

T.C.  
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

AÇIK KALP AMELİYATI OLACAK  
HASTALARIN UYKU KALİTELERİNİN, KAYGI  
DURUMLARININ VE ALGILADIKLARI STRES  
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

ECE BAL

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN

İSTANBUL, 2020

AÇIK KALP AMELİYATI OLACAK HASTALARIN UYKU KALİTELERİNİN, KAYGI DURUMLARININ VE ALGILADIKLARI  
STRES DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

ECE BAL İSTANBUL, 2020



**T.C.**  
**İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**AÇIK KALP AMELİYATI OLACAK HASTALARIN UYKU**  
**KALİTELERİNİN, KAYGI DURUMLARININ VE**  
**ALGILADIKLARI STRES DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

**ECE BAL**

**174003009**

**Tez Danışmanı**

**Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN**

**İSTANBUL, 2020**

# TEZ ONAY


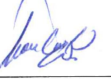

T.C  
OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
Y Ü K S E K L İ S A N S  
T E Z O N A Y I

## ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Ece BAL Öğrenci No : 174003009  
Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik Anabilim Dalı Tez Savunma Tarihi : 13.01.2020  
Danışman : Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN Tez Savunma Saati : 12.00

Tez Konusu : "Açık Kalp Ameliyatı Olacak Hastaların Uyku Kalitelerinin, Kaygı Durumlarının Ve Algıladıkları Stres Düzeylerinin İncelenmesi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 28.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜ 'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL/RED/ DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi Sacide YILDIZELİ TOPÇU (Trakya Üniversitesi)	KABUL	
Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN	KABUL	
Dr. Öğr. Üyesi Özlem YAZICI	KABUL	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL/RED/ DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğretim Üyesi Deniz ACUNER		

" " " " "

" " " " "

## ÖZET

Bu araştırma açık kalp ameliyatı olacak hastaların uyku kalitelerinin, kaygı durumlarının ve algıladıkları stres düzeylerin incelenmesi amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı tipte yapıldı.

Araştırmanın evrenini Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin kalp-damar cerrahisi servislerine açık kalp ameliyatı olmak üzere yatışı yapılan hastalar, örneklemini ise 19 Mart- 5 Temmuz 2019 tarihleri arasında açık kalp ameliyatı olmak üzere yatışı yapılan örneklem seçim kriterlerini sağlayan, araştırmaya katılmaya gönüllü 257 hasta oluşturmuştur. Araştırma verileri "Hasta Tanıtım Formu", "Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi" Ölçeği, "Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği" ve "Algılanan Stres Ölçeği" ile toplanmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup arası değerlendirmelerinde bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup arası değerlendirmelerinde tek yönlü varyans analizi ve Bonferroni düzeltmeli ikili değerlendirmeler kullanılmıştır. Nicel değişkenler arasındaki ilişki düzeyinin belirlenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının  $60,64 \pm 10,52$  yıl, ameliyat öncesi hastanede yatış süresinin ortalama  $4,13 \pm 4,41$  gün, %73,2'sinin erkek, %63'ünün ilkokul-ortaokul mezunu ve %88,2'sinin evli, %67,3'ünün koroner arter bypass greft ameliyatı geçireceği, %82,9'unun daha önce ameliyatının ertelenmediğini, %59,1'inin kronik hastalığa sahip olduğu bulundu. Hastaların Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalamasının  $5,83 \pm 3,60$ , Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği puan ortalamasının  $26,49 \pm 8,92$ , ve Algılanan Stres Ölçeği puan ortalamasının  $27,96 \pm 8,13$  olduğu saptandı.

Araştırmada hastaların uyku kalitelerinin düşük olduğu, kaygılarının ve algıladıkları streslerinin orta düzeyde olduğu sonucuna ulaşıldı. Hastaların ameliyat öncesi uyku kalitelerinin kaygı ve stres düzeylerinin değerlendirilmesi ve araştırmanın daha farklı hastanelerde ve örneklem sayıları ile yapılması önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Açık kalp ameliyatı, Algılanan stres, Ameliyata özgü kaygı, Uyku kalitesi,

## **ABSTRACT**

### **INVESTIGATION OF SLEEP QUALITY, ANXIETY AND PERCEIVED STRESS THE LEVELS OF PATIENTS WHO WILL HAVE OPEN HEART SURGERY**

This study was carried out in a cross-sectional and descriptive manner in order to investigate the sleep quality, anxiety and perceived stress levels of patients undergoing open heart surgery.

The scope of the research, patients who were hospitalized, including open heart surgery, for cardiovascular surgery services of Health Sciences University Istanbul Kartal Koşuyolu Higher Specialization Training and Research Hospital, the sample of the study consisted of 257 volunteer patients who met the selection criteria for open heart surgery between 19 March and 5 July in 2019. The data were collected by "Patient Identification Form", "Pittsburg Sleep Quality Index Scale," Surgery-Specific Anxiety Scale "and" Perceived Stress Scale". Descriptive statistical methods were used for the evaluation of the research data, independent sample test was used for the evaluation of variables with normal distribution between the two groups, one way variance analysis and Bonferroni corrected binary evaluations were used for the evaluation of more than two groups. Pearson correlation analysis was used to determine the relationship between quantitative variables. Statistical significance was accepted as  $p < 0.05$ .

It has been found that the patients who participated the research the average age of the patients  $60,64 \pm 10,52$  years old, the average of preoperative hospitalization  $4,13 \pm 4,41$  days, %73,2 percent of male, %63 elementary and secondary school graduated, and %88,2 married, %67.3 percent will have coronary artery bypass graft operation, % 82,9 percent of patients operation was not postponed, %59,1 percent of participation has chronic disease. It was found out that the mean of the Pittsburg Sleep Quality Index score of the patients was  $5.83 \pm 3.60$ , the mean score of the Surgery-specific Anxiety Scale was  $26.49 \pm 8.92$  and the mean score of the Perceived Stress Scale was  $27.96 \pm 8.13$ .

In this study, it was concluded that the patients' sleep quality was low and their anxiety and perceived stress were moderate. It is recommended to evaluate and investigate the anxiety and stress levels of the sleep quality of the patients before surgery in different hospitals and with the number of samples.

**Keywords:** Open heart surgery, Perceived stress, Surgery-specific anxiety, Sleep quality



## ÖNSÖZ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu araştırmada yüksek lisans eğitimim boyunca her anlamda yanımda olarak, değerli bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen Sayın Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN'a ve değerli İstanbul Okan Üniversitesi Çalışanlarına, en derin saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmalarım boyunca yardımını hiç esirgmeden maddi ve manevi hayatımın her döneminde yanımda olan annem Ayşe BAL ve babam Hanifi BAL'a sonsuz teşekkürler ederim.

