

T.C.

BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ

**AÇIK KALP CERRAHİSİ
UYGULANAN HASTALARDA
AĞRININ UYKU VE YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

SULTAN TAMDOĞAN

İSTANBUL, 2015

**T.C.
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI**

**AÇIK KALP CERRAHİSİ
UYGULANAN HASTALARDA
AĞRININ UYKU VE YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

SULTAN TAMDOĞAN

TEZ DANIŞMANI:

DOÇ.DR. İKBAL ÇAVDAR

İSTANBUL, 2015

T.C.
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tezin Adı: "Açık Kalp Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Ağrının Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisi"

Öğrencinin Adı Soyadı : Sultan TAMDOĞAN

Tez Savunma Tarihi : 26.05.2015

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları yerine getirmiş olduğu Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından onaylanmıştır.


Prof. Dr. Orhan BABUÇÇU
Enstitü Müdürü V.
İmza

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları yerine getirmiş olduğunu onaylıyorum.


Yrd. Doç. Dr. Sennur KULA ŞAHİN
Program Koordinatörü
İmza

Bu Tez tarafımızca okunmuş, nitelik ve içerik açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak yeterli görülmüş ve kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri


Tez Danışmanı
Doç. Dr. İkbâl ÇAVDAR

Üye
Doç. Dr. Ayfer ÖZBAŞ

Üye
Yrd. Doç. Dr. Sennur KULA ŞAHİN

İmzalar


.....


.....


.....

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezim boyunca çalışmamın her aşamasında beni destekleyen bilgi ve desteğinden yararlandığım danışmanım Doç. Dr. İkbal Çavdar'a,

Çalışmamı kliniğinde gerçekleştirmeme imkan veren Prof. Dr. Kazım Beşirli'ye ve yüksek lisans eğitimim boyunca destekleri ve anlayışları için İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahi Kliniği ekibine,

Araştırmama katılarak çalışmama en büyük katkıyı sağlayan hastalara,

İstatistiksel değerlendirme aşamasını bereber yürüttüğümüz, konusundaki desteği ve bilgisi için Atilla Bozdoğan'a,

Çalışma süresince manevi desteğini ve yardımlarını esirgemeyen sevgili dostum Dilek Erden'e,

Yaşamımın her döneminde olduğu gibi, bu aşamada da maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen kıymetli aileme ve bana her konuda her zaman destek veren sevgili abim Fatih Tamdoğan'a

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İstanbul Mayıs 2015

Sultan Tamdoğan

ÖZET

AÇIK KALP CERRAHİSİ UYGULANAN HASTALARDA AĞRININ UYKU VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Sultan Tamdoğan

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. İkbâl Çavdar

Mayıs 2015, 96 sayfa

Bu çalışma, açık kalp cerrahisi uygulanan hastalarda ameliyat sonrası ağrının uyku ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi ve elde edilen bulgular doğrultusunda sağlık profesyonellerine klinik uygulamalarında kullanabilecekleri öneriler sunulması amacıyla kesitsel/tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. Mart - Mayıs 2015 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde açık kalp ameliyatı olan, çalışmaya katılmayı kabul eden 84 hasta araştırma kapsamına alındı. Çalışmada veri toplama aracı olarak (1) Hasta Bilgi Formu, (2) Kısa Form McGill Ağrı Formu (K-MASF), (3) Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKİ), (4) Nottingham Sağlık Profili (NSP) kullanıldı. Kurum ve ölçek kullanım izinleri alındı. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 17.0 versiyonu ile bilgisayar ortamında gerçekleştirildi. Hastaların sosyo-demografik ve hastalık ile ilgili özellikler; sayı, yüzde ve ortalama olarak verildi. Hastaların sosyodemografik, ve sağlık/hastalık özelliklerine göre PUKİ, NSP ve K-MSAF ölçeklerinden aldıkları puanların farklılık gösterip göstermediği bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü varyans (ANOVA) analizi ile değerlendirildi. Sonuçlar yüzde 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi. Elde edilen sonuçlar, tablolaştırılarak bulgular bölümünde yorumlandı. Araştırmaya katılan hastaların, yüzde 61,9'unun erkek, yaş ortalaması $58,23 \pm 14,92$ olduğu, yüzde 56'sının ilköğretim mezunu, yüzde 25'inin alkol ve yüzde 57,1'inin ise sigara kullandığı bulundu. PUKİ ve NSP ölçek puanı ile K-MASF ağrı ölçek puanı arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki varlığı saptandı. Sonuç olarak; yaşam kalitesi ve uyku kalitesi kötüleştikçe ağrı düzeyinin yükseldiği bulundu. Bu sonuçtan yola çıkarak hemşireler, hastalara bakım verirken ağrı, uyku ve yaşam kalitelerini değerlendirmeli ve hastaların sorunlarını gidermeye yönelik bireyselleştirilmiş bakım üzerine odaklanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Açık Kalp Cerrahisi, Ağrı, Uyku, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

THE PAIN EFFECTS ON SLEEP AND QUALITY OF LIFE AFTER OPEN HEART SURGERY

Sultan Tamdoğan

Institute of Health Science, Department of Surgical Nursing Master Programme

Thesis Advisor: Asst. Prof. İkbal avdar

May 2015, 96 page

In this study, we examined the post-operative pain effects on sleep and quality of life with patients who had open heart surgery. We used cross-sectional and descriptive identifiers for the purpose of advice to the health care professionals used the findings in their clinical practices. The research was included 84 patients, who stayed in, 'İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi' between March - May 2015. The data was collected by using (1) Patient Acknowledgement Form, (2) The Short Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), (3) Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) and (4) Nottingham Health Profile (NHP). All necessary permits were taken for institutions and scale. The data was processed by SPSS version 17.0. The patients socio-demographic and disease characteristics information was given as a number, percentage and average form. The collected patients sociodemographic, and health / disease characteristics data according to the PSQI, NHP and SF-MPQ scale, analyzed for any discrepancy using by Independent Sample T-Test and One Way ANOVA. Results were evaluated 95 percent confidence level and $p < 0.05$ significance level. The findings were interpreted in tables and explained in result section. Patients participating in the study were 61.9 percent male, average age 58.23 ± 14.92 , 56 percent of primary school graduates, 25 percent use alcohol and 57.1 percent smoke cigarettes. In the study we determined positive correlated and statistically significant relationship between the NHP, PSQI to SF-MPQ. As a result, we found that if the quality of life and sleep were worsen, the level of pain would increase. Based on this result, the nurses have to assess patients pain, sleep and life quality than should focus on individualized care for patients unrest.

Keywords: Open Heart Surgery, Pain, Sleep, Quality of Life

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar.....	x
KISALTMALAR.....	xii
SEMBOLLER.....	xiv
1. GİRİŞ.....	1
2. LİTERATÜR TARAMASI.....	5
2.1. KALP CERRAHİSİ TARİHİ.....	5
2.1.1. Kalp Yaralanmaları.....	5
2.1.2. Kapak Cerrahisi.....	5
2.1.3. Ekstrakorporeal Dolaşım.....	6
2.1.4. Kalp Nakli.....	7
2.2. KORONER ARTER BYPASS GREFT (KABG) CERRAHİSİ.....	8
2.3. KAPAK (VALVUL) HASTALIKLARI.....	8
2.3.1. Mitral Darlık (Stenoz).....	8
2.3.2. Mitral Yetersizlik (Regürjitasyon).....	9
2.3.3. Aort Darlığı (Stenoz).....	10
2.3.4. Aort Yetersizliği (Regürjitasyon).....	10
2.3.5. Kapak Hastalıklarında Cerrahi Tedavi Yöntemleri.....	11
2.4. SEPTAL DEFEKTLER.....	12
2.5. AĞRI.....	12
2.5.1. Ağrının Sistemler Üzerine Etkisi.....	13
2.5.2. Ağrının Değerlendirilmesi.....	14
2.5.3. Ağrının Kontrolü.....	16

2.5.3.1. Farmakolojik Yöntemler.....	16
2.5.3.2. Nonfarmakolojik Yöntemler.....	17
2.5.3.3. Cerrahi Yöntemler.....	18
2.5.4. Ameliyat Sonrası Ağrı.....	18
2.5.5. Ameliyat Sonrası Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü.....	19
2.6. UYKU.....	21
2.6.1. Uykunun Evreleri.....	22
2.6.1.1. Yavaş Dalga Uykusu-NREM Uykusu.....	22
2.6.1.2. Hızlı Uyku Devresi-REM Uykusu.....	23
2.6.2. Uyku Durumunu Etkileyen Faktörler.....	23
2.6.3. Uyku Bozukluğunun Etkileri.....	24
2.6.4. Uyku ve Hemşirelik.....	25
2.7. YAŞAM KALİTESİ.....	27
2.7.1. Kalp Cerrahisi ve Yaşam Kalitesi.....	28
3. VERİ VE YÖNTEM.....	30
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ.....	30
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ.....	30
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	30
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	31
3.4.1. Hasta Bilgi Formu.....	31
3.4.2. Kısa Form McGill Ağrı Formu (K-MASF).....	31
3.4.3. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ).....	32
3.4.4. Nottingham Sağlık Profili (NSP).....	33
3.5. ARAŞTIRMANIN ETİK VE YASAL YÖNLERİ.....	33
3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	33
4. BULGULAR.....	34
4.1. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE VE SAĞLIK/HASTALIK DURUMUNA İLİŞKİN BULGULAR.....	35
4.2. AĞRI, UYKU VE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEKLERİNİN PUAN ORTALAMASINA İLİŞKİN BULGULAR.....	39

4.3. AĞRI ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMASININ SOSYODEMOGRAFİK VE SAĞLIK/HASTALIK DURUMU İLE İLİŞKİSİ.....	40
4.4. UYKU VE YAŞAM KALİTESİ PUAN ORTALAMASININ SOSYODEMOGRAFİK VE SAĞLIK/HASTALIK DURUMU İLE İLİŞKİSİ.....	43
4.5. UYKU VE YAŞAM KALİTESİ PUANI İLE AĞRI PUANI ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	58
5. TARTIŞMA.....	59
5.1. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	59
5.2. HASTALARIN SAĞLIK/HASTALIK DURUMUNA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	62
5.3. AĞRI ÖLÇEĞİNİN PUAN ORTALAMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	64
5.4. UYKU KALİTESİ ÖLÇEĞİNİN PUAN ORTALAMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	66
5.5. YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİNİN PUAN ORTALAMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	67
5.6. AĞRI, UYKU VE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI.....	68
6. SONUÇ.....	70
KAYNAKÇA.....	72
EKLER	
EK 1. İstanbul Medipol Üniversitesi Etik Kurul İzni.....	83
EK 2. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı Tez Çalışma İzni.....	86
EK 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	87
EK 4. Hasta Tanılama Formu.....	88
EK 5. Kısa Form McGill Ağrı Formu (K-MASF).....	91
EK 6. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ).....	92

EK 7. Nottingham Sağlık Profili (NSP).....	94
EK 8. Ölçek Kullanım İzinleri.....	96

TABLULAR

Tablo 4.1: Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (N=84).....	35
Tablo 4.1.1: Hastaların sağlık/hastalık durumuna ilişkin özelliklerinin dağılımı.....	37
Tablo 4.1.2: Hastaların açık kalp ameliyatı sonrası yaşadığı sorunlar.....	38
Tablo 4.2: PUKİ, NSP ve K-MASF ölçeklerinden alınan ortalama puan dağılımları.....	40
Tablo 4.3: Sosyodemografik özelliklerine göre hastaların K-MASF aldıkları puan ortalamasının dağılımı.....	41
Tablo 4.3.1: Sağlık/hastalık durumuna göre hastaların K-MASF aldıkları puan ortalamasının dağılımı.....	43
Tablo 4.4: Hastaların cinsiyet durumuna göre PUKİ ve NSP ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı.....	43
Tablo 4.4.1: Hastaların çalışma durumuna göre PUKİ ve NSP ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı.....	45
Tablo 4.4.2: Hastaların ekonomik durumuna göre PUKİ ve NSP ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı.....	46
Tablo 4.4.3: Hastaların alkol kullanım durumuna göre PUKİ ve NSP ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı.....	47
Tablo 4.4.4: Hastaların sigara kullanım durumuna göre PUKİ ve NSP ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı.....	49
Tablo 4.4.5: Hastaların uzun süre yaşadığı yere göre PUKİ ve NSP ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı.....	50
Tablo 4.4.6: Hastaların yaşam durumuna göre PUKİ ve NSP ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı.....	51
Tablo 4.4.7: Hastaların geçirdiği cerrahi tedavi şekline göre PUKİ ve NSP ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı.....	52
Tablo 4.4.8: Hastaların hastanede yatma süresi ile PUKİ ve NSP ölçek puanları arasındaki ilişki düzeyi.....	53

Tablo 4.4.9: Hastaların daha önce kalp ameliyatı olma durumuna göre PUKİ ve NSP ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı.....	54
Tablo 4.4.10: Hastaların başka bir hastalığı olma durumuna göre PUKİ ve NSP ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	55
Tablo 4.4.11: Hastaların sürekli bir ilaç kullanma durumuna göre PUKİ ve NSP ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	56
Tablo 4.4.12: Hastaların ailede kalp hastalığı öyküsü durumuna göre PUKİ ve NSP ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı.....	57
Tablo 4.5: PUKİ ve NSP ölçek puanı ile K-MSAF ağrı ölçek puanı arasındaki ilişki	58

KISALTMALAR

ABD	:	Amerika Birleşik Devletleri
AD	:	Aort Darlığı
AKB	:	Arter Kan Basıncı
ASD	:	Atrial Septal Defekt
AVR	:	Aort Kapak Replasmanı
AY	:	Aort Yetersizliği
BKİ	:	Beden Kitle İndeksi
CRPS	:	Kompleks Rejyonel Ağrı Sendromu
CTF	:	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
dk	:	Dakika
EKD	:	Estrakorporeal Dolaşım
GH	:	Growth Hormonu-Büyüme Hormonu
GKÖ	:	Görsel Kıyaslama Ölçeği
IASP	:	International Association for the Study of Pain
İMA	:	Internal Mamarian Arter
İÜ	:	İstanbul Üniversitesi
KABG	:	Koroner Arter Bypass Grefti
KAH	:	Koroner Arter Hastalığı
KDC	:	Kalp Damar Cerrahisi
K-MASF	:	Kısa Form McGill Ağrı Formu
KPB	:	Kalp Akciğer Makinesi
LAD	:	Sol Ön İnen Arter
MD	:	Mitral Darlık
Mİ	:	Miyokard Enfarktüsü
MVR	:	Mitral Kapak Replasmanı
MY	:	Mitral Yetersizlik
NREM	:	Non-rapid Eye Movement
NHP	:	Nottingham Health Profile

NSP	:	Nottingham Sağlık Profili
REM	:	Rapid Eye Movement
PSQI	:	Pittsburgh Sleep Quality Index
PUKİ	:	Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi
SF-MPQ	:	Short Form McGill Pain Questionnaire
SGK	:	Sosyal G¼venlik Kurumu
SPSS	:	Statistical Package for Social Sciences
TEKHARF	:	T¼rk Erişkinlerinde Koroner Risk Haritası ve Koroner Kalp Hastalığı
TKD	:	T¼rk Kardiyoloji Derneği
VSD	:	Ventrik¼l Septal Defekt
YB¼	:	Yoğun Bakım Ünitesi

SEMBOLLER

İstatistiksel anlamlılık düzeyi:	:	p
ki-kare test	:	χ^2
kilo/boy ²	:	kg/m ²
Pearson Correlation	:	r
Standart sapma	:	SD

1.GİRİŞ

Kalp damar hastalıkları; ortalama yaşam süresinin artmasına, korunma ve önleme çalışmalarına, tıbbi-cerrahi tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere karşın gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde erişkin nüfusta mortalite (ölüm) ve morbiditeye (hastalık oranı) yol açan en önemli ve tüm dünyadaki ölümlerin birinci derecede nedenidir. Günümüzde dünya nüfusunun yüzde 25'i kalp damar hastalıklarından etkilenmektedir. Ülkemizde de önemli bir sorun olan kalp damar hastalıklarının görülme sıklığı 50 yaş üstündeki yetişkinlerde yüzde 12-15 arasında değişmektedir.¹

Kalp damar hastalıkları her yıl Avrupa'da 4 milyon kişinin ve Avrupa Birliği'nde 1.9 milyondan fazla kişinin ölümüne neden olmaktadır. Avrupa'daki tüm ölümlerin yüzde 47'sinden ve Avrupa Birliği'nde yüzde 40'ından sorumludur.² Ülkemizde 1985 yılında meydana gelen ölüm nedenlerinin üçte birini (yüzde 33.6) kalp damar hastalıkları oluştururken, son yıllarda bu oran yüzde 45'e ulaşmıştır. Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) tarafından 1990 yılından bu yana yürütülen TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Koroner Risk Haritası ve Koroner Kalp Hastalığı) çalışmasının 10 yıllık izlem verilerine göre koroner kalp hastalığının ülkemizdeki yıllık mortalitesi erkeklerde binde 5.1, kadınlarda ise 3.3'tür (Korkmaz 2012, s. 52).

Açık kalp cerrahisi koroner arter hastalıkları, kalp kapak hastalıkları, konjenital lezyonların tamiri, kalp transplantasyonu için uygulanan temel bir tedavi şeklidir. Tanı yöntemleri, tıbbi tedavi, cerrahi ve anestezi teknikleri, kardiyopulmoner bypass alanındaki yeniliklerle birlikte, yoğun bakım ünitesi, cerrahi servisler ve evde bakım alanındaki gelişmeler sayesinde cerrahi tedavi kalp hastalıkları için önemli bir tedavi haline gelmiştir (Sidar ve

¹ Samur, G., 2008, Kalp damar hastalıklarında beslenme. www.beslenme.gov.tr. [erişim tarihi 17 Şubat 2015].

² European Cardiovascular Disease Statistics, 2012, www.ehnheart.org/cvd-statistics. [erişim tarihi 1 Temmuz 2014].

diğ. 2013, s. 2, Badır ve Korkmaz 2014, s. 446, Örer ve Oto 1999, s. 153). Açık kalp ameliyatının tedavi edici ve olumlu etkilerinin yanı sıra ameliyat sonrası dönemde genellikle fiziksel sorunlar (yorgunluk, ağrı, kilo kaybı, uyku sorunları gibi) ve psikososyal sorunlar (depresyon, anksiyete, iş yaşamında ve cinsel yaşamında değişiklikler gibi) görülebilmektedir (Demirkıran 2011, s. 1).

Ancak hastalarda sternumun açılması, insizyon boyunca interkostal sinirlerin kesilmesi, göğüs drenlerinin yol açtığı plevral irritasyon ve ayrıca koroner arter bypass greft (KABG) ameliyatlarında safen ven greftinin çıkarıldığı bölgelerdeki insizyon, hastanede yatış süresince uygulanan invaziv girişimler, endotrakeal tüp, ameliyat sonrası yapılan işlemler nedeniyle ağrı gelişebilmektedir (Badır ve Korkmaz 2014, s. 446, Çevik ve Zaybak 2011, s. 55, Martin ve Turkelson 2006, p. 116, Milgrom ve diğ. 2004, p. 117, Mueller ve diğ. 2000, p. 391). Ayrıca yoğun bakım ortamlarında günlük rutin bakım ve tedavi uygulamalarının da hastalarda çeşitli derecelerde ağrıya yol açtığı ve bu ağrı nedeniyle hastaların mobilizasyon, derin solunum ve öksürük egzersizlerinde isteksiz oldukları belirtilmektedir (Yava ve diğ. 2013, s. 185, Çevik ve Zaybak 2011, s. 55). Ameliyat sonrası ağrı hastalarda sıkıntı, endişe, korku ve depresyon yaratmaktadır. Ameliyat sonrası ağrının azaltılmasında iyi bir ağrı değerlendirmesi ve ağrı tedavisi yapılması esastır. Ameliyat sonrası ağrının geçirilmesinin cerrahi mortalite ve morbiditeyi azalttığı ve daha erken iyileşmeyi sağladığı açık olarak gösterilmiştir (Sidar ve diğ. 2013, s. 2). Yine, kalp cerrahisi sonrası fiziksel sorunlar arasında yer alan uyku sorunlarının hastalarda gerginlik yaratacağı, yara iyileşmesini geciktireceği, ağrıları artıracığı ve günlük aktiviteleri yerine getirmede güçlük yaratacağı belirtilmektedir (Karagözoğlu ve diğ. 2007, ss. 234-235).

Uyku, organizmanın çevreyle iletişiminin değişik şiddette ve uyarılarla geri döndürülebilir biçimde geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolması durumudur. İnsan yaşamının yaklaşık 1/3'ünü oluşturan fizyolojik bir gereksinim olup zihinsel ve fiziksel dinlenmeyi sağlamaktadır. Bu nedenle fiziksel egzersiz, hastalık, hamilelik, ameliyat gibi durumlarda uyku ihtiyacını artmaktadır (Karagözoğlu ve diğ. 2007, ss. 234-235). Hastane ortamındaki gürültü, ortama, yatağa alışmama, yabancı ortamdaki korkma, ameliyat korkusu gibi

nedenlerle hastaların alıştıkları uyku düzenleri bozulabilir (Ay 2007, ss. 395-405). Psikolojik yönden ameliyata iyi hazırlanan, ameliyat öncesi iyi dinlenen hastaların ameliyat travmasıyla daha iyi baş edebildikleri, komplikasyonların daha az geliştiği ve hastaların daha kısa sürede iyileştiği bilinmektedir. Bu nedenle bireyin uykuya dalmasını kolaylaştıracak ve aralıksız uyumasını sağlayacak uygulamalar yapılmalı, gerekirse ilaç tedavisi uygulanmalıdır (Ay 2007, ss. 395-405).

Koroner kalp hastalıkları yaşam kalitesini etkileyen önemli hastalıklardan biridir (Yıldırım ve Atalay 2002, s. 52). Yaşam kalitesi, mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel olarak “iyi olma hali” olarak tanımlanabilir (Ergün ve diğ. 2014, s. 15, Eser 2014, s. 2, Korkmaz 2012, s. 52, Akdemir 2003, s. 18). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ ünün tanımına göre yaşam kalitesi bireylerin amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak içinde yaşadığı kültür ve değerler sisteminde yaşamda bulunduğu yeri algılamasıdır (Korkmaz 2012, s. 52).

Sağlık bakımının amacı sadece hastaların yaşamını uzatmak değil aynı zamanda bireylerin sorunları ile baş etme ve öz bakım gücünü geliştirerek yaşam kalitelerini yükseltmektir. Bu durum bir tedavinin yaşamı uzatmasının yanı sıra o yaşamın hangi koşullarda yaşandığının da değerlendirilmesi gerekliliğini beraberinde getirmiştir (Korkmaz 2012, s. 53).

Medikal ve cerrahi tedavi yaklaşımı, yaşam süresinin uzatılması, semptomların giderilmesi ve fonksiyonel kapasitenin artırılması yanı sıra hastaların yaşam kalitesini de arttırmalıdır (Şekuri 2006, s. 64). Hasta toplum içinde kendi işini görebilen, bağımsız, üretken, kaliteli yaşama sahip bir kişi olarak yaşamına devam edebilmelidir (Kutsal 2006, s. 116). Kalp damar cerrahisinde tedavi seçenekleri değerlendirilirken mortalite ve morbidite gibi geleneksel yöntemlerin yanında hastaların algıladıkları yaşam kaliteleri de ölçülmelidir (Korkmaz 2012, s. 53).

Bu alışma, açık kalp cerrahisi uygulanan hastalarda ameliyat sonrası ağrının uyku ve yaşam kalitesini nasıl etkilediğinin belirlenmesi ve elde edilen bulgular doğrultusunda sağlık profesyonellerine klinik uygulamalarında kullanabilecekleri öneriler sunulması amacıyla planlandı.

2. LİTERATÜR TARAMASI

19. yy'ın sonları ile 20. yy'ın ilk yarısında bilim ve teknikteki gelişmelerin doğal bir sonucu olarak tıbbın değişik dallarında ilerlemeler kaydedilmiştir. Kardiyopulmoner bypass alanındaki yeniliklerle beraber, yoğun bakım ünitelerinde, cerrahi servislerinde ve evde bakım alanındaki gelişmeler sayesinde cerrahi tedavi kalp hastalıkları için önemli bir tedavi haline gelmiştir. Günümüzde kalp hastalıklarının cerrahi tedavisinde en çok kullanılan yöntem açık kalp cerrahisidir (Sidar ve diğ. 2013, s. 2 , Badır ve Korkmaz 2014, s. 446, Örer ve Oto 1999, s. 153).

2.1. KALP CERRAHİSİ TARİHİ

Kalp cerrahisinin gelişimi özellikle son 50 yılda hız kazanmıştır. Kalp cerrahisi; kapaklara yönelik girişimleri, konjenital lezyonların ve patolojilerin tamirini, damar greftlerini ve son yıllarda önem kazanan kalp naklini içermektedir (Sidar ve diğ. 2013, s. 2, Badır ve Korkmaz 2014, s. 446, Örer ve Oto 1999, s. 153, Erdil ve Elbaş 2001, s. 322).

