, konforun azalması ile sonuçlanmaktadır. Bu süreçte hemşire, bakım girişimleri ile konforu arttırmada, kaygıyı azaltmada önemli rol oynamaktadır.

Bu tez; KABG cerrahisi uygulanan hastaların konfor ve kaygı deneyimlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

## GENEL BİLGİLER

Bypass'a yönelik ilk girişimler 1960'lı yıllarda Cleveland kliniğinin'de yapıldı ve 1970'lerden sonra bypass daha güvenilir bir operasyon olmaya başlamıştır. 1980'lerde ise bypass ameliyatlarının sayısı dünya çapında giderek artmıştır. Dünyada her yıl yaklaşık 800.000 cerrahi girişim gerçekleştirirken, KABG cerrahisi en sık uygulanan prosedürlerden biridir. ABD'de her yıl yaklaşık 500.000 kişi KABG operasyonu geçirirken, ülkemizde ise bu rakamın yılda 200.000 düzeyinde olduğu tahmin edilmektedir (21-24).

Kalp yaşamın devamı için gerekli en önemli organ olduğundan, KABG cerrahisi geçirmiş hastalar ameliyat öncesi ve sonrası dönemde ölüm korkusunu yoğun olarak yaşamakta, sağlıklarını tehdit altında, geleceklerini tehlikede hissetmektedirler. KABG cerrahisinin bireylerin yaşamlarına getirdiği değişikliklerin fazla olması, değişimlerin hastaların yaşamlarını nasıl etkileyeceğinin önceden bilinmemesi, çoğunluklarda ameliyat öncesi yaşamlarına geri dönememe korkusu, bireylerin kaygı yaşamalarına, bununla beraber konforlarının olumsuz etkilenmelerine sebep olmaktadır (7,25,26).

Bu nedenlerle, KABG uygulamaları hastalar için oldukça sıkıntı verici büyük cerrahi girişimler olduğundan; hastalarda solunum, dolaşım problemleri, bulantı, kusma, enfeksiyon riski, sıvı elektrolit dengesizliği gibi sorunlar kaygı düzeylerini artırıp hasta konforunu düşürebilmektedir (27-29). KABG uygulamalarında hemşirelik bakımı oldukça önemlidir ve bu bakımın amaçlarında; hemodinamik stabiliteyi olabildiğince kısa sürede sağlamak ve sürdürmek, hastanın iyileşmesini sağlamak ve hızlandırmak, komplikasyonları önlemek, fiziksel ve psikolojik dengesini yeniden kazanmasını sağlamak, hastanın rahatını sağlayıp, iyileşme sürecini azaltmak yer almaktadır (30,31).

## **KABG CERRAHİSİ NEDİR?**

Sağ ve sol koroner arterler miyokardın kanlanmasını sağlayan damarlardır. KABG cerrahisi, kalbi besleyen koroner damarların daralması ya da tıkanması sonucu kanlanamayan miyokardın arter ve ven greftler kullanılarak kanlanmasının sağlanmasıdır. KABG ile koroner arter hastalıkları ve kalp kapağı hastalıklarının neden olduğu yakınmalar azaltılabilmekte, MI, ani ölüm gibi komplikasyonlar önlenilmekte ve hastaların yaşam kalitesi olumlu yönde etkilenebilmektedir (32,33).

KABG literatürde sık uygulanan bir cerrahi yöntem olarak yer almaktadır. KABG uygulamaları için, ABD’de bir hastanın yaklaşık maliyetinin 21.000 Amerikan Dolarını (USD) bulduğu, bununla da tedavi ve bakım maliyetinin oldukça yüksek olduğu belirtilmiştir (27,34,35).

## **KABG Cerrahisi’ nin Tarihçesi**

Kalp cerrahisi alanında atılmış ilk adım 1897’de Frankfurtlı L.Rehn’in sağ ventriküldeki 1.5 cm uzunluğunda bıçak yarasını başarı ile dikmesi olmuştur. Modern anlamda ise kalp cerrahisinin başlangıcı 1938’de Gross’un patent duktus arteriosus kapatması olarak kabul edilmektedir. 1953’de kalp-akciğer makinesi kullanılarak ekstrakorperal dolaşım altında ilk başarılı açık kalp ameliyatı Gibbon tarafından gerçekleştirilmiştir (36). Lillehei ve Varco ‘Central cross circulation‘ tekniği ile 1954’te ameliyatlar yaptılar ve 1955’te 8 vaka yayınladılar. Bu seri modern açık kalp cerrahisinin başlangıcı kabul edildi ve Cooley tarafından ‘Cardio-Pulmoner’ Bypass olarak tanımlandı. 1955’te John Kirklin Akciğer- kalp makinası (Gibbon tipi) kullanarak açık kalp ameliyatlarında bu metodu yerleştirdi. 1958 yılında sol internal mammarian arteri (LIMA) koroner artere anastomoz eden Longmire ve asistanı Jack Cannon olmuştur. Bunu takiben 1961 yılında Goetz çalışan kalpte sağ internal mammarian arter (RIMA)- sağ koroner arter (RCA) anastomozunu yaptı. Yine 1961 yılında Kolesov Rusya’da ilk defa internal mammarian arter (IMA) kullanarak koroner bypass ameliyatını gerçekleştirmiştir (36-38).

1968’de Green, IMA kullanarak ilk koroner bypass serisini yayımlamıştır. Bu başarılı sonuçların ardından IMA tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. 1973 yılında Carpentier tarafından ilk defa koroner greft olarak radial arter kullanıldı. Daha sonraki yıllarda çeşitli arterler koroner bypass operasyonlarında greft olarak kullanılmaya başlanmıştır. Türkiye’de ise kalp cerrahisinin ilk adımları 1953-1954 yıllarında kapalı mitral Kommissürotomi ile başlamıştır. 1959’da ABD’de kalp-akciğer makinesi kullanarak açık kalp

ameliyatı yapmış ilk Türk Doktoru Aydın Aytaç'tır. Ülkemizde ekstra korporeal dolaşım (EKD) kullanılarak ilk açık kalp ameliyatı 1960 yılında Dr Mehmet Tekdoğan tarafından Hacettepe Üniversitesinde yapılmıştır (36-39).

### **KABG Cerrahisi Endikasyonları**

Tıbbi tedaviye cevap vermeyen anjina, sol ana koroner arterde darlık ve orta derecede sol ventrikül fonksiyon bozukluğu, perkütan translüminal koroner anjioplasti (PTCA) uygulamasının başarılı olmadığı durumlarda KABG cerrahisi uygulanır (19,40). KABG cerrahisinin amacı; anjinal ağrıyı ortadan kaldırmak, MI'yı önlemek ve daha sonraki dönemde ortaya çıkabilecek kardiyak problemleri azaltmak, yaşam kalitesini ve süresini uzatmaktır (21,40,41).

### **KABG Cerrahi Uygulamasındaki Gelişmeler**

KABG cerrahisinin tarihsel gelişimine bakıldığında koroner bypass ameliyatları standart teknik olarak tanımlanabilen kardiyopulmoner bypass (KPB) kullanılarak yapılan klasik yöntem olan "on-pump" ve son yıllarda popüler hale gelen "off-pump" ve "minimal invaziv" yöntemler altında incelenmektedir. "Off-pump" tekniği daha çok tek koroner arter tıkanmalı (LAD, diagonal arterler), genel durumu iyi ve ventriküler fonksiyonu bozulmamış olan hastalara uygulanmaktadır (21,42).

Sol anterior torakotomi yoluyla minimal invaziv "off-pump" tekniği tek damar uygulamasında kullanılabilir ve genellikle sol internal torasik arter (LAD)'e uygulanır. Uygun şartlar altında uygulandığında, kardiyopulmoner bypass (KPB) kullanmadan çalışan kalpte uygulanan bu teknik ile EKD' den kaynaklanan sorunlardan kaçınıldığından tercih edilir bir yöntemdir. Postoperatif pulmoner disfonksiyon ve inflamatuvar mediatörlerin salınımını azaltma potansiyeli daha fazla olduğu için kardiyak cerrahi hastalarında "off-pump" cerrahi tekniği oldukça popülerdir (21,40,43,44).

### **Kardiyopulmoner bypass (KPB) /Ekstrakorporeal dolaşım (EKD)**

Kalbin pompalama ve akciğerlerin solunum fonksiyonlarını geçici olarak üstlenen cihaza kalp akciğer makinesi denir. Kalp ve akciğerlerin devre dışı bırakıldığı ve dolaşımın kalp akciğer makinesiyle sürdürüldüğü bu duruma EKD, yapılan işlemede KPB denir (42).

KPB' de ana prensip hastadan alınan kanın bir rezervuara toplanıp, ısıtılıp-soğutulularak, oksijenize edilip bir filtreden geçirilerek hastaya geri döndürülmesidir. Bir kalp akciğer

makinesinin ana komponentlerini; kanı toplayan venöz kanüller, oksijenlenmiş ve filtre edilmiş kanı hastaya ileten arteriyel kanüller, cerrahi alandaki kanı aspire eden ve yeniden sisteme kazandıran emici bir sistem, venöz rezervuar, oksijenatör, ısı değiştirici makine ve arteriyel filtre oluşturmaktadır. Bütün bu ana yapıların yanında birçok yardımcı sistemlerde bulunmaktadır. Sistemden kan örnekleri alınması ve bazı ilaçların verilmesini sağlayan çeşitli hatlar mevcuttur. Ayrıca cerrahi ortamdan çekilen dilüe kandaki kan elemanlarının yıkanıp, konsantre edilip, bir filtreden geçirilerek hastaya geri verilmesini sağlayan hücre koruyucu (cell saver) sistemi de kalp akciğer makinesi bileşenleri arasında sayılabilir. Bu sistem ve bileşenleri genellikle toksisite, mutajenite ve immünojenitesi az olan biyolojik doku ve sıvılarla uyumlu olan polietilen, paslanmaz çelik, polikarbonat, titanyum, teflon, silikon gibi materyallerden imal edilmektedir (42,45,46 ).

KPB, bir kanül yardımıyla sağ atriyumda kanı kalpten uzaklaştırıp bir makineye drene eder. İnen aortadan başka bir kanül yardımıyla, filtrelenmiş kan tekrar sistematik dolaşıma gönderilir. Kalbin durdurulmasının sağlandığı kardiyopleji sistemindeki kardiyoplejik solüsyon ve ‘topical cooling’ uygulamaları ‘hipotermik diastolik arrest’ ile sonuçlanır. Böylelikle, ameliyatın kalp atışı olmadan yapılabilmesine olanak sağlanır. Bu uygulama esnasında kanın oksijenlenmesi kalp akciğer makinesi ile sağlandığı için akciğerler kısmen veya tamamen kollabe olur. Operasyonun sonunda, kalp eski durumuna dönene kadar tekrar sistematik ısıtma başlatılır (42,47).

### **KABG Cerrahisi Komplikasyonları**

KABG cerrahisi birçok sistemin etkilenmesine neden olduğu için komplikasyon oranı yüksek bir cerrahi girişimdir. Teknik ve teknolojik gelişmelere rağmen Toraks Cerrahları Birliği'nin belirlemelerine göre bypass cerrahisi sonrası morbidite insidansı yaklaşık %10, görülen postoperatif komplikasyonların insidansı ise %30'un üzerindedir. 1996 yıl KABG cerrahi operasyonu geçiren hastalarda komplikasyon oranları şu şekilde bildirilmiştir (48,49).

Cerrahi komplikasyonlar; kanama ve kanamaya bağlı reoperasyonlar %2.23, perioperatif MI %1.25, diğer kardiak nedenlere bağlı reoperasyon %0.81 enfeksiyon; septisemi %0.94, üriner sistem enfeksiyonu %1.42, sternomedianistler %1.33, safen insizyonunda enfeksiyon % 1.35, pnömoni %2.33 nörolojik komplikasyonlar; geçici stroke %2.9, kognitif değişiklikler %2.28, kalıcı stroke %1.21; solunum sistemi komplikasyonları; pulmoner emboli %0.37, yetişkin Solunum Distres Sendromu (ARDS) %1.03, uzamış ventilasyon %5.7 renal komplikasyonlar; diyaliz gerektiren böbrek yetmezliği %0.9, böbrek

yetmezliği %3.09; diğer komplikasyonlar; gis komplikasyonları %2.35, kardiyak arrest %1.60, multiorgan yetmezliği %0.63, tamponat %0.38, kalp bloğu %0.74 şeklinde belirtilmiştir (49).

Hastaların bir kısmında cerrahi girişimle anjinaları kaybolmasına rağmen cerrahi girişimden sonra anjinaları tekrarlayabilmektedir. Bu oranın yılda yaklaşık %5 dolayında olduğu bildirilmektedir. Cerrahi girişimden yaklaşık 5-10 yıl sonrasında ise, koroner arter hastalığın ilerlemesi, kullanılan greftlerin bozulması veya tıkanması sonucunda yakınmalar başlayabilmektedir. Başarılı bir KABG ameliyatından sonra semptomlar büyük ölçüde azaltılmakta ya da tamamen ortadan kalkmakta, bununla beraber anti-anjinal ilaçlara gereksinim azalmaktadır (19,50).

### **KABG CERRAHİSİNDE HEMŞİRELİK BAKIMI**

KABG ameliyatı geçiren hastaların hastanedeki bakımı dört evreye ayrılmaktadır. Ameliyat öncesi dönem, ameliyat öncesi hazırlığın yapıldığı dönem, yoğun bakım dönemi ve ameliyat sonrası iyileşme dönemidir (51).

KABG ameliyatı geçiren hastaların uzun süreli bakımlarında üç döneme odaklanılması gerekmektedir.

- Fiziksel rahatsızlığın kontrolünün yanı sıra belirsizliğin kontrolüne de odaklanmak
- Benlik saygısının yükseltilmesi ve yaşamlarını daha iyi kontrol edebilmeyi hissetmeleri için yardım etmek
- Yaşam stresörlerinin olumsuz etkisini azaltmada yardımcı olmak (52).

Ameliyat sonrası erken dönemde en çok hemodinamik stabilite ve anesteziden uyanma üzerine durulur. Bu hastaların bakımı kritik bakım ünitesi, anestezisi sonrası bakım ünitesi ya da yoğun bakım ünitesinde sağlanır (53).

### **KABG CERRAHİSİNDE AMELİYAT ÖNCESİ BAKIM**

Hastaların sorunsuz bir KABG ameliyatı geçirmesi ve ameliyat sonrası komplikasyonların en aza indirilmesi, iyileşmenin hızlandırılabilmesi için ameliyat öncesi hazırlığın optimum düzeyde yapılması gerekmektedir. Ameliyat öncesi dönem hasta hastaneye yatmadan önce başlar. Hemşire hastanın hipertansiyon (HT), diyabet (DM), solunum, gastrointestinal ve hematolojik hastalıklar gibi diğer hastalıklarını araştırır ve kullandıkları tedavilerini kayıt eder (53,54).

Hastaların KABG ameliyatına verdiği tepkiler farklılık gösterebilmekle beraber, ameliyat öncesi hazırlık; fizyolojik, psikolojik hazırlık ve ameliyat öncesi eğitim olmak üzere üç aşamada gerçekleşmektedir (53).

### **Fizyolojik Hazırlık**

Fizyolojik değerlendirme; yaş, beslenme durumu, sıvı elektrolit dengesi, enfeksiyon, kardiyovasküler, pulmoner, renal, gastrointestinal, hematolojik fonksiyonları, kullanılan ilaçları içermektedir. Bununla beraber hastanın öyküsü; sistemik ve fizik muayenesi, kan, idrar tetkiklerini içeren laboratuvar incelemeleri, göğüs radyografisi, elektrokardiyografinin değerlendirilmesi fiziksel hazırlığın eksiksiz yapılmasını sağlamaktadır (54,55).

Hasta ve ailelerinin kliniğe yatışları ameliyat günü ya da ameliyattan bir gün önce olmaktadır. Ameliyat öncesi değerlendirmenin çoğu hasta hastaneye gelmeden tamamlanmaktadır. Hasta ve ailelerine yatacağı ortamın tanıtılması, yaşam bulgularının alınması kliniğe ilk kabulünde yapılacaklar arasındadır (53).

Ameliyat öncesi gece hazırlığı ise; enfeksiyon riskini azaltmak için genel vücut banyosunu, ameliyat esnasında ve sonrasında hastanın konforlu olması için rahat ve güvenli bir çevrede uyumasının sağlayıp hastanın kaygısının azaltılmasını ve gastrointestinal sistem hazırlığını içermektedir. Ameliyattan bir gün önce ameliyat bölgesi hazırlığıda yapılmalıdır. Genel olarak göğüs, pubis ve dize kadar hazırlık yapılacaksa bypass greft olarak bacadan ven alınacaksa ayak bileğide hazırlık bölgesi kapsamına alınmalıdır (54,56,57).

Endişe ve korkunun en yoğun yaşandığı dönem ameliyat sabahıdır. Hasta premedikasyon saatinden en az bir saat önce uyandırılıp, vital bulguları değerlendirilip, kaydedilmeli ameliyat öncesi hastanın tüm soruları yanıtlanmalıdır (54).

Hasta ameliyathaneye gitmeden yaşam bulguları alınıp, kaydedilir. Normalden sapmalar varsa cerrahi ekip mutlaka bilgilendirilmelidir. Tüm laboratuvar sonuçlarının hazır olup olmadığı kontrol edilip, diş, gözlük, lens ve diğer tüm protezler çıkarılır. Makyaj, oje çıkarılmalı hastanın üzerinde metal hiçbir şey bırakılmamalıdır. Hastaya ameliyathane gömleği ve bone giydirilip, uygun şekilde ameliyathaneye nakli sağlanmalıdır (54,55).

### **Psikolojik Hazırlık**

KABG ameliyatı hasta ve aileler açısından önemli bir stres kaynağıdır. Bu dönemde yeterli psikolojik hazırlık yapılmaması hastanın ameliyat stresine uyum gösterememesine, anksiyete düzeyinin yükselmesine, ameliyat sonrası dönemde iyileşmenin gecikmesine ve komplikasyonların oluşmasına neden olabilmektedir (53,54).

Bu dönemde hastalar genellikle bilgi eksikliği, ağrı, beden imajı değişimi ve ölüm korkusu yaşarlar. Bu nedenle ameliyat öncesi hasta ve ailesinin kendini ifade etmesine fırsat verilmeli, öğrenme tarzları ve anlama seviyeleri göz önünde bulundurularak birey olarak yaklaşılmalıdır (57,140). Ameliyat öncesi yeterli düzeyde yapılan psikolojik hazırlık; ameliyat sonrasında algılanan ağrının azalmasına, yaşam bulgularının kısa sürede normale dönmesine, iyileşme süresinin hızlanmasına, erken taburcu olmaya ve böylece maliyetin azaltılmasına yardımcı olacaktır. Bunlarla beraber iyi planlanmış psikolojik hazırlık hastanın ameliyat öncesi kaygısının azaltılmasında, ameliyat sonrasında ise konforunun artmasında etkilidir (53,54,58).

### **Ameliyat Öncesi Eğitim**

Ameliyat öncesi hastalara derin solunum, öksürme, dönme egzersizleri uygun zamanda ve her hastanın anlayacağı şekilde öğretilerek olası solunum ve dolaşım sistemi komplikasyonları önlenmeye çalışılmalıdır. Ameliyat sonrası yapılacak olan bu egzersizlerin iyileşme sürecini hızlandıracağı hastaya açıklanmalıdır.

**Derin solunum egzersizleri:** Hastalar için en uygun solunum şekli olan diyafragmatik-abdominal solunum ameliyat öncesi dönemde hastaya gösterilerek öğretilmeli, ameliyat sonrasında uygulaması sağlanmalıdır. Derin solunum egzersizlerinin öksürüğü uyaracağından öksürük egzersizlerinden önce yapılması gerektiği hastaya açıklanmalıdır (53,59).

**Öksürme egzersizleri:** Ameliyat sonrası derin solunum ve öksürük egzersizlerinin yapılması solunum komplikasyonlarının gelişmesini önler. Hasta bu egzersizleri oturarak ya da yatarak yapabilir, önce derin bir soluk alması, havayı ağızından çıkarırken patlama sesi yapması hastaya söylenmelidir (53,57).

**Ekstremitte egzersizleri:** Bu egzersizler venöz dönüşü kolaylaştırmak, tromboflebit gibi dolaşım problemlerini önlemeye yardımcı olur. Hastalara, tüm eklemleri özellikle kalça,



diz ve ayak bileği eklemlerini hareket ettirmelerinin gerekliliği anlatılarak bu işlemleri nasıl yapacağı öğretilmelidir (55,59).

### **KABG CERRAHİSİNDE AMELİYAT SIRASINDA BAKIM**

KABG ameliyatında operatif dönemde hemşire genel olarak bir hasta değerlendirmesi yapar ve ameliyathaneyi hazırlar. Hastada olan tüm değişimler belirlenir, hastanın monitöre bağlanması, oksijen satürasyonu (SpO2) probu, idrar sondası gibi işlemler hastaya açıklanarak birer birer yapılır. Uygulanacak ilaçlar, sıvılar, kan ürünleri için intravenöz kataterler takılır (53,60).

Bu dönemde hastalar genel anestezi altında entübe ve mekanik ventilasyondadırlar. Cerrahi işleme yardımcı olmak hemşirenin sorumluluğu olmakla beraber, bu evrede hemşire hastanın konforundan ve güvenliğinden de sorumludur. Bu amaçla hastaya pozisyon verir, deri bakımı ve yara bakımını yapar (53). Ameliyat döneminde olabilecek komplikasyonları; aritmi, hemoraji, embolizasyon, şok, ilaçların yan etkileri ile ortaya çıkan organ yetersizliklerini bilmeli, bu komplikasyonların önlenmesi ve erken dönemde fark edilip gerekli müdahalelerin yapılabilmesi için ameliyat dönemi tanılmasını yapabilmelidir (53,54,57).

