

T.C
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**AÇIK KALP AMELİYATI OLAN HASTALARI
TABURCULUK ÖNCESİ BİLGİLENDİRMENİN
ANKSİYETE DÜZEYİNE ETKİSİ**

**DR. YÜKSEKÖĞRETİM ÜYESİ
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

HEMŞİRELİK PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Perihan GÜNEŞ

108 282

108282

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ

Yrd. Doç Dr. Hatice TEL

TEMMUZ-2001
SİVAS



“Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu’nun 05.01.1984 tarih ve 84/1 No’lu kararı ile kabul edilen Tez Yazma Yönergesi’ne göre hazırlanmıştır.”

İÇİNDEKİLER

Sayfa no

I. GİRİŞ	1
I-1. Problemin Tanımı.....	1
I-2. Konunun Hemşirelikle İlgisi.....	5
II. GENEL BİLGİLER	8
III. ARAŞTIRMANIN AMACI	19
IV. PROBLEM CÜMLESİ	19
V. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ	19
VI. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	19
1. Araştırmanın Şekli	19
2. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	19
3. Araştırmanın Evreni.....	20
4. Araştırmanın Örneklemi.....	21
5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	21
VII. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	22
1. Verilerin Toplanması.....	22
2. Ön Uygulama.....	23
3. Kitapçığın Geliştirilmesi.....	23
4. Araştırmanın Uygulanması.....	24
5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	26
VIII. BULGULAR VE TARTIŞMA	29
IX. SONUÇLAR	68
X. ÖNERİLER	71
XI. ÖZET	72
SUMMARY	74
XII.KAYNAKLAR	76
EKLER	

TABLolar LİSTESİ

Sayfa no

Tablo 1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özellikleri.....	30
Tablo 2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Hastalık Durumlarına İlişkin Tanıtıcı Özellikleri.....	33
Tablo 3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Aile Yapısına İlişkin Tanıtıcı Özellikleri.....	35
Tablo 4 Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 5 Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 6 Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Cinsiyetine Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 7. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Yaşa Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 8. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Eğitim Durumuna Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 9. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Medeni Durumuna Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 10. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Mesleğine Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve	

Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 11. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Maddi Durumuna Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 12. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyal Güvencesine Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	51
Tablo 13. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Çocuk Sayısına Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 14. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Yaşadığı Yere Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo 15. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sigara-Alkol Kullanma Alışkanlığına Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 16. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Daha Önce Hastaneye Yatma Deneyimine Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	56
Tablo 17. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Öncesi Şikayet Süresine Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 18. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Öncesi Tıbbi Tedavi Alma Durumuna Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	59

Tablo:19. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Şekline Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....61

Tablo 20. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyattan Önce Hastalığı Hakkında Bilgi Alma Durumuna Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....62

Tablo 21. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Evde Bakıma Yardımcı Olacak Bireylerin Yaşı ve Eğitim Durumuna Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....64

Tablo 22. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Aile yada Akrabalarında Kalp Hastalığının Olmasına Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....66

I. GİRİŞ

I-1. Problemin Tanımlanması

Dünya sağlık örgütünün tanımına göre “sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik ve denge halinde olmasıdır.” “Hastalık ise, bireyin fiziksel, emosyonel, entelektüel, sosyal ve ruhsal fonksiyonlarını daha önceki haline göre azaltan ya da iyice tüketen bir durumdur.” Bu özelliği ile hastalık bireyin çevresine uyumunu, etkileşimini, üretkenliğini, verimliliğini ve kendi içindeki denge durumunu (homeostazis) bozmaktadır (Black ve Jacobs 1993, Potter ve Perry 1993).

Homeostatik denge durumunu bozan hastalıklardan birisi kalp hastalıklarıdır. Kalp hastalıklarından koroner arter ve kalp kapağı hastalıkları dünyada yetişkin çağın önemli sağlık sorunlarından ve önde gelen ölüm nedenlerinden biridir. Son beş yılda yapılan istatistiklerde dünyadaki ölümlerin % 50’den fazlasının koroner arter hastalığı ve kalp kapağı hastalıkları nedeniyle olduğu görülmektedir (Braunwald 1997, Edmunds 1997). Bu hastalıklar, Avrupa’da ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’inde de öldürücü hastalıkların başında yer almaktadır. ABD’de yapılan istatistiklerde her yıl 1.5 milyon kişinin koroner arter hastalığı nedeniyle yaşamını yitirdiği belirtilmektedir (Edmunds ve ark 1996, Mueller ve ark 1998). 1998 Türkiye istatistik yılına göre ise, tüm hastanelerdeki ölümlerin %33-50’sinin koroner arter ve kalp kapağı hastalıkları nedeniyle olduğu belirtilmektedir. 2000 yılı verilerine göre de Türkiye’deki kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin %50-75’inin koroner arter hastalığı nedeniyle olduğu görülmektedir (Heper 2000). Bu nedenle koroner arter hastalığı ve kalp kapağı hastalıkları, günümüzde önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir.

Koroner arter hastalığı ve kalp kapağı hastalarının mortalitesinin azaltılmasında açık kalp ameliyatının etkili olduğu bilinmektedir. Açık kalp ameliyatı, koroner arter hastalıkları, kalp kapağı hastalıkları ve kontrol edilemeyen anjinal hastalıklar için uygulanan temel bir tedavi şeklidir (Edmunds 1997, Harkness ve Dincher 1999). 20. yüzyılın ikinci yarısında tıp alanındaki hızlı gelişmelerden en fazla etkilenen yöntemlerden birisinin açık kalp ameliyatları olduğu belirtilmektedir (Örer ve Oto 1990). Bu alanındaki tekniklerin ve anestezi uygulama yöntemlerinin gelişmesi tedavi

edilen hasta sayısını da artırmıştır. ABD’de her yıl yaklaşık olarak ameliyat edilen kalp hastası sayısı 700.000’nin, koroner arter bypass ameliyatı olan hasta sayısı ise 350.000’nin üzerindedir (Edmunds ve ark 1996, Lewis ve ark 1996). Ülkemizde son on yıldır her çeşit kalp ameliyatı yapılabilmektedir. Açık kalp ameliyatı da çok başarılı sonuçların alındığı bir konuma gelmiştir (Aytaç 1993). 1997’de Türkiye’deki yalnızca beş hastanede açık kalp ameliyatı yapılan kişi sayısı (Ankara Yüksek İhtisas hastanesi, Bursa Yüksek İhtisas hastanesi, Koşu Yolu Kalp Araştırma hastanesi, Dr. Siyami Ersek GKDC hastanesi ve Atatürk Eğitim hastanesi) 5532’dir (Zor ve ark 1998).

Koroner arter hastalıkları ve kalp kapağı hastalıkları, bireylerde aktivite kısıtlılığı, dispne, yorgunluk, çarpıntı gibi yakınmalara neden olmakta ve bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Lewis ve ark 1996, Duits ve ark 1997). Açık kalp ameliyatları ile, koroner arter hastalıkları ve kalp kapağı hastalıklarının neden olduğu yakınmalar azaltılabilmekte ve hastaların yaşam kalitesi olumlu yönde etkilenmektedir (Duits ve ark 1997, Özgen 1999). Zyzanski ve arkadaşlarının (1997) açık kalp ameliyatı sonrası görülen fiziksel ve psikososyal sonuçları incelemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada, hastaların %50’den fazlasının ameliyat öncesine göre daha aktif oldukları, daha az göğüs ağrısı yaşadıkları ve daha fazla sosyal etkileşime girdikleri saptanmıştır. Strauss ve arkadaşları (1992)’da koroner arter bypass ameliyatı olan hastaların %80’ninde hastalığa bağlı semptomların azaldığını, ameliyat öncesine göre hastaların fiziksel durumlarında ve yaşam kalitelerinde belirgin şekilde iyileşme olduğunu belirtmişlerdir.

Açık kalp ameliyatının tedavi edici ve olumlu etkilerinin yanı sıra, ameliyat sonrası dönemde hastalarda fiziksel, emosyonel ve sosyal bazı değişimler görülmektedir (Miller ve ark 1990, Özkan 1993, Gardner ve Worwood 1997). Açık kalp ameliyatı olan hastaların hareket etme, beslenme, boşaltım, solunum, cinsel işlev, uyku ve dinlenme gibi fiziksel aktiviteleri yerine getirmede bazı değişiklikler olmaktadır. Aynı zamanda hastalar, düzenli bir egzersiz programını sürdürme, planlı ve uzun süreli ilaç kullanma ve komplikasyon belirtilerini erken tanıyabilme gibi sorumluluklarla da karşı karşıya kalmaktadır (Ruiz ve ark 1992, Goodman 1997). Kalp yaşamsal bir organ olduğu için hastalar ameliyat öncesi ve sonrası dönemde ölüm korkusunu yoğun olarak yaşamaktadır. Açık kalp ameliyatı olan hastalar, sağlıklarını tehdit altında, geleceklerini

ve amaçlarını tehlikeye düşmüş hissetmekte ve hastalık öncesi yaşamlarına dönememe kaygısı yaşamaktadır (Özkan 1993, Willams 1993, Wise ve Rundell 1997). Açık kalp ameliyatı hastaların ameliyattan sonra iş ve sosyal yaşamlarında yeni düzenlemelerin yapılmasını da gerektirmektedir. Açık kalp ameliyatı bazı hastalarda, iş ve sosyal yaşamdaki statü kaybına, yakınları tarafından terk edileceği korkusuna, eş ve çocuklarının geleceği ile ilgili kaygılara, olası ya da gerçek ekonomik kayıplara da neden olabilmektedir (King ve Parrinello 1988, Miller ve ark 1990, Aksoy 1995).

Açık kalp ameliyatının bireyin yaşamına getirdiği değişikliklerin fazla olması ve bu değişikliklerin önceden bilinmemesi bireylerde anksiyeteye neden olmaktadır (Özkan 1993, Gülseren 1997). Anksiyete; genellikle bilinmeyen ve anlaşılmayan yakın bir tehlikeyi beklemekte olmanın doğurduğu huzursuzluk ve gerginlik hissi olarak tanımlanmaktadır (Sims ve Snaith 1988, Öztürk 1989, Badger 1994). Anksiyete çok hafif tedirginlik ve gerginlik duygusundan panik derecesine kadar değişik yoğunluklarda yaşanmaktadır (McFarland ve Thomas 1991, Doğan 1993). Goodman (1997) açık kalp ameliyatı olan hastaları ameliyattan sonraki 6-8 hafta süreyle incelemiş, inceleme sonunda açık kalp ameliyatı olan ve evde bakımın sürdürülmesine yönelik bilgilendirilmeyen hastaların çoğunluğunun (%78), hastaneden taburcu olduktan sonra evde ağrı, hareket kısıtlılığı ve solunum güçlüğü gibi fiziksel sorunlarla karşılaştıklarını ve buna bağlı olarak da anksiyete yaşadıklarını belirlemiştir. Timberlake ve arkadaşları (1997)'nin yaptığı çalışmada da, koroner arter bypass ameliyatı geçiren hastaların yarıdan fazlasının (%52) cinsel aktivitede değişiklik, işe geri dönememe ve ailesine karşı sorumluluklarını yerine getirememe gibi nedenlerden dolayı anksiyete yaşadığı saptanmıştır. Araştırma sonuçlarının da gösterdiği gibi, açık kalp ameliyatı olan hastaların çoğunluğu çeşitli nedenlerden dolayı anksiyete yaşamaktadır.

Anksiyete durumunda sempatik sinir sistemi aktive olmakta ve adrenal salgılanmaktadır. Buna bağlı olarak kan basıncında yükselme, kalp atım sayısı ve solunum sayısında artma, bronşlarda genişleme ve gastrointestinal sistem hareketlerinde azalma görülmektedir. (Sims ve Snaith 1988, Özbay ve ark 1993, Sürmeli 1997). Anksiyete, açık kalp ameliyatı olan hastalarda kalbin yükünü artırarak, ameliyat sonrası kan basıncında ve kalp atım sayısında artma, aritmi gibi kardiak sorunların ortaya çıkmasına

neden olmaktadır. Aynı zamanda, açık kalp ameliyatından sonra diğer komplikasyonların (iştahsızlık, bulantı, kusma, kilo kaybı gibi beslenme sorunları, diyare, konstipasyon gibi boşaltım sorunları, ağrı, solunum sıkıntısı ve uykusuzluk gibi) ortaya çıkmasına da neden olmaktadır (Özkan 1993, Atay ve ark 1997, Bezci 1997). Açık kalp ameliyatı olan hastalarda ortaya çıkabilecek komplikasyonlar, hastaların iyileşme sürecini, hastanede kalma süresini uzatmakta ve tıbbi maliyetin artmasına neden olmaktadır. Açık kalp ameliyatı olan hastaların anksiyete düzeyinin artması durumunda, algılama, konsantrasyon olma, uyum ve öğrenme yetisinde de bozukluklar görülebilmektedir. Bundan dolayı hastalar ameliyat sonrası döneme uyum güçlüğü yaşamakta ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanmaktadırlar (Grady ve ark 1988, Miller ve ark 1990). Konu ile ilgili Sabourin ve Funk (1999)'un yaptıkları çalışmada, hastaneden taburcu olmadan önce taburculuk eğitimi verilmeyen ve buna bağlı olarak yüksek düzeyde anksiyete yaşayan hastaların, hastaneden taburcu olduktan sonra genellikle aritmi, göğüs ağrısı ve gastrointestinal sistemle ilgili sorunlar nedeniyle hastaneye yeniden yattıkları saptanmıştır. Gortner ve Jenkins (1990)'de açık kalp ameliyatından sonra, hastalara evde bakıma yönelik yeterli açıklama yapılmadığında, hastaların anksiyete düzeylerinin yüksek olduğunu ve buna bağlı olarak da temel gereksinimlerini karşılamada güçlük yaşadıklarını belirtmektedirler. Açık kalp ameliyatı olan hastaların, hastaneden taburcu olduktan sonra anksiyete yaşamalarına neden olan faktörlerle, günlük yaşam aktiviteleri arasındaki dengeyi kurabilmelerine destek olunması önemlidir.

Açık kalp ameliyatı olan hastaların hastaneden taburcu olmadan önce, evde bakıma yönelik korku ve endişelerinin azaltılması, evde bakıma yönelik bilgi ve beceriyi öğretmekle mümkündür. Harkness ve Dincher (1999)'e göre, açık kalp ameliyatı olan hastaların ruhsal durumları ile iyileşmeleri arasında bir ilişki vardır. Bu hastaları, evde bakıma yönelik bilgilendirmek ve cesaretlendirmek, onların yaşama umutlarını artırarak, geleceğe yönelik endişelerini azaltmaktadır. Açık kalp ameliyatı olan hastalar hastaneden taburcu olmadan önce, evde bakıma yönelik bilgilendirildiğinde kendi bakımları konusunda daha yeterli duruma gelebilmektedirler. Bundan dolayı da hastaneden taburcu olduktan sonra anksiyete yaşamalarına neden

olabilen, ameliyatın getirdiği değişikliklere daha kolay uyum sağlayabilmektedirler (Moore 1996, Goodman 1997). Kureshi ve arkadaşları (1995) açık kalp ameliyatı olan hastaların, hastaneden taburcu olma ve evde bakıma yönelik endişelerinin azaltılmasında, taburculuk öncesi bilgilendirmenin ve aile desteğinin önemini vurgulamaktadırlar.

Açık kalp ameliyatı ve hastaların hastaneden taburcu olması, hastalar için olduğu kadar aile üyeleri için de anksiyete yaratan bir durumdur. (Gilliss ve ark 1990, Lindsay ve ark 1997). Bireyi ailesi ile bir bütün olarak ele alan bütüncül yaklaşım doğrultusunda, aile üyelerinin anksiyete düzeyinin artması hastaların ikincil anksiyete yaşamasına neden olmaktadır (Keeffe ve ark 1988). Hasta kabul süreci ile başlayan taburculuğun planlanmasında, hastanın ve bakımından sorumlu aile üyelerinin fiziksel, emosyonel ve psikososyal gereksinimlerinin belirlenmesi gerekmektedir (Moore 1996). Goodman (1997), hastalara hastaneden taburcu olmadan önce verilen eğitimin, hastalar ve ailelerinin gereksinimleri ve bilmek istedikleri konuları içermesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bu amaçla verilen taburculuk eğitim ile bireylerin daha istendik düzeyde fiziksel ve ruhsal iyileşme göstereceğini belirtmektedir. Dünyada ve ülkemizde açık kalp ameliyatı olan hastaların bilgi gereksinmelerine yönelik yapılan çalışmalarda, hastaların ve bakımından sorumlu aile üyelerinin şu konulara ilişkin bilgi ve öneri gereksinimlerinin olduğu belirlenmiştir; ameliyatın olası komplikasyonları (kanama, insizyon yerindeki dikişlerin açılması ve solunum yetmezliği), diyet, insizyon yerinin bakımı, varis çorabı giyme, araba kullanma, uzun süreli kullanacakları ilaçların adları, etkileri, yan etkileri, laksatif kullanımı, ağrı ile başetme, cinsel aktivite, uyku ve dinlenme (King ve Parrinello 1988, Murray 1989, Strauss ve ark 1992, Yıldız 1994, Goodman 1997).

I-2. Konunun Hemşirelikle İlgisi:

Hastalanma, hastaneye yatma ve ameliyat olma gibi durumlar, bireyin beden bütünlüğünü tehdit ederek, dengesini (homeostazis) bozmaktadır (Potter vePerry 1993, Harkness ve Dinçher 1999). Dengesi bozulan bireyde içsel gerginlik artmakta ve anksiyete belirtileri görülmektedir (Küey ve ark 1996). Açık kalp ameliyatı da bireyin dengesini bozarak, anksiyete yaşamasına neden olmaktadır (Gardner ve Worwood 1997,

Gülseren 1997). Yapılan çalışmalar da, yaşamının sürdürülmesinde önemli bir organ olarak algılanan kalbe ilişkin ameliyatların bireyleri, diğer ameliyatlardan daha fazla etkilediği belirtilmektedir (Miller 1990, Beddows 1997). Açık kalp ameliyatı olan bireylerde ölüm korkusu ve geleceğe yönelik endişeler daha yoğun yaşanmaktadır. Ortaya çıkan bu korku ve endişelerin kaynakları arasında bilgi yetersizliğinin önemli ölçüde yer aldığı bilinmektedir (Özkan 1993, Beddows.1997). Burada bireye yardımcı olacak en önemli kişi hemşiredir. Çünkü açık kalp ameliyatı olan hastalara, hastaneye yattığı günden itibaren en yakın ve etkin konumdaki sağlık ekibi üyesi hemşiredir. Hemşire bakım, eğitim ve danışmanlık gibi rollerini kullanarak bireye yardımcı olabilmektedir(Moore 1996, Esen ve ark 1997, Harkness ve Dinçher 1999).

Açık kalp ameliyatı olan hastaların hastanedeki bakımı dört evreye ayrılmaktadır. Ameliyat öncesi dönem, tanı işlemleri ve ameliyat öncesi hazırlığın yapıldığı dönem, yoğun bakım dönemi ve ameliyat sonrası iyileşme dönemidir (Harkness ve Dinçher 1999). Açık kalp ameliyatından sonraki iyileşme döneminde, hastanede verilen bakım, eğitim ve danışmanlık kadar hastanın iyileşme süresince evde izlenmesi de önemlidir. Çünkü açık kalp ameliyatı olan hastalar iyileşme dönemi ve iyileşme açısından riskli dönem olarak bilinen ameliyat sonrası ilk 6-8 haftayı evlerinde geçirmektedirler (Ruiz ve ark 1992, Goodman 1997). Bu hastalar evde karşılaşılabilecekleri sorunları bilmeden, çözümleyemeyecekleri çeşitli sorunlarla evlerine gönderildiğinde, evdeki sorunlar ile baş edememekte ve yeniden hastaneye yatmak durumunda kalabilmektedirler (Torres 1998, Sabourin ve Funk 1999). Bu nedenle açık kalp ameliyatı olan hastaların evde izlemine olanak veren sistemlerde, hastanın hastanedeki bakımından sorumlu primer hemşire ile işbirliği içinde sahada çalışan hemşirenin, hasta öğretimi ve bakımın devamını sağlaması önemlidir. Ancak, ülkemizde böyle bir hizmet uygulaması bulunmadığı için hastanede bakım veren hemşirenin bu durumu göz önünde bulundurarak, açık kalp ameliyatından sonraki iyileşme döneminde hastalara, evde karşılaşılabileceği sorunlar ve bunların çözümüne yönelik gerekli bilgiyi vermesi gerekir.

Açık kalp ameliyatı olan hastaların hastaneden taburcu olmadan önce bilgi gereksinimlerinin karşılanmaması durumunda, bakımlarını kendi ortamlarında kontrol edebilme şansı azalmaktadır. Bundan dolayı, hastalar ameliyat sonrası iyileşme sürecini

kontrol etmede başarısızlık ve anksiyete yaşamaktadırlar. Profesyonel hemşire, eğitim ve danışmanlık rollerini kullanarak, açık kalp ameliyatı yapılan hastaları evde bakıma hazırlayabilir. Böylece hastaların evde bakıma yönelik anksiyeteleri azaltılarak evdeki iyileşme süreçleri hızlanabilir (Ülker 1995, Moore 1996, Esen ve ark 1997). Moore (1996)'nin koroner arter bypass ameliyatı sonrası iyileşmeye taburculuk eğitiminin etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada, evde bakıma yönelik bilgilendirilen hastaların bilgi verilmeyen hastalara göre, hastaneden taburcu olduktan sonra kendi bakımlarını yerine getirmede daha bağımsız oldukları ve daha az anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir.

Kaynaklar ve bu konuda yapılan araştırma sonuçlarının da gösterdiği gibi; ekip işbirliği ile hemşire açık kalp ameliyatı olan hastalara, ameliyat sonrası iyileşme dönemine ve taburcu olduktan sonraki bakıma yönelik planlı bilgilendirme yaparak hastanın;

- Evde bakıma yönelik korku ve endişesinin azaltılmasına,
- Ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonların en aza indirilmesine,
- Ameliyat sonrası ortaya çıkabilecek sorunlarla baş edebilmesine,
- İyileşmesini hızlandırarak daha kısa sürede taburcu olmasına,
- Gereksinimlerini kendisinin karşılamasına ve böylece kendi kendine yetme ve güven duygusunun artmasına,
- Bireyin kendine verdiği değer artmasına,
- Bireyin rol ve statü kaybının önlenmesine,
- Fiziksel ve psikolojik dengesini yeniden kazanmasına,
- İyileşme sürecinde (ameliyat sonrası ilk 6-8 hafta) daha az sorun yaşamasına,
- İyileşme sürecinde karşılaşılabileceği sorunlara hazırlıklı olmasına ve ortaya çıkan sorunlarla baş edebilmesine ya da çözümlemesine katkı verebilir (Moore 1996, Lewis ve ark 1996, Esen ve ark 1997, Huerta 1998, Karayurt 1998).

Modern sağlık anlayışına göre birey kendi sağlığını koruma, iyileştirme ve yükseltmede aktif rol almalıdır. Bunu gerçekleştirebilmek için de bireyin bilgili olması gerekmektedir. Hemşire eğitici rolünü etkin olarak kullandığında, açık kalp ameliyatı olan hastalar mevcut durumunu geliştirmeyi ve sürdürmeyi öğrenebilecek ve hastaların taburculuğa yönelik anksiyeteleri en aza inebilecektir (Ülker 1995, Huerta 1998).

II- GENEL BİLGİLER

Kalp Cerrahisi

Kalp yaşamsal bir organ olması nedeniyle cerrahlar tarafından her zaman korkulan ve cerrahi açıdan uzak durulması gereken bir organ olarak algılanmıştır. Bu anlamda cerrahlar tarafından en son müdahale edilen organ kalp olmuştur (Aytaç 1991, Örer ve Oto 1999). Kalp yaralarına dokunulmaz ilkesi 16 ve 17. yüzyılda yavaş yavaş gerçekliğini yitirmiştir. Ludwing Rehn 1896 yılında, ilk kez bir kalp yaralanması olgusunu, miyokarda sütür koyarak tedavi etmiş ve bu ameliyat kalp cerrahisinin başlangıcı olarak kabul edilmiştir. Anestezi ve tanı yöntemlerindeki ilerlemeler 19. yüzyılın sonları ile 20. yüzyılın ilk yarısında bilim ve teknolojideki gelişmelerin bir sonucu olarak, kalp cerrahisinin hızla gelişmesinde büyük rol oynamıştır. 1930'lardan sonra da kalp cerrahisi gelişmeye devam etmiştir (Baue 1996, Çağatay ve Soydan 1997, Örer ve Oto 1999).

Kalp cerrahisi, kalp kapaklarına yönelik girişimleri, konjenital lezyonların ve patolojilerin tamirini, koroner damar greftlerini ve son yıllarda önem kazanan kalp transplantasyonunu içerir (Sabiston ve Spencer 1996, Edmunds 1997). Kalp cerrahisinin kapalı kalp ameliyatı ve açık kalp ameliyatı olarak iki şekli vardır (Özgen 1999). Kapalı kalp ameliyatı, ekstrakorporeal sirkülasyon (ECC= kalp-akciğer makinası) cihazı kullanılmadan, kalp ve akciğer çalışırken kalbe cerrahi girişimde bulunulmasıdır (Karp 1982, Acuff ve ark 1994). Açık kalp ameliyatı ise, kalp ve akciğer fonksiyonlarının ameliyat süresince vücut dışında bir makine tarafından geçici olarak sağlanması (ekstrakorporeal sirkülasyon) sırasında yapılan bir ameliyattır. Açık kalp ameliyatında geçici olarak kardiyak arrest oluşturulmakta, myokardı (kalp kasını) koruma uygulamaları ve kardiyopulmoner bypass teknikleri kullanılmaktadır (Sabiston ve Spencer 1996, Özgen 1999).