2.1.1. Kalp Yaralanmaları

Perikardın başarıyla ilk defa dikilmesi 1891 yılında Dalton tarafından gerçekleştirilmiştir. Beş yıl sonra 1896'da kalp yaralanmalarında ilk başarılı onarım Alman cerrah Ludwing Rehn tarafından yapılmıştır. Kesici alet ile kalbinden yaralanan bir askeri, sol torakotomi yoluyla ameliyat etmiş, sağ ventriküldeki 1.5 cm'lik kesiyi üç dikişle onarmıştır. Bu ameliyat kalp cerrahisinin başlangıcı olarak kabul edilmektedir (Davies ve Hallman 2002, p. 509, Erdil ve Elbaş 2001, s. 312, Örer ve Oto 1999, s. 153).

2.1.2. Kapak Cerrahisi

İlk kapak cerrahisini 1912'de Theodore Tuffier Paris'te stenotik bir kapağa aortik valvutomi uygulayarak gerçekleştirmiştir. Eliott Cutler, 1923'de ilk kez valvulatom adını verdiği özel bir bıçak yardımıyla 12 yaşında bir kız hastaya mitral valvulotomi uygulamış (Davies ve Hallman 2002, p. 509, Aytaç 1991, ss. 8-12), ilk başarılı pulmoner kommissurotomi 1947'de Thomas Holmes Seller tarafından Fallot tetralojisi olan bir çocuk üzerinde gerçekleştirilmiştir. 1953'de kombine mitral ve triküspid kommissurotomi Brofman tarafından, 1956'da C. Walton Lillehei kardiyopulmoner bypass kullanarak ilk açık mitral kommissurotomiyi gerçekleştirmiştir (Aytaç 1991, ss. 8-12). 1960 yılında Starr, mitral

kapağında darlık ve yetersizliği olan 52 yaşındaki bir hastaya Edwards ile beraber geliştirdikleri toplu kafes tipi bir yapay kapak takarak ilk defa mitral kapak replasmanında uzun süreli başarı elde etmiştir. Çok kısa bir süre içerisinde bütün dünyada bu kapak modeli yaygın olarak kullanılmaya başlanmış ve klinisyenleri kapak tamirinden uzaklaştırarak replasmana yönlendirmiştir (Çıkrıkçıoğlu ve Kalangos 2004, ss. 1217-1218, Örer ve Oto 1999, ss. 153-160).

Türkiye’de modern kalp cerrahisinin ilk adımları kapalı mitral komissürotomi ile başlamıştır. 1953 ve 1954 yıllarında İstanbul’da Dr. Nihat Dorken ve Dr. Fahri Arel, Ankara’da Dr. Orhan Mumin ve Dr. Hilmi Akın bunun öncülüğünü yapmışlardır (Örer ve Oto 1999, ss. 153-160).

2.1.3. Ekstrakorporeal Dolaşım

Modern kalp cerrahisini başlatan adım ekstrakorporeal dolaşımın kliniğe girmesidir. Kalp akciğer makinesi kullanılarak sağlanan “Estrakorporeal Dolaşım” (EKD) ile daha önce ameliyat edilemez durumdaki pek çok pediatrik ve erişkin gruptaki hastalar yaşam şansına kavuşmuştur. Kalp kateterizasyon tekniğinin geliştirilmesi ve heparinin bulunması bu tekniğin uygulanabilmesini mümkün kılmıştır. 1953 yılında John Gibbon ilk defa kalp akciğer makinesini (KPB) kullanarak 18 yaşında bir genç kızın atrial septal defekt (ASD) onarımını gerçekleştirmiştir. Yirmi iki yıl süren bir araştırmanın ürünü olan bu yeni uygulama kalp cerrahisinde çığır açmıştır. KPB ile ilk başarılı operasyonlar serisi 1955’te John Kirklin’e aittir. 1956 yılının sonlarında, dünya çapında birçok üniversitede, açık kalp cerrahisi operasyon programları başlatılmıştır (Bozkaya 2012, ss. 1-5, Örer ve Oto 1999, ss. 153-160).

Ülkemizde KPB ile ilk açık kalp ameliyatı 1960 yılında Dr. Mehmet Tekdoğan tarafından Hacettepe Hastanesi’nde gerçekleştirilmiştir. Seri halindeki açık kalp ameliyatlarına ise Dr. Aydın Aytaç tarafından 1962 yılında Hacettepe Çocuk Hastanesi’nde başlanmıştır. Türkiye bugün açık kalp cerrahisinde batı standartlarında, çok başarılı sonuçlar alınan mükemmel bir duruma gelmiş bulunmaktadır. Günümüzde KPB kullanılarak yılda 500.000 üzerinde açık kalp ameliyatı gerçekleştirilmektedir (Örer ve Oto 1999, ss. 153-160, Aytaç 1991, ss. 8-12).

2.1.4. Kalp Nakli

İnsandan insana ilk kalp nakli 1967 yılında Christian Barnard ve ekibi tarafından Güney Afrika’da Capetown’da 54 yaşında erkek hastada gerçekleştirilmiştir. Aynı yıl Amerika’da Shumway, Lillehei, Cooley ve Avrupa’da Dubois ilk vakalarını yapmıştır. İlk kalp nakli

sonrası değişik merkezlerde 99 kalp nakli gerçekleştirilmiş ancak yüksek rejeksiyona bağlı ölümler nedeniyle çoğu merkezde bırakılmıştır. 1970’li yıllarda endomiyokardiyal biyopsi ve rejeksiyonun histolojik sınıflamasının geliştirilmesi ve 1981’de Cyclosporin A’nın immünsüpresyon protokolüne sokulmasıyla kalp naklinde modern çağın başladığı kabul edilmektedir. 1980’li yıllarda kalp nakli uygulayan merkez sayısında artış olmuş ve 1990’lı yıllarda st seviyeye ulaşmıştır (Özbaran ve Yağdı 2011, s. 68, Özbaran ve Yağdı 2004, ss.1839-1840, rer ve Oto 1999, ss. 153-160, Aytaç 1991, ss. 8-12).

Ülkemizde 1968 yılında yapılan ilk kalp nakli başarısızlıkla sonuçlanırken, 1989 yılında Bayezid ve arkadaşları tarafından ilk başarılı kalp nakli gerçekleştirilmiştir. Dünyada 1993 yılına kadar kaydedilen 25.000’den fazla kalp nakli vakası vardır ve bu sayı gün geçtikçe artmaya devam etmektedir (Özbaran ve Yağdı 2011, s. 68, Özbaran ve Yağdı 2004, s. 1839-1840). Günümüzde kalp nakli sonrası sağ kalım oranının ilk yıl yüzde 80-90, beş yıl sonra yüzde 60-70 olduğu bildirilmektedir (Korkmaz 2014, s. 483).

2.2. KORONER ARTER BYPASS GREFT (KABG) CERRAHİSİ

Koroner arter hastalığının (KAH) tedavisinde çok yaygın olarak kullanılan, etkili ve güvenilir tedavi seçeneklerinden biri koroner arter bypass greft tekniğidir. Tüm dünyada KABG cerrahisi, açık kalp ameliyatları arasında en sık yapılan ameliyat olarak literatür de yer almaktadır. Bununla birlikte son yıllarda girişimsel kardiyolojideki gelişmeler kalp cerrahisi girişim sayısının düşmesine neden olmuştur. ABD’de 2009 yılında yaklaşık 205.000 hastaya KABG ameliyatı uygulandığı belirtilmekle birlikte ülkemizde bu rakamın 35.000 üzerinde olduğu tahmin edilmektedir (obanoğlu ve İsbir 2013, ss. 773-872).

KABG tekniğinde, vücudun başka bir yerinden damar alınarak koroner artere greft yapılmakta böylece tıkanıklığın ilerisine (distaline) kan akımı sağlanmaktadır (Badır ve Korkmaz 2014, s. 446, Erdil ve Elbaş 2001, s. 325). KABG cerrahisinin amacı anjinal ağrıyı rahatlatmak, fonksiyonel kapasiteyi artırmak, hastanın yaşam kalitesinin iyileştirmek ve hastanın ömrünün uzatılmasıdır (Yılmaz ve ifti 2010, s. 184).

KABG'nin medikal tedavilerle kontrol edilemeyen anjina, stabil olmayan anjina, yaşamı tehdit eden ventriküler aritmiler, sol ana koroner arter darlığı yüzde 60'dan fazla olması, çok damar koroner arter hastalığı ve proksimal sol inen arter (LAD)'i içeren iki damar hastalığı, komplikasyonlar ile beraber görülen akut miyokard enfarktüsü (Mİ), perkütan koroner girişimler ile tedavi edilemeyen lezyon, tıkanıklık ve perkütan koroner girişimlerin komplikasyonu veya başarısızlığı durumunda uygulanmaktadır (Hillis ve diğ. 2012, pp. 4-34, Badır ve Korkmaz 2014, s. 446, Sönmez ve diğ. 2004, s. 1345).

2.3. KAPAK (VALVUL) HASTALIKLARI

Kalp kapaklarında yetersizlik ve darlık olmak üzere iki türlü bozukluk gelişebilmektedir (Korkmaz 2014, s. 473).

2.3.1. Mitral Darlık (Stenoz)

Mitral kapakçıkların ve kordaların anatomik bozukluğu ve deformitesi sonucu diyastolde iyi açılmaması mitral darlık (MD) olarak adlandırılmaktadır (Korkmaz 2014, s. 474) Mitral darlığın en önemli nedeni romatizmal kapak hastalığıdır ve kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir (Erol 2009, s. 21). MD oluşumu ve darlığa bağlı sorunların ortaya çıkması, oldukça uzun zaman alabilmekte, belirti ve bulgular darlığın derecesine göre değişebilmekte, aniden görülebileceği gibi zamanla da belirtiler ortaya çıkabilmektedir. MD'nin ilk bulgusu, pulmoner venöz hipertansiyon nedeniyle görülen dispne ve yorgunluktur yanı sıra hemoptizi, öksürük, sık tekrarlayan akciğer enfeksiyonu ve taşikardi görülebilmektedir (Korkmaz 2014, s. 475, Erdil ve Elbaş 2001, s. 317). Eğer darlık çok ileri düzeyde değilse anjiyografik (balon valvuloplasti) yöntemlerle düzeltilebilmekte ancak ileri derecedeki darlıklarda ise hastalara cerrahi tedavi önerilmektedir (MEB 2012, s. 12).

2.3.2. Mitral Yetersizlik (Regürjitasyon)

Mitral yetersizlik (MY), kalbin kasılması sırasında mitral kapağın tam olarak kapanamamasına bağlı olarak kanı geriye kaçırmasıdır. Mitral yetersizlik darlıktan daha az görülmektedir (Erdil ve Elbaş 2001, s. 317). Romatizmal kalp hastalığı, mitral kapak prolapsusu, iskemik kalp hastalığı, enfektif endokardit, dilate kardiyomiyopati ve konjenital malfasyonlara bağlı oluşabilmektedir (Erol 2009, s. 22, Soltoski ve diğ. 2006, s. 191). Kronik MY genellikle asemptomatiktir. Miyokard enfarktüsünden kaynaklanan akut MY'in konjestif kalp yetersizliği belirtileri sergilediği belirtilmektedir. Dispne, yorgunluk ve halsizlik en

yaygın görülen semptomlardır. Aynı zamanda pulmoner konjesyon nedeniyle çarpıntı, nefes darlığı ve öksürük görülebilmektedir (Korkmaz 2014, s. 474).

Ciddi mitral yetersizliği olan hastalarda genellikle cerrahi girişime ihtiyaç duyulmaktadır. Günümüzde mitral kapak cerrahisi kapalı veya açık mitral kommissürotomi, onarım cerrahisi ve kapak replasmanı şeklinde uygulanmaktadır. Cerrahide amaç, medikal tedaviye yanıt vermeyen semptomları ortadan kaldırmak, yaşam kalitesini düzeltmek ve kapak hastalığının olası komplikasyonlarını önlemek veya en aza indirmektir. Bu amaçla hastalığın hangi döneminde ve ne zaman cerrahi uygulanması gerektiği önemlidir (Becit ve diğ. 2001, ss. 61-68).

Mitral kapak tamiri ve mitral kapak replasmanı karşılaştırıldığında; kapak tamiri yapılan olgularda perioperatif mortalite ve uzun dönem sağkalım oranlarının daha iyi olduğu, uzun dönem antikoagülasyona gerek duyulmaması sonucunda hemorajik komplikasyonlardan uzaklaşıldığı, sol ventrikül fonksiyonlarının kapak tamiri sonrasında daha iyi korunduğu, ameliyat sonrası endokardit gelişimi riskinin daha düşük olduğu ve tromboembolik komplikasyonların daha az oranda görüldüğü bildirilmektedir. Tüm bu faktörler göz önüne alındığında eğer kişinin kapak özellikleri buna uygunsa kapak değişiminden çok kapak tamiri önerilmektedir. Başarılı bir kapak tamirinden sonra kişilerin yaşamlarına normal insanlarla aynı koşullarda devam edebildiği belirtilmektedir (Çıkırıkçioğlu ve Kalangos 2004, s. 1217).

2.3.3. Aort Darlığı (Stenoz)

Sol ventrikül ve aort arasındaki deliğin darlığıdır (Korkmaz 2014, s. 475). Aort darlığı (AD) konjenital, romatizmal, enfektif endokardite veya dejeneratif kalsifikasyona bağlı gelişmektedir. Toplumların yaşam sürelerinin uzamasıyla birlikte ileri yaşlarda görülen dejeneratif kalsifikasyona bağlı aort darlığı insidansı da artmaktadır (Erol 2009, s. 18). İleri yaşlarda veya çok ciddi aort darlığına bağlı soluk görünüm, çabuk yorulma, nabız basıncında düşme, göz kararması, bayılma, göğüs ağrısı, solunum sıkıntısı, ritim bozuklukları, ani ölüm ve sol kalp yetersizliği görülebilir. Sol ventrikül fonksiyonu bozulmuş olan hastalarda ve çocuklarda ciddi aort darlığında semptom olmasa da cerrahi tedavi yapılmaktadır. Ameliyatı kaldıramıyacak semptomatik hastalarda perkütan balon valvüloplasti uygulanabilmektedir (Korkmaz 2014, s. 476)³.

³ MEB, Kardiyovasküler sistem cerrahisinde bakım, 2012, www.megep.meb.gov.tr, [erişim tarihi 12 Ocak 2015]. ss. 1-30.

2.3.4. Aort Yetersizliği (AY) (Regürjitasyon)

Diyastol sırasında aort kapağının iyi kapanamaması sonucu kanın aortadan sol ventriküle kaçmasıdır (Korkmaz 2014, s. 475). Aort kapağını (romatizmal ateş, bakteriyel endokardit, doğumsal malformasyonlar) ve aort kökünü (marfan sendromu, ankilozan spondilit, sfiliz, hipertansiyon, aort diseksiyonu, aort anevrizması) etkileyen birçok hastalığa bağlı gelişebilmektedir (Erol 2009, s. 18). AY olan hastalarda çarpıntı, sol kalp yetersizliği bulguları (ortopne, paroksizmal gece dispnesi), terleme, angina pectoris, boyun ağrısı ve baş dönmesi görülebilmektedir (Korkmaz 2014, s. 475). Hastalığın son dönemlerinde sağ kalp yetersizliği bulguları (hepatomegali, asit, ayak bileğinde ödem) görülür. AY tedavisinde medikal tedavinin çoğunlukla yetersiz kaldığı, hastada angina ve ventrikül dilatasyonu varsa cerrahi tedavinin gerekli olduğu bildirilmektedir. Cerrahi tedavi olarak valvuloplasti uygulanabilirse de genellikle aort kapak replasmanı (AVR) yapılmaktadır (Erdil ve Elbaş 2001, ss. 320-321).

2.3.5. Kapak Hastalıklarında Cerrahi Tedavi Yöntemleri

Annüloplasti: Kapak yetersizliklerinde genişlemiş annülüsün (halkanın) dikiş ya da protez halka kullanılarak daraltılmasıdır. Daha çok mitral ve triküspit yetersizlikte kullanılan bir yöntemdir (MEB 2012, s. 17, Erdil ve Elbaş 2001, s. 325).

Valvuloplasti: Yırtılan kapak yaprakçıklarının dikilerek tamir edilmesidir (MEB 2012, s. 17, Erdil ve Elbaş 2001, s. 325).

Kommissürotomi (valvotomi): Daralan kapağın genişletilmesidir. Açık ve kapalı şekilde yapılır. Daha çok mitral ve triküspit kapak darlıklarında kullanılan bir yöntem şeklidir (MEB 2012, s. 17). Kapalı kommissürotomide KPB kullanılmadan torakotomi sonrası işaret parmağı ile darlık açılmaya çalışır. Bu şekilde kapak genişlemezse dilatatör (balon) kullanılabilir. Açık kommissürotomide ise KPB kullanılmakta ve darlığın olduğu kısma bistürü ile insizyon yapılmaktadır (Erdil ve Elbaş 2001, s. 325).

Kapak Replasmanı (Değiştirilmesi): Kapak onarımının yapılamadığı durumlarda kapağın çıkarılarak yerine yapay (mekanik) ya da biyolojik kapak yerleştirilmesidir (MEB 2012, s. 17, Erdil ve Elbaş 2001, s. 325).

Septal Onarım: Kalpte atriyumlar ya da ventriküller arasındaki duvarda (septum) oluşan açıklığın cerrahi girişimle kapatılmasıdır (MEB 2012, s. 17).

2.4. SEPTAL DEFEKTLER

Kalbin sağ ve sol bölümleri arasında, atriyum ya da ventrikülleri birbirinden ayıran duvarda anormal bir açıklık (septal defekt) görülebilir. Septal defektlerin çoğu doğuştan olup, bebeklik ya da çocukluk çağında tedavi edilmektedir. Yine de bazı durumlarda erken tedavi edilmemiş erişkin hastalar olabileceği gibi, Mİ, tanılayıcı ya da tedavi edici girişimler nedeniyle de septal defekt oluşabilmektedir (Korkmaz 2014, s. 480).

Atriyal Septal Defekt (ASD), asemptomatik olabileceği gibi infant döneminde konjestif kalp yetersizliği bulgusu verebilecek kadar ileri düzeyde de olabilir. Tedavi seçimi yapılırken hastanın semptomları ve olabilecek komplikasyonlar göz önünde bulundurularak karar verilmektedir. Cerrahi tedavi her yaşta uygulanabileceği gibi düşük operasyon riski ve mükemmel uzun dönem sonuçları ile standard tedavi seçimi olmayı sürdürmektedir (Özay ve diğ. 2007, s. 172).

Geniş ventrikül septal defektli (VSD) hastalarda büyüme ve gelişme geriliği oluşabilir. Sık nefes alma, beslenememe, terleme, sık akciğer enfeksiyonları ortaya çıkabilir. Pulmoner arterde basınç yükselir ve zamanla pulmoner arterde kalıcı hasar ortaya çıkabilir (MEB 2012, s. 7). VSD tamiri de genellikle karmaşık olmayan ameliyatlardandır. Ancak defekt ventrikül içi iletim sistemini etkileyeceği ve kapaklar için içine girdiği için daha komplike bir hal alabilmektedir (Korkmaz 2014, s. 480).

2.5. AĞRI

Ağrı, tüm insanların yaşadığı, evrensel bir deneyimdir. Ağrı; yalnızca ağrıyı yaşayan birey tarafından tanımlanabilen, yoğunluğu ve özelliğine göre değişiklik gösteren biyo-fizyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel değişkenlerden etkilenen soyut bir kavramdır. Herhangi iki kişinin ağrıyı aynı şekilde yaşaması ya da bir ağrılı durumun farklı kişilerde aynı düzeyde ağrı duyusu oluşturması mümkün değildir (Tel 2010, s. 652, Büyükyılmaz ve Aştı, 2009, s. 84).

Yüzyıllardır insanoğlunun açıklamaya çalıştığı ağrı kavramının günümüzde en geçerli tanımını 1979 yılında Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP International Association for the Study of Pain) Taksonomi Komitesi tarafından yapılmıştır. Bugün de kabul gören bu tanıma göre ağrı; “vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, bireyin geçmişteki deneyimlerinden etkilenen, hoş

olmayan emosyonel bir duyum, bir davranış şekli” dir. Bu tanımdan da anlaşıldığı gibi ağrı, bir duyum ve hoşça gitmeyen yapıda olduğu için her zaman subjektiftir. Ağrı duyusu olası hasara karşı vücudumuzu uyararak, bedenin önemli bir savunmasıdır (Eti Aslan 2014, s. 127, Kılıç ve Öztunç 2012, s. 37, Tel 2010, s. 652, Faydalı 2010, s. 85, Eti Aslan ve Karadağlı 2007, s. 89, Eti Aslan 2002 s. 9).

Ağrının nesnel, çok boyutlu ve kompleks doğasını açıklayıcı en iyi tanımı Mc Caffery'nin yaptığı düşünülmektedir. Mc Caffery'e göre ağrı; “kişinin söylediği şeydir. Eğer söylüyorsa vardır. Ona inanmak gerekir” (Eti Aslan 2014, s. 127, Eti Aslan ve Karadağlı 2007, s. 90).

2.5.1. Ağrının Sistemler Üzerine Etkisi

Ağrının kaynağı ve tipi ne olursa olsun, etkin tedavisi önemli olup, giderilmediğinde hastayı hem psikolojik hem de fiziksel olarak olumsuz etkiler. Çünkü ağrı, organizma için bir stresördür ve vücutta stres tepkisini oluşturur. Ağrının oluşturduğu strese bağlı olarak katekolamin (epinefrin, norepinefrin) ve katabolik hormonlarda artma, buna karşın insülin ve testosteron gibi anabolik hormonlarda azalmaya bağlı hiperglisemi, negatif nitrojen dengesi, immün yanıtta azalma, hipertansiyon, taşikardi, disritmi, sodyum retansiyonu, oligüri, tromboemboli tablosu ile karşı karşıya kalınabilir (Eti Aslan 2014, s. 129, Tel 2010, s. 653, Faydalı 2010, s. 84, Çoçelli ve diğ. 2008, s. 54, Eti Aslan ve Karadağ 2007, ss. 90-91).

Özellikle batin ve toraksa uygulanan cerrahi girişimden sonra ağrı derin soluk alma ve öksürüğü kısıtlamakta, buna bağlı olarakta hipoksi, atelektezi ve pnömoni gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir. Ağrılı hastalarda akciğer vital kapasitesi azalmakta, ağrı nedeniyle oluşan hareketsizlik özellikle alt ekstremitelerde kan akımının azalmasına, derin ven trombozuna ve tromboemboli riskinin artmasına neden olmaktadır. Ağrı nedeniyle sempatik sinir sistemi aktivitesinin artması gastrik sekresyonları artırır, intestinal tonüsü azaltır ve bu durumda gastrik boşalma yavaşlar. Gastrik stazan ve parolitik ileus görülebilir. Bu durumlar hastada bulantı, kusma, iştahsızlık, aspirasyon, gastrik irritasyon ve ülserasyona neden olabilir. Kusma ve iştahsızlık elektrolit dengesizliklerine yol açabilir. Ayrıca, üretra ve mesane hipomotilitesine yol açarak üriner retansiyonuna neden olduğu belirtilmektedir (Eti Aslan 2014, s. 129, Faydalı 2010, s. 84, Çoçelli ve diğ. 2008, s. 54, Eti Aslan 2005, s. 25, Milgrom ve diğ. 2004, p. 117).

Ağrıya eşlik eden en önemli duyuşsal tepki anksiyetedir. Anksiyete kas tonüsünü arttırır. Artan kas tonüsü de oksijen tüketimi ve laktik asit üretimini arttırarak kaslarda kramplara neden olmaktadır. Ağrı deneyimi sırasında anksiyete ve depresyona ek olarak korku, keder, ümitsizlik, öfke, çaresizlik, suçluluk gibi duyuşsal tepkilerde yaşanabilir. Bu tür duygular kişinin fiziksel aktivitesini, sosyal ilişkilerini olumsuz etkileyebilmekte, kişiyi yetersizleştirmekte ve yaşam kalitesini düşürebilmektedir (Eti Aslan 2014, s. 129, Tel 2010, s. 653, Faydalı 2010, ss. 84-85, Eti Aslan 2005, s. 25). Bununla birlikte ağrı, bireyin benlik saygısını da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Özellikle ağrı ile baş edemeyen bireylerin benlik saygısında azalma gözlenebilmektedir (Kılıç ve Öztunç 2012, s. 38). Artan korku ve anksiyete ağrı şiddetinin artmasına ve cerrahi girişim sonrası fazla opioid gereksinimine neden olmaktadır. Ağrı nedeni ile cerrahi hastalarda ortaya çıkan bu olumsuzlukların önlenmesi için dikkatli bir tedavi ve bakım ile analjeziklerin kaliteli kullanımı önemlidir. (Eti Aslan 2014, s. 129, Tel 2010, s. 653, Faydalı 2010, ss. 84-85, Eti Aslan 2005, s.25)

2.5.2. Ağrının Değerlendirilmesi

Ağrı kişiye özgü nesnel bir belirtidir ve çok boyutludur. Sosyal, fiziksel, çevresel, psikolojik, kültürel ve bireysel faktörlerden etkilenir (Milgrom ve diğ. 2004, p. 116). Ağrıyı algılama, tanılama ve ağrıya karşı verilen reaksiyonlar kişiden kişiye değişiklik gösterir. Ağrı değerlendirilirken hastayı tüm yönleri ile tanıma ve doğru öykü almayı, sürekli gözlem yapmayı, ağrı değerlendirmesinde uygun yöntemleri kullanmayı gerektirmektedir (Eti Aslan 2014, s. 133, Tel 2010, s. 656, Çoçelli ve diğ. 2008, s. 55, Eti Aslan 2002, s. 9).