### **KABG CERRAHİSİNDE AMELİYAT SONRASI BAKIM**

#### **Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirelik Bakım Uygulamaları**

Kalp damar cerrahisinin başarısını büyük ölçüde etkileyen faktör ameliyat sonrası bakımdır. Kalp cerrahisi geçiren hastaların ameliyathaneden yoğun bakım ünitesine alınması esnasında pek çok risk söz konusudur (53). Hastalar genellikle geçirdikleri ameliyata ve yoğun bakım ortamına bağlı olarak pek çok strese maruz kalırlar. KABG ameliyatı geçiren hastalarla ilgili yapılan bir çalışmada, hastaların ameliyat sonrası yaşadığı deneyimler incelendiğinde; mekanik ventilasyona bağlı olmanın hastalar için hoş olmayan bir deneyim olduğu ve hastaların kontrol kaybı, yalnızlık, oryantasyon bozukluğu ve stres yaşadıkları ifade edilmiştir (61).

Yoğun bakım hemşirelerinin, KABG girişimi sonrası erken dönemde hemodinamik durumu izleme, değerlendirme, doğru ve zamanında karar alma becerisi hastanın kaliteli bakım alması ve bakımın sürekliliği açısından önemlidir.

Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde hemşirelik bakımı; hasta ameliyattan çıkmadan önce yapılan hazırlıklarla başlamakta olup, hasta kliniğe çıkana kadar devam etmektedir. Hemşireler, hasta yoğun bakım ünitesine alınmadan önce; monitör, ventilatör, defibrilatör ve aspirasyon aletlerinin fonksiyonlarını kontrol etmeli; gerekli sıvı ve ilaçları, acil arabasını, idrar torbası askısını, monitör paletlerini kapalı negatif (-) basınç sistemini, santral venöz basınç manometresi, Swan-Ganz ve arteriyel basınç izleme sistemlerini kullanım için hazırlamalıdır (62-64).

Hasta yoğun bakım ünitesine alındığında hastanın en az 12 saatlik tüm sistem değerlendirmelerinin yapılması gerekir. Elde edilen veriler ameliyat öncesi dönem ile karşılaştırılır (53).

### **Kardiyovasküler Sisteme Yönelik Hemşirelik Bakım Uygulamaları**

Hastaların kardiyovasküler durumları KABG ameliyatından sonraki ilk birkaç saat boyunca belirsizlik gösterir ve hemodinamik değişikliklerden dolayı hastanın genel durumu aniden bozulabilir. Bundan dolayı hemodinamik parametrelerin ölçülmesi, değerlendirilmesi ve bu parametrelerdeki stabiliteyi bozan uygulamalardan kaçınılması gerekmektedir (46,65). Organ sistemlerinin yeterli perfüzyonu ve oksijenizasyonu ile postopertif dönemde optimal kardiyak fonksiyonların sağlanması gerekmektedir. KABG ameliyatı sonrası kardiyovasküler sistemin stabilizasyonunda dört temel amaç vardır.

1. Uygun perfüzyon basıncının sağlanması
2. Dokuların yeterli oksijenizasyonu
3. Oksijenizasyon ile hasta gereksiniminin dengelenmesi
4. Stabil bir kardiyak ritm sağlanması (66,67).

Hemşireler hastanın kardiyovasküler fonksiyonlara ilişkin; sistolik ve diyastolik kan basıncını, kalp hızı ve ritmini, sağ atriyum basıncını, sıvı-elektrolit ve asit-baz dengesini, kardiyak outputu, pulmoner arter SpO<sub>2</sub>' sini izlemekte ve değerlendirmektedir ( 46,65,68-70). Hastaya takılan kateterlerin bakımları verilmeli ve hasta tromboflebit yönünden izlenmelidir. Hipotansiyon ve HT takibi oldukça önemlidir. Hipotansif hastalarda miyokardın beslenmesi bozulacağından, hipertansif hastalarda ise anastamoz yerleri ayrılıp sızıntıya sebep olacağından gelişebilecek durumlar yakından takip edilip, gerekli önlemler alınıp, doktora haber verilmelidir (71,72).

### **Solunum Sistemine Yönelik Hemşirelik Bakım Uygulamaları**

Pulmoner sekresyonların aspirasyonu, akciğerlerin yeterli havalanamaması, kanın yeterli oksijenlenememesi, göğüs tüplerinin drenajına bağlı solunum sistemine ilişkin sorunlar, KABG cerrahisi sonrası ölüme sebep olan en önemli nedenler arasındadır (73).

Bu nedenle ameliyat sonrası hastanın solunum fonksiyonlarına yönelik hemşirelik uygulamaları büyük önem taşımaktadır. Hemşire mekanik ventilasyonda olan hastanın yeterli ventilasyonunu sağlamak için; hastanın solunum sesleri değerlendirilmeli, göğüs hareketlerinin ventilatörle uyumunu gözlemlemeli, hava yolunun açıklığına dikkat etmeli ve endotrakeal tüpü çıkarılana kadar gereksinime göre belirli aralıklarla endotrakeal aspirasyon uygulamalıdır.

Mekanik ventilasyonda olan hastanın bakımında hemşire; enfeksiyon riskini azaltmak, yeterli ventilasyonu ve oksijenlenmeyi sağlamak, hastanın güven ve konforunu sağlamak ve endotrakeal tüpün çıkarılması durumunda gerekli malzemeleri hazırlama sorumluluğu vardır (57,63,65,73).

Ameliyat öncesi hastaya öğretilen derin solunum, öksürme ve hareket egzersizleri hastaya tekrar hatırlatılmalı ve bunların hastanın solunum fonksiyonlarını olumlu etkileyeceği anlatılarak yapması teşvik edilmelidir. Öksürme egzersizlerinde hastaya en iyi öksürmenin, en yüksek öksürme basıncının elde edildiği yüksek oturma pozisyonunda yapılacağı anlatılarak hastanın pozisyon değişikliğine yardımcı olunmalıdır (47,74).

Solunum komplikasyonlarını önleme ve tedavi etme amacıyla, inspirasyonu güçlendiren, performansı arttıran kullanımı oldukça rahat ve maliyeti düşük solunum egzersizi yaptıran spirometri kullanımı da hastalara anlatılmalıdır (28,75).

KABG ameliyatının solunum sistemini en çok etkilediği faktörlerden birisi de ağrıdır. Bu dönemde ağrısı kontrol altına alınabilen hastalar; kolayca öksürebilir, derin solunum egzersizlerini kolayca yapabilir ve sekresyonlarını çıkarabilirler (76). Solunum sistemi üzerinde önemli olan ağrı kontrol altına alınmazsa, akciğer sekresyonlarında artma, yetersiz öksürme olur. Sekresyonlar çıkarılamadığında ise atelettazi ve pnömoni riski artar, hastanın hastanede kalma süresi, maliyet ve hemşirenin iş yükü artar (76,77).

Hastada pulmoner sekresyon birikimini önlemek için hastanın durumuna göre iki saat ara ile pozisyon değişikliği yapılmalıdır. Pozisyon değişikliği; ventilasyon/perfüzyon uyumunun arttırılması, mukosilyer temizlemenin artması, hemodinamik yanıtların düzelmesi ve böylece oksijen taşınmasının en iyi şekilde gerçekleşmesini sağlayan bir yöntemdir (53, 55,59).

Hastanın ekstremiteleri renk ve ısı açısından değerlendirilmeli ve hastaya verilen oksijen dış kaynakla ısıtılmalı ve nemlendirilmelidir. Hemşire hastadan alınan arteriyel kan gazlarını değerlendirmeli, hastanın elektrolit takibini yapmalı, vital bulgularını, genel durumunu, aldığı-çıkardığını izlemeli ve kayıt etmelidir (57,63,65,71,73,78-80).

### **Renal Sisteme Yönelik Uygulamalar**

KABG cerrahi girişim sonrası renal fonksiyonların bozulmasına sebep olan faktörleri belirleyip düzeltmek, cerrahi sırasında ve sonrasında renal perfüzyonu sağlamak için profilaktik önlemler almak, renal yetmezlik komplikasyonlarını azaltmaktadır (66,67).

KABG ameliyatı sonrası, düşük kardiyak debi, hipovolemi gibi sorunlar böbreklerde ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bu ameliyatlar sonrası böbrek ile ilgili bozuklukların görülme yaygınlığı %35'tir (69).

Hemşireler, böbrek fonksiyonlarına yönelik komplikasyonları önlemek için, hastada gelişebilecek olan hipervolemi ve hipovolemi belirti bulgularını iyi gözlemlemelidir. Ameliyattan sonra hastanın idrar takibi oldukça önemlidir. İlk 8-12 saatte saatlik, daha sonraki 4 saatte iki saatlik ve sonrasında 4 saatte bir idrar takibi yapılmalıdır (57,63,71). Hastanın yaşam bulguları, kilo, kusma ve diyare takibinde oldukça önemlidir.

### **Gastrointestinal Sistem Fonksiyonlarına Yönelik Uygulamalar**

KABG ameliyatı sonrası hastalar, ilk olarak yoğun bakımda ventilatöre bağlı olarak takip edildikleri için ağızdan beslenememektedirler. Ventilatörden ayrılıp ekstübasyonları gerçekleştikten birkaç saat sonra oral olarak sıvı verilmeye başlanır ve bundan önce hastanın bağırsak sesleri stetoskop ile dinlenip, gaz- gaita çıkışı olup olmadığı, batında distansiyon belirtileri, bulantı kusma, hastanın oral sıvı alımını tolere edip edememe durumu takip edilmelidir (64,66,69). Oral alıma başlayan hastaların kronik hastalıkları olup olmaması durumuna göre uygun diyet alması sağlanmalıdır. Hastaların ekstübasyonunun geciktiği durumlarda ameliyat sonrası ikinci günde uygun kalori desteğine başlanmalıdır. Hemşireler, saatlik verilen besin miktarlarını ve bunların uygun yolla verilip verilmediğini izlemeli, hastada kabızlık ve ishal gibi belirti bulguları takip etmelidir (64,69).

Ayrıca nazoenteral yolla beslenen hastalarda besin maddelerinin aspire edilip edilmediğini gözlemlemeli, total parenteral beslenen hastalarda uygun damar yolunun kullanılmasına dikkat etmelidir (64,69,71,81).

### **Sıvı-Elektrolit Dengesine Yönelik Uygulamalar**

KABG cerrahisi sonrası, sıvı-elektrolit bozukluğu sık görülen bir durumdur. Hastalarda ameliyat sonrası dönemde, ameliyat öncesi döneme göre %5-10 oranında kilo artışı meydana gelmektedir. Bunun nedeni zorunlu olarak uygulanan hemodilüsyona bağlı gelişen fazla su ve sodyum artışı nedeniyledir (66,67).

Ameliyat sonrası hemşirelik bakımında, komplikasyonların erken dönemde saptanabilmesi ve hasta bakımının kaliteli bir şekilde sürdürülebilmesi için sıvı-elektrolit dengesinin takibi oldukça önemlidir. Sıvı-elektrolit dengesine yönelik uygulamalarda; hastanın aldığı çıkardığı, kilosu, idrar rengi ve dansitesi, deri turgoru, solunum sesleri, kan basıncı, göğüs drenajı takip edilmeli, hastada oluşan komplikasyonlara yönelik doktor istemi doğrultusunda tedavileri yapılmalıdır (53,57,71). Serum elektrolit düzeylerindeki değişikliklere karşı (hipokalemi, hiperkalemi) dikkatli olunmalıdır. Ayrıca hastaların kan hematokrit, hemoglobin, protrombin zamanı, kan glikoz, asit-baz dengesi ve arteriyal kan gazlarının takibi yapılmalıdır (53,57,69, 71,82).

### **Ağrı Kontrolüne Yönelik Uygulamalar**

KABG cerrahisi geçiren hastaların en yoğun yaşadığı sorunlardan birisi ağrıdır. Tedavi edilmeyen postoperatif ağrının hastalar üzerinde fizyolojik ve psikolojik etkileri mevcuttur. Araştırmacılar tarafından ameliyat sonrası ağrı yönetiminin yetersiz olması durumunda iyileşmenin geciktiği, hastanede kalma süresinin uzadığı ve maliyetin arttığı ileri sürülmektedir (69,83-85).

Analjezikler ameliyat sonrası dönemde ağrı yönetiminde en çok kullanılan yöntem olmakla beraber her zaman hastanın ağrısının yeterli düzeyde hafiflemesini sağlamayabilir. Bu nedenle hemşireler, hastanın ameliyat sonrası dönemde yaşadığı ağrıyı hafifletmek için farmakolojik yöntemlere ek olarak farmakolojik olmayan yöntemleri uyguladığında farmakolojik yöntemlerin etkinliğinin arttığı bildirilmiştir (84,86).

Hastanın ağrısının tipi, yerleşimi, süresi kayıt edilir ve ağrı hakkında sözel ve sözel olmayan davranışları gözlenir. Hemşire, solunum ve öksürük egzersizleri sırasında ağrıyı azaltmak için hastanın cerrahi insizyon bölgesini desteklemeli ve analjezik uygulama saatlerini egzersiz saatlerine göre düzenlemelidir (53). Ayrıca; uygun pozisyon verme, hastanın ilgisini başka yöne çekme, gevşeme yöntemlerini kullanma, masaj yapma, müzik dinletme gibi girişimler hastanın konfor düzeyini arttıracaktır (70,83,87).

## **Nörokognitif Fonksiyonlara Yönelik Uygulamalar**

KABG cerrahi sonrasındaki ölümlerin en önemli nedenlerinden biri de nörolojik komplikasyonlardır. Hemşireler KABG ameliyatı sonrası, hastanın bilinç düzeyini, pupillerin büyüklük ve ışığa reaksiyonunu, ekstremitelerin hareketliliğini ve motor gücünü, hastanın uyanıklık durumunu; sözlü ve ağırlı uyaranlara cevabını, yer, kişi ve zaman oryantasyon durumunu kontrol etmelidirler (57,88,89).

Ameliyat sonrası kognitif disfonksiyon riskini arttıran hastaya ait kişisel özellikler ve ameliyata ait risk faktörleri bulunmaktadır. Hastaya ait kişisel özellikler; serebrovasküler hastalık (SVH) öyküsü, tespit edilemeyen kognitif bozukluk veya demans olması, HT, DM veya periferik arter hastalığı gibi kardiyovasküler risk faktörleridir. Ameliyata ait risk faktörleri; cerrahi teknik (kardiyopulmoner bypass ve aortik kros klemp süresi), hipotansiyon, genel anestezinin etkileri ve hipotermidir (63,89).

Kognitif değişiklikler bazen açık bir şekilde görülebilir; örneğin öğrenme, hafıza, dikkat veya konsantrasyonda olan fonksiyon kayıpları gibi. Hastanın konsantrasyon, zeka, hafıza, problem çözme, öğrenme gibi fonksiyonları ameliyat sonrası erken dönemde değerlendirilmelidir. Ameliyat sonrası dönemde bu hastalarda alışılmadık anksiyete, depresyon, öfori veya deliryum hali görülebilmektedir. Hastaların ameliyat öncesi emosyonel özellikleri ameliyat sonrası duygu durumunu etkileyen en önemli faktördür. Nörokognitif bozukluklar mortaliteyi yaklaşık %10 kadar arttırmakta ve bunun sonucunda hastanede kalış süresi, rehabilitasyon süresi artmakta ve normal yaşama dönüş süresi uzamaktadır (63,90,91).

## **KABG Cerrahisinde Hasta Eğitimi**

Hemşirelerin eğitim rolleri kapsamında hasta eğitimi oldukça önemlidir. Özellikle KABG ameliyatı gibi oldukça büyük bir cerrahi girişimde hastaların yaşadığı sorunların saptanması ve bakımın sürekliliğinin sağlanması için hasta, ailesi ve yakınlarının sağlık eğitim gereksinimlerinin belirlenip karşılanması amaçlanmaktadır (92-94).

Hasta eğitimi, hastaların hastalığına uyumunu arttırmada, maliyetin düşürülmesi, morbidite ve mortalitenin azaltılması, hastaların otonomilerinin artırılması, yaşam kalitelerinin yükseltilmesi ve hastanın kendine uygun öz-bakım davranışlarını oluşturmada oldukça önemlidir (94,95). Bunların yanında tanı ve tedavisini anlayıp kendi bakımına aktif katılmasında, güçsüzlük duygusundan kurtulup sağlığını yeniden kazanmasında, komplikasyonların önlenip taburcu olduktan sonra evde bakımını sürdürmelerine yardım eder (95,96).

Hastaların ameliyat öncesi dönemde bilgilendirilmesi oldukça önemlidir. Ameliyat öncesi dönem, hastaların yoğun stres ve korku yaşadığı bir dönemdir. Bu aşamada hastaları ameliyat ve ameliyat sonrası hakkında bilgilendirmenin hastalarda kaygı ve korku gelişimini azalttığı ve hastanede kalış süresini azalttığı düşünülmektedir (97). Aynı zamanda ameliyatla ilgili yeterli bilgi edinmiş, katılımcı tutumu olan, ameliyat öncesi kaygı düzeyi normal sınırlarda olan hastaların; ameliyat öncesi kaygıları yüksek, durumlarını ve gerçeği inkar eden hastalara kıyasla ameliyat sonrası uyumları daha iyi olmaktadır. Bu yüzden hastanın içsel endişe, korku ve çatışmalarını ifade edebilmesi sağlanmalı, hastalar için önemli olan kaygı kaynakları araştırılmalıdır (98). Hastaların bir sonraki aşamada ne olacağını bilmemesi kaygı yaşamalarına sebep olmaktadır. Bu durumda hastalara yeterli ve uygun bilginin verilmeyişi ile kaygı daha yükseğe ulaşmakta; öfke gibi aşırı tepkiler oluşmaktadır (99).

Hasta eğitimi hemşirelik uygulamalarının en önemli girişimlerinden biridir. Hemşireler, hasta ile doğrudan ve daha fazla zaman geçirdiği için diğer sağlık elemanlarına göre hasta eğitiminde daha etkin rol oynar. Hasta eğitimi; hastanın doktoru, hemşiresi ve diyetisyeni tarafından verilmelidir. Her hastanın öğrenme tarzının farklı olduğu hatırlanarak, farklı öğrenme teknikleri kullanılmalıdır. Hemşire, eğitim verdiği kişinin öğrenme biçimini ve özelliklerini göz önünde bulundurup, uygun materyalleri kullanarak eğitim vermelidir (100-102). Eğitim; iyileşmenin sağlanması, fonksiyonların düzelmesi, ailenin eğitim sürecine dahil olabilmesi, güvenli ve etkin ilaç kullanımı, kullanılan araç gereç ve desteklerin niçin kullanıldığı, besin ilaç etkileşimi ve diyet uyumunun önemi, sağlık kontrollerinin gerekliliği konularını içermelidir (155).

### **KABG Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Anksiyeteye Yönelik Uygulamalar**

Kalp cerrahisi, cerrahi girişimler arasında fizyolojik ve psikolojik sorunların en fazla görüldüğü gruptur. Bireylerde, hastalığından kurtulma umut ve beklentisi yanında, kendi yaşamını destekleyemeyeceği, eski yaşamına dönemeyeceği endişesi ve ölüm korkusuna neden olan bir girişimdir (32,103). Kaygı kelimesi ise, dilimizde sıkıntı kelimesine karşılık gelmektedir. 2003 yılında Gümüş tarafından yapılan bir araştırmada kaygı durumlarında, biyolojik faktörler, ailesel özellikler, genel anlamda sosyo-kültürel ve ekonomik faktörlerin etkili olduğu vurgulanmıştır (104).

Kalbin yaşam için önemi düşünüldüğünde, hastalar ameliyat öncesi ve sonrası dönemde ölüm korkusunu yoğun olarak yaşamaktadırlar. KABG ameliyatı uygulanan hastalar, kendilerini ve sağlıklarını tehdit altında, geleceklerini ise tehlikeye düşmüş

hissetmekte, bu nedenle ameliyat olmadan önceki yaşamlarına dönememe kaygısı yaşamaktadırlar (25,26,98).

Anksiyete kelimesinin karşılığı olarak kullanılan kaygı 'bedensel düzeyde dengeyi bozacak tehlikelere karşı ya da bozulan dengeyi yeniden düzenleme çabalarının başarısızlığa uğraması sonucu ortaya çıkabilecek bir durum' olarak da tanımlanmaktadır (106).

KABG ameliyatının ciddiyeti ve iyileşme süresinin uzun olması kaygıyı arttıran etmenlerdendir. KABG ameliyatı uygulanan hastalardaki kaygı nedenlerinin; ağrı, fiziksel aktivitede yetersizlik, acıdan korkma, temel gereksinimlerini karşılayamama, işe geri dönememe, kendisine ve ailesine yeterli olamama, ölüm korkusu ve bilgi eksikliği olduğu görülmektedir (12,20). KABG ameliyatı sonrası hastaların yaşadığı anksiyete, ameliyat sonrası komplikasyonlara da yol açabilmektedir. Çünkü; anksiyete düzeyi yüksek olan hastalar derin solunum ve öksürme egzersizlerini ağrıya neden olacağı korkusuyla daha az yapmaktadırlar. Aynı zamanda yüksek anksiyete seviyesi, iyileşmeyi geciktiren katekolamin salımının artmasına sebep olmaktadır (8,107).