**ECE BAL**





## BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.



ECE BAL

# İÇİNDEKİLER

## SAYFA NO

ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ .....	v
BEYAN.....	vi
İÇİNDEKİLER .....	vii
TABLOLAR LİSTESİ .....	x
KISALTMALAR LİSTESİ .....	xi
1.GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Kalbin Yapısı Ve Fonksiyonu.....	3
2.1.1. Kalbin Hastalıkları.....	6
2.1.1.1. Koroner Arter Hastalığı .....	6
2.1.1.2. Kalp Kapağı Hastalıkları.....	7
2.1.1.3. Mitral Stenoz .....	7
2.1.1.4. Mitral Yetersizlik.....	8
2.1.1.5. Triküspit Yetmezliği.....	8
2.1.1.6. Triküspit Stenoz.....	8
2.1.1.7. Aort Darlığı (Stenoz).....	9
2.1.1.8. Aort Yetersizliği(Regürjitasyon).....	9
2.1.1.9. Kalp Tümörleri.....	10

<b>2.2. Kalp Hastalıklarında Tedavi Yöntemleri.....</b>	<b>10</b>
<b>2.2.1.Kapalı Kalp Cerrahisi .....</b>	<b>11</b>
<b>2.2.2. Açık Kalp Cerrahisi.....</b>	<b>11</b>
<b>2.3. Açık Kalp Ameliyatı Öncesi Hemşirelik Bakımı.....</b>	<b>12</b>
<b>2.4. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Hemşirelik Bakımı.....</b>	<b>15</b>
<b>2.5. Uyku .....</b>	<b>16</b>
<b>2.5.1. Uykuyu Etkileyen Fizyolojik Faktörler.....</b>	<b>17</b>
<b>2.5.1.1. Yaş ve Cinsiyet.....</b>	<b>17</b>
<b>2.5.1.2. Hastalıklar.....</b>	<b>18</b>
<b>2.5.2. Uykuyu etkileyen Psikolojik Faktörler.....</b>	<b>18</b>
<b>2.5.2.1. Uykusuzluğa Eğilim.....</b>	<b>18</b>
<b>2.5.2.2. Kalıcı stres.....</b>	<b>18</b>
<b>2.5.3. Çevresel faktörler.....</b>	<b>18</b>
<b>2.5.4. Beslenme.....</b>	<b>19</b>
<b>2.5.5. Fiziksel aktivite.....</b>	<b>19</b>
<b>2.5.6. İlaçlar ve diğer maddeler.....</b>	<b>19</b>
<b>2.6. Kaygı.....</b>	<b>21</b>
<b>2.7.Stres.....</b>	<b>24</b>
<b>2.7.1. Stres Sırasında Organizmada Meydana Gelen Değişiklikler.....</b>	<b>25</b>
<b>2.7.2. Stresin Belirtileri.....</b>	<b>26</b>
<b>2.7.3. Stres Türleri.....</b>	<b>27</b>

2.7.3.1. Akut Stres.....	27
2.7.3.2. Episodik Akut Stres.....	27
2.7.3.3. Kronik Stres.....	28
2.7.4. Stresle Başa Çıkma.....	28
2.7.4.1. Stresle Başa Çıkma Teknikleri.....	29
2.7.4.1.1. Zaman Yönetimi.....	29
2.7.4.1.2. Gevşeme Egzersizleri.....	29
2.7.4.1.3. Problem Çözme Teknikleri Kullanma.....	30
2.7.4.1.4. Kişiler Arası İlişkileri Geliştirme.....	30
2.7.4.1.5. Solunum Egzersizi.....	30
2.7.4.1.6. Fiziksel Aktivite.....	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	32
4. BULGULAR.....	37
5.TARTIŞMA.....	46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	58
KAYNAKLAR.....	61
EKLER.....	81
ÖZGEÇMİŞ.....	92

## TABLULAR LİSTESİ

### SAYFA NO

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	37
Tablo 2. Hastaların Tıbbi Bilgilerine İlişkin Dağılımı.....	38
Tablo 3. Hastaların Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nden Aldıkları Puanların Dağılımı.....	39
Tablo 4. Hastaların Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar .....	40
Tablo 5. Hastaların Algılanan Stres Ölçeği-14'den Aldıkları Puanlar .....	41
Tablo 6. Hastaların Yaş ve Ameliyat Öncesi Hastanede Kalış Süreleri İle Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Katsayıları.....	41
Tablo 7. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 8. Hastaların Tıbbi Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 9. ASÖ Puanları PUKİ Puanları Ve AÖKÖ Puanları Arasındaki İlişki Düzeylerinin Belirlenmesi.....	45

## KISALTMALAR LİSTESİ

**ark.** : Arkadaşları

**AÖKÖ:** Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği

**ASÖ** : Algılanan Stres Ölçeği

**DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü

**KABG** : Koroner Arter Bypass Greft

**KAH** : Koroner Arter Hastalık

**KVH** : Kardiyo Vasküler Hastalık

**KOAH:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

**n** : Sayı

**NANDA:** North American Nursing Diagnosis Association

**PUKİ** : Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği

**SPSS** : Statistical Package for Social Science for Windows

**%** : Yüzde

## 1. GİRİŞ

Dünya’da tüm ölüm nedenleri arasında kalp ve damar hastalıkları, ilk sırada yer almakta olup, Türkiye İstatistik Kurumunun verilerine göre de kalp hastalıklarının payının ülkemizde giderek arttığı görülmektedir. Dolaşım sistemindeki hastalıklar nedeniyle oluşan iskemik kalp hastalığı da ölümlerin %39,6 ile ilk sıradadır. Koroner arter hastalığının (KAH) başında yer almakta olan iskemik kalp hastalıkları ülkelere göre de artış gösterdiği görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 2018 yılı verilerine göre 2016 yılında toplam 57 milyon ölüm gerçekleştiği bulaşıcı olmayan hastalıklarda ölen kişi sayısının 41 milyon olduğu tahmin edilmekte bu oran tüm ölümlerin %71’lik bir kısmını oluşturmaktadır. Bu ölümlerin nedenlerinde ilk sırada kalp damar hastalıkları 17,9 milyon ölümle tüm bulaşıcı olmayan hastalıkların %44’ünü, ikinci sırada kanser hastalığı 9,0 milyon ölümle %22’sini, kronik solunum rahatsızlıkları ise 3,8 milyon ölümle %9’unu ve diyabet’de 1,6 milyon ölümle %4’ünü oluşturmaktadır (1,2).

Kalp hastalıklarında cerrahi tedavi olarak en çok kullanılan yöntemi açık kalp cerrahisi oluşturmaktadır. Açık kalp ameliyatı gibi cerrahi girişimler hastaların fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik yönden etkilenmesine yol açan önemli bir faktörü oluşturmaktadır. Kalp cerrahisi bireylerin yaşamlarını etkilemesi, yaşamlarının üzerinde oluşturduğu değişikliklerin fazla olması ve bu değişikliklerin önceden bilinmemesi nedeniyle bireyde anksiyete (kaygı) durumunun oluşmasına neden olmakta, hastalar sağlık durumlarının tehlikede olduğunu hissederek hastalık öncesindeki yaşantılarına geri dönememe kaygısı yaşamaktadırlar (3-5).