Ağrı herkesin bir an önce kurtulmak istediği, rahatsızlık veren bir yakındır. Ağrı algısını etkileyen faktörlerin bilinmesi ağrının tanılanması, ağrı nedenlerinin belirlenmesi ve ağrıyı gidermede etkili olacak uygulamaların seçiminde oldukça önemlidir. Hastanın tedaviye uyumu ve iyileşmesi aşamasında çok önemli bir kavram olup bu faktörler her hasta için farklı derecede etki göstermektedir. Yaş, cinsiyet, kişilik yapısı, kültür, ağrının birey için anlamı, dikkat, anksiyete, yorgunluk, önceki ağrı deneyimi, ağrıyla başetmede kullanılan yöntemler, aile ve sosyal destek bireyin ağrı algısını etkileyen faktörlerdir (Eti Aslan 2014, ss. 131-132, Kılıç ve Öztunç 2012, s. 38, Tel 2010, ss. 655-656).

Bireyin daha önceki ağrı deneyiminin ve başetme yöntemlerinin öğrenilmesi, ağrı ile başetme için etkili müdahalelerin belirlenmesinde yol göstericidir. Sağlık bakım profesyonelleri ağrıyı değerlendirirken, gözlem yapma becerisini etkin bir biçimde kullanmalıdır. Bireyin

davranışları, yüz ifadesi, iskelet kaslarındaki gerginlik, uyku bozuklukları, anksiyete, aktivite durumu gözlenerek ağrı ve şiddeti konusunda bilgi sahibi olunabilir. Nabız hızı, solunum hızındaki değişiklik, kan basıncı değerleri, terleme, bulantı, kusma ve pupil büyüklüğü gibi fizyolojik belirtiler ağrıyı gösteren subjektif verilerdir. Bununla birlikte ağrı ölçekleri, ağrının objektif değerlendirilmesinde kullanılan araçlardır (Eti Aslan 2014, s. 141, Tel 2010, s. 656).

Ağrı şiddetini değerlendirmek için objektif ağrı ölçeği kullanımı; hastanın sayılar ya da kelimelerle bildirdiği ağrı şiddeti ve niteliğini olabildiğince objektif hale dönüştürmeye, hasta ve hastanın bakımını sürdüren sağlık profesyonelleri arasında farklı yorumları ortadan kaldırmaya olanak vermektedir (Tel 2010. ss. 656-657, Eti Aslan 2005, s. 29, Eti Aslan 2002, s. 11). Ağrı ölçümü tek veya çok boyutlu ölçekler kullanılarak değerlendirilebilir. Tek boyutlu ölçekler; Sayısal Ölçekler, Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ), Sözel Kategori Ölçeği ve Yüz İfadesi Ölçeği'dir (Çöçelli ve diğ. 2008, s. 55, Eti Aslan 2002, s. 11).

2.5.3. Ağrının Kontrolü

Ağrı yönetiminin amacı en az yan etki ile ağrının en yüksek düzeyde giderilmesidir. Bu amaçla ağrı yönetiminde farmakolojik, nonfarmakolojik ve cerrahi yöntemler kullanılmaktadır (Kılınç ve Öztunç 2012, s. 38).

2.5.3.1. Farmakolojik Yöntemler

Farmakolojik yöntemler ağrı gidermede kullanılan en yaygın yöntemlerdir. Ağrının farmakolojik tedavisinde kullanılan analjezikler dünyada ve Türkiye'de antibiyotiklerden sonra en çok kullanılan ilaçlar arasında ikinci sırada yer almaktadır. Ağrının giderilmesinde en çok narkotik ve narkotik olmayan analjezikler kullanılmaktadır. Bunların yanısıra farmakolojik tedavide; nonsteroid antiinflamatuvarlar, opioidler ve nöropsikiyatrik ilaçlar da kullanılmaktadır. Ağrı kontrolünde analjezik tedavisi, çabuk etki göstermesi ve kolay uygulanabilir olması nedeniyle ağrının giderilmesinde en çok tercih edilen tedavi yöntemidir. Bu ilaçların belirli protokoller dahilinde ve analjezinin sürekli ve yeterli olmasını sağlayacak şekilde belirli aralıklarla verilmesi gerekmektedir (Kılıç ve Öztunç 2012, s. 38, Özveren 2011, s. 84, Faydalı 2010, s. 85). Yapılan bir çalışmada, hastaların 2/3'ünün ağrıları şiddetlenirse

analjezik istiyebileceklerini bildikleri, hemşirelerinde aynı eğilimde olup, ilacı vermeden önce ağrının şiddetlenmesini bekledikleri belirlenmiştir (Eti Aslan 2005, s. 29).

Analjezikler bilinçli ve uygun kullanıldığında sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için vazgeçilmez ürünlerdir. Ancak kurallarına uygun kullanılmadığında maliyeti artıran, morbidite ve mortaliteye neden olan, bazı fizyolojik fonksiyonları olumsuz etkileyen ve özellikle narkotiklerin kullanıldığı durumlarda her defasında dozun artırılması nedeniyle tolerans gelişmesi gibi olumsuz yönleri vardır (Özveren 2011, s. 84, Faydalı 2010, s. 87).

Farmakolojik Yöntemlerle Ağrı Yönetiminde Önerilen İlkeler

- İlaçlar etkili dozda kullanılmalı,
- Narkotik korkusundan vazgeçilmeli,
- Analjezikler “ gerektiğinde” değil “saatinde” uygulanmalı,
- İlaç dozu, hastanın gereksinimine göre bireyselleştirilmeli,
- İlacın etkisi değerlendirilmeli,
- Doz, ağrının süresine ya da alışkanlığa göre değil, ağrının şiddetine göre ayarlanmalı,
- Hasta için en uygun verilme yolu kullanılmalı,
- Hasta kontrollü analjezi uygulanacaksa; cihaz hastaya tanıtılmalı,alarm ve butonlar konusunda bilgi verilmelidir (Eti Aslan 2014, s. 144, Arslan ve Çelebioğlu 2004, s. 4).

3.5.3.2. Nonfarmakolojik Yöntemler

Nonfarmakolojik yöntemlerin gerek yalnız başlarına gerekse farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanılması ağrı kontrolüne yardımcı olduğu düşünülmektedir. Farmakolojik tedavide kullanılan ilaçlar somatik ağrı (fizyolojik ve duygusal) üzerine etki ederken, nonfarmakolojik tedavilerde kullanılan yöntemler ağrının duygusal, bilişsel, davranışsal ve sosyokültürel boyutlarına etki etmektedir (Kılıç ve Öztunç 2012, s. 39).

Ağrının giderilmesinde ya da hafifletilmesinde kullanılan nonfarmakolojik yaklaşımlar, bireyin aktif rol aldığı uygulamaları kapsar. Dikkati başka yöne çekme, gevşeme, hayal kurma, masaj, terapotik dokunma, hipnoz, sözel destek, müzik, aromaterapi ve akapunktur gibi uygulamalar nonfarmakolojik uygulamalardır. Nonfarmakolojik yöntemlerin ağrı gidermede kullanım amacı analjeziklerin kullanım oranının azaltılması, yan etkilerinin az olması, hastanın özbakımını güçlendirmesi ve hastanın ağrı sorununun olabildiğince giderilerek

yaşam kalitesinin yükseltilmesidir (Yılmaz ve Gürler 2011, s. 72, Tel 2010, s. 657, Aslan ve Çelebioğlu 2005, s. 4).

Bu yöntemlerin birey tarafından kolaylıkla uygulanabilir olması, analjezikler gibi yan etkilerinin olmaması ve bireye ekonomik yük getirmemesi gibi avantajları vardır (Özveren 2011, s. 84). Bireyin, ağrıyı gidermek için kullanılan yöntemlere katılımının sağlanması önemlidir. Bireyin ağrının giderilmesi ya da hafifletilmesi için kullanılan yöntemlerde etkin rol alması, yöntemin başarısının artmasının ötesinde etik ve yasal bir gerekliliktir. Bireyin katılımı ile düzenli ve yeterli ağrı kontrolünün sağlanması, bireyin otonomisini korumaya, ümitsizlik ve güçsüzlük yaşamasını engellemeye katkı sağlamaktadır (Tel 2010, s. 658).

2.5.3.3. Cerrahi Yöntemler

Cerrahi tedavi yöntemleri, ağrının farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemlerle kontrol altına alınamadığı, yetersiz kaldığı durumlarda uygulanır. Bu yöntem merkezi sinir sistemine giden ağrı yollarının belirli bölgelerde bloke edilmesine dayanmaktadır. Ancak ağrı kontrolünde bu yöntem bazı komplikasyonlara neden olabileceği için en son tercih edilmektedir (Kılıç ve Öztunç 2012, s. 45, Öztunç 2011, s. 90, Arslan ve Çelebioğlu 2004, s. 4).

2.5.4. Ameliyat Sonrası Ağrı

Ameliyat sonrası ağrı, cerrahi travma ile başlayan, giderek azalan ve doku iyileşmesi ile sonlanan akut bir ağrıdır. Ameliyat sonrası enfeksiyon, distansiyon, sıkı pansuman ve alçı da bu dönemde ağrı şiddetini arttıran faktörlerdendir (Büyükyılmaz ve Aştı 2009, s. 85). Cerrahi tedavi gören 353 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, hastaların yüzde 58'inin şiddetli ağrı deneyimlediği, bu hastaların yarısından azının durumu sağlık çalışanlarına bildirdiği belirlenmiştir (Eti Aslan 2005, s. 25).

Ameliyat sonrası ağrının tanınması ve tedavisinde, yapılan cerrahi girişimin yanı sıra; ağrının şiddeti ve süresi, ağrının yeri, ağrıyı etkileyen faktörler, ağrının günlük yaşam aktivitelerine etkisi, hastanın ameliyat ve sonuçlarına ilişkin bilgi düzeyi önem kazanmaktadır (Çevik ve Zaybak 2011, ss. 54-55, Büyükyılmaz ve Aştı, 2009 s. 85). Ameliyat sonrası ağrı, hastalarda sıkıntı, endişe, korku ve depresyon yaratmaktadır. Ameliyat sonrası ağrının geçirilmesinin cerrahinin hem mortalite hem de morbiditesini azalttığı ve cerrahiden sonra daha erken iyileşmeyi sağladığı gösterilmiştir (Sidar ve diğ. 2013, s. 2)

Açık kalp cerrahisinde ameliyat sonrası ağrının görülmesini etkileyen birçok faktör vardır. Hastalarda sternumun açılması, insizyon boyunca interkostal sinirlerin kesilmesi, göğüs drenlerinin yol açtığı plevral irritasyon ve ayrıca koroner arter bypass greft (KABG) ameliyatlarında safen ven greftinin çıkarıldığı bölgelerdeki insizyon, hastanede yatış süresince uygulanan invaziv girişimler, endotrakeal tüp, ameliyat sonrası işlemler nedeniyle ağrı gelişebilir (Badır ve Korkmaz 2010, s. 520, Çevik ve Zaybak 2011, ss. 54-55, Martin ve Turkelson 2006, p. 116, Milgrom ve diğ. 2004, p. 117, Mueller ve diğ. 2000, p. 391). Milgrom ve ark. (2004) çalışmasında ağrının en belirgin etkisinin hareketlilikte azalma olduğu ve hastaların ağrılarının hareket, öksürük ve yatak içinde dönme sırasında arttığı belirlenmiştir (Çevik ve Zaybak 2011, s. 55).

Kalp cerrahisi sonrası 48-72 saatlik zaman diliminde ağrının neredeyse kaçınılmaz olması ve büyük oranda şiddetli yaşanması nedeniyle ağrının azaltılması için özellikle ekip yaklaşımı ve çeşitli analjezik kombinasyonları ile nonfarmakolojik yaklaşımların birlikte kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır. Ameliyat sonrası öncelikle parenteral yolla kuvvetli narkotik analjeziklerin verildiği, ilerleyen zamanda daha zayıf analjeziklerin oral yol ile kullanımına geçildiği belirtilmektedir. Cerrahi hastalarında analjeziklerin kullanımı ile ilgili literatürde ameliyat sonrası ağrının önlenmesi için analjeziklerin ameliyat öncesi başlanması, ameliyat süresince ve sonrası dönemde de devam etmesi gerektiği yer almaktadır (Yılmaz ve Gürler 2011, s. 72, Faydalı 2010, s. 86, Milgrom ve diğ. 2004, p. 117).

2.5.5. Ameliyat Sonrası Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü

Etkin ameliyat sonrası ağrı kontrolü; birey merkezli/bireye özgü bütüncül bir yaklaşım ve multidisipliner ekip anlayışıyla gerçekleştirilebilir. Hemşirelerin hastalarla daha uzun süre birlikte olması, hastanın önceki ağrı deneyimlerini ve başatma yöntemlerini öğrenmesi ve gerektiğinde bunlardan yararlanması nedeniyle ekip içerisinde vazgeçilmez bir yeri bulunmaktadır. Hemşire; ameliyat sonrası ağrının tanınmasında, kontrol altına alınmasında, başa çıkma yollarının uygulanmasında ve hastaya öğretilmesinde etkin rol oynar (Eti Aslan 2014, s. 138, Kılıç ve Öztunç 2012, s. 36, Büyükyılmaz ve Aştı 2009, s. 85).

Ağrı kontrolü kalite, maliyet ve etik açıdan önemlidir. Çünkü hastaların ağrı çekmelerine izin vermek bakımın kalitesini düşürür ve iyileşme sürecini geciktirir. Ağrı, hastanın günlük yaşam aktivitelerini kısıtlar. Günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanması ağrının daha

kötüleşmesine yol açan bir kısır döngü oluşturur. Bu kısır döngünün en önemli özelliği hareketsizliktir. Özellikle kronik ağrı insanın uzun süre hareket etmemesine, buna bağlı olarak kas gücünü ve etkinliğini yitirmesine yol açmaktadır (Eti Aslan ve Karadağlı 2007, s. 91). Ayrıca yoğun bakım ortamlarında günlük rutin bakım ve tedavi uygulamalarında hastalarda çeşitli derecelerde ağrıya yol açtığı ve bu ağrı nedeniyle hastaların mobilizasyon, derin solunum ve öksürük egzersizlerinde isteksiz oldukları belirtilmektedir (Yava ve diğ. 2013, s. 185, Çevik, Zaybak 2011, s. 55). Bu durum kardiyak cerrahi geçiren hastaların hassas olan hemodinamik dengeleri üzerinde önemli etkiler oluşturarak morbidite ve mortalitenin artmasını sağlamaktadır (Yava ve diğ. 2013, s. 185). Hemşirelerin bu nedenle ağrı yönetimi konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip olmaları gerekmektedir (Çöçelli ve diğ. 2008, s. 57). Akciğerlerdeki komplikasyonları önlemek amacıyla yaptırılan derin solunum ve öksürük egzersizleri esnasında ağrının daha az hissedilmesi için sternumu bir yastık ile desteklenmesi gerekmektedir. Göğüs tüpünün çıkarılması ve mobilizasyon ağrılı bir işlem olduğu için, tüp çıkarılmadan önce ve mobilizasyon öncesi hastaya sedasyon yapılması önerilmektedir (Martin ve Turkelson. 2006, s. 116).

Yapılan çalışmalarda hekim ve hemşirelerin yüzde 58'inin ağrı kontrolünü bilmedikleri, ağrıyı geçirmek amacıyla yeterli önlem almadıkları, sağlık bakım ekibinin hastaların ağrılarını onlardan düşük tahmin ettikleri, hemşirelerin yüzde 96,23'ünün, ağrısını ifade eden hastaya inanmadıkları ve yüzde 47,62'sinin de ağrısını ifade edemeyen hastaların ağrı davranışlarını izlemedikleri belirlenmiştir (Eti Aslan 2014, s. 138).

Ayrıca çalışmalarda hemşirelerin ağrı kontrolünde sıklıkla ilaç uygulama yöntemini seçtikleri bağımsız rollerini yeteri kadar kullanmadıkları, hemşirelerin bağımsız olarak uygulayabileceği bazı nonfarmakolojik yöntemler hakkında bilgi ve deneyimlerinin yetersiz olduğu ve bu konularda hastalara herhangi bir eğitim vermedikleri de bildirilmektedir (Kılıç ve Öztunç 2012, s. 36). Özer ve Akyürek (2006) çalışmasında, hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi ve davranış skorunun orta düzeyde olduğunu, ağrı fizyolojisi ve ağrının farmakolojik yönetimi konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını belirlemiştir (Çöçelli ve diğ. 2008, s. 57). Bu nedenle hemşirelere ağrı ile ilgili eğitimlerinin hizmet içi eğitim programları ile desteklenmesi, eğitim programı konuları içinde ağrı, ağrı kontrolü ve nonfarmakolojik ağrı geçirme yöntemlerine de yer verilmesi gerektiği belirtilmektedir (Çöçelli ve diğ. 2008, s. 57).

2.6. UYKU

Uyku; organizmanın çevreyle iletişiminin değişik şiddette ve uyarılarla geri döndürülebilir biçimde geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolması durumudur (Karagözoğlu ve diğ. 2007, s. 234). Başka bir tanıma göre uyku; bireyin duyuşal ya da başka uyarılar ile uyandırılabilereceği bir bilinçsizlik durumudur (Akdemir 2003, s. 129). Uyku, fiziksel, ruhsal, sosyal ve entelektüel gereksinimleri olan insanın, gerek fiziksel gerekse ruhsal yönden sağlıklı olması için önemli olan temel günlük yaşam aktivitelerinden biridir. Uyku; bireyi stres ve sorumluluklardan uzaklaştırarak rahatlatan, ruhsal ve fiziksel açıdan yeniden enerji depolanmasını sağlayan bir süreçtir. Organizma için yemek yemek, su içmek, nefes almak gibi zorunlu fizyolojik bir ihtiyaçtır. İnsan yaşamının yaklaşık 1/3'ünü oluşturur (Kurt ve Enç 2013, s. 2, Özkaya ve diğ. 2013, s. 122, Karagözoğlu ve diğ. 2007, s. 234). Düzenli bir uyku uyunmadığında vücut kendini bir sonraki güne hazırlayamaz. Bu doğrultuda yapılan bir çalışmada gece uykusunda 1.3 ile 1.5 saatlik kısalmanın ertesi günkü uyanıklığı yüzde 32 oranında azalttığı sonucuna varılmıştır (Karagözoğlu ve diğ. 2007, s. 234). Uyku düzeninde ve kalitesinde olan bir değişiklik günlük yaşam aktivitelerini etkilerken, bu değişikliğin uzun süre devam etmesi ise beden ve ruh sağlığının bozulmasına neden olabilir (Özgün ve Baysan 2005, s. 97). Bireyler gereksinimleri ölçüsünde uyuyamazlarsa belli bir süre sonra yorgunluk, bezginlik, dikkati toplayamama, ağrıya karşı duyarlılığın artması ve sinirlilik gibi durumlar gözlenebilmektedir (Karagözoğlu ve diğ. 2007, s. 234).

Uyku sorunları, bir belirti olarak hemen hemen her hastalıkta karşılaşılan ve yıllardır üzerinde durulan alanlardan birisidir (Akçay ve diğ. 2013, s. 442, Özgen 2001, s. 42). Cerrahi girişimler, hasta için beklenmedik ve olumsuz bir yaşam deneyimi olup, hastalar büyük bir endişe ve korku hissederler. Cerrahi servisinde yatan hastaların, endişe, ağrı ve cerrahi girişim sonrası pozisyon kısıtlılığı gibi nedenlerle de uyku kalitelerinin düşük olduğu belirtilmektedir. Ağrının uyku bozukluğuna neden olan en önemli faktör olduğu belirtilmekle birlikte, hastaların çoğunun ağrı olmasa da ameliyat sonrası ilk gece uyku bozukluğu yaşadıkları belirtilmektedir (Özkaya ve diğ. 2013, s. 122). Hasta olan bireylerin normalden daha fazla uyku ve dinlenmeye gereksinimleri vardır. (Karagözoğlu ve diğ. 2007, s. 235). Bu nedenle, ameliyat sonrası uyku bozukluklarına neden olan faktörlerin belirlenip ortadan kaldırılması ve normal uyku sürecinin sağlanması oldukça önemlidir (Özkaya ve diğ. 2013, s. 122).

2.6.1. Uykunun Evreleri

Tüm vücudu ilgilendiren etkileri olsa da uyku beynin bir işlevidir ve NREM uyku (non-rapid eye movement; hızlı olmayan göz hareketleri) ve REM uykusu (rapid eye movement; hızlı

göz hareketleri) olmak üzere iki ana evreden oluşmaktadır (Kurt ve Enç 2013, s. 2, Öztürk 2007, s. 115, Özgen 2001, s. 41).

Genellikle kısa bir uyanıklık döneminden sonra uykuya geçilmektedir. Uykunun başlamasından yaklaşık 90 dakika sonra da ilk REM dönemi ortaya çıkmakta, daha sonra da yaklaşık 90 dakika aralarla bir gecede 3-5 REM döneminden geçilmektedir (Özgen 2001, s. 41). Normal bir uyku süresinin yüzde 20-25'ini REM uyku, yüzde 75-80'ini ise NREM uyku oluşturur (Kurt ve Enç 2013, s. 4).

2.6.1.1. Yavaş dalga uykusu-NREM uykusu

NREM, uykunun ilk saatlerinde görülen, günlük uykunun büyük bir bölümünü oluşturan ve son derece dinlendirici, göz devinimlerinin olmadığı, sakin ve senkronize bir uykudur. NREM uyku, EEG dalgaları ile belirlenmiş 4 evreden oluşur (Kurt ve Enç 2013 s. 2, Akdemir 2003, s. 129). 1. ve kısmen 2. evre yüzeysel uyku olarak adlandırılır, uyku ile uyanıklık geçişi arasındaki dönemi oluşturmakta olup bu dönemde insanlar kolaylıkla uyandırılabilir. 3. ve 4. evre derin uyku dönemidir. İnsanın uyandırılabilmesi için daha şiddetli uyarana ihtiyaç vardır. 4. evrede kanda büyüme hormonu (GH) salgılanmasında artış olduğu görülmüştür. GH salgısındaki artışla birlikte protein sentezi artmakta, hücre yenilenmesi gerçekleşmekte, metabolizma yavaşlamakta, kalp damar sistemi ve solunum sistemindeki fizyolojik aktivitelerde genel olarak azalma dikkat çekmektedir (Gellerstedt ve diğ. 2013, p. 2, Akdemir 2003, ss.129-130, Özgen 2001, s. 41).

2.6.1.2. Hızlı uyku devresi-REM uykusu

REM uykusu hafif bir korteks uykusu olup, uyanıklığa çok yakın bir dönemdir. REM döneminde solunum ve göz kasları dışındaki iskelet kaslarında tonus kaybı (atoni) olmaktadır. Bu sırada hızlı göz hareketleri (REM) başlamakta, fazik ve tonik değişimler birbirini izlemekte, bilişsel ve fizyolojik aktivitelerde artış dikkati çekmektedir. Erkeklerde ereksiyon ortaya çıkmakta kalp atımında taşikardi, bradikardi dönemleri gözlenmekte, solunum sayısı ve derinliğinde değişimler ortaya çıkmaktadır. REM evresi gece uykusunun yüzde 15-25'ini oluşturur ve organize canlı düşlerin görüldüğü evredir (Kurt ve Enç 2013, s. 3, Akdemir 2003, s. 130, Özgen 2001, s. 42).

2.6.2. Uyku Durumunu Etkileyen Faktörler

Uyku, karmaşık, yüksek derecede organizasyon gösteren, birçok iç ve dış faktörden etkilenen, belli dönemlerinde beynin uyanıklık kadar aktif olduğu, geri dönüşümlü bir bilinçsizlik ve seçici yanıtızlık özellikleri gösteren bir süreçtir (Kurt ve Enç 2013, s. 2). Sağlık sorunları nedeniyle hastaneye yatan bireyde, uyku gereksiniminin giderilmesinde güçlüklerle karşılaşmaktadır (Yılmaz ve diğ. 2008, s. 149).

Uyku bozuklukları çeşitli nedenlere bağlanabilir. Bu nedenler arasında çeşitli hastalıklar, uygulanmakta olan çeşitli tedavilerin etkileri ve çeşitli biyopsikososyal faktörler yer almaktadır. Uyku bozukluklarına etki yaptığı görülen önemli epidemiyolojik faktörler arasında; ileri yaş, kadın cinsiyet, son zamanlarda yaşanmış stres, depresyon, anksiyete, alkol, madde kötüye kullanımı ve fiziksel hastalıklar bulunmaktadır (Yılmaz 2012, ss. 94-95).