Hemşireler, hastalara kısa ve açık cümlelerle bilgi vererek, hastanın anksiyetesini tanınmasında ve yönetmesinde yardımcı olabilirler. Hastanın anksiyetesinin farkında olmasına ve bunu ifade etmesine cesaretlendirebilirler (87).

### **KONFOR KURAMI**

Hemşirelik mesleği günümüze gelene dek, kültürel, sosyal, teknolojik değişimlerle kendini yenilemeyi ve geliştirmeyi başarmış; birey, aile ve toplumun sağlığı ile ilgilenen uygulamalı bir sağlık disiplini olmuştur. Profesyonel bir disiplinin amacı da mesleğin uygulamalarında kullanılacak bilimsel bilgi içeriğini ortaya koymaktır. Bunun içinde hemşirelik uygulamaları bilimsel bir temele oturtulmalıdır. Bu bilimselleşme içerisinde hemşirelik alt yapısını oluştururken ilgili kavramları açıklamak ve tanımlamak zorundadır (108,109). Hemşirelik felsefe, kuram, uygulama ve araştırma üzerine kurulmuş bir sağlık disiplini olmakla beraber, bu model/kuramların disiplin içindeki rolü; temel kavramlar arasındaki ilişkiyi ortaya koymak ve hemşirelik süreci sistemine rehberlik etmektir. Bu model/kuramlar disiplin uygulamalarını kolaylaştırıcı, rehberlik edici olmakla beraber; bakımın amacını ve nasıl yapılacağını bize göstermektedir. Konfor kuramı da bunlardan biridir (109,110). Hemşireliğin yardım etme amaçları arasında yer alan rahatlama işlevi üzerine temellenen konfor kuramı Katharine Kolcaba tarafından geliştirilmiştir. Katharine Kolcaba Cleveland St. Luke's Hospital School of Nursing'den mezun olduktan sonra yaklaşık



15 yıl süren konfor kavramı ve hasta konforu ile ilgili çalışmalar yapmıştır. Bu çalışmaların sonucunda 1988 yılında konfor kavramının üç düzey ve dört boyuttan oluşan taksonomik yapısını oluşturmuştur (111-113).

Kolcaba oluşturduğu bu taksonomik yapıyı test etmek üzere 4'lu likert tipte 48 maddeden oluşan Genel Konfor Ölçeği (GKO) geliştirme çalışmalarına başlamış ve 1992 yılında sonuçlarını yayınlamıştır. 1994 yılında konfor kuramını geliştirerek, 2003 yılında da "Comfort theory and practice: a vision for holistic care and research" (Konfor kuramı ve uygulama: bütüncül sağlık bakımı ve araştırma için bir görüş) adlı kitabı yayınlamıştır (114,115).

### **KONFOR KAVRAMI**

Hemşirelik pek çok kavramın birleştirilip pekiştirilmesiyle oluşan, insanı anlayabilen, değerlendirebilen, sağlık sorunlarına çözüm arayıp üretebilen bir meslektir. Yararlanılan kavramlar arasında konfor da oldukça önem taşımaktadır. Konfor kavramının taksonomik yapısını iki aşamada inceleyen Kolcaba birinci aşamada; konfor düzeylerini bireylerin konfor gereksinimlerinin karşılanma yoğunluğuna göre ferahlama, rahatlama ve üstünlük olarak belirlemiştir; ikinci aşamada ise holistik görüşe göre konfor düzeylerini fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel olarak açıklamıştır (116). Kolcaba kuramında çatıyı oluştururken konfor kavramının üç düzeyini (ferahlama, rahatlama ve üstünlük) oluşturmada Ida Jean Orlando, Virginia Henderson ve Paterson'dan yararlanmıştır (115).

### **Bireysel Konfor Gereksinimlerinin Karşılanmasına Göre Konfor Düzeyleri**

**Ferahlama:** Bireyin konfor gereksinimleri karşılanmaya başladığında sıkıntıdan kurtulması ile hissettiği durum. Orlando, etkileşim kuramında, hastayı gereksinimleri olan ve bu gereksinimler karşılanmadığı zaman sıkıntı yaşayan bir birey, hemşireyi de bu gereksinimleri değerlendirip hastanın sıkıntısını giderme yeteneği olan kişi olarak tanımlamaktadır. Kolcaba buradan yola çıkarak hastanın yaşadığı bu duyguyu konforun ilk boyutunu oluşturan sıkıntıdan kurtulma, ferahlama olarak açıklamıştır (109,115,117).

**Rahatlama:** Sakinlik, huzur ya da rahatlık durumu olarak tanımlanmıştır. Henderson'un karşılanması gereken 14 temel fizyolojik ve psikolojik gereksiniminden oluşan bileşenler ile Kolcaba rahatlamaı şöyle ilişkilendirmiştir. Bu 14 temel gereksinimin içinde yer alan dengenin sağlanması ve sürdürülmesinin, hastanın rahatlamaı, memnuniyetini belirtmesi,

hoşnutluk ve huzuru içeren rahatlama aşamasında gerçekleşeceğini belirtir (109,112,115,117, 118).

**Üstünlük:** Bireyin ağrı ya da sorunlarının üstesinden gelebilmesidir. Paterson'a göre konfor, hastanın kendi durumuna göre belli zaman ve durumlarda kendi kaderini kontrol etmesi ve planlamada özgür olmasını amaçlayan bir durumdur. Kolcaba, Patersonla ilişkili olarak konfor gereksinimleri karşılanmış bir birey konforun üstünlük derecesi gösteren sorunların üstesinden gelebilme düzeyine ulaşabilmekte olduğunu vurgular (112,117,118). Kolcaba konfor kuramını, konfor gereksinimlerinin ortaya çıkardığı 4 boyutta fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel olarak açıklamıştır (112,115,117).

**Fiziksel konfor:** Bedensel algularla ilgili olan fiziksel konfor bireyin fiziksel durumunu etkileyen uyku ve dinlenme, hastalığa karşı tepkileri, beslenme ve hidrasyon düzeyi ile atıkların elimine edilmesi gibi fizyolojik faktörleri içermektedir (115,119). Konforun belirlenmesi için yapılan bir çalışmada ağrı konforu önemli derecede azaltan bir etken olarak belirlenmiştir. Düzenli bağırsak fonksiyonlarının sürdürülmesi, hastalığa ilişkin rahatsızlıkların önlenmesi ya da tedavi edilmesinin ise konforu destekleyici bir faktör olduğu tespit edilmiştir (115).

Kolcaba, fiziksel konforun bireyin hastalığa karşı tepkilerden kaynaklandığını belirtmektedir. Bu anlamda fiziksel konfor için gerekli fizyolojik göstergeler, sıvı-elektrolit dengesi, düzenli ve dengeli kan biyokimyası, yeterli Spo2 vb. metabolik fonksiyonları içeren sağlık göstergeleridir. Bu fizyolojik göstergelerin birinde var olan sapmanın konforu da etkileyeceğini vurgulamaktadır (115,118).

**Psikospiritüel konfor:** Psikospiritüel konfor, akılsal, ruhsal ve manevi bileşenlerden oluşmaktadır. Bireyin yaşamına anlam veren her şey; öz-saygı, benlik kavramı, cinsellik ve kendinin farkında olma ile ilgili duyguları kapsamaktadır (112,115,117).

**Çevresel konfor:** Hastanede yatan bireylerin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarını destekleyen çevresel konfor, dış etkenler, durumlar ve bunların üzerindeki etkilerini kapsamaktadır. Bu kapsamda aydınlık, gürültü, renk, sıcaklık, koku, mobilya, pencerelerden görülen manzara vb. gibi insanın dış ortamı ile ilgili kavramlar yer almaktadır (112,115,117).

**Sosyokültürel konfor:** Sosyokültürel konfor, kişilerarası ilişki, aile ve finansal destek, eğitim gibi konuları kapsamaktadır. Kolcaba, bu tanımın kapsamına aile öyküsü, gelenekler, dil, giyinme biçimleri gibi kültürel boyutta eklemiştir. Sosyal konforun sağlanması ve sürdürülmesinde taburcu olduktan sonra evde bakımın nasıl sürdürüleceğine, danışmanlığın nasıl verileceğine ilişkin hizmetlerinde etkili olduğu belirtilmiştir. Ayrıca konforun, bireyde sağlığı geliştirmeye yönelik davranışları arttırdığını bildirmiştir (115,120,121).

### **KABG CERRAHİSİ GEÇİREN HASTALARDA KAYGI**

Endişe, sıkıntı, bunaltı, kaygı ‘anksiyete’ karşılığı kullanılan kelimelerdir. Hastalar bu durumu ‘hoş olmayan bir endişe hali ya da ‘nedensiz korku’ şeklinde ifade ederler. Anksiyete, bir belirti veya duruma karşı verilen tepkidir. Korku ve endişe duygusuyla birlikte ortaya çıkmaktadır (122,123).

Anksiyete sözcüğü karşılığı olarak kullanılan kaygı ‘bedensel düzeyde dengeyi bozacak tehlikelere karşı ya da bozulan dengeyi yeniden düzenleme çabalarının başarısızlığa uğraması sonucu ortaya çıkabilecek bir durum’ olarak tanımlanmaktadır. Özellikle bireyin kendisini tehlikede hissettiği durumlarda yaşanır (106).

Yaşanan anksiyetenin düzeyi her hastada farklılık göstermektedir. Anksiyete sonucu hastalarda gözlenen fiziksel belirtiler; titreme, kas gerginliği, heyecan, hiperventilasyon, yorgunluk, nefes almada güçlük, psikolojik belirtiler; korku, konsantrasyon güçlüğü, endişe, sinirlilik, çaresizlik şeklinde sıralanabilir (124,125).

Cerrahi girişim öncesi hastalarda anksiyeteye neden olan durumlar hastadan hastaya değişiklik göstermektedir. Bunun yanında yeterliliğin kaybı, vücut organı ve bölümlerinin zedeleneceği düşüncesi, beden imajında bozulma, cerrahi girişim sonrası ağrı, bilinmezlik korkusu, başkalarına bağımlı olma, ailesinin gereksinimlerini karşılayamama gibi durumların cerrahi hastalarında anksiyeteye neden olabileceği düşünülmektedir (56,126-129). Uygulanacak cerrahi girişim türü de hastanın anksiyetesini etkilemektedir. Bu nedenle KABG uygulamalarında hastaların anksiyete düzeylerinin yüksek olabileceği düşünülmektedir (56,130).

KABG uygulanacak hastalarda cerrahi girişim öncesi anksiyetenin bildirildiği birçok çalışmada yüksek, orta ve düşük düzeyde anksiyetesi olan hastaların cerrahi girişim sonrası dönemde de bu düzeyde anksiyetelerinin devam ettiği belirtilmektedir (131).

Koroner arter hastalığı (KAH) açısından risk faktörü olan öfke, düşmanlık, nefret duyma, sosyal izolasyon, stres ve depresyon bu hastalarda oldukça sık görülmektedir (132).

Kardiyovasküler hastalığı olan çoğu birey için tedavi ve iyileşme sürecinde anksiyete ve yaşam biçimleri önemli rol oynamaktadır (133).

Yapılan çalışmalarda KABG ameliyatı olan hastaların anksiyete düzeyinin kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu, eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanlarda ve 20-30 yaşları arasındaki hastalarda daha yüksek olduğu belirtilmektedir (134).

Literatürde, cerrahi girişim öncesi anksiyetesi olan hastaların cerrahi girişim sırasında kan basıncı değerlerinin yüksek olduğu, anesteziik madde kullanım ihtiyacının ve anksiyeteye bağlı komplikasyon gelişiminin daha fazla olduğu belirtilmektedir (128,135).

Anksiyete, ağrı algısını ve ağrı şiddetini arttırmaktadır. Bu nedenle cerrahi girişim sonrası ağrıya duyarlılık ve analjezik gereksiminin artacağı düşünülmektedir. Cerrahi girişim öncesi anksiyetesi yüksek hastaların cerrahi girişim sonrası günlük yaşamlarına daha geç döndükleri, iyileşme ve hastanede kalış sürelerinin uzadığı belirtilmektedir (128,136,137).

## **KABG CERRAHİSİ GEÇİREN HASTALARDA KONFOR VE KAYGI ETKİLEŞİMİ**

Özellikle KABG gibi büyük ameliyatlarda hastalar için ağrı, bağımsızlığın kaybı, beden imajının bozulması, bilinmeyen alet ve işlemlerle karşılaşma gibi anlamları içerir ve hastalar, bedensel ve yaşamsal düzenine yönelen tehdit karşısında kaygıya kapılırlar (138).

KABG ameliyatının ciddiyeti ve iyileşme sürecinde kaygıyı arttıran etmenler arasındadır. Hastaların KABG ameliyatından sonra yaşadığı kaygının, ameliyat sonrası komplikasyonlara sebep olduğu düşünülmektedir (8,107). Örneğin; ameliyat sonrası kaygı düzeyi yüksek olan hastalar derin solunum ve öksürme egzersizlerini ağrıya sebep olacağı düşüncesiyle daha az yapmaktadırlar (8,107).

KABG ameliyatında hastalar için önemli olan bir kavramda konfordur. Holistik görüş çerçevesinde konfor; ferahlama, huzura kavuşma ve sorunların üstesinden gelebilmek için temel insan gereksinimlerinin karşılanmasıdır (116). Ferahlama konforu bozan durumdan kurtulma hissi, rahatlama ve sorunlarından kurtulma hissidir. Bu nedenle konforu sağlanamayan hasta eksiklik hisseder. Hemşireler, hastanın konforunu bozan etkenleri ortadan kaldırmaya çalışarak hastaların iyileşmelerine yardımcı olurlar (116,117). Hemşirelikte konfor; gereksinimlerin karşılanması temeline dayanmaktadır ve hemşirelik kuramlarında kaliteli bakımın bir parçası olarak kabul edilmiştir (87).

Hastaların yaşam kalitelerini arttırmak amacıyla hemşirelik süreci çerçevesinde bireye yönelik hemşirelik bakımının planlanması gerekir. Ağrının kontrolü, solunum egzersizleri, beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi, günlük yaşam değişiklikleri, ilaçların doğru kullanımının önemi hakkında bilgi verilir. Hasta ve ailesinin tutum, değer ve davranış becerileri kazanması sağlanır. Davranış değişikliklerinin ne derecede gerçekleştiği hemşireler tarafından değerlendirilmelidir (59,60,62).

KABG ameliyatından sonra görülen solunum fonksiyonlarının bozulması, ağrı, ritm bozuklukları, kognitif değişiklikler, enfeksiyon gibi birçok sorun hastanın konforunu bozabilmektedir (49,139).

Ameliyat sonrası kaygı düzeyi yüksek olan hastaların konforları da olumsuz etkilenebilmektedir. Ameliyat sonrası görülen solunum sistemi komplikasyonları hastanın yaşadığı kaygı sebebiyle, solunum egzersizlerini yetersiz yapması sonucu ortaya çıkmakta ve bu komplikasyonlar hasta konforunu da bozabilmektedir (8,49,107,139).

Hastaların ameliyat öncesinde yaşadığı kaygı, ameliyat sonrası dönemde yaşanan ağrının yoğunluğunu arttırmakta ve kontrolünü zorlaştırmaktadır (140). Hemşireler hastaların yaşadığı kaygıları azaltmada hasta merkezli bütüncül bakımı, kısa ve net cümlelerle bilgi vermeyi kullanarak yardımcı olabilirler (141). Konforun temel insan gereksinimlerinin karşılanması olduğundan yola çıkarak, hastalara verilen eğitimin ve bu süreç içinde uygulanan tüm yaklaşımların hastaların sağlığını geliştirmeye yönelik davranışlar olduğu görülmektedir. Hastaların kaygılarının azaltılması ve konforun sağlanması ile hastaların gereksinimlerinin karşılanması arasında doğru bir ilişkinin olduğu ifade edilmektedir (115).

Hastaların istedik davranışlar oluşturması yaşam kalitelerinin artmasının yanı sıra kaygı düzeyini azaltacak; fizyolojik ve psikolojik açıdan konfor düzeyini arttıracaktır. Hastaların kaygı düzeylerini azaltmak ve konfor düzeylerini arttırmak için her hastanın gereksinimi doğrultusunda hemşirelik bakım girişimlerinde bulunulması gerekmektedir.

## **GEREÇ VE YÖNTEMLER**

### **ARAŞTIRMANIN AMAÇ VE TİPİ**

Araştırma KABG cerrahisi uygulanan hastaların konfor ve kaygı deneyimlerini belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır.

### **ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN**

Araştırma, Trakya Üniversitesi (T.Ü.) Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği'nde Ekim 2010-Temmuz 2011 tarihleri arasında yapıldı.

### **ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ**

Bu araştırmanın evrenini, T.Ü. Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kalp-Damar Cerrahisi Servisi'nde yatan ve KABG cerrahisi uygulanan hastalar oluşturdu.

Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip, uygun örneklem yöntemi ile araştırmaya katılmayı kabul eden, KABG cerrahisi ameliyatı geçirmiş, 18 yaş ve üzeri, yoğun bakımdan servise kabul edilmiş, bilinci açık, iletişim kurabilen 172 hasta örneklem grubunu oluşturdu.

### **VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Araştırmada veri toplama araçları olarak; veri toplama formu, 'Erken Postoperatif Konfor Ölçeği' ve 'Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği' kullanıldı.

### **Veri Toplama Formu**

Araştırmada kullanılan veri toplama formu; hastaların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence) ve sağlık öyküsü (geçirilmiş cerrahi deneyim, olumsuz cerrahi deneyim, ameliyat öncesi eğitim alma durumu) ile ilgili bilgilerini içeren ve araştırmacı tarafından geliştirilmiş üç açık uçlu sorudan oluşan veri toplama aracıdır (Ek 1).

### **Erken Postoperatif Konfor Ölçeği**

Hastaların ameliyat sonrası dönemdeki konfor durumlarını değerlendirmek amacı ile 'Erken Postoperatif Konfor Ölçeği' kullanılmıştır (Ek 2).

EPKÖ, Kolcaba tarafından konforun kuramsal bileşenlerini oluşturan üç düzey ve dört boyutun yer aldığı taksonomik yapı rehber alınarak oluşturulmuştur. Konfor gereksinimlerinin belirlenmesi ile beklenen konforda artma sonucuna ulaşma durumunu değerlendirmek için kullanılır. Ölçek bireyin cerrahi girişime girmeden öncesi ve sonrası hakkında genel düşünce sürecini yansıtan kendini kavrama ve hislerini sorgulayan 24 maddeden oluşmuştur. Ölçekteki her bir ifade "kesinlikle katılmıyorum"dan "kesinlikle katılıyorum"a doğru 1-6 arasında değişen likert tipi puanlamaya sahiptir. Pozitif ve negatif maddelerden oluşan ölçeğin yanıt düzenleri karışık halde verilmiştir. Maddelerin 12'si pozitif (1,5,6,11,14,16,18,19,20,21,23,24), 12'si negatif (2,3,4,7,8,9,10,12,13,15,17,22) olup; puanlamada negatif maddeler tersine çevrilir. Buna göre pozitif maddelerde yüksek puan (6 p) yüksek konfora, düşük puan (1 p) düşük konfora, negatif maddelerde ise düşük puan (1 p) yüksek konfora, yüksek puan (6 p) ise düşük konfora işaret etmektedir.

Ölçeğin değerlendirmesinde; elde edilen negatif puanlar ters kodlanarak pozitif maddelerle toplanır. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 144, en düşük toplam puan ise 24 dür. Elde edilen toplam puan ölçek maddelerinin sayısına bölünerek ortalama değer saptanır ve sonuç 1-6 dağılımında belirtilir. Düşük puan konforun kötü, yüksek puan konforun iyi olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin Türk toplumunda kullanımını sınamak amacıyla güvenilirlik ve geçerlik çalışması 2007 yılında Üstündağ ve Eti Aslan tarafından yapılmış olup Cronbach's alfa katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur (142).

### **Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği**

Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeylerini değerlendirmek amacı ile ‘Durumluk- Süreklilik Kaygı Ölçeği’ kullanılmıştır (Ek 3).

Spielberger, Cattell’in fenomenolojik, Freud’un fizyolojik kaygı kuramlarını birleştirerek iki faktörlü kaygı kuramını geliştirmiş ve buna dayalı olarak da kaygı ölçümünde kullanılmak üzere Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanterini hazırlamıştır. Ölçek, 1976 yılında dilimize çevrilmiştir. Durumluk kaygı ölçeğini (DKÖ) oluşturan 20 madde kişilerin kendilerini o an içinde nasıl hissettiklerine göre kendi tanımladıkları durumluk kaygıyı ölçer. Süreklilik Kaygı ölçeğini (SKÖ) oluşturan 20 madde, kişilerin genellikle içinde bulunduğu kaygının düzeyini ölçmektedir. Ölçek; bireyin çevresindeki, aslında etkisiz olan uyarıcıların ve durumların çoğunu tehdit olarak algılama eğilimi ya da yatkınlığında olup olmadığını ölçer.