Dünyada ilk kez 1952 yılında Minnessato Üniversitesi'nde John Lewis, asistanları Lillhei ve Varco ile birlikte sistemik hipotermi kullanarak atrial septal defekt (ASD) ameliyatını gerçekleştirmiştir. Daha sonra 1953 yılında Gibbon, ilk kez ECC kullanarak açık kalp ameliyatını gerçekleştirmiştir ve böylece açık kalp cerrahisinde modern çağ başlamıştır (Baue 1996, Çağatay ve Soydan 1997). Türkiye'de ise modern

kalp cerrahisinin ilk adımları 1953-1954 yıllarında kapalı mitral kommissürotomi (dar olan kapağın genişletilmesi) ile başlamıştır. Ülkemizde ECC kullanmak suretiyle ilk açık kalp ameliyatı 1960 yılında Dr. Mehmet Tekdoğan tarafından Hacettepe Üniversitesinde yapılmıştır (Öre ve Oto 1999).

Kalbin Cerrahi Girişim Gerektiren Hastalıkları:

Koroner Arter Hastalıkları: (KAH):

Sağ ve sol koroner arterler, myokardın kanlanmasını sağlayan damarlardır. Kalbi besleyen koroner damarların daralması ya da tıkanması sonucu miyokardda iskemi ve nekroz oluşmasına “Koroner Arter Hastalığı” adı verilir (Guyton ve Hall 1996, Lewis ve ark 1996). Koroner arter hastalıkları iskemik kalp hastalıkları olarak da bilinmektedir. Burada sözü edilen iskemi, koroner arterlerin daralmasına veya tıkanmasına bağlı olarak gelişen miyokard iskemisidir. Koroner damarlar kısmen (lokal) tıkalı ise anjina pectoris, tamamen tıkalı ise miyokard infarktüsü gelişmektedir (Braunwald 1997, Çağlayan ve Soydan 1997).

Koroner arter hastalıklarının en sık rastlanan nedeni atherosklerozdur. Atheroskleroz; arterin intima tabakasında lipid, karbonhidrat, fibroz doku, bazı kan elemanları ve kalsiyum gibi maddelerin lokal olarak birikmesi sonucu media tabakasında da değişikliklere neden olan patolojik bir durumdur. Arteriyoskleroz ise arterlerin atheroskleroz nedeniyle elastikiyetini kaybedip sertleşmesi ve kalınlaşmasıdır (Gök 1996, Guyton ve Hall 1996).

Yapılan çalışmalarda bazı faktörlerin atherosklerozun gelişmesinde rol oynadığı belirlenmiştir. Bu faktörler; kalıtım, yaş, cinsiyet, sigara kullanma, hipertansiyon, diyabet ve serum kolesterolündeki yükselmedir. Diğer risk faktörleri ise, obezite, egzersizlerin yer almadığı hareketsiz bir yaşam, iddialı ve hırslı kişilik özelliğine sahip olma ve dengesiz beslenmedir (Aytaç 1993, Lewis ve ark 1996). Atherosklerotik hastalıklar ülkemizde ve gelişmiş ülkelerde birinci sıradaki ölüm nedeni olarak yer almaktadır. Koroner arter hastalığı olan hastaların yaklaşık %50-75'i kardiyak nedenle ölmektedir. Ciddi koroner arter hastalığı olan ve herhangi bir tedavi almayan hastaların %20'sinde ise ani ölüm gelişmektedir (Braunwald 1997, Heper ve ark 2000).

Koroner arterlerdeki atherosklerotik plaklar genellikle birden fazla koroner arteri etkilemektedir. Atheroskleroz, genellikle koroner arterlerin dallanmadan hemen önceki proksimal segmentlerini tutmaktadır (Gök 1996, Çağatay ve Soydan 1997). Epidemiyolojik ve deneysel araştırmalar sonucunda, üç koroner arteri tıkalı olan hastaların 5 yıllık yaşam süresinin %70, sol koroner arteri tıkalı olan hastaların 5 yıllık yaşam süresinin %40-60 olduğu, bu hastaların 15 yıllık yaşam sürelerinin ise %15'e kadar düştüğu bulunmuştur (Kırklin ve ark 1993, Heper ve ark 2000). Bu bilgiler dikkate alınarak koroner arter hastalıklarındaki cerrahi endikasyonlar şöyle sıralanmaktadır; kronik stabil ve anstabil anginası olan hastalar, sol koroner arteri tıkalı olan hastalar, kardiyojenik şokla gelen miyokard infarktöslü hastalar ve tekrarlayan semptomlar nedeniyle gelen hastalardır (Çağatay ve Soydan 1997, Özgen 1999).

Dünyada ve ölkemizde yapılan araştırmalarda, koroner arter hastalıklarına bağlı semptomların iyileşmesinde, cerrahi tedavinin ilaç tedavisine oranla daha başarılı olduğu görölmektedir (Ruiz ve ark 1992, Aytaç 1993, Aksoy 1995, Edward ve ark 1997). Duits ve arkadaşlarının (1997) yaptığı bir çalışmada, koroner arter bypass ameliyatından sonra hastaların %70-90'ında göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı gibi semptomların azaldığı ve egzersiz performansının ameliyat öncesine göre %20-50 oranında arttığı saptanmıştır.

Kalp Kapağı Hastalıkları:

Kalp kapağı hastalıkları, darlık (stenoz) ya da yetmezlik (regürjitasyon) şeklinde ortaya çıkmaktadır. Darlık olması durumunda kanın ileriye doğru akışı engellenir. Yetmezlik oluşması durumunda ise, kapağın tam kapanmaması nedeniyle kan normal yolun aksine geriye doğru kaçar. Aynı kapakta hem darlık hem de yetmezlik oluşmuşsa mikts lezyondan söz edilmektedir (Karp 1982, Guyton ve Hall 1996).

Kalp kapağı hastalıklarına neden olan faktörler; A grubu Beta-Hemolitik streptokokların oluşturduğu ateşli romatizma (romatik fever), kapağın efektif endokardite bağlı olarak bozulması, koroner atheroskleroz nedeniyle papiller kas fonksiyonlarının kaybı ya da rüptürü, konjenital malformasyonlar, yaşlanmaya bağlı kapakta kalsifikasyon, skleroz ve deformitenin artmasıdır (Çağlayan ve Soydan 1997, Mueller ve ark 1998).

En sık görülen kapak hastalıkları, mitral ve aortik kapak darlığı ya da yetmezlikleridir. Bunların dışındaki triküsbit ve pulmoner kapaklarda görülen bozukluklar daha az görülmektedir (Lewis ve ark 1996, Mueller ve ark 1998).

Kalp Tümörleri:

Kalp tümörleri primer ve sekonder olarak görülmektedir. Primer ve sekonder kalp tümörlerinin benign ve malign olanları vardır. Primer kalp tümörleri daha az görülürken (%02-03), metastatik kalp tümörleri primer olanlarından 40 kez daha fazla görülmektedir. Kalbin benign tümörlerinden bazıları; Miksoma, fibroma, lenfanjiyoma ve rhabdomyomadır. Malign tümörlerinden bazıları ise, anjiosakroma, rhabdomyosakroma, mezotelyoma ve fibrosakromadır (Edmunds ve ark 1996, Sabiston ve Spencer 1996).

Kalp Travmaları:

Kalp yaralanmaları künt ya da penetrat (delici) travmalara bağlı olarak meydana gelir. Künt göğüs travmaları sonucunda kalbin yaralanma oranı %10-15'dir. Bu acil bir durumdur ve cerrahi olarak yırtık tamiri yapılır. Penetrat kalp yaralanmalarından hemen sonra genellikle ani ölüm görülmektedir. Hastaların ancak %15-20'si hastaneye ulaşabilir. Hastaneye gelebilen hastalar acil olarak ameliyata alınarak kalp duvarı yırtıkları tamir edilmelidir (Edmunds ve ark 1996, Özgen 1999).

Kalbe İlişkin Cerrahi Girişimler:

Koroner Arter Bypass Grefti: (CABG):

Koroner arter bypass grefti, koroner arter hastalığı nedeniyle tıkalı olan bir ya da daha fazla koroner artere yeni bir yol oluşturulması işlemidir (Harkness ve Dinçer 1999). Bu cerrahi işlem ile stenozun (darlığın) olduğu bölgedeki kalp kasına daha fazla kan ve oksijen sağlanmaktadır. Koroner arter bypass grefti iki şekilde yapılmaktadır. Birinci şekli, hastanın bacağından saphen ven çıkarılarak yapılır. Bu işlemde; saphen ven kapaklarının kan akımını engellememesi için ven ters çevrilir, daha sonra venin bir ucu koroner arterin dallandığı üst noktada aortaya, diğer ucu koroner arterin tıkalı olan alt kısmına birleştirilir. Bu yöntemde saphen veni çıkarabilmek için

bacağa da cerrahi girişim uygulanmaktadır. İkinci şekli ise, sol internal mamariyan arter (IMA) kullanılarak yapılır. Bu işlemde; IMA'in bir ucu kesilerek koroner arterin tıkalı olduğu noktaya birleştirilir. Bu iki yöntem tek tek kullanılabilirdiği gibi ikisi bir arada da kullanılabilir (Harkness ve Dinçher 1999, Özgen 1999).

Koroner arter bypass grefti, açık kalp ameliyatı tekniği ile kardiyopulmoner bypass, miyokardın korunması, greftin hazırlanması ve anastomoz işlemleri uygulanarak yapılmaktadır. Koroner arter bypass greftinin en büyük avantajı, hastanın ameliyattan sonraki yaşam süresi ilaç tedavisine oranla daha uzundur. En büyük dezavantajı ise, göğüs duvarı açılmakta, buna bağlı ameliyat sonrası komplikasyonlar artmakta, maliyet artmakta ve greft tıkanabilmektedir (Lewis ve ark 1996, Çağatay ve Soydan 1997).

Koroner arter bypass greftinin üç amacı vardır; 1- Yaşamın uzatılması, 2- Angina pectoris ağrısının giderilmesi, 3- Hastanın yaşam kalitesinin iyileştirilmesidir. Koroner arter bypass grefti atherosklerozun kesin tedavisi değildir. Atherosklerozun ilerlemesini önlemek ve greftin yeniden tıkanmasını önlemek için atheroskleroza neden olan risk faktörlerini azaltmak ve yaşam şeklini değiştirmek önemlidir (Lewis ve ark 1996, Duits ve ark 1997, Harkness ve Dinçher 1999).

Kalp Kapağı Hastalıklarında Cerrahi Tedavi Yöntemleri:

Kalbin kapak hastalıklarında cerrahi tedavi; hastalığın durumuna ve derecesine göre kapağın değiştirilmesi (replasman) ya da tamiri şeklinde olabilir (Özgen 1999). Üç tip kapak tamiri vardır. Bunlar;

1. Annüloplasti: Kapak yetmezliklerinde genişlemiş annülüsün ya da kapak halkasının cerrahi olarak tamiridir. Daha çok mitral yetmezlik ve triküsbit yetmezliklerinde uygulanan bir tedavi şeklidir.
2. Valvuloplasti: Yırtılan kapak yapraklarının dikilerek tamir edilmesidir.
3. Kommissürotomi: (Valvotomi): Dar olan kapağın genişletilmesidir. Açık ve kapalı kommissürotomi yapılabilir. Açık kommissürotomide ECC kullanılır ve darlığın olduğu kısma bistürü ile insizyon yapılır. Kapalı kommissürotomide ise, ECC kullanılmadan

torakotomi yapılır ve darlık işaret parmağı ile açılmaya çalışılır (Podesser ve ark 1998, Özgen 1999).

Kalp Kapağı Replasmanı: Kalp kapağı hastalıklarında, kapak tamirinin yeterli olmadığı durumlarda kapak replasmanı uygulanmaktadır. Replasman için mekanik (yapay) ya da biyolojik kapaklar kullanılmaktadır. Biyolojik kapak olarak en fazla domuzdan alınan kalp kapağı (heterogreft), daha az olarak da ölüden alınan kapaklar (hemogreft) kullanılmaktadır. Biyolojik kapaklar tromboemboli riski bakımından mekaniklere göre daha az risk taşımalarına rağmen daha az dayanıklıdırlar. Tromboemboli riskine karşı mekanik kapaklar hastanın ömür boyu antikoagülan almasını gerektirir. Bu süre biyolojik kapaklarda 12 aydır (Kupper ve Duke 1996, Özgen 1999).

Kalp Tansplantasyonu: Diğer tedavi yöntemlerinden yararlanma şansı olmadığı belirlenen, altı ay yaşama olasılığı %10'un altında olan hastaların kalplerini değiştirerek daha fonksiyonel bir yaşam sürmesini sağlamak amacıyla yapılmaktadır (Mueller ve ark 1998, Özgen 1999).

Cerrahi girişimler arasında hem fizyolojik hem de psikoloji sorunların en fazla görüldüğü gruplardan birisinin kalp cerrahisi olduğu bilinmektedir (Özkan 1993). Kalp cerrahisi, bireylerde hastalığından kurtulma umut ve beklentisi yanında psikolojik açıdan kendi bedenini, yaşamını denetleyemeyeceği endişesine, hastalık öncesi yaşamına dönemeyeceği ve ölüm korkusuna neden olan bir girişimdir (Miller ve ark 1990, Strauss ve ark 1992). Bir çok yazar, açık kalp ameliyatı olan hastalarda, sıklıkla anksiyete, depresyon, cinsel işlev bozukluğu, ev ve iş yaşamında rol ve statü kaybı gibi sorunların görülebildiğini ifade etmektedir (Özkan 1993, Strauss ve ark 1992, Gülseren 1997).

Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Bireylerde Anksiyete:

Birey alışageldiği yaşamı içinde ne olduğunu tam olarak bilmediği yeni bir durumla karşılaştığında anksiyete yaşar. Anksiyete ve korku sağlığı tehdit edilen her normal insanın gösterebileceği en doğal tepkilerdir (Sims ve Snaith 1988, Sürmeli 1997). Değişik yazarlar tarafından, değişik yaklaşımlarla ele alınan anksiyete; genellikle bilinmeyen ve anlaşılmayan yakın bir tehlikeyi beklemekte olmanın doğurduğu huzursuzluk ve gerginlik hissi olarak tanımlanmaktadır (Sims ve Snaith 1988, Öztürk 1989, Badger 1994). Ne olduğu bilinmeyen bir kaynaktan çıkan anksiyeteyi baskı altında tutmak yerine, gerçekçi bir şekilde karşılamak ve kontrolünü sağlamak daha önemlidir (Sims ve Snaith 1988, Sürmeli 1997). Anksiyete, önceleri korku ile eşanlımlı kullanılmaktaydı. Günümüzde ise, anksiyete ile korku arasındaki benzer ve farklı yönler belirlenmiştir. Anksiyete ile korku arasındaki en temel fark, anksiyeteye neden olan durumun bilinmemesi, korkuya neden olan durumun ise bilinmesidir (Badger 1994). Bir çok kaynakta, korkunun, kaynağının dışta olan belirli bir tehlike karşısında hissedilen, kişiyi savunmaya iterek tehlikeden koruyan, çeşitli bedensel ve ruhsal belirtileri olan karmaşık bir duygu olduğu, anksiyetenin ise, dıştaki belli bir duruma bağlanamayan, nedeni açıkça tanımlanamayan, içsel kaynaklı, kişinin kendisini nasıl koruyacağını bilmediği bir duygu olduğu ve korku durumundakine benzer bedensel ve ruhsal belirtilerin bulunduğu belirtilmektedir (Özkan 1993, Alkın 1997 b).

Anksiyete Kuramları:

Anksiyete 1885 yılında ilk defa Freud'un yazdığı "anksiyete nörozu" tanımı altında açıklanmıştır. Freud anksiyeteyi korkudan ayırmış ve psikodinamik açıdan da anksiyeteye açıklık getirmiştir. 1923 yılında Freud ikinci kuramında anksiyetenin "tehlike durumunda korunmanın bir işareti" olduğunu daha sonra da egonun bastırılması ile ortaya çıkan bir iç tehlike olduğunu kabul eder (Wittchen 1998).

Freud anksiyeteyi 3 ayrı grupta ele alır:

1. Objektif ya da gerçekçi anksiyete: Birey dıştan gelen tehlikeyi algılar ve sıkıntı duyar. Korku ile eşanlımlı olan bu duygu yaşam boyunca zaman zaman yaşanır.

2. Nörotik (bağlantısız, panik) anksiyete: Tehlike kaynağı bireyin içindedir. Freud'a göre, bireyin id ve süperego arasında çatışma nedeniyle çaresizliğe düşmesidir. Bireyin bastırılmış cinsel ve saldırgan duygularından oluşur.

3. Moral anksiyete: kişinin duyduğu suçluluk, vicdan azabı, utanma gibi duyguların yarattığı sıkıntıdır. Bireyin düşünce, duygu ve belleğindeki çelişki ve çatışma sonucu ortaya çıkar (Sims ve Snaith 1988, Sürmeli 1997).

Freud'u izleyenlerden Sullivan, anksiyete oluşumunda kişilerarası ilişkilere önem vermiştir. Sullivan, kişinin önemli olarak kabul ettiği kişilerce onaylanmayacağı ya da reddedileceği beklentisinin anksiyete oluşumundaki rolü ile, bastırılmış düşmanlık duygularının öneminden söz eder. Karen Horney ise, "temel anksiyete" (basic anxiety) kavramını getirmiştir. Horney'e göre temel anksiyete doğuştan itibaren mevcuttur ve ortaya çıkmasında doğadaki çeşitli güçler ve ölüm duygusu rol oynar. Eric From anksiyetenin kültürel bir olay olduğunu belirtir ve anksiyete yaşamada, kişinin yaşadığı çaresizlik, yalnızlık ve çevreye yabancılaşma duygularının rollerini vurgular. S. Stack anksiyetenin kişilik kavramı ve başkalarına bağımlılık ile ilişkili olduğunu söyler. Adler ise, kişinin kendisini tanıtmaya dürtüsünün engellenmesine bağlı olarak anksiyete olduğunu ileri sürer (Sims ve Snaith 1988, Alkın 1997 b, Sürmeli 1997). Spielberger ve arkadaşları (1966) iki faktörlü kaygı kuramının özünü oluşturup durumluk (A State) ve süreklilik (A Trait) anksiyeteyi tanımlamışlardır (Öner ve LeCompte 1985).

Durumluk Anksiyete (A State): Gerçek bir tehlike veya tehditin bulunduğu çevresel koşullar karşısında oluşan, bireyin karmaşık coşkusal tepkilerinin anlatımıdır. Bir başka deyişle bireyin içinde bulunduğu stresli (baskılı) durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Bu türde bir tepki çevresel stresin ortadan kalkması ile son bulur. Durumluk anksiyetenin yoğunluğu değişkendir ve zaman zaman dalgalanma göstermektedir. Örneğin; ameliyat gibi geçici stres durumlarında ortaya çıkan anksiyete durumluk anksiyetedir.

Süreklilik Anksiyete (A Trait): Çevresel koşullardan bağımsız olarak bireyin, huzursuzluk, endişe duyma, karamsar olma, stres altında aşırı duyarlılık ve yaygın coşkusal tepkilerde bulunma eğilimi göstermesidir. Bireyin kaygı yaşantısına

olan yatkınlığı ve bireyin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılamaya da yorumlama eğilimi de denilebilir.

Sürekli anksiyete düzeyi yüksek olan bireyler kolaylıkla karamsarlığa kapılırlar ve durumluk anksiyeteyi de diğer bireylerden daha sık ve yoğun bir şekilde yaşarlar. Bazı yazarlar durumluk anksiyeteyi akut anksiyete, sürekli anksiyeteyi de kronik anksiyete ile eşanlamli olarak kullanmaktadırlar (Öner ve LeCompte 1985, Badger 1994, Alkın 1997 a, Sürmeli 1997).

Anksiyete Nedenleri:

Levy ve Laughlin, anksiyeteye neden olan ilk çocukluk olaylarını: kazalar, ameliyatlar, korkular, ayrılık bir ebeveyn'in ölümü, yeni bir kardeşin doğumu, ani ortam değişiklikleri olarak sıralamaktadırlar. Yetişkin çağdaki anksiyete nedenleri ise, cinsel istekler bağımlılık ihtiyacı, davranış problemleri ve toplum tarafından kabul edilmemesidir. Bunların yanında gıda, giyim ve barınma ile ilgili sorunlar, yoksulluk, kayıplar ve hastalıklar da anksiyeteye neden olabilmektedir (Sims ve Snaith 1988, Alkın 1997 a, Sürmeli 1997).

Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Anksiyete Nedenleri:

Cerrahi hastaları, ameliyatın akut gelişip tehdit edici olmasından dolayı dahiliye hastalarından daha fazla durumluk anksiyete yaşamaktadırlar. Dahiliye hastalarında ise sürekli anksiyete daha yüksektir (Özkan 1993, Wise ve Rundell 1997, Beddows 1997). Açık kalp ameliyatının ciddiyeti ve iyileşme sürecinin uzun olması kaygı düzeyini artıran etmenlerdir. Bu konu ile ilgili yapılan araştırmalarda, açık kalp ameliyatı olan hastalardaki anksiyete nedenlerinin; ağrı, acıdan korkma, fiziksel aktivitelerde yetersizlik, kendilerinden beklenen rolleri yerine getirememe, temel gereksinimlerini karşılayamama, cinsel işlevlerdeki değişiklik, işe geri dönememe, kendisine ve ailesine yeterli olamama, ölüm korkusu ve bilgi eksikliği olduğu görülmektedir (Moore 1996, Goodman 1997).

Yapılan çalışmalarda, açık kalp ameliyatı olan hastaların yaşadığı anksiyete düzeyinin kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu görülmektedir (Grady ve ark 1988, Strauss ve ark 1992). Ayrıca eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanlarda

ve 20-30 yaşları arasında olan bireylerde daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Majima ve Sato 1994). Başoğlu (1990) ve Şahin (1993), hastaların daha önce hastaneye yatmasının ve ameliyat olmasının ise anksiyeteyi azaltmada etkili olmadığını belirtmektedirler. Açık kalp ameliyatı sonrası hastaların yaşadığı anksiyetenin ameliyat sonrası komplikasyonlara yol açabileceği bilinmektedir. Bunun birinci nedeni, anksiyete düzeyi yüksek olan hastaların derin solunum, öksürme ve diğer egzersizleri ağrı veya kendisine zarar verme korkusu nedeniyle daha az yapmasıdır (Sabourin ve Funk 1999). İkinci nedeni ise, yüksek anksiyete durumunun iyileşmeyi geciktiren katekolamin salınımının artmasına neden olmasıdır (Başoğlu 1990, Özkan 1993, Gardner ve Worwood 1997).

Anksiyete Belirtileri:

Anksiyetenin fizyolojik, emosyonel ve davranışsal belirtileri vardır (McFarland ve Thomas 1991). Anksiyete durumunda sempatik sinir sistemi aktive olur ve katekolamin salgılanır. Kan basıncı yükselir, kalp atım hızı ve kalbin yükü artar, bronşlarda genişleme olur, solunum sayısı artar, pupiller dilate olur, deride soğukluk, terleme, ağızda kuruluk, gastrointestinal sistem hareketlerinde azalma, iştahsızlık, bulantı, halsizlik, baş dönmesi, titreme ve motor aktivitede artma görülür. Karaciğerde depo edilen glikojen glikoza dönüştüğünden kan şekeri yükselir. Anksiyete kişinin düşünme, algılama ve öğrenme yetisini bozar. Kişi karar vermede güçlük çeker. Bireyin konsantre olma yeteneğinde azalma, öfke, kızgınlık, depresyon gelişebilir. Çeşitli psikosomatik hastalıklar da şiddetli anksiyete sonucu ortaya çıkabilmektedir (Sims ve Snaith 1988, McFarland ve Thomas 1991).

Anksiyete Seviyeleri:

1. Hafif Anksiyete: kişi kendi davranışını daha iyi gözleyebilir. Birey olaylar arasındaki bağlantıyı görebilir ve bu bağlantıları sözel olarak diğer bireylere açıklayabilir.
2. Orta Derecede Anksiyete: Algısal alan daralır. Bireyin görme, duyma ve kavrama yetisinde azalma olabilir. Kendisi ile ilgili olmayan konuları dışarıda bırakabilir. İlgili konuya konsantre olur ve yaşadığı olaylar arasındaki bağlantıyı görebilir.

3. Şiddetli Anksiyete: Bireyin algılama alanı fazlası ile daralmıştır. Birey yaşadığı küçük bir ayrıntı veya ayrıntılar üzerine yoğunlaşır. Dikkatini ayrıntılar üzerine toplayabildiği halde olaylar arasında bağ kuramaz.

4. Panik Anksiyete: En şiddetli anksiyetedir. Üzerinde odaklaşılan konular çarpık ve abartılıdır. Uyum bozukluğu vardır. Paniği önlemek için, olayları özellikle kendine yönelmiş olayları görmezlikten gelir. Bireyde korku, dehşet ve dikkatsizlik görülebilir. Ayrıntılar gözden kaçar ya da daha az şey görebilir haldedir (Sims ve Snaith 1988, McFarland ve Thomas 1991, Doğan 1993).

Yapılan çalışmalarda, açık kalp ameliyatı olan hastaların hastaneden taburcu olmadan önce bilgilendirilmemesine bağlı, değişik düzeylerde anksiyete yaşadığı belirtilmektedir (Goodman 1997, Timberlake ve ark 1997). Açık kalp ameliyatından sonra, evde bakımla ilgili çeşitli endişeleri olan bu hastaların, açık kalp ameliyatı ile bozulan dengesini yeniden kurabilmesi ve sağlığı ile ilgili sorunlarını çözümlenebilmesi için, desteklenmeye ve anlaşılmasına gereksinimi vardır. Bu nedenle açık kalp ameliyatı olan hastalarla çalışan hemşire, öncelikli olarak hastalardaki anksiyetenin kaynağını araştırmalı, anksiyeteyi artıran ve azaltan faktörlere ilişkin veri toplamalıdır. Hastanın yakınında olduğunu hissettirmeli, anksiyetesini tanımlayabilmesi için cesaretlendirmeli ve iyi bir dinleyici olmalıdır.