Birçok fizyolojik, ruhsal ve çevresel etken uykunun kalitesini bozabilir. Bireyin içinde bulunduğu gerginlik, kaygı gibi yaşantıların uykunun başlangıcında beklenen gevşemeye engel olduğu, hatta uyku ya da uyumanın kaygı verici bir yaşantı olarak ortaya çıktığı belirtilmektedir. Böylece, uykuya giriş gecikmekte ya da uykuya geçilememekte, zaman zaman uyku başlasa bile kesintilerle sürmektedir (Özgen 2001, s. 43). Hastanede yatan hastalarda ağrı, fiziksel durum, ilaç tedavisi, ölüm korkusu, stres ve kaygı, ışıklandırma, çevresel gürültü, hoş olmayan kokular, kalabalık, yatağın temizlik ve düzeni, hemşirelik girişimleri, invaziv girişimler, gizlilik kaybı ve aileden uzak kalma gibi pek çok nedenle uyku sorunları sık görülmektedir (Kurt ve Enç 2013, s. 4, Terzi ve Kaya 2011, s. 24, Yılmaz ve diğ. 2008, s. 150). Elitoğ ve diğ.'lerinin (2008) çalışmasında, kalp cerrahisi sonrası hastaların uykularını etkileyen bireysel faktörlerin başında yüzde 74,3 zorunlu sırt üstü yatış pozisyonu, yüzde 47,1 ağrı ve yüzde 12,9 hastalığa ait kaygı ilk sıralarda yer almıştır (Elitoğ ve diğ. 2008, s. 1)⁴. Özellikle yoğun bakım hastalarında kullanılan pek çok ilacın ajitasyon, uykusuzluk, yorgunluk gibi yan etkileri nedeniyle uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (Kurt ve Enç 2013, s. 5).

2.6.3. Uyku Bozukluğunun Etkileri

Hasta olma ve hastaneye yatma bireyin yaşantısını çok çeşitli etkilemekte; kaygısını arttırmakta ve yaşam dengesini bozabilmektedir (Yılmaz ve diğ. 2008, s. 149). Bir çalışmada

⁴ Elitoğ, N., Öztürk, N., Menteş, D., Zeytun, B., Kahraman, H., Kırdag, G., Cengiz, O., & Erkuş, B., 2008, Kalp cerrahisi operasyonu geçirmiş olan hastaların post-op hastanede yatış dönemlerinde uykularını etkileyen faktörler ve günlük uyku düzenindeki değişimlerin değerlendirilmesi. www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/e-yeni_tasarim. [erişim tarihi 20 Mart 2015].

hastaneye yatan hastaların yüzde 45,5'inde uyku düzenlerinde değişme olduğu, Kara'nın (1996) çalışmasında hastaların yüzde 72,9'un uyku sorunu yaşadığı belirlenmiştir (Özkaya ve diğ. 2013, s. 122). Uyku bozukluğu ve uyku yoksunluğu kuvvetli bir stresördür ve uyku ritminin bozulması bireyde fizyolojik ve psikolojik bozukluklara neden olabilir ve genel sağlık üzerine olumsuz etkileri yaşanabilir (Akdemir 2003, s. 138). Cerrahi girişim sonrası uyku sorunları ağrı eşiğini düşürür ve istenmeyen komplikasyonların ortaya çıkmasına neden olur (Özkaya ve diğ. 2013, s. 122). Biyolojik ritim ile uyku saatlerindeki uyumsuzluğun kardiyak ritim bozukluklarına yol açabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle hastanın kardiyak ritmi düzenli olarak kontrol edilmelidir (Kurt ve Enç 2013, s. 7)

Hastalar, uykuda geçirmeleri gereken sürenin önemli bir bölümünü uyanık olarak geçirmeleri nedeniyle uykunun terapötik etkisinden yeterince yararlanamamaktadır. Yeterli ve dinlendirici olmayan uyku, bireyin immün sistemini, yara iyileşme sürecini ve bilişsel fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Düzensiz uyku hipertansiyon, diyabet gibi potansiyel hastalıklara eğilimin artmasına neden olabilmektedir (Erol ve Enç 2009, ss. 24-31, Karagözoğlu ve diğ. 2007, s. 235, Akdemir 2003, s. 138). Hastaların konsantrasyonu olumsuz etkilenmekte, anksiyete yönetiminde zorluklara ve ruh hallerinde değişikliklere neden olmaktadır (Gellerstedt ve diğ. 2013, p. 2). Bireylerde belli bir süre sonra yorgunluk, gerginlik, sinirlilik, dikkati toplayamama, depresyon, anksiyete, endişe, ağrıya karşı duyarlılığın artması gibi fiziksel ve duygusal çöküntü yaşanmaktadır. Birey günlük aktivitelerini yerine getirmede güçlük yaşamakta, bu durum daha fazla gerginlik yarattığı için stres düzeyini de arttırarak sağlığına kavuşmasını geciktirmektedir (Erol ve Enç 2009, ss. 24-31, Karagözoğlu ve diğ. 2007, s. 235, Akdemir 2003, s. 138).

2.6.4. Uyku ve Hemşirelik

Hemşirelik uyku gereksinimlerini de içeren, temel insan gereksinimlerinin karşılanmasını sağlayan bir meslektir. Hemşireler bakım verdikleri hastalara bütüncül bir yaklaşımla yardım edebilmeli, hastayı etkileyen bu tür sorunları tanıyabilmeli ve girişimde bulunabilmelidir (Yılmaz ve diğ. 2008, s. 150). Hemşirelerin uykunun insan yaşamındaki önemini bilmelerine karşın, bu süreçteki evrelerde meydana gelen değişikliklere ilişkin bilgileri uygulamaya yeterince yansıtamadıkları ve dolayısıyla hastalarında görülen uyku sorunlarını kapsamlı bir şekilde giderme konusunda zorluk çektikleri görülmektedir (Özgün ve Baysan 2005, s. 97).

Uyku sorunları olan hastaların bakım ve tedavisini sürdüren hemşirelerin uyku bozukluklarını erken dönemde tanımlama, var olan stresörleri azaltma, terapötik bir ortam yaratmak üzere gerekli çevresel düzenlemeyi sağlama gibi önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır (Erol ve Enç. 2009, ss. 24-31). Hastaların daha rahat uyumalarına engel olan faktörlerin saptanması ve engellenmesi ile normal uyku sürecinin sürdürülmesi önemlidir (Akdemir 2003, s. 138). Uyku fizyolojisini ve uyku sorunlarına yol açan faktörleri bilmek, hemşirenin uykuyu kalite ve süre açısından değerlendirmesini ve gerekli hemşirelik bakımını planlanmasını kolaylaştıracaktır. Ekip üyeleri ile de uykunun önemi, gerekliliği ve sağlığı geliştirici yönü konusunda bilgi alışverişinde bulunularak, hastanede yatan hastaların en üst düzeyde uyku ve dinlenmelerinin sağlanması yönünde işbirliği yapılmalıdır (Kurt ve Enç 2013, s. 6-7, Erol ve Enç. 2009, ss. 24-31).

Hemşireler, hasta bireyin normal uyku düzeni ve alışkanlıkları incelemeli, geçmişte yaşadığı uyku düzensizliklerinin ciddiyeti, süresi, sıklığı, gündüz uyku alışkanlığı, uykuyu etkileyen kronik hastalık durumları (kronik obstrüktif akciğer hastalığı, noktüri, hipertansiyon vb.) olup olmadığı, sedatif/hipnotik ilaç alma durumu, vb. açıdan hastayı değerlendirmelidir. Akut hastalık nedeniyle normal uyku düzeninde olan yeni değişiklikler belirlemelidir (Kurt ve Enç 2013, ss. 6-7, Terzi ve Kaya 2011, s. 24). Hastanın gece uyandırılmasını gerektirecek işlemler belirlenmeli ve hemşirelik bakımı uykuyu kesintiye uğratmayacak şekilde planlanmalıdır. Fizyolojik parametrelerin gece mümkün olduğu kadar, hastayı uyandırmayacak şekilde uygulanmasına özen gösterilmelidir (Terzi ve Kaya 2011, s. 24). Bireyin alışkanlıkları doğrultusunda ilaçsız uyku uyumasını kolaştıran önlemler alınmalıdır (ılık sıvılar, gevşeme teknikleri, müzik dinleme vb.) (Akdemir 2003, s. 138). Uyku ile ilgili değişimler düzenli olarak kayıt edilmelidir. Gün boyunca bireyi aktif tutacak aktiviteler planlanmalı, öğle saatlerinden sonra kafein alımı kısıtlanmalıdır (Kurt ve Enç 2013, s. 7)

Yabancı bir çevre, gürültü ve hastaya uygulanan işlemler uykunun bölünmesine neden olmakta ya da hastaların alışkın oldukları zaman diliminde uyumalarını önlemektedir. Gürültü hasta birey için önemli bir stresördür. (Özkaya ve diğ. 2013, s. 122, Önler ve Yılmaz 2008, s. 115). Ünitedeki sağlık ekibi üyelerinin alçak sesle konuşmaları ve gürültüsüz çalışmaları, kullanılan araç-gereçlerin çıkardığı seslerin mümkün olduğu kadar en düşük düzeyde tutulmasına dikkat edilerek çevredeki gereksiz gürültünün azaltılması sağlanmalıdır. Ortamdaki uyaranlar azaltılmalı, yatak başındaki aydınlatma araçları gece belli bir saatten sonra söndürülmelidir (Terzi ve Kaya, 2011, s. 24).

Ağrı uyku bozukluğında en kuvvetli etmendir. Ağrı uyku dzeninde değişikliğe neden olurken, uykusuzlukta ağrıya karşı toleransı azaltmaktadır (Önler ve Yılmaz 2008, s. 115). Ağrıya yönelik olarak; ağrının yeri ve şiddeti, ağrıyı arttıran/azaltan faktörler değerlendirilmelidir. Ağrıya karşı oluşan ajitasyon ve huzursuzluk durumları gözlemlenmeli, hastanın rahatlaması ve kendini iyi hissetmesini sağlayarak uyumasını kolaylaştırıcı uygun pozisyon verilmeli, ağrı ya da stresli durumlar varsa giderilmelidir (Terzi ve Kaya, 2011, s. 22).

Cerrahi girişimler, hasta için beklenmedik ve olumsuz bir yaşam deneyimidir. Hasta birey hastalığın fiziksel etkileriyle başetmeye çalışırken, bir yandan da hastalığı nedeniyle birçok işleme karşılaşmakta ve sürekli bilinmeyenlerle karşı karşıya gelmektedir. Bundan dolayı hastalar büyük bir endişe ve korku yaşamaktadır. Stres içindeki birey, uykuya dalmakta zorlanmakta ve mental dinlenme sağlanamamaktadır. Hastane ortamında psiko-fizyolojik iyileşme gereksinimi olan bireyin, stres ve anksiyetesinin giderilmesi önemlidir. Anksiyeteyi arttıran ve azaltan etmenler araştırılmalıdır. Hastanın korku ve endişelerini ifade etmesine yardımcı olunmalı, ailenin/yakınlarının daha sık ziyaret etmesi sağlanmalıdır (Özkaya ve diğ. 2013, s. 122, Önler ve Yılmaz 2008, s. 115, Akdemir 2003, s. 138).

2.7. YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi, mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel olarak “iyi olma hali” olarak tanımlanmaktadır (Ergün ve diğ. 2014, s. 15, Eser 2014, s. 2, Korkmaz 2012, s. 52, Akdemir 2003, s. 18). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ ünün tanımına göre yaşam kalitesi bireylerin amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak içinde yaşadığı kültür ve değerler sisteminde yaşamda bulunduğu yeri algılamasıdır (Korkmaz 2012, s. 52).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, yaşamın çeşitli boyutları açısından kendinden hoşnut olabilmek ya da kişinin yaşamdan beklentileri ile elde edebildikleri arasındaki fark olarak tanımlanabilir. Sağlık alanında yaşam kalitesi bireyin fizyolojik fonksiyonlarını değerlendirmekten çok, hastanın algılamalarını ve hastalığın tedavisiyle ilgili yaşantılarını vurgulamaktadır (Eser 2014, s. 2). Yaşam kalitesi psikososyal ve ekonomik refahın sağlanması ve dengeli bir biçimde sürdürülmesine temellenmiştir (Ergün ve diğ. s. 15, Akdemir 2003, s. 18).

Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri; fiziksel iyilik hali, fiziksel hareketleri yapmada güçlük, fonksiyonel yetersizlik, çalışma durumu, hastalık semptomları ve sağlık durumu ile ilgili konuları, subjektif göstergeleri ise; psikolojik/duygusal iyilik hali ve yaşam doyumu ile ilgili konuları kapsamaktadır (Ergün ve diğ. s. 15, Akdemir 2003, s. 18).

2.7.1. Kalp Cerrahisi ve Yaşam Kalitesi

Yaşam süresinin uzaması ve yeni tedavi alternatiflerinin uygulanmaya başlanması, sağlık hizmeti çıktısının ölçümünde geleneksel göstergelerin yetersiz kalmasına yol açmıştır (Eser 2014, s. 2). Sağlık bakımının amacı sadece hastaların yaşamını uzatmak değil aynı zamanda bireylerin sorunları ile baş etme ve öz bakım gücünü geliştirerek yaşam kalitelerini yükseltmektir. Bu durum bir tedavinin yaşamı uzatmasının yanı sıra o yaşamın hangi koşullarda yaşandığının da değerlendirilmesi gerekliliğini beraberinde getirmiştir (Korkmaz 2012, s. 53).

Günümüzde kalp damar hastalıklarının birden fazla tedavi yöntemleri bulunmaktadır (Korkmaz 2012, s. 53). Medikal ve cerrahi tedavi yaklaşımı, yaşam süresinin uzatılması, semptomların giderilmesi ve fonksiyonel kapasitenin artırılması yanı sıra hastaların yaşam kalitesini de arttırmalıdır (Şekuri 2006, s. 64). Hasta toplum içinde kendi işini görebilen, bağımsız, üretken, kaliteli yaşama sahip bir kişi olarak yaşamını devam ettirebilmelidir (Kutsal 2006, s. 116). Tedavi seçenekleri arasında sağ kalım açısından fark olmadığı durumlarda sağlıkta yaşam kalitesi karar sürecini doğrudan etkilemelidir. Kalp damar cerrahisinde tedavi seçenekleri değerlendirilirken mortalite ve morbidite gibi geleneksel yöntemlerin yanında hastaların algıladıkları yaşam kaliteleri de ölçülmelidir (Korkmaz 2012, s. 53). Bu nedenle hastanın fizyolojik durumu ameliyattan önce çok iyi değerlendirilmeli; kalp hastalığı ile birlikte olan diğer hastalıkları, beslenme durumu, çevre ile oryantasyonu, yeniden aktif ve bağımsız bir yaşama dönebilme isteği göz önüne alınmalıdır (Kutsal 2010, s. 116). Çalışmalar KABG sonrası hastaların fizyolojik, motor ve psikolojik fonksiyonlarının ameliyat öncesine göre anlamlı derecede yükseldiğini göstermiştir. Szekely ve arkadaşları 17 ülke 72 merkez ve 5,436 hastada ameliyat öncesi, ameliyattan hemen sonra ve ameliyattan 6 ay sonra yaşam kalitesini değerlendirmişler, KABG sonrası hastaların yaşam kalitelerinin arttığını belirtmişlerdir (Korkmaz 2012, s. 56).

Kronik hastalıklarda hastanın günlük aktivitelerini kısıtlaması ve gelecekte hastalığın ilerleyeceği beklentisi; hastaları ve yakınlarını psikolojik ve sosyal yönden olumsuz

etkilemektedir (Aka ve diğ. 2006, s. 269) . Yaşam kalitesini artırmak için hasta ve ailesi zihinsel, psikolojik ve duygusal yönlerden cerrahi işleme ve uzun dönem bakım programına hazırlanmalıdır (Soltoski ve diğ. s. 97).

Kalp damar hastalıklarında cerrahi girişim sonrası genellikle yaşam biçimi davranışlarında değişiklik yapılması gerekmektedir. Hastaların yaşam biçimi davranışlarını değiştirmesi, karmaşık tıbbi tedavilerini sürdürmesi (çoklu ilaç tedavileri), fiziksel ve emosyonel rahatsızlıkları (ağrı, depresyon, anksiyete, öfke vb) gidermesi, fonksiyonel sınırlılıklarını yönetmesi ve diğer kronik hastalıkların gerekliliklerini (diyabet, hipertansiyon, kalp yetersizliği vb) yerine getirmesi beklenmektedir. Bu faktörlerin tümü hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir. (Korkmaz 2012, s. 56).

Açık kalp cerrahisi sonrası yaşam kalitesi bireyin fiziksel sağlığından, psikolojik durumundan, bağımsızlık düzeyinden ve içinde bulunduğu çevrenin özelliğinden, çevre ile ilişkilerinden etkilenir (Korkmaz 2012, s. 56). Hastaların takiplerinde fiziksel sağlık durumlarının yanı sıra sosyal aktivitelerinin ve zihinsel sağlık durumlarının sorgulanmasının, tedaviyi yönlendirme ve hastalığın prognozunun belirlenmesinde önemlidir. İyi yaşam kalitesi kişinin fiziksel, sosyal, duygusal ve ekonomik kısıtlamaları olmadan istediği gibi yaşayabilmesidir (Aka ve diğ. 2006, s. 269).

3. VERİ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Açık kalp cerrahisi uygulanan hastalarda ameliyat sonrası ağrının uyku ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi ve elde edilen bulgular doğrultusunda sağlık profesyonellerine klinik uygulamalarında kullanabilecekleri öneriler sunulması amacıyla bu çalışma kesitsel/tanımlayıcı olarak planlandı.

Araştırma da yanıtı aranan soruları

1. Açık kalp cerrahisi uygulanan hastaların kişisel ve hastalığa ilişkin özellikleri ile ağrı, uyku ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki var mı?
2. Açık kalp cerrahisi uygulanan hastalarda ağrı uyku ve yaşam kalitesi düzeylerini etkilenmekte midir ve bunu etkileyen faktörler nelerdir?

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ

Bu çalışma, Mart - Mayıs 2015 tarihleri arasında 6 yoğun bakım ünitesi ve 40 servis yatak kapasitesine sahip, İstanbul Üniversitesi (İ.Ü.) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi (CTF) Kalp Damar Cerrahi (KDC) kliniğinde gerçekleştirildi.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini; 01.01.2014 - 31.12.2014 tarihleri arasında İ.Ü. C.T.F. Kalp Damar Cerrahi kliniğinde açık kalp cerrahisi uygulanan hastalar oluşturdu.

Araştırmanın örneklemini; Mart - Mayıs 2015 tarihleri arasında İ.Ü. C.T.F. Kalp Damar Cerrahi kliniğinde açık kalp cerrahisi uygulanan, araştırmaya katılmayı kabul eden, 18-80 yaşları arasında herhangi bir iletişim sorunu olmayan, rastgele örneklem yöntemi ile seçilen 84 hasta oluşturdu.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Hastalara ait veriler; hasta tanılama formu, Kısa Form McGill Ağrı Formu (K-MSAF), Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) ve Nottingham Sağlık Profili-NSP (Nottingham Health Profile, NHP) kullanılarak toplandı.

Hastalara ilişkin veriler araştırmacı tarafından ameliyat sonrası birinci hafta içinde her hastaya 30-45 dakika zaman ayrılarak, yüz-yüze görüşme yöntemiyle elde edildi.

3.4.1. Hasta Tanılama Formu (EK 4)

Hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren hasta tanılama formu araştırmacı tarafından ilgili literatür bilgisi doğrultusunda geliştirilmiştir. Sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özellikleri sorgulayan iki bölümden ve 20 sorudan oluşmaktadır.

Sosyodemografik özelliklere ilişkin bölümde; cinsiyet, yaş, beden kitle indeksi (BKİ), medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, yaşantısının büyük çoğunluğunun geçtiği yer, birlikte yaşadığı kişiler, aylık gelir düzeyini içeren 10 sorudan oluşmaktadır.

Hastalıkla ilgili özelliklere ilişkin bölümde; daha önce hastanede yatma deneyimi, kalp ameliyatı geçirme öyküsünün varlığı, başka bir kronik hastalığı olup olmadığı, sigara-alkol

alışkanlıkları, ailesinde kalp hastalığı öyküsü, kullandığı ilaçlar ve açık kalp ameliyatı sonrası yaşanan sorunlar ve sıklığını içeren 10 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Kısa Form McGill Ağrı Formu (K-MASF) (EK 5)

Melzack ve Targerson tarafından 1971 yılında geliştirilmiştir. Fakat uygulama için gereken zamanın fazla olması nedeni ile 1987 yılında yine Melzack tarafından kısa form McGill ağrı anketi geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Yakut ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır. Ağrıyı ölçmede yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (Yakut ve diğ. 2007, pp. 1083-1087).

K-MASF, üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde ağrının niteliği, ikinci bölümde o andaki ağrının şiddeti, üçüncü bölümde ise genel ağrı değerlendirilmesi yapılmaktadır. Birinci bölümde ilk 11 kelime ağrının duyusal/algısal boyutunu ve son 4 kelime ağrının duygusal/emosyonel boyutunu belirlemek için toplam 15 tanımlayıcı sözcükten oluşmaktadır. Bu bölümde ağrı şiddeti (0: yok, 1: hafif, 2: orta, 3: şiddetli) değerlendirilip üç tane ağrı skorlaması elde edilmektedir. Ağrı nitelik puanları; duyusal/algısal puan: 0-33, duygusal/emesyonel puan: 0-12 ve toplam puan: 0-45 arasındadır (Yakut ve diğ. 2007, pp. 1083-1087).

İkinci bölümde ölçümün yapılacağı zamanda hissedilen ağrı Vizüel Analog Skala (VAS) ile değerlendirilir. Hastadan o andaki ağrı şiddetini değerlendirmesi istenir. VAS, bir ucunda ağrı yok diğer ucunda ise 'dayanılmaz derecede ağrı' yazan 10 cm'lik bir çizgiden oluşur. Üçüncü bölümde genel ağrı şiddeti ise 6 puanlık likert tipi skala ile ölçülmektedir. Bu skalada 0: ağrı yok, 1: hafif, 2: rahatsız edici, 3: sıkıntı verici, 4: berbat, 5: dayanılmaz ağrı olarak tanımlanmaktadır (Yakut ve diğ. 2007, pp. 1083-1087).

3.4.3. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) (EK 6)

Busse ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapılmıştır. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi'nin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,80 olarak saptanmıştır. Saptanan bu değer ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir (Ağargün ve diğ. 1996, ss. 107-111). PUKİ iyi ve kötü uykunun tanımlanmasına yarayan uyku kalitesinin niceliksel bir ölçümünü verir. Öznel uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu olmak üzere 7 ana başlıkta sorulan sorular ile uyku kalitesini değerlendiren bir ankettir. 24 sorudan oluşur, 19 soru öz bildirim sorusu, 5 soru eş ve oda arkadaşı tarafından yanıtlanacak sorulardır. Sorulara 0-3 arası puan verilir

(Buysse ve diğ. 2008, pp. 563-571, Şenol ve diğ. 2012, s. 94). Yedi ana başlıktan her birisi önce kendi içinde değerlendirilir. Sonrada 7 bölümün puanları toplanır. Toplam puan 0-21 arasındadır. Toplam puanının 5 ve üzerinde olmasının kötü uyku kalitesini gösterdiği belirtilmektedir (Ağargün ve diğ. 1996, ss. 107-111).

3.4.4. Nottingham Sağlık Profili (NSP) (EK 7)

İngiltere’de Nottingham Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Bölümünde 1975 yılında bir ekip tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. NSP toplam 38 soruyu içermektedir. Bunlar enerji (3 soru), ağrı (8 soru), duygusal reaksiyon (9 soru), uyku (5 soru), sosyal izolasyon (5 soru) ve fiziksel hareketlilik (8 soru) ile ilgili sorulardır. Profili cevaplayanlardan okudukları ifadelerin kendi durumlarını yansıtıp yansıtmamasına göre “Evet” ya da “Hayır” şeklinde cevaplamaları istenmektedir. Evet cevapları için ‘1’ puan, hayır cevapları için ise ‘0’ puan verilir. Daha sonra her bir boyuttaki olumlu cevapların toplamı, o boyuttaki toplam ifade sayısına bölünmüş ve elde edilen sonuç da 100 ile çarpılmıştır. Toplam puan 0-100 arasında değişmektedir. Elde edilen skorun 100’e yaklaşması düşük düzeyde algılanan sağlık statüsünü ifade etmektedir (Küçükdeveci ve diğ. 2000, pp. 31-38).

ARAŞTIRMANIN ETİK VE YASAL YÖNLERİ

Araştırmanın, İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahi Anabilim dalında gerçekleştirilmesi için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik kurulundan (Ek 1) ve İ.Ü. CTF Dekanlığından onay alındı (Ek 2). Çalışmaya katılımda gönüllülük ilkesine özen gösterildi ve örneklem grubunu oluşturan hastalara çalışmanın amacı, kendilerinden ne beklenildiği ve yasal hakları açıklandıktan sonra yazılı izin alındı. Elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı güvencesi verildi.

3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma sonucunda elde edilen veri ve bilgiler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for windows 17,0 programı kullanılarak değerlendirildi. Hastaların sosyodemografik ve sağlık/hastalık durumu ile ilgili özellikleri; sayı, yüzde ve ortalama olarak verildi. Hastaların sosyodemografik, ve hastalık özelliklerine göre PUKİ, NSP ve K-MASF ölçeklerinden aldıkları

puanların farklılık gösterip göstermediği Bağımsız örneklem t testi ve ANOVA analizi ile değerlendirildi. Sonuçlar yüzde 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi. Elde edilen sonuçlar, tablolaştırılarak bulgular bölümünde yorumlandı.