Öner (143) ölçeğin Türk toplumunda farklı gruplarda (öğrenci, hasta, erişkin vb.) geçerlik ve güvenilirliğini belirlemiştir. Her iki ölçek için de cevap seçenekleri dörder tanedir. Seçeneklerin ağırlık değerleri 1’den 4’e kadar değişir. Ölçeklerde iki türlü ifade bulunur. Bunlara (1) doğrudan ya da düz (direct) ve (2) tersine dönmüş (reverse) ifadeler diyebiliriz. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Bu ikinci tür ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4’e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1’e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. “huzursuzum” ifadesi doğrudan, “kendimi sakin hissediyorum” ifadesi de tersine dönmüş ifadelerle örnek olarak gösterilebilir. Bu durumda “huzursuzum” ifadesi için 4 ağırlıklı bir seçenek, “kendimi sakin hissediyorum” ifadesi için 1 ağırlıklı seçenek işaretlenmişse, bu cevaplar yüksek kaygıyı yansıtmış olur. DKÖ’ de on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddelerdir. SKÖ’ de ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeleri oluşturur. Her ölçekten en az 20, en fazla 80 puan alınabilir, büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade eder. Puanlar yüzdelik sırasına göre yorumlanırken de aynı durum geçerlidir. Yani düşük yüzdelik sıra, kaygının az olduğunu gösterir. Uygulamalarda belirlenen ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir.



## **VERİLERİN TOPLANMASI**

Araştırmada veriler; veri toplama formu, EPKÖ, Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği kullanılarak toplandı.Öncelikle araştırmacı tarafından bireylere araştırmanın amacı açıklandı, ölçekler tanıtıldı. Veriler hasta odasında yüz yüze görüşme yöntemi ile ortalama 15-20 dakikada toplandı.Formlar araştırmacı tarafından tek tek okunup,cevaplar kaydedilerek dolduruldu. EPKÖ ve Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği hastaların yoğun bakım ünitesinden ayrıldıktan sonraki ilk günde uygulandı.

## **ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ**

Çalışmanın uygulanabilmesi için T.Ü. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Etik Kurulu'ndan, izin alınmıştır (Ek 4). Araştırmanın yapılacağı klinik yöneticilerine, servis yönetici hemşirelerine, servis hemşirelerine araştırmaya katılma kriterlerine uygun olan hastalara araştırmanın amacı ve uygulanışı hakkında açıklama yapıldı.Bu bilgilerin sadece araştırma amacıyla kullanılacağı söylendi ve araştırmaya katılmaları konusunda sözlü onayları alındı

## **VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistik analizleri, T.Ü. Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalında istatistik uzmanı danışmanlığında Lisanslı istatistiksel paket programları (Statistica 7.0, Tulsa OK, USA) kullanılarak yapıldı.

Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler; ortalama, standart sapma; niceliksel verilerin normal dağılıma uygunluğu tek örneklem Kolmogorov Smirnov test ile, ölçekten elde edilen toplam skor ve alt boyut skorlarının demografik verilere göre karşılaştırılmasında grup sayısı>2 ise; Kruskal Wallis ANOVA testi kullanıldı, anlamlı farklılık saptandığında farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni post-hoc test kullanıldı, grup sayısı=2 ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. EPKÖ ile Durumluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeğinin skorları arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman korelasyon analizi, kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı.  $P<0.05$  değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

## BULGULAR

Ekim 2010-Temmuz 2011 tarihleri arasında, KABG ameliyatı uygulanan 172 hastanın konfor ve kaygı deneyimlerini belirlemek için gerçekleştirilen bu çalışmada, elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirildikten sonra veriler tablolar şeklinde sunuldu.

**Tablo 1. Hastaların kişisel özelliklerinin dağılımı (n=172)**

| Kişisel Özellikler                      |               |                        |
|---|---------------|------------------------|
| Yaş Ortalaması (Ort $\pm$ SD ( Min-Max) |               | 60.9 $\pm$ 8.7 (37-81) |
|   |               | n (%)                  |
| Cinsiyet                                | Kadın         | 45 (26.2)              |
|   | Erkek         | 127 (73.8)             |
| Eğitim Durumu                           | Okur-yazar    | 35 (20.3)              |
|   | İlköğretim    | 100 (58.2)             |
|   | Ortaöğretim   | 31 (18)                |
|   | Yükseköğretim | 6 (3.5)                |
| Medeni durum                            | Evli          | 163 (94.8)             |
|   | Bekar         | 9 (5.2)                |
| Sosyal Güvence                          | Var           | 165 (94.9)             |
|   | Yok           | 7 (5.1)                |
| Meslek                                  | İşçi          | 21 (12.2)              |
|   | Memur         | 15 (8.7)               |
|   | Emekli        | 80 (46.5)              |
|   | Diğer         | 56 (32.6)              |

Tablo 1’de hastaların kişisel özelliklere göre dağılımı görülmektedir. Hastaların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, %26.2’sinin kadın, %73.8’inin erkek olduğu, yaş ortalamalarının  $60.9 \pm 8.7$  olarak belirlendi (Tablo 1).

Hastaların eğitim durumuna göre dağılımı incelendiğinde, %20.3’ünün okuryazar, %58.2’sinin ilkokul mezunu, %18’inin ortaokul mezunu, %3.5’inin yüksek öğretim mezunu olduğu belirlendi. Evli hastaların %94.8, bekar hastaların %5.2 olduğu ve hastaların %94.9’unun sosyal güvencesinin olduğu, %5.1’inin ise sosyal güvencesinin olmadığı belirlendi (Tablo 1).

Hastaların %12.2’sinin işçi, %8.7’sinin memur, %46.5’inin emekli ve diğer meslek gruplarından olanların ise %32.6 olduğu belirlendi (Tablo 1).

**Tablo 2. Hastaların hastalığa özgü özelliklerinin dağılımı (n=172)**

| Hastalığa özgü özellikler                                   |                         |                 |
|---|-------------------------|-----------------|
| Ameliyat sonrası /gün(Ort±SD (min-max))                     |                         | 2.5 ± 0.5 (1-3) |
| Ameliyat öncesi eğitim verilme zamanı/gün(ort±SD (min-max)) |                         | 1.10±0.3(1-3)   |
|   |                         | n (%)           |
| Ameliyat sonrası ilk hareketin sağlanması                   |                         | 172 (100)       |
| Kronik hastalık   | Var                     | 84 (48.8)       |
|   | Yok                     | 88 (51.2)       |
| Olumsuz cerrahi deneyim                                     | Var                     | 2 (1.2)         |
|   | Yok                     | 170 (98.8)      |
| Cerrahi girişim kararını veren kişi                         | Hasta                   | 18 (10.5)       |
|   | Doktor                  | 154 (89.5)      |
| Ameliyat öncesi eğitim alma durumu                          | Eğitim almış            | 154 (89.5)      |
|   | Eğitim almamış          | 18 (10.5)       |
| Ağrı düzeyi   | Ağrı yok                | 106 (61.6)      |
|   | Hafif                   | 55 (32)         |
|   | Rahatsız edici          | 10 (5.8)        |
|   | Şiddetli                | 1 (0.6)         |
| İlk hareketi sağlayan kişi                                  | Hemşire/öğrenci hemşire | 88 (51.2)       |
|   | Doktor                  | 65 (37.8)       |
|   | Personel                | 18 (10.5)       |
|   | Hasta yakını            | 1 (0.6)         |

Tablo 2’de hastaların hastalığa özgü özelliklerinin dağılımları incelendiğinde, hastaların ameliyat sonrası ortalama  $2.5 \pm 0.5$  günde olduğu, %48.8’inin kronik bir hastalığa sahip, %51.2’sinin kronik bir hastalığa sahip olmadığı belirlendi. Cerrahi deneyimi olumsuz olanların %1.2, cerrahi deneyimi olumsuz olmayanların %98.8, cerrahi girişim kararını verenlerin %10.5’inin hasta, %89.5’inin doktor olduğu saptandı (Tablo 2).

Ameliyat öncesi %89.5’inin eğitim aldığı, %10.5’inin eğitim almadığı, ameliyat öncesi eğitim verilme zamanı ortalama  $1.10 \pm 0.3$ /gün olarak saptandı. Hastaların ağrı düzeylerine bakıldığında, %61.6’sının ağrısının olmadığı, %32.0’sinin hafif, %5.8’inin rahatsız edici, %0.6’sının ise şiddetli ağrısının olduğu belirlendi (Tablo 2).

Hastaların ameliyat sonrası ilk hareketinin sağlanma durumuna bakıldığında ise %100’ ünün bunu gerçekleştirdiği ve ayağa kalkmalarını sağlayan kişinin %51.2’sinin hemşire/öğrenci hemşire, %37.8’inin doktor, %10.5’inin personel, %0.6’sının hasta yakını olduğu belirlendi (Tablo 2).

**Tablo 3. Hastaların konfor ve kaygı düzeyleri**

| Ölçekler | Ort±SD (Min-Max)  | Beklenen Değer |
|----------|-------------------|----------------|
| EPKÖ*    | 5.17±0.5 (2.88-6) | 1-6            |
| DKÖ**    | 27.97±4.6 (20-40) | 20-80          |
| SKÖ***   | 33.62±3.8 (23-44) | 20-80          |

\*Erken Postoperatif Konfor Ölçeği, \*\*Durumluk Kaygı Ölçeği, \*\*\*Sürekli Kaygı Ölçeği.

Hastaların konfor ve kaygı ölçek puanları incelendiğinde, Konfor Ölçeği puan ortalamasının  $5.17 \pm 0.5$  (2.88-6), DKÖ puan ortalamasının  $27.97 \pm 4.6$  (20-40), SKÖ puan ortalamasının ise  $33.62 \pm 3.8$  (23-44) olduğu belirlendi (Tablo 3).

**Tablo 4. Hastaların konfor ve kaygı düzeylerinin karşılaştırılması**

| Değerlendirme | EPKÖ   |       |
|---------------|--------|-------|
| DKÖ           | R      | P     |
|               | -0.344 | 0.000 |
| SKÖ           | -0.397 | 0.000 |

\*Erken Postoperatif Konfor Ölçeği, \*\*Durumluk Kaygı Ölçeği, \*\*\*Sürekli Kaygı Ölçeği.

EPKÖ puan ortalaması ile hastaların DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasında negatif yönde bir ilişki belirlenmiş, hastaların konfor düzeyleri artarken kaygı düzeylerinin azaldığı görülmüştür (sırasıyla,  $r=-0.344$ ,  $p<0.001$ ;  $r= -0.397$ ,  $p<0.001$ ) (Tablo 4).

**Tablo 5. Bireysel özellikler ile EPKÖ, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması**

| ÖZELLİKLER     |                | EPKÖ<br>ORT±SD | İSTATİSTİK              | DKÖ<br>ORT±SD | İSTATİSTİK             | SKÖ<br>ORT±SD | İSTATİSTİK             |
|----------------|----------------|----------------|-------------------------|---------------|------------------------|---------------|------------------------|
| Cinsiyet       | Kadın          | 4.86±0.5       | U=1431.5*<br>p=0.000    | 28.53±4.7     | U=2498.0*<br>p=0.294   | 34.58±4.4     | U=2359.0*<br>p=0.123   |
|                | Erkek          | 5.27±0.4       |                         | 27.77±4.5     |                        | 33.29±3.5     |                        |
| Eğitim Durumu  | Okur yazar     | 5.15±0.4       | Kw=0.432**<br>p=0.934   | 28.08±4.9     | Kw =2.988**<br>p=0.393 | 33.60±3.7     | Kw =6.848**<br>p=0.077 |
|                | İlköğretim     | 5.16±0.5       |                         | 27.91±4.3     |                        | 33.73±3.9     |                        |
|                | Orta Öğretim   | 5.25±0.3       |                         | 27.32±4.8     |                        | 32.74±3.4     |                        |
|                | Yüksek Öğretim | 4.87±1.1       |                         | 31.66±6.3     |                        | 36.66±2.8     |                        |
| Medeni Durum   | Evli           | 5.17±0.5       | U=660.0*<br>p=0.613     | 27.93±4.6     | U=647.5*<br>p=0.553    | 33.55±3.8     | U=576.0*<br>p=0.277    |
|                | Bekar          | 5.07±0.5       |                         | 28.55±3.1     |                        | 34.88±4.0     |                        |
| Meslek         | İşçi           | 5.25±0.4       | Kw =16.240**<br>p=0.001 | 28.61±4.4     | Kw=6.383**<br>p=0.094  | 34.28±4.7     | Kw =5.708**<br>p=0.127 |
|                | Memur          | 5.43±0.3       |                         | 25.60±5.4     |                        | 32.33±4.4     |                        |
|                | Emekli         | 5.24±0.5       |                         | 27.93±4.5     |                        | 33.07±3.1     |                        |
|                | Diğer          | 4.96±0.5       |                         | 28.41±4.4     |                        | 34.51±3.9     |                        |
| Sağlık Güvence | Var            | 5.16±0.5       | U=509.0*<br>p=0.595     | 28.00±4.6     | U=536.5*<br>p=0.750    | 33.67±3.8     | U=479.5*<br>p=0.445    |
|                | Yok            | 5.29±0.3       |                         | 27.14±4.2     |                        | 32.57±4.3     |                        |

\*Mann-Whitney U \*\* Kruskal Wallis Varyans Analizi Kw.

Hastaların EPKÖ puan ortalaması cinsiyete göre değerlendirildiğinde, erkeklerin puan ortalamasının  $5.27 \pm 0.4$ , kadınların puan ortalamasına göre  $4.86 \pm 0.5$  daha fazla olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $U=1431.5$ ,  $p=0.000$ ). Hastaların durumluk ( $U=2498.0$ ,  $p=0.294$ ) ve süreklilik kaygı düzeylerinin ( $U=2359.0$ ,  $p=0.123$ ) cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlendi (Tablo 5).

Hastaların EPKÖ, durumluk, süreklilik kaygı ölçeği puan ortalamaları eğitim durumlarına göre değerlendirildiğinde, eğitim düzeyleri ile EPKÖ, durumluk süreklilik kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında ( $Kw = 0.432$ ,  $p=0.934$ ), ( $Kw = 2.988$ ,  $p=0.393$ ) ( $Kw=6.848$ ,  $p=0.077$ ) istatistiksel olarak fark belirlenmedi (Tablo 5).

Hastaların EPKÖ, durumluk, süreklilik kaygı ölçeği puan ortalamaları medeni durumlarına göre değerlendirildiğinde, hastaların medeni durumları ile EPKÖ, durumluk süreklilik kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında ( $U=660.0$ ,  $p=0.613$ ), ( $U=647.5$ ,  $p=0.553$ ), ( $U=576.0$ ,  $p=0.277$ ) istatistiksel olarak fark oluşturmadığı belirlendi (Tablo 5).

Hastaların EPKÖ puan ortalaması mesleki duruma göre değerlendirildiğinde, memur olan hastaların puan ortalamasının diğer meslek gruplarından daha fazla olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $Kw=16.240$ ,  $p=0.001$ ). Hastaların durumluk ve süreklilik kaygı ölçeği puan ortalamalarının mesleki duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlendi ( $Kw=6.383$ ,  $p=0.094$ ;  $Kw = 5.708$ ,  $p=0.127$ ) (Tablo 5).

EPKÖ, durumluk süreklilik kaygı ölçeği puan ortalamaları, hastaların sağlık güvence durumlarına göre değerlendirildiğinde, sağlık güvencesi ile EPKÖ, durumluk süreklilik kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında ( $U=509.0$ ,  $p=0.595$ ), ( $U=536.5$ ,  $p=0.750$ ) ( $U=479.5$ ,  $p=0.445$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmedi (Tablo 5).

**Tablo 6. Hastalığa özgü bilgiler ile EPKÖ, Durumluk Süreklilik Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması**

| ÖZELLİKLER                 |                      | EPKÖ<br>ORT±S | İSTATİSTİK             | DKÖ<br>ORT±S | İSTATİSTİK            | SKÖ<br>ORT±S | İSTATİSTİK            |
|----------------------------|----------------------|---------------|------------------------|--------------|-----------------------|--------------|-----------------------|
| Kronik Hastalık            | Var                  | 5.16±0.5      | U=3594.5*<br>p=0.756   | 28.90±5.1    | U=2934.0*<br>p=0.019  | 33.86±3.9    | U=3584.5*<br>p=0.731  |
|                            | Yok                  | 5.17±0.4      |                        | 27.07±3.8    |                       | 33.39±3.6    |                       |
| Cerrahi Deneyim            | Var                  | 5.15±0.5      | U=3014.5*<br>p=0.645   | 27.73±4.7    | U=2903.0*<br>p=0.405  | 33.03±3.9    | U=2664.5*<br>p=0.103  |
|                            | Yok                  | 5.17±0.5      |                        | 28.07±4.5    |                       | 33.89±3.7    |                       |
| Ameliyat Öncesi Eğitim     | Eğitim Almış         | 5.22±0.4      | U=815.0*<br>p=0.004    | 27.77±4.5    | U=1150.0*<br>p=0.237  | 33.47±3.6    | U=1097.0*<br>p=0.146  |
|                            | Eğitim Almamış       | 4.71±0.7      |                        | 29.61 ±5.2   |                       | 34.94±5.1    |                       |
| Eğitim Veren Kişi          | Hemşire/öğr. hemşire | 5.06±0.5      | U=775.5*<br>p=0.323    | 28.76±4.3    | U=765.0*<br>p=0.290   | 35.38±3.6    | U=594.5*<br>p=0.031   |
|                            | Doktor               | 5.23±0.4      |                        | 27.64±4.5    |                       | 33.27±3.5    |                       |
| Ağrı Düzeyi                | Ağrı yok             | 5.34±0.4      | Kw=27.451**<br>p=0.000 | 27.45±4.5    | Kw=5.321**<br>p=0.070 | 33.27±3.6    | Kw=1.881**<br>p=0.390 |
|                            | Hafif                | 4.94±0.6      |                        | 28.30±4.4    |                       | 34.20±3.7    |                       |
|                            | Rahatsız edici       | 4.61±0.4      |                        | 31.40±5.9    |                       | 34.50±5.6    |                       |
|                            | Şiddetli             | 4.91±0.0      |                        | 30.00±0.0    |                       | 31.00±0.0    |                       |
| İlk Hareketi Sağlayan Kişi | Hemşire/öğr. hemşire | 5.21±0.4      | Kw =2.771**<br>p=0.250 | 27.63±4.1    | Kw=8.238**<br>p=0.016 | 33.13±3.5    | Kw=7.867**<br>p=0.020 |
|                            | Doktor               | 5.07±0.6      |                        | 28.98±5.0    |                       | 34.61±4.0    |                       |
|                            | Personel             | 5.30±0.5      |                        | 25.33±3.8    |                       | 32.05±3.0    |                       |
|                            | Hasta yakını         | 4.54±0.0      |                        | 39.00±0.0    |                       | 41.00±0.0    |                       |

\* Mann-Whitney U \*\*Kruskal-Wallis Varyans Analizi Kw



Tablo 6’da hastalığa özgü bilgiler ve ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Hastaların EPKÖ ve SKÖ puan ortalamaları kronik hastalık durumuna göre değerlendirildiğinde, kronik hastalıklar ile EPKÖ ve SKÖ puan ortalaması arasında ( $U=3594.5$ ,  $p=0.756$ ), ( $U=3584.5$ ,  $p=0.731$ ) istatistiksel olarak fark belirlenmedi. Kronik hastalığı olan hastaların DKÖ puan ortalamasının  $28.90\pm 5.1$ , kronik hastalığı olmayanların DKÖ puan ortalamasından  $27.07\pm 3.8$  daha fazla olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $U=2934.0$ ,  $p=0.019$ ) (Tablo 6).

Hastaların EPKÖ, durumluk süreklilik kaygı ölçeği puan ortalamaları cerrahi deneyim durumuna göre değerlendirildiğinde, cerrahi deneyim ile EPKÖ, DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasında ( $U=3014.5$ ,  $p=0.645$ ), ( $U=2903.0$ ,  $p=0.405$ ), ( $U=2664.5$ ,  $p=0.103$ ) istatistiksel olarak fark belirlenmedi (Tablo 6).

Hastaların EPKÖ puan ortalaması ameliyat öncesi eğitim alma durumuna göre değerlendirildiğinde, ameliyat öncesi eğitim alan hastaların puan ortalamasının  $5.22\pm 0.4$ , ameliyat öncesi eğitim almayan hastaların puan ortalamasına göre ( $4.71\pm 0.7$ ) daha fazla olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $U=815.0$ ,  $p=0.004$ ). Hastaların DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının ameliyat öncesi eğitim alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlendi ( $U=1150.0$ ,  $p=0.237$ ;  $U=1097.0$ ,  $p=0.146$ ) (Tablo 6).

Hastaların EPKÖ ve DKÖ puan ortalamaları eğitim veren kişi durumuna göre değerlendirildiğinde, eğitim veren kişi ile EPKÖ ve DKÖ puan ortalaması arasında ( $U=775.5$ ,  $p=0.323$ ), ( $U=765.0$ ,  $p=0.290$ ) istatistiksel olarak fark belirlenmedi. Hastaların SKÖ puan ortalamaları eğitim veren kişi durumuna göre değerlendirildiğinde, hemşire/ öğr. hemşireden eğitim alan hastaların puan ortalamasının ( $35.38\pm 3.6$ ) doktordan eğitim alan hastaların puan ortalamasına göre ( $33.27\pm 3.5$ ) daha fazla olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $U=594.5$ ,  $p=0.031$ ) (Tablo 6).

EPKÖ puan ortalaması ile ağrı düzeyi karşılaştırıldığında, ağrısı olmayan hastaların puan ortalamasının ( $5.34\pm 0.4$ ) ‘hafif’, ‘rahatsız edici’, ‘şiddetli’ ağrısı olan hastaların puan ortalamalarına göre daha fazla olduğu aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $Kw=27.451$ ,  $p=0.000$  ). Hastaların DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları ile ağrı düzeyi durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ( $Kw =5.321$ ,  $p=0.070$ ;  $Kw=1.881$ ,  $p=0.390$  ) (Tablo 6).