Hemşire aynı zamanda, açık kalp ameliyatı olan hastalarda endişeli bir durum gözlediğinde, bunun anksiyeteye dönüşebileceğini bilmeli, anksiyetenin fizyolojik, emosyonel ve davranışsal belirtilerine karşı dikkatli olmalıdır. Bakımından sorumlu olduğu hastanın fiziksel olduğu kadar psikolojik gereksinimlerini de dikkate alarak etkin bir bakım ve eğitim planı geliştirmelidir (Özkan 1993, Badger 1994, Moore 1996, Wise ve Rundell 1997).

III. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma, açık kalp ameliyatı olan hastalarda ortaya çıkabilecek taburculukla ilgili anksiyeteyi önlemeye taburculuk öncesi bilgilendirmenin etkili olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

IV. PROBLEM CÜMLESİ

Açık kalp ameliyatı olan hastalarda hastaneden taburcu olmadan önce evde bakıma yönelik bilgilendirmenin anksiyeteyi önlemede etkisi var mıdır?

V. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ

Ha: Açık kalp ameliyatı olan hastaların;

1. Hastaneden taburcu olmadan önce anksiyete düzeyi yüksektir.
2. Hastaneden taburcu olmadan önce bilgilendirmenin anksiyeteyi azaltmada etkisi vardır.

VI. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

1. Araştırmanın Şekli:

Bu araştırma, açık kalp ameliyatı olan hastalarda ortaya çıkabilecek taburculukla ilgili anksiyeteyi önlemeye taburculuk öncesi bilgilendirmenin etkinliğini değerlendirmek amacı ile tanımlayıcı ve yarı deneysel olarak yapılmıştır.

2. Araştırmanın Yapıldığı Yer:

Araştırma, Kayseri il merkezindeki Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesi Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği ve Kalp Cerrahisi Yoğun Bakım ünitesinde yapılmıştır.

Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği; hastane içinde 10. katta yer almaktadır. Klinik toplam 50 yatak kapasiteli olup, 12 hasta odası bulunmaktadır. Klinikte preoperatif dönemdeki ve postoperatif 5-6. günden sonraki akciğer, kalp ve damar

ameliyatı olan hastalar yatmaktadır. Hastalar yaklaşık postoperatif 7-8. günlerde taburcu edilmekte ancak, ameliyat sonrası komplikasyon geliştiğinde bu süre postoperatif 10-15. güne kadar uzayabilmektedir. Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniğinde araştırmanın yapıldığı tarihler arasında bir profesör, bir doçent, iki yardımcı doçent, altı asistan olmak üzere on doktor, açıköğretim önlisans ve önlisans hemşirelik programından mezun on hemşire görev yapmaktadır. Klinikte yatan hasta sayısı aylık ortalama hasta sayısı 35-40 arasında değişmektedir.

Kalp Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi; hastanenin birinci katındaki ameliyathanenin içinde yer almaktadır. Kalp Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi 8 yataklıdır ve iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde 4 yatak bulunmaktadır. Açık kalp ameliyatından sonra hastalar ilk 2 gün burada takip edildikten sonra postoperatif izlem ünitesine alınmaktadırlar. İkinci bölümde ise, 4 yatak bulunmakta ve burası postoperatif izlem ünitesi olarak kullanılmaktadır. Hastalar ameliyattan sonra 4-5 gün bu üniteye takip edildikten sonra Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi kliniğine gönderilmektedirler. Kalp Cerrahisi Yoğun Bakım ünitesinde araştırmanın yapıldığı tarihler arasında bir doçent, iki yardımcı doçent, altı asistan olmak üzere dokuz doktor, açıköğretim önlisans ve önlisans hemşirelik programından mezun on hemşire ve bir fizyoterapist görev yapmaktadır.

Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği ve Kalp Cerrahisi Yoğun Bakım ünitesinde hemşireler tarafından hastalara taburculukla ilgili planlı, rutin eğitim verilmemekte ancak, doktorlar tarafından hastalara, hastaneden taburcu olacakları sırada, kullanacakları ilaçları ve kontrole gelecekleri günler hakkında açıklama yapılmaktadır. Doktorlar tarafından hastalara, hastaneden taburcu olduktan 10 gün, 1 ay ve 3 ay sonra kontrole gelmeleri önerilmektedir.

3. Araştırmanın Evreni:

Araştırmanın evrenini; Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesi Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi kliniği ve Kalp Cerrahisi Yoğun Bakım ünitesinde açık kalp ameliyatı olan tüm hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında 108 hastaya açık kalp ameliyatı yapılmıştır.

4. Araştırmanın Örnekleme:

Araştırmanın örnekleme; 15 Aralık 1999-15 Ekim 2000 tarihleri arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesi Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi kliniği ve Kalp Cerrahisi Yoğun Bakım ünitesinde açık kalp ameliyatı olarak yatan ve araştırma sınırlılıkları dışında kalan 35'i kontrol 35'i deney olmak üzere toplam 70 hasta alınmıştır.

Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği ve Kalp Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesinden 1 Eylül 1998-1 Eylül 1999 tarihleri arasında 138 hasta açık kalp ameliyatı yapılarak taburcu edilmiştir. Bu veriler dikkate alınarak araştırmanın örnekleme 70 hastanın alınmasına karar verilmiştir. Araştırmanın uygulanması sırasında aynı odada araştırma örnekleme uygun birden fazla hasta bulunması nedeniyle, araştırmaya katılan hastaların birbirinden etkilenmemesi için 70 hastanın ilk 35'i kontrol, daha sonraki 35'i deney grubuna alınmıştır.

Deney ve kontrol grubunu oluşturacak bireylerin bilgi ve anksiyete düzeyleri, demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvencesi, ameliyat türü gibi) göre farklılık gösterebileceği göz önüne alınarak homojen bir örneklem oluşturulmaya çalışılmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede (ki-kare testi) gruplar arasında bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Örnekleme; ilk kez koroner arter bypass grefti (CABG) ve kapak replasmanı yapılan, gerçeği değerlendirme yetisi bozulmamış, anksiyete bozukluğu tanısı (akut anksiyete, panik bozukluğu gibi) olmayan, iletişim kurmasını engelleyecek duyuşsal kaybı olmayan, Türkçe bilen, 20 yaş ve üzerinde olan hastalar alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında açık kalp ameliyatı olan 108 hastadan 38'inin örnekleme uygun olmadığı belirlenmiş ve bu hastalar örneklem dışında bırakılmıştır.

5. Araştırmanın sınırlılıkları:

Araştırma örnekleme;

- Koroner arter bypass grefti ve kapak replasmanı yapılan hastalar dışında, diğer açık kalp ameliyatı (konjenital malformasyonların tamiri, kalp transplantasyonu, kalp

tümörleri) yapılan hastalara verilen taburculuk eğitim içeriği farklı olduğundan bu hastalar alınmamıştır.

- Ameliyattan önce ve ameliyattan sonra anksiyete bozukluğu tanısı (akut anksiyete, panik bozukluğu) olan hastaların yaşadığı anksiyetenin taburculuk anksiyetesi olmayacağı düşünülerek bu hastalar alınmamıştır.
- İletişim kurmasını engelleyecek duyuşsal kaybı olan (aynı hastanın hem işitme engelli hem de okur-yazar olmaması gibi) ve Türkçe bilmeyen hastalar ile sağlıklı bir iletişim sürdürülemediğinden bu hastalar alınmamıştır. Ayrıca;
- 20 yaşın altında olan,
- Araştırma hakkında bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul etmeyen,
- Hastanede 5 günden daha kısa ve 15 günden daha uzun süre kalan hastalar alınmamıştır.

VII. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

1. Verilerin Toplanması:

Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından hemşirelik literatüründen yararlanılarak hazırlanan iki soru formu (Ek I ve Ek II) ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği aracılığı ile toplanmıştır.

Form I (Ek-I); hastaların demografik özellikleri, hastalık durumları ve aile yapılarına ilişkin tanıtıcı bilgileri içeren 25 sorudan oluşmuştur.

Form II (Ek-II); açık kalp ameliyatı olan hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra, evde bakımlarına ilişkin bilgi gereksinimlerini belirlemeyi amaçlayan 34 sorudan oluşmuştur. Sorular açık uçlu olarak hazırlanmıştır.

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) (Ek III); Amerika Birleşik Devletleri'nde Spielberger ve arkadaşları tarafından (1970) geliştirilmiştir. Öner ve Le Compte tarafından Türkçe'ye uyarlanmış, güvenilirlik (1976) ve geçerlilik (1977)

çalışmaları yine aynı kişiler tarafından yapılmıştır. Ölçek dünyada ve ülkemizde pek çok çalışmada kullanılmıştır.

Durumluk Kaygı Ölçeği; bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğinin betimlenmesini ve ölçeğin maddelerini okurken o andaki duygularının şiddetine göre "1 (Hiç), 2 (Biraz), 3 (Oldukça), 4 (Tamamen)" gibi dört seçenekten bir tanesinin işaretlenmesini gerektirir. Sürekli Kaygı Ölçeği ise; bireyin kendisini genellikle nasıl hissettiğini duygularının sıklık derecesine göre "1 (Hemen hiçbir zaman), 2 (Bazen), 3 (Çoğu zaman) ve 4 (Hemen her zaman)" gibi dört seçenekten bir tanesinin işaretlenmesini gerektirir.

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeğinde, bireyin sürekli kaygısını ölçen 20 anlatım, durumluk kaygısını ölçen 20 anlatım olmak üzere toplam 40 anlatım bulunmaktadır. Ölçek kendini değerlendirme amaçlı olup bu çalışmada; açık kalp ameliyatı olan hastaların hastaneden taburcu olmadan önceki (postoperatif 4. gün) anksiyete düzeyleri ile hastaneden taburcu olduktan 10 gün sonraki (ilk kontrole geldikleri) anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılmıştır.

2. Ön Uygulama:

Veri toplama formlarının anlaşılabilirliğini belirlemek üzere Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesi Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi kliniği ve Kalp Cerrahisi Yoğun Bakım ünitesinde 15 Kasım-15 Aralık 1999 tarihleri arasında açık kalp ameliyatı olarak yatırılan, deney ve kontrol grubunun özelliklerini taşıyan 8 hastaya ön uygulama yapılmıştır. Uygulama sonuçları değerlendirilmiş ve anket formlarının anlaşılır olduğu görüldükten sonra uygulanmasına karar verilmiştir. Ön uygulama yapılan hastalar araştırma örnekleme alınmamıştır.

3. Kitapçığın Geliştirilmesi: (Ek-V)

Ek-V'de görülen kitapçık, açık kalp ameliyatı yapılan (CABG ve kapak replasmanı yapılan) hastalara günlük aktivitelerine yönelik taburculuk sonrası dönemde yapabilecekleri ve dikkat edebilecekleri çeşitli uygulamaları içermektedir. Bu kitapçık araştırmacı tarafından ilgili hemşirelik literatürü incelenerek hazırlanmıştır. Araştırmanın ön uygulamasına alınan 8 hastaya geliştirilen kitapçık kullanılarak

bilgilendirme yapılmıştır. Bu sürecin sonunda hastaların geri bildirimleri dikkate alınarak kitapçıkta gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalarda hastaların ellerine verilen yazılı materyallerdeki bilgilerden daha fazla yararlandıkları belirlenmiştir (Brown 1995, Alpar ve ark 1997, Bailey ve Mion 1997, Esen ve ark 1997).

4. Araştırmanın Uygulanması:

Araştırmanın uygulanmasına başlamadan önce, uygulama alanı olarak seçilen Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi kliniği ve Kalp Cerrahisi Yoğun Bakım ünitesinde çalışan hemşire ve doktorlara, açık kalp ameliyatı yapılan hastaların hastaneden taburcu olmadan önce ve hastaneden taburcu olduktan sonra anksiyete ve bilgi düzeylerini belirleyecek bir çalışma yapılacağı araştırmacı tarafından açıklanmıştır.

Soru formları deney ve kontrol grubuna alınan tüm bireylere, postoperatif 3. günden sonra (postoperatif ilk 3 gün hastaların yoğun bakım ünitesinde olması, ameliyata bağlı ağrı ve akut problemlerinin olması ve istirahatinin sağlanmasına yönelik uygulamalar nedeniyle görüşülmemiştir) rahat ve soruları cevaplayabilecek durumda oldukları uygun bir zamanda uygulanmıştır.

Açık kalp ameliyatı yapılan hastalar, kalp cerrahisi yoğun bakım ünitesinden çıkarıldıktan (postoperatif 3. gün) sonra araştırmacı kendini tanıtmış ve hastaların durumu değerlendirilerek uygun bir görüşme ortamı hazırlamıştır. Araştırmacı, hastalarla kısa bir görüşme yaparak, örnekleme uygunluğu açısından hastaları değerlendirmiştir. Örnekleme uygun olduğu belirlenen hastalara öncelikle araştırma hakkında bilgi verilerek araştırmayı kabul edip etmedikleri sorulmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve örnekleme uygun olduğu belirlenen hastaların birbirinden etkilenmemesi için ilk 35'i kontrol, daha sonraki 35'i deney grubuna alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara ilk önce form I (Ek I) uygulanmıştır. (araştırmaya katılmak istemeyen hasta olmamıştır.)

1. Form I (Ek-I) Bu formu açık kalp ameliyatı olan hastalara postoperatif 3. gün, araştırmacı deney ve kontrol grubundaki hastalarla yüz yüze görüşerek uygulamıştır. Formdaki sorular araştırmacı tarafından sorulmuş ve alınan cevaplar formdaki uygun

seçeneğe işaretlenmiştir. Açık uçlu sorulara alınan cevaplar ise olduğu gibi soru formuna yazılmış, değerlendirme aşamasında gruplandırılmıştır. Görüşme süresi ortalama 10-15 dakika sürmüştür.

2. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (Ek-III), Bu formu postoperatif 4. gün araştırmacı deney ve kontrol grubundaki hastalarla yüz yüze görüşerek uygulamıştır. Formdaki sorular araştırmacı tarafından sorulmuş ve alınan cevaplar formundaki uygun seçeneğe işaretlenmiştir. Görüşme süresi ortalama 15-20 dakika sürmüştür. Aynı ölçek, hastalar hastaneden taburcu olduktan 10 gün sonra (ilk kontrole geldiklerinde) araştırmacı tarafından deney ve kontrol grubundaki hastalara ikinci kez uygulanmıştır.

3. Form II (Ek-II): Bu formu araştırmacı, postoperatif 5. gün hastalarla yüz yüze görüşerek deney ve kontrol grubuna uygulamıştır. Formdaki sorular araştırmacı tarafından sorulmuş ve alınan cevaplar olduğu gibi yazılmıştır. Görüşme süresi ortalama 30-35 dakika sürmüştür. Hastalar soruları cevaplarırken sıkıldıklarını ifade ettiklerinde sorulara ara verilmiş (ortalama 5-10 dakika) hastalar hazır olduklarını ifade ettikten sonra uygulamaya devam edilmiştir. Cevaplar değerlendirme aşamasında bilmiyor, kısmen biliyor ve biliyor olarak gruplandırılmıştır.

Bilgilendirme işleminden önce form II kullanılarak hastaların bilgi puanları değerlendirilmiştir. Böylece hastaların hangi konularda bilgi gereksinimlerinin olduğu belirlenmiş, bunlar dikkate alınarak ve kitapçık kullanılarak bilgi verilmiştir. Aynı zamanda, hastaların bireysel gereksinimleri ve soruları dikkate alınmıştır. Bilgilendirme işlemi deney grubundaki tüm hastalar için postoperatif 5. günden başlayarak 3 gün sürmüştür. Her bir bilgilendirme oturumu 20-25 dakika sürmüş ve bilgilendirme hasta odasında yapılmıştır. Bilgilendirme bittikten sonra araştırmacı tarafından hasta gereksinimlerine yönelik hazırlanan kitapçık deney grubundaki tüm hastalara verilmiştir. Kontrol grubundaki hastalara hastaneden taburcu olmadan önce sadece soru formları uygulanmış, evde bakımla ilgili bilgi ve hazırlanan kitapçık verilmemiştir. Ancak bu hastalar servis rutinlerindeki bakım ve hizmeti almışlardır. Kontrol grubundaki hastalara da ilk kontrole geldiklerinde (gerekli testler uygulandıktan sonra) araştırmacı tarafından hazırlanan kitapçık verilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki hastalar hastaneden taburcu olacakları sırada araştırmacı hastaların yanlarında bulunarak kontrole gelme tarihlerini öğrenmiştir. Bu hastalardan taburcu olmadan önce adres ve telefon numaraları alınmıştır. Hastalar taburcu olduktan 9 gün sonra (ilk kontrole gelmeden 1 gün önce) hastalara telefonla ulaşılarak kontrole gelecekleri tarih kesin olarak öğrenilmiştir. Çalışmaya katılan deney ve kontrol grubundaki hastaların hepsi ilk kontrollerine gelmişlerdir. Form II, deney ve kontrol grubundaki hastalara hastaneden taburcu olduktan 10 gün sonra (ilk kontrole geldiklerinde) ikinci kez uygulanmıştır.

5. Verilerin Değerlendirilmesi:

5.1-Bilgi Sorularının Değerlendirilmesi:

Bilgi düzeyini ölçen sorulara yönelik, araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak cevap anahtarı hazırlanmıştır. Cevapların puanlanması konusunda istatistikçi ile görüşülmüş ve bu görüşme doğrultusunda puanlama şu şekilde yapılmıştır;

- Yanlış cevap veren ve “bilmiyorum” diyenlere ”0” puan,
- Kısmen doğru bilenlere ”1” puan,
- Doğru cevap verenlere ise, “2” puan verilerek hastaların bilgi puanları hesaplanmıştır (Ek-II).

Bilgi sorularından 2 tanesi (30 ve 31. soru) yalnızca koroner arter bypass ameliyatı olan hastalarla ilgili olduğundan, kapak ameliyatı yapılan hastalara sorulmamıştır. Bu nedenle bilgi sorularının değerlendirilmesi, koroner arter bypass ameliyatı olan hastalarda 68 puan, kapak ameliyatı olan hastalarda ise 64 puan üzerinden yapılmıştır.

Bilgi sorularının puanlanmasında ise;

- 0-20 puan; bilmiyor,
- 21-40 puan; kısmen biliyor,

- 41 ve üzeri puan; biliyor olarak değerlendirilmiştir (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 1998).

5. 2-Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeğinin Değerlendirilmesi:

Durumluk-Kaygı Ölçeğinde 20 maddeden oluşan ifadelerdeki “Hiç”, “Biraz”, “Oldukça”, “Tamamen” seçeneklerine doğru anlatımda (3,4,6,7,9,12,13,14,17 ve 18. maddeler) sırasıyla 1,2,3,4 puan, tersine ifadede (1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddeler) ise 4,3,2,1 puan verilmektedir. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından, tersine dönmüş ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanları çıkarılmakta, bu sayıya önceden saptanmış değişmeyen bir değer olan 50 rakamı eklenmekte ve Durumluk-Kaygı puanı elde edilmektedir. (Örneğin; Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam puan=26, tersine dönmüş ifadeler için elde edilen toplam puan=21 ise $26-21=5$, sabit sayı=50 olduğundan $50+5=55$, Durumluluk-Kaygı puanı=55’dir).

Sürekli-Kaygı Ölçeğinde 20 maddeden oluşan ifadelerdeki “Hemen hemen hiçbir zaman”, “Bazen”, “Çoğu zaman”, “Hemen her zaman” seçeneklerine doğru anlatımda (22,23,24,25,28,29,31,32,34,35,37,38 ve 40. maddeler) sırasıyla 1,2,3,4 puan, ters anlatımda (21,26,27,30,33,36 ve 39. maddeler) ise 4,3,2,1 puan verilmiştir. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından, tersine dönmüş ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanları çıkarılmış, bu sayıya önceden saptanmış, değişmeyen bir değer olan 35 rakamı eklenmiş ve Sürekli-Kaygı puanı elde edilmiştir. (Örneğin; Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam puan=20, tersine dönmüş ifadeler için elde edilen toplam puan=22 ise $20-22=-2$, sabit sayı=35 olduğundan $35+(-2)=33$, Sürekli-Kaygı puanı=33’dür).

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, açık kalp ameliyatı olan hastalar tarafından doldurulduktan sonra, araştırmacı tarafından hastaların aldığı puanlar toplanmış ve deney grubunun puanları ile kontrol grubunun puanları birbiri ile karşılaştırılmıştır. Her iki ölçekten elde edilen toplam puanlar literatürde gösterildiği gibi 20 ile 80 arasında değişmektedir. Büyük puanlar yüksek kaygı seviyesini, küçük puanlar ise düşük kaygı seviyesini göstermektedir.

Veri toplama araçları ile toplanan veriler bilgisayarda SPSS 7.5 programında analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Mann-Whitney U testi, Kruscal-wallis testi ve Ki-kare testi kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından elde kodlanmış olup, verilerin tablolaştırılması ve istatistiksel testler bilgisayar yardımı ile yapılmıştır.



VIII- BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde; açık kalp ameliyatı olan ve araştırma kapsamına alınan 70 hastaya ait tanıtıcı bilgiler, hastaların bilgi düzeyleri ve anksiyete puanları ile hastaların anksiyete puanlarını etkileyen faktörler ve hastaneden taburcu olmadan önce evde bakıma yönelik yapılan bilgilendirmenin anksiyeteye etkisi ile ilgili bulgular ve tartışmalar yer almaktadır.



Tablo: 1: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özellikleri:

ÖZELLİKLER	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet						
Erkek	25	71.4	23	65.7	48	68.6
Kadın	10	28.6	12	34.3	22	31.4
Yaş						
20-39	4	11.4	3	8.6	7	10.0
40-49	7	20.0	6	17.1	13	18.6
50-59	13	37.1	15	42.9	28	40.0
60 yaş ve üstü	11	31.4	11	31.4	22	31.4
Eğitim Durumu						
Okur-Yazar değil	3	8.6	3	8.6	6	8.6
Okur-Yazar	6	17.1	7	20.0	13	18.6
İlköğretim	22	62.9	22	62.9	44	62.9
Lise ve üstü	4	11.4	3	8.6	7	10.0
Medeni Durum						
Evli	32	91.4	32	91.4	64	91.4
Bekar	3	8.6	3	8.6	6	9.1
Meslek						
Ev hanımı	10	28.6	11	31.4	21	30.0
İşçi	10	28.6	6	17.1	16	22.9
Memur	3	8.6	3	8.6	6	8.6
Serbest meslek	5	14.3	8	22.9	13	18.6
Emekli	7	20.0	7	20.0	14	20.0
Maddi Durum*						
Düşük	4	11.4	3	8.6	7	10.0
Orta	21	60.0	20	57.1	41	58.6
İyi ve çok iyi	10	28.6	12	34.3	22	31.4
Sosyal Güvence						
Var	32	91.4	32	91.4	64	91.4
Yok	3	8.6	3	8.6	6	8.6
Çocuk Sayısı						
Çocuksuz	3	8.6	3	8.6	6	8.6
1-2 çocuk	4	11.7	5	14.3	9	12.9
3-4 çocuk	15	42.9	13	37.1	28	40.0
5 ve üstü çocuk	13	37.1	14	40.0	27	38.6

Tablo 1'in Devamı

Birlikte Yaşadığı Kişiler						
Aile Bireyleri	35	100	35	100	70	100
Yaşadığı Yer						
Şehir Merkezi	28	80.0	29	82.9	57	81.4
İlçe veya Köy	7	20.0	6	17.1	13	18.6
Sigara ve Alkol Kullanma Alışkanlığı						
Var	21	60.0	21	60.0	42	60.0
Yok	14	40.0	14	40.0	28	40.0
TOPLAM	35	100	35	100	70	100

* Maddi durum; deney ve kontrol grubundaki hastaların kendi ifadelerine göre belirlenmiştir.

Tablo 1'de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan hastaların %68.6'sının erkek, %71.4'ünün 50 ve üzeri yaş grubunda, %62.9'unun ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %91.4'ü evli, %30'u ev hanımı, %20'si emekli, %91.4'ü sosyal güvencesi olan bireylerden oluşmakta olup, hastaların %58.6'sı maddi durumlarının orta düzeyde olduğunu ifade etmiştir.

Hastaların tamamının (%100) aile bireyleri ile birlikte yaşadığı, %91.4'ünün bir ve daha fazla sayıda çocuk sahibi olduğu, %81.4'ünün şehir merkezinde yaşadığı, %60'ının sigara kullandığı ve sigara kullanan hastaların da %21.4'ünün sigara ile birlikte alkol de kullandığı belirlenmiştir.

KAH'ın oluşmasında cinsiyetin önemli bir risk faktörü olduğu ve erkek cinsiyetinin KAH için hazırlayıcı bir etken olduğu bilinmektedir. KAH erkeklerde, kadınlara göre 2-3 kat daha fazla görülmektedir. Dolayısı ile CABG ameliyatı olan erkekler kadınlardan daha fazla sayıdadır. (Anderson ve ark 1993, MI Klübü Toplantı Raporu 1997, Özcan 1997). Bizim araştırmamıza katılan hastaların da %68.6'sını erkekler oluşturmaktadır.

Literatürde, cerrahi girişim gerektiren kalp hastalıklarının 50 ve üzeri yaş kişilerde görüldüğü, KAH'ın 50 ve üzeri yaşlarda görülme sıklığının %40'a kadar yükseldiği belirtilmektedir. KAH, görülme sıklığının her yıl belirli oranda artması

(erkeklerde %03.4, kadınlarda %009), ölüm oranının yüksek olması (%30-40), bireyin yaşam tarzında ve beden imgesinde anlamlı değişiklikler yaratması nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur (Onat ve ark 1996, MI Klübü Toplantı Raporu 1997, Heper ve ark 2000). Bu araştırmada da hastaların %71.4 gibi büyük bir kısmı 50 ve üzeri yaş grubu bireylerden oluşmaktadır.