Uyku insan yaşamının vazgeçilmez etkinliklerinden birisi olup, bireyin yaşamını sürdürmesinde yemek yeme, nefes alma ve boşaltım kadar temel ihtiyaçlardandır. İnsanı fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı kabul edebilmek bu temel ihtiyaçların karşılanmasına bağlıdır (6). Uyku insan yaşamının 1/3’lük bir diliminde kapsayan ve sağlık durumunu sürdürmesinde önemli rol alan temel bir yaşam gereksinimidir. Uyku esnasında vücut bir sonraki güne hazırlanır (7). Uykunun periyod süresi, toplam uyku süresi, uyku düzeni ve uyku latensi gibi birçok alanı bulunmaktadır. Bunlardan birinide uyku kalitesi

oluşturmaktadır. Uyku kalitesi, bireyi uyandıktan sonra yeni güne hazır ve zinde hissettirdiği için önem arz etmektedir. Uyku kalitesinin önemli olmasının ilk nedeni bu konuda şikâyetlerin fazla olması ve birçok hastalığın belirtisi olabileceğidir. Uyku kalitesinin bozulması bireylerde duygu ve düşüncelerin bozulmasına sebep olabileceği gibi yeterli olmayan uyku, bireyin fiziksel ve bilişsel açıdan etkilenmesine, uyumsuzluk yaşamasına neden olabilmektedir. Bireyde yorgunluk, dikkat gerektiren konularda dikkatin azalması, ağrıya karşı hassasiyetin artması, sinirli olma hali, iştahsızlık ve güç boşaltım gibi durumlar görülebilir (7-10).

Stres ise bireyde doğrudan hastalık oluşturmasa da, insan vücudunun direncini azalttığından dolayı bedensel ve ruhsal hastalıkların oluşmasına sebebiyet verebilen bedensel bir zorlanma olarak tanımlanmaktadır. Yaşamımızda önemli bir sorun olan stres, birçok hastalıkların oluşmasına zemin hazırlayan bir etken olarak giderek öneminin arttığı görülmektedir (11). Stresin algılanması stres ile baş etme davranışlarının geliştirilmesinde önemli bir yere sahiptir (12). Stres altında olan birey oluşan duruma uyum sağlayamazsa özsaygısını yitirmesine, depresyona, hastalıklara hatta erken ölüme bile sebebiyet verebilmektedir (13). Hastalar açısından da açık kalp cerrahisi cerrahi stres tepkisinin oluşmasına neden olan büyük bir ameliyat olarak görülmekte ve fiziksel, psikolojik stres yaratabilmektedir (14). Cerrahi girişim uygulanan hastalarda stres ve kaygı düzeyinin arttığı görülmektedir (15). Hastalarda ameliyat öncesi oluşan kaygı ameliyat sonrası dönemde de hasta açısından problemlere neden olmaktadır (16).

Açık kalp cerrahisi hastalar açısından büyük ve riskli bir ameliyat olarak görülmektedir. Hastalar ameliyat öncesinde ameliyata ilişkin ve daha sonraki yaşamları için stres ve kaygı yaşayabilmektedir. Hastalarda yaşanan stres ve kaygı hastaların uyku kalitesini etkileyebilmektedir. Bu nedenle bu araştırmada açık kalp ameliyatı olacak hastaların uyku kalitelerinin, kaygı durumlarının ve algıladıkları stres düzeylerin incelenmesi amaçlandı.



## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Kalbin Yapısı ve Fonksiyonu**

Kardiyovasküler sistemi oluşturan kalp ve damarların görevi kanın vücut içerisindeki dolaşımını sağlamakla birlikte oksijen ve besin maddelerini dokulara ve hücrelere ulaştırmak, hücrelerde oluşan atık maddeleri ilgili sistemlere ulaşmasına yardımcı olmaktır. Kalp, iki akciğerin arasında, sternumun arkasında mediastinumda yer almaktadır (17).

Kalbi içten dışa doğru endokard, miyokard ve epikard adı verilen zarlar kaplamaktadır ve kalp, koroner arterler tarafından beslenmektedir (18). Kalp atımları yaklaşık olarak orta hattın 2 inc solundan, beşinci interkostal aralıktan palpe edilebilmektedir. Kalbin dört boşluğu, sağ ve sol tarafında iki boşluk septumla ayrılmış olup üst boşluklar atrium, alt boşluklar ise ventrikül adını almaktadırlar. Atriumlardaki miyokardium ventriküllerdekinden daha incedir. Sol ventrikül duvarı, sağ ventrikül duvarından daha kalındır. Sağ atrium venöz kanı vena cava superior, inferior ve koroner sinüsten alarak, triküspit kapak aracılığı ile sağ ventriküle geçip ventrikülün kasılmasıyla pulmoner arterlere pompalanır. Pulmoner arterin girişinde pulmoner kapak yer almaktadır. Kan akciğerlerden pulmoner venler aracılığıyla sol atriuma sonrasında mitral kapak yolu ile sol ventriküle geçer. Kalbin kasılması sonucu kan, aort kapağından geçerek aortaya ve sistemik dolaşıma katılır (17,19).

Kalp dokusunu sağ koroner arter, sol ana koroner arter ve circumflex arter beslemektedir (20,21).

#### **Sağ koroner arter (RCA)**

Sağ ventrikül, sağ atrium ve genel olarak sol ventrikül arka duvarının kanlanmasını sağlayan arterdir. Bu arter aortadan köken aldıktan sonra pulmoner arterin sağ arka kısmına geçerek sağ atrial apendiks altından sağ atriyoventriküler oluk boyunca devam eder (20).

### **Sol ana koroner arter (LMCA)**

Genel uzunluğu 10-20 cm uzunluğunda olan bu arter valsalvanın sol sinüsünden anterior-inferioruna ve pulmoner trunks ile sol atrial appendiks arasında sola doğru seyretmektedir. Sol ön inen koroner arter: Temel olarak sol ventrikülün ön ve yan yüzünü besleyerek, ventriküller arası septumu besleyen dallar vermektedir. Kalp apeksini dolandıktan sonra 1-2 cm. ilerleyerek sonlanır. Sol ön koroner'in sol ventriküle verdiği yan dallara "diagonal damarlar" adı verilir. Diagonal dallara superiordan inferiora doğru numaralar verilir, birinci diagonal, ikinci diagonal ve üçüncü diagonal gibi. Sol ön inen koroner arter birçok septal perforatör alan ile interventriküler septumun 2/3 'ünü ve apikal kısmını besler (21).

### **Circumflex arter (Cx)**

Sol atrioventriküler oluğun yağlı dokusu içinde ilerleyerek büyük optüs marginal dalını vermesinden sonra hemen sona ermektedir. Sol ventrikülün serbest duvarının lateral kısmını ve anterolateral papiller kasın bir bölümünü beslemektedir (22,23).