Hastaların ilk hareketini sağlayan kişi ile EPKÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (Kw=2.771, p=0.250 ). Hastaların ilk hareketini sağlayan kişi ile DKÖ ve SKÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (Kw=8.238, p=0.016; (Kw=7.867, p=0.020) (Tablo 6).

**Tablo 7. Hastaların ameliyat sonrası konfor nedir sorusuna cevapları (n=172)**

| Hastaların verdiği yanıtlar  | n  | (%)    |
|------------------------------|----|--------|
| Erken ayağa kalkabilmek      | 23 | (13.4) |
| Moral verilmesi              | 13 | (7.5)  |
| Uyuyabilmek                  | 31 | (18)   |
| Tek kişilik odada kalmak     | 15 | (8.7)  |
| Sevdiklerimin yanımda olması | 7  | (4.1)  |
| Ağrımın olmaması             | 54 | (31.4) |
| Düz yatabilmek               | 23 | (13.4) |
| Endişelerimin az olması      | 6  | (3.5)  |

Hastaların ‘Ameliyat sonrası konfor nedir?’ sorusuna verdiği cevaplar değerlendirildiğinde; %13.4 oranında erken ayağa kalkabilmek, %7.5 oranında moral verilmesi, %18 oranında uyuyabilmek, %8.7 oranında tek kişilik odada kalmak, %4.1 oranında sevdiklerimin yanımda olması, %31.4 oranında ağrımın olmaması, %13.4 oranında düz yatabilmek, %3.5 oranında endişelerimin az olması olarak ifade ettikleri belirlendi (Tablo 7).

**Tablo 8. Hastaların ameliyat sonrası konfor algılarını etkileyen faktörler (n=172)**

| Hastaların verdiği yanıtlar              | n  | (%)    |
|--|----|--------|
| Desteksiz hareket edememek               | 7  | (4.1)  |
| Soğuk, kötü koku, yemeklerin kötü olması | 26 | (15.1) |
| Gürültü                                  | 29 | (16.8) |
| Ağrı                                     | 40 | (23.3) |
| Hijyen                                   | 18 | (10.4) |
| Yataklar kötü, odalar 2 kişilik          | 26 | (15.1) |
| Moral                                    | 13 | (7.6)  |
| Korku                                    | 13 | (7.6)  |

Hastaların ameliyat sonrası konfor algılarını etkileyen faktörler değerlendirildiğinde; %4.1 oranında desteksiz hareket edememek, %15.1 oranında soğuk, kötü koku, yemeklerin

kötü olması, %16.8 oranında gürültü, %23.3 oranında ağrı, %10.4 oranında hijyen, %15.1 oranında yataklar kötü ve odalar 2 kişilik, %7.6 oranında moral, %7.6 oranında korku olarak belirlendi (Tablo 8).

**Tablo 9. Hastaların ameliyat sonrası konforunun sağlanması için önerileri (n=172)**

| Hastaların verdiği yanıtlar            | n (%)     |
|--|-----------|
| Erken taburcu olabilmek                | 13 (7.5)  |
| Odaların tek kişilik olması            | 16 (9.3)  |
| Yatakların daha alçak ve sağlam olması | 38 (22.1) |
| Sevdiklerimi görebilmek                | 6 (3.5)   |
| Gürültünün önlenmesi                   | 28 (16.3) |
| Hijyenik uygulamalara dikkat edilmesi  | 37 (21.5) |
| Ağrı kesicilerin daha sık verilmesi    | 11 (6.4)  |
| Servis düzenine dikkat edilmesi        | 23 (13.4) |

Hastaların ameliyat sonrası konforunun sağlanması için önerileri değerlendirildiğinde; %7.5 oranında erken taburcu olabilmek, %9.3 oranında odaların tek kişilik olması, %22.1 oranında yatakların daha alçak ve sağlam olması, %3.5 oranında sevdiklerimi görebilmek, %16.3 oranında gürültünün önlenmesi, %21.5 oranında hijyenik uygulamalara dikkat edilmesi, %6.4 oranında ağrı kesicilerin daha sık verilmesi, %13.4 oranında servis düzenine dikkat edilmesini önerdikleri belirlendi (Tablo 9).

**Tablo 10. Hastaların konfor tanımına ilişkin düşünceleri**

| <b>DEĞİŞKENLER</b>           | <b>EPKÖ<br/>ORT±SD<br/>(min-max)</b> | <b>İSTATİSTİK</b>           | <b>DKÖ<br/>ORT±SD<br/>(min-max)</b> | <b>İSTATİSTİK</b>         | <b>SKÖ<br/>ORT±SD<br/>(min-max)</b> | <b>İSTATİSTİK</b>         |
|------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| Erken Ayağa Kalkmak          | 5.26±0.4<br>(3.88-6)                 | Kw= 12.206*<br><br>p= 0.032 | 29.52±4.5<br>(20-39)                | Kw=6.723*<br><br>p= 0.242 | 34.13±4.8<br>(23-44)                | Kw=2.529*<br><br>p= 0.772 |
| Moral Verilmesi              | 5.29±0.4<br>(4.29-5.29)              |                             | 26.92±4.5<br>(20-37)                |                           | 33.07±3.2<br>(28-39)                |                           |
| Uyuyabilmek                  | 5.16±0.4<br>(4.08-5.96)              |                             | 27.77±3.1<br>(22-35)                |                           | 33.48±2.4<br>(29-38)                |                           |
| Tek Kişilik Oda              | 5.26±0.4<br>(4.42-5.83)              |                             | 28.26±5.2<br>(20-39)                |                           | 34.26±3.4<br>(27-39)                |                           |
| Sevdiklerimin Yanımda Olması | 5.26±0.4<br>(4.42-5.83)              |                             | 28.26±5.2<br>(20-39)                |                           | 34.26±3.4<br>(27-39)                |                           |
| Ağrımın Olmaması             | 4.98±0.6<br>(2.88-5.96)              |                             | 28.05±4.8<br>(21-40)                |                           | 33.57±3.9<br>(27-44)                |                           |
| Düz Yatabilmek               | 5.16±0.5<br>(3.88-5.88)              |                             | 27.95±4.9<br>(20-38)                |                           | 34.13±4.3<br>(27-44)                |                           |
| Endişelerimin Az Olması      | 5.61±0.2<br>(5.33-5.83)              |                             | 26.16±5.0<br>(20-35)                |                           | 31.50±3.1<br>(28-37)                |                           |

\*Kruskal Wallis Varyans Analizi Kw

Hastaların ‘Ameliyat sonrası konfor nedir?’ sorusuna verdiği cevaplar ile EPKÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında; endişelerinin az olması olarak ifade eden hastaların konfor algısının daha yüksek olduğu (Kw= 12.206; p= 0.032), hastaların konfor tanımlamaları ile DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları (Kw= 6.723; p= 0.242) (Kw=2.529; p= 0.772) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (Tablo 10).

**Tablo 11. Hastaların konfor algısını etkileyen faktörler**

| DEĞİŞKENLER                                 | EPKÖ<br>ORT±SD<br>(min-max) | İSTATİSTİK             | DKÖ<br>ORT±SD<br>(min-max) | İSTATİSTİK            | SKÖ<br>ORT±SD<br>(min-max) | İSTATİSTİK            |
|---|-----------------------------|------------------------|----------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|
| Desteksiz Hareket Edememek                  | 5.04±0.7<br>(3.96-5.83)     | Kw=22.514*<br>p= 0.001 | 28.42±6.1<br>(20-39)       | Kw=9.902*<br>p= 0.129 | 34.28±5.4<br>(27-41)       | Kw=7.831*<br>p= 0.251 |
| Soğuk, Kötü Kokular, Yemeklerin Kötü Olması | 5.33±0.4<br>(4.25-5.92)     |                        | 27.57±4.4<br>(20-40)       |                       | 33.65±4.3<br>(23-44)       |                       |
| Gürültü                                     | 5.24±0.4<br>(3.88-5.96)     |                        | 27.86±3.6<br>(22-37)       |                       | 33.75±2.9<br>(28-42)       |                       |
| Ağrı  | 4.86±0.5<br>(2.88-5.96)     |                        | 28.82±5.0<br>(21-40)       |                       | 33.92±4.3<br>(27-44)       |                       |
| Hijyen                                      | 5.23±0.4<br>(4.29-5.88)     |                        | 28.38±4.0<br>(23-37)       |                       | 34.33±2.8<br>(30-40)       |                       |
| Odaların 2Kişilik, Yatakların Kötü Olması   | 5.39±0.3<br>(4.63-5.83)     |                        | 28.19±4.8<br>(20-39)       |                       | 32.69±3.1<br>(27-39)       |                       |
| Moral                                       | 5.38±0.4<br>(4.33-6.00)     |                        | 24.53±5.0<br>(20-38)       |                       | 31.69±4.3<br>(27-44)       |                       |
| Korku                                       | 4.93±0.6<br>(4-5.83)        |                        | 28.53±3.9<br>(23-35)       |                       | 34.84±3.4<br>(28-40)       |                       |

\* Kruskal Wallis Varyans Analizi Kw

Hastaların ameliyat sonrası konfor algısını etkileyen faktörler EPKÖ puan ortalamasına göre değerlendirildiğinde; odaların 2 kişilik ve yatakların kötü olduğunu ifade eden hastaların konfor algısının daha düşük olduğu ( $K_w=22.514$ ;  $p= 0.001$ ), konfor algısına etki eden faktörler ile DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları ( $K_w= 9.902$ ;  $p= 0.129$ ), ( $K_w = 7.831$ ;  $p= 0.251$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (Tablo 11).

**Tablo 12. Hastaların ameliyat sonrası konforun sağlanması ile ilgili düşünceleri**

| DEĞİŞKENLER                            | EPKÖ<br>ORT±SD<br>(min-max) | İSTATİSTİK                 | DKÖ<br>ORT±SD<br>(min-max) | İSTATİSTİK                 | SKÖ<br>ORT±SD<br>(min-max) | İSTATİSTİK                 |
|--|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Erken Taburcu Olabilmek                | 5.28±0.5<br>(4.21-5.83)     | Kw=12.305*<br><br>p= 0.056 | 28.00±5.2<br>(20-39)       | Kw= 2.653*<br><br>p= 0.851 | 34.38±4.5<br>(27-41)       | Kw= 4.008*<br><br>p= 0.676 |
| Odaların Tek Kişilik Olması            | 5.20±0.6<br>(3.88-6.0)      |                            | 27.31±5.5<br>(20-36)       |                            | 33.12±4.1<br>(27-42)       |                            |
| Yatakların Daha Alçak ve Sağlam Olması | 5.19±0.4<br>(3.96-5.83)     |                            | 27.31±5.5<br>(20-36)       |                            | 33.71±4.2<br>(27-44)       |                            |
| Sevdiklerimi Görebilmek                | 5.18±0.6<br>(3.96-5.75)     |                            | 28.83±5.8<br>(23-36)       |                            | 32.66±4.4<br>(29-41)       |                            |
| Gürültünün Önlenmesi                   | 5.25±0.4<br>(4.13-5.92)     |                            | 26.67±2.9<br>(21-34)       |                            | 32.53±3.2<br>(23-37)       |                            |
| Hijyene Dikkat Edilmesi                | 5.20±0.4<br>(4.25-5.92)     |                            | 28.24±3.9<br>(21-39)       |                            | 33.91±2.9<br>(28-40)       |                            |
| Ağrı Kesicilerin Daha Sık Verilmesi    | 4.67±0.4<br>(3.88-5.63)     |                            | 28.27±4.6<br>(23-40)       |                            | 32.72±3.1<br>(28-38)       |                            |
| Servis Düzenine Dikkat Edilmesi        | 5.11±0.6<br>(2.88-5.96)     |                            | 28.95±5.9<br>(20-40)       |                            | 34.95±4.3<br>(28-44)       |                            |

\* Kruskal Wallis Varyans Analizi Kw



Hastaların ameliyat sonrası konforunun sağlanması için önerileri EPKÖ' ye göre değerlendirildiğinde; erken taburcu olabilmek olarak ifade eden hastaların konfor algısının daha yüksek olduğu (Kw=12.305; p=0.056), ameliyat sonrası konforun sağlanması için hasta önerileri ile DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları (Kw=2.653; p= 0.851), (Kw= 4.008; p= 0.676) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (Tablo 12).

## TARTIŞMA

Bu araştırma KABG ameliyatı geçiren hastaların konfor ve kaygı deneyimlerini değerlendirmek amacı ile Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği'nde KABG ameliyatı olan uygun örneklem yöntemi ile seçilmiş 172 hasta üzerinde yapılmıştır.

Grubun yaş ortalaması  $60.9 \pm 8.7$  yıldır (Tablo 1). Üstündağ (87) tarafından yapılan KABG cerrahisi uygulanan hastaların konfor düzeylerinin değerlendirildiği çalışmada hastaların yaş ortalaması 58.58 yıl, Cebeci ve Çelik'in (144) taburculuk eğitimi ve danışmanlık hizmetinin KABG ameliyatı geçiren hastalarının anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında hastaların yaş ortalaması 58.9 yıl olarak bulunmuştur. Bulgular literatür ile uyumludur.

Çalışmaya katılan KABG ameliyatı geçiren hastaların %73.8'ini erkekler oluşturmaktadır (Tablo 1). Üstündağ'ın (87) çalışmasında KABG ameliyatı geçiren hastaların çoğunluğunun erkek olduğu belirtilmektedir. KAH'ın oluşmasında cinsiyetin önemli bir risk faktörü olduğu ve erkek cinsiyetin hazırlayıcı risk etkeni olduğu belirtilmektedir (87).

Olguların %58.2'sini ilköğretim mezunu hastalar oluşturmaktadır (Tablo 1). Okanlı ve ark. (145) cerrahi kliniklerde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmalarında, hastaların %62.7'sini; Yılmaz ve Çiftçi'nin (146) açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde bir model olarak yaptıkları çalışmalarında çalışmaya katılan hastaların %68.9'unu ilköğretim mezunu hastalar oluşturmaktadır.

Çalışmaya katılan hastaların %94.8'inin evli, %94.9'unun sosyal güvencesinin olduğu ve %46.5'inin emekli olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Çevik'in (149) KABG ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası iki aylık dönemde yaşadıkları güçlükleri değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmalarında hastaların %94'ünün evli, %100'ünün sosyal güvencesinin olduğu ve %44'ünün memur olduğu belirtilmiştir. Bilik (139) ile Acaroğlu ve ark. (147) yapmış oldukları çalışmalarında, evli ve sosyal güvencesi olan hastaların fazla olduğunu belirlemişlerdir. Örneklem grubunu oluşturan hastaların bulguları literatür ile uyumludur.

Çalışmaya dahil edilen hastaların KABG cerrahisi sonrası gün ortalamaları 2.5'tir (Tablo 2). Yıldızeli Topçu'nun (148) üst abdominal cerrahi uygulanan hastalarda hemşireler tarafından öğretilen gevşeme tekniklerinin ağrı kontrolü üzerine etkisini değerlendirdiği çalışmasında hastaların %83.3'ünün 1-5 gün hastanede buldukları saptanmıştır. Vatansver' in (77) açık kalp ameliyatı geçiren ve mekanik ventilatöre bağlı erişkin hastaların işlemsel ağrı düzeylerini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmasında hastaların ameliyat sonrası gün ortalamaları 3 gün olarak bulunmuştur. Hastaların ameliyat sonrası birinci günde yaşadıkları yoğun ağrı konfor düzeylerini azaltmakta ve kaygı düzeyini arttırmaktadır. Bu nedenle hastaların ameliyat sonrası dönemde kaçınıcı günde olduklarının konfor ve kaygı algıları üzerinde etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmaya katılan bütün hastaların ameliyat sonrası hareketinin sağlandığı ve hastaların %51.2'sinin ilk hareketinin hemşire/öğr. hemşire tarafından sağlandığı belirlenmiştir (Tablo 2). Yılmaz ve Gürler (151) hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımlarını değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmalarında hastaların %88' inin hareketinin sağlandığını belirlemişlerdir. Ameliyat sonrası ilk hareketi anestezi nedeniyle etkilenen mide ve bağırsak fonksiyonlarının eski çalışma düzenine geçişini kolaylaştırması, erken beslenmeye geçiş için önemlidir. İlk hareketi sağlanan hasta kendini daha rahat hisseder. Ancak şok, ciddi enfeksiyon, kardiyak yetmezlik gibi kronik ve hareketi zorlaştıran hastalığı olanlarda yatak içi egzersizler önerilmektedir (152). Hastanın ilk hareketinin sağlanmasının iyileşme sürecini hızlandıracağını, komplikasyon gelişimini azaltacağını, erken taburcu olmaya ve günlük yaşam aktivitelerine geri dönmeye yardımcı olacağını ve hemşire ve öğrenci hemşirelerin bu girişimde önemli rol oynadığını düşünmekteyiz.

Hastaların % 48.8'inin kronik bir hastalığı olduğu belirlendi (Tablo 2). Yaşayacak ve Eker' in kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda deliryum ve risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmalarında hastaların %25.5'inin kronik

hastalığı olduğu belirtilmektedir (153). Kronik hastalıkların varlığı kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörü olarak belirtilmektedir.

Hastaların %98.8'i cerrahi deneyim yaşamamıştır (Tablo 2). Üstündağ'ın (87) koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastaların konfor düzeyini değerlendirdiği çalışmasında hastaların %59.6'sının, Yılmaz ve Gürler'in (151) hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi amacıyla yaptıkları çalışmalarında hastaların %60.4'ünün cerrahi deneyim yaşamadığı bildirilmiştir. Koroner arter bypass ameliyatı olan hastalarında cerrahi deneyim geçirmeyenlerin çoğunluğu oluşturduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan hastaların %89.5'inde cerrahi girişim kararını veren kişi hastanın doktorudur (Tablo 2). KABG ameliyatı riskli, majör ameliyatlardan birisidir. Cerrahi girişim kararını hasta doktorunun vermesi doğaldır. Ancak çalışmanın yapıldığı hastanede tüm hastalardan bilgilendirilmiş izin alınmaktadır.

Çalışmada ameliyat öncesi eğitim verilmesi zaman ortalaması 1.10 gün olarak belirlenmiştir (Tablo 2). Hastaların %89.5'i ameliyat öncesi dönemde eğitim almıştır (Tablo 2). Çevik'in (149) KABG cerrahisi geçiren hastaların taburculuk sonrası iki aylık dönemde yaşadıkları güçlüklerin değerlendirilmesi amacıyla yaptığı çalışmasında hastaların %70'ine ameliyat öncesi dönemde eğitim verildiğini belirlemiştir. Gül ve Erdim (150) meme kanseri ameliyatından sonra lenfödemin önlenmesinde hemşirelerin eğitim yaklaşımını değerlendirdikleri çalışmada ameliyat öncesi dönemde eğitim verilmesini %63.4 olarak bulmuşlardır. İlgili literatürde; hastalara ameliyat öncesi dönemde bilgilendirme yapılması gerektiği, hastaların ameliyat öncesi dönemde anksiyete düzeyleri yüksek olduğu için verilen bilgiyi alamayacakları, bilgi verme işleminin yavaş ve tekrarlanarak yapılması, hastaya eğitim verirken uygun ortam sağlanması, yargılayıcı ve eleştirici davranışlarda bulunulmaması, hastanın sadece hastalığı ile değil sosyal, kültürel durumu ile ele alınmasının önemli olduğu belirtilmektedir (154).

Ağrısı olmayan hastaların %61.6 olduğu belirlendi (Tablo 2). Yıldırım ve Atalay (155) koroner arter bypass ameliyatı olan hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yaptıkları çalışmalarında; hastaların %72.37'sinin ameliyat sonrası dönemde ağrısının olmadığını belirlemiştir. Çalışmanın sonuçları KABG ameliyatı geçiren ve ağrı yaşamayan hastaların çoğunluğu oluşturduğunu göstermektedir. Ağrı subjektif bir duygudur ve yalnızca onu yaşayan hasta tarafından tanımlanabilmektedir. KABG cerrahisi ağrıya duyarlı birçok yapıyı içine alır. Hastanın ağrısını tanımlama ve yönetme hemşirenin sorumluluğundadır. Bu nedenle hastanın yaşadığı ağrıyı azaltmanın en doğru yolunun hastaların görüşünün alınması

ve sözel-sözel olmayan belirtilerin gözlemlenmesi ve değerlendirilmesi olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda EPKÖ puan ortalaması 5.17; DKÖ puan ortalaması 27.97, SKÖ puan ortalaması 33.62 bulunmuştur (Tablo 3). Üstündağ'ın (87) KABG cerrahisi uygulanan hastaların konfor düzeyini değerlendirdiği çalışmasında da EPKÖ puan ortalaması 5.06, DKÖ puan ortalaması 31.05, SKÖ puan ortalamasının ise 41.78 olduğu bildirilmiştir. Çalışmalar KABG ameliyatı olan hastaların ameliyat sonrası dönem konfor düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Hastaların çoğunluğunun ameliyat sonrası dönemde ağrısının olmadığını, aldıkları eğitimle bilgi eksiklerinin giderildiğini ve hastalık sürecine uyum sağladıklarını, uygun hastane koşulları ve hijyen gereksinimlerinin karşılandığını ifade etmeleri nedeniyle konfor düzeylerinin arttığını, kaygı düzeylerinin azaldığını düşünmekteyiz.