Birçok çalışmada, KAH'a bağlı koroner bypass ameliyatı olan hastaların çoğunluğunun emekli ve çalışmayan bireylerden oluştuğu saptanmıştır. Emeklilerin çoğunluğu oluşturmasının; koroner bypass ameliyatı olan hastaların yaş ortalamalarının emeklilik yaşına uyması ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Bunun yanında, emeklilikten sonraki pasif yaşam şekline uyum sağlamadaki güçlüklerin de KAH'ın ilerlemesinde etkili olduğu belirtilmektedir (Strauss ve ark 1992, Koca 1998). Çalışmayan bireylerde ise; işsizliğe bağlı olarak yaşanan aşırı stresin KAH riskini artırdığı görülmüştür (Tack ve Gillis 1990). Bizim araştırmamızda da hastaların çoğunluğunun emekli (%20) ve ev hanımı (%30) olduğu belirlenmiştir.

Hastaların sosyal güvencesinin olup olmamasına göre dağılımları incelendiğinde; çoğunluğunun (%91.4) sosyal güvenceye sahip olduğu belirlenmiştir. Bilindiği gibi açık kalp ameliyatı, hastalara oldukça yüksek maddi yük getirmektedir (Yıldız 1994, Koca 1998). Sosyal güvencesi olmayan hastaların, ameliyat giderlerinin pahalı olması nedeniyle ameliyat olmayı geciktirdikleri veya ameliyat olmadıklarına ilişkin gözlemlerimiz de vardır. Bu araştırmada da sosyal güvencesi olan hastaların daha fazla oranda olmasının belirtilen bu nedene bağlı olduğu düşünülmektedir.

Literatürde, şehirde yaşamının getirdiği fiziksel ve ruhsal güçlüklerin, gerilimli yaşamın KAH oluşmasında etkili olduğu vurgulanmaktadır (Grady ve ark 1988, Strauss ve ark 1992). Araştırmamıza katılan hastaların da çoğunluğu (%81.4) şehir merkezinde yaşamaktadır.

Lewis ve arkadaşlarının (1996) belirttiğine göre, KAH'ın risk faktörleri ile ilgili Framingham tarafından yapılan bir araştırmada, 5209 birey 20 yıl boyunca izlenmiş, KAH görülme sıklığının, günde bir paket ve daha çok sigara içenlerde, sigara içmeyenlere göre 2-2.5 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu araştırmaya katılan hastaların da %60'ının sigara içme alışkanlığı olduğu belirlenmiştir.

Tablo:2:Deneý ve Kontrol Grubundaki Hastaların Hastalık Durumlarına İlişkin Tanıtıcı Özellikleri

ÖZELLİKLER	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Daha Önce Hastaneye Yatma Deneyimi						
Var	24	68.6	25	71.4	49	70.0
Yok	11	31.4	10	28.6	21	30.0
Ameliyat Öncesi Dönemdeki Yakınma Süresi						
0-1 yıl	10	28.6	16	45.1	26	37.1
2-4 yıl	6	17.1	6	17.1	12	17.1
5-7 yıl	7	20.0	5	14.3	12	17.1
8 yıl ve üstü	12	34.3	8	22.9	20	28.6
Ameliyat Öncesi Tıbbi Tedavi Alma Durumu						
Tedavi Alan	21	60.0	23	65.7	44	62.9
Tedavi Almayan	14	40.0	12	34.3	26	37.1
Ameliyat Türü						
CABG	23	65.7	23	65.7	46	65.7
Kapak Replasmanı	9	25.7	9	25.7	18	25.7
CABG ve Kapak Replasmanı	3	8.6	3	8.6	6	8.6
Hastalığı Hakkında Bilgi Alma Durumu						
Bilgi Alan	10	28.6	8	22.9	18	25.7
Bilgi Almayan	25	71.4	27	77.1	52	74.3
TOPLAM	35	100	35	100	70	100
Bilgi Veren						
Doktor	10	100	8	100	18	100
Bilgi Verilen Konular						
Hastalığın tanımı	8	80.0	4	50.0	12	66.7
Hastalığın nedenleri	1	10.0	1	12.5	2	11.1
Hastalığın tedavisi	1	10.0	3	37.5	4	22.2
TOPLAM	10	100	8	100	18	100

Tablo 2’de görüldüğü gibi. araştırma kapsamına alınan hastaların %70’inin daha önce hastaneye yatma deneyimi olduğu, hastaneye yatma deneyimi olan hastaların da %63.3’ünün bir cerrahi operasyon nedeniyle hastaneye yattığı belirlenmiştir. Hastaların %62.9’unun 2 yıl ve daha uzun süreden beri KAH ve kalp kapağı hastalıklarına yönelik şikayetlerinin olduğu ve ameliyattan önce semptomlara yönelik tıbbi tedavi aldığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların %65.7’sinin CABG, %25.7’sinin kapak replasmanı, %8.6’sının da CABG ve kapak replasmanı ameliyatı olduğu bulunmuştur.

Hastaların %25.7’sinin ameliyattan önce hastalıkları hakkında bilgi aldığı, bu hastaların tamamının (%100) bu bilgiyi doktordan aldığı belirlenmiştir. Ameliyattan

önce bilgi aldığını söyleyen hastalardan %66.7'si kendilerine hastalığın tanımına yönelik bilgi verildiğini belirtmişlerdir.

Açık kalp ameliyatı gerektiren kalp hastalıklarının tedavi ve bakımındaki gelişmeler, hastaların daha uzun süre hayatta kalma şansını artırmaktadır. Ancak, bu hastalar cerrahi girişim gerektiren kalp hastalıklarına bağlı olan semptomlar nedeniyle sık sık tedavi kuruluşlarına başvurmakta ve semptomlara yönelik tedavi almaktadırlar (Moore 1996, Çağatay ve Soydan 1997). Bizim araştırmamıza katılan hastaların çoğunluğunun (%62.9) 2 yıl ve daha uzun süreden beri cerrahi girişim gerektiren kalp hastalığına bağlı şikayetlerinin olduğu ve buna yönelik tıbbi tedavi aldığı bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların %62.9'u en az 2 yıldır cerrahi girişim gerektiren kalp hastalıklarına yönelik semptomlar nedeniyle tıbbi tedavi almalarına karşın, hastalık hakkında bilgi alma oranlarının düşük (%25.7) bulunması dikkat çekicidir. Bu hastaların hastanede hemşire ve hekim ile uzun süre tekrarlı olarak (en az 2 yıl) karşılaşmalarına rağmen, çoğunluğunun (%74.3) hastalıkları hakkında bilgilendirilmemiş olmasının, hemşirelerin ağırlıklı olarak hastaların fiziksel bakımları ile ilgilenmeleri ve hasta gereksinimlerine yönelik planlı bir bilgilendirme yapmamları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Hastaların hastanede bulunduğu süre içinde hastalıklarına yönelik bilgi gereksinimlerinin karşılanmaması durumunda, hastalar bakımlarını kendi ortamlarında etkin olarak sürdürememekte, hastalığı kabullenme ve uyum sağlamada başarısızlık yaşamaktadırlar (Barnasson ve Zimmerman 1995, Alpar 1997, Esen ve ark 1997).

Tablo:3: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Aile Yapısına İlişkin Tanıtıcı Özellikleri

ÖZELLİKLER	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evde Bakıma İhtiyacı Olan Başka Birey						
Yok	35	100	35	100	70	100
Hastaların Evde Bakımına Yardımcı Olacak Başka Birey						
Var	35	100	35	100	70	100
Hastaların Evde Bakımına Yardımcı Olacak Bireyin Yakınlığı						
Eşi	24	68.6	19	54.3	43	61.4
Çocuğu	5	14.3	8	22.9	13	18.6
Anne ya da babası	2	5.7	0	0	2	2.9
Diğer	4	11.4	7	20.0	11	15.7
Hastaların Evde Bakımına Yardımcı Olacak Bireyin Yaşı						
20-39	10	28.6	19	54.3	29	41.4
40-49	9	25.7	3	8.6	12	17.1
50-59	10	28.6	8	22.9	18	25.7
60 yaş ve üstü	6	17.1	5	14.3	11	15.7
Hastaların Evde Bakımına Yardımcı Olacak Bireyin Eğitimi						
Okur-Yazar değil	12	34.3	9	25.7	21	30.0
Okur-Yazar	3	8.6	3	8.6	6	8.6
İlköğretim	17	48.5	20	57.2	37	52.9
Lise ve üstü	3	8.6	3	8.6	6	8.6
Aile/Akrabalarında Kalp Hastalığı						
Var	14	40.0	12	34.3	26	37.1
Yok	21	60.0	23	65.7	44	62.9
TOPLAM	35	100	35	100	70	100
Kalp Hastalığının Kimlerde Olduğu						
I.derece akrabalarında	12	85.7	11	91.7	23	88.5
II.derece akrabalarında	2	14.3	1	8.3	3	11.5
TOPLAM	14	100	12	100	26	100

Araştırmaya katılan hastaların tamamının (%100) evinde bakıma ihtiyacı olan başka birey bulunmadığını ve evde kendi bakımlarına yardımcı olacak birisinin bulunduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir. Hastaların evde bakımına yardımcı olacak bireylerin %82.9'u hastaların birinci derecede yakını olup, çoğunluğu 20-50 yaş grubunda (%58.5) ve ilköğretim mezunudur (%52.9). Açık kalp ameliyatı olan hastalar hastaneden taburcu olduktan sonra, evde, yardım gereksinimi duyduklarında yardım

edebilecek birilerinin olması hastalar açısından istendik bir durumdur. Bununla birlikte, evde bakımı devam ettirecek bireylerin de bakım konusunda bilgilendirilmeleri hastalara daha iyi bakım sunulmasına katkı verecektir (Kureshi ve ark 1995, Moore 1996).

Hastaların %37.1'inin ailesi ya da akrabalarında koroner arter ve kalp kapağı hastalığı olduğu (26 birey) ve koroner arter ve kalp kapağı hastalığı olan bu bireylerin %88.5'nin (23 birey) hastaların birinci derecede akrabası olduğu belirlenmiştir. Literatürde, ailesinde atherosklerotik kalp hastalığı olan bireylerin risk altında olduğu, özellikle genç yaşta atherosklerotik kalp hastalığı olan bireylerin ailevi yatkınlığının daha fazla olduğu vurgulanmaktadır (Guyton ve Hall 1996, Harkness ve Dinçer 1999). Bu çalışmada da hastaların birinci derece akrabasında atherosklerotik kalp hastalığı görülme oranı yüksek (%88.5) olup, sonuç literatürle uyumludur.

Tablo:4: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	TABURCU OLMADAN ÖNCEKİ BİLGİ PUANI	TABURCU OLDUKTAN SONRAKİ BİLGİ PUANI	
	$\bar{X} \pm Sx$	$\bar{X} \pm Sx$	
DENEY GRUBU (n=35)	10.14 \pm 0.58	35.88 \pm 1.48	t=16.99 p<0.05
KONTROL GRUBU (n=35)	10.45 \pm 0.59	10.77 \pm 0.56	t=1.04 p>0.05
	t=0.37 p>0.05	t=15.82 p<0.05	

Tablo 4’de görüldüğü gibi, deney grubundaki hastaların bilgi puan ortalamaları; hastaneden taburcu olmadan önce (hastalara planlı bilgilendirme yapılmadan önce) 10.14 iken taburcu olduktan sonra (hastalara planlı bilgilendirme yapıldıktan sonra) 35.88’e yükselmiş, yapılan istatistiksel değerlendirmede iki puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (t=16.99, p<0.05). Kontrol grubundaki hastaların bilgi puan ortalamaları da hastaneden taburcu olmadan önce 10.45 iken taburcu olduktan sonra 10.77’ye yükselmiş, ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede iki puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (t=1.04, p>0.05). Deney grubundaki hastalar ile kontrol grubundaki hastaların bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise, deney grubundaki hastalara planlı bilgilendirme yapılmadan önce, deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmaz iken (t=0.37, p>0.05), deney grubundaki hastalara planlı bilgilendirme yapıldıktan sonra, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (t=15.82, p<0.05).

Deney grubundaki hastaların, taburcu olduktan sonra bilgi puan ortalamalarındaki anlamlı artışın, bu hastaların hastaneden taburcu olmadan önce bireysel gereksinimlerine yönelik, planlı olarak bilgilendirilmelerine bağlı olarak geliştiği görülmektedir. Kontrol grubundaki hastaları hastaneden taburcu olduktan sonraki değerlendirmede bilgi düzeyinin artması, hastaların hastanede yattığı süre içinde

kendilerine uygulanan tedavi ve bakımlar sırasında (hekim ve hemşirelerin davranışlarından ve kendi deneyimlerinden) edindikleri bilgilerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu sonuç; hastaları gereksinimlerine yönelik planlı olarak bilgilendirmenin, bilgi düzeyinin artışı üzerindeki etkisini göstermesi açısından önemlidir.

Cuppless (1991)'un açık kalp ameliyatı olan hastalara verilen planlı sağlık eğitiminin bilgi ve iyileşme üzerine etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada; eğitim verilen hastaların eğitim verilmeyen hastalara göre, bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu, daha istendik düzeyde fiziksel ve ruhsal iyileşme gösterdikleri saptanmıştır. Bu çalışma bizim araştırma sonuçlarımızı desteklemektedir.



Tablo:5a: Deneý ve Kontrol Grubundaki Hastaların Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		TABURCU OLMADAN ÖNCE	TABURCU OLDUKTAN SONRA	
		$\bar{X} \pm Sx$	$\bar{X} \pm Sx$	
DENEY GRUBU (n=35)	Durumluk Anksiyete	56.91 ± 1.05	51.20 ± 1.21	t=7.66 p<0.05
	Sürekli Anksiyete	41.08 ± 0.75	40.08 ± 0.72	t=2.79 p<0.05
KONTROL GRUBU (n=35)	Durumluk Anksiyete	55.68 ± 1.42	55.91 ± 0.94	t=0.34 p>0.05
	Sürekli Anksiyete	41.88 ± 0.94	42.92 ± 0.91	t=1.09 p>0.05

Tablo:5b: Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonra Deneý Grubundaki Hastalar ile Kontrol Grubundaki Hastaların Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	TABURCU OLMADAN ÖNCE		TABURCU OLDUKTAN SONRA	
	Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$
DENEY GRUBU (n=35)	56.91 ± 1.05	41.08 ± 0.75	51.20 ± 1.21	40.68 ± 0.72
KONTROL GRUBU (n=35)	55.68 ± 1.42	41.88 ± 0.94	55.91 ± 0.94	42.92 ± 0.91
	t=0.68 p>0.05	t=0.66 p>0.05	t=2.56 p<0.05	t=1.15 p<0.05

Araştırma kapsamına alınan deneý grubundaki hastaların, planlı olarak bilgilendirmeden önce (postoperatif 4. gün) ve bilgilendirdikten sonraki (taburcu olduktan 10 gün sonra) durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme sonucunda, deneý grubundaki hastaların durumluk anksiyete puan ortalamalarının 56.91'den 51.20'ye düştüğü, sürekli anksiyete puan ortalamalarının da 41.08'den 40.08'e düştüğü saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede iki puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (t=7.66, t=2.79, p<0.05). Kontrol grubundaki hastaların da hastaneden taburcu olmadan önce (postoperatif 4. gün) ve taburcu olduktan sonraki (taburcu olduktan 10 gün sonra) durumluk anksiyete puan ortalamalarının 55.68'den 55.91'e yükseldiği, sürekli anksiyete puan ortalamalarının da 41.88'den 42.92'ye yükseldiği saptanmıştır. Ancak,

yapılan istatistiksel değerlendirmede iki puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($t=0.34$, $t=1.09$, $p>0.05$).

Durumluk anksiyete bireyin akut olarak yaşadığı olaylar karşısında artmaktadır. Ancak, sürekli anksiyete bireyin yaşadığı akut olaylardan etkilenmemektedir. Sürekli anksiyetede bireyin kişilik özellikleri daha belirleyicidir (Öner ve LeCompte 1985, Badger 1994, Alkın 1997 a). Öner ve LeCompte (1985) tarafından yapılan bir çalışmada, sürekli anksiyete puan ortalamaları; diş cerrahisi hastalarında 40.70, genel cerrahi hastalarında 42.44, diyaliz hastalarında ise 47.13 olarak belirlenmiştir. Durumluk anksiyete puan ortalamaları ise; diş cerrahisi hastalarında 44.63, genel cerrahi hastalarında 53.13, diyaliz hastalarında ise 55.67 olarak belirlenmiştir. Doğan ve Doğan (1992)'ın yaptığı çalışmada da, hemodiyalize giren hastaların sürekli anksiyete puan ortalamaları 48.72, durumluk anksiyete puan ortalamaları da 42.11 olarak bulunmuştur. Bizim araştırmamıza katılan hastaların hastaneden taburcu olmadan önceki sürekli anksiyete puan ortalamaları ise, deney grubundaki hastalarda 41.08, kontrol grubundaki hastalarda 41.88 olarak, durumluk anksiyete puan ortalamaları da, deney grubundaki hastalarda 56.91, kontrol grubundaki hastalarda 55.68 olarak bulunmuştur. Açık kalp ameliyatı geçiren bu hastaların, diğer ameliyatları geçiren hastalara göre sürekli anksiyete puan ortalamaları daha düşük iken, durumluk anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek düzeyde olması dikkat çekicidir. Bu sonuç yaşamın sürdürülmesinde en önemli organ olarak algılanan kalbe ilişkin bir ameliyatın, diğer organ ameliyatlarından daha fazla durumluk anksiyeteye neden olduğunu düşündürmektedir ve araştırmamızın 1. hipotezini desteklemektedir.

Tablo 5b'de görüldüğü gibi, hastaneden taburcu olmadan önce deney grubundaki hastalar ile kontrol grubundaki hastaların durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($t=0.68$, $t=0.66$, $p>0.05$). Hastaneden taburcu olduktan sonra (deney grubundaki hastalara planlı bilgilendirme yapıldıktan sonra) ise, deney grubu ile kontrol grubu arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($t=2.56$, $t=1.15$, $p<0.05$). Bu sonuç, deney grubundaki hastalara hastaneden taburcu olmadan önce yapılan planlı bilgilendirmenin, durumluk anksiyeteyi azaltmada etkili olduğunu göstermektedir ve araştırmamızın 2. hipotezini desteklemektedir.

Goodman (1997)'nin koroner arter bypass ve kapak ameliyatı olan 50 hasta üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların %65'inin hastaneden taburcu olmadan önceki durumluk anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu, bu hastalara evde bakıma yönelik, gereksinimleri doğrultusunda bilgi verildiğinde ise durumluk anksiyete düzeylerinin azaldığı saptanmıştır. Timberlake ve arkadaşlarının (1997) bypass ameliyatı olan 120 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada da, hastalar deney ve kontrol grubuna ayrılmış ve evde bakıma yönelik bilgilendirilen deney grubundaki hastaların, kontrol grubundaki hastalara göre kendilerini daha yeterli gördükleri ve daha az durumluk anksiyete yaşadıkları saptanmıştır. Bizim araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgular da bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Tablo:6: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Cinsiyetine Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	CİNSİYET	TABURCU OLMADAN ÖNCE		TABURCU OLDUKTAN SONRA	
		Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$
DENEY GRUBU	Erkek (n=25)	56.28 ± 1.21	40.56 ± 0.86	50.20 ± 1.36	40.16 ± 0.79
	Kadın (n=10)	58.50 ± 2.15	42.40 ± 1.19	53.70 ± 2.15	42.00 ± 1.54
		p=0.453 p>0.05	p=0.270 p>0.05	p=0.187 p>0.05	p=0.322 p>0.05
KONTROL GRUBU	Erkek (n=23)	53.30 ± 1.91	40.78 ± 1.13	54.91 ± 1.86	40.91 ± 1.09
	Kadın (n=12)	56.41 ± 2.04	44.00 ± 1.58	57.83 ± 1.70	44.16 ± 1.53
		p=0.741 p>0.05	p=0.113 p>0.05	p=0.384 p>0.05	p=0.094 p>0.05

Tablo 6'da görüldüğü gibi, deney ve kontrol grubundaki kadınların, hastaneden taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonraki durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamaları, erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Ancak her iki gruptaki erkek ve kadınların hastaneden taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonraki durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki kadınlar incelendiğinde, tamamının evli ve ev hanımı olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Bu durumda, kadın hastaların ev hanımı olmaları, ev işlerini yapamama ve aile bireylerinin bakımı ile ilgili rollerini yerine getirememe gibi nedenlerden dolayı, erkeklere göre daha fazla anksiyete yaşadıkları düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda, açık kalp ameliyatı olan kadınların, erkeklere göre bağımsızlıklarını kaybetme duyguları, ameliyata ilişkin olumsuz düşünceleri, ailesine bakamama ve alışık oldukları ev işlerini yapamamaya yönelik suçluluk duymaları nedeniyle daha fazla anksiyete yaşadıkları belirtilmektedir (Grady ve ark 1988, Strauss ve ark 1992). Bu çalışmada da literatüre benzer şekilde kadınların anksiyete düzeyi yüksek bulunmuştur.

Deney grubundaki erkek ve kadınlar ile kontrol grubundaki erkek ve kadınların anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde, deney grubundaki erkek ve kadınların, hastaneden taburcu olduktan sonraki durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamalarının kontrol grubundaki erkek ve kadınlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuç, deney grubundaki hastalara hastaneden taburcu olmadan önce planlı olarak yapılan bilgilendirmenin, erkek ve kadınların yaşadığı anksiyeteyi azaltmada etkili olduğunu göstermektedir.

Tablo:7: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Yaşa Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	YAŞ	TABURCU OLMADAN ÖNCE		TABURCU OLDUKTAN SONRA	
		Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$
DENEY GRUBU	20-39 (n=4)	61.25 ± 5.76	42.00 ± 3.24	53.75 ± 7.07	41.00 ± 3.48
	40-49 (n=7)	54.28 ± 1.99	40.57 ± 1.61	47.71 ± 1.78	40.00 ± 1.57
	50-59 (n=13)	56.23 ± 1.52	40.92 ± 0.77	50.76 ± 1.50	40.92 ± 0.73
	60 yaş ve üstü (n=11)	57.81 ± 1.56	41.27 ± 1.76	53.00 ± 2.19	40.72 ± 1.59
		Kw=0.76 p>0.05	Kw=0.11 p>0.05	Kw=1.35 p>0.05	Kw=0.82 p>0.05
KONTROL GRUBU	20-39 (n=3)	66.66 ± 5.36	43.33 ± 0.88	63.33 ± 6.69	43.00 ± 0.57
	40-49 (n=6)	60.83 ± 2.89	42.66 ± 1.94	60.83 ± 1.66	42.66 ± 1.94
	50-59 (n=15)	52.06 ± 1.80	42.13 ± 1.82	53.66 ± 2.17	42.40 ± 1.76
	60 yaş ve üstü (n=11)	54.81 ± 2.30	40.72 ± 1.42	54.27 ± 2.15	40.90 ± 1.35
		Kw=8,00 p<0,05	Kw=0,77 p>0,05	Kw=4,40 p>0,05	Kw=0,45 p>0,05

Tablo 7’de görüldüğü gibi, deney ve kontrol gruplarındaki hastaların yaş gruplarına göre, hastaneden taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonraki sürekli anksiyete puan ortalamaları ve her iki gruptaki hastaların hastaneden taburcu olduktan sonraki durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Hastaneden taburcu olmadan önceki durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark ise, deney grubunda istatistiksel olarak anlamsız bulunur iken ($p>0.05$), kontrol grubunda bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Kontrol grubundaki bu farkın da hastaneden taburcu olmadan önce 20-39 yaş grubundaki hastaların durumluk anksiyete puan

ortalamalarının, diğer yaş gruplarındaki hastalara göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların verileri yeniden incelenmiş ve kontrol grubunda, 20-39 yaş grubundaki hastaların özelliklerinin diğer yaş gruplarındaki hastalardan farklı olmadığı bulunmuştur. Ancak 20-39 yaş grubundaki hastalar çalışmamızın en genç yaş grubudur. Bu nedenle 20-39 yaş grubundaki hastaların, açık kalp ameliyatından sonraki yaşamları ile ilgili endişeleri diğer yaş gruplarındaki hastalara göre daha fazla yaşadıkları düşünülmektedir.

Majima ve Sato (1994)'nin açık kalp ameliyatı yapılan hastalardaki anksiyeteye neden olan faktörlerin incelenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada; genç yaştaki hastaların (40 yaşın altında), yaşlı hastalara göre anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu, ancak anksiyete üzerine yaş faktörünün tek başına etken olmadığı saptanmıştır. Bizim araştırmamızda da bu çalışma sonuçlarına benzer şekilde, genç yaştaki hastaların (20-39 yaş grubu), yaşlı hastalara göre anksiyete puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Ancak yaş grupları ile anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo:8: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Eğitim Durumuna Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	EĞİTİM DURUMU	TABURCU OLMADAN ÖNCE		TABURCU OLDUKTAN SONRA	
		Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$
DENEY GRUBU	Okur-Yazar Değil (n=3)	55.00 ± 2.51	42.66 ± 2.60	50.33 ± 1.20	42.00 ± 2.64
	Okur-Yazar (n=6)	57.33 ± 1.47	41.00 ± 1.43	54.33 ± 0.98	41.00 ± 1.43
	İlköğretim (n=22)	57.04 ± 1.50	40.59 ± 0.91	50.00 ± 1.76	40.04 ± 0.87
	Lise ve üstü (n=4)	57.00 ± 3.87	42.75 ± 3.70	53.75 ± 3.77	42.75 ± 3.30
		Kw=0.71 p>0.05	Kw=0.79 P>0.05	Kw=4.09 P>0.05	Kw=1.06 p>0.05
KONTROL GRUBU	Okur-Yazar Değil (n=3)	49.00 ± 3.60	45.66 ± 2.33	54.33 ± 4.91	45.33 ± 2.18
	Okur-Yazar (n=7)	59.00 ± 2.27	43.85 ± 2.70	59.57 ± 4.72	44.28 ± 2.55
	İlköğretim (n=22)	54.40 ± 1.83	40.54 ± 1.14	54.36 ± 1.85	40.63 ± 1.10
	Lise ve üstü (n=3)	64.00 ± 4.35	43.33 ± 0.88	60.33 ± 5.54	43.33 ± 0.88
		Kw=5.72 p>0.05	Kw=5.05 P>0.05	Kw=2.80 P>0.05	Kw=5.05 p>0.05

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların eğitim durumuna göre hastaneden taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonraki durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05). Bu bulgular, eğitim durumu ne olursa olsun tüm bireylerin açık kalp ameliyatı gibi stres yaratan bir durumla ilk kez karşılaştığında benzer düzeyde anksiyete yaşayabileceklerini göstermesi bakımından önemlidir.