Kanın içerisinde kolaylıkla aktığı sağlıklı bir koroner arterin, yapısı elastik olup iç yüzeyi düzdür. Koroner arter hastalığında ise damar duvarı kalınlaşıp elastikiyetini kaybeder ve içerisinde oluşan aterom plaklar nedeniyle sertleşir. Damar sertleşmesi, ateroskleroz olarak adlandırılmaktadır ve aterom plak, damarın iç çapının daralıp tıkanmasında neden olmaktadır. Damarın tıkanması durumunda kalp kası kalp krizinde olduğu gibi hasar görebilmektedir. Kalp krizi geçirmeden koroner arterlerin görüntülenmesi, stent yerleştirilmesi, koroner bypass ameliyatı, koroner arterlerin balon ile genişletilmesi, kalp kapağı için girişimsel veya cerrahi müdahaleler kalp hastalıklarının başlıca tanı ve tedavi yöntemini oluşturur (24). Kalp kası, arterioskleroz oluşmasına karşı koroner damarlarda gelişen kollateral dolaşım ile korunur, koroner arterlerde yavaş gelişen aterosklerotik daralma ya da ani tıkanmalar sonucu kalp de gelişen harabiyete bağlı olarak kolleteral dolaşım oluşur. Büyük koroner arterden birisinin ani bir şekilde tıkanması ile küçük anastomozlar genişlemeye başlar. Oluşan kolleteraller kan akımı ile kalp kasını canlı tutabilecek şekilde arttırarak, ikinci ve üçüncü günde iki katına çıkar. Bir süre sonra iskemik kalan kas dokusu normal

koroner akımı sağlayacak düzeye erişebilmektedir. Kollateral kanallarında yardımıyla, etkilenen kas alanı çok geniş değilse koroner tıkanmalarda iyileşme görülmektedir. İyileşmenin yanı sıra koroner arterlerde ortaya çıkan daralma ve tıkanıklıklar damarların beslendiği kalp kasında kalıcı veya geri döndürülebilir hasarlar meydana getirebilir. Atheroskleroz sonrasında gelişen iskemik kalp hastalığı, günümüzde koroner arterlerde en sık rastlanan edinsel bir hastalıktır (22, 25).

Atherosklerotik tutulmanın en sık yerleştiği bölge, sağ koroner arterin akut margini ile posterior inen aort dalları arasında kalan alanı oluşturmaktadır. İkinci olarak sol anterior inen aort proximalin yarısıdır. Hastalığın üçüncü sıklıkta yerleştiği yer ise sağ koroner arterin çıkışı ile marginal dalı arasındaki segmenttir. Atherosklerotik lezyonlar karakteristik olarak çok sayıdadır ve çoğunlukla birden fazla arterde yerleşmektedir (22,25).

Kalp, otonom sinir sistemini oluşturan sempatik ve parasempatik sistem tarafından kontrol edilmektedir. Sempatik sinir sisteminin uyarısı ile AV nodundan geçer ve atrial ve ventriküler kasılma gücünü böylelikle de kalp hızını artırır. Bu etki epinefrin ve norepinefrine yanıt olarak Beta adrenerejik reseptörlerle gerçekleşir. Parasempatik sistem uyarıldığında ise tersine SA nodun etkilenmesiyle kalp hızı azalır. Kalp hızını etkileyen diğer faktörler ise egzersiz, emosyonel, vücut ısısı ve ilaçlar gibi etkenler oluşturmaktadır (19).

Sempatik liflerin yoğun, parasempatik (vagal) liflerin de oldukça az bulunduğu koroner arterlerde ayrıca konstriksiyon yapan alfa reseptörler ve dilatasyona neden olan beta reseptörler de bulunmaktadır. Alfa reseptörlerin etkisinin bazı bireylerde ağır basması sonucu aşırı sempatik uyarının oluşması ile genel olarak anjinal ağrıların ortaya çıktığı vazospastik myokard iskemisine neden olduğu bildirilmektedir (25).

Kalp cerrahisi ise günümüzde gerek çocuk gerekse de yetişkinlerin doğuştan veya sonradan kazanılan hastalıklarında tedavi seçeneği olarak yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (26).

## **2.1.1. Kalbin Hastalıkları**

### **2.1.1.1. Koroner Arter Hastalığı**

Koroner arterlerin ateroskleroz sebebiyle tıkanmasına veya daralmasına Koroner arter hastalığı denilmektedir. Ateroskleroz nedeniyle arterlerin iç duvarlarında oluşan kolesterol ve plaklar arterin tıkanmasına ve işlevsel bozukluklara neden olarak kalp kasına olan kan akışını sınırlandırabilir. Kan akışının sınırlanmasıyla kalp gereken oksijene ve yaşamsal besinlere ihtiyaç duyar. Oluşan bu durum göğüs ağrısına sebebiyet verebilirken, kalp kasının bir kısmına akan kanın kesilmesi veya kalbe ihtiyaç duyulan kan akış miktarı kalbin enerji ihtiyaçlarını sağlayamazsa kalp krizi meydana gelebilir (27). İskemik kalp hastalıklarının %85-90'nını koroner arter hastalığı oluşturmaktadır (28).

Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışmasında 2011 yılında toplanan verilere göre “Türkiye’de erkeklerin yüzde 6,4’ünde; kadınların ise yüzde 9,8’inde öykü veya Rose anketine göre tanımlanan anjina pectoris saptanmıştır. Akut miyokard enfarktüsü öyküsün erkeklerde yüzde 2,3; kadınlarda yüzde 1,1 olduğu saptanmıştır. Tanı konulan koroner kalp hastalığı sıklığının erkeklerde yüzde 3,8; kadınlarda yüzde 2,3 olarak bulunmuştur. Kadınlarda orta Anadolu (Kırıkkale, Kayseri) ve batı karadeniz (Zonguldak, Kastamonu, Samsun) koroner kalp hastalığı sıklığının yüksek olduğu bölgelerdir. Erkeklerde batı Anadolu bölgesi (Ankara, Konya ) yüzde 7,5 ile koroner kalp hastalığının en sık görüldüğü bölgeler olduğu belirtilmektedir (1).

Koroner kalp hastalıklarına “koroner arter hastalığı”,“aterosklerotik kalp hastalığı” veya “iskemik kalp hastalığı”da denilmektedir (29,30). Ateroskleroz kronik kan akımının azalmasının en çok rastlanan nedenini oluşturur. Kan damarlarının zamanla sertleşip tıkanmasına verilen ad olan ateroskleroz ile kalbi besleyen damarlar; sigara, tansiyon, uygunsuz beslenme, yüksek kolesterol, genetik faktörler ve çevresel faktörlerinde etkisiyle hasar görmektedir (31,32).