Çalışmada EPKÖ puan ortalaması ile hastaların DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasında negatif yönde bir ilişki belirlenmiş, hastaların konfor düzeyleri artarken kaygı düzeylerinin azaldığı görülmüştür (sırasıyla  $r=-0.344$ ,  $p<0.001$ ;  $r= -0.397$ ,  $p<0.001$ ) (Tablo 4). Gallagher ve McKinley (156) KABG cerrahisi uygulanan hastalarda stresörler ve anksiyete düzeylerini değerlendirdikleri çalışmalarında hastaların % 40'ının ameliyat sonrası dönemde kaygı yaşadığını belirlemişlerdir. Üstündağ (87) KABG cerrahisi uygulanan hastaların konfor düzeyini değerlendirdiği çalışmasında hastaların erken postoperatif konfor düzeyi artarken durumluk ve süreklilik anksiyete düzeyinin azaldığını belirlemiştir. Cerrahi girişimlerin hepsinde olduğu kadar, majör bir ameliyat olan koroner arter bypass ameliyatında da hastaların konforunu azaltan en önemli etken kaygıdır (157). Çalışmalar doğrultusunda; hastaların konfor gereksinimleri tanımlanıp, konforu arttırıcı hemşirelik girişimleri uygulanarak kaygı düzeylerinin azaltılıp konfor düzeylerinin arttırılabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumu, medeni durumu ve sağlık güvenceleri ile EPKÖ, DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 5). Hastaların cinsiyet ve mesleki durumları ile EPKÖ, DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; erkek ve memur olan hastaların diğer gruplara göre daha yüksek konfor düzeyine sahip olduğu, bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. Toplumumuzda evde bakım rolünün kadınlar tarafından üstlenilmesi ve bu duruma hastanede de devam edilmesinin erkek hastaların konfor algı düzeyini etkilediğini düşünmekteyiz. Ayrıca hastaların iyi gelir getiren bir mesleğe sahip olmalarının ve sosyal güvencelerinin olmasının kendilerini iyi hissetmelerine ve dolayısı ile

konfor algılarının yükselmesine neden olmaktadır. Üstündağ (87) KABG cerrahisi uygulanan hastaların konfor düzeyini değerlendirdiği çalışmada kadınların SKÖ puan ortalamalarının erkeklere göre daha yüksek olduğunu belirlemiştir.

Çalışmaya katılan hastaların hastalıkla ilgili özellikleri ile EPKÖ, DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kronik hastalığı olan hastaların kronik hastalığı olmayanlara göre DKÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 6). Kronik hastalıklar çok boyutlu olduğu ve yaşamın tüm boyutlarını etkileme olasılığı bulunduğu için, KABG ameliyatı geçirmiş hastaların bir bütün olarak ele alınması savunulmaktadır. Ameliyat öncesi diyabet gibi kronik bir hastalığı olan hastaların, ameliyat sonrası dönemde yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir. İlgili literatürde; KABG ameliyatına eşlik eden kronik bir hastalık varlığında, hastalara psikolojik olarak destek olunmasının kaygı ve gerilimi azalttığı belirtilmektedir (158). Bu bilgiler doğrultusunda, kronik hastalıkların bireyi fizyolojik ve psikolojik açıdan bir bütün olarak etkilediğini ve bu etkinin bireyin kaygı düzeyini arttırdığını düşünmekteyiz.

Çalışmamıza katılan hastaların cerrahi deneyim durumu ile EPKÖ, SKÖ ve DKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (Tablo 6). Daha önce ameliyat olan kişilerde, ameliyat öncesi kaygı düzeyinin değişmediğini gösteren yayınlar olduğu gibi, Güz ve Doğanay'ın çalışmada da ameliyat öyküsü olan ve olmayan hastaların durumluk ve süreklilik kaygı puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (159). Çalışmamıza katılan hastaların sadece cerrahi deneyimi olup olmadığı sorgulanmıştır. Daha önce yaşanan cerrahi deneyimlerin olumlu ya da olumsuz olduğu ve bunun hastaları nasıl etkilediğini sorgulamadığımız için, hastaların cerrahi deneyim durumu ile EPKÖ, DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı görülmektedir.

Ameliyat öncesi eğitim alma durumu ile EPKÖ, DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ameliyat öncesi eğitim almış hastaların ameliyat öncesi eğitim almamış hastalara göre EPKÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (Tablo 6). Kureshi ve ark. (160) açık kalp ameliyatı olan hastaların ameliyat öncesi bilgi ve anksiyete düzeylerini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada ameliyattan önce hastalıkları hakkında bilgi alan hastaların anksiyete düzeylerinin bilgi almayan hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Ameliyat öncesi hastaya ameliyat sırası ve sonrasında yapılacaklara dair eğitim verilmesi, hastaların hastalıkla başa çıkma yeteneğini geliştirip, kaygılarını azaltmaktadır. Çalışmamızın sonucunda da

belirlendiği gibi kaygı düzeyi azaldıkça konfor düzeyi artmaktadır. Ameliyat öncesi bilgilendirmenin KABG cerrahisi geçiren hastaların konfor düzeyinin artmasına etki ettiğini düşünmekteyiz.

Çalışmada eğitim veren kişi ile EPKÖ ve DKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmedi (Tablo 6). Hastaların SKÖ puan ortalamaları ile eğitim veren kişi karşılaştırıldığında; hemşire/ ögr. hemşireden eğitim alan hastaların SKÖ puan ortalamasının doktordan eğitim alan hastaların puan ortalamasından fazla olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (Tablo 6). Özcan'ın (154) açık kalp ameliyatı sonrası hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitiminin hastalar tarafından kullanılma oranlarının belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada; çalışmaya katılan hastaların %12.5'inin hemşireden, %87.5'inin ise doktordan bilgi aldıkları belirtilmiştir.

Yıldız'ın (161) yaptığı çalışmada hastaların %60'ının hekim, %8'inin hemşire tarafından bilgilendirildiği belirlenmiştir. Kalp ameliyatları yüksek riskli ameliyatlardır ve hastalıkların tanınması, tedavisi, komplikasyonları hakkında hastaların öncelikle doktorlarından bilgi almaları doğaldır. Hastaların hemşireler tarafından bilgilendirilmemiş olmasının, hemşirelerin ağırlıklı olarak hastaların tedavi, takip ve fiziksel bakımları ile ilgilenmelerinin neden olduğunu düşünmekteyiz. Sonuçlar hemşirelerin hasta eğitiminde daha etkin rol almaları gerektiğini göstermektedir.

Hastaların ağrı düzeyleri ile EPKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ağrısı olmayan hastaların puan ortalamasının 'hafif', 'rahatsız edici', 'şiddetli' ağrısı olan hastaların puan ortalamalarına göre daha fazla olduğu aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (Tablo 6). Hastaların DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları ile ağrı düzeyi durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (Tablo 6). KABG ameliyatı geçiren hastalarda insizyon bölgesinin gerilmesi, travmalar, öksürme egzersizleri, ameliyat yerinin basınç altında kalması gibi nedenlerle ağrı düzeyi arttığı için konfor düzeyinin azalması beklenen bir durumdur (154).

Hastaların ilk hareketini sağlayan kişi ile DKÖ ve SKÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında ise ilk hareketi hasta yakını tarafından sağlanan hastaların SKÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (Tablo 6). Çalışmamızdaki hastalar, ameliyat sonrası ilk kez yataktan kaldırılırken düşebileceği, serumların çıkabileceği korkusuyla bir sağlık çalışanının yanlarında olmasını istemektedirler. Bu durumun hastaların etkin hemşirelik bakımından faydalanamadıklarını

dolayısıyla sağlık personeli ile yetersiz iletişimin, güven duygusu gelişimini engelleyerek kaygı düzeylerini arttırdığı ancak; klinik koşullar göz önünde bulundurulduğunda hemşire ve personel sayısının yetersizliğinin de bu durumu etkileyebileceği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmaya katılan hastaların ‘Ameliyat sonrası konfor nedir?’ sorusuna verdiği cevaplar değerlendirildiğinde; hastaların %31.4’ ‘ağrının olmaması’ şeklinde cevap vermiştir (Tablo 7). Eti Arslan 2006 (162) yılında yapmış olduğu çalışmasında koroner arter bypass greft ameliyatı olan hastaların; ölüm korkusu, yaşamda kısıtlama, hastanede kalış sırasında ve sonrasında ağrı gibi nedenlerle kendilerini yoğun stres altında hissettiklerini, stresin ağrının en üst düzeyde hissedilmesine neden olduğunu ve hastanın konforunu olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Hastaların ameliyat sonrası konfor algısını etkileyen faktörler değerlendirildiğinde; hastaların %23.3’ ‘ağrı’ cevabını vermiştir (Tablo 8). Nelson ve ark. (163), açık kalp ameliyatı sonrası yaşanan ağrının yaş ve cinsiyete göre, hastalara uygulanan işlemler sırasındaki ağrının dağılımına ve hastaların yaşadığı anksiyeteye göre değişebildiğini belirtmişlerdir. Milgrom ve ark. (164) açık kalp ameliyatı olmuş hastaların en düşük ağrıyı dinlenme zamanında, en yüksek ağrı şiddetini ise öksürme durumunda yaşadıklarını ve bu ağrının ameliyat sonrası ikinci günden sonra giderek azaldığını belirtmişlerdir. Yılmaz ve Gürler (151) hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımlarını değerlendirdikleri çalışmalarında ameliyat sonrası ağrısı yeterli olarak hafifletilmeyen hastaların hareket etme, etkin soluk alıp verme ve öksürme egzersizlerini yapamadığını bu nedenle ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gelişmesi riskinin arttığını ve hastaların konfor algısının azaldığını belirtmiştir (161). Çalışmaların sonuçları ameliyat sonrası dönemde hastaların ağrı düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ağrının kişiye özgü bir semptom olması nedeniyle hastanın bütün yönleriyle tanınması gerektiğini ve ameliyat sonrası dönemde ağrının kontrolünün sağlanması hastaların konfor düzeyini arttıracadığını göstermektedir.

Çalışmada hastaların ameliyat sonrası konforun sağlanması için nerileri değerlendirildiğinde; hastaların çoğunluğunun yatakların daha alçak ve sağlam olması ve hijyenik uygulamalara dikkat edilmesini önerdiği görüldü (Tablo 9). Kıdak ve Aksaraylı’nın yatan hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi ve izlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmalarında; hastalar hastanenin fiziksel koşullarını yetersiz, özellikle oda ve tuvaletlerin hijyeninden memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir (165). Hastaların ifadeleri doğrultusunda, hasta odaları, tuvalet ve banyoların yeterli düzeyde temiz tutulması ve denetlenmesi için



gerekli fiziksel iyileştirmelerin yapılmasının hastaların konfor düzeyi üzerinde olumlu etkisi olacağı düşünüldü.

Hastaların konfor tanımına ilişkin düşünceleri, EPKÖ puan ortalamalarına göre değerlendirildiğinde endişelerinin az olduğunu ifade eden hastaların puan ortalamasının daha yüksek olduğu, hastaların konfor tanımına ilişkin düşünceleri ile DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (Tablo 10). Üstündağ'ın (87) KABG cerrahisi uygulanan hastaların konfor düzeyini değerlendirdiği çalışmasında hastaların konfor ve anksiyete ilişkisi incelendiğinde konfor ile anksiyete arasında negatif yönde ilişki olduğu, konfor düzeyi yüksek olan hastaların anksiyetelerinin düşük olduğu belirtilmiştir. Hastaların yaşadığı endişenin konfor algılamasında önemli olduğu görülmektedir.

Hastaların ameliyat sonrası konfor algısını etkileyen faktörler, EPKÖ puan ortalamasına göre değerlendirildiğinde; odaların 2 kişilik ve yatakların kötü olduğunu ifade eden hastaların konfor algısının daha yüksek olduğu, hastaların ameliyat sonrası konfor algısına etki eden faktörler ile DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (Tablo 11). Donabedian sağlık hizmetlerindeki kaliteyi üçe ayırmaktadır. Bunlar kişiler arası iletişim yönü, teknik yönü ve sağlık hizmetinin konfor yönüdür. Hastane ortamında sunulan imkanlar, bu imkanların rahatlığı gibi özellikler sağlık hizmetlerinin konfor yönünü oluşturmaktadır (166). Hastalar klinik hizmetleri değerlendirirken tedavi/tıbbi bakım sürecini değerlendirmeden çok fiziki koşullar, refakatçi rahatlığı gibi kriterler üzerinden hizmeti değerlendirmektedirler (152). Literatür bilgileri ve çalışmamıza katılan hastaların ifadeleri doğrultusunda konfor düzeyini arttırmak için bakım hizmetlerinin farklı boyutlarının sorgulanması ve hasta taleplerine önem verilmesi gerektiğini düşünmekteyiz

Hastaların ameliyat sonrası konforunun sağlanması için önerileri EPKÖ puan ortalamasına göre değerlendirildiğinde; 'erken taburcu olabilmek' olarak ifade eden hastaların konfor algısının daha yüksek olduğu, ameliyat sonrası konforun sağlanması için hasta önerileri ile DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (Tablo 12 ). Yılmaz ve Çiftçi (146) açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde bir model olarak yaptıkları çalışmalarında hastaların evde bakıma ilişkin düşünceleri değerlendirdiklerinde; ameliyat sonrası tedaviye evde devam etmek isteyen hastaları %82 olarak belirlemişlerdir. Ameliyattan sonra hastanın evi tercih etme nedenleri arasında ise %78 ile 'ev ortamının daha rahat' olduğunu ifade eden

hastalar yer almıştır. Çalışmamızda da, hastalar hastane koşullarının yetersiz ve aynı odayı paylaştıkları hastanın genel durumunun kendisinden daha kötü, uyanların ve uygulamaların fazla, hastane ve servis genelinin temizlik açısından yetersiz olduğunu ifade etmektedirler. Bu nedenlerle hastalar ameliyat sonrası tedaviye evde devam etmenin kendilerini daha iyi hissettireceğini düşünmektedirler. Çalışmaya katılan hastaların ifadeleri doğrultusunda; erken taburcu olmalarının konfor algısını arttıracığını düşünmekteyiz.

## SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### SONUÇLAR

T.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programında yürütülen KABG cerrahisi uygulanan hastaların konfor ve kaygı deneyimlerinin değerlendirildiği bu çalışmada elde edilen bulgular ışığında aşağıdaki sonuçlara varıldı.

Hastaların %26'sının kadın, %74'ünün erkek olduğu, yaş ortalamalarının  $60.9 \pm 8.7$ , %58'inin ilkokul mezunu, %95'inin evli, %95'inin sosyal güvencesinin olduğu, %47'sinin emekli olduğu belirlendi.

Hastaların ameliyat sonrası ortalama  $2.5 \pm 0.5$  günde olduğu, %49'unun kronik bir hastalığa sahip olup, %99'unun olumsuz cerrahi deneyiminin olmadığı, cerrahi girişim kararını verenlerin %90'ının da doktor olduğu saptandı.

Hastaların ameliyat öncesi %90'ının eğitim aldığı ve ameliyat öncesi eğitim verilme zamanının ortalama  $1.10 \pm 0.3$ /gün olduğu belirlendi. Hastaların %32'sinin hafif düzeyde ağrısının olduğu, tamamının ilk hareketinin sağlandığı ve %51'inin ameliyat sonrası ilk hareketinin hemşire/öğr. hemşire tarafından sağlandığı belirlendi.

Hastaların konfor ve kaygı ölçek puanları incelendiğinde, EPKÖ puan ortalamasının  $5.17 \pm 0.5$  (2.88-6), DKÖ puan ortalamasının  $27.97 \pm 4.6$  (20-40), SKÖ puan ortalamasının ise  $33.62 \pm 3.8$  (23-44) olduğu belirlendi.

Hastaların EPKÖ puan ortalaması ile DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasında negatif yönde bir korelasyon belirlendi ve konfor düzeyleri artarken kaygı düzeylerinin azaldığı görüldü ( $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ ).

Çalışmada yer alan, erkek ve memur olan hastaların, ameliyat öncesi eğitim alan ve ağrısı olmayan hastaların, ameliyat sonrası konforu ‘ağrısının olmaması olarak tanımlayanların’, konfor algısını etkileyen faktör olarak ‘odaların 2 kişi ve yatakların kötü’ olduğunu belirten hastaların, konforun sağlanması ile ilgili ‘erken taburcu olmanın’ önemli olduğunu belirten hastaların EPKÖ puan ortalaması, diğer gruplara göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $p<0.005$ ).

Hastaların eğitim durumları, medeni durumları, sağlık güvenceleri, kronik hastalıkları, cerrahi deneyim yaşama durumları, ameliyat öncesi eğitim aldıkları kişi, ilk hareketini sağlayan kişi EPKÖ’ye göre değerlendirildiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmedi ( $p>0.005$ ).

Çalışmada yer alan, ilk hareketinin hasta yakını tarafından sağlandığını ifade eden hastaların DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $p<0.005$ ).

Hastaların cinsiyeti, eğitim durumları, medeni ve mesleki durumları, sağlık güvenceleri, kronik hastalıkları, cerrahi deneyim durumları, ameliyat öncesi eğitim alma durumları, eğitim aldıkları kişi, ağrısı, ameliyat sonrası konfor nedir sorusuna yanıtları, konfor algısını etkileyen faktörleri, ameliyat sonrası konforunun sağlanması için önerileri DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarına göre değerlendirildiğinde; aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ( $p>0.005$ ).

## **ÖNERİLER**

KABG cerrahisi uygulanan hastaların konfor ve kaygı deneyimlerinin değerlendirildiği bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- KABG ameliyatı olan hastalarda konfor düzeyinin artırılması için hastaların durumluk süreklilik kaygı düzeylerinin azaltılmasını,
- Kadınların ve memurluk dışında diğer meslek gruplarının konforlarının artırılması için girişimlerde bulunulmasını,
- Ameliyat öncesi dönemde, bireysel gereksinimlere yönelik, planlı olarak hazırlanmış eğitimlerin verilmesini,
- KABG olan hastalarda ağrının katlanılabilir düzeye indirilmesi veya tamamen giderilmesini,
- Konfor düzeyinin artırılması için hastane koşullarının iyileştirilmesini önermekteyiz.

## ÖZET

Bu tanımlayıcı araştırma, koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastaların konfor ve kaygı deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Çalışma, Ekim 2010-Temmuz 2011 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği'nde koroner arter bypass greft ameliyatı geçirmiş 172 hasta ile gerçekleştirildi. Veri toplama araçları olarak; veri toplama formu, Erken Postoperatif Konfor Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği kullanıldı. Verilerin istatistiksel analizinde ortalama, standart sapma, ANOVA, tek örneklem Kolmogorov Smirnov test, ölçekler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman Korelasyon Analizi ve kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı.  $p<0.05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Hastaların yaş ortalamasının  $60.9\pm 8.7$ , %74'ünün erkek, %95'inin evli, %58'inin ilkokul mezunu, %47'sinin emekli ve %94'ünün sosyal güvencesinin olduğu belirlendi. Hastaların konfor ve kaygı düzeyi ölçek puanları incelendiğinde, Erken Postoperatif Konfor Ölçeği puan ortalamasının  $5.17\pm 0.5$  (2.88-6), Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamasının  $27.97\pm 4.6$  (20-40), Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamasının ise  $33.62\pm 3.8$  (23-44) olduğu belirlendi.

Ölçekler puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında negatif yönde korelasyon olduğu, hastaların konfor düzeyleri artarken kaygı düzeylerinin azaldığı belirlendi (Tablo 4).

Kronik hastalığı olan hastaların olmayanlara göre durumluk kaygı puanları daha yüksek bulundu. Hastalar konfor tanımını endişelerinin az olması olarak, odaların 2 kişi ve yatakların kötü olmasını ameliyat sonrası konfor algılarını etkileyen faktör olarak ve erken taburcu

olmayı ameliyat sonrası konforun sağlanması için öneri olarak belirtirken bu hastaların konfor algısının daha yüksek olduğu belirlendi.

Hemşireler, hastaların kaygı düzeylerinin azaltılması ve konforlarının arttırılmasına yönelik, hemşirelik bakımı planlamalı ve uygulamalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Koroner arter bypass greft, konfor, kaygı, hemşirelik bakımı

# **DETERMINING THE COMFORT AND ANXIETY EXPERIENCES OF THE PATIENTS HAVING BEEN APPLIED WITH CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY**

## **SUMMARY**

This descriptive research was conducted with the intent of determining the comfort and anxiety experiences of the patients, having been applied with Coronary Artery Bypass Graft surgery.

The study was conducted with 172 patients, having undergone Coronary Artery Bypass Graft surgery at the Cardiovascular Surgery Clinic of the Training, Research, and Application Hospital of Trakya University, in between the dates of October 2010 – July 2011. Data collection form, Perianesthesia Comfort Questionnaire and State-Trait Anxiety Inventory were made use of as the data collection instruments. While average, standard deviation, ANOVA, one-sample Kolmogorov Smirnov test were used in the statistical analysis of the data, Spearman correlation analysis was used in examining the relationships between the scales, and finally the chi-square test was used in the comparison of the categorical data.  $P < 0.05$  value was accepted as statistically meaningful.

While the average age of the patients was found as  $60.9 \pm 8.7$ , it was further found out that 74% of the patients were male, 95% thereof were married, 58% thereof were primary school graduates, 47% thereof were pensioner, and that 94% of the patients were possessing social security. Taking the comfort and anxiety level scale points of the patients into consideration, Perianesthesia Comfort Questionnaire point average was found as  $5.17 \pm 0.5$

(2.88-6), State Anxiety Inventory point average found as  $27.97 \pm 4.6$  (20-40), and Trait Anxiety Inventory point average was found as  $33.62 \pm 3.8$  (23-44).

Upon having point averages of the scales compared, it was found out that, there was a negative correlation between them, while it was further found out that, the higher the comfort levels of the patients were increasing, the lower the anxiety levels of the patients were dropping (Table 4).