Barnasson ve Zimmerman (1995)'nin bypass ameliyatı olan hastaların, postoperatif dönemdeki hasta eğitim sonuçlarını incelemek amacıyla, bypass ameliyatı olan 90 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada; öğrenim durumu ne olursa olsun, hastaların tamamının (%100) eğitim sonuçlarının ve yaşadıkları anksiyetenin benzer olduğu

saptanmıştır. Bizim araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgular da bu çalışmayla benzerlik göstermektedir.

Deney grubundaki bütün eğitim gruplarını oluşturan hastaların durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamaları hastaneden taburcu olduktan sonra, taburcu olmadan öncesine göre daha düşük bulunur iken kontrol grubundaki bütün eğitim gruplarını oluşturan hastalarda daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç; açık kalp ameliyatı olan tüm hastalara eğitim farkı gözetmeksizin, hastaneden taburcu olmadan önce gereksinimlerine yönelik, anlayabilecekleri düzeyde, bilgi verildiğinde, yaşanan anksiyetenin azalabileceğini, bilgi verilmediğinde ise, hastaların, hastaneden taburcu olduktan sonra karşılaştıkları sorunlarla baş edemeyeceğini düşünerek daha fazla anksiyete yaşayabileceğini göstermektedir.

Tablo:9: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Medeni Durumuna Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	MEDENİ DURUM	TABURCU OLMADAN ÖNCE		TABRUCU OLDUKTAN SONRA	
		Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$
DENEY GRUBU	Evli (n=32)	55.90 ± 0.93	40.96 ± 0.74	50.34 ± 1.14	42.00 ± 4.50
	Bekar (n=3)	67.66 ± 3.77	42.33 ± 4.37	60.33 ± 5.78	40.56 ± 0.76
		p=0.018 p<0.05	p=0.976 p>0.05	p=0.081 p>0.05	p=0.882 p>0.05
KONTROL GRUBU	Evli (n=32)	55.90 ± 1.53	41.93 ± 0.99	55.71 ± 1.46	42.00 ± 3.21
	Bekar (n=3)	63.33 ± 2.90	41.33 ± 3.75	63.33 ± 2.90	42.03 ± 0.97
		p=0.049 p<0.05	p=0.906 p>0.05	p=0.047 p<0.05	p=0.953 p>0.05

Tablo 9’da görüldüğü gibi, deney ve kontrol grubundaki evli ve bekar hastaların hastaneden taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonraki sürekli anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05). Deney

grubundaki evli ve bekar hastaların durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark hastaneden taburcu olmadan önce istatistiksel olarak anlamlı iken ($p<0.05$), taburcu olduktan sonra bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır. Kontrol grubundaki evli ve bekar hastaların durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark ise hastaneden taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonra istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Gilliss ve arkadaşlarının (1990 a) açık kalp ameliyatı olan 200 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların %88'i hastaneden taburcu olduktan sonra evde karşılaştıkları fiziksel ve ruhsal sorunlarla baş edebilmek için eşlerinin desteğine ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Tack ve Gilliss (1990)'in yaptığı bir çalışmada da, açık kalp ameliyatı olan 75 hasta ameliyattan sonraki ilk 8 hafta boyunca incelenmiş ve bu inceleme sonunda, bekar ve yalnız yaşayan hastaların, evli hastalara göre daha fazla durumluk anksiyete yaşadıkları bulunmuştur. Bizim yaptığımız araştırmada da deney ve kontrol grubundaki bekar hastaların hastaneden taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonraki durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamaları, evli hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, açık kalp ameliyatından sonra bekar hastaların eş ve aile desteğine gereksinim duyduklarını, bu gereksinimi karşılayacak bireylerin olmaması durumunda ise anksiyete düzeyinin arttığını göstermektedir. Aynı zamanda araştırma kapsamına alınan bekar hastalar 20-39 yaş grubundadır. Tablo 7'de belirtildiği gibi bekar hastalar genç yaşta olmaları nedeniyle daha fazla anksiyete yaşamaktadırlar.

Deney grubundaki evli ve bekar hastaların durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamaları hastaneden taburcu olduktan sonra, taburcu olmadan öncesine göre daha düşük bulunmuştur. Ancak, kontrol grubundaki evli ve bekar hastaların, hastaneden taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonraki durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamalarında önemli bir değişiklik olmadığı saptanmıştır. Bu sonuç, deney grubundaki hastalara, hastaneden taburcu olmadan önce evde bakıma yönelik yapılan planlı bilgilendirmenin, evli ve bekar hastaların anksiyetesini azaltmada etkili olduğunu düşündürmektedir.

Tablo:10: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Mesleğine Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	MESLEK	TABURCU OLMADAN ÖNCE		TABURCU OLDUKTAN SONRA	
		Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$
DENEY GRUBU	Ev hanımı (n=10)	58.50 ± 2.15	42.40 ± 1.49	53.70 ± 2.15	42.00 ± 1.54
	İşçi (n=10)	58.00 ± 1.60	41.00 ± 1.11	51.40 ± 1.79	40.30 ± 0.98
	Memur (n=3)	53.33 ± 3.38	40.33 ± 1.76	45.66 ± 0.88	40.00 ± 2.08
	Esnaf Serbest meslek (n=5)	62.00 ± 2.58	39.80 ± 0.96	56.40 ± 3.09	39.80 ± 0.96
	Emekli (n=7)	54.00 ± 2.35	40.57 ± 2.66	49.00 ± 3.01	40.28 ± 2.41
		Kw=6.50 p>0.05	Kw=1.78 p>0.05	Kw=6.97 p>0.05	Kw=1.08 p>0.05
KONTROL GRUBU	Ev hanımı (n=11)	57.72 ± 1.72	44.27 ± 1.71	58.90 ± 1.44	44.45 ± 1.64
	İşçi (n=6)	60.66 ± 4.03	42.16 ± 2.08	61.00 ± 3.54	42.16 ± 1.77
	Memur (n=3)	51.33 ± 6.98	40.33 ± 2.90	50.00 ± 6.11	40.33 ± 2.90
	Esnaf Serbest meslek (n=8)	53.37 ± 2.88	40.00 ± 1.53	53.50 ± 2.47	40.12 ± 1.56
	Emekli (n=7)	52.71 ± 3.42	40.71 ± 2.78	52.14 ± 3.75	41.00 ± 2.69
		Kw=4.39 p>0.05	Kw=3.38 P>0.05	Kw=6.76 p>0.05	Kw=4.02 p>0.05

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların mesleğine göre hastaneden taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonraki durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05).

Gortner ve Jenkins (1990)'in yaptığı bir çalışmada, açık kalp ameliyatından sonra fiziksel güç gerektiren bir işte çalışan hastaların diğer meslek gruplarındaki hastalara göre, ameliyatın iş yaşamını olumsuz yönde etkileyeceği endişesini daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir. Strauss ve arkadaşlarının (1992) yaptığı çalışmada ise, ev

hanımlarının, açık kalp ameliyatından sonra ameliyat yarası ve ağrı nedeniyle ev işi yapamadıkları, bundan dolayı da diğer meslek gruplarına göre daha fazla anksiyete yaşadıkları saptanmıştır. Bizim araştırmamızda da ev hanımı ve işçi olarak çalışan hastaların hastaneden taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonraki durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamaları, diğer meslek gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak, yapılan istatistiksel değerlendirmede anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Bu sonucun, araştırmamıza katılan işçi ve ev hanımı dışındaki diğer meslek gruplarına düşen hastaların sayı olarak azlığından kaynaklandığı (Tablo 1) düşünülmektedir.

Tablo:11: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Maddi Durumuna Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	MADDİ DURUM	TABURCU OLMADAN ÖNCE		TABURCU OLDUKTAN SONRA	
		Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$
DENEY GRUBU	Düşük (n=4)	49.25 ± 1.88	42.25 ± 2.13	47.00 ± 2.94	42.00 ± 2.08
	Orta (n=21)	58.38 ± 1.31	40.80 ± 0.87	52.14 ± 1.58	40.33 ± 0.85
	İyi ve çok iyi (n=10)	56.90 ± 1.79	41.20 ± 1.81	50.90 ± 2.41	40.90 ± 1.66
		Kw=7.05 p<0.05	Kw=0.57 P>0.05	Kw=1.51 p>0.05	Kw=0.71 p>0.05
KONTROL GRUBU	Düşük (n=3)	59.00 ± 2.51	46.00 ± 3.60	60.66 ± 1.45	46.00 ± 3.60
	Orta (n=20)	55.40 ± 1.97	40.35 ± 1.13	55.25 ± 1.86	40.60 ± 1.06
	İyi ve çok iyi (n=12)	55.33 ± 2.56	43.41 ± 1.68	55.38 ± 2.54	43.41 ± 1.68
		Kw=0.73 p>0.05	Kw=3.22 P>0.05	Kw=1.07 p>0.05	Kw=2.59 p>0.05

Tablo 11'de görüldüğü gibi, deney ve kontrol grubundaki hastaların maddi durumuna göre hastaneden taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonraki sürekli anksiyete puan ortalamaları ve taburcu olduktan sonraki durumluk anksiyete puan

ortalamları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Hastaneden taburcu olmadan önceki durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark ise, deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ancak, kontrol grubunda bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Deney grubundaki hastaların hastaneden taburcu olmadan önceki durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki anlamlı farklılığın; maddi durumu orta düzeyde olan hastaların durumluk anksiyete puan ortalamalarının, diğer gruplardaki hastalara göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Bu nedenle deney ve kontrol grubundaki hastaların verileri yeniden incelenmiş ve deney grubundaki maddi durumu orta düzeyde olan hastaların özelliklerinin diğer gruplardaki hastalardan farklı olmadığı saptanmıştır.

Lindsay ve arkadaşlarının (1997) açık kalp ameliyatı olan 147 hasta ve 125 hasta ailesi üzerinde yaptıkları çalışmada, maddi durumu düşük olan hastaların %77'sinin ve hasta ailelerinin %70'inin, maddi durumu iyi olan hasta ve ailelere göre anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bizim yaptığımız araştırma sonuçları bu çalışmadan farklı bulunmuştur. Bu farklılığın araştırmamıza katılan ve maddi durumu düşük olan hasta sayısının, diğer gruplardaki hastalara göre daha az olmasından kaynaklandığı (Tablo 1) düşünülmektedir.

Tablo:12: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyal Güvencesine Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	SOSYAL GÜVENCE	TABURCU OLMADAN ÖNCE		TABURCU OLDUKTAN SONRA	
		Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$
DENEY GRUBU	Var (n=32)	56.09 ± 0.99	40.65 ± 0.75	50.03 ± 1.09	40.25 ± 0.70
	Yok (n=3)	65.66 ± 4.25	45.66 ± 2.66	53.66 ± 4.17	45.33 ± 2.84
		p=0.048 p<0.05	p=0.140 p>0.05	p=0.413 p>0.05	p=0.072 p>0.05
KONTROL GRUBU	Var (n=32)	55.87 ± 1.52	42.12 ± 1.00	56.15 ± 1.47	42.25 ± 0.97
	Yok (n=3)	63.66 ± 3.28	39.33 ± 2.60	63.33 ± 4.09	39.66 ± 2.33
		p=0.043 p<0.05	p=0.425 p>0.05	p=0.035 p<0.05	p=0.478 p>0.05

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki sosyal güvencesi olan ve olmayan hastaların, hastaneden taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonraki sürekli anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Deney grubundaki sosyal güvencesi olan ve olmayan hastaların durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark, hastaneden taburcu olmadan önce istatistiksel olarak anlamlı iken ($p<0.05$), taburcu olduktan sonra bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Kontrol grubundaki sosyal güvencesi olan ve olmayan hastaların durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark ise, hastaneden taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonra istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Deney ve kontrol grubundaki sosyal güvencesi olmayan hastaların, sosyal güvencesi olan hastalara göre hastaneden taburcu olmadan önceki durumluk anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek olmasının, sosyal güvencesi olmayan hastaların tedavi masraflarını karşılama ve kontrole gelme ile ilgili endişeleri daha fazla yaşamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Hastaneden taburcu olduktan sonra, kontrol grubundaki hastaların tersine, deney grubundaki hastaların durumluk anksiyete puan ortalamalarının düştüğü belirlenmiştir. Bu sonuç, deney grubundaki hastalara

hastaneden taburcu olmadan önce, evde bakım ve danışmanlık konusunda yapılan bilgilendirmeye ve hasta bağımsızlığının desteklenmesine bağlı anksiyete puan ortalamalarının azaldığını göstermektedir.

Tablo:13: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Çocuk Sayısına Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	ÇOCUK SAYISI	TABURCU OLMADAN ÖNCE		TABURCU OLDUKTAN SONRA	
		Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$
DENEY GRUBU	Çocuksuz (n=3)	61.33 ± 4.41	37.66 ± 0.66	54.33 ± 3.52	37.00 ± 0.57
	1-2 çocuk (n=4)	60.00 ± 4.96	45.50 ± 3.06	53.50 ± 6.81	43.25 ± 3.27
	3-4 çocuk (n=15)	55.53 ± 1.42	41.06 ± 1.35	48.73 ± 1.54	40.60 ± 1.27
	5 çocuk ve üstü(n=13)	56.53 ± 1.53	41.15 ± 0.86	52.61 ± 1.73	40.84 ± 0.71
		Kw=2.22 p>0.05	Kw=2.99 p>0.05	Kw=2.90 p>0.05	Kw=4.58 p>0.05
KONTROL GRUBU	Çocuksuz (n=3)	60.33 ± 7.85	42.33 ± 2.90	56.66 ± 6.98	42.66 ± 3.17
	1-2 çocuk (n=5)	48.60 ± 3.65	37.60 ± 1.80	49.60 ± 3.26	37.80 ± 1.71
	3-4 çocuk (n=13)	56.30 ± 2.46	41.76 ± 1.33	55.23 ± 2.32	41.76 ± 1.83
	5 çocuk ve üstü(n=14)	56.64 ± 1.66	43.42 ± 1.74	58.00 ± 1.82	43.64 ± 1.67
		Kw=4.20 p>0.05	Kw=3.51 p>0.05	Kw=4.73 p>0.05	Kw=4.01 p>0.05

Tablo 13'de görüldüğü gibi, deney ve kontrol grubundaki hastaların, sahip oldukları çocuk sayısına göre hastaneden taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonraki durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05).

Sabourin ve Funk (1999)'un bypass ameliyatı olan 124 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların çoğunluğunun (%98.4) destek kaynağı olarak eş ve çocuklarını gösterdikleri saptanmıştır. Aynı çalışmada çocuğu olmayan ve yalnız yaşayan hastaların anksiyete düzeyinin, çocuğu olan ve ailesi ile birlikte yaşayan hastalara göre daha

yüksek olduğu bulunmuştur. Bizim araştırmamızda da çocuğu olmayan hastaların hastaneden taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonraki durumluk anksiyete puan ortalamaları, çocuğu olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak, anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.

Tablo:14: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Yaşadığı Yere Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	YAŞADIĞI YER	TABURCU OLMADAN ÖNCE		TABURCU OLDUKTAN SONRA	
		Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$
DENEY GRUBU	Şehir Merkezi (n=28)	56.71 ± 1.14	41.35 ± 0.85	51.71 ± 1.34	41.00 ± 0.80
	İlçe veya köy (n=7)	57.71 ± 2.86	40.00 ± 1.66	49.14 ± 2.91	39.42 ± 1.65
		p=0.634 p>0.05	p=0.756 p>0.05	p=0.482 p>0.05	p=0.634 p>0.05
KONTROL GRUBU	Şehir merkezi (n=29)	56.58 ± 1.55	42.48 ± 1.06	57.17 ± 1.44	42.62 ± 1.02
	İlçe veya köy (n=6)	51.33 ± 3.22	39.00 ± 1.69	49.83 ± 3.13	39.16 ± 1.72
		p=0.174 p>0.05	p=0.203 p>0.05	p=0.035 p<0.05	p=0.180 p>0.05

Tablo 14’de görüldüğü gibi; deney grubundaki hastaların yaşadığı yere göre hastaneden taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonraki sürekli anksiyete puan ortalamaları ve taburcu olmadan önceki durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05). Hastaneden taburcu olduktan sonraki durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark ise, deney grubunda istatistiksel olarak anlamsız bulunur iken (p>0.05), kontrol grubunda bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.05).

Capuona ve arkadaşlarının (1997) yaptığı çalışmada, açık kalp ameliyatı olan hastaların yaşadığı yerin ameliyat oldukları merkeze uzak olması durumunda, hastaların kontrole gelme ve gereksinimleri olduğunda sağlık personeline ulaşma güçlüğü yaşadıklarını ifade ettikleri bulunmuştur. Goodman (1997)’in yaptığı çalışmada da, açık

kalp ameliyatı olan hastalar ameliyattan sonraki 6 ay boyunca incelenmiş ve bu inceleme sonunda, ameliyat olunan merkeze uzak yerde yaşayan hastaların, yakın yerde yaşayan hastalara göre anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu hastalara hastaneden taburcu olduktan sonra kontrole gelme tarihleri ve sağlık personeli ile iletişime geçebilme konusunda bilgi verildiğinde ise hastaların anksiyete düzeyinin azaldığı saptanmıştır. Bizim araştırmamızda da, deney grubundaki ilçe veya köyde yaşayan hastaların durumluk anksiyete puan ortalamaları, şehir merkezinde yaşayan hastalara göre hastaneden taburcu olmadan önce daha yüksek iken, taburcu olduktan sonra daha düşük olduğu belirlenmiştir ve bu literatürle uyumlu bir bulgudur. Kontrol grubundaki ilçe veya köyde yaşayan hastaların durumluk anksiyete puan ortalamalarının ise, şehir merkezinde yaşayan hastalara göre hastaneden taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonra daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede iki puan ortalamaları arasındaki fark hastaneden taburcu olmadan önce anlamsız iken, taburcu olduktan sonra bu farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu bulgular ise literatürden farklı bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan hastalardan elde edilen veriler yeniden incelendiğinde, kontrol grubundaki ilçe veya köyde yaşayan hastaların tamamının sosyal güvencesinin olduğu ve maddi durumlarını iyi olarak ifade ettikleri belirlenmiştir. Bu nedenle, kontrol grubundaki ilçe veya köyde yaşayan hastaların yaşadıkları yer ameliyat oldukları merkeze uzak olmasına rağmen, gereksinimleri olduğunda kontrole gelme ve sağlık hizmetlerinden yararlanma ile ilgili endişeleri, şehir merkezinde yaşayan hastalara göre daha az yaşadıkları düşünülmektedir.

Deney grubundaki hastalar ile kontrol grubundaki hastaların anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise, hastaneden taburcu olmadan önce deney grubundaki hastaların durumluk anksiyete puan ortalamaları, kontrol grubundaki hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak hastaneden taburcu olduktan sonra deney grubundaki hastaların durumluk anksiyete puan ortalamalarının, kontrol grubundaki hastalara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuç, deney grubundaki hastalara hastaneden taburcu olmadan önce, kontrole gelme tarihleri ve gereksinimleri olduğunda araştırmacı ile iletişime geçebilme konusunda yapılan bilgilendirme ve danışmanlığın, hastaların anksiyetesini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir.

Tablo:15: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sigara-Alkol Kullanma Alışkanlığına Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	SIGARA-ALKOL KULLANMA ALIŞKANLIĞI	TABURCU OLMADAN ÖNCE		TABURCU OLDUKTAN SONRA	
		Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$
DENEY GRUBU	Var (n=21)	55.76 ± 1.31	41.04 ± 0.96	54.71 ± 2.06	40.57 ± 0.90
	Yok (n=14)	58.64 ± 1.72	41.14 ± 1.24	48.85 ± 1.29	40.85 ± 1.22
		p=0.244 p>0.05	p=0.907 p>0.05	p=0.024 p<0.05	p=0.987 p>0.05
KONTROL GRUBU	Var (n=21)	54.90 ± 1.81	41.00 ± 1.22	57.50 ± 1.98	41.19 ± 1.18
	Yok (n=14)	56.85 ± 2.20	43.21 ± 1.47	54.85 ± 1.88	43.28 ± 1.43
		p=0.702 p>0.05	p=0.171 p>0.05	p=0.468 p>0.05	p=0.177 p>0.05

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların sigara-alkol kullanma alışkanlığına göre hastaneden taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonraki sürekli anksiyete puan ortalamaları ve hastaneden taburcu olmadan önceki durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05). Hastaneden taburcu olduktan sonraki durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark ise, deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Ancak, kontrol grubunda bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (p>0.05).

Literatürde; sigara-alkol kullanma alışkanlığı olan bireylerin, bu alışkanlıklarını bırakmaları durumunda anksiyeteye benzer semptomları yaşayacağı ve buna bağlı olarak da anksiyete düzeylerinin yükseleceği belirtilmektedir (Argon 1988, Ergin 1988). Özhan ve Doğar (1992)'ın koroner bypass ameliyatı geçiren hastaların sigara içme konusundaki düşüncelerinin incelenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada da, hastaların %46'sının ameliyattan sonra sigarayı bıraktığı, sigarayı bırakmış olan hastaların %94.6 gibi büyük bir oranının da sigarayı bırakırken zorluk çektiklerini ifade ettikleri

saptanmıştır. Bizim araştırmamızda da, sigara-alkol kullanma alışkanlığı olan hastaların hastaneden taburcu olduktan sonraki durumluk anksiyete puan ortalamaları, sigara-alkol kullanma alışkanlığı olmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede ise, iki puan ortalamaları arasındaki fark deney grubunda anlamlı bulunurken kontrol grubunda anlamlı olmadığı bulunmuştur. Hastaneden taburcu olmadan önce, sigara-alkol kullanımının sağlık ve hastalık durumuna etkileri konusunda bilgilendirmenin yapıldığı deney grubundaki hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra %89.3'ünün, bilgilendirmenin yapılmadığı kontrol grubundaki hastaların ise taburcu olduktan sonra %57.24'ünün sigara-alkol kullanma alışkanlığını bıraktıkları belirlenmiştir. Bu sonuç, açık kalp ameliyatı yapılan hastalara hastaneden taburcu olmadan önce, sigara-alkol kullanımının zararları konusunda yapılan bilgilendirmenin, sigara-alkol kullanma alışkanlığı üzerine etkili olduğunu göstermektedir ve bu literatürle uyumlu bir bulgudur.

Tablo:16: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Daha Önce Hastaneye Yatma Deneyimine Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	DAHA ÖNCE HASTANE YE YATMA DENEYİMİ	TABURCU OLMADAN ÖNCE		TABURCU OLDUKTAN SONRA	
		Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$
DENEY GRUBU	Var (n=24)	55.70 ± 1.226	41.25 ± 0.98	50.37 ± 1.48	40.91 ± 0.91
	Yok (n=11)	59.54 ± 1.77	40.72 ± 1.11	53.00 ± 2.13	40.18 ± 1.15
		p=0.099 p>0.05	p=0.875 p>0.05	p=0.268 p>0.05	p=0.687 p>0.05
KONTROL GRUBU	Var (n=25)	55.64 ± 1.64	41.64 ± 1.04	55.72 ± 1.50	41.80 ± 0.97
	Yok (n=10)	55.80 ± 2.96	42.50 ± 2.21	56.40 ± 3.17	42.60 ± 2.17
		p=0.985 p>0.05	p=0.912 p>0.05	p=0.728 p>0.05	p=1.00 p>0.05

Tablo 16'da görüldüğü gibi, deney ve kontrol grubundaki hastaların daha önce hastaneye yatma deneyimine göre hastaneden taburcu olmadan önce ve taburcu

olduktan sonraki durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Williams (1993)'ın 111 genel cerrahi hastası üzerinde yaptığı çalışmada, herhangi bir cerrahi operasyon geçiren ve hastaneye yatma deneyimi olan hastaların, cerrahi operasyon geçirmeyen ve hastaneye yatma deneyimi olmayan hastalara göre ameliyattan sonraki anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bizim araştırmamızda da, daha önce hastaneye yatma deneyimi olan hastaların durumluk anksiyete puan ortalamalarının, daha önce hastaneye yatma deneyimi olmayan hastalara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede, iki puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Bu farkın, araştırmamıza katılan hastaların, yaşamsal önem taşıyan açık kalp ameliyatı gibi stresli bir deneyimi ilk kez yaşıyor olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu nedenle hemşirelerin, açık kalp ameliyatı yapılan tüm hastaları ilk kez hastaneye yatıyormuş gibi kabul edip buna yönelik taburculuk eğitimini planlamaları gerektiği söylenebilir.