Kolesterolün endotel tabaka altında birikmesiyle bu bölgeler fibroz doku ile kaplanmaya başlar ve sıklıkla kalsifiye alanlar oluşmaya başlar. Hasar oluşmaya başlayan bölgeye kolesterol, yağ dokusu, kalsiyum, makrofajlar ve ölü kan hücrelerinin

birikmesi ile plak adı verilen tabaka oluşur. Plaklar damarın esnekliğini kaybetmesine kanın geçiş yolunu daraltarak kan akışının engellenmesine neden olur (31,32). Plaklar, trombüs oluşumuna ve arterin tıkanmasına yol açabilir, bazen oluşan trombüs bulunduğu yerden koparak bir emboli oluşturur ve periferdeki bir başka damarın tıkanmasına sebep olabilir (31,33).

Kroner arter hastalıkları ve sonucunda oluşan myokardın beslenme bozukluklarına neden olan patolojileri ise %99 oranında ateroskleroz, arteritler, embolizm, kroner mural kalınlaşma, kroner daralmaya sebebiyet verebilen diğer nedenler (spazm, aort diseksiyonu), konjenital koroner arter hastalıkları olarak sıralayabiliriz (34). Kalp cerrahisinde koroner arter hastalığı genellikle ameliyatı gerektiren bir durumdur ve koroner kalp hastalıklarının tedavisinde cerrahi girişimin yerinin ilaçla tedaviden daha etkin olduğu bilinmektedir (35).

#### **2.1.1.2. Kalp Kapağı Hastalıkları**

Kalp kapağı hastalıklarının nedeni olarak genellikle darlıkların ve kan akışının ileriye doğru hareket etmesini engelleyen yetmezliğin bir sonucu olduğu bilinmektedir. Hastalığın oluşmasında genetik faktörler, kimyasal ajanlar, travmalar gibi bazı faktörler rol alabilir (36,37). Bir kalpte dört kapak bulunmaktadır ve bunlar; mitral kapak, aort kapağı, triküspid kapak ve pulmoner kapaktır. Mitral kapak ve triküspid kapaklar atriyovenriküler kapakları oluştururken, aort kapağı ve pulmoner kapak semilunar kapağı oluşturur (38). Hastalık hangi kapakta problem olduğuna göre değişim göstermektedir. Hafif derecede, kapakta darlık veya yetmezlik olduğunda hastada şikâyet oluşmayabilirken hastalığın ilerleyen aşamalarında kişide nefes darlığı, çabuk yorulma ve çarpıntı, göğüs ağrısı, vücudun çeşitli yerlerinde ödemler, baş dönmeleri hatta bayılmalar dahi oluşabilmektedir (39).

#### **2.1.1.3. Mitral Stenoz**

Mitral Stenoz hastalığının büyük bir kısmını kronik romatizmal hastalık oluşturduğu bilinmektedir. Romatizmal kapak lezyonu yetmezlik veya darlığa ya da ikisine de neden olabilir. Yaşlı bireylerde her ikisi de görülmekle birlikte gençlerde darlık, çocukluk döneminde yetmezliği ön plandadır. Mitral stenozu, mitral kapak

açıklığının deformite olması veya immobilité olması nedeniyle mitral kapakta darlığa yol açan, sol ventrikülden kan akımının azalmasına sebebiyet veren patolojik bir durum olarak adlandırılabilir. Mitral stenozda kan, sol atriumdan sol ventriküle geçişi esnasında bir problem oluşmuştur (40-44).

#### **2.1.1.4. Mitral Yetersizlik**

Mitral yetersizlik, mitral kapağın yeterince kapanamaması ile sol ventriküldeki kanın sol atriuma geri kaçması olarak tanımlanır. Mitral yetmezliğin en sık nedenlerini, iskemik kalp hastalığı, romatizmal kapak hastalıkları, mitral kapak prolapsusu, infektif endokardit, annular kireçlenme ve kardiyomyopatiler oluşturmaktadır (45,46). Cerrahi tedavisinde kapak replasmanı ve mitral rekonstrüksiyonu ameliyatları uygulanmaktadır (47).

#### **2.1.1.5. Triküspit Yetmezliği**

Triküspit kapak, kanın sağ atriyumdan sağ ventriküle geçişini kontrol eden üç yaprakçıklı bir kapak olmakla birlikte triküspit darlık veya yetmezliğini oluşturan en sık neden olarak romatizmal kalp hastalığı gösterilmektedir. Triküspit kapak hastalığı genel olarak yetmezlik şeklinde görülmektedir. Triküspit yetmezliği çok nadir olarak tek başına bulunmakla birlikte genellikle aort ve mitral kapak hastalıklarıyla birlikte görülmektedir ve tedavisinde bu hastalıklarla birlikte görülme durumlarına göre plan oluşturulmaktadır. Triküspit yetmezliğin en sık nedenini romatizmal kalp hastalığı ve endokardit oluşturmaktadır. Triküspit yetmezliğe sahip olan hastaların çoğunluğunda atrial fibrilasyon görülmektedir. Hastalığa dair belirtiler geç ortaya çıkmakla birlikte boyun toplardamarlarında belirginleşme ve karaciğerde büyüme görülmektedir. Tedavisinde ring annuloplasti operasyonu yapılabileceği gibi özel dikiş teknikleri kullanılarak yetmezlik düzeltilebilmektedir (48-50).

#### **2.1.1.6. Triküspit Stenoz**

Triküspit darlığı genellikle romatizmal nedenlerle oluşmakla birlikte bağ dokusunun hastalıkları da nadir olarak triküspit darlığına neden olabilmektedir. Bu hastalığın belirtileri genellikle kırklı yaşlarda ortaya çıkmaktadır. Belirtilerinde nefes darlığı, çabuk yorulma, periferik ödem görülebilmektedir. Hastaların çoğunluğunda

atrial fibrilasyon görülmektedir. Hastalığın çokilerleyen dönemlerinde karaciğerde büyüme ve asit görülebilmektedir. Bu hastalıkta su ve tuz kısıtlaması önemlidir. Girişimsel tedavi olarak farklı etiyojilere bağlı triküspit darlığında triküspit balon valvotomi uygulanabilmektedir (51,52).

#### **2.1.1.7. Aort Darlığı (Stenoz)**

Aort kapağı ve sol ventrikül çıkış yolunda oluşan darlık, aort darlığı olarak tanımlanabilmektedir. Aort stenozu çeşitli nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir bunlar; konjenital, romatizmal, biküspid aorta ve senil dejenerasyon olarak bilinmektedir. Aort stenozunun fizyopatolojisinde sol ventrikül basıncının arttığı ve buna bağlı olarak sol ventrikül kitlesinde de artış olduğu görülmektedir. Artan kitleye bağlı olarak sol ventrikül basıncındaki artış karşılanamazsa sol ventrikülün işlevi bozulur. Aort stenozunun öncelikli belirtilerini bayılma, nefes darlığı ve göğüs ağrısı oluşturur (53,54). Cerrahi tedavisinde kapak replasmanı uygulanır. Sol ventrikül fonksiyonu bozulan hastalarda, oluşan ciddi aort darlığında semptomlar görülme de cerrahi tedavi yapılır. Semptomların görüldüğü ancak ameliyatı kaldıramayacak hastalarda perkütan balon ve valvüloplasti uygulanabilir (55,56).