4. BULGULAR

Çalışmaya İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahi kliniğinde açık kalp cerrahisi uygulanan 84 hasta alındı. Hastalar ile yapılan görüşmeler sırasında elde edilen veriler;

- ✓ Hastaların sosyodemografik özelliklerine ve sağlık/hastalık durumuna ilişkin bulgular
- ✓ Ağrı, uyku ve yaşam kalitesi ölçeklerinin puan ortalamasına ilişkin bulgular
- ✓ Ağrı ölçeği puan ortalamasının sosyodemografik ve sağlık/hastalık durumu ile ilişkisi
- ✓ Uyku ve yaşam kalitesi ölçeğinin puan ortalamasının sosyodemografik ve sağlık/hastalık durumu ile ilişkisi,
- ✓ Uyku ve yaşam kalitesi puanı ile ağrı puanı arasındaki ilişki olarak beş bölümde sunuldu.

4.1. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE VE SAĞLIK/HASTALIK DURUMUNA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.1: Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (N=84)

Özellikler	N	%
Ortalama Yaş (aralık)	58,23±14,92 (18-84)	
<60	37	44,0
≥60	47	56,0
Cinsiyet		
Kadın	32	38,1
Erkek	52	61,9
Ortalama BKİ(aralık)	29,11±5,67 (17-45)	
<30 kg/m ²	47	56,0
≥30 kg/m ²	37	44,0
Medeni durum		
Bekar	22	26,2
Evli	62	73,8
Eğitim		
Okuryazar	13	15,5
İlköğretim	47	56,0
Ortaöğretim	13	15,5
Yükseköğretim	11	13,1
Çalışma durumu		
Çalışıyor	17	20,2
Çalışmıyor(ev hanımı, emekli)	67	79,8
Sosyal sağlık güvencesi		
Var	83	98,8
Yok	1	1,2
Ekonomik durum		
İyi	18	21,4
Orta	60	71,4
Düşük	6	7,1
Alkol kullanma durumu		
Evet	21	25,0
Hayır	63	75,0
Sigara kullanma durumu		
Evet	48	57,1
Hayır	36	42,9
Uzun süre yaşanılan yer		
Köy	18	21,4
Kent	66	78,6
Yaşam durumu		
Yalnız	3	3,6
Eş ile	28	33,3
Eş ve çocuklar ile	35	41,7
Çocuklar ile	8	9,5
Diğer	10	11,9

Çalışmaya dahil edilen 84 hastanın yaş ortalaması 58,23±14,92, yüzde 61,9'unun (n=52) erkek, yüzde 73,8'inin (n=62) evli olduğu, yüzde 79,8'inin (n=67) her hangi bir işte

çalışmadığı, yüzde 71,4'ünün (n=60) ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu, yüzde 44'ünün (n=37) şişman/obez olduğu, yüzde 75'inin (n=63) alkol kullanmadığı ve yüzde 57,1'inin (n=48) ise sigara kullandığı, yüzde 78,6'sının (n=66) kentte yaşadığı, yüzde 56'sının (n=47) ilköğretim mezunu olduğu saptandı.

Tablo 4.1.1: Hastaların sağlık/hastalık durumuna ilişkin özelliklerin dağılımı

Özellikler	N	%
Uygulanan Cerrahi Girişim		
KABG	55	65,5
MVR	12	14,3
AVR	6	7,1
ASD	5	6,0
Diğer	6	7,1
Ortalama hastanede kalış süresi (aralık)	16,79±11,70 gün(6-70)	
Daha önce hastaneye yatma durumu		
Evet	67	79,8
Hayır	17	20,2

Daha önce kalp ameliyatı geçirme durumu		
Evet	6	7,1
Hayır	78	92,9
Başka bir hastalık varlığı		
Evet	61	72,6
Hayır	23	27,4
Hastalık tipi		
Diyabet	6	9,8
Hipertansiyon	22	36,1
KBY	1	1,6
Diğer	10	16,4
Diyabet+Hipertansiyon	22	36,1
Sürekli ilaç kullanma durumu		
Evet	69	82,1
Hayır	15	17,9
Ailenizde birince derecede (anne, baba, kardeş) kalp hastalığı varlığı		
Var	47	56,0
Yok	37	44,0

Tablo 4.1.1'deki veriler incelendiğinde, hastaların yüzde 65,5'ine (n=55) KABG cerrahisi, yüzde 14,3'üne (n=12) MVR, yüzde 7,1'ine (n=6) AVR, yüzde 6'sına (n=5) ASD ve yüzde 7,1'ine (n=6) ise diğer cerrahi işlemler uygulanmıştır. Hastaların ortalama hastanede kalma süresi 16,79±11,70 gündü. Hastaların yüzde 79,8'min (n=67) daha önce bir hastanede yatarak tedavi gördüğü, yüzde 72,6'sının (n=61) ek yandaş hastalığı olduğu, yüzde 82,1'inin (n=69) sürekli olarak ilaç kullanımının ve yüzde 56'sının (n=47) ise birinci dereceden yakınlarında kalp hastalığı olduğu belirlendi.

Tablo 4.1.2: Hastaların açık kalp ameliyatı sonrası yaşadığı sorunlar

Açık kalp ameliyatı sonrası yaşanan sorunlar*	N	%
İnsizyon yerinde ağrı	83	98,8
Solunum sıkıntısı	50	59,5
Yorgunluk	71	84,5
Çarpıntı	12	14,3
Bacak ağrısı	15	17,9
Bacakta ödem	20	23,8
Konstipasyon	15	17,9
Bulantı kusma	17	20,2
İştahsızlık	37	44,0
Uykusuzluk	42	50,0

*Birden çok yanıt

Hastaların açık kalp ameliyatı sonrası sıklıkla yaşadığı en yoğun sorunların sırasıyla insizyon yerinde ağrı (%98,8), yorgunluk hissi (%84,5) ve solunum sıkıntısı (%59,5) olduğu belirlendi.

4.2. AĞRI, UYKU VE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEKLERİNİN PUAN ORTALAMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.2: PUKİ, NSP ve K-MASF ölçeklerinden alınan ortalama puan dağılımları

Ölçekler	Ort	Sd
PUKİ		
Öznel uyku kalitesi	1,37	0,93
Uyku latansı	1,24	1,15
Uyku süresi	0,94	1,17
Alışılmış uyku etkinliği	0,69	1,09
Uyku bozukluğu	1,44	0,55
Uyku ilacı kullanma	0,45	1,01
Gündüz işlev bozukluğu	0,55	0,75
Toplam puan	6,68	5,10
NSP		
Enerji	53,55	36,23
Ağrı	28,57	22,09
Duyusal reaksiyon	28,11	29,43
Uyku	37,38	39,00
Sosyal izolasyon	6,01	16,42
Fiziksel hareketlilik	43,31	20,59
Toplam puan	30,90	18,05
K-MASF		
Algısal	14,74	3,95
Duygusal	5,32	1,63
Toplam Skor	19,98	4,92

VAS	3,42	1,48
Total ağrı yoğunluğu skoru	2,99	1,08

Tablo 4.2’de çalışmada kullanılan ölçeklerden alınan ortalama (ort) puan ve standart sapma (Sd) değerlerinin dağılımlarına yer verildi. PUKİ ortalama puanının $6,68 \pm 5,10$, NSP’nin $30,90 \pm 18,05$, K-MASF ortalama puanının $19,98 \pm 4,92$ hissedilen ağrı VAS’ın $3,42 \pm 1,48$ ve total ağrı yoğunluğu skorunun $2,99 \pm 1,08$ olduğu belirlendi.

4.3. AĞRI ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMASININ SOSYODEMOGRAFİK VE SAĞLIK/HASTALIK DURUMU İLE İLİŞKİSİ

Tablo 4.3: Sosyodemografik özelliklerine göre hastaların K-MASF aldıkları puan ortalamasının dağılımı

Kısa Form McGill Ağrı Anketi (K-MASF)											
Özellikler		Algısal		Duygusal		Toplam Skor		VAS		Total ağrı yoğunluğu skoru	
		Ort	Sd	Ort	Sd	Ort	Sd	Ort	Sd	Ort	Sd
Yaş	<60	14,59	4,37	5,22	1,55	19,81	5,46	3,41	1,54	3,00	1,11
	≥ 60	14,85	3,62	5,40	1,70	20,11	4,51	3,43	1,46	2,98	1,07
	Anlamlılık	t=0,294;p=0,769		t=0,523;p=0,603		t=0,272;p=0,786		t=0,061;p=0,951		t=0,089;p=0,929	
Cinsiyet	Kadın	15,97	4,44	5,41	1,79	21,38	5,71	3,88	1,58	3,19	1,18
	Erkek	13,98	3,44	5,27	1,54	19,12	4,19	3,13	1,36	2,87	1,01
	Anlamlılık	t=2,300;p=0,024*		t=0,372;p=0,711		t=1,940;p=0,058		t=2,278;p=0,025*		t=1,332;p=0,186	
BKİ	<30 kg/m ²	14,81	3,46	5,23	1,62	19,94	4,51	3,45	1,70	3,04	1,08
	≥ 30 kg/m ²	14,65	4,54	5,43	1,66	20,03	5,45	3,38	1,16	2,92	1,09
	Anlamlılık	t=0,183;p=0,855		t=0,552;p=0,583		t=0,084;p=0,934		t=0,209;p=0,835		t=0,518;p=0,606	
Medeni durum	Bekar	14,95	3,90	5,45	2,18	20,27	5,66	3,77	1,63	3,09	1,11
	Evli	14,66	3,99	5,27	1,40	19,87	4,67	3,29	1,42	2,95	1,08
	Anlamlılık	t=0,298;p=0,767		t=0,444;p=0,658		t=0,327;p=0,744		t=1,317;p=0,191		t=0,517;p=0,607	
Eğitim	Okuryazar	17,00	4,60	5,54	1,90	22,54	5,68	3,69	1,32	3,00	1,29
	İlköğretim	14,87	3,69	5,34	1,55	20,06	4,53	3,43	1,49	3,04	1,06
	Ortaöğretim	12,77	3,37	4,62	1,45	17,38	4,50	3,15	1,86	2,62	1,12
	Yükseköğretim	13,82	3,84	5,82	1,78	19,64	5,08	3,36	1,29	3,18	0,87
	Anlamlılık	F=2,908;p=0,040*		F=1,245;p=0,299		F=2,535;p=0,063		F=0,284;p=0,837		F=0,665;p=0,576	
Çalışma durumu	Çalışıyor	13,65	3,79	5,12	1,22	18,76	4,45	3,35	1,73	2,88	0,93
	Çalışmıyor	15,01	3,96	5,37	1,72	20,28	5,01	3,43	1,43	3,01	1,12
	Anlamlılık	t=1,281;p=0,204		t=0,575;p=0,567		t=1,139;p=0,258		t=0,197;p=0,844		t=0,449;p=0,654	
Ekonomik durum	İyi	13,83	2,36	5,44	1,38	19,28	3,46	3,39	1,58	2,89	0,90
	Orta	14,77	4,07	5,20	1,62	19,85	5,06	3,33	1,42	2,95	1,11
	Düşük	17,17	5,81	6,17	2,32	23,33	6,56	4,33	1,75	3,67	1,21
	Anlamlılık	F=1,636;p=0,201		F=1,026;p=0,363		F=1,623;p=0,204		F=1,253;p=0,291		F=1,305;p=0,277	

Alkol	Var	13,00	3,73	5,19	1,75	17,95	4,47	3,14	1,35	2,86	1,01
	Yok	15,32	3,87	5,37	1,60	20,65	4,91	3,51	1,52	3,03	1,11
	Anlamlılık	t=2,397;p=0,019*		t=0,423;p=0,673		t=2,229;p=0,029*		t=0,977;p=0,331		t=0,639;p=0,525	
Sigara	Var	14,00	3,79	5,42	1,65	19,31	4,80	3,27	1,43	2,88	1,08
	Yok	15,72	3,98	5,19	1,62	20,86	5,00	3,61	1,55	3,14	1,07
	Anlamlılık	t=2,016;p=0,047*		t=0,616;p=0,539		t=1,437;p=0,154		t=1,042;p=0,301		t=1,109;p=0,271	
Uzun süre yaşanılan yer	Köy	16,11	3,56	5,78	1,77	21,61	4,75	3,56	1,65	3,06	1,35
	Kent	14,36	3,99	5,20	1,58	19,53	4,90	3,38	1,44	2,97	1,01
	Anlamlılık	t=1,684;p=0,096		t=1,347;p=0,182		t=1,606;p=0,112		t=0,446;p=0,657		t=0,297;p=0,767	
Yaşam durumu	Yalnız	14,67	1,15	3,00	1,00	17,67	2,08	1,67	1,15	2,67	0,58
	Eş ile	16,29	4,24	5,57	1,55	21,71	5,00	3,64	1,50	3,04	1,37
	Eş ve çocuklar ile	13,54	3,26	5,17	1,40	18,71	4,00	3,14	1,33	2,94	0,76
	Çocuklar ile	14,88	4,91	5,38	2,39	19,88	6,94	4,00	0,93	3,00	1,31
	Diğer	14,50	4,17	5,80	1,69	20,30	5,64	3,80	1,99	3,10	1,20
	Anlamlılık	F=1,981;p=0,105		F=2,083;p=0,091		F=1,680;p=0,163		F=2,087;p=0,090		F=0,117;p=0,976	

*= $p<0,05$;Bağımsız örneklem t testi, Anova testi

Kadın hastaların Kısa Form McGill Ağrı Formu “algısal ağrı alanı” ve hissedilen ağrı “Visuel Analog Skala (VAS)” alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının ($15,97\pm 4,44$; $3,88\pm 1,58$), erkek hastaların aldıkları puan ortalamasından ($13,98\pm 3,44$; $3,13\pm 1,36$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$).

Hastaların eğitim düzeyine göre “algısal ağrı alanı” alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanırken; eğitim düzeyi okuryazar olan hastaların algısal ağrı düzeyinin en düşük olduğu ($17,00\pm 4,60$) grup olduğu saptandı ($p<0,05$).

Alkol kullanımı olan hastaların hem “algısal ağrı alanı” hem de “toplam ağrı”, sigara kullanımı olan hastaların ise sadece “algısal ağrı alanı” alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları (alkol= $13,00\pm 3,73$; $17,95\pm 4,47$, sigara= $14,00\pm 3,79$); alkol ve sigara kullanımı olmayan hastaların aldıkları puan ortalamalarından (alkol= $15,32\pm 3,87$; $20,65\pm 4,91$, sigara= $15,72\pm 3,98$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$).

Ayrıca elde edilen bulgular ışığında diğer sosyodemografik özellikler ile Kısa Form McGill Ağrı Formu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde herhangi bir ilişki varlığı saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.3.1: Sağlık/hastalık durumuna göre hastaların K-MASF aldıkları puan ortalamasının dağılımı

Kısa Form McGill Ağrı Anketi (K-MASF)										
	Algısal		Duygusal		Toplam Skor		VAS		Total ağrı yoğunluğu skoru	
	Ort	Sd	Ort	Sd	Ort	Sd	Ort	Sd	Ort	Sd
Uygulanan Cerrahi Girişim										
KABG	14,38	3,61	5,29	1,57	19,55	4,43	3,11	1,30	2,84	1,01
MVR	14,67	5,38	5,08	1,88	19,75	7,06	3,75	1,96	3,08	1,44
AVR	15,67	3,61	5,00	0,89	20,67	3,27	3,50	0,84	3,17	0,41
ASD	17,00	4,36	7,40	1,82	24,40	5,77	4,80	1,30	3,40	0,89
Diğer	15,33	4,18	4,67	1,03	20,00	4,52	4,33	1,86	3,67	1,37
Anlamlılık	F=0,630;p=0,643		F=2,588;p=0,043*		F=1,162;p=0,334		F=2,595;p=0,043*		F=0,665;p=0,576	
Hastanede kalış süresi	r=0,071;p=0,519		r=-0,070;p=0,528		r=0,041;p=0,714		r=0,039;p=0,725		r=0,144;p=0,192	
Daha önce hastaneye yatma durumu										
Var	14,88	3,73	5,30	1,62	20,07	4,65	3,48	1,55	3,03	1,06
Yok	14,18	4,79	5,41	1,70	19,59	6,01	3,18	1,19	2,82	1,19
Anlamlılık	t=0,655;p=0,514		t=0,255;p=0,800		t=0,362;p=0,718		t=0,746;p=0,458		t=0,701;p=0,485	
Daha önce kalp ameliyatı geçirme durumu										
Var	14,67	1,21	5,83	1,33	20,50	2,17	2,83	1,47	3,17	0,41
Yok	14,74	4,08	5,28	1,65	19,94	5,07	3,46	1,48	2,97	1,12
Anlamlılık	t=0,114;p=0,911		t=0,797;p=0,428		t=0,535;p=0,605		t=1,000;p=0,320		t=0,418;p=0,677	
Başka bir hastalık varlığı										
Var	15,05	4,09	5,23	1,72	20,16	5,14	3,34	1,56	2,97	1,18
Yok	13,91	3,49	5,57	1,38	19,48	4,34	3,61	1,27	3,04	0,77
Anlamlılık	t=1,180;p=0,242		t=0,841;p=0,403		t=0,567;p=0,572		t=0,727;p=0,469		t=0,346;p=0,730	
Sürekli olarak bir ilaç kullanma durumu										
Var	14,87	3,99	5,28	1,63	20,04	4,97	3,29	1,50	2,94	1,12
Yok	14,13	3,81	5,53	1,64	19,67	4,82	4,00	1,31	3,20	0,86
Anlamlılık	t=0,653;p=0,516		t=0,553;p=0,581		t=0,267;p=0,790		t=1,701;p=0,093		t=0,836;p=0,405	
Ailenizde birince derecede (anne, baba, kardeş) kalp hastalığı varlığı										
Var	14,40	3,65	5,04	1,49	19,38	4,51	3,43	1,58	2,98	0,99
Yok	15,16	4,31	5,68	1,75	20,73	5,36	3,41	1,36	3,00	1,20
Anlamlılık	t=0,873;p=0,385		t=1,791;p=0,077		t=1,250;p=0,215		t=0,061;p=0,951		t=0,089;p=0,929	

*=p<0,05;Bağımsız örneklem t testi, Anova testi

Uygulanan cerrahi tipe göre hastaların K-MASF'dan "Duygusal" ağrı ve hissedilen ağrı "Visuel Analog Skala (VAS)" alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanırken; ASD uygulanan hastaların ağrı düzeyinin en yüksek olduğu (Duygusal=7,40±1,82; VAS=4,80±1,30) belirlendi(p<0,05). Diğer hastalık özellikleri ile K-MASF arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde herhangi bir ilişki varlığı saptanmadı (p>0,05).

4.4. UYKU VE YAŞAM KALİTESİ PUAN ORTALAMASININ SOSYODEMOGRAFİK VE SAĞLIK/HASTALIK DURUMU İLE İLİŞKİSİ

Tablo 4.4: Hastaların cinsiyet durumuna göre PUKİ ve NSP ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

PUKİ	Cinsiyet	N	Ort	Sd	T	P
Öznel uyku kalitesi	Kadın	32	1,53	0,95	1,260	0,211
	Erkek	52	1,27	0,91		
Uyku latansı	Kadın	32	1,56	1,08	2,073	0,041*
	Erkek	52	1,04	1,15		
Uyku süresi	Kadın	32	1,28	1,22	2,109	0,038*
	Erkek	52	0,74	1,10		
Alışılmış uyku etkinliği	Kadın	32	0,97	1,15	1,869	0,065
	Erkek	52	0,52	1,02		
Uyku bozukluğu	Kadın	32	1,41	0,50	0,449	0,655
	Erkek	52	1,46	0,58		
Uyku ilacı kullanma	Kadın	32	0,53	1,14	0,559	0,578
	Erkek	52	0,40	0,93		
Gündüz işlev bozukluğu	Kadın	32	0,72	0,77	1,655	0,102
	Erkek	52	0,44	0,73		
Toplam puan	Kadın	32	8,00	4,89	1,892	0,062
	Erkek	52	5,87	5,10		

NSP	Cinsiyet	N	Ort	Sd	T	p
Enerji	Kadın	32	70,81	33,61	3,675	<0,001*
	Erkek	52	42,92	33,87		
Ağrı	Kadın	32	38,67	24,67	3,503	0,001*
	Erkek	52	22,36	17,91		
Duyusal reaksiyon	Kadın	32	33,54	28,60	1,333	0,186
	Erkek	52	24,76	29,71		
Uyku	Kadın	32	47,50	35,83	1,894	0,062
	Erkek	52	31,15	39,88		
Sosyal izolasyon	Kadın	32	8,13	17,49	0,924	0,358
	Erkek	52	4,71	15,76		
Fiziksel hareketlilik	Kadın	32	53,91	20,68	4,023	<0,001*
	Erkek	52	36,80	17,78		
Toplam puan	Kadın	32	40,41	17,83	4,142	<0,001*
	Erkek	52	25,04	15,66		

*= $p<0,05$;Bağımsız örneklem *t* testi, Anova testi

Kadın hastaların PUKİ “uyku latansı” ve “uyku süresi” alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları (1,56±1,08;1,28±1,22), erkek hastaların aldığı puan ortalamasından (1,04±1,15;0,74±1,10) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$).

Yine kadın hastaların NSP ölçeğinden aldığı toplam puan ortalaması (40,41±17,83), erkek hastaların aldığı puan ortalamasından (25,04±15,66) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görüldü (p<0,05).

Tablo 4.4.1: Hastaların çalışma durumuna göre PUKİ ve NSP ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

PUKİ	Çalışma durumu	N	Ort	Sd	t	p
Öznel uyku kalitesi	Çalışıyor	17	1,12	0,70	1,526	0,136
	Çalışmıyor	67	1,43	0,97		
Uyku latansı	Çalışıyor	17	1,12	1,11	0,482	0,631
	Çalışmıyor	67	1,27	1,16		
Uyku süresi	Çalışıyor	17	0,61	0,86	1,337	0,185
	Çalışmıyor	67	1,03	1,23		
Alışılmış uyku etkinliği	Çalışıyor	17	0,35	0,79	1,793	0,082
	Çalışmıyor	67	0,78	1,14		
Uyku bozukluğu	Çalışıyor	17	1,41	0,51	0,242	0,810

Uyku ilacı kullanma	Çalışmıyor	67	1,45	0,56	2,360	0,022*
	Çalışıyor	17	0,12	0,49		
Gündüz işlev bozukluğu	Çalışmıyor	67	0,54	1,09	2,358	0,024*
	Çalışıyor	17	0,24	0,56		
Toplam puan	Çalışmıyor	67	7,12	5,36	2,029	0,050
	Çalışıyor	17	4,94	3,51		
NSP	Çalışma durumu	N	Ort	Sd	t	p
Enerji	Çalışıyor	17	48,99	35,59	0,578	0,565
	Çalışmıyor	67	54,70	36,56		
Ağrı	Çalışıyor	17	30,89	23,02	0,483	0,631
	Çalışmıyor	67	27,99	21,99		
Duyusal reaksiyon	Çalışıyor	17	37,22	35,54	1,439	0,154
	Çalışmıyor	67	25,79	27,50		
Uyku	Çalışıyor	17	24,71	34,30	1,650	0,110
	Çalışmıyor	67	40,60	39,69		
Sosyal izolasyon	Çalışıyor	17	8,53	24,73	0,706	0,482
	Çalışmıyor	67	5,37	13,74		
Fiziksel hareketlilik	Çalışıyor	17	35,48	20,16	1,779	0,079
	Çalışmıyor	67	45,30	20,37		
Toplam puan	Çalışıyor	17	30,40	19,26	0,126	0,900
	Çalışmıyor	67	31,02	17,88		

*= $p<0,05$;Bağımsız örneklem t testi,

Aktif olarak çalışan hastaların PUKİ “uyku ilacı kullanma” ve “gündüz işlev bozukluğu” alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ($0,12\pm 0,49$; $0,24 \pm 0,56$); çalışmayan hastaların aldığı puan ortalamasından ($0,54\pm 1,09$; $0,63\pm 0,78$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$).