Tablo:17: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Öncesi Yakınma Süresine Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	AMELİYAT ÖNCESİ YAKINMA SÜRESİ	TABURCU OLMADAN ÖNCE		TABURCU OLDUKTAN SONRA	
		Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$
DENEY GRUBU	0-1 yıl (n=10)	55.10 ± 1.65	40.00 ± 1.18	49.00 ± 1.87	40.00 ± 1.14
	2-4 yıl (n=6)	58.83 ± 2.93	41.50 ± 2.59	50.50 ± 3.63	40.83 ± 2.42
	5-7 yıl (n=7)	57.42 ± 2.36	41.42 ± 1.42	53.71 ± 2.35	41.14 ± 1.24
	8 yıl ve üstü(n=12)	57.16 ± 2.01	41.58 ± 1.36	51.91 ± 2.33	40.91 ± 1.37
		Kw=1.68 p>0.05	Kw=0.67 p>0.05	Kw=2.01 p>0.05	Kw=0.59 p>0.05
KONTROL GRUBU	0-1 Yıl (n=16)	56.37 ± 2.40	41.87 ± 1.44	55.68 ± 2.83	41.93 ± 1.39
	2-4 yıl (n=6)	51.66 ± 2.98	40.50 ± 3.27	53.66 ± 3.63	40.66 ± 3.21
	5-7yıl (n=5)	54.80 ± 2.26	40.60 ± 2.18	54.80 ± 2.03	41.40 ± 2.08
	8 yıl ve üstü(n=8)	57.87 ± 3.03	43.75 ± 1.38	58.75 ± 2.33	43.62 ± 1.33
		Kw=2.20 p>0.05	Kw=2.75 p>0.05	Kw=1.38 p>0.05	Kw=2.12 p>0.05

Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat öncesi yakınma süresine göre hastaneden taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonraki durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05).

Literatürde; açık kalp ameliyatından önce, cerrahi girişim gerektiren kalp hastalıklarına bağlı semptomları (göğüs ağrısı, yorgunluk, dispne ve çarpıntı gibi) 2 yıl ve daha uzun süreden beri yaşayan hastaların, ameliyattan sonra bu semptomların ortadan kalkmasına ve hastalıktan kurtulma düşüncesine bağlı olarak anksiyete düzeyinin daha düşük olacağı belirtilmektedir (Tack ve Gilliss 1990, Majima ve Sato 1994, Duits ve ark 1997). Bizim araştırmamızda ise literatürden farklı olarak, ameliyattan önceki hastalığa bağlı yakınma süresi 2 yıl ve daha fazla olan hastaların

hastaneden taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonraki durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamaları, ameliyat öncesi yakınma süresi 0-1 yıl olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak, deney grubundaki hastaların hastaneden taburcu olmadan önceki durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamaları taburcu olduktan sonra azalırken, kontrol grubunda böyle bir duruma rastlanmamıştır. Ayrıca, deney grubundaki hastaların hastaneden taburcu olduktan sonraki durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamalarının, kontrol grubundaki hastalara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Deney grubundaki bu değişimin, hastaneden taburcu olmadan önce yapılan bilgilendirmeye bağlı olarak geliştiği düşünülmektedir.

Tablo: 18: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Öncesi Tıbbi Tedavi Alma Durumuna Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	AMELİYAT ÖNCESİ TIBBİ TEDAVİ ALMA DURUMU	TABURCU OLMADAN ÖNCE		TABURCU OLDUKTAN SONRA	
		Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$
DENEY GRUBU	Tedavi Alan (n=21)	55.07 ± 1.62	41.07 ± 1.68	50.42 ± 2.08	40.52 ± 0.51
	Tedavi Almayan (n=14)	58.14 ± 1.35	41.09 ± 0.62	51.71 ± 1.51	40.92 ± 1.66
		p=0.052 p>0.05	p=0.599 p>0.05	p=0.552 p>0.05	p=0.839 p>0.05
KONTROL GRUBU	Tedavi Alan (n=23)	55.39 ± 1.69	41.66 ± 1.63	55.56 ± 1.66	42.21 ± 1.16
	Tedavi Almayan (n=12)	56.25 ± 2.70	42.00 ± 1.18	56.58 ± 2.54	42.66 ± 1.52
		p=0.741 p>0.05	p=0.794 p>0.05	p=0.754 p>0.05	p=0.688 p>0.05

Tablo 18'de görüldüğü gibi, deney ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat öncesi tıbbi tedavi alma durumuna göre hastaneden taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonraki durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05).

Grady ve arkadaşlarının (1988) açık kalp ameliyatı olan 100 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, ameliyattan önce tıbbi tedavi alan hastaların, tıbbi tedavi almayan hastalara göre ameliyattan sonra tedaviye uyum süreçlerinin daha kısa olduğu ve buna bağlı olarak da anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Bizim araştırmamızda da, ameliyattan önce tıbbi tedavi alan hastaların, hastaneden taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonraki durumluk anksiyete puan ortalamalarının, tıbbi tedavi almayan hastalara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ancak, yapılan istatistiksel değerlendirmede iki puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.

Deney grubundaki hastaların hastaneden taburcu olduktan sonraki durumluluk ve sürekli anksiyete puan ortalamalarının, taburcu olmadan öncesine göre düştüğü, kontrol grubundaki hastaların ise deney grubundaki hastaların tersine daha da yükseldiği bulunmuştur. Bu sonuç, deney grubundaki hastalara hastaneden taburcu olmadan önce, evde kullanacakları ilaçların adı, kullanım şekli, etki ve yan etkilerine yönelik yapılan planlı bilgilendirmenin, bu hastaların anksiyetesini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir.

Tablo:19: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Türüne Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	AMELİYAT TÜRÜ	TABURCU OLMADAN ÖNCE		TABURCU OLDUKTAN SONRA	
		Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$
DENEY GRUBU	CABG (n=23)	56.56 ± 1.07	40.73 ± 0.91	50.78 ± 1.32	40.43 ± 0.84
	Kapak Replasmanı (n=9)	57.00 ± 2.94	42.00 ± 1.78	51.44 ± 3.10	41.44 ± 1.84
	CABG Kapak Replasmanı (n=3)	59.33 ± 4.17	41.00 ± 1.52	53.66 ± 5.23	40.33 ± 0.88
		Kw=0.60 p>0.05	Kw=0.52 p>0.05	Kw=0.51 p>0.05	Kw=0.15 p>0.05
KONTROL GRUBU	CABG (n=23)	55.34 ± 1.88	42.21 ± 1.19	55.69 ± 1.85	42.30 ± 1.13
	Kapak Replasmanı (n=9)	59.33 ± 1.99	43.00 ± 1.74	58.88 ± 1.76	43.33 ± 1.69
	CABG Kapak Replasmanı (n=3)	47.33 ± 1.20	36.00 ± 1.52	48.66 ± 3.17	36.00 ± 1.52
		Kw=4.90 p>0.05	Kw=4.73 p>0.05	Kw=3.79 p>0.05	Kw=5.04 p>0.05

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat türüne göre hastaneden taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonraki durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Jenkins ve arkadaşlarının (1983) yaptığı bir çalışmada; koroner bypass ve kapak ameliyatı yapılan hastalar 6 ay boyunca incelenmiş ve bu inceleme sonunda, her iki gruptaki hastaların, ameliyattan sonraki 6 aylık süre içerisinde yaşadıkları sorunlar ve anksiyete düzeyleri açısından benzer olduğu bulunmuştur. Bizim araştırmamızda da,

koroner bypass ve kapak ameliyatı yapılan hastaların anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Kontrol grubundaki hastaların tersine, deney grubundaki hastaların hastaneden taburcu olmadan önceki durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamaları taburcu olduktan sonra azalmıştır. Bu sonuç, koroner bypass ve kapak ameliyatı yapılan hastaları hastaneden taburcu olmadan önce gereksinimlerine yönelik bilgilendirmenin, hastaların anksiyetesini azaltmadaki etkisini göstermesi açısından önemlidir.

Tablo:20: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyattan Önce Hastalığı Hakkında Bilgi Alma Durumuna Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	HASTALIK HAKKINDA BİLGİ ALMA DURUMU	TABURCU OLMADAN ÖNCE		TABURCU OLDUKTAN SONRA	
		Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$
DENEY GRUBU	Bilgi Alan (n=10)	56.40 ± 1.29	40.80 ± 1.74	49.60 ± 2.33	40.00 ± 1.64
	Bilgi Almayan (n=25)	58.20 ± 1.84	41.20 ± 0.81	51.84 ± 1.43	40.96 ± 0.78
		p=0.510 p>0.05	p=0.569 p>0.05	p=0.370 p>0.05	P=0.340 p>0.05
KONTROL GRUBU	Bilgi Alan (n=8)	55.37 ± 1.68	39.62 ± 1.06	55.48 ± 1.66	40.00 ± 0.94
	Bilgi Almayan (n=27)	56.75 ± 2.74	42.55 ± 1.16	57.37 ± 2.27	42.62 ± 1.13
		p=0.542 p>0.05	p=0.180 p>0.05	p=0.516 p>0.05	p=0.200 p>0.05

Tablo 20’de görüldüğü gibi, deney ve kontrol grubundaki hastaların ameliyattan önce hastalıkları hakkında bilgi alma durumuna göre hastaneden taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonraki durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05).

Kureshi ve arkadaşlarının (1995) açık kalp ameliyatı olan hastaların ameliyat öncesi bilgi ve anksiyete düzeylerini incelemek amacıyla 200 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, ameliyattan önce hastalıkları hakkında bilgi alan hastaların anksiyete

düzeylerinin, bilgi almayan hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Moore (1996)'ın koroner bypass ameliyatı sonrası iyileşmeye taburculuk eğitiminin etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada da, ameliyattan önce planlı ve gereksinimlerine yönelik eğitim alan hastaların, eğitim almayan hastalara göre bilgi ve iyileşme düzeylerinin daha yüksek, anksiyete düzeylerinin ise daha düşük olduğu bulunmuştur. Bizim araştırmamızda da, ameliyattan önce hastalığı hakkında bilgi alan hastaların durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamalarının, bilgi almayan hastalara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ancak, yapılan istatistiksel değerlendirmede anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Bunun nedeninin, Tablo 2'de belirtildiği gibi, ameliyattan önce yapılan bu bilgilendirmenin planlı ve bireye özgü olmamasından, daha çok ilaç ve kontrole gelme ile ilgili tavsiye niteliği taşımasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Deney grubundaki hastalar ile kontrol grubundaki hastaların anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında da, hastaneden taburcu olduktan sonra deney grubundaki hastaların durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamalarının, kontrol grubundaki hastalara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuç, deney grubundaki hastalara hastaneden taburcu olmadan önce bireysel gereksinimlerine yönelik ve planlı olarak yapılan bilgilendirmenin, anksiyeteyi azaltmadaki etkisini vurgulamak açısından önemlidir. Bu bilgilendirilmeye, hastalar hastaneye kabul edilmeden önce başlanıp taburculuğa kadar devam edildiğinde, yapılan bilgilendirilmenin anksiyeteyi azaltmada daha etkili olabileceği söylenebilir

Tablo:21:Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Evde Bakıma Yardımcı Olacak Bireylerin Yaşı ve Eğitim Durumuna Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	EVDE BAKIMINA YARDIMCI OLACAK BİREYİN YAŞI VE EĞİTİMİ	TABURCU OLMADAN ÖNCE		TABURCU OLDUKTAN SONRA	
		Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Durumluk Sürekli $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$
DENEY GRUBU	20-39 (n=10)	56.90 ± 1.71	40.70 ± 0.88	49.60 ± 1.38	40.00 ± 0.83
	40-49 (n=9)	54.88 ± 1.92	40.66 ± 1.33	50.44 ± 1.58	40.44 ± 1.28
	50-59 (n=10)	57.30 ± 1.97	42.00 ± 1.72	51.50 ± 2.24	41.70 ± 1.63
	60 ve üstü (n=6)	59.33 ± 3.65	40.83 ± 2.37	54.50 ± 4.32	40.50 ± 2.45
		KW=0.95 p>0.05	KW=5.48 p>0.05	KW=0.80 p>0.05	KW=1.32 p>0.05
KONTROL GRUBU	20-39 (n=19)	57.36 ± 2.01	43.31 ± 1.22	57.26 ± 1.91	43.52 ± 1.17
	40-49 (n=3)	55.66 ± 6.98	39.66 ± 3.17	58.00 ± 3.05	40.33 ± 2.90
	50-59 (n=8)	51.00 ± 2.37	39.00 ± 2.21	51.87 ± 3.21	39.12 ± 2.18
	60 ve üstü (n=5)	56.80 ± 3.08	42.40 ± 2.20	56.00 ± 3.16	42.00 ± 2.09
		KW=3.30 p>0.05	KW=5.48 p>0.05	KW=2.28 p>0.05	KW=5.81 p>0.05
DENEY GRUBU	Okur-Yazar Değil (n=12)	58.50 ± 2.14	40.16 ± 1.33	52.58 ± 2.36	39.75 ± 1.29
	Okur-Yazar (n=3)	56.33 ± 2.02	39.00 ± 2.08	56.66 ± 2.33	39.66 ± 1.66
	İlköğretim (n=17)	55.82 ± 1.51	42.47 ± 1.08	49.29 ± 1.73	41.82 ± 1.06
	Lise ve üstü (n=3)	57.33 ± 2.02	39.00 ± 2.00	51.00 ± 1.00	39.00 ± 2.00
		Kw=0.83 p>0.05	Kw=5.08 p>0.05	Kw=3.32 p>0.05	Kw=3.64 p>0.05
KONTROL GRUBU	Okur-Yazar Değil (n=9)	57.28 ± 3.70	45.42 ± 2.05	56.42 ± 3.68	45.14 ± 2.01
	Okur-Yazar (n=3)	46.66 ± 2.40	34.00 ± 0.57	49.66 ± 2.33	34.66 ± 0.88
	İlköğretim (n=20)	57.65 ± 1.67	41.40 ± 1.12	57.80 ± 1.64	41.35 ± 1.10
	Lise ve üstü (n=3)	51.00 ± 3.84	44.80 ± 1.98	51.40 ± 1.11	44.80 ± 1.98
		Kw=5.96 p>0.05	Kw=12.56 p>0.05	Kw=4.45 p>0.05	Kw=11.28 p>0.05

Tablo 21’de görüldüğü gibi deney ve kontrol grubundaki hastaların evde bakımına yardımcı olacak bireylerin yaş ve eğitim durumuna göre hastaneden taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonraki durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Bu sonuç, açık kalp ameliyatı olan hastaların evde bakımına yardımcı olacak bireylerin yaş ve eğitim durumunun hastalar açısından önemli olmadığını, ancak gereksinimleri olduğunda destek alacakları birilerinin olmasının önemli olduğunu düşündürmektedir.

Gilliss ve arkadaşlarının (1993 b) yaptığı çalışmada da, açık kalp ameliyatı olan 156 hastadan %86’sının hastaneden taburcu olduktan sonra kendilerine yardımcı olacak birilerine ihtiyaç duyduklarını, bu bireylerin de yaş ve eğitim durumlarının önemli olmadığını ifade ettikleri saptanmıştır. Lindsay ve arkadaşlarının (1988) yaptığı çalışmada ise, açık kalp ameliyatı olan hastaların evde bakımına yardımcı olacak bireylerin, evde bakıma yönelik eğitilmeleri durumunda hastalara istedik düzeyde fiziksel ve ruhsal desteği sağlayacağı saptanmıştır.

Deney grubundaki hastaların hastaneden taburcu olduktan sonraki durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamalarının, taburcu olmadan öncesine göre azaldığı belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların ise, hastaneden taburcu olduktan sonraki durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamalarının, taburcu olmadan öncesine göre daha da yükseldiği saptanmıştır. Bu sonuç, deney grubundaki hastalara hastaneden taburcu olmadan önce planlı olarak yapılan bilgilendirmeye, hastanın evde bakımına yardımcı olacak bireylerin de katılmasının hastalar açısından önemli ve anksiyeteyi azaltmada etkili olduğunu göstermektedir.

Tablo:22: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Aile yada Akrabalarında Kalp Hastalığının Olmasına Göre Hastaneden Taburcu Olmadan Önce ve Taburcu Olduktan Sonraki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	AİLE- AKRABA LARDA KALP HASTALIĞI	TABURCU OLMADAN ÖNCE		TABURCU OLDUKTAN SONRA	
		Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Durumluk Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$	Sürekli Anksiyete $\bar{X} \pm Sx$
DENEY GRUBU	Var (n=14)	55.07 ± 1.62	41.07 ± 1.68	50.42 ± 2.08	40.92 ± 1.66
	Yok (n=21)	58.14 ± 1.35	41.09 ± 0.62	51.71 ± 1.51	40.52 ± 0.51
		p=0.052 p>0.05	p=0.599 p>0.05	p=0.552 p>0.05	p=0.839 p>0.05
KONTROL GRUBU	Var (n=12)	56.25 ± 2.70	41.66 ± 1.63	56.58 ± 2.54	41.66 ± 1.52
	Yok (n=23)	55.39 ± 1.69	42.00 ± 1.18	55.56 ± 1.66	42.21 ± 1.16
		p=0.741 p>0.05	p=0.794 p>0.05	p=0.754 p>0.05	p=0.688 p>0.05

Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubundaki hastaların aile-akrabalarında kalp hastalığının olup olmamasına göre hastaneden taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonraki durumluk ve sürekli anksiyete puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05).

Wright ve Arthur (1996)'un açık kalp ameliyatı olan 150 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada; aile-akrabalarında kalp hastalığı olan hastaların %60'ının, daha önce böyle bir olumsuz deneyim yaşamış olmaları nedeniyle, aile-akrabalarında kalp hastalığı olmayan hastalara göre daha fazla anksiyete yaşadıkları saptanmıştır. Bizim araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgular bu çalışmadan farklı bulunmuştur. Bu farklılığın, aile-akrabalarında kalp hastalığı olan ve olmayan hastaların açık kalp ameliyatı gibi stresli bir deneyimi ilk kez yaşıyor olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kontrol grubundaki hastaların hastaneden taburcu olduktan sonraki durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamaları, taburcu olmadan öncesine göre yükselirken, deney grubundaki hastaların hastaneden taburcu olduktan sonraki durumluk ve sürekli

anksiyete puan ortalamaları, taburcu olmadan öncesine göre düşmüştür. Bu sonuç, deney grubundaki hastalara hastaneden taburcu olmadan önce hastalığın nedenleri ve tedavisine yönelik planlı olarak yapılan bilgilendirmenin, anksiyeteyi azaltmada etkili olduğunu göstermektedir.



IX- SONUÇLAR

Bu araştırma, açık kalp ameliyatı olan hastalarda ortaya çıkabilecek taburculukla ilgili anksiyeteyi önlemeye taburculuk öncesi bilgilendirmenin etkili olup olmadığını değerlendirmek amacıyla, tanımlayıcı ve yarı deneysel olarak yapılmıştır. Bu araştırmada bulguların incelenmesi sonucu aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

1. Araştırma kapsamına alınan hastaların %68.6'sı erkek, %71.4'ü 50 ve üzeri yaş grubunda, %62.9'u ilköğretim mezunu, %30'u ev hanımı, %91.4'ü evli ve bir ve daha fazla sayıda çocuk sahibidir (Tablo 1).
2. Hastaların %70'inin daha önce hastaneye yatma deneyimi olup, hastaneye yatma deneyimi olan hastaların da %63.3'ü cerrahi bir operasyon nedeniyle hastaneye yatmışlardır. Hastaların %62.9'unun 2 yıl ve daha uzun süreden beri KAH ve kalp kapağı hastalıklarına yönelik şikayetleri vardır ve ameliyattan önce bu şikayetlere yönelik tıbbi tedavi almışlardır (Tablo 2).
3. Araştırmaya katılan hastaların tamamının (%100) evde bakımına yardımcı olacak birisi vardır ve bunların %82.9'u hastaların birinci derecede yakınıdır. Hastaların evde bakımına yardımcı olacak bireylerin çoğunluğu 20-50 yaş grubunda (%58.5) ve ilköğretim mezunudur (%52.9) (Tablo3).
4. Deney grubundaki hastalara, hastaneden taburcu olmadan önce yapılan planlı bilgilendirmenin, hastalarda bilgiyi artırdığı belirlenmiş, yapılan istatistiksel değerlendirmede de kontrol grubu ile deney grubunun bilgi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4).
5. Araştırma kapsamına alınan tüm hastaların, taburculuk öncesi anksiyete puan ortalamaları yüksek olup, planlı bilgilendirme sonrasında deney grubundaki hastaların anksiyete puan ortalamalarının, bilgilendirme öncesine göre azaldığı ve deney grubundaki hastaların, kontrol grubundaki hastalara göre daha az anksiyete yaşadığı saptanmıştır (Tablo 5a, 5b).

6. Araştırma kapsamına alınan kadınların, 20-39 yaş grubundaki hastaların, işçi ve ev hanımı olarak çalışan hastaların anksiyete puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte yüksek bulunmuştur (Tablo 6, 7, 10).
7. Hastaların yaşadıkları yer, eğitim ve maddi durumlarının anksiyete üzerine etkili olmadığı belirlenmiş olup, anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 8, 11, 14).
8. Araştırmaya katılan evli hastaların anksiyete puan ortalamaları bekar hastalara göre daha düşük bulunurken, evli hastaların sahip olduğu çocuk sayısı ile anksiyete arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 9, 13).
9. Sosyal güvencesi olmayan hastaların, sosyal güvencesi olan hastalara göre, anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, sosyal güvencesi olmayan hastaların bilgilendirilmediği durumlarda anksiyete puan ortalamalarının daha da yükseldiği saptanmıştır (Tablo 12).
10. Sigara-alkol kullanma alışkanlığı olan hastaların, alışkanlığı olmayan hastalara göre anksiyete puan ortalamaları daha yüksek olduğu, sigara-alkol kullanma alışkanlığı olan hastaların bilgilendirilmesi durumunda, çoğunluğunun (% 89.3) bu alışkanlıklarını bıraktıkları belirlenmiştir (Tablo 15).
11. Daha önce hastaneye yatma deneyimi ile ameliyattan önce tıbbi tedavi alma durumunun anksiyete üzerine etkili olmadığı, anksiyete puan ortalamaları arasındaki farkın da istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur (Tablo 16, 18).
12. Ameliyat öncesi dönemde, hastalığa bağlı yakınmaları yaşama süresi ve hastalara uygulanan ameliyat türünün anksiyete üzerinde etkili olmadığı, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur (Tablo 17, 19).
13. Ameliyat öncesi dönemde hastalıkları hakkında bilgi alan hastaların, bilgi almayan hastalara göre anksiyete puan ortalamalarının daha düşük olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 20).

14. Hastaların, evde bakımına yardımcı olacak bireylerin yaş ve eğitim durumuna göre anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir (Tablo 21).
15. Hastaların aile-akrabalarında kalp hastalığının olması ile anksiyete arasında etkili bir ilişki olmadığı görülmüş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 22).



X- ÖNERİLER

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar dikkate alınarak şu öneriler getirilmiştir:

1. Açık kalp ameliyatı olan hastalarla çalışan hemşirelere, bu hastaların anksiyete düzeyini değerlendirme ve anksiyete ile baş etme yollarını etkin olarak kullanabilme konusunda duyarlılık kazandırılması,
2. Açık kalp ameliyatı olan kadınlar, genç hastalar, bekar hastalar ve sosyal güvencesi olmayan hastalar gibi taburculuk anksiyetesini daha yoğun yaşayan hastalara daha duyarlı bir hemşirelik bakımı verilmesi konusunda hemşirelere açıklama yapılması,
3. Açık kalp ameliyatı olan hastaların taburculuk öncesi anksiyetesini azaltmaya yönelik, hemşirelerin bilgi ve becerilerini destekleyecek hizmet içi eğitim programlarının planlanması,
4. Hemşirelerin, açık kalp ameliyatı olan hastaların evde bakımlarına yönelik planlı öğretim yapabilmesi için, hastane başhemşireliği ile işbirliği yapılarak bakım protokolü oluşturulması,
5. Hemşirelerin, açık kalp ameliyatı olan hastaların bireysel gereksinimlerine yönelik planlı öğretim yapması ve yapılan öğretileri görsel ve işitsel eğitim materyalleri ile (kitapçık, broşür, maketler, video gösterileri gibi) desteklemesi ve araştırmacının hazırladığı kitapçığı çoğaltarak Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi kliniğinde açık kalp ameliyatı olarak yatan tüm hastalara vermesi,
6. Hastaların bütüncül eğitim gereksinimlerine yönelik, planlı öğretime aile üyelerinin de katılması,
7. Hemşirelerin, açık kalp ameliyatı olan ve eve dönen hastaların danışmanlık ve bilgi alma ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde, kurum bazında danışma hattı ve ev ziyareti yapabilmesine olanak veren düzenlemelerin yapılması,
8. Açık kalp ameliyatı olan hastalara yapılan bilgilendirmenin, evde hastalık komplikasyonları ile baş etme durumlarını inceleyen ileri araştırmaların yapılması.

XI. ÖZET

Açık kalp ameliyatı yapılan hastaların, ağırlıklı olarak fiziksel bakımları ile ilgilenilmesi, hastaların psikolojik açıdan değerlendirilmemesi ve planlı bir taburculuk eğitimi yapılmaması, hastaların anksiyete yaşamalarına neden olmaktadır (Moore 1996, Goodman 1997, Torres 1998). Anksiyete, açık kalp ameliyatı olan hastalarda kalp yükünün, ameliyat sonrası kan basıncı ve kalp atım sayısının artmasına ve aritmi gibi kardiyak sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bununla birlikte, açık kalp ameliyatı olan hastaların anksiyete düzeyinin artması, hastaların algılama, konsantre olma, uyum ve öğrenme yetisinde de bozukluklara neden olmaktadır (Grady ve ark 1988, Miller ve ark 1990, Özkan 1993, Bezci 1997). Bu araştırma, açık kalp ameliyatı olan hastalarda ortaya çıkabilecek taburculukla ilgili anksiyeteyi önlemeye taburculuk öncesi bilgilendirmenin etkili olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini, 15 Aralık 1999-15 Ekim 2000 tarihleri arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesi Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği ve Kalp Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesinde “açık kalp ameliyatı olarak” yatan ve araştırma sınırlılıkları dışında kalan 35’i deney, 35’i kontrol olmak üzere 70 hasta oluşturmuştur. Araştırmada veriler araştırmacı tarafından, hemşirelik literatüründen yararlanılarak hazırlanan iki soru formu ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği aracılığı ile toplanmıştır. Deney grubundaki hastalara ve hastaların evde bakımına yardımcı olacak bireylere hastaneden taburcu olmadan önce araştırmacı tarafından planlı bilgilendirme yapılmıştır. Kontrol grubundaki hastalara ise araştırmacı tarafından bilgilendirme yapılmamış, bu hastalar servis rutinlerindeki bakım ve hizmeti almışlar ve elde edilen bulgular yönünden her iki grup karşılaştırılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde; iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Mann Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi ve Ki-kare testi kullanılmıştır.