#### **2.1.1.8. Aort Yetersizliği (Regürjitasyon)**

Aort yetersizliği kalbin aort kapağının sızıntısı anlamına gelmekle birlikte ventriküller diyastol esnasında kanın ters yönde aortadan sol ventriküle akışına sebep olur bu durumda kalp kası daha fazla ve zor çalışır (53). Aort yetersizliği, Akut aort yetmezliği ve kronik aort yetmezliği olarak iki ye ayrılmaktadır. Akut aort yetersizliğinde; endokardit kaynaklı aort kapağının delinmesi ile sol ventrikül kan hacminde ani bir artış yaşanır (57). Sol ventrikülde kan hacminin artmasıyla dolum basıncında artış yaşanır, oluşan bu durum sol atriumda basıncın artmasına ve sonucunda pulmoner ödem gelişmesine sebep olur. Akut aort yetmezliği ileri düzeyde olursa acil müdahale edilmesi gereklidir. Aort kapak replasmanı acil olarak gerçekleşmez ise hastada ölüm riski artar (58). Kronik aort yetersizliğinde ise akut aort yetmezliğinin etkileri, bireyin hemodinamisini bozmaz ise sol ventrikülün dilatasyonu ve sol ventrikül hipertrofisi ile bir uyum oluşur. Bu durumda aşırı yük telafi edilebilir duruma gelir. Hastada oluşan bu dengelenmiş faz bir süre sonra yerini sol ventrikülün

dekompanse olmasıyla dolun basıncının artmasına bırakır. Aort yetersizliği tedavisinde dekompanasyon evresinden önce bireye aort kapak replasmanı yapılması gerektirebileceği bildirilmektedir (59).

### **2.1.1.9. Kalp Tümörleri**

Kalp tümörleri kalp akciğer pompasının kullanım alanına girmesinden sonra cerrahi açıdan ulaşılabilir hale gelmiş olup basit bir otopsi merakından daha çok cerrahi olarak tedavi edilebilir bir patoloji haline dönüşmüştür. Kalp tümörleri büyük hacime ulaşmaya kadar belirti vermez ve nonspesifik bulgularla karşımıza çıkar. Çok erken dönemlerde tanısının konulup cerrahi açıdan ulaşılabilen tümörlerin prognozu daha iyi olmaktadır. Kalp tümörleri ikiye ayrılmaktadır; kalbin kendi dokusundan kaynaklanan tümörlere primer, başka bir doku ile metastaz yapmasıyla oluşan tümörlere ise sekonder tümörler denilmektedir (60). Primer kalp tümörleri nadir görülmekle birlikte bu tümörlerin genel olarak %75'inin benign olduğu, primer malign tümörlerinin ise prognozunun kötü olduğu bilinmektedir (60,61).

Primer benign kalp tümörlerine en sık rastlanan miksomalardır, primer malign tümörler ise nadir olup çoğunlukla sarkomatöz yapıdadırlar. Sekonder tümörlerin özellikle akciğer ve meme dokusundan kaynaklandığı ve hematolojik maligniteler sırasında ortaya çıktığı bilinmektedir (62).

Benign kalp tümörlerinin izlenmesi ve cerrahi operasyona uygun olanlarının embolizasyon ve ani ölüm riski nedeniyle ele alınması gerekir. Malign tümörlerde ise ekokardiyografi ile erken tanı konulmasına rağmen prognozlar kötü seyretmiştir. Metastaz yapmış tümörlerin, paraneoplastik sendrom tablosunun tedavisi semptomatik uygulanabilmekle birlikte nadir olarak cerrahiden yararlanılmaktadır (63).

## **2.2. Kalp Hastalıklarında Tedavi Yöntemleri**

Kalp hastalıklarında bireyler kalp damarlarının tıkanması ile kalp krizi geçirebilmektedirler. Oluşan bu durum kalbin bir kısmının hasar görmesiyle kalp yetmezliği gelişmesine hatta bazı durumlarda bireyin yaşamını kaybetmesine neden olabilmektedir. Tedavisinde, birden fazla ilaç kullanımı olabileceği gibi uygun olan hasta bireylere stent takılabilmekte ve koroner bypass ameliyatı da



uygulanabilmektedir. Stent ile açılması uygun olmayan hastalarda kalp akciğer makinesinin kullanıldığı, durmuş kalp üzerine cerrahi işlemin uygulandığı kalbin sonrasında tekrar çalıştırılacak şekilde bypass ameliyatı gerçekleştirilmektedir. Uygun hastalarda çalışan kalptede cerrahın tercih ve tecrübelerine göre bu operasyon yapılabilmektedir. Günümüzde iş kaybının azaltılması, sosyal yaşama erken dönmenin sağlanması gibi nedenlerden dolayı koltuk altından veya küçük kesilerle de uygun hastalarda kalp ameliyatı gerçekleştirilmesi mümkün olabilmektedir. Ayrıca bir cerrahın hasta başında bulunup diğerinin ise robotun başında bulunduğu 1-2 santimetrelilik insizyonlar ile uzak bir noktadan komuta edilerek yapılan bir ameliyat olan robotik cerrahi yönteminde kalp ameliyatlarında (kalp kapak değişim ve onarımı, atrial septal defek (kulakçıklar arasında doğuştan oluşan deliğin kapatılması), kalp tümörü çıkarılması ve bypass ameliyatları gerçekleştirilebilmektedir (64,65).

Kalp cerrahisi kalbe uygulanma biçimine göre “açık kalp cerrahisi ve kapalı kalp cerrahisi” olarak ikiye ayrılmaktadır (26,66).

### **2.2.1. Kapalı Kalp Cerrahisi**

Kapalı kalp ameliyatı, kalp ve akciğer çalışırken kalbe ekstrakorporeal sirkülasyon cihazı kullanılmadan cerrahi girişimde bulunulmasıdır (67). Genellikle dışarıdan bir müdahale ile küçük bir kesi yapılması sonucu parmak veya bir cihaz yardımı ile kalp için gereken cerrahi işlem uygulanmaktadır. Günümüzde ise açık kalp ameliyatı için uygun olmayan yapılması yüksek riskli hastalara kapalı kalp cerrahisi yöntemleri uygulanmaktadır (26,68).

### **2.2.2. Açık Kalp Cerrahisi**

Açık kalp ameliyatları, kalp ve akciğerlerin devre dışı bırakılmasıyla gerçekleştirilen ve kalp hastalıklarının cerrahi yöntemle tedavisinde kullanılan ameliyatlara denilmektedir (64).