Tablo 4.4.2: Hastaların ekonomik durumuna göre PUKİ ve NSP ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

PUKİ	Ekonomik durum	N	Ort	Sd	F	p	NSP	Ort	Sd	F	p
	Orta	60	1,37	0,94				52,20	37,01		
	Düşük	6	1,67	0,82				72,20	32,79		
Uyku latansı	İyi	18	1,17	1,15	2,177	0,120	Ağrı	23,61	17,09	1,215	0,302
	Orta	60	1,17	1,15				28,96	22,25		
	Düşük	6	2,17	0,75				39,58	32,03		
Uyku süresi	İyi	18	0,83	1,20	0,760	0,471	Duyusal reaksiyon	23,43	26,35	3,189	0,046*
	Orta	60	0,92	1,17				26,70	29,35		
	Düşük	6	1,50	1,22				56,20	28,35		
Alışılmış uyku etkinliği	İyi	18	0,56	0,98	0,712	0,494	Uyku	34,44	42,73	0,803	0,452
	Orta	60	0,68	1,11				36,33	38,00		
	Düşük	6	1,17	1,17				56,67	38,82		

Uyku bozukluğu	İyi	18	1,50	0,51	0,784	0,460	Sosyal izolasyon	4,44	8,56	0,218	0,804
	Orta	60	1,40	0,56				6,75	18,73		
	Düşük	6	1,67	0,52				3,33	8,16		
Uyku ilacı kullanma	İyi	18	0,67	1,28	0,545	0,582	Fiziksel hareketlilik	39,58	20,22	0,620	0,540
	Orta	60	0,38	0,94				43,77	20,92		
	Düşük	6	0,50	0,84				50,00	19,36		
Gündüz işlev bozukluğu	İyi	18	0,72	0,89	0,778	0,463	Toplam puan	28,02	16,22	1,482	0,233
	Orta	60	0,48	0,70				30,60	18,08		
	Düşük	6	0,67	0,82				42,45	21,57		
Toplam puan	İyi	18	6,72	5,80	0,901	0,410					
	Orta	60	6,40	4,89							
	Düşük	6	9,33	5,05							

*= $p<0,05$;Anova testi

Gelir durumuna göre hastaların NSP ölçeği “duyusal reaksiyon” alt ölçeğinden aldığı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık saptanırken; gelir durumu düşük olguların duyusal reaksiyon algı düzeyinin daha kötü olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Tablo 4.4.3: Hastaların alkol kullanım durumuna göre PUKİ ve NSP ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

PUKİ	Alkol	N	Ort	Sd	T	P
Öznel uyku kalitesi	Var	21	1,14	0,79	1,427	0,161
	Yok	63	1,44	0,96		
Uyku latansı	Var	21	0,71	0,96	2,742	0,009*
	Yok	63	1,41	1,16		
Uyku süresi	Var	21	0,40	0,92	2,920	0,005*
	Yok	63	1,13	1,20		
Alışılmış uyku etkinliği	Var	21	0,29	0,78	2,413	0,019*
	Yok	63	0,83	1,14		
Uyku bozukluğu	Var	21	1,43	0,60	0,115	0,909
	Yok	63	1,44	0,53		
Uyku ilacı kullanma	Var	21	0,33	0,73	0,621	0,536
	Yok	63	0,49	1,09		
Gündüz işlev bozukluğu	Var	21	0,38	0,74	1,177	0,243
	Yok	63	0,60	0,75		
Toplam puan	Var	21	4,67	4,20	2,378	0,022*
	Yok	63	7,35	5,22		
NSP	Alkol	N	Ort	Sd	T	P
Enerji	Var	21	49,18	35,93	0,635	0,527
	Yok	63	55,00	36,50		
Ağrı	Var	21	23,82	20,89	1,141	0,257

	Yok	63	30,16	22,41		
Duyusal reaksiyon	Var	21	24,31	26,41	0,679	0,499
	Yok	63	29,37	30,46		
Uyku	Var	21	23,81	38,27	1,869	0,065
	Yok	63	41,90	38,47		
Sosyal izolasyon	Var	21	0,95	4,36	2,675	0,009*
	Yok	63	7,70	18,53		
Fiziksel hareketlilik	Var	21	39,29	22,81	1,036	0,303
	Yok	63	44,66	19,81		
Toplam puan	Var	21	25,13	16,57	1,710	0,091
	Yok	63	32,82	18,24		

*= $p<0,05$;Bağımsız örneklem t testi

Alkol kullanan hastaların PUKİ toplam puan ortalamasının ($4,67\pm 4,20$); alkol kullanmayan hastaların aldığı puan ortalamasından ($7,35\pm 5,22$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$).

Alkol kullanan hastaların NSP ölçeği “sosyal izolasyon” alt ölçeğinden aldığı puan ortalaması ($0,95\pm 4,36$); alkol kullanmayan hastaların aldığı puan ortalamasından ($7,70\pm 18,53$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulundu ($p<0,05$).

Tablo 4.4.4: Hastaların sigara kullanım durumuna göre PUKİ ve NSP ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

PUKİ	Sigara	N	Ort	Sd	T	P
Öznel uyku kalitesi	Var	48	1,38	0,96	0,067	0,946
	Yok	36	1,36	0,90		
Uyku latansı	Var	48	1,13	1,21	1,044	0,300
	Yok	36	1,39	1,05		
Uyku süresi	Var	48	0,82	1,19	1,132	0,261
	Yok	36	1,11	1,14		
Alışılmış uyku etkinliği	Var	48	0,58	1,05	1,044	0,299
	Yok	36	0,83	1,13		
Uyku bozukluğu	Var	48	1,48	0,55	0,749	0,456
	Yok	36	1,39	0,55		
Uyku ilacı kullanma	Var	48	0,50	1,03	0,496	0,621
	Yok	36	0,39	0,99		
Gündüz işlev bozukluğu	Var	48	0,48	0,77	0,964	0,338
	Yok	36	0,64	0,72		
Toplam puan	Var	48	6,35	5,35	0,671	0,504
	Yok	36	7,11	4,79		
NSP	Sigara	N	Ort	Sd	T	P
Enerji	Var	48	44,42	33,92	2,772	0,007*
	Yok	36	65,72	36,07		
Ağrı	Var	48	22,66	17,04	2,802	0,007*
	Yok	36	36,46	25,60		
Duyusal reaksiyon	Var	48	26,44	29,82	0,598	0,551
	Yok	36	30,33	29,17		
Uyku	Var	48	34,17	40,83	0,871	0,386
	Yok	36	41,67	36,53		
Sosyal izolasyon	Var	48	2,92	9,22	1,833	0,074
	Yok	36	10,14	22,25		
Fiziksel hareketlilik	Var	48	37,24	17,20	3,301	0,001*
	Yok	36	51,41	22,14		
Toplam puan	Var	48	26,91	16,21	2,406	0,018*
	Yok	36	36,22	19,20		

*= $p < 0,05$; Bağımsız örneklem *t* testi

Sigara kullanan hastaların NSP ölçeğinden aldığı toplam puan ortalamasının (26,91±16,21), erkek sigara kullanmayan hastaların aldığı puan ortalamasından (36,22±19,20) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olarak bulundu ($p<0,05$).

Tablo 4.4.5: Hastaların uzun süre yaşadığı yere göre PUKİ ve NSP ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

PUKİ	Yaşadığı yer	N	Ort	Sd	t	P
Öznel uyku kalitesi	Köy	18	1,44	0,98	0,387	0,700
	Kent	66	1,35	0,92		
Uyku latansı	Köy	18	1,22	1,22	0,066	0,948
	Kent	66	1,24	1,14		
Uyku süresi	Köy	18	1,22	1,35	1,137	0,259
	Kent	66	0,87	1,12		
Alışılmış uyku etkinliği	Köy	18	0,89	1,23	0,873	0,385
	Kent	66	0,64	1,05		
Uyku bozukluğu	Köy	18	1,39	0,61	0,450	0,654
	Kent	66	1,45	0,53		
Uyku ilacı kullanma	Köy	18	0,22	0,65	1,445	0,155
	Kent	66	0,52	1,08		
Gündüz işlev bozukluğu	Köy	18	0,44	0,62	0,655	0,514
	Kent	66	0,58	0,79		
Toplam puan	Köy	18	6,83	5,40	0,144	0,886
	Kent	66	6,64	5,06		
NSP	Yaşadığı yer	N	Ort	Sd	t	P
Enerji	Köy	18	68,50	37,01	2,011	0,048*
	Kent	66	49,47	35,20		
Ağrı	Köy	18	28,47	26,36	0,022	0,983
	Kent	66	28,60	21,01		
Duyusal reaksiyon	Köy	18	37,23	31,16	1,494	0,139
	Kent	66	25,62	28,69		
Uyku	Köy	18	38,89	40,86	0,184	0,854
	Kent	66	36,97	38,79		
Sosyal izolasyon	Köy	18	4,44	10,97	0,455	0,651
	Kent	66	6,44	17,67		
Fiziksel hareketlilik	Köy	18	45,83	16,04	0,583	0,561
	Kent	66	42,63	21,72		
Toplam puan	Köy	18	35,02	19,82	1,095	0,277
	Kent	66	29,77	17,53		

*= $p<0,05$;Bağımsız örneklem *t* testi

Köyde yaşayan hastaların NSP ölçeği “enerji” alt ölçeğinden aldığı puan ortalamasının (68,50±37,01); kentte yaşayan hastaların aldığı puan ortalamasından (49,47±35,20) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$).

Tablo 4.4.6: Hastaların yaşam durumuna göre PUKİ ve NSP ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

PUKİ	Yaşam	N	Ort	Sd	F	p	NSP	Ort	Sd	F	p	
Öznel uyku kalitesi	Yalnız	3	1,67	1,15	1,104	0,360	Enerji	66,67	57,74	3,304	0,015*	
	Eş ile	28	1,43	1,03				52,35	30,67			
	Eş ve çocuklar ile	35	1,17	0,86				43,78	35,02			
	Çocuklar ile	8	1,88	0,83				91,66	23,58			
	Diğer	10	1,40	0,84				56,65	41,73			
Uyku latansı	Yalnız	3	1,67	1,53	0,810	0,522	Ağrı	20,83	26,02	1,724	0,153	
	Eş ile	28	1,18	1,19				27,68	19,35			
	Eş ve çocuklar ile	35	1,06	1,11				24,65	18,81			
	Çocuklar ile	8	1,63	1,30				45,31	38,35			
	Diğer	10	1,60	0,97				33,75	19,59			
Uyku süresi	Yalnız	3	0,33	0,58	1,411	0,238	Duyusal reaksiyon	27,30	23,89	0,766	0,551	
	Eş ile	28	1,25	1,24				33,05	29,84			
	Eş ve çocuklar ile	35	0,69	1,07				23,15	27,11			
	Çocuklar ile	8	1,38	1,41				38,76	31,83			
	Diğer	10	0,80	1,14				23,31	36,42			
Ahişılmış uyku etkinliği	Yalnız	3	0,33	0,58	1,284	0,284	Uyku	46,67	30,55	0,441	0,779	
	Eş ile	28	1,25	1,24				40,00	42,16			
	Eş ve çocuklar ile	35	0,69	1,07				32,00	39,17			
	Çocuklar ile	8	1,38	1,41				50,00	41,40			
	Diğer	10	0,80	1,14				36,00	32,39			
Uyku bozukluğu	Yalnız	3	0,00	0,00	1,222	0,308	Sosyal izolasyon	6,67	11,55	2,701	0,036*	
	Eş ile	28	0,93	1,18				2,14	6,30			
	Eş ve çocuklar ile	35	0,51	0,98				4,71	17,70			
	Çocuklar ile	8	1,13	1,36				22,50	29,15			
	Diğer	10	0,50	0,97				8,00	13,98			
Uyku ilacı kullanma	Yalnız	3	1,33	0,58	0,690	0,601	Fiziksel hareketlilik	45,83	26,02	2,084	0,091	
	Eş ile	28	1,61	0,50				45,45	22,82			
	Eş ve çocuklar ile	35	1,31	0,53				37,59	15,61			
	Çocuklar ile	8	1,38	0,52				59,38	20,86			
	Diğer	10	1,50	0,71				43,75	23,75			
Gündüz işlev bozukluğu	Yalnız	3	1,00	1,73	0,707	0,589	Toplam puan	32,40	17,17	2,950	0,025*	
	Eş ile	28	0,64	1,16				32,73	16,88			
	Eş ve çocuklar ile	35	0,31	0,83				25,15	14,99			
	Çocuklar ile	8	0,38	1,06				47,64	22,81			
	Diğer	10	0,30	0,95				32,05	20,99			
Toplam puan	Yalnız	3	0,33	0,58	1,025	0,400						
	Eş ile	28	0,61	0,83								
	Eş ve çocuklar ile	35	0,43	0,61								
	Çocuklar ile	8	0,875	1,126								
	Diğer	10	0,6	0,699								

*=p<0,05;Anova testi

Yaşam şekline göre hastaların NSP ölçeğinden aldığı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık saptanırken; eşi ve çocukları ile yaşayan hastaların hastalığı hakkındaki algı düzeyinin daha iyi olduğu belirlendi (p<0,05).

Tablo 4.4.7: Hastaların geçirdiği cerrahi tedavi şekline göre PUKİ ve NSP ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

PUKİ	Cerrahi tip	N	Ort	Sd	F	P	NSP	Ort	Sd	F	p
------	-------------	---	-----	----	---	---	-----	-----	----	---	---

Öznel uyku kalitesi	KABG	55	1,36	0,91	0,729	0,574	Enerji	51,49	34,44	1,407	0,239
	MVR	12	1,08	0,79				58,32	42,94		
	AVR	6	1,83	1,17				72,22	44,31		
	ASD	5	1,60	0,89				26,64	27,86		
	Diğer	6	1,33	1,21				66,63	29,83		
Uyku latansı	KABG	55	1,15	1,16	1,061	0,382	Ağrı	25,23	20,34	1,052	0,386
	MVR	12	1,00	0,95				32,29	26,36		
	AVR	6	1,67	1,37				37,50	33,54		
	ASD	5	2,00	1,00				40,00	13,69		
	Diğer	6	1,50	1,22				33,33	20,41		
Uyku süresi	KABG	55	0,90	1,19	1,136	0,346	Duyusal reaksiyon	25,09	26,96	1,252	0,286
	MVR	12	0,75	1,14				25,89	27,74		
	AVR	6	1,83	1,17				44,42	41,56		
	ASD	5	0,60	0,89				6,66	14,89		
	Diğer	6	1,17	1,17				43,75	26,14		
Alışılmış uyku etkinliği	KABG	55	0,71	1,12	1,604	0,182	Uyku	36,73	40,14	0,626	0,645
	MVR	12	0,42	0,79				30,00	37,66		
	AVR	6	1,50	1,38				60,00	35,78		
	ASD	5	0,00	0,00				40,00	40,00		
	Diğer	6	0,83	1,17				33,33	37,24		
Uyku bozukluğu	KABG	55	1,49	0,57	0,753	0,559	Sosyal izolasyon	4,45	10,12	1,075	0,375
	MVR	12	1,25	0,45				8,33	23,29		
	AVR	6	1,50	0,55				16,67	40,82		
	ASD	5	1,20	0,45				0,00	0,00		
	Diğer	6	1,50	0,55				10,00	16,73		
Uyku ilacı kullanma	KABG	55	0,49	1,03	1,015	0,405	Fiziksel hareketlilik	42,74	21,09	0,526	0,717
	MVR	12	0,42	1,00				43,75	18,84		
	AVR	6	1,00	1,55				54,17	25,82		
	ASD	5	0,00	0,00				37,50	15,31		
	Diğer	6	0,00	0,00				41,67	20,41		
Gündüz işlev bozukluğu	KABG	55	0,56	0,81	0,919	0,457	Toplam puan	28,51	17,20	2,065	0,093
	MVR	12	0,33	0,49				31,09	20,80		
	AVR	6	1,00	0,89				45,13	17,64		
	ASD	5	0,60	0,55				25,20	11,86		
	Diğer	6	0,33	0,52				42,92	18,00		
Toplam puan	KABG	55	6,65	5,37	1,030	0,397					
	MVR	12	5,25	4,09							
	AVR	6	10,33	5,24							
	ASD	5	6,00	2,83							
	Diğer	6	6,6667	5,317							

p>0,05;Anova testi

Geçirdiği cerrahi tedavi şekline göre olguların NSP ve PUKİ'den aldıkları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Tablo 4.4.8: Hastaların hastanede yatma süresi ile PUKİ ve NSP ölçek puanları arasındaki ilişki düzeyi

PUKİ	Hastanede kalma süresi	
Öznel uyku kalitesi	r	-0,006
	p	0,954
Uyku latansı	r	0,039

	p	0,727
Uyku süresi	r	0,111
	p	0,317
Alışılmış uyku etkinliği	r	0,142
	p	0,198
Uyku bozukluğu	r	0,090
	p	0,418
Uyku ilacı kullanma	r	0,101
	p	0,363
Gündüz işlev bozukluğu	r	0,106
	p	0,337
Toplam puan	r	0,109
	p	0,325
NSP	Hastanede kalma süresi	
Enerji	r	0,360
	p	0,001*
Ağrı	r	-0,089
	p	0,419
Duyusal reaksiyon	r	0,194
	p	0,077
Uyku	r	0,045
	p	0,682
Sosyal izolasyon	r	0,484
	p	<0,001*
Fiziksel hareketlilik	r	0,073
	p	0,511
Toplam puan	r	0,205
	p	0,061

*p<0,05; Pearson Korelasyon Testi

Hastaların hastanede kalma süresi ile NSP ölçeği “enerji” ve “sosyal izolasyon” alt ölçekleri arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki düzeyi saptandı (p<0,05). Hastanede kalma süresi arttıkça hastaların hastalığı hakkındaki algı düzeyinin kötüleştiği saptandı.

Tablo 4.4.9: Hastaların daha önce kalp ameliyatı olma durumuna göre PUKİ ve NSP ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

PUKİ	Ameliyat deneyimi	N	Ort	Sd	t	P
Öznel uyku kalitesi	Var	6	1,17	1,17	0,552	0,583
	Yok	78	1,38	0,91		
Uyku latansı	Var	6	1,00	1,26	0,525	0,601
	Yok	78	1,26	1,14		
Uyku süresi	Var	6	1,00	1,26	0,121	0,904
	Yok	78	0,94	1,17		
Alışılmış uyku etkinliği	Var	6	0,67	1,21	0,055	0,956
	Yok	78	0,69	1,08		

Uyku bozukluğu	Var	6	1,50	0,55	0,276	0,783
	Yok	78	1,44	0,55		
Uyku ilacı kullanma	Var	6	0,00	0,00	4,132	<0,001*
	Yok	78	0,49	1,04		
Gündüz işlev bozukluğu	Var	6	0,67	0,82	0,401	0,690
	Yok	78	0,54	0,75		
Toplam puan	Var	6	6,00	5,18	0,336	0,737
	Yok	78	6,73	5,12		
NSP	Ameliyat deneyimi	N	Ort	Sd	T	P
Enerji	Var	6	66,63	29,83	0,917	0,362
	Yok	78	52,54	36,64		
Ağrı	Var	6	12,50	7,91	1,878	0,064
	Yok	78	29,81	22,36		
Duyusal reaksiyon	Var	6	35,17	35,43	0,607	0,545
	Yok	78	27,56	29,12		
Uyku	Var	6	26,67	35,02	0,696	0,488
	Yok	78	38,21	39,37		
Sosyal izolasyon	Var	6	16,67	40,82	0,686	0,523
	Yok	78	5,19	13,15		
Fiziksel hareketlilik	Var	6	41,67	15,14	0,202	0,840
	Yok	78	43,44	21,02		
Toplam puan	Var	6	30,62	15,24	0,039	0,969
	Yok	78	30,92	18,33		

*= $p<0,05$;Bağımsız örneklem *t* testi

Daha önce ameliyat deneyimi olan olguların PUKİ “uyku ilacı kullanma” alt ölçeğinden aldığı puan ortalaması ($0,00\pm 0,00$); ameliyat deneyimi olmayan hastaların aldığı puan ortalamasından ($0,49\pm 1,04$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu bulundu ($p<0,05$).

Tablo 4.4.10: Hastaların başka bir hastalığı olma durumuna göre PUKİ ve NSP ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

PUKİ	Başka hastalık	N	Ort	Sd	T	p
Öznel uyku kalitesi	Var	61	1,28	0,90	1,462	0,147
	Yok	23	1,61	0,99		
Uyku latansı	Var	61	1,08	1,13	2,071	0,041*
	Yok	23	1,65	1,11		
Uyku süresi	Var	61	0,85	1,12	1,168	0,246
	Yok	23	1,19	1,29		
Alışılmış uyku etkinliği	Var	61	0,69	1,12	0,027	0,979
	Yok	23	0,70	1,02		
Uyku bozukluğu	Var	61	1,46	0,53	0,505	0,615
	Yok	23	1,39	0,58		
Uyku ilacı kullanma	Var	61	0,44	1,03	0,143	0,886
	Yok	23	0,48	0,99		
Gündüz işlev bozukluğu	Var	61	0,56	0,81	0,193	0,848

	Yok	23	0,52	0,59		
Toplam puan	Var	61	6,36	5,19	0,930	0,355
	Yok	23	7,52	4,87		
NSP	Başka hastalık	N	Ort	Sd	T	p
Enerji	Var	61	55,72	37,38	0,892	0,375
	Yok	23	47,80	33,06		
Ağrı	Var	61	29,10	24,12	0,353	0,725
	Yok	23	27,18	15,84		
Duyusal reaksiyon	Var	61	29,06	30,16	0,481	0,632
	Yok	23	25,58	27,89		
Uyku	Var	61	34,75	39,48	1,005	0,318
	Yok	23	44,35	37,64		
Sosyal izolasyon	Var	61	7,30	18,34	1,549	0,126
	Yok	23	2,61	9,15		
Fiziksel hareketlilik	Var	61	43,78	22,26	0,394	0,695
	Yok	23	42,07	15,69		
Toplam puan	Var	61	31,81	18,71	0,757	0,451
	Yok	23	28,46	16,30		

*= $p<0,05$;Bağımsız örneklem t testi

Ek hastalığı olan olguların PUKİ “uyku latansı” alt ölçeğinden aldığı puan ortalaması ($1,08\pm 1,13$); ek bir hastalığı olmayan hastaların aldığı puan ortalamasından ($1,65\pm 1,11$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görüldü ($p<0,05$).

Tablo 4.4.11: Hastaların sürekli bir ilaç kullanma durumuna göre PUKİ ve NSP ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

PUKİ	İlaç kullanma	N	Ort	Sd	T	p
Öznel uyku kalitesi	Var	69	1,26	0,90	2,352	0,021*
	Yok	15	1,87	0,92		
Uyku latansı	Var	69	1,13	1,14	1,872	0,065
	Yok	15	1,73	1,10		
Uyku süresi	Var	69	0,87	1,15	1,178	0,242
	Yok	15	1,27	1,28		
Alışılmış uyku etkinliği	Var	69	0,67	1,08	0,429	0,669
	Yok	15	0,80	1,15		
Uyku bozukluğu	Var	69	1,43	0,56	0,204	0,839
	Yok	15	1,47	0,52		
Uyku ilacı kullanma	Var	69	0,43	1,02	0,340	0,734
	Yok	15	0,53	0,99		
Gündüz işlev bozukluğu	Var	69	0,54	0,80	0,296	0,768
	Yok	15	0,60	0,51		
Toplam puan	Var	69	6,33	5,12	1,337	0,185
	Yok	15	8,27	4,88		
NSP	İlaç kullanma	N	Ort	Sd	T	p
Enerji	Var	69	54,57	37,48	0,551	0,583

Ağrı	Yok	15	48,85	30,51	0,525	0,601
	Var	69	29,17	23,06		
Duyusal reaksiyon	Yok	15	25,85	17,35	0,319	0,751
	Var	69	28,59	29,78		
Uyku	Yok	15	25,90	28,66	1,770	0,080
	Var	69	33,91	38,24		
Sosyal izolasyon	Yok	15	53,33	39,76	0,869	0,387
	Var	69	6,74	17,44		
Fiziksel hareketlilik	Yok	15	2,67	10,33	1,476	0,152
	Var	69	44,58	21,40		
Toplam puan	Yok	15	37,50	15,67	0,307	0,760
	Var	69	31,18	18,77		
	Yok	15	29,59	14,75		

*= $p<0,05$;Bağımsız örneklem t testi

Düzenli olarak ilaç kullanan hastaların PUKİ “öznel uyku kalitesi” alt ölçeğinden aldığı puan ortalamasının ($1,26\pm 0,90$); her hangi bir ilaç kullanımı olmayan hastaların aldığı puan ortalamasından ($1,87\pm 0,92$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Tablo 4.4.12: Hastaların ailede kalp hastalığı öyküsü durumuna göre PUKİ ve NSP ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

PUKİ	Aile öyküsü	N	Ort	Sd	T	P
Öznel uyku kalitesi	Var	47	1,36	0,92	0,081	0,935
	Yok	37	1,38	0,95		
Uyku latansı	Var	47	1,28	1,16	0,345	0,731
	Yok	37	1,19	1,15		
Uyku süresi	Var	47	0,99	1,24	0,360	0,720
	Yok	37	0,89	1,10		
Alışılmış uyku etkinliği	Var	47	0,70	1,12	0,110	0,913
	Yok	37	0,68	1,06		
Uyku bozukluğu	Var	47	1,45	0,58	0,119	0,905
	Yok	37	1,43	0,50		
Uyku ilacı kullanma	Var	47	0,49	1,04	0,376	0,708
	Yok	37	0,41	0,98		
Gündüz işlev bozukluğu	Var	47	0,60	0,77	0,660	0,511
	Yok	37	0,49	0,73		
Toplam puan	Var	47	6,85	5,11	0,348	0,729
	Yok	37	6,46	5,15		
NSP	Aile öyküsü	N	Ort	Sd	T	p
Enerji	Var	47	60,97	34,98	2,162	0,034*
	Yok	37	44,12	36,05		
Ağrı	Var	47	26,60	20,95	0,922	0,359
	Yok	37	31,08	23,50		
Duyusal reaksiyon	Var	47	29,05	30,06	0,329	0,743
	Yok	37	26,91	28,99		

Uyku	Var	47	39,15	39,33	0,466	0,642
	Yok	37	35,14	38,99		
Sosyal izolasyon	Var	47	6,38	19,61	0,232	0,817
	Yok	37	5,54	11,41		
Fiziksel hareketlilik	Var	47	44,90	21,72	0,793	0,430
	Yok	37	41,30	19,16		
Toplam puan	Var	47	31,93	17,68	0,592	0,556
	Yok	37	29,58	18,67		

*= $p<0,05$; Bağımsız örneklem t testi

Aile öyküsü pozitif olan hastaların NSP “enerji” alt ölçeğinden aldığı puan ortalaması ($60,97\pm34,98$); aile öyküsü negatif olan hastaların aldığı puan ortalamasından ($44,12\pm36,05$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$).