State anxiety points of the patients with chronic diseases were found higher than those with no chronic diseases. While the patients described their definition of comfort as lessening of anxieties, the factor, which affected their comfort perceptions the most, was described as the rooms with 2 beds in poor conditions, while earlier discharge from the hospital was put forth as the recommendation for providing post-surgery comfort, and the comfort perception of the same patients was found out to be higher.

Nurses should plan and apply nursing care with the intent of lowering the anxiety levels of the patients, and that of increasing their comforts.

**Keywords:** Coronary artery bypass graft surgery, comfort, anxiety, nursing care



## KAYNAKLAR

1. Şelimen D, Eti Aslan F. Cerrahide riski arttıran faktörler. Hemşirelik Forumu 2004;(7)4:7-13.
2. Roosens C, Heerman J, De Somer F, Caes F, Van Belleghem Y, Poelaert JI. Effects of off-pump coronary surgery on the mechanics of the respiratory system, lung, and chest wall: comparison with extracorporeal circulation. Crit Care Med 2002;(30):2430-7.
3. Badır A, Demir Korkmaz F. Koroner arter hastalıkları. Karadakovan A, Eti Aslan F (Editörler). Adana: Nobel Kitapevi; 2010. s.514-515.
4. Eren N T. Dünyada ve ülkemizde kalp ve damar cerrahisi. Yeni Türkiye;2001;(39):962-963.
5. Edmunds LH, Clark RE, Chon LH. Surgery for acquired heart disease. J Thorac Cardiovasc Surg 1996;112(3):708-711.
6. Miller SP, Wikoff R, McMahan M. Physical and psychosocial outcomes after CABG surgery. Heart Lung 1990;19(1):55-61.
7. Cimilli C. Cerrahi anksiyete. Klin Psikiyatri 2001;4:186-182.
8. Gardner FV, Worwood EV. Psychological effects of cardiac surgery. J R Soc Health 1997;117(4):245-249.
9. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. Eight Edition. Lippincott- Roven Publishers 1996; 81.
10. Çullu M. Hastaların cerrahi girişim öncesi dile getiremedikleri düşünce ve istekleri (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
11. Brunner S. Textbook of Medical Surgical Nursing, 10 th Edition, St Louis. Mosby Company 2004 ; 673-680.

12. Goodman H. Patients perceptions of their education needs in the first six following discharge after cardiac surgery. *J Adv Nurs* 1997;25:1251–1241.
13. Akalın H ve ark. Kalp ve cerrahisi. Ankara. Duygu Ofset 1992;1-6, 105-81.
14. Brezinka V, Kittel F. Psicosociyal factors of coronary heart disease in women: a review. *Soc Sci Med* 1995;42:1365-1351.
15. Chocron S and et al. Prospective study of quality of life before and after open heart operations. *Ann Thorac Surg* 1996;61:157-153.
16. Hatipoğlu F.S. Koroner Bypass Ameliyatında Hastaları Etkileyen Stresörler ve Yaşam Kalitesi (serial online).1995. <http://www.bayar.edu.tr/saglikyo/sempozyumkitap.pdf>
17. Lynch JW, Kaplan GA, Cohen RD, Tuomilehto J, Salonen JT. Do cardiovascular risk factors explain the relation between socioeconomic mortality, and acute myocardial infarction. *Am J Epidemiol* 1996;144(10):342-934.
18. Schaeffer KM, Swavely D, Rothenberge C, Hess S, Williston D. Sleep disturbances post coronary artery bypass surgery. *Prog Cardiovasc Nurs* 1996;11(1):14-5.
19. Özcan N. Koroner kalp hastalıkları. Ankara: GATA Yayınları,1997:532-473.
20. Moore SM. The effect of discharge information intervention on recovery outcomes following coronary artery bypass surgery. *Int J Nurs Stud* 1996;3(2):189-181.
21. Paç M. Kalp ve damar cerrahisi. Ankara MN Medikal ve Nobel 2004;666-657.
22. Townsend CM. Textbook of surgery. WB Saunders Company, Philadelphia. p:2001;257-279, 1297-1267.
23. Smith M, Ball V. Cardiovascular respiratory physiotherapy. Mosby International Limited, London 1998;121-138.
24. Archbold RA, Schilling RJ. Atrial pacing for the prevention of atrial fibrillation after coronary artery bypass graft surgery: a review of the literature, *Heart* 2004; 90:133-129.
25. Williams OA. Patient knowledge of operative care. *J R Soc Med* 1993;86(6):331-328.
26. Wise MG, Rundell (Çeviri: Tüzer TT). Konsültasyon Psikiyatrisi. Ankara:Damla matbaası;66-59.
27. Doering LV, Esmailian F, Laks H. Perioperative predictors of ICU and hospital costs in coronary artery bypass graft surgery. *Chest* 2000;118(3):743-737.
28. Duran E. Kalp ve damar cerrahisi. Keçelgil HT (Editör). Erişkin kalp Cerrahisi Sonrası Yoğun Bakım. I. Baskı, Çapa Tıp Kitapevi, İstanbul 2004;1019 – 1039:1133 -1151.
29. Ruppert SD, Kennick JG, Dolan JT. Clinical management through the nursing process. *Critical Care Nursing*, F.A. Davis Company 1996; 2nd ed,p:240-213.

30. Yun JK, Hyeoun AP. Analysis of nursing records of cardiac-surgery patients based on the nursing process and focusing on nursing outcomes. *Int J Med Inf* 2005;(74)11:959-952.
31. Okutan H, Kutsal A. Açık kalp ameliyat geçiren yaşlı hastalarda ameliyat sonrası yoğun bakım. *Turk J Geriatr* 2001;4(3):126-120.
32. İstanbul Kalp Cerrahisi Vakfı. Erişkin kalp sağlığı, Kalp ameliyatından sonrası yaşam. [www.kalpsagligi.org/eriskinkalp17](http://www.kalpsagligi.org/eriskinkalp17).
33. Bocher MA, Edelman MA, Edmisson KW, March KS, O'Conner LJ, Ramirez MN, "et. al". *Handbook of Medical Surgical Nursing*, 4th,S Philadelphia, 2006; 211-208.
34. Doering LV, Imperial-Perez F, Monsein S, Esmailian F. Preoperative and postoperative predictors early and delayed extubation after coronary artery bypass surgery. *Am J Crit Care* 1998;7(1):45-37.
35. Sendelbach SE, Halm MA, Doran KA, Miller EH, Gaillard P. Effects of music therapy on physiological and psychological outcomes for patients undergoing cardiac surgery. *J Cardiovasc Nurs* 2006;21(3):200-194.
36. Duran E. Dünyada kalp damar cerrahisinin tarihçesi. Keçeligil HT ( editör). Çapa Tıp Kitabevi, 1.Baskı, Çapa Tıp Kitabevi, İstanbul, 2004. 3-8.
37. Aytaç A. Dünya'da ve Türkiye'de kalp cerrahisi Kalp Cerrahisinin Tarihçesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahi* 1991;1(1):12-8.
38. Aytaç A, Uğurlu Ş, Karamehmet A, İkizler C, Olga R, Arslan G. Aorto-koroner safen bypass. *Çağdaş Tıp Derg* 1974;1:5.
39. Çobanoğlu A, İşbir S. Koroner arter bypass cerrahisi. Eds: Paç M, Akçevin M, Aykut S. ve ark.: Kalp ve damar cerrahisi. MN Medikal Nobel Tıp Kitabevi, Ankara 2004. 666-657.
40. Sayek I. Temel cerrahi. Güneş Kitabevi, Ankara, 3.Baskı 1996; 817-25, 2197-2239.
41. Aupart M, Neville P, Tahir A, Axelroud S, May MA, Sacher A. Indications of coronary artery bypass greft in. *J Cardiovasc Surg* 2003;44:318-313.
42. Sarıbülbül O. Açık kalp makinası ekstrakorporeal dolaşım. İçinde: Kalp damar cerrahisi. Keçeligil HT (Editör). İstanbul: 1. Baskı, Çapa Tıp Kitabevi; 2004.1068-1047.
43. Wynne R, Botti M. Postoperative pulmonary dysfunction in adults after cardiac surgery with cardiopulmonary bypass: clinical significance and implication for practice. *Am J Crit Care* 2004;3:393-384.
44. Civelek A, Ak A, İşbir CS, Yeğen C, Arsan S. Eşzamanlı gastrektomi ve off-pump koroner arter bypass greftlemesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahi* 2011;19(4):644-642.
45. Sabourin CB, Funk M. Readmission of patients after coronary artery bypass greft surgery: *Heart Lung* 1999;28(4):2-250-243.
46. Margereson C, Riley J. *Cardiothoracic surgical nursing*. Blackwell Science. London:2003.

47. Pryor JA, Webber BA. Physiotherapy for respiratory and cardiac problems, Edinburgh: Churchill Livingstone,1998:137-209, 295-327.
48. Gaudino M, Di Castelnuovo A, Zamparelli R, Andreotti F, Burzotta F, Iacoviello L, "et al". Genetic control of postoperative systemic inflammatory reaction and pulmonary and renal complications after coronary artery surgery. J Thorac Cardiovasc Surg 2003;126:1112-1107.
49. Bakalım T. Açık kalp cerrahisi sonrası sık karşılaşılan komplikasyonlar. İçinde: Kalp damar cerrahisi. Keçeligil HT (Editör) 1.Baskı, Çapa Tıp Kitapevi, İstanbul, 2004:1162-1151.
50. Yüksel M, İslamoğlu F, Atay Y, Yağdı T, Büket S, Bilkay Ö. Koroner bypass reoperasyonları sonuçlarımız ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahi 2000;8:668-73.
51. Harkness GA, Dinçher. Oxygenation and circulation problems. JR Medical Surgical Nursing Newyork: Mosby st Lovis; 1999. p. 695-625.
52. Öz F. Hastalık yaşantısında belirsizlik. Türk Psikiyatri Derg 2001; 12(1):61-68.
53. Yavuz M. Ameliyat öncesi bakım. Karadakovan A, Eti Aslan F (Editörler). Adana:Nobel Tıp Kitapevi; 2010. s.299-293.
54. Öztekin D. Koroner arter bypass greft cerrahisi ameliyat öncesi hemşirelik bakımı. Haydarpaşa Kardiyoloji ve Kardiyovasküler Cerrahi Bülteni. 10:2: 119- 109, 202.
55. Yorgancıoğlu A.C, Tokmakoğlu H. Kardiyovasküler fonksiyon ve fizyoloji. Paç M (Editör). Ankara: MN Tıp Kitapevi; 2004. s.32-21.
56. Akkaş Gürsoy A. Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi. HEMAR-G 2001;1:1:29-23.
57. Erdil F, Elbaş NÖ. Cerrahi hastalıkları hemşireliği. Ankara: Aydoğdu Ofset, 2001(4):136-123, 334-322.
58. Baird C. L, Sands L. A pilot study of the effectiveness of guided imagery with progressive muscle relaxation to reduce chronic pain and mobility diffuculties of osteoarthritis. Pain Manag Nurs 2004: 104-97.
59. Öztürk M, Aytaç N, Öztunç G. Hastanede yatan yetişkin hastaların uyku gereksinimlerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. ZKÜ Sağlık YO Sağlık Eğit Araşt Derg 2006; 2:10-1.
60. Kılıç S. Cerrahi hastasının ameliyat öncesi dönemde hemşirelik bakımına ilişkin beklentileri. Hemşirelik Bülteni 1993;7:30:121-111.
61. Schou L, Egerod I. A qualitative study into the lived experience of post-Cabg patients during mechanical ventilator weaning. Intensive Crit Care Nurs 2008.p. 179-171.
62. Can M, Avşar D, Bilgili N, Gözmen H, Kırtay D F, Demir D ve ark. Yoğun bakım ünitelerinde verilen temel hemşirelik uygulamaları ve bakımlarına yönelik eğitimin

etkinliğinin değerlendirilmesi. Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği II. Ulusal Kongresi Özet Kitabı. İzmir, 2005.

63. Çelik S.Ş, Ünlü H. Kalp transplantasyonu ve hemşirelik bakımı. Hacettepe Üniv Hemşire YO Derg 2001;8(1): 76-68.
64. Karakula S. Koroner bypass ameliyatı geçiren hastalarda bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerine etkisinin incelenmesi (tez). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 1999.
65. Taşdemir K, Emiroğulları Ö N, Kunt A, Andaç H, Ceyran H, Alptekin Y ve ark. Yaşlılarda koroner arter cerrahisi. Ankara Üniv Tıp Fak Derg 1997;50(3).
66. Aşkar F.Z, Çetin H.Y. Kalp cerrahisi hastalarının yoğun bakım izlemi. PaçM, Akçevin M (Editörler) Kalp ve damar cerrahisi. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi;2004.s.318-293.
67. Soltoski P R, Youssef N. Postoperatif Rutin. (Çeviri V. Erentuğ) Soltoski P R, Karamaoukian H L, Salerno T A. (Editörler). Kalp cerrahisi sırları. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2006. s. 219-22.
68. Alp M, İkizler C. Kalp damar cerrahisi. Saraçoğlu Ö F (Editörler). Ankara: Güneş Kitabevi;1996.s.542-539.
69. Badır A, Korkmaz Demir F. Koroner arter hastalıkları. Karadakovan A, Eti Aslan F (Editörler) Adana:Nobel Kitabevi;2010.s.519-517.
70. Erçin Ö. Koroner Arter Baypas Greft Uygulamasından Sonra Erken ve Geç Yatak Banyosunun Miks Venöz Oksijen Saturasyon Düzeyine Etkisi (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2006.
71. Şahinoğlu AH. Yoğun bakım sorunları ve tedavileri. Türkiye Klinikleri 2003;2:3-6.
72. Öztekin T. Kalp Cerrahisinde Uygulanan Pulmoner Arter (Swan- Ganz) Kateterlerine Bağlı Enfeksiyon Riskini Azaltmada Hemşirelik Önlemlerinin Etkinliği (tez).İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 1997.
73. Sykes LA, Bowe EA. Cardiorespiratory effects of anesthesia. Clin Chest Med 1993;14: 226-211.
74. Irwin S, Tecklin JS. Cardiopulmonary physical therapy. Baltimore: Morby Company, 1990:327-323.
75. Pryor JA. Physiotherapy for airway clearance in adults. Eur Respir J 1999;14: 1424-1418.
76. Antony A, Sendelbach S. Postoperative complications of coronary artery bypass grafting surgery. Crit Care Nurs Clin N Am 2007;19:415-403.
77. Vatanserver E. Açık Kalp Ameliyatı Geçiren ve Mekanik Ventilatöre Bağlı Erişkin Hastaların İşlemsel Ağrı Düzeyleri (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2009.

78. Dedeli Ö, Durmaz Akyol A. Yoğun bakım hastalarında psikososyal sorunlar. Yoğun Bakım Hemşire Derg 2008;12:32-26.
79. Westerdahl E. Deep-breathing exercises reduces atelectasis and improve pulmonary function after coronary artery bypass surgery. Chest 2005;128(5):3488-3482.
80. Yağmur Ş. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi İle İlgili Bilgi Düzeyi ve Tutumlarının Belirlenmesi (tez). Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2004.
81. Crowe JM, Bradley CA. The effectiveness of incentive spirometry with physical therapy for high-risk patients after coronary artery bypass surgery. Phys Ther 1997; 77:268-260.
82. Aşılıoğlu K. Ameliyat Öncesi Eğitimin Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaların Anksiyete Düzeyine Etkisi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2002.
83. Yava A. Postoperatif Ağrı Tedavisinde Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliği (tez). Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2004.
84. Yeğin A, Erdoğan A. Hadimioğlu N. Toraks cerrahisinde ameliyat sonrası analjezi. Turk J Thorac Cardiovasc Surg 2005;13(4):35-22.
85. Wang HL, Keck JF. Foot and hand massage as an intervention for postoperative pain. Pain Manag Nurs 2004; 5(2):65-59.
86. Koçak F, Kukul K. Kaliteli hasta bakımında hemşirenin rolü. Kalite-Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu. İzmir; 1995.
87. Üstündağ H. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Uygulanan Hastaların Konfor Düzeyi (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.
88. Make BJ, Hill NS, Goldberg AI, Bach JR. Mechanical ventilation beyond the intensive care unit. Chest 1998;113(5): 289.
89. İşkesen İ, Yıldırım F, Şirin H. Koroner arter bypass cerrahisinde kardiyopulmoner bypassın nörokognitif fonksiyonlarına etkisi. Turk J Thorac Cardiovasc Surg 2007;15(4): 280-275.
90. İyigün E. Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Ventilatöre Bağlı Nozokomiyal Pnömoni Risk Faktörleri ve Önleyici Bakım Aktivitelerinin Belirlenmesi (tez). Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2001.
91. Heidenthal P, Braaten N, Desmond M, Shah S A. Patient and health care education. In: Kelly P (Eds.). Nursing leadership management. Newyork: Thomson Delmar Learning; 2008.p.433-409.
92. Dal Ü, Bulut H, Demir Güler S. Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. Bakırköy Tıp Derg 2012; 8:40-34.

93. Avşar G, Kaşıkçı M. Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. Atatürk Üni HYO Derg 2009;12:3.
94. Fadiloğlu Ç. Evde bakım hizmetlerinin gelişimi ve önemi. İzmir: Evde Bakım, 2006:26-7.
95. Avşar G, Kaşıkçı M. Klinik hemşirelerinin uyguladıkları hasta eğitiminin değerlendirilmesi. 11. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı s.206, Ankara,2007.
96. Şenyuva E, Taşocak G. Hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri ve hasta eğitim süreci. İstanbul Üniv Florance Nightingale Hemşire YO Derg 2007;15(59): 106-100.
97. Yılmaz M. Ameliyat Öncesi Öğretimin Ameliyat Sonrası Komplikasyonlara ve Hasta Memnuniyetine Etkisi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2000.
98. Gülseren Ş. Psikiyatri ve cerrahi.Çelikkol A (Editörler). İzmir:Ege Psikiyatri Süreli Yayınları 1997;2(2):270-245.
99. Kayahan M, Sertbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Derg 2007;8:120-113.
100. Özkan S. Hasta eğitiminde hemşirenin rolü. I. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi Kitabı s.280-275, Kapadokya, 2003.
101. Candan Y, Özşaker E. Cerrahide hasta eğitimi. 48. Ulusal Cerrahi Kongresi s.378-371, Antalya, 2002.
102. Kayış A. Hemşirelerin hasta eğitimine verdikleri önem ve eğitim verirken karşılaştıkları güçlüklerin saptanması. I. Uluslar arası ve V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi Özet Kitabı s.29, Nevşehir, 2001.
103. Copel LC. Health education and promotion. Smeltzer SC, Bare B (eds.). Brunner and Suddart's textbook of medical surgical nursing. Philadelphia: Edition Lippincott Company; 2000. p.50-40.
104. Gümüş Eren A. Sosyal kaygı ile başa çıkma. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2006: 52-36.
105. Doğan S, Güler H, Kelleci M. Hastaların öfkeli davranışları karşısında hemşirelerin yaklaşımları. CÜ Hemşire YO Derg 2001;5: 31-26.
106. Dirik G, Karancı N. Romatoid artrit hastalarında travma sonrası gerilim.14. Ulusal Psikoloji Kongresi Kitabı s.81, Ankara, 2006.
107. Başoğlu M. Anksiyete hastalıkları, panik ve fobiler. Türk Psikiyatri Derg 1990;1:16-8.
108. Akça Ay F. Temel hemşirelik kavramlar, ilkeler, uygulamalar. İstanbul: Medikal Yayıncılık, 2008: 37-35.Baskı.
109. Velioğlu P. Hemşirelikte kavram ve kuramlar. İstanbul: Alaş Ofset, 1998: 92-78.

110. Arslan H, Konuk DS. Stigma, spiritualite ve konfor kavramlarının meleis'in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. *Maltepe Üniv Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009;2(1) : 58-51.
111. Kolcaba K. Documenting our stories'telling our stories' january. *American Nurse Today* 2009;4(3):4.
112. Kolcaba K. An analysis of the concept of comfort. *J Adv Nurs* 1991;16(1):1310-1301.
113. Kolcaba K. A taxonomic structure for the concept comfort. *Image J Nurs Sch* 1991;23(1):238-237.
114. Kolcaba K. Holistic comfort: Operationanalizing the construct as a nurse sensitive outcome. *Advances in Nursing Science* 1992;15(1):10-1.
115. Kolcaba K. *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research.* New York: Springer Publishing Company, 2003.
116. Kolcaba K. A theory of holistic comfort for nursing. *J Adv Nurs* 1994;19: 1184-1178.
117. Kolcaba K. Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nurs Outlook* 2001;49(1):92-86.
118. Karabacak Ü. *Meme Kanserli Hastalarda Konforu Destekleyecek Hemşirelik Bakımının ve Eğitimin Radyoterapi Uygulaması ile Etkileşimi (tez).* İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2004.
119. Kolcaba K, Steiner R. Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *J Holistic Nurs* 2000;18:62-46.
120. Kolcaba K, Fox C. The effects of guided imagery on comfort of women with early stage breast cancer undergoing radiation therapy. *ONS Foundation* 1999; 26:72-67.
121. Kolcaba K. The art of comfort care. *J Nurs Sch* 1995; 27:289-287.
122. Cüceloğlu D. *İnsan ve davranışı, psikolojinin temel kavramları, kaygı.* İstanbul: Remzi Kitapevi, 1998: 52-36.
123. Ançel G. Dahili ve cerrahi hastalıklarda anksiyete ve hemşirelik yaklaşımı. Akbayrak N, İlhan ES, Albayrak A (Editörler). *Hemşirelik bakım planları.* Ankara:Alter yayıncılık;2007.s.66-59.
124. Heath HB. *Potter and perry's foundation in nursing theory and practice.* Italy: Mosby Company, 1995: 207-195.
125. Özmen E. Depresyona yönelik tutumlar ve damgalama stigma. Taşkın O ( Editör). İzmir: Meta Basım Matbaacılık; 2007. s.156-137.
126. Eti Aslan F, Olgun N, Candan S. Elektif cerrahi işlem geçirmekte olan hastaların aile bireylerinin anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Türk Hemşire Derg* 1997;5: 22-18.