Kalp ve akciğer fonksiyonları ameliyat esnasında vücut dışında bir makine tarafından geçici olarak sağlanmasına ‘Ekstrakorporeal Sirkülasyon (ECC)’ ya da ‘Kardiyopulmoner Bypass (KPB)’ adı verilmektedir. Bu ameliyat da geçici olarak kardiyak arrest oluşturulmakta ve kardiyopulmoner bypass teknikleri ile miyokardı

koruma uygulamaları gerçekleştirilmektedir (67,69). Büyük damarlara uygulanacak ameliyatlarda ve birçok kalp ameliyatında açık kalp ameliyatı tercih edilmektedir (70).

Edinsel defektler (kroner arter hastalığı, kalp kapağı hastalığı),konjenital defektler (atrial septal defekt, büyük damarların transpozisyonu, fallot tetralojisi, trunkus arteriozus, triküspit atrezisi, aort stenozu ) gibi durumlarda açık kalp ameliyatı yapılmaktadır (19,71,72). Açık kalp ameliyatı 20.yy ikinci yarısından sonra tıp alanındaki gelişmelerden en fazla etkilenen yöntemlerdendir ve son 35 yıl içerisinde yaygın olarak kullanılan teknikleri oluşturur. Bu alandaki yöntemlerin gelişmesi ile tedavi edilen hasta sayısında artış görülmüştür. Günümüzde ise kalp hastalıklarında koroner arter bypass, kalp kapağı tamiri, kalp kapağı replasmanı ve kalp transplantasyonu rutin cerrahi işlemler arasında yer almaktadır ve kalp cerrahisi yaşam kalite ve süresinin artmasını sağlamaktadır (19).

### **2.3. Açık Kalp Ameliyatı Öncesi Hemşirelik Bakımı**

Açık kalp ameliyatı olacak olan hastalar ameliyattan önce fizyolojik ve psikolojik bakıma gereksinim duymaktadırlar. Bu nedenle ameliyattan önceki dönemde hastadan sağlık öyküsü alınmalıdır. Hastanın genel görünüm ve davranışları, yaşam bulguları, beslenme durumu, sıvı ve elektrolit düzeyleri, boy ve kilo ölçümleri yapılmalıdır. Fiziksel tanılama yöntemleri ile kalbin inspeksiyon, palpasyon, oskültasyon sonuçları, juguler ven basıncı, periferik nabızları ve ödem durumları değerlendirildikten sonra kaydedilmelidir. Kalp ameliyatının hasta ve ailesi için önemli derecede bir stres faktörü olarak yer alması anksiyete seviyesini arttırmaktadır. Bunun için fiziksel tanılamaya ek olarak psikolojik tanılamada yapılmalıdır. Hasta ve yakınlarına bilgilendirmeler yapılarak oluşabilecek yanlış anlamalar düzeltilmelidir. Ameliyat öncesinde yapılan eğitimler ile hastaların cerrahi girişim öncesi fiziksel ve ruhsal açıdan kendilerini daha iyi hissetmeleri ve ameliyatın olumlu sonuçlarının ortaya çıkması sağlanmaktadır (73,74).

Cerrahi girişim planlanan hastaların ameliyat günü ve ameliyat öncesindeki yaşadıkları süreç hayatlarında en önemli ve tehlikeli bir gün olarak hissedilebilmektedir. Ameliyat öncesinde hastaların yaşamış olduğu kaygı durumunun en önemli nedeni

hastaların nasıl bir durum ile karşılaşacakları, ameliyat sonucunun ne olacağı konusunu bilememelerinden kaynaklanmaktadır (75,76).

Ameliyat öncesi kaygı durumunu önlemek için yapılabilecek girişimler;

- Bireyin kaygı düzeyi değerlendirilmeli,
- Bireyin kaygı durumunu arttıran uyaranlardan uzaklaştırılmalı, güvenli bir çevre sağlanmalı,
- Bireyin kendini ifade etmesi konusunda destek olunmalı,
- Bakım ve tedaviler bireye açıklanmalı, bireyin yanında bulunurken kaygı düzeyinin artmaması için sakin davranılmalı,
- Bireyin kaygı oluşturan durumları tanıması konusunda yardım edilmelidir,
- Bireye kaygı durumu ile başa çıkabilmesi konusunda, müzik dinlemek, egzersiz programı oluşturmak gibi bireye uygun yöntemler öğretilebilir (77-80).

Ameliyat olması planlanan hasta anlık stres durumuyla karşılaşmakla birlikte bu durum kişide yıllar boyunca kazanılmış olan başa çıkma mekanizmalarını önemli derecede etkilemektedir. Birey duygusal açıdan yeterince güçlü olsa dahi, cerrahi bir operasyon, acı çekme, ağrı duyma, güç kaybı veya ölüm durumu ile karşılaşabilme olasılıklarının bulunması bireyde ciddi bir yaşamsal strese neden olur. Cerrahi ve anestezinin yaratmış olduğu endişeler, geçirilecek ameliyatı ve ameliyat sonrasındaki iyileşmeyi olumsuz etkilemektedir (81).

Stres ile baş etmede şu girişimler yapılabilmektedir;

- Stres ile baş etme stratejileri geliştirilebilir, bireyin inanç değerleri, sosyal destek kaynakları kullanılarak stres durumunu kabul etme ve bu durumla baş etmesi sağlanabilir.
- Gevşeme yöntemleri öğretilebilir, bu yöntem stres ile başa çıkmada en fazla kullanılmaktadır. Sessiz bir ortam sağlanır bireyin stres faktörü dışında farklı şeyler düşünmesi, rahat ve uygun bir pozisyon ile sağlanabilir.

- Eğitim verilebilir, bireyin stres yaşadığı durum tespit edilerek var olan problem durumu ortadan kaldırılabilir.
- Sosyal destek kaynakları kullanılabilir, birey için önemli olan kişilerden gelen sosyal destek, stres ile baş etmede etkili bir yöntem olabilmektedir (77,82).

Uyku sorunu, hastalarda sağlıklı bireylere göre daha fazla gerginlik durumu yaratarak, yara iyileşmesinin gecikmesine, ağrıların artmasına ve günlük aktivitelerin yerine getirilmesinde sorun oluşturabileceği belirtilmektedir. Bu sebepten dolayı hastaların normalden daha çok uykuya ve dinlenmeye ihtiyaçları olmaktadır. Yapılan araştırmalar birçok faktörün hastalarda uyku problemine yol açabileceğini göstermiştir; havasız bir oda, ortam değişikliği, cerrahi operasyon korkusunun olması, odaya giriş çıkışların fazla olması, sabahları erken saatte kahvaltı veriliyor olması, gürültülü bir çevrenin olması, yapılan tıbbi müdahalelerin sıklığı, yüksek sesle konuşulması gibi faktörlerdir (83-85).