4.5. UYKU VE YAŞAM KALİTESİ PUANI İLE AĞRI PUANI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Tablo 4.5: PUKİ ve NSP ölçek puanı ile K-MSAF ağrı ölçek puanı arasındaki ilişki

		Kısa Form McGill Ağrı Formu (K-MASF)
PUKİ	R	0,259
	P	0,018*
	N	84
NSP	R	0,227
	p	0,038*
	n	84

*= $p<0,05$; r =Pearson Correlation

PUKİ ve NSP ölçek puanı ile K-MASF ağrı ölçek puanı arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki varlığı belirlendi.

5. TARTIŞMA

Açık kalp cerrahisi bireyi fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden etkileyen ve yaşamı boyunca en önemli deneyimlerden biridir. Ağrı ve uyku kalitesi bireyin iyilik halini, işlevsel durumunu ve yaşam kalitesini doğrudan etkileyen bir faktördür. Bu görüşten yola çıkarak, açık kalp cerrahisi uygulanan hastalarda ameliyat sonrası ağrının uyku ve yaşam kalitesini üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlanan ve gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen bulgular, literatür bilgileri doğrultusunda;

- ✓ Hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması
- ✓ Hastaların sağlık/hastalık durumuna ilişkin bulguların tartışılması
- ✓ Ağrı ölçeği puan ortalamasına ilişkin bulguların tartışılması
- ✓ Uyku kalitesi puan ortalamasına ilişkin bulguların tartışılması
- ✓ Yaşam kalitesi puan ortalamasına ilişkin bulguların tartışılması
- ✓ Ağrı, uyku ve yaşam kalitesi ölçekleri arasındaki ilişkinin tartışılması başlıkları altında tartışıldı.

5.1. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Literatürde KAH'ın oluşmasında cinsiyetin önemli bir risk faktörü olduğu, orta yaşlı erkeklerde ve beyaz ırkta yüksek oranda görüldüğü bildirilmektedir (Badır ve Korkmaz 2014, s. 432, Akın 2013, s. 192, Akdemir ve Akyar 2008, s. 126, Onat 2004, ss. 596-602). Sidar ve diğ.'in (2008) çalışmasında hastaların yüzde 59,3'ünün, Milgrom ve diğ.'in (2004) çalışmasında yüzde 68,6'sının, Parry ve diğ.'in çalışmasında yüzde 83,1'inin erkek olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda, hastaların yüzde 61,9'unun (n=52) erkek olması literatür ve çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Tablo 4.1).

Günümüzde beklenen yaşam süresinin uzamasıyla birlikte 70 yaş ve üzerinde birçok insan KAH ve dejeneratif kalp damar hastalıkları nedeni ile ameliyat edilmektedir (Kutsal 2010, s. 115, Okutan ve diğ. 2001, s. 147). Bu nedenle KABG'ye yönelik araştırmalar da ileri yaş grupları üzerinde yoğunlaşmıştır. Literatürde KAH'ın kabul edilen önemli risk faktörleri; erkeklerde 45, kadınlarda 55 yaş ve üstünde olma ya da erken menopozdur (Badır ve

Korkmaz 2014, s. 432). Kadınlarda KAH gelişiminin erkeklerden 10-15 yıl sonra olmasında östrojenin koruyucu etkisinin rol oynadığı düşünülmesine karşın menopoz sonrası uygulanan hormon replasman tedavisinin yararı gösterilememiştir (Badır ve Korkmaz 2014, s. 436). 65 yaş sonrası dönemde KAH insidansı her iki cinste eşitlenmektedir (Akın 2013, s. 192). Parry ve diğ.'in (2010) çalışmasında 84 erkek 40-85 yaş aralığında ve yaş ortalaması 63 ± 10 , 17 kadın 45-79 yaş aralığında ve yaş ortalaması 62 ± 11 , Milgrom ve diğ.'in (2004) çalışmasında 25-97 yaş aralığında ve yaş ortalamaları $65\pm 11,3$, Ergene'nin (2012) çalışmasında KABG ameliyatı olan hastalar 26-73 yaş aralığında ve yaş ortalamaları $58,47\pm 7,93$ olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda, hastaların 18-84 yaş aralığında olduğunu ve yaş ortalaması $58,23\pm 14,92$ olarak saptandı (Tablo 4.1). Çalışma kapsamına alınan hastaların yaş ortalamalarının yapılan benzer çalışma sonuçları ile paralellik gösterdiği literatür ve çalışma bulgularıyla uyumlu olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların medeni durumlarına bakıldığında; yüzde 78,3'ünün evli olduğu saptandı (Tablo 4.1). Parry ve diğ.'in (2010) çalışmasında hastaların yüzde 80'inin, Sidar ve diğ.'in (2008) çalışmasında hastaların yüzde 75,3'ün evli olduğu görülmektedir. Hastaların çoğunun evli olmasının örneklem grubunun yaş grubuna ve Türk toplumunun geleneksel yapısına uygun bir sonuç olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların öğrenim durumları incelendiğinde yüzde 15,5'inin (n=13) okuryazar, yüzde 56'sının (n=47) ilköğretim, yüzde 15,5'inin (n=13) ortaöğretim mezunu olduğu saptandı (Tablo 4.1). Sidar ve diğ. (2008) çalışmasında hastaların yüzde 97,6'sının okur yazar ve ilköğretim mezunu olduğu, Yıldırım ve Atalay'ın (2002) çalışmasında yüzde 56,8'in ortaöğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Hastaların bir çoğunun ilköğretim ve ortaöğretim mezunu olmaları ne yazık ki bize Türkiye'nin eğitim düzeyini yansıtmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların çalışma durumlarına bakıldığında yüzde 79,8'inin (n=67) çalışmadığı görüldü (Tablo 4.1). Kulakaç'ın (2011) çalışmasında hastaların yüzde 58'inin, Yıldırım ve Atalay'ın (2002) çalışmasında ise yüzde 70'inin çalışmadığı belirlenmiştir. Çalışmayan oranının fazla olması büyük çoğunluğun emekli ve ev hanımı olması ile ilişkili olmasıyla açıklanabilir.

Kalp ameliyatları, oldukça yüksek maddi yük gerektirdiğinden hastalara sağlık güvencesi zorunluluğunu getirmektedir. Sidar ve diğ.'i (2008) hastaların yüzde 40,7'nin ekonomik

durumunun orta düzeyde olduğunu ve hastaların hepsinin sosyal güvencesi olduğunu, Kulakaç'ın (2011) çalışmasında hastaların yüzde 94'ünün sosyal güvencesi olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda hastaların yüzde 71,4'ünün ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu ve yüzde 98,8'inin sosyal güvencesi olduğu belirlendi (Tablo 4.1). Bu durum bize hastaların hemen hemen tümünün sosyal güvencelerinin olmasından dolayı tedavide ekonomik durumdan kaynaklanan olumsuzlukların yaşanmayacağını düşündürmektedir.

KAH için en önemli risk faktörlerinden biri olan sigara kullanımı ülkemizdeki yaygınlığı nedeniyle büyük önem taşımaktadır (Onat 2004, ss. 596-602). Sigara içen kişilerde kalp damar hastalıkları riskinin 6 kat arttığı bildirilmektedir (Akın 2013, s. 193). Sigara içenlerde AMİ ve kardiyak ölüm riski içmeyenlere göre erkeklerde 2,7, kadınlarda 4,7 kat daha fazladır (Badır ve Korkmaz 2014, s. 434). Sigara, kan östrojen düzeyinin düşmesine ve özellikle postmenopozal dönemde kadınların daha yüksek KAH riski ile karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır (Akın 2013, s. 193).

Epidemiyolojik çalışmalar, orta derecede düzenli alkol tüketiminin KAH riskini azalttığını göstermektedir. Bu koruyucu etkinin, günde 1-2 kadeh alkol alımıyla sağlandığı bildirilmiştir (Çelik ve diğ. 2002, s. 634). Ancak alkol kullanımı pek çok fiziksel (demans, hipertansiyon, hipoglisemi, hiperglisemi, aritmi, iskemik kalp hastalığı vb.) ve ruhsal rahatsızlığı yol açmaktadır ve bu zararlı etkileri nedeniyle bireylere alkol tüketiminin önerilmesinin yanlış olduğu belirtilmektedir.⁵

Ghislaine ve diğ. (2010) çalışmasında KABG ameliyatı olan hastaların yüzde 66,9'unun sigara kullandığı, Özcan'ın çalışmasında (2008) hastaların yüzde 42'inin sigara, yüzde 36'nın alkol kullandığı, Ergene'nin çalışmasında (2012) yüzde 71'in sigara, yüzde 25,4'ünün alkol kullandığı belirlenmiştir. Araştıma kapsamına alınan hastaların sigara ve alkol kullanma durumları incelendiğinde, hastaların yüzde 57,1'inin daha önce sigara kullandığı; bazılarının daha önce, bazılarının ise açık kalp cerrahisi uygulanma kararı alındıktan sonra bu alışkanlığı bıraktığı, hastaların yüzde 25'inin alkol kullandığı belirlendi (Tablo 4.1). Çalışmamızda ve diğer çalışmalarda hastaların ameliyat sonrası sigara içme oranları azalmaktadır. Hastaların yarısının sigara, ¼'ünün de alkol kullanması; sigara içme ve alkol kullanma oranlarının azaldığını göstermektedir.

⁵ Tural, Ü., 2008, Alkol ve madde kullanım bozuklukları. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı V.dönem ders notları. www.tip.kocaeli.edu.tr/ders_notlari. [erişim tarihi 5 Mart 2015].

5.2. HASTALARIN SAĞLIK/HASTALIK DURUMUNA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Mekanizması tam olarak anlaşılamamış olmakla birlikte KAH gelişiminde genetik yatkınlığın önemli olduğu bilinmektedir. Arter duvar yapısında bazı genetik defektlerin varlığının arter duvarında plak gelişimini kolaylaştırdığı, otozomal dominant geçişli bozukluk olan ailesel hiperkolesterolemi varlığının da benzer şekilde genç yaşlarda KAH gelişiminde rol oynayabileceği tahmin edilmektedir (Akın 2013, s. 192). Ghislaine ve diğ.'nin (2010) çalışmasında ailesinde KAH öyküsünün yüzde 60,9 olduğu, Ergene'nin (2012) çalışmasında yüzde 37,3 olduğu, Kulakaç'ın (2011) çalışmasında yüzde 36,5 olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamına giren hastaların yarısının ailesinde kalp hastalığı öyküsü olduğunun belirlenmesi ailesel yatkınlığı göstermekte ve çalışma bulgularıyla uyum sağlamaktadır (Tablo 4.1.1).

Açık kalp ameliyatı gibi tüm sistemlere etki eden bir ameliyat geçiren hastada, altta yatan diğer sistem hastalıkları da bulunabilmektedir (Okutan ve Kutsal 2001, s. 121). Parry ve diğ.'in (2010) çalışmasında hastaların yüzde 63'ünde hipertansiyon, yüzde 23'ünde diyabet, Ghislaine ve diğ.'in (2010) çalışmasında yüzde 42'sinde hipertansiyon, yüzde 18,4'ünde diyabet, Thomson ve diğ.'in (2013) çalışmasında yüzde 53'ünde hipertansiyon, yüzde 19'unda diyabet, Ergene'nin (2012) çalışmasında yüzde 51,5'in de hipertansiyon, yüzde 31,5'in de ise diyabet olduğu belirlenmiştir. Hipertansiyon bütün aterosklerotik kalp damar hastalıklarının yüzde 35'inden sorumludur ve KAH riski arter kan basıncı (AKB) normal olanlardan 2-3 kat daha fazladır. Kadın ve erkekte AMİ riskini 2-3 kat artırır. (Badır ve Korkmaz 2014, s. 434).Diyabet toplumumuzda prevalansı artmak eğiliminde olan bir risk faktörüdür (Onat 2004, ss. 596-602). Diyabeti olan bireylerde ateroskleroz daha sık ve erken yaşta başlamaktadır. KAH sıklığı diyabeti olan erkeklerde 2, kadınlarda 4 kat daha fazladır (Badır ve Korkmaz 2014, s. 435). Diyabetli hastalarda KAH daha erken dönemde ortaya çıkmaktadır (Akın 2014, s. 194). KAH için risk faktörü olan kronik hastalıkların, bireylerin fizyolojik ve psikolojik iyilik hallerini etkilediği ve açık kalp ameliyatı olma sürecinde etkili olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada hastaların çoğunda kronik bir hastalığı olduğu; yüzde 36,1'inde diyabet ve hipertansiyonun beraber görüldüğü, yüzde 36,1'nin sadece hipertansiyonu olduğu ve yüzde 9,8'in de sadece diyabeti olduğu belirlendi (Tablo 4.1.1). Çalışmamızda hastaların sahip olduğu kronik hastalıkların KAH için risk faktörü oluşturduğunu düşündürmekte ve literatür ile uyum sağlamaktadır.

Cerrahi girişim sırasında sternumun açılması, insizyon boyunca interkostal sinirlerin kesilmesi, KABG ameliyatlarında safen ven greftinin çıkarıldığı bölgelerdeki insizyon, yatış süresince uygulanan invaziv girişimler, ameliyat sonrası yapılan işlemler nedeniyle hastaların ameliyat sonrası çeşitli sorunlar yaşayabilirler (Badır ve Korkmaz 2014, s. 446, Çevik ve Zaybak 2011, s. 55). Yıldırım ve Atalay'ın (2002) çalışmasında hastaların en yoğun yaşadığı sorunlar ritim bozukluğu, hipertansiyon, ağrı, solunum sıkıntısı, halsizlik ve enfeksiyon, Direk ve Çelik'in (2012) çalışmasında hastalar taburcu edildikten sonra sırtüstü pozisyonda yatamama, yorgunluk, dispne, yara yerinde ağrı, halsizlik, uykusuzluk, iştahsızlık, korku, karamsarlık, bacaklarda ödem, yara bölgesinde açılma, çarpıntı ve konstipasyon yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bizim çalışmamızda, hastaların ameliyat sonrası en yoğun yaşadığı sorunların sırasıyla insizyon yerinde ağrı, yorgunluk hissi, solunum sıkıntısı ve uykusuzluk olduğunun saptanması diğer yapılan çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Tablo 4.1.2).

5.3. AĞRI ÖLÇEĞİNİN PUAN ORTALAMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Ameliyat sonrası ağrı, cerrahi travma ile başlayan, giderek azalan ve doku iyileşmesi ile sona eren akut bir ağrı şeklidir (Eti Aslan 2014, s. 127). Kalp cerrahisi hastaları insizyon boyunca interkostal sinirlerin kesilmesi ve göğüs kateterlerinin yol açtığı plevral irritasyon nedeniyle ve periferik ven ya da arter greftinin çıkarıldığı bölgede insizyon ağrısı görülebilmektedir (Badır ve Korkmaz 2014, s. 469). Yava ve diğ. (2013) ameliyat sonrası ağrı şiddetinin ameliyat sonrası ilk günlerde orta veya şiddetli olduğunu, Milgrom ve diğ. (2004) erken ameliyat sonrası dönemde ağrı şiddeti puan ortalamalarının geç ameliyat sonrası döneme göre daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Araştırmamıza katılan hastalarda K-MASF ile değerlendirilen ağrı puan ortalamaları incelendiğinde; algısal puanı $14,74 \pm 3,95$, duygusal puanı $5,32 \pm 1,63$, ortalama puanının $19,98 \pm 4,92$, hissedilen ağrı VAS'a göre (0-10) $3,42 \pm 1,48$, total ağrı skoru yoğunluğu (0-5) ise $2,99 \pm 1,08$ olduğu belirlendi (Tablo 4.2). Bizim sonuçlarımız sözü edilen çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Parry ve diğ.'in (2010), Leegard ve diğ.'in (2008) çalışmasında, kadınların erkeklerden daha çok ağrı çektiği, Çevik ve Zaybak'ın (2011) çalışmasında ameliyat sonrası 1. ve 2. günde uygulanan egzersizler sırasındaki kadın hastaların ağrı ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ağrı toleransının erkeklerde daha yüksek olduğu, cinsiyetler arasındaki bu farkın ağrıya yönelik kültürel durumu yansıttığı ve genellikle yüksek ağrı toleransının takdir edildiği belirtilmektedir (Eti Aslan 2014, s. 131, Leegard ve diğ. 2008, pp. 476-485).

Araştırmamıza katılan hastaların cinsiyete göre ağrı ortalamaları karşılaştırıldığında kadın olan hastaların K-MASF “algısal ağrı alanı” ve hissedilen ağrı “Visuel Analog Skala (VAS)” alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının (15,97±4,44; 3,88±1,58), erkek olan hastaların aldıkları puan ortalamasından (13,98±3,44; 3,13±1,36) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı (p<0,05) (Tablo 4.3). Literatür sonuçlarını destekler özellikte olan çalışma sonuçlarımız doğrultusunda, ağrı değerlendirmesi sırasında cinsiyetin göz önünde bulundurulması gereken bir etken olduğu düşünülebilir.

Yaşlı bireyler ağrıyı yaşlanmanın doğal sonucu olarak gördükleri, iyi hasta olma arzusu, dini inançlar ve bu durumu yaşanması gereken bir deneyim ya da tolere edilmesi gereken bir durum olarak düşünebilmekte ve ağrılarını bildirmede isteksiz davranabilmektedirler. Ameliyat sonrası ağrının bireysel özelliklerle ilişkisini belirleme amacıyla yapılan bir çalışmada yaş ilerledikçe ağrı toleransının arttığı ağrı bildirimini ise azaldığı belirlenmiştir (Eti Aslan 2014, s. 131). Ameliyat sonrası ağrıyı konu alan Özer ve Bölükbaş’ın (2001), Gagliese ve diğ.’in (2000) çalışmasında yaş ile ağrı düzeyi arasında ilişki olmadığı belirlenirken, Closs’ın (2005) çalışmasında yaşa bağlı görülen fizyolojik ve psikolojik değişiklikler yaşlılarda ağrı bildirimini etkilediği ve yaşlı bireylerde ağrıya cevap verme zamanının yavaşladığı, Gagliese ve Katz’in (2003) çalışmasında yaş ile ağrı şiddeti arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızda yaş ile K-MASF ağrı puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 60 yaş altı ve 60 yaş üstü hastalarda yaş ağrı puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (Tablo 4.3). Gruplar arasında istatistiksel anlamda fark bulunmaması, ameliyat sonrası hastalara klinikte düzenli olarak analjezik uygulaması yapılması ile ilişkili olduğu ve hastaların ağrıyı yaş ayırımı olmaksızın eşit yaşadıklarını düşündürmektedir.

Uygulanan cerrahi tipine göre hastaların K-MASF’den “Duygusal” ağrı ve hissedilen ağrı “Visuel Analog Skala (VAS)” alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanırken; ASD uygulanan hastaların ağrı düzeyinin en yüksek olduğu (Duygusal=7,40±1,82; VAS=4,80±1,30) belirlendi(p<0,05). Diğer hastalık özellikleri ile K-MASF arasında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir ilişki varlığı saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.3.1). ASD uygulanan hastaların ağrı düzeyinin diğer açık kalp cerrahisi uygulanan hastalara göre fazla olması; ASD uygulanan hastaların yaş ortalamasının daha düşük ve hastaların çoğununun kadın olması ile bağlantılı olabileceği düşünülebilir.

5.4. UYKU KALİTESİ ÖLÇEĞİNİN PUAN ORTALAMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Uyku sürecinde yaşanan aksaklıklar bireyin genel sağlık durumunu ve günlük yaşam aktivitelerini doğrudan etkilemektedir (Onat ve diğ. 2013, s. 35). Literatürde, hastaların ameliyat sonrası dönemde uyku latansı ve uykuyu devam ettirmekte sorun yaşadıklarına dair bilgiler yer almaktadır. Hastaların; gündüz uykusu, öksürük, sık idrara çıkma, ağrı ve sırt üstü yatamamaya bağlı nedenlerden dolayı uyku değişikliklerinin olabileceği vurgulanmaktadır. Redeker ve diğ.'in (2004) yaptığı çalışmada hastaların ameliyat sonrası ilk 4 haftada yüzde 64'ünün uykuya yönelik sıkıntı yaşadıklarını ifade edilmiştir.

Leegaard ve diğ.'in (2008) çalışmasında kadınların sternal ağrı yüzünden endişe yaşadıkları için uykularının kesintiye uğradığı ve uyku sürelerinin azaldığı, Parry ve diğ.'in (2010) çalışmasında kadınların uyku kalitelerinin azaldığı, yeteri kadar dinlenemedikleri ve bu kadınların erkeklerin aksine dul ya da yalnız yaşadığı belirlenmiştir. Ağrının uyku bozukluğuna neden olan en önemli faktör olduğu belirtilmekle birlikte, hastaların çoğu ağrı olmasa da ameliyat sonrası ilk gece uyku bozukluğu yaşamaktadırlar (Özkaya ve diğ. 2013, s. 122). Yapılan çalışmalar kadınların erkeklere göre daha fazla uyku sorunu yaşadıklarını göstermektedir (Onat ve diğ. 2013, s. 35). Bu çalışmada kadın hastaların PUKİ “uyku latansı” ve “uyku süresi” alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları (1,56±1,08;1,28±1,22), erkek hastaların aldığı puan ortalamasından (1,04±1,15;0,74±1,10) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı (p<0,05) (Tablo 4.4). Literatür sonuçlarını destekler özellikte olan çalışma sonuçlarımız doğrultusunda, uyku kalitesi değerlendirmesi sırasında cinsiyetin göz önünde bulundurulması gereken bir etmen olduğu düşünülebilir.

Araştırmamıza katılan alkol kullanan hastaların PUKİ toplam puan ortalaması (4,67±4,20); alkol kullanmayan hastaların aldığı puan ortalamasından (7,35±5,22) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı (p<0,05) (Tablo 4.4.3). Ohayon ve diğ.'in (2001) çalışmasında alkolün uyku sorunlarına neden olan risk faktörleri arasında yer aldığı saptanmıştır. Az veya orta miktarda alkol alınması başlangıçta uyku verici etki yapıp, uykuya dalmayı kolaylaştırırken zamanla uykunun bölünmesine, uyku evreleri arasındaki geçişlerin artmasına ve REM uykusunda azalmaya neden olmaktadır (Onat ve diğ. 2013, s. 35). Literatüre zıt olarak bu sonuç alkol kullananlarda uyku kalitesinin daha iyi olduğunu göstermektedir.

Yapılan araştırmalarda sigaranın da uyku bozukluklarının gelişmesinde önemli bir risk faktörü olduğu ve sigara içenlerin uyku kalitelerinin içmeyenlere göre daha kötü olduğu belirtilmektedir (Onat ve diğ. 2013, s. 35). Bu çalışmada sigara içenlerle içmeyenler arasında uyku kalitesinde anlamlı bir farka rastlanmadı.

5.5. YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİNİN PUAN ORTALAMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Yaşam kalitesi mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren genel olarak “iyi olma” durumudur. Literatürde KABG hastalarının geç dönemde yaşam kalitesi değerlendirildiğinde koroner arter cerrahisinin mükemmel sağ kalım ve yaşam kalitesi sağladığı belirtilmektedir. Dunning ve diğ.’inin (2008) prospektif kohort çalışmalarında 1180 hastanın KABG geçirdikten 10 yıl sonra yaşam kalitesini değerlendirmişler ve sağlıklı popülasyonla eşit bulmuşlardır (Korkmaz 2012, s. 57).

Yaşam kalitesi çalışmaları incelendiğinde Koivunen ve Lukkarinen (2006), Üstün ve Karadeniz (2006), Özer ve Argon (2005) kadın hastaların erkek hastalara göre yaşam kalitelerini daha yüksek düzeyde algıladıklarını belirlemişlerdir. Literatür de KABG hastalarında cinsiyetin yaşam kalitesine etkisi incelendiğinde kadınların morbidite ve sağlık hizmeti kullanımının daha fazla olduğu, kadınların yaşam kalitesinin erkeklere göre daha düşük bulunduğu ancak kadınların erkeklerden 6-8 yıl daha fazla yaşadıkları belirtilmektedir. Bizim alışmamızda yaşam kalitesi değerlendirildiğinde kadın hastaların NSP ölçeğinin toplam puan ortalamasının (40,41±17,83), erkek hastaların aldığı puan ortalamasından (25,04±15,66) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı (p<0,05) (Tablo 4.4). Kadınların hastalığını algılama düzeyi erkeklere göre daha kötü durumda olduğu belirlendi. Bu sonuç literatür bilgisiyle uyumlu olup, sözü edilen çalışmalarla zıtlık göstermektedir.

En önemli risk faktörlerinden biri olan sigara kullanımı ülkemizdeki yaygınlığı nedeniyle büyük önem taşımaktadır (Onat 2004, ss. 596-602). Kulakaç’ın (2011), Eski ve Fesci (2002) ve Oyan’ın (2006) alışmasında sigara kullanan hastaların yaşam kalitesi puanlarının kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda sigara kullanan hastaların NSP ölçeğinden aldığı toplam puan ortalamasının (26,91±16,21), sigara kullanmayan hastaların aldığı puan ortalamasından (36,22±19,20) istatistiksel olarak anlamlı

düzeyde daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.4.4). Bizim çalışma bulgumuzda sözü edilen çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

5.6. AĞRI, UYKU VE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI

Literatürde orta veya şiddetli düzeyde ağrısı olan hastaların uyku, günlük yaşam aktiviteleri, çalışma kapasitesi, etkileşimlerinin bozulduğu ve yaşam kalitelerinin etkilendiği bildirilmiştir (Yıldırım ve diğ. 2005, s. 20). Bir çalışmada, ağrı şiddetinin yaşam kalitesi üzerine etkisi dikkate alındığında, o anki ağrı şiddeti ‘çok şiddetli’ olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının düşük olduğu bulunmuştur (Tavşanlı ve diğ. 2013, s. 99). Tavşanlı ve diğ.’in (2013) çalışmasında şiddetli ağrı yaşadığını belirten yaşlı bireylerin yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu, Jakobsson ve diğ.’in (2007) çalışmasında da ağrı yaşayan yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede sıkıntı yaşadıkları ve bireylerin yaşam kalitelerinin azaldığı belirlenmiştir. Bu çalışmamızda PUKİ ve NSP ölçek puanı ile K-MASF ağrı ölçek puanı arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki varlığı saptandı (Tablo 4.5).