127. Grene JA. Anxiety disorders. In: Johnson BS (Eds.). *Psychiatric mental health nursing adaptation and growth*. Philadelphia: Lippincott Company; 2000. P.453-448.
128. Karayurt Ö. Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi. *CÜ Hemşire YO Derg* 1998;2 26-20.
129. Kim H, Garvin BJ, Moser DK. Stress during mechanical ventilation: Benefit of having concrete objective information before cardiac surgery. *Am J of Crit Care* 1999;8(2):127-118.
130. Deisch P, Soukup SM, Adams P, Wild MC. Guided imagery: Replication study using coronary artery bypass greft patients. *Nurs Clin North Am* 2000;35(2): 425-417.
131. McCrone S, Lenz E, Tarzian A, Perkins S. Anxiety and depression: Incidence and patterns in patients after coronary artery bypass greft surgery. *Appl Nurs Res* 2001;14(3): 164-155.
132. Kuşuoğlu S. Ağrı algısını etkileyen faktörler. Eti Aslan F (Editör). *Ağrı doğası ve kontrolü*. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık; 2006. s.60-52.
133. Kreitzer MJ, Sayder M. Healing the heart: Integrating complemantary threapies and healing practices into the care of cardiovascular patients. *Prog Cardiovasc Nurs* 2002;17(2):80-73.
134. Grady KL, Buckley DJ, Cisar NS. Patient perception of cardiovascular surgical patient education. *Heart Lung* 1998;17(4):354-349.
135. Abrahamov D, Bhatnagar G, Goldman B (Çeviri: N. Erentuğ). *Kalp cerrahisi sırları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi;2006:87-82.
136. Kurki TS, Kataja MJ, Reich DL. Validation of a preoperative risk index as a predictor of perioperative morbidity and hospital costs in coronary artery bypass greft surgery. *J Cardiothorac Vasc Anesth* 2002;16(4): 404-401.
137. Parent N, Fortin F. A randomized, controlled trial of vicarious experience through peer support for male first-time cardiac surgery patients: Impact on anxiety, self-efficacy expectation and self-reported activity. *Heart Lung* 2000;29(6):399-389.
138. Kuğu N, Berkan Ö, Akyüz G, Doğan O. Ameliyat olan ve olmayan kronik vasküler hastalığı olan olgularda anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2001;2(4): 221-213.
139. Bilik Ö. Kalça Protezi Uygulanmış Hastaların Evde Telefonla İzlenmesinin İyileşmeye Etkisi (tez). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2006.
140. Couma W, Schmidt AP, Schneider CN. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001;45:307-297.
141. Kocaman N. Tıbbi hastalığa psikososyal tepkiler. *İstanbul Tıp Fak Derg* 2008; 71:58-52.
142. Üstündağ H, Eti Aslan F. Perianestezi konfor ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. *Turk Klin J Nurs Sci* 2010;2(2):94-9.

143. Öner N. Psikolojik testler. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1997: 374-365.
144. Cebeci F, Çelik S. Taburculuk eğitimi ve danışmanlık hizmetinin KABG hastalarının anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisi. Turk J Thorac Cardiovasc Surg 2011;19(2):176-170.
145. Okanlı A, Özer N, Çevik Akyıl R, Koçkar Ç. Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Atatürk Üniv HYO Derg 2006;9:4.
146. Yılmaz M, Çifçi S. Açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde bir model: Fonksiyonel sağlık örüntüleri. Turk J Thorac Cardiovasc Surg 2010; 18(3):189-183.
147. Acaroğlu R, Şendir M, Kaya H, Sosyal E. Bireyselleştirilmiş bakımının hasta memnuniyeti ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesine etkisi. İÜ Florence Nightingale Hemşire YO Derg 2007; 15(59):67-61.
148. Yıldızeli Topçu S. Üst Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Hemşireler Tarafından Öğretilen Gevşeme Tekniklerinin Ağrı Kontrolü Üzerine Etkisi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2008.
149. Çevik Aydın F. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası İki Aylık Dönemde Yaşadığı Güçlükler (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2000.
150. Gül A, Erdim L. Meme kanseri ameliyatından sonra lenfödemin önlenmesinde hemşirelerin eğitim yaklaşımı. Meme Sağlığı Derg 2009; 5(2):86-82.
151. Yılmaz M, Gürler H. Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: Hasta görüşleri. Ağrı Derg 2011, 23(2):79-71.
152. Çelikkalp Ü, Temel M, Varol G, Demir M. Bir kamu hastanesinde yatan hastaların hizmet memnuniyeti. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2011;17:34.
153. Yaşayacak A, Eker F. Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda deliryum ve risk faktörlerinin belirlenmesi. Turk J Thorac Cardiovasc Surg 2012; 20(2):279-265.
154. Özcan H. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastalar Tarafından Kullanılma Oranları (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2008.
155. Yıldırım N, Atalay M. Koroner arter bypass ameliyatı olan hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Hemşire Araşt Gelişt Derg 2002;4(1):64-52.
156. Gallagher R, McKinley S. Stressors and anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery. Am J Crit Care 2007; 16:257-248.
157. Çınar Yücel Ş. Kolcaba'nın konfor kuramı. Ege Üniv Hemşire YO Derg 2011; 27(2):88-79.

158. Demir Korkmaz F. Kalp damar cerrahisinde yaşam kalitesi. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu s.52, Manisa, 2012.
159. Güz H, Doğanay Z, Güz T. Lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete. Nöropsikiyatri arşivi 2003; 40(2):39-36.
160. Kureshi J, Rocke AD, Tariq AO. Perioperative knowledge and anxiety score of patients undergoing surgery. Middle East J Anesthesiol 1995;13(3):333-325.
161. Yıldız Z. Açık kalp ameliyatı olacak hastaların bilgi gereksinimi. Hemşirelik Bülteni 1998; 10:41-40.
162. Eti Aslan F. Ağrı doğası ve kontrolü. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapevi, 2006:76-88.
163. Nelson F, Zimmerman L, Barnason S, Nieveen J, Schmaderer M. The relationship and influence of anxiety on postoperative pain in the coronary artery bypass graft patients. J Pain Symptom Manage 1998; 15(2):109-102.
164. Milgrom LB, Brooks JA, Qi R, Bunnell K, Wuestefefeld S, Bechman D. Pain levels experienced with activities after cardiac surgery. Am J Crit Care 2004; 13:125-116.
165. Kıdak L, Aksaraylı M. Yatan hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi ve izlenmesi. Dokuz Eylül Üniv Sosyal Bilimler Enstitüsü Derg 2008;10(3):122-87.
166. Varinli İ. Hizmet kalitesi değer hasta tatmini ve davranışsal niyetler arasındaki ilişki. Sosyal Bilimler Enstitüsü Derg 2004; 2(17):52-33.

## TABLolar DİZİNİ

|  |    |
|--|----|
| <b>Tablo 1.</b> Hastaların kişisel özelliklerinin dağılımı.....  | 27 |
| <b>Tablo 2.</b> Hastaların hastalığa özgü özelliklerinin dağılımı .....                                | 28 |
| <b>Tablo 3.</b> Hastaların konfor ve kaygı düzeyleri.....  | 29 |
| <b>Tablo 4.</b> Hastaların konfor ve kaygı düzeylerinin karşılaştırılması.....                         | 29 |
| <b>Tablo 5.</b> Bireysel özellikler ile EPKÖ, DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.....   | 30 |
| <b>Tablo 6.</b> Hastalığa özgü bilgiler ile EPKÖ, DKÖ ve SKÖ puan ortalamasının karşılaştırılması..... | 32 |
| <b>Tablo 7.</b> Hastaların ‘ameliyat sonrası konfor nedir?’ sorusuna cevapları .....                   | 34 |
| <b>Tablo 8.</b> Hastaların ameliyat sonrası konfor algılarını etkileyen faktörler .....                | 34 |
| <b>Tablo 9.</b> Hastaların ameliyat sonrası konforunun sağlanması için önerileri.....                  | 35 |
| <b>Tablo 10.</b> Hastaların konfor tanımına ilişkin düşünceleri.....                                   | 36 |
| <b>Tablo 11.</b> Hastaların konfor algısını etkileyen faktörler .....                                  | 38 |
| <b>Tablo 12.</b> Hastaların ameliyat sonrası konforun sağlanması ile ilgili düşünceleri .....          | 40 |

## ÖZGEÇMİŞ

1984 yılında Keşan' da doğan Arzu SÖNMEZ ilköğretimine Gölcük Dumlupınar İlköğretim Okulu'nda başlayıp; Çanakkale Merkez İlköğretim Okulu'nda; lise eğitimini ise Çanakkale Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi'nde tamamlamıştır. 2003 yılında Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nde başladığı eğitimini 2007 yılında tamamlayıp 'hemşire' ünvanını almıştır. 2009 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği bölümünde yüksek lisans eğitimine başlamıştır.

2007- 2008 yıllarında Balıklı Rum Hastanesi Vakfı, Psikiyatri Kliniği'nde, 2008 Ağustos ayında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde hemşire olarak çalışmıştır. Halen bu görevine devam etmektedir.

## **EKLER**

**Ek 1.** Veri Toplama Formu

**Ek 2.** Erken Postoperatif Konfor Ölçeği

**Ek 3.** Durumluk – Süreklik Kaygı Ölçeği

**Ek 4.** Etik Kurul İzni

**Ek 1**  
**VERİ TOPLAMA FORMU**

Cerrahi girişim sonrası kaygı ve konfor durumunuzu belirlemek amacıyla yaptığımız bu çalışmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

1. Yaş: .....
2. Cinsiyet: a) Bayan b) Erkek
3. Eğitim Durumu:  
a) Okur-yazar b) İlköğretim c) Ortaöğretim d)Yükseköğretim
4. Medeni Durumu: a) Evli b) Bekar
5. Meslek: a) İşçi b) Memur c) Emekli d) Diğer.....
6. Sosyal güvence: a) Emekli Sandığı b) SSK c) Özel Sigorta d) Yok
7. Ameliyatın kaçınıcı günü: .....
8. Kronik Hastalık: a) Var b) Yok
9. Cerrahi Deneyim: a) Var b) Yok
10. Olumsuz Cerrahi Deneyim: a) Var b) Yok
11. Cerrahi Girişim Kararını Veren Kişi: (Birden fazla işaretleyebilirsiniz.)  
a) Hasta b) Aile c) Doktor
12. Ameliyat Öncesi Eğitim Alma Durumu:  
a) Eğitim Almış b) Eğitim Almamış (15. soruya geçiniz)
13. Eğitim verilme zamanı: Ameliyattan .... Gün önce
14. Eğitimi Veren Kişi:  
a) Hemşire/Öğrenci Hemşire b) Doktor c) Diğer (...)
15. Ağrı Düzeyi: a) Ağrı yok (17. Soruya geçiniz) b) Hafif c) Rahatsız edici  
d) Şiddetli e) Çok şiddetli f) Dayanılmaz
16. Ağrı süresi: a)1 haftadan ↓ b) 2 hafta-1 ay c) 1-6 ay d) 6 ayda
17. Mobilizasyon Durumu: a) Mobilize olmuş b) Mobilize olmamış
18. İlk Mobilizasyonu Sağlayan Kişi:  
a) Hemşire/ Öğrenci Hemşire b) Doktor c) Personel d) Hasta yakını
- 19.Sizce ameliyat sonrası konfor nedir?.....
- 20.Ameliyat sonrası konfor algınızı etkileyen faktörler nelerdir?.....
- 21.Ameliyat sonrası konforunuzun sağlanması için sizin önerileriniz nedir?.....

## Ek 2

### ERKEN POSTOPERATİF KONFOR ÖLÇEĞİ

Sayın Katılımcı,

Aşağıdaki cerrahi girişim öncesi ve sonrası erken dönemde konforunuzu tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her bir ifade için altı seçenek sunuldu. Sizden istenen konfor durumunuzu en iyi ifade eden numarayı daire içine alarak belirtmenizdir.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

|  | Kesinlikle Katılıyorum |   | Kesinlikle Katılmıyorum |   |   |   |
|--|------------------------|---|-------------------------|---|---|---|
| 1. Sakindim  | 6                      | 5 | 4                       | 3 | 2 | 1 |
| 2. Üşüyordum   | 6                      | 5 | 4                       | 3 | 2 | 1 |
| 3. Yabancı bir ortamdı   | 6                      | 5 | 4                       | 3 | 2 | 1 |
| 4. İçinde bulunduğum durumdan rahatsızdım                          | 6                      | 5 | 4                       | 3 | 2 | 1 |
| 5. Ailem/arkadaşlarım bu durumun üstesinden gelmemde yardımcı oldu | 6                      | 5 | 4                       | 3 | 2 | 1 |
| 6. Ameliyattan önce anestezi uzmanı ile konuşma fırsatım oldu      | 6                      | 5 | 4                       | 3 | 2 | 1 |
| 7. Mahremiyetime saygı gösterilmedi                                | 6                      | 5 | 4                       | 3 | 2 | 1 |
| 8. Çok endişeliydim  | 6                      | 5 | 4                       | 3 | 2 | 1 |
| 9. Hemşirem duygularımı önemsemedi                                 | 6                      | 5 | 4                       | 3 | 2 | 1 |
| 10. Gürültü rahatsız ediciydi                                      | 6                      | 5 | 4                       | 3 | 2 | 1 |
| 11. Hemşirem nazikti   | 6                      | 5 | 4                       | 3 | 2 | 1 |
| 12. Anesteziye ilişkin daha çok bilgiye gereksinimim vardı         | 6                      | 5 | 4                       | 3 | 2 | 1 |
| 13. Kontrolümü kaybettim   | 6                      | 5 | 4                       | 3 | 2 | 1 |
| 14. Çevremdeki genel hava güven vericiydi                          | 6                      | 5 | 4                       | 3 | 2 | 1 |
| 15. Bakım kalitem yetersizdi                                       | 6                      | 5 | 4                       | 3 | 2 | 1 |
| 16. İsteklerim yerine getirildi.                                   | 6                      | 5 | 4                       | 3 | 2 | 1 |
| 17. Öz-saygım korunmadı  | 6                      | 5 | 4                       | 3 | 2 | 1 |
| 18. Hızlı bir iyileşme süreci öngörebiliyordum                     | 6                      | 5 | 4                       | 3 | 2 | 1 |
| 19. Buradaki ortamın güvenli olduğunu hissettim                    | 6                      | 5 | 4                       | 3 | 2 | 1 |
| 20. Bana uygulanan bakım kendimi güvende hissetmemi sağladı        | 6                      | 5 | 4                       | 3 | 2 | 1 |
| 21. Uyumaktan korkmuyordum   | 6                      | 5 | 4                       | 3 | 2 | 1 |
| 22. İlaç uygulanan/serum verilen bölge ağrılydı                    | 6                      | 5 | 4                       | 3 | 2 | 1 |
| 23. Burada aldığım bakımdan memnunum                               | 6                      | 5 | 4                       | 3 | 2 | 1 |
| 24. Hemşire benimle çok ilgilendi                                  | 6                      | 5 | 4                       | 3 | 2 | 1 |



### Ek 3

## DURUMLUK-SÜREKLİK KAYGI ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

|     |  | HİÇ | BİRAZ | ÇOK | TAMAMIYLA |
|-----|--|-----|-------|-----|-----------|
| 1.  | <b>Şu anda sakinim</b>                         | (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)       |

|     |  | <b>Hemen<br/>hemen<br/>hiçbir<br/>zaman</b> | <b>Bazen</b> | <b>Çok<br/>zaman</b> | <b>Hemen<br/>her<br/>zaman</b> |
|-----|--|---|--------------|----------------------|--------------------------------|
| 21. | Genellikle keyfim yerindedir                                 | (1)   | (2)          | (3)                  | (4)                            |
| 22. | Genellikle çabuk yorulurum                                   | (1)   | (2)          | (3)                  | (4)                            |
| 23. | Genellikle kolay ağlarım                                     | (1)   | (2)          | (3)                  | (4)                            |
| 24. | Başkaları kadar mutlu olmak isterim                          | (1)   | (2)          | (3)                  | (4)                            |
| 25. | Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım             | (1)   | (2)          | (3)                  | (4)                            |
| 26. | Kendimi dinlenmiş hissediyorum                               | (1)   | (2)          | (3)                  | (4)                            |
| 27. | Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım             | (1)   | (2)          | (3)                  | (4)                            |
| 28. | Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini 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 hüznü hissedirim                          | (1)   | (2)          | (3)                  | (4)                            |
| 36. | Genellikle hayatımdan memnunum                               | (1)   | (2)          | (3)                  | (4)                            |
| 37. | Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder                     | (1)   | (2)          | (3)                  | (4)                            |
| 38. | Hayal 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)                            |

Ek 4

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
BİLİMSEL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KOMİSYONU  
Edirne, Türkiye

|  |  |  |  |  |  |        |
|--|--|--|--|--|--|--------|
| ARAŞTIRMA<br>BAŞVURUSU<br>ONAYBAŞVURU<br>BİLGİLERİ | PROTOKOL KODU  | TÜTFEK 2010/22   |  |  |  |        |
|  | PROTOKOL ADI   | Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Uygulanan Hastaların Deneyimlerinin Değerlendirilmesi |  |  |  |        |
|  | SORUMLU ARAŞTIRICI<br>ÜNVANI / ADI   | Yrd. Doç. Dr. Ümmü Yıldız FINDIK   |  |  |  |        |
|  | ARAŞTIRMA MERKEZİ  |  |  |  |  |        |
|  | DESTEKLEYİCİ   |  |  |  |  |        |
|  | ARAŞTIRMAYA<br>KATILAN MERKEZLER   | <input checked="" type="checkbox"/> Tek Merkez<br><input type="checkbox"/> Ulusal          | <input type="checkbox"/> Çok Merkez<br><input type="checkbox"/> Uluslararası |  |  |        |
| KARAR<br>BİLGİLERİ                                 | Karar No: 04/ 03   |  | Tarih: 23.08.2010  |  |  |        |
|  | Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Ümmü Yıldız FINDIK'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastahkları Hemşireliği Lisansüstü Programı öğrencisi Arzu DERELİ'nin tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir. |  |  |  |  |        |
| DEĞERLENDİRME KOMİSYONU BİLGİLERİ                  |  |  |  |  |  |        |
| ÇALIŞMA ESASI                                      | Helsinki Bildirgesi, Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜBADK Yönergesi  |  |  |  |  |        |
| ÜYELER   |  |  |  |  |  |        |
| Ünvan/Ad/ Soyadı                                   | Uzmanlık Dalı  | Kurumu   | Cinsiyeti  | İlişki(*)  | Katılım (**)   | İmza   |
| Prof. Dr. Cem UZUN<br>Başkan                       | KBB  | T.Ü.T.F KBB<br>A.D   | E  | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |        |
| Doç. Dr. Ümit N.<br>BAŞRAN<br>Başkan Yardımcısı    | Çocuk<br>Cerrahisi   | T.Ü.T.F<br>Çocuk<br>Cerrahisi A.D  | E  | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |        |
| Yrd. Doç. Dr. Esin<br>KARLIKAYA Raportör           | Tıp Tarihi ve<br>Deontoloji  | T.Ü.T.F Tıp<br>Tarihi ve Etik<br>A.D   | K  | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |        |
| Doç. Dr. H. Nezih<br>DAĞDEVİREN<br>Üye             | Aile<br>Hekimliği  | T.Ü.T.F. Aile<br>Hekimliği<br>A.D.   | E  | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | İzinli |
| Doç. Dr. Tunç<br>KUTOĞLU<br>Üye                    | Anatomi  | T.Ü.T.F.<br>Anatomi AD   | E  | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |        |
| Doç. Dr. Necdet SÜT<br>Üye                         | Biyoistatistik   | T.Ü.T.F.<br>Biyoistatistik<br>A.D.   | E  | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | İzinli |
| Doç. Dr. Ülfet<br>VATANSEVER ÖZBEK<br>Üye          | Çocuk Sağlığı<br>ve Hastalıkları   | T.Ü.T.F.<br>Çocuk Sağ. ve<br>Hastalıkları<br>A.D.  | K  | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |        |
| Doç. Dr. Hasan ÜMİT<br>Üye                         | İç Hastalıkları  | T.Ü.T.F. İç<br>Hastalıkları<br>A.D.  | E  | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |        |
| Doç. Dr. Ufuk USTA<br>Üye                          | Patoloji   | T.Ü.T.F.<br>Patoloji A.D.  | E  | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | İzinli |
| Yrd. Doç. Dr. Ayşe<br>ÇAYLAN<br>Üye                | Aile<br>Hekimliği  | T.Ü.T.F. Aile<br>Hekimliği<br>A.D.   | K  | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |        |
| Yrd. Doç. Dr. Hilmi<br>TOZKIR<br>Üye               | Tıbbi Biyoloji   | T.Ü.T.F.<br>Tıbbi Biyoloji<br>A.D.   | E  | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |        |

\*Araştırma ile ilişki  
\*\*Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Murat DİKMENLİ  
Dekan