Bu araştırmada, deney grubundaki hastalara yapılan planlı bilgilendirmenin, bilgi artışı üzerine etkili olduğu belirlenmiştir. Taburculuk öncesi anksiyete puanı tüm hastalar için yüksek olup, planlı bilgilendirme sonunda, deney grubundaki hastaların anksiyete puanının hem bilgilendirme öncesine göre, hem de kontrol grubundaki hastalara göre azaldığı saptanmıştır ($p<0.05$). Ayrıca, açık kalp ameliyatı olan hastaların

anksiyete puan ortalamaları üzerine, cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek ve sosyal güvenceye sahip olma durumunun etkili olduğu, hastaların yaşadıkları yer, eğitim ve maddi durumlarının ise etkili olmadığı bulunmuştur.

Araştırma sonuçlarına göre, hemşirelerin; açık kalp ameliyatı olarak yatan hastaların taburculuk öncesi anksiyetesini değerlendirmeleri, anksiyeteyi etkileyen faktörleri dikkate alarak bakım vermeleri, hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra evde kendi bakımlarını sürdürebilmeleri için planlı öğretim yapmaları, yapılan planlı öğretilmi görsel ve işitsel eğitim materyalleri ile desteklemeleri, açık kalp ameliyatı olan hastaların evde bakımları ile ilgili hazırlanan kitapçığı çoğaltarak tüm hastalara vermeleri önerilmiştir.

SUMMARY

Since the patients who underwent open-heart operation were only focused intensively for physical treatment but not evaluated psychologically and not received a planned training for discharge, they were caused to experience anxiety. (Moore 1996, Goodman 1997, Torres 1998) Anxiety, in patients with open-heart operation, causes an increase in the number of heart beating, heart-load and post operative blood pressure and causes some cardiac problems to emerge like arrhythmia. In addition to this, an increase in the anxiety level of patients with open-heart operation causes corruption in patients' perceptions, concentration, adaptation and learning capabilities. (Grady et al. 1998, Miller et al. 1990, Özkan 1993, Bezci 1997) This research was made to evaluate the efficiency of pre-discharge information, which is aimed to prevent the emergence of discharge related anxiety that can happen in patients who underwent open-heart operation.

The sample of the research consists 70, 35 sample and 35 control group, patients who stayed out of research extensions and are bedded after open-heart operations in Erciyes University Medical School Gevher Nesibe Hospital Thoracic and Cardiovascular Surgery Clinic and Heart Surgery Intensive Care Unit between 15 December 1999-15 October 2000. In the research, the data is collected through two inquiry forms prepared relying on the literature of nursery and by means of Status-Trait Anxiety Inventory. The patients in the sample group and individuals who will provide care for them at home were given a planned education before discharge by researcher. The patients in the control group were not informed by the researcher, they only received care and service of the service routines and the two groups are compared related to the findings.

In the evaluation of the data the significance test on the difference between the two means, Mann Whitney U Test, Kruscal-Wallis Test and Khi-kare Test are used.

In this research, it is determined that the planned information of patients in the sample group is effective on the increase of information point. Pre-discharge anxiety point is high for all patients, but after planned information, it is found that anxiety point of patients in the sample group decreased as compared to both pre-information state and control group. ($p < 0,05$) Additionally, it is found that, on the average of anxiety points of patients who underwent open-heart operations sex, age, civil status, occupation and state

of social security are effective but patients' living environments, education and economic positions are not effective.

According to research results, it is suggested that, nurses should; evaluate pre-discharge anxiety in patients with open-heart operations, treat them considering factors effecting anxiety, give planned education to patients to continue their self-care at home after discharge, support the education with audio-visual materials, and by copying the brochure prepared for home care of patients who underwent open-heart operation, distribute it to all patients.



XII-KAYNAKLAR

1. Acuff TE, Ryan WH, Douthit MB ve ark (1994) Aortic valve replacement determinants of operative mortality: **Ann Thorac Surgeon**, 57: 1140-1146
2. Aksoy G ve ark (1995) Koroner arter bypass cerrahisi sonrası işe geri dönüş üzerine hasta algılamasının etkisi. **IV. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitapçığı**. Ankara. s. 59-60.
3. Alkın T (1997 a) Yaygın anksiyete bozukluğu: **Psikiyatri Dünyası**, 1(1): 33-39
4. Alkın T (1997 b) Yaygın Anksiyete Bozukluğu: **Psikiyatri Temel Kitabı**, Güleç C, Köroğlu E (Ed), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, Cilt I,s.517-525
5. Alpar ŞE, Karabacak Ü, Gülseven B (1997) Hastanın hastaneden taburcu edilmesinde hemşirenin rolünün değerlendirilmesine ilişkin bir çalışma: **Şişli Etfal Hastanesi Hemşirelik Dergisi**, 1 (3-4): 83-88
6. Anderson RP, Guyton SW, Paull DL ve ark (1993) Selection of patients for same-day coronary bypass operations: **The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery**, 105 (3): 444-452
7. Atay Y, Posacıoğlu H, Bakalın T ve ark (1997) Kardiyak cerrahi sonrası gelişen gastrointestinal komplikasyonlar: **Göğüs Kalp ve Damar Cerrahi Dergisi**, 5(5): 336-342
8. Aytaç A (1993) **Medikal Magazin Kardiovasküler Özel Sayısı**: 89, İstanbul.
9. Badger JM (1994) Calming the anxious patient: **AJN**, 94 (5): 46-50.
10. Bailey DA, Mion, JC (1997) Improving care givers' satisfaction with information received during hospitalization: **JONA**, 27(1):21-27
11. Başoğlu M (1990) Anksiyete hastalıkları, panik ve fobiler yeni gelişmeler ve güncel konular: **Türk Psikiyatri Dergisi**, 1(1):8-16

12. Barnason S, Zimmerman L (1995) A comparison of patient teaching outcomes among postoperative coronary artery bypass graft patients: **Progress in Cardiovascular Nursing**, 10 (4): 11-20
13. Beddows J (1997) Alleviating pre-operative anxiety in patients: **Nursing Standard**, 11 (37): 35-38
14. Bezci M (1997) Kardiyovasküler hastalıklar ve psikiyatri: **Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları**, 2(1): 47-55
15. Reigle J, Ringel KA (1993): Nursing Care of With Disorders of Cardiac Function: **Medical Surgical Nursing**, Black JM, Jacobs EM (Ed), London, W.B. Saunders Company, s.1139-1211, s.43-59
16. Borman JB, Pecker A, Lavi A ve ark (1996) Early experience with the sorin bileaflet prosthetic valve: **The Journal of Cardiovascular Surgery**, 37(6): 43-47
17. Braunward E (Eds) (1997) **Heart Disease**. 5 th Edition, W.B. Saunders Company, s.1705-1715
18. Brett JL, Bueno M, Royal N ve ark (1997) Integrating utilization management into the outcomes manager role: **JONA**, 27(2): 37-45
19. Brown DS (1995) Hospital discharge preparation homework bound elderly: **Clinical Nursing Research**, 4 (2): 181-194
20. Capuona TA, Barber R, Sullivan K (1997) Bridging the care continuum for open heart surgery patients: **Nursing Management**, 28 (2): 322-324
21. Carr S, Murray R, Harrington Z ve ark (1998) Discharge residents satisfaction with transitional housing for the homeless: **Journal of Psychosocial Nursing**, 36: 27-33
22. Cave L (1989) Follow-up phone calls after discharge. **American Journal of Nursing**, 89(7): 942-943

23. Cupples SA (1991) Effects of timing and reinforcement of preoperative education on knowledge and recovery of patients having coronary artery bypass graft surgery: **Heart and Lung**, 20(6): 654-660
24. Çağatay G, Soydan İ (Eds) (1997) **Klinik Kardiyoloji**. 1. Baskı, İzmir, Saray Medikal Yayıncılık, s. 99-103, s. 144-148
25. Çevik A (1993) Yaygın anksiyete bozukluğunun kliniği. **II. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu**. Sivas. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Basımevi. s. 25-34
26. Doğan S, Doğan O (1992) Hemodiyalize giren hastalarda depresyon, anksiyete ve aile ilişkilerinin değerlendirilmesi. **III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı**. Sivas. Esnaf Ofset Matbaacılık, s.495-501.
27. Doğan O (1993) ICD-10 ve Anksiyete bozuklukları. **II. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu**. Sivas. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Basımevi. s.1-4
28. Duits AA, Boeke S, Taams MA ve ark (1997) Prediction of Quality of life after coronary artery bypass graft surgery: **Psychosomatic Medicine**, 59 (3): 257-268
29. Edmunds LH, Clark RE, Chon LH ve ark (1996) Surgery for acquired heart disease: **The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery**, 112(3): 708-711
30. Edmunds LH (Eds) (1997) **Cardiac Surgery in the Adult**. New York, Healt Professions Division, s.619-624
31. Esen A, Akyol A, Ergün FŞ (1997) Klinik hemşireliğinin eğitici rollerinin etkinliği. **V. Ulusal Hemşirelik Sempozyumu Kitabı**. Kıbrıs. s. 405-409
32. Gardner FV, Worwood EV (1997) Psychological effects of cardiac surgery: **Journal of The Royal Society of Health**, 117(4): 245-249
33. Gilliss CL, Neuhaus JM, Hauck WW (1990 a) İmproving family functioning after cardiac surgery: **Heart and Lung**, 19 (6): 648-654
34. Gilliss CL, Gortner SR, Hauck WW ve ark (1993 b) A randomized clinical trial of nursing care for recovery from cardiac surgery: **Heart and Lung**, 22(2): 125-133

35. Goodman H (1997) Patients perceptions of their education needs in the first six weeks following discharge after cardiac surgery: **Journal of Advanced Nursing**, 25: 1241-1251
36. Grady KL, Buckley DJ, Cisar NS ve ark (1998) Patient perception of cardiovascular surgical patient education: **Heart and Lung**, 17(4): 349-354
37. Gortner SR, Jenkins LS (1990) Self – efficacy and actiulty level fallowing cardiac surgery: **Journal of Advenced Nursing**, 15: 1132 – 1138
38. Gök H (1996) **Klinik Kardiyoloji:İskemik Kalp Hastalıkları**, Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, s.97
39. Guyton A, Hall J (1996) **Tıbbi Fizyoloji**. Çeviri Editörü H Çavuşoğlu, İstanbul, 9. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, s. 256-263
40. Gülseren Ş (1997) Psikiyatri ve cerrahi: **Ege Psikiyatri Süreli Yayınları**, 2(2): 245-257
41. Harkness GA, Dinçher JR (1999) **Medical Surgical Nursing: Oxygenayion and circulation problems**, New York, Mosby, st Lovis, s.625-695
42. Heper C (Eds) (2000) **Kardiyoloji**. Birinci baskı, İstanbul, Alfa basım, s. 233-248
43. Huerta V (1998) Preparing patient for early discharge after CABG: **AJN**, 98(5): 49-51
44. Jenkins CD, Stanton BA, Savageau JA ve ark (1983) Coronary artery bypass surgery, physical, psychological, social and economic outcames six months later: **JAMA**, 250. 782-788
45. Kadayıfçı A, Karaaslan Y (Eds) (1998) **İç Hastalıkları El Kitabı**. Ankara, Hekimler Yayın Birliği
46. Karp RB (1982) Mitral valve replacement and coronary artery bypass grafting: **The Society of Thoracic Surgeon**, 25: 480-481
47. Keeffe B, Gilliss CL (1988) Family care in the coronary care unit: **Heart and Lung**, 17(2): 191-198

48. King KB, Parrinello KA (1988) Patient perceptions of recovery from coronary artery bypass grafting after discharge from the hospital: **Heart and Lung**, 17(6): 708-714
49. Koca A (1998) Açık Kalp Ameliyatı Öncesi Hasta Eritiminin Anksiyete Düzeyine Etkisi. **Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi**, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
50. Kupper N, Duke E (1996) **Medical Surgical Nursing: Valvular Heart Disease**. Ed. 4, s.1025-1035
51. Kureshi J, Rocke AD, Tariq AO (1995) Perioperative knowledge and anxiety score of patients undergoing surgery: **Middle East Journal of Anesthesiology**, 13 (3): 325-333
52. Küey L, Özmen E, Demet M ve ark (1996) Depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarının karşılaştırılmalı fenomenolojisi: **Türk Psikiyatri Dergisi**, 7(3):169-175
53. Griego L, Fancher MA (1996) Coronary Arter Disease: **Medical Surgical Nursing**, Lewis BM, Collier IC, Heitkemper MM (Ed), New York, Third Edition, Toronto Mosby, s.. 884-894.
54. Lindsay P, Sherrard H, Bickerton L ve ark (1997) Educational and support needs of patients and their families awaiting cardiac surgery: **Heart and Lung**, 26 (6): 458-465.
55. Majima T, Sato R (1994) A study of factors of anxiety and nursing intervention among cardiac surgical patients: **Journal of Japan Academy of Nursing Science**, 14(1): 11-18
56. McFarland GK, Thomes MD (1991) **Psychiatric Mental Health Nursing: J.B. Lipincott Company**, s. 147-148.
57. Miller SP, Wikoff R, McMahon M ve ark (1990) Physical and psychosocial outcomes after CABG surgery: **Heart and Lung**, 19(1): 55-61
58. Moore SM (1996) The effect of discharge information intervention on recovery outcomes following coronary artery bypass surgery: **Int J.Nurs. Stud**, 3(2):181-189
59. Mueller XM, Tevaearai HT, Stumpe F ve ark (1998) Long-term result of mitral-aortic valve operations: **The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery**, 115(6): 1298-1309

60. Murray PJ (1989) Rehabilitation information and health beliefs in the post-coronary patient: **Journal of Advanced Nursing**, 14: 686-693
61. Onat A, Avcı GŞ, Soydan İ ve ark (1996) **Tekharf: Erişkinlerimizde kalp hastalıkları prevalansı, yeni koroner olaylar ve kalpten ölüm sıklığı**, Karakter Color Matbaası, ss:15-24
62. Öner N ve LeCompte A (1985) **Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı**. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası
63. Örer A, Oto Ö (1999) Dünden bugüne kalp cerrahisi: **Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Dergisi**, 7(3): 153-160
64. Özbay H, Göka E, Kılıç EZ (1993) **Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği: Anksiyete Bozuklukları**, Ankara, Somgür Yayıncılık, s.52-53
65. Özcan N (1997) **Koroner Kalp Hastalıkları: Ankara, Gülhane Askeri Tıp Akademisi**.
66. Özgen AG (1999) **Kalp Cerrahisi: Diyarbakır, Dicle Üniversitesi Basımevi**, s. 274
67. Özhan N, Doğar N (1992) Koroner bypass ameliyatı geçiren hastaların sigara içme konusundaki düşünceleri. **III Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı**. Sivas. Esnaf Ofset Matbaacılık. s.546-552.
68. Özkan S (1993) **Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi**, İstanbul, Roche Müstehzarları Sanayi. s.175
69. Öztürk O (1989) **Psikanaliz ve Psikoterapi: 2. Baskı**, İstanbul, s. 57-59
70. Potter PA, Perry AG (1993) **Fundamentals of Nursing: Health and İllness**, New York, Third Edition, St. Lovis, Mosby-Year Book, s. 38-53
71. Prodeser BK, Brody GK, Eigenbauer E ve ark (1998) Long-Term results of heart valve replacement with edwards duramedics bileoflet prosthesis: **The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery**, 115(5): 1121-1129

72. Ruiz BA, Dibble SL, Gilliss CL ve ark (1992) Predictors of general activity 8 week after cardiac surgery: **Applied Nursing Research**, 5(2): 59-65
73. Sabiston DC, Spencer FC (1996) **Göğüs Cerrahisi II** Çeviren M Dikmengil, İstanbul, Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, s. 865
74. Sabourin CB, Funk M (1999) Readmission of patients after coronary artery bypass graft surgery: **Heart and Lung**, 28(4): 243-250
75. Sims A, Snaith P (1988) **Anxiety in Clinical Practice**, John Wiley and Sons, New York, A Wilery Medical Publication, s. 59-64
76. Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K (1998) **Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri**, Ankara, Hatipoğlu Yayınevi.
77. Sürmeli A (1997) Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış: **Psikiyatri Temel Kitabı**, Güleç C, Köroğlu E (Ed),Ankara, Hekimler Yayın Birliği, Cilt I, s.449-459
78. Strauss B, Poulsen G, Strange H ve ark (1992) Preoperative and late postperative psychosocial state following coronary artery bypass surgery: **Thoracic and cardiovascular surgeon**, 40 (2):59-6
79. Şahin AR (1993) Anksiyete bozukluklarının etiyojisi. **II. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu**. Sivas. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Basımevi. s.25-34
80. Tack BB, Gilliss CL (1990) Nurse-monitored cardiac recovery: **Heart and Lung**, 19 (5): 491-499.
81. Thompson JM ve ark (1993) **Clinical Nursing**, Cardiovascular System. Third Edition, Mosby-Year Book, s.3-38
82. Timberlake N, Klinger L, Smith P ve ark (1997) Incidence and patterns of depression following coronary artery bypass graft surgery: **Journal of Psychosomatic Research**, 43 (2): 197-207
83. Torres VH (1998) Preparing patients for early discharge after CABG:**AJN**, 98(5): 49-51

84. Ülker S (Eds) (1995) **Hemşirelikte Etkinliğe Doğru Eylem**. Ankara, Aydoğdu Ofset, s. 15-19.
85. Williams OA (1993) Patient knowledge of operative care: **Journal of The Royal Society of Medicine**, 86 (6): 328-331.
86. Wright D, Arthur H (1996) An analysis of the impact of a management system on patient waiting for cardiac surgery: **Canadian Journal of Cardiovascular Nursing**, 7(1):5-9
87. Wise MG, Rundell JR (1997) **Konsültasyon Psikiyatrisi Çeviren Tüzer TT, Tüzer V**, Ankara, Damla Matbaası, s.59-66
88. Wittchen H (1998) Recognition and management of anxiety syndomes: **The British Journal Of Psychiatry**, 174(1):708-714
89. Yarcheski A, Practor TF, Oriscello RG ve ark (1998) Moderators of the relationship between trait anxiety and information: **Clinical Nursing Research**, 7(1): 29-46
90. Zor ve ark (1998) **Yataklı Tedavi Kurumlar İstatistik Yıllığı 1997**: Ankara, Bizim büro basımevi, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
91. Zyzanski SJ, Stanton BA, Jenkins CD ve ark (1997) Medical and psychosocial outcames in surviours of majör heart surgery: **Journal of Psychosomatic Research**, 23: 213-221
92. _____ **MI Klübü Eğitim Toplantı Raporu** (1998) Kayseri Ticaret Odası, Kayseri.
93. _____ **Türkiye İstatistik Yıllığı** (1998), T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü.

EKLER



EK-I

HASTA TANITIM FORMU

Adı-Soyadı

Ameliyat tarihi:

Ameliyat tipi:

Protokol No:

1). Cinsiyetiniz?

1) Erkek 2) Kadın

2). Yaşınız?

1) 20-29 2) 30-39 3) 40-49

4) 50-59 5) 60 Yaş ve üstü

3). Eğitim durumunuz?

1) Okur-yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlköğretim 5) Lise ve üstü

4). Medeni Durumunuz?

1) Evli 2) Bekar 4) Dul veya Boşanmış

5). Mesleğiniz?

1) Ev hanım 2) İşçi 3) Memur

4) Esnaf/Serbest meslek 5) Emekli 6) Diğer

6). Sizce maddi durumunuz nasıl?

1) Düşük 2) Orta 3) İyi 4) Yüksek

7). Sosyal güvenceniz var mı?

1) Var 2) Yok

8). Sosyal güvenceniz varsa hangisi?

1) Sigorta 2) Emekli-sandığı 3) Bağ-kur 4) Hiçbiri

9): Kaç çocuğunuz var?

- 1) ocuksz 2) 1-2 ocuk 3) 3-4 ocuk 4) 5 ocuk ve st

10). Nerede yaşıyorsunuz?

- 1) Kayseri Şehir merkezi 2) Kayseri ilçe veya köy
3) Kayseri dıŐı merkezi 4) Kayseri dıŐı ilçe veya köy

11). Sigara-alkol kullanma alışkanlığınız var mı?

- 1) Var 2) Yok

12). (11. Sorunun cevabı var ise) hangisi yada hangilerini kullanıyorsunuz?

- 1) Sigara 2) Alkol 3) Sigara, alkol

13). Daha önce hastaneye yatma deneyiminiz var mı?

- 1) Var 2) Yok

14). (13. Sorunun cevabı var ise) Hangi nedenlerden dolayı hastaneye yattınız?

–

15). Hastalığınızla ilgili Őikayetleriniz ne zamandan beri var?

- 1) Son 12 ay 2) 2-4 yıl 3) 5-7 yıl 4) 8 yıl ve st

16). Ameliyattan önce tıbbi tedavi aldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

17). Daha önce hastalığınız hakkında bilgi aldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

18). (17. Sorunun cevabı evet ise) Kimlerden aldınız?

- 1) Doktor 2) Hemşire 3) Medya
4) Doktor-Medya 5) Hemşire-Medya 6) Doktor-Hemşire-Medya

19). (17. Sorunun cevabı evet ise) Size ne tür bilgiler verildi?

-

-

20). Taburcu olduktan sonra bakımınıza yardımcı olacak birisi var mı?

1) Evet 2) Hayır

21). (20. Sorunun cevabı evet ise) Bakımınıza yardımcı olacak kişinin yakınlığı?

-

22). Bakımınıza yardımcı olacak kişinin yaşı?

1) 20-29 2) 30-39 3) 40-49

4) 50-59 5) 60 yaş ve üstü

23). Bakımınıza yardımcı olacak kişinin eğitimi nedir?

1) Okur-yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlköğretim 5) Lise ve üstü

24). Aile yada akrabalarınızda başka kalp hastalığı olan var mı?

1) Var 2) Yok

25). (24. Sorunun cevabı var ise) Kimlerde var?

-

-

-

EK-II

HASTA BİLGİ FORMU

1. Sizce kalbin vücudumuzdaki yeri neresidir? Açıklar mısınız?
-
-
2. Sizce kalbin yapısı nasıldır? Açıklar mısınız?
-
-
-
3. Sizce kalbin vücudumuzdaki görevleri nelerdir? Açıklar mısınız?
-
-
4. Sizce kalp hastalıklarının oluşmasına neden olan durumlar nelerdir? Açıklar mısınız?
-
-
-
-
5. Sizce kalp hastalıklarının belirtileri nelerdir? Açıklar mısınız?
-
-
-
-
6. Size nasıl bir ameliyat yapıldığını açıkla mısınız?
-
-
-
7. Sizce taburcu olduktan sonra ameliyatınızla ilgili ne gibi sorunlar gelişebilir? Açıklar mısınız?
-
-
-
8. Gelişebilecek bu sorunları önlemek için neler yapabilirsiniz? Açıklar mısınız?
-
-
-
-
-

9. Sizce ameliyat bölgenizde hangi belirtiler olduğunda doktora başvurmanız gerekiyor? Açıklar mısınız?

- -
- -

10. Sizce ameliyat bölgenizde ağrı olmaması için nelere dikkat etmeniz gerekiyor? Açıklar mısınız?

-
-
-

11. Eğer ağrınız olursa ne yapmayı düşünüyorsunuz? Açıklar mısınız?

-
-
-

12. Evde solunum hareketlerini nasıl uygulayacağınızı biliyor musunuz? Açıklar mısınız?

-
-
-

13. Evde öksürme hareketlerini nasıl uygulayacağınızı biliyor musunuz? Açıklar mısınız?

-
-
-
-

14. Evde boyun, el, ayak ve bacak hareketlerini nasıl uygulayacağınızı biliyor musunuz? Açıklar mısınız?

-
-
-

15. Sizce evde yapabileceğiniz işler nelerdir? Açıklar mısınız?

- -
- -
- -

16. Sizce evde yapmamanız gereken işler nelerdir? Açıklar mısınız?

- -
- -

17. Hastaneden taburcu olduktan sonra ne zaman banyo yapacağınızı biliyor musunuz? Açıklar mısınız?

- -

18. Sizce evde banyo yaparken dikkat etmeniz gereken durumlar nelerdir? Açıklar mısınız?

-

-

-

19. Sizce diyetinizde dikkat etmeniz gereken durumlar nelerdir? Açıklar mısınız?

-

-

-

-

-

-

20. Sizce olması gereken kilonuz kaç olmalı? Neden? Açıklar mısınız?

-

-

21. Evde kullanacağınız ilaçların adlarını söyler misiniz?

-

-

-

-

-

-

22. Evde kullanacağınız ilaçların etkilerini söyler misiniz?

-

-

-

-

-

-

23. Kullanacağınız ilaçların yan etkilerini söyler misiniz?

-

-

-

-

-

-

24. İlaçlarınızı nasıl kullanacağınızı açıklar mısınız?