Literatürde hastaların uykularını etkileyen bireysel faktörler arasında ağrı ilk sırada gelmektedir. Hastaların uykularını etkileyen bireysel faktörlere bakıldığında ağrının; Karagözoğlu ve diğ.’in (2007) çalışmasında yüzde 44,5’inin, Öztürk’ün (2003) çalışmasında yüzde 53’ünün, Kara’nın (1996) çalışmasında yüzde 81,4, Beck ve diğ.’in (2005) çalışmasında hastaların en fazla ağrı nedeniyle uykularının etkilendiği saptanmıştır. Literatür bilgilerine göre ağrısı olan bireyler uyumakta güçlük çekmekte ya da hiç uyuyamamaktadırlar. Cerrahi servisinde yatan hastaların; hastalıkla ilgili endişeleri, ağrı ve cerrahi girişim sonrası pozisyon kısıtlılığı gibi nedenlerle de uyku kalitelerinin düşük olduğu belirtilmektedir (Özkaya ve diğ. 2013, s. 122). Hastalar uykuya yönelik güçlük yaşamalarını gündüz uydukları için gece uyuyamamalarına, hastane ortamının gürültülü olmasına, gece sık idrara çıkma ve hemşirelik uygulamaları nedeniyle uyanmalarına bağlı olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışmamızdaki bulgular, literatür bilgileriyle paralellik göstermektedir. Sonuç olarak, yaşam kalitesi ve uyku kalitesi kötüleştikçe ağrı düzeyinin yükseldiği bulundu.

6. SONUÇ

Açık kalp cerrahisi uygulanan hastalarda ameliyat sonrası ağrının uyku ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmada, hastaların büyük çoğunluğunun erkek ve yaş ortalamalarının $58,23 \pm 14,92$ olduğu, ilköğretim mezunu, evli, sağlık güvencesine sahip olduğu, her hangi bir işte çalışmadığı (ev hanımı, emekli) ve kentte yaşadıkları bulundu.

Araştırmada kadın hastaların Kısa Form McGill Ağrı Formu “algısal ağrı alanı” ve hissedilen ağrı “Visuel Analog Skala (VAS)” alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının cinsiyet durumu erkek olan olguların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p < 0,05$). Kadın hastaların PUKİ “uyku latansı” ve “uyku süresi” alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları, erkek hastaların aldığı puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p < 0,05$). Kadın hastaların NSP ölçeğinden aldığı toplam puan ortalaması, erkek hastaların aldığı puan

ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Mevcut bulgulardan kadın hastaların hastalığını algılama düzeyinin ve uyku kalitesinin erkek hastalara oranla daha kötü olduğu yargısına varıldı.

Sonuç olarak; yaşam kalitesi ve uyku kalitesi kötüleştikçe ağrı düzeyinin yükseldiği bulundu.

ÖNERİLER

- Hemşireler, hastalara bakım verirken ağrı, uyku ve yaşam kalitelerini değerlendirmeli ve hastaların sorunlarını gidermeye yönelik bireyselleştirilmiş bakım üzerine odaklanmalı,
- Hastaların ağrı hakkında sözel ve sözel olmayan davranışlarının gözlenmeli,
- Ağrının uykuyu etkileyen en önemli faktörlerden olduğu göz önüne alınarak, ağrı yönetimi ve kontrolüne yönelik gerekli hemşirelik planlama ve uygulamasının yapılmasında gerekli özenin gösterilmesi,
- Hastaların periyodik olarak uyku kalitelerinin değerlendirilmesi ve bu doğrultuda kurumsal düzenlemelerin yapılması,
- Ameliyat sonrası hastaların fiziksel, psikolojik ve bilişsel davranışlardaki iyileşme sürelerinin ilk 6 ayı kapsadığı düşünülerek, yapılacak çalışmaların uzun süreleri içerecek şekilde planlanması,
- Bu araştırmanın, daha büyük popülasyonda analitik çalışmalarla tekrarlanması şeklinde sıralanabilir.

KAYNAKÇA

Kitaplar

- Akdemir, N., 2003. Dinlenme ve uyku ve düzensizliklerinde hemşirelik bakımı. *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı*. Akdemir, N. & Birol, L., (Ed.). 2. baskı. Ankara: Sistem Ofset. ss. 129-139.
- Akdemir, N. 2003. Hemşirelikte temel kavramlar. *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı*. Akdemir, N. & Birol, L., (Ed.). 2. baskı. Ankara: Sistem Ofset. ss. 3-24.
- Akın, S., 2013. Kardiyovasküler sistem hastalıkları ve bakım. *İç hastalıkları hemşireliği*. Durna, Z. (Ed.). İstanbul: Akademi Basın. ss. 147-230.
- Ay, F.A., 2007. Preoperatif hazırlık-postoperatif bakım ve takip. *Temel hemşirelik kavramlar: ilkeler, kavramlar, uygulamalar*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık. ss. 395- 405.
- Badır, A. & Korkmaz, F.D., 2014. Koroner arter hastalıkları. *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. Karadakovan, A. & Eti Aslan, F., (Ed.). 3. baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. ss. 431-471.
- Çıkrıkçıoğlu, M., Kalangos, A., 2004. Mitral kapak tamirlerinde ring anuloplastinin dünü bugünü. *Kalp ve damar cerrahisi 2. cilt*. Duran, E. (Ed.). İstanbul: Çapa Tıp Kitabevi. ss. 1217-1226.
- Çobanoğlu, A. & İsbir, S., 2013. Koroner arter bypass cerrahisi. *Kalp damar cerrahisi 1. cilt*. Paç, M., Akçevin, A., Aka, S.A., Büket, S. ve Sarıoğlu, T., (Ed.). MN Medikal & Nobel Kitabevi. ss. 773-872.
- Erdil, F., Elbaş, N.Ö., 2001. Kalp cerrahisi ve hemşirelik bakımı. *Cerrahi hastalıkları hemşireliği*. 4. baskı. Ankara: Aydoğdu Ofset. ss. 297-328.

- Eti Aslan, F., 2014. Sağlık bakımında fizyopatolojik kavramlar. *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. Karadakovan, A. & Eti Aslan, F., (Ed.). 3. baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. ss. 127-148.
- Ergün, A., Eti Aslan, F., Vatan, F., Olgun, N., & Kuşuoğlu, S., 2014. Sağlık bakımındaki gelişmeler ve bakım uygulamaları. *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. Karadakovan, A. & Eti Aslan, F., (Ed.). 3. baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. ss. 3-24.
- Korkmaz F.D., 2014. Yapısal enfeksiyöz ve enflamatuvar kalp hastalıkları. *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. Karadakovan, A. & Eti Aslan, F., (Ed.). 3. baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. ss. 473-495.
- Özbaran, M. & Yağdı, T., 2004. Kalp transplantasyonu. *Kalp ve damar cerrahisi 2. cilt*. Duran, E., (Ed.). İstanbul: Çapa Tıp Kitabevi. ss. 1839-1840.
- Soltoski, P.R., Karamanoukian, H.L., Salerno, T.A., 2006. *Kalp cerrahisi sırları*. 2. baskı. V. Erentuğ & A. Polat (Çev.), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Sönmez, B., Arbatlı, H., Demirsoy, E., Yağan, N., Yılmaz, O., Arpaz M., Tükenmez, M. ve Şener, D., 2004. Koroner arter hastalığının cerrahi tedavisi. *Kalp ve damar cerrahisi 2. cilt*. Duran E., (Ed.). İstanbul: Çapa Tıp Kitabevi. ss. 1343-1350.
- Tel, H., 2010. Ağrı, ağrıya yönelik uygulamalar ve hasta bakımı. *Klinik beceriler ve sağlığın değerlendirilmesi, hasta bakımı ve takibi*. Sabuncu, N. & Akça Ay, F., (Ed.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, ss. 652-674.

Sürekli Yayınlar

- Ağargün, M.Y., Kara, H., & Anlar, O., 1996. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin geçerliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. **7**, ss. 107-111.
- Aka, S.A., Orhan, G., Şahin, Ş., Tartan, Z., Kurç, E., Yücel, O., Taşdemir, M. & Eren, E., 2006. Sol ventrikül disfonksiyonlu ameliyat olmuş koroner arter hastalarında yaşam kalitesi ölçümü. *Turkish J Thorac Cardiovasc Surg*. **14** (4). ss. 266-271.
- Akçay, B. D., Özgen, F., Erdem, M, Balıkcı, A., & Öznur, T., 2013. Travma sonrası stres bozukluğunda uyku. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. **5** (4), ss. 441-460.
- Akdemir, N. ve Akyar, İ., 2008. Aterosklerotik kalp hastalıklarından korunma ve hemşirenin sorumlulukları. *İç Hastalıkları Dergisi*. **15** (3), ss. 125-130.
- Arslan, S. ve Çelebioğlu A., 2004. Postoperatif ağrı yönetimi ve alternatif uygulamalar. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. ss. 1-7.
- Aytaç, A., 1991. Dünyada ve Türkiyede kalp cerrahisi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*. **1** (1), ss. 8-12.
- Başak, T. ve Açıksöz S., 2011. Kalp kapak hastalıklarında hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics*. **4** (5), ss. 24-28.
- Becit, N., Ünlü, Y., & Ceviz M., 2001. Edinsel mitral kapak hastalıklarında cerrahi tedavi endikasyonları. *AÜTD*. **33**, ss. 61-68.
- Beck, S., Dudley, W.N, & Barsevick, A., 2005. Pain, sleep disturbance and fatigue in patients with cancer: Using a medication model to test a symptom cluster. *Oncology Nursing Forum*. **32** (3), pp. 48-55.
- Bozkaya, T.A., 2012. Ekstrakorporeal dolaşımın tarihçesi ve Türkiye'deki uygulanımı. *Türkiye Klinikleri J Cardiovas Surg-Special Topics*. **4** (2), ss. 1-5.
- Buyse, D.J., Hall, M.L., Strollo, P.J., & et al. 2008. Relationships between the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Epworth sleepiness scale (ESS), and clinical/polysomnographic measures in a community sample. *J Clin Sleep Med*. **4**, pp. 563-571.
- Büyükyılmaz, F. ve Aştı, T., 2009. Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. **12** (2), ss. 84-93.
- Çelik, S., Görgülü, Ş., & Tezel, T., 2002. Alkol tüketimi ve koroner kalp hastalığı. *Türk Kardiyol Dern Arş*. **30** (10), ss. 634-639.
- Çevik, K. ve Zaybak, A., 2011. Açık kalp ameliyatı sonrasında yapılan egzersizlerin ağrıya etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. **14** (4), ss.54-59.

- Closs, S.J., 2005. Assessment of pain in older people the key to effective management current *Anaesthesia & Critical Care*. **16** (1), pp. 40–45.
- Çöçelli, L.P., Bacaksız, B.D., & Ovayolu, N., 2008. Ağrının tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*. **14**, ss. 53-58.
- Davies, M.K. ve Hollman A., 2002. History of cardiac surgery. *Heart*, **87** (6), p. 509.
- Direk, F. ve Çelik, S.Ş., 2012. Koroner arter bypass greft cerrahisi yapılan hastaların taburcu edildikten sonra yaşadıkları sorunlar ve öz bakım yetileri. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*. **20** (3), ss. 530-535.
- Dunning, J., Waller, J.R.L., Smith, B., Pitts, S., Kendall, S.W.H, & Khan, K., 2008. Coronary artery bypass grafting is associated with excellent long-term survival and quality of life: a prospective cohort study. *Ann Thorac Surg*. **85**, pp. 1988 –1993.
- Eski, S. ve Fesci, H. (2002). Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*. **4** (1), ss. 15-28
- Erek, E.K., 2011. Soğuk uygulamalar ve hemşirelik bakımı. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. ss. 73-82.
- Erol, M.K., 2009, Asemptomatik kapak hastasının takip ve tedavisi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. **9** (1), ss. 17-24.
- Erol, Ö. ve Enç, N. 2009. Yoğun bakım alan hastaların uyku sorunları ve hemşirelik girişimleri. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*. **1** (1), ss. 24-31.
- Eser, E. 2014. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. *Türk Nöroloji Dergisi*. **20** (1), ss. 1-4.
- Eti Aslan, F. ve Karadağ, Ş., 2007. Ağrı: yoğun bakım ünitesinde hemşireye hastanın yerine düşünme ve hissetme zorunluluk ve sorumluluğu yükleyen bir sorun. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. **11** (2), ss: 89-95.
- Eti Aslan, F., 2005. Akut ağrı. *Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Dergisi*. **2** (1), ss. 24-31.
- Eti Aslan, F., 2002. Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. **6** (1), ss. 9-16.
- Faydalı, S., 2010. Cerrahi hastalarında analjeziklerin kaliteli kullanımı. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. ss. 83-91.
- Gagliese, L., Jackson, M., Ritvo, P., Wowk, A., & Katz, J., 2000. Age is not impediment to effective use of patient controlled analgesia by surgical patients. *Anesthesiology*. **93** (3), pp. 601-610.

- Gagliese, L. and Katz, J. 2003. Age differences in postoperative pain are scale dependent: a comparison of measures of pain intensity and quality in younger and older surgical patients. *Pain*. **103**, (1-2), pp. 11-20.
- Ghislaine, A., Manuela, A., Fred, H. ve Johan, L. (2010). Maessen Health-related quality of life after fast-track treatment results from a randomized controlled clinical equivalence trial. *Qual Life Res*. **19** (5), pp. 631–642.
- Gellerstedt, L., Medin, J., & Karlsson, M.R., 2013. Patients' experiences of sleep in hospital: a qualitative interview study. *Journal of Research in Nursing*. **0** (0), pp. 1-13.
- Hillis, L.D., Smith, P.K., Anderson, J.L., Bittl, J.A., Bridges, C.R., Byrne, J.G., & et al. 2012. 2011 ACCF/AHA Guideline for Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. **143** (1), pp. 4-34.
- Jakobsson, U., Hallberg, I.R., & Westergren, A., 2007. Exploring determinants for quality of life among older people in pain and in need of help for daily living. *J Clin Nurs*. **16** (3A), pp. 95-104.
- Karagözoğlu, Ş., Çabuk, S., Tahta, Y., & Temel, F., 2007. Hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen faktörler. *Toraks Dergisi*. **8** (4), ss. 234-240.
- Kılıç, M. ve Öztunç, G., 2012. Ağrı kontrolünde kullanılan yöntemler ve hemşirenin rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. **7** (21), ss. 35-51.
- Koç, F., 2010. Ağrı ve yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics*. **3** (4), ss.62-66.
- Koivunen, K. ve Lukkarinen, H. 2006. Lower limb atherosclerotic disease causes various deteriorations of patients' health-related quality of life. *J Vasc Nurs*. **24** (4), pp. 102-115.
- Kurt, S. ve Enç, N., 2013. Yoğun bakım hastalarında uyku sorunları ve hemşirelik bakımı. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. **4** (5). ss. 1-8.
- Kutsal, A., 2010. Yaşlıda kalp cerrahisi. *Turkish Journal of Geriatrics*. **2**, ss. 115-123.
- Küçükdeveci, A.A., McKenna, S.P., Kutlay, S., Gürsel, Y., Whalley, D., & Arasil, T., 2000. The development and psychometric assessment of the Turkish version Nottingham Health Profile. *Int J Rehabil Res*. **23** (1), pp. 31-38.
- Leegaard, M., Naden, D., & Fagermoen, M.S., 2008. Postoperative pain and self-management: women's experiences after cardiac surgery. *Journal of Advanced Nursing*. **63** (5), pp. 476-485.
- Martin, C.G. ve Turkelson, S.L., 2006. Nursing care of the patient undergoing coronary artery bypass grafting. *Journal of Cardiovascular Nursing*. **21** (2). pp. 109–117.

- Milgrom, L.B., Brooks, J.A., Qi, R., Bunnell, K., Wuestefeld, S., & Beckman, D., 2004. Pain levels experienced with activities after cardiac surgery. *American Journal of Critical Care*. **13**, pp. 116-125.
- Ohayon, M.M., Li K.K., Guilleminault, C., 2001. Risk factors for sleep bruxism in the general population. *Chest*. **119**, pp. 53-69.
- Okutan, H. ve Kutsal, A., 2001. Açık kalp ameliyatı geçiren hastalarda ameliyat sonrası yoğun bakım. *Turkish Journal of Geriatrics*. **4** (3), ss. 120-126.
- Okutan, H., Yavuz, T., Kınay, O., Düver, H., Uluşan, V., Öcal, A., İbrişim, E., & Kutsal, A., 2001. Yaşlı hastalarda açık kalp cerrahisi sonuçları. *Geriatry*. **4** (4), ss. 146-151.
- Onat, Ş.Ş., Delialioğlu, S.Ü., Biçer, S., & Özel, S., 2013. Osteoporotik hastalarda uyku kalitesinin yaşam kalitesine etkisi. *Türk Osteoporoz Dergisi*. **19**, ss. 32-37.
- Önler, E. ve Yılmaz, A., 2008. Cerrahi birimlerde yatan hastalarda uyku kalitesi. *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi*. **16** (62), ss. 114-121.
- Örer, A. ve Oto, Ö., 1999. Düünden bugüne kalp cerrahisi. *Türk Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*. **7** (3), ss. 153-160.
- Özay, B., Ketenci, B., Günay, R., Çimen, S., & Demirtaş, M., 2007. Atriyal septal defekt; dünü, bugünü, yarını. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*. **38**, ss. 172-175.
- Özbaran, M. ve Yağdı, T., 2011. Kalp nakli ve diğer cerrahi tedaviler. *Klinik Gelişim*. **24**, ss. 67-75.
- Özer, S. ve Argon, G., 2005. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. **21** (1), ss. 63-77.
- Özer, N. ve Bölükbaş, N., 2001. Postoperatif dönemdeki hastaların ağrıyı tanımlamaları hemşire ve hemşirelerin ağırlı hastaya yönelik girişimlerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. **4** (1), ss.7-16.
- Özgen, F., 2001. Uyku ve uyku bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*. **5**, ss. 41-48.
- Özgür, G. ve Baysan, L., 2005. Yaşlılarda uyku sorunları, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **21** (2), ss. 97-105.
- Özkaya, B.D., Yüce, Z., Gönenç, M., Gül, A., & Alış, H., 2013. Ameliyat sonrası erken dönemde hastanede yatan hastaların uyku düzenini etkileyen etmenler. *Bakırköy Tıp Dergisi*. **9** (3), ss. 121-125.
- Öztürk, L., 2007. Yanıtını arayan eski bir soru: Niçin uyuruz? *İstanbul Tıp Dergisi*. **70** (4). ss. 117-121.

- Özveren, H., 2011. Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. ss. 83-92.
- Parry, M., Watson, J.W., Hodnett, E., Tranmer, J., Dennis, C.L., Brooks, D., 2010. Pain experiences of men and women after coronary after bypass graft surgery. *Journal of Cardiovascular Nursing*. **25** (3), pp. 9-15.
- Redeker, N.S., Ruggiero, J.S., & Hedges, C., 2004. Sleep is related to physical function and emotional well-being after cardiac surgery. *Nursing Research*. **53** (3), pp.154-162.
- Sidar, A., Dedeli, Ö., & İşkesen, A.İ., 2013. Açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların kaygı ve ağrı distressi: ağrı düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*. **4**. ss. 1-8.
- Şekuri, C., 2006. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kardiyovasküler hastalıklarda kullanımı. *Sağlıkta Birikim Dergisi*. **1** (2), ss. 64-70.
- Şenol, V., Soyuer, F., Akça, R.P., & Argün, M., (2012) Adolesanlarda Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. *Kocatepe Tıp Dergisi*. **14**, ss. 93-102.
- Tavşanlı, N.G., Özçelik, H., & Karadakovan, A., 2013. Ağrısı olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin incelenmesi. *Ağrı*. **25** (3), ss. 93-100.
- Terzi, B. ve Kaya, N., 2011. Yoğun bakım hastalarında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi*. **1**, ss. 21-25.
- Thomson, P., Niven, C.A., Peck, D.F., & Eaves, J., 2013. Patients'and partners' health-related quality of life before and 4 months after coronary artery bypass grafting surgery. *BMC Nursing*. **12** (16), pp. 1-15.
- Üstün, M.E. ve Karadeniz, G., 2006. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının önemi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. **1** (1), ss. 33-43.
- Yakut, Y., Yakut, E., Bayar, K., & Uygur, F., 2007. Reliability and validity of the Turkish version short-form McGill pain questionnaire in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. **26**, pp. 1083-1087.
- Yava, A., Koyuncu A., Pusat N., Yıldırım V., & Demirkılıç U., 2013. **Kardiyak cerrahi yoğun bakımda uygulanan invaziv ve noninvaziv girişimler ve postoperatif ağrı.** *GKDA Dergisi*. **19** (4), ss. 184-190.
- Yıldırım, Y.K., Uyar, M., Fadilloğlu, Ç., 2005. Kanser ağrısı ve yaşam kalitesine etkisi. *Ağrı*. **17** (4), ss. 17- 22.
- Yıldırım, N. ve Atalay, M., 2002. Koroner arter bypass ameliyatı olan hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*. **1** (4), ss. 52-64.

- Yılmaz, E., Kutlu, A.K., & Çeçen, D., 2008. Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların uyku durumlarını etkileyen faktörler. *Yeni Tıp Dergisi*. **25**, ss. 149-156.
- Yılmaz, T.T., 2012. Uyku bozuklukları ve birinci basamak sağlık hizmetleri açısından önemi. *Smyrna Tıp Dergisi*. ss. 94-97.
- Yılmaz, M. ve Gürler, H., 2011. Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: hasta görüşleri. *Ağrı*. **23** (2), ss.71-79.
- Yılmaz, M. ve Çiftçi, E.S., 2010. Açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde bir model: Fonksiyonel sağlık örüntüleri. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*. **18** (3), ss. 183-189.

Diğer Yayınlar

- Demirkıran, G., (2011). Koroner arter bypass ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Malatya: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Elitoğ, N., Öztürk, N., Menteş, D., Zeytun, B., Kahraman, H., Kırdag, G., Cengiz, O., & Erkuş, B., 2008, Kalp cerrahisi operasyonu geçirmiş olan hastaların post-op hastanede yatış dönemlerinde uykularını etkileyen faktörler ve günlük uyku düzenindeki değişimlerin değerlendirilmesi. www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/e-yeni_tasarim. [erişim tarihi 20 Mart 2015].
- Ergene, T., (2012). Koroner arter bypass cerrahisi geçiren ve post-operatif kardiyopulmoner fizyoterapi uygulanan hastalarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeklerinin karşılaştırılması. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ergin, F., Beşer, E., Güler, G., & Çobanoğlu, M., 2004, Yaşlılarda yaşam kalitesi. www.saykad.net. [erişim tarihi 20 Mart 2015].
- European Cardiovascular Disease Statistics, 2012, www.ehnheart.org/cvd-statistics. [erişim tarihi 1 Temmuz 2014].
- Kara, M., (1996). Hastanede yatan hastaların uyku ile ilgili sorunları ve hemşirelerin bu soruna ilişkin tutumları. *Bilim Uzmanlığı Tezi*. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Enstitüsü.
- Korkmaz, F.D., 2012. Kalp damar cerrahisinde yaşam kalitesi. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu. 04 Mayıs 2012 Manisa: C.B.Ü. Süleyman Demirel Kültür Merkezi, ss. 52-60.
- Kulakaç, N.Y., (2011). Açık kalp cerrahisinde hemşirelik eğitiminin yaşam kalitesine etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Küçük, M., 2008. Hemodiyaliz hastalarının yaşam kaliteleri, hasta özellikleri ve hemşirelik hizmetleri ile ilgili doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- MEB, Cerrahi hemşireliğinde temel teorik kavramlar, 2012, www.megep.meb.gov.tr, [erişim tarihi 12 Ocak 2015]. ss.7-12.
- MEB, Kardiyovasküler sistem cerrahisinde bakım, 2012, www.megep.meb.gov.tr, [erişim tarihi 12 Ocak 2015]. ss. 1-30.

- Oyan, G., 2006. Periferik arter hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesi ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özcan, H., 2008. Açık kalp ameliyatı sonrası hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitiminin hastalar tarafından kullanılma oranı. *Yüksek Lisans Tezi*. Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Öztürk, M., (2003). Hastanede yatan yetişkin hastaların uyku gereksinimlerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Adana: Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Samur, G., 2008, Kalp damar hastalıklarında beslenme. www.beslenme.gov.tr. [erişim tarihi 17 Şubat 2015].
- Tural, Ü., 2008, Alkol ve madde kullanım bozuklukları. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı V.dönem ders notları. www.tip.kocaeli.edu.tr/ders_notlari. [erişim tarihi 5 Mart 2015].