-

-

-

-

-

-

25. Sizce kalp ameliyatından sonra düzenli uyumak gerekli midir? Açıklar mısınız?

-

-

26. Sizce ameliyat sonrası cinsel yaşamınızda değişiklikler yapmanız gerekiyor mu?

Açıklar mısınız?

-

-

-

27. Sizce ameliyat sonrası sosyal yaşamınızda değişiklikler yapmanız gerekiyor mu?

Açıklar mısınız?

-

-

-

-

28. Sizce ameliyat sonrası işinizle ilgili ne tür düzenlemeler yapmanız gerekiyor? Açıklar mısınız?

-
-

29. Ameliyattan sonra araba kullanmanız ya da yolculuk yapmanız gerekiyorsa, nelere dikkat etmelisiniz? Açıklar mısınız?

-
-

30. (Koroner arter by-pass ameliyatı olan hastalara sorulacak) Sizce taburcu olduktan sonra varis çorabı giymeniz gerekiyor mu? Açıklar mısınız?

-
-

31. (Koroner arter by-pass ameliyatı olan hastalara sorulacak) Sizce varis çorabını nasıl kullanmanız gerekiyor? Açıklar mısınız?

-
-

32. Eğer kullanıyorsanız sigara, alkol gibi alışkanlıklarınızda ne gibi değişiklikler yapmanız gerekiyor? Açıklar mısınız?

-
-

33. Sizce taburcu olduktan sonra neden kontrole gelmeniz gerekiyor? Açıklar mısınız?

-
-

34. Taburcu olduktan sonra kontrole gelmeniz gereken zamanları biliyor musunuz? Söyler misiniz?

-
-
-

HASTA BİLGİ FORMU CEVAP LİSTESİ

(Kaynaklar: 1,2,6,7,15,17,24,30,35,38,39,41,45,50,53,65,66,72)

1. 1) Kalp, göğüs kafesimizin içerisinde iki akciğerin ortasında sola doğru yerleşmiştir.
2) Kalp, önde göğüs kemiğimiz ve kaburgalarımız, arkada omurgalarımızın arasına yerleşmiştir.

Bilmiyorsa 0 puan, 1 tanesini biliyorsa 1 puan, 2 tanesini biliyorsa 2 puan.

2. 1) Kalp kaslardan yapılmış dört boşluktan oluşan bir organdır.
2) Kalbin iki üst bölümü (kulakcıkları) iki alt bölümü (karıncıkları) vardır.
3) Kalbin dört kapakçığı vardır.
4) Kalp kası ana atar damardan çıkan ve koroner arter ismini alan damarlarla beslenir.

Bilmiyorsa 0 puan, 2 tanesini biliyorsa 1 puan, 3 ya da 4 tanesini biliyorsa 2 puan.

3. 1) Temiz (oksijenlenmiş) kanı atardamarlar aracılığı ile vücudumuza pompalamak.
2) Kirli kanı toplardamar aracılığı ile toplayarak yeniden temizlemek üzere akciğerlerimize pompalamak.

Bilmiyorsa 0 puan, 1 tanesini biliyorsa 1 puan, 2 tanesini biliyorsa 2 puan.

4. 1) Sigara
2) Yüksek tansiyon
3) Şişmanlık
4) Ailede kalp hastalığının olması
5) Hareketsizlik
6) Gerilim-sinirlilik
7) Hayvansal yağları fazla yeme
8) Kolesterol zengin besinleri fazla yeme

Bilmiyorsa 0 puan, 3 tanesini biliyorsa 1 puan, 4 ya da daha fazlasını biliyorsa 2 puan.

5. 1) Göğüs ağrısı
2) Nefes darlığı
3) Yorgunluk
4) Çarpıntı
5) Baygınlık
6) Hareket kısıtlılığı
7) Vücudun su toplaması ya da ayak bileklerinde şişlik

Bilmiyorsa 0 puan, 3 tanesini biliyorsa 1 puan, 4 ya da daha fazlasını biliyorsa 2 puan

6. 1) Açık kalp ameliyatı yapıldı 2) Tıkalı olan kalp damarım başka bir damarla değiştirildi.
3) Kalp kapağım tamir edildi ya da değiştirildi.

Bilmiyorsa 0 puan, yalnızca 1. seçeneği biliyorsa 1 puan, 2. ya da 3. Seçenekten herhangi birini biliyorsa 2 puan.

7. 1) Kanama
2) Fazla kanamaya bağlı Çok
3) Böbrek yetmezliği
4) Ameliyat yerimizin iltihaplanması
5) Ameliyat dikiŐlerimizin açılması
6) Kalbimizin içinde iltihap gelişmesi
7) Beynimize ve vücudumuzun diğer bölgesine pıhtı atılması
8) Solunum yetmezliği

Bilmiyorsa 0 puan, 3 tanesini biliyorsa 1 puan, 4 ya da daha fazlasını biliyorsa 2 puan.

8. 1) Kulanmamız gereken ilaçları uygun doz ve zamanda almalıyız.
2) Herhangi bir kanama (burundan, ağızdan, dıŐkı yapılan yerden kan gelmesi ve adet kanamasının artması) durumunda doktora baŐvurmalıyız.
3) Ameliyat bölgemizi kızarıklık, akıntı, Şişlik, dikişlerin açılması yönünden kontrol etmeliyiz.
4) Birkaç gün içinde geçmeyen ateŐimiz olduğunda doktora baŐvurmalıyız.
5) Kısa süreli de olsa dil sürçmeleri ve Őuur kaybımız olduğunda doktora baŐvurmalıyız.
6) Solunum ve öksürme hareketlerimizi düzenli olarak yapmalıyız.

Bilmiyorsa 0 puan, 3 tanesini biliyorsa 1 puan, 4 ya da daha fazlasını biliyorsa 2 puan.

9. 1) Ağrı
2) Kızarıklık
3) Şişlik
4) Akıntı
5) AteŐ

Bilmiyorsa 0 puan, 2 tanesini biliyorsa 1 puan, 3 ya da daha fazlasını biliyorsa 2 puan.

10. 1) Ameliyat bölgemizi her türlü zorlamalardan korumalıyız
2) ksrme ve solunum hareketlerimize başlamadan önce ağrı kesici ilaç almalıyız
3) ksrme sırasında ameliyat yerimizi desteklemeliyiz.

Bilmiyorsa 0 puan, 1 tanesini biliyorsa 1 puan, 2 ya da 3 tanesini biliyorsa 2 puan.

11. 1) Bir süre dinlenmeliyiz.
2) Ameliyat yerimizi desteklemeliyiz
3) Doktorun önerdiği ağrı kesici ilacımızı almalıyız.

Bilmiyorsa 0 puan, 1 tanesini biliyorsa 1 puan, 2 ya da 3 tanesini biliyorsa 2 puan.

12. 1) Yatak kenarına oturarak ya da sırt üstü uzanarak dizlerimizi bkeriz..
2) Ellerimizi kaburgalarımızın hemen altına yerleŐtiririz.
3) Burnumuzdan derin nefes alırız, burnumuzdan derin nefes alınırken karın kaslarımızı kasarak, karınımızı yukarıya doğru ŐiŐiririz.

- 4) Nefesimizi ağızımızdan yavaş yavaş üfleterek veririz, bu sırada karın kaslarımızın gevşemesi sağlarız.
- 5) Bu hareketleri saatte en az 5-10 kez tekrar ederiz.

Bilmiyorsa 0 puan, 2 tanesini biliyorsa 1 puan, 3 ya da daha fazlasını biliyorsa 2 puan.

13. 1) Yatak kenarına oturarak ya da sırt üstü uzanarak dizlerimizi bükerek.
- 2) Ameliyat yerimizdeki ağrıyı azaltmak amacıyla ameliyat yerimizi küçük bir yastık ya da katlanmış havlu ile desteklemeliyiz.
- 3) Yavaş yavaş 3 kez solunum hareketi yapmalıyız.
- 4) En son aldığımız nefesimizi birkaç saniye tutarız.
- 5) Nefesimizi verirken 3 kez öksürürüz.
- 6) Öksürük sırasında ağızımızı katlanmış kağıt mendille kapatırız.

Bilmiyorsa 0 puan, 2 tanesini biliyorsa 1 puan, 3 ya da daha fazlasını biliyorsa 2 puan.

14. 1) Boynumuzu hareket ettirerek, başımızı omuzumuza değdirmeye çalışırız
- 2) Ellerimizi, başımıza ve omuzumuza değdirmeye çalışırız
- 3) Ayak bileklerimiz içe, dışa hareket ettiririz.
- 4) Ayakta ayak bileklerimiz üzerinde yükselme hareketi yaparız.
- 5) Ayakta ellerimiz belde iken vücudumuzu sağa, sola, öne ve arkaya hareket ettiririz.

Bilmiyorsa 0 puan, 2 tanesini biliyorsa 1 puan, 3 ya da daha fazlasını biliyorsa 2 puan.

15. 1) Masanın düzenlenmesi ve kurulmasına yardım edebiliriz.
- 2) Yemeğin hazırlanmasına yardım edebiliriz.
- 3) Eşyaların tozunun alabiliriz.
- 4) Kısa mesafelerle yürüyebiliriz.
- 5) Evdeki çiçekleri sulayabiliriz.
- 6) Balık tutabiliriz.

Bilmiyorsa 0 puan, 2 tanesini biliyorsa 1 puan, 3 ya da daha fazlasını biliyorsa 2 puan.

16. 1) Bahçe işleri
- 2) Evde yer silme
- 3) Eşyaların yerini değiştirme
- 4) Eşyaları yukarı kaldırarak itme
- 5) Beş kilogramdan ağır eşyaları kaldırma

Bilmiyorsa 0 puan, 2 tanesini biliyorsa 1 puan, 3 ya da daha fazlasını biliyorsa 2 puan.

17. 1) Ameliyat yerimizdeki dikişler ameliyattan 7-8 gün sonra alınır, dikişler alındıktan 1-2 gün sonra banyo yapabiliriz.
- 2) Eve gittikten 1-2 gün sonra banyo yapabiliriz.

Bilmiyorsa 0 puan, 1 tanesini biliyorsa 1 puan, 2 tanesini biliyorsa 2 puan.

18. 1) Kendimizi yorgun hissettiğimizde, bize yardımcı olmak amacıyla yanımızda birisinin olmasına dikkat ederiz.
2) Sıcak su, baş dönmesi ve bitkinliğe neden olacağından kullanmamalıyız
3) Ameliyat yerimizi ovmadan son derece yumuşak olarak sabun ve suyla yıkamalıyız
4) Giysilerimizin rahat ve gevşek olmasına dikkat etmek.

Bilmiyorsa 0 puan, 2 tanesini biliyorsa 1 puan, 3 ya da 4 tanesini biliyorsa 2 puan.

19. 1) İyileşmemiz için beyaz et (tavuk, balık), nohut, fasulye, taze meyve ve sebze gibi protein ve vitaminden zengin yiyecekler almalıyız
2) Vücut ağırlığımızı her gün kontrol ederek, ideal kilomuzun üstüne çıkmamalıyız
3) Çok fazla yemekten kaçınmalıyız
4) Yavaş ve acele etmeden yemeliyiz
5) Tuzlu yiyeceklerden kaçınmalıyız
6) Hayvansal yağlardan zengin yiyeceklerden kaçınmalıyız
7) Kolesterolü yiyeceklerden kaçınmalıyız
8) Şişkinliğe neden olacak gazoz ve meşrubatlar içmemeliyiz
9) Kafeinli içecekler içmemeliyiz

Bilmiyorsa 0 puan, 3 tanesini biliyorsa 1 puan, 4 ya da daha fazlasını biliyorsa 2 puan

20. 1) Boy uzunluğumuzun son iki sayısından o sayının onda birini çıkardığımızda kalan sayı olması gereken kilomuz olmalı.
2) Fazla kilolar kalbimizin yorulmasına neden olacağından zararlıdır.

Bilmiyorsa 0 puan, 1 tanesini biliyorsa 1 puan, 2 tanesini biliyorsa 2 puan.

21. 1) Coraspirin
2) Coumadin
3) Sefamezin
4) Endol
5) Triamteril
6) Diğer

Bilmiyorsa 0 puan, 2 tanesini biliyorsa 1 puan, 3 ya da daha fazlasını biliyorsa 2 puan.

22. 1) Coraspirin: Pıhtılaşmayı azaltır, damarlarımızdaki kanın akışkanlığını sağlar
2) Coumadin: Kanımızı sulandırır, pıhtılaşmayı önler
3) Sefamezin: Enfeksiyonların tedavisinde kullanılır, mikropları öldürücü etkisi vardır.
4) Endol: Ağrımızı keser, ateşimizi düşürür.
5) Triamteril: İdrar yaptırıcı ve vücudumuzdaki bazı elementlerin kaybını önleyici etkisi vardır.
6) Diğer

Bilmiyorsa 0 puan, 2 tanesini biliyorsa 1 puan, 3 ya da daha fazlasını biliyorsa 2 puan

23. 1) Coraspirin: Kanamaya yatkınlığın artması, kulak çınlaması, duyma kaybı
2) Coumadin: Mide, böbrek yollarında kanama, cilt altı kanamaları, deride döküntü.
3) Sefamezin: Alerji, deride döküntüler, bulantı-kusma
4) Endol: Bulantı, kusma, ishal, mide kanaması
5) Triamteril: Çarpıntı, tansiyon düşmesi, baş ağrısı, baş dönmesi, yorgunluk, görme bozukluğu, solunum güçlüğü
6) Diğer

Bilmiyorsa 0 puan, 2 tanesini biliyorsa 1 puan, 3 ya da daha fazlasını biliyorsa 2 puan

24. 1) Coraspirin: Günde 1 kez 300 mg olacak şekilde kullanılmalıdır
2) Coumadin: Kan testi sonuçlarına göre kullanılışı değişir, günde 1 kez aynı saatte kullanılmalıdır ve düzenli kan testi yaptırmalıdır
3) Sefamezin: Günde 2 kez kullanılmalıdır
4) Endol: Ağrımız olduğunda kullanılmalıdır
5) Triamteril: Bir gün alıp, bir gün almamalıdır
6) Diğer

Bilmiyorsa 0 puan, 2 tanesini biliyorsa 1 puan, 3 ya da daha fazlasını biliyorsa 2 puan.

25. 1) Vücudumuzun ve kalbimizin dinlenmesi için gereklidir
2) Yaramızın iyileşmesini sağladığı için gereklidir.

Bilmiyorsa 0 puan, 1 tanesini biliyorsa 1 puan, 2 tanesini biliyorsa 2 puan

26. 1) Cinsel ilişkiye ameliyattan 1-1.5 ay sonra başlamalıdır
2) Kendimizi yorgun ve gergin hissettiğimiz zaman cinsel ilişkiden kaçınmalıyız
3) Cinsel ilişki sırasında ameliyat yerimizi zorlayan ve yorucu pozisyonlardan kaçınmalıyız
4) Doktor izin vermeden önce gebe kalmamalıyız
5) Adet kanamasında artma olduğuna hemen kontrole gelmeliyiz

Bilmiyorsa 0 puan, 2 tanesini biliyorsa 1 puan, 3 ya da daha fazlasını biliyorsa 2 puan.

27. 1) Taburcu olduktan sonraki ilk hafta içinde fazla telefon görüşmeleri yapmamalıyız
2) Ziyaretçilerimizle olan görüşmelerimizi kısıtlamalıyız
3) İlk 2 hafta boyunca arkadaş ve akraba ziyaretlerimizi ertelemeliyiz
4) Fazla kalabalık ve havasız yerlerde bulunmamalıyız

Bilmiyorsa 0 puan, 2 tanesini biliyorsa 1 puan, 3 ya da 4 tanesini biliyorsa 2 puan.

28. 1) Ameliyatımızdan sonra eğer herhangi bir sorun gelişmediyse ve doktor izin veriyse işe başlamalıyız.
2) Fazla fiziksel güç gerektiren işlerden kaçınmalıyız
3) İşte fazla tempodan kaçınmalıyız.

Bilmiyorsa 0 puan, 1 tanesini biliyorsa 1 puan, 2 ya da 3 tanesini biliyorsa 2 puan.

29. 1) Ameliyatımızdan sonraki 1.5-2 ay içinde herhangi bir sorun gelişmediyse araba kullanmalıyız
2) Daha erken dönemlerde araba kullanırsak, herhangi bir zorlanmaya bağlı ameliyat yerimiz açılabilir.
3) Ameliyat sonrasındaki yorgunluk kollarımıza da etki ederek kaza yapmamıza neden olabilir.
4) Kullandığımız ilaçlar reflekslerimizde azalmaya neden olabilir
5) Herhangi bir kaza ya da çarpma henüz kaynamamış olan göğüs kemiğimizin açılmasına neden olabilir.
6) Uzun yolculuklardan kaçınmalıyız ancak kısa yolculuklar yapabiliriz.

Bilmiyorsa 0 puan, 2 tanesini biliyorsa 1 puan, 3 ya da daha fazlasını biliyorsa 2 puan.

30. 1) Taburcu olduktan sonraki ilk haftalarda hareketsizlik nedeniyle bacaklarımızda şişme olabilir, gelişebilecek bu şişlikleri önlemek için.
2) Bacaklarımızdaki kan dolaşımını sağlamak için

Bilmiyorsa 0 puan, 1 tanesini biliyorsa 1 puan, 2 tanesini biliyorsa 2 puan.

31. 1) Varis çorabını sabahın ilk saatlerinde yataktan kalkmadan önce giymeliyiz
2) Varis çorabını ayaklarımızı yataktan sarkıtmadan önce giymeliyiz
3) Gereksiz zorlanmalardan ve yaramızı incitmekten kaçınmalıyız

Bilmiyorsa 0 puan, 1 tanesini biliyorsa 1 puan, 2 ya da 3 tanesini biliyorsa 2 puan.

32. 1) Sigarayı bırakmamız gerekir, çünkü sigara kan damarlarımızı daraltır ve akciğerlerimizle ilgili (nefes darlığı gibi) sorunların gelişmesine neden olabilir.
2) İçkiyi haftada bir duble olacak şekilde azaltmamız gerekir, çünkü alkol özellikle sakinleştirici ve uyku verici olarak kullandığımız ilaçların etkisini artırır.

Bilmiyorsa 0 puan, 1 tanesini biliyorsa 1 puan, 2 tanesini biliyorsa 2 puan.

33. 1) Ameliyattan sonraki 1-2 aylık dönem ameliyatımızla ilgili sorunların en sık görüldüğü dönemdir.
2) Ameliyatımızdan sonra gelişebilecek sorunların belirlenmesi ve iyileşmemizin takip edilmesi için önemlidir.

Bilmiyorsa 0 puan, 1 tanesini biliyorsa 1 puan, 2 tanesini biliyorsa 2 puan.

34. 1) Taburcu olduktan 10 gün sonra
2) Taburcu olduktan 1 ay sonra
3) Taburcu olduktan 3 ay sonra kontrole gelmemiz gerekir.

Bilmiyorsa 0 puan, 1 tanesini biliyorsa 1 puan, 2 ya da 3 tanesini biliyorsa 2 puan.

EK III-DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ

KENDİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

AÇIKLAMA: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da **o anda** kendinizi nasıl hissettiğinizi gösteren ifadelerden uygun olanını işaretleyin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman kaybetmeden **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

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

SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

KENDİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

AÇIKLAMA: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da **genel olarak** kendinizi nasıl hissettiğinizi gösteren ifadelerden uygun olanını işaretleyin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman kaybetmeden **genel olarak** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Hemen her zaman
21. Genellikle keyfim yerindedir.	()	()	()	()
22. Genellikle çabuk yoruluyorum.	()	()	()	()
23. Genellikle kolay ağlarım.	()	()	()	()
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	()	()	()	()
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıyorum.	()	()	()	()
26. Kendimi dinlenmiş hissederim.	()	()	()	()
27. Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	()	()	()	()
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.	()	()	()	()
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	()	()	()	()
30. Genellikle mutluyum.	()	()	()	()
31. Herşeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	()	()	()	()
32. Genellikle kendime güvenim yoktur.	()	()	()	()
33. Genellikle kendimi emniyette hissederim.	()	()	()	()
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	()	()	()	()
35. Genellikle kendimi üzüntülü hissederim.	()	()	()	()
36. Genellikle hayatımdan memnunum.	()	()	()	()
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	()	()	()	()
38. Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	()	()	()	()
39. Akli başında ve kararlı bir insanım.	()	()	()	()
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni rahatsız eder.	()	()	()	()

EK-IV

ARAŞTIRMAYA KATILAN HASTA LİSTESİ

Kontrol Grubu Sayı	Protokol No	Adı-Soyadı	Ameliyat Tarihi	Taburculuk Tarihi	İlk Kontrol Tarihi
1	777870	S A	23.12.1999	02.01.2000	13.01.2000
2	1011578	MM	24.12.1999	02.01.2000	12.01.2000
3	952662	HK	29.12.1999	06.01.2000	16.01.2000
4	519854	E Ö	03.01.2000	11.01.2000	20.01.2000
5	941238	A O	11.01.2000	19.01.2000	29.01.2000
6	312822	M.A Ç	25.01.2000	01.02.2000	09.02.2000
7	1024681	Ü P	27.01.2000	04.02.2000	14.02.2000
8	1027503	FK	31.01.2000	11.01.2000	20.01.2000
9	829627	S İ	14.02.2000	21.02.2000	01.03.2000
10	763558	O G	16.02.2000	24.02.2000	06.03.2000
11	885016	SE	21.02.2000	28.02.2000	07.03.2000
12	1016117	Z Y	23.02.2000	03.03.2000	13.03.2000
13	1029417	HK	24.02.2000	03.03.2000	10.03.2000
14	674284	S A	28.02.2000	07.03.2000	20.03.2000
15	1026992	E D	29.02.2000	10.03.2000	21.03.2000
16	963074	Ş K	03.03.2000	12.03.2000	22.03.2000
17	1029601	A S	04.03.2000	14.03.2000	23.03.2000
18	1027541	KK	02.03.2000	10.03.2000	21.03.2000
19	1015806	HD	06.03.2000	15.03.2000	23.03.2000
20	1028612	HK	06.03.2000	15.03.2000	25.03.2000
21	1026706	M Ö	20.03.2000	30.03.2000	10.04.2000
22	1026198	HK	20.03.2000	30.03.2000	10.04.2000
23	1030505	M S	21.03.2000	28.03.2000	8.04.2000
24	1033528	Z A	27.03.2000	09.04.2000	16.04.2000
25	1034760	M Ş	31.03.2000	10.04.2000	19.04.2000
26	1033055	O E	03.04.2000	11.04.2000	19.04.2000
27	1042000	İ A	04.04.2000	12.04.2000	22.04.2000
28	1022492	Y D	07.04.2000	15.04.2000	24.04.2000
29	1035896	HK	10.04.2000	18.04.2000	29.04.2000
30	471717	HS	13.04.2000	21.04.2000	01.05.2000
31	1042329	H Ş	17.04.2000	25.04.2000	05.05.2000
32	1041152	A A	19.04.2000	28.04.2000	08.05.2000
33	1033867	M K	20.04.2000	28.04.2000	05.05.2000
34	1003939	S K	24.04.2000	02.05.2000	12.05.2000
35	698553	E Y	25.04.2000	04.05.2000	15.05.2000

Deney Grubu Sayı	Protokol No	Adı-Soyadı	Ameliyat Tarihi	Taburculuk Tarihi	İlk Kontrol Tarihi
1	992189	MY	26.04.2000	17.05.2000	26.05.2000
2	952067	MK	01.05.2000	10.05.2000	20.05.2000
3	1026459	E Ö	03.05.2000	11.05.2000	21.05.2000
4	1021447	FT	03.05.2000	12.05.2000	22.05.2000
5	1020423	EK	09.05.2000	16.05.2000	26.05.2000
6	1024655	NŞ	11.05.2000	23.05.2000	02.06.2000
7	1025912	HT	16.05.2000	25.05.2000	05.06.2000
8	1027985	D Ö	17.05.2000	30.05.2000	08.06.2000
9	836500	SA	18.05.2000	26.05.2000	05.06.2000
10	1028904	ZE	22.05.2000	30.05.2000	08.06.2000
11	1021564	MD	23.05.2000	30.05.2000	08.06.2000
12	4812081	FG	24.05.2000	03.06.2000	13.06.2000
13	300818	FE	29.05.2000	06.06.2000	16.06.2000
14	1018649	CK	31.05.2000	12.06.2000	22.06.2000
15	1026697	HK	31.05.2000	12.06.2000	22.06.2000
16	1030016	ZT	01.06.2000	11.06.2000	21.06.2000
17	1028184	ST	07.06.2000	17.06.2000	27.06.2000
18	1031416	HÇ	07.06.2000	16.06.2000	26.06.2000
19	1017229	VA	08.06.2000	17.06.2000	27.06.2000
20	885942	KA	09.06.2000	17.06.2000	28.06.2000
21	1031868	HM	14.06.2000	22.06.2000	02.07.2000
22	1033325	EG	20.06.2000	30.06.2000	10.07.2000
23	1031642	İC	28.06.2000	04.07.2000	10.07.2000
24	943396	MB	30.06.2000	07.07.2000	17.07.2000
25	1029872	FT	02.07.2000	12.07.2000	20.07.2000
26	1018982	MA	05.07.2000	12.07.2000	22.07.2000
27	1030373	HÇ	07.07.2000	17.07.2000	27.07.2000
28	1040736	SC	11.07.2000	21.07.2000	28.07.2000
29	559538	E Ö	17.07.2000	24.07.2000	31.07.2000
30	954030	NY	18.07.2000	26.07.2000	08.08.2000
31	1033830	OY	24.07.2000	04.08.2000	14.08.2000
32	290807	MV	10.08.2000	17.08.2000	25.08.2000
33	841078	E Ö	16.08.2000	24.08.2000	12.09.2000
34	1042670	HM	19.08.2000	01.09.2000	11.09.2000
35	991026	YT	22.09.2000	01.10.2000	11.10.2000

10/10/2000