Hasta bireylerin uyku düzeninin sağlanması ve yeterli düzeyde dinlenmesini sağlayabilmek için yapılabilecek hemşirelik girişimleri;

- Hasta bireylerin normal uyku düzenlerini ve alışkanlıklarını inceleyerek uykuyu etkileyebilecek faktörlerin olup olmadığı konusunda hasta değerlendirilmelidir.
- Bireylerin hastalık durumundan dolayı normal uyku düzenlerinde oluşabilecek değişiklikler saptanmalıdır.
- Bireylerin gece uykusunu etkileyebilecek işlemler belirlenerek, hemşirelik bakımı hasta bireyin uykusunu kesintiye uğratmayacak şekilde uygulanmalıdır.
- Bireylerin uyku ilacı almadan uyumasını sağlayabilecek önlemler alınmalıdır (gevşeme egzersizleri, müzik dinleme vb.).
- Bireyleri gürültüden olabildiğince uzak tutmaya çalışmalı, çevredeki uyaranlar azaltılmalıdır.
- Bireylerin uyku durumları ile ilgili oluşan değişimleri düzenli olarak kayıt edilmelidir (86-88).

## 2.4. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Hemşirelik Bakımı

Ameliyat sonrasında bakım, bu dönemde oluşabilecek komplikasyonları önleyerek en aza indirebilmek, komplikasyonları erken farkederek tedaviye katkı sağlamayı amaçlamaktadır. Uygulanan cerrahi sonrası bakımın planlanması ameliyathaneden hastayı teslim alırken başlamakla birlikte hasta servise alındığında da bakımı devam eder (56).

Açık kalp ameliyatı sonrasında gelişebilecek bir çok komplikasyon bulunmakla birlikte bunlar arasında, kalp tamponadı, sıvı yüklenmesi, hipovolemi, hipotermi, hipertansiyon, bradikardi, kalp yetersizliği, miyokard enfarktüsü, serebrovasküler olay, ağrı, böbrek yetersizliği, elektrolit dengesizlikleri, karaciğer yetersizliği, koagülopati, enfeksiyon gibi faktörler yer alabilmektedir. Açık kalp ameliyatı geçiren hastanın güvenilir biçimde yoğunbakıma götürülmesiyle başlayan ameliyat sonrası bakımda erken dönemde ortaya çıkabilecek komplikasyonların tanınması ile gerekli tedavinin uygulanması mortalite ve morbidite oranlarını azaltmaktadır (73,89,90).

Ameliyat sonrasında hastanın solunum yolunun açık olması için uygun pozisyon verilir. Hava yolunun açık olmasını sağlamak amacıyla hastanın kendine gelmesiyle airway alınır. Hastanın başı hafifçe yan çevrilmelidir, ameliyat açısından risk oluşturmayacak ise hasta yan yatırılmalı ya da başı hafifçe yükseltilmelidir. Ağız içinde biriken sekresyonlar kontrol edilerek gerektiğinde aspire edilmelidir. Yapılan ameliyatın özelliğine göre değişmekle birlikte hastanın post-op erken dönemde derin solunum ve öksürük egzersizleri yapması için cesaretlendirilerek bu egzersizler yaptırılmalıdır. Hastanın bilinç düzeyi takip edilmelidir. Hastanın cilt rengi kontrol edilir. Cilt ve mukozaların siyone olmaları hastanın oksijensiz kaldığının bir göstergesi olduğundan hekime haber verilmelidir. Hastanın kirli ve ıslak ameliyat gömleği çıkartılarak temiz ve kuru kıyafetler ile değiştirilir, üzeri battaniye ile örtülür. Pansumanlarına bakılarak herhangi bir ıslaklık, kanama varmı kontrol edilmelidir, kanama durumunda hekime haber verilmelidir. Üretral ve diğer kateterlerinden gelen miktar ve özellikleri kaydedilir. IV sıvıların cinsi, miktarı ve gidiş hızı kontrol edilmelidir. Ameliyat sonrası dönemde hastanın bilinç durumu kontrol edilerek oryantasyon durumu incelenmelidir. Hastada ameliyat sonrası oluşabilecek en büyük risklerden birisi emboli olmakla birlikte emboli oluşması durumunda özellikle beyni besleyen damarların birisini tıkanmasıyla

tıkanan bölgenin fonksiyonlarına bağılı olarak bilin durumunda ve motor hareketlerde bozulmalar meydana gelebilmektedir. Bu nedenle yapılan cerrahi ameliyatı sonrası zaman ve yer oryantasyonu sorgulanarak hasta uyarılara verilecek yanıtlar yönünden değerlendirilmelidir. Hastanın sıvı dengesinin izlenmesinde aldığı çıkardığı sıvı miktarı doğru bir şekilde ölçülerek kaydedilmelidir. Ameliyat sonrasında anestezi etkisinin geçmesi sonrası hastada ağrı oluşabileceğinden hastada ağrı durumu değerlendirilerek giderilmeye çalışılır. Hastada gelişebilecek komplikasyonlar açısından takip edilir (91-94).

Hastanede yatmak ve ameliyat olmak hastalarda stres ve kaygıya neden olmakta, yaşanabilecek stres ve kaygı ayrıca uyku problemlerine neden olabilmektedir. Hastaların kaygı ve stres durumuyla baş etme yöntemleri geliştirilmeli, yaşanabilecek uyku problemi en aza indirilmelidir.

## **2.5. Uyku**

İnsan fiziksel, sosyal, duygusal ve entelektüelihtiyaçları ile bir bütün olmakla birlikte bireyin fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı olabilmesi bu temel ihtiyaçların karşılanmasına bağılıdır. Uyku, bireylerin çevresi ile etkileşiminde değişik şiddette uyarılarla geri döndürülebilir bir biçimde geçici, periyodik ve kısmi olarak kaybolması durumudur. İnsan hayatının yaklaşık 1/3'ü uykuda geçer. Maslow'un hiyerarşik ihtiyaçlarına göre de uyku, insanın en temel ihtiyaçlarından birini oluşturmaktadır. Bireyin bu temel ihtiyaçları karşılanmadığı durumlarda iyilik hali bozulur, yetersiz ve kalitesiz bir uyku kişinin iyilik halini etkilemekle birlikte yaşam kalitesini de etkilemektedir (95-98).

Uykunun dış uyarılara yanıt verebilen, birbirinden farklı özelliklere sahip evreleri mevcuttur. Bu evrelere giriş ve evrelerde kalış sürelerinin düzenli bir ritmi vardır ve kolayca geri dönebilir bir durumdadır. Dolayısıyla uyku; düzenli, tekrarlayan ve kolayca geri dönebilir, dış uyarılara yanıt eşiğinin yüksek olduğu ve göreceli olarak hareketsizlikle tanımlanan bir durumdur (99). Tüm canlılarda zaman ve süre açısından farklılık gösteren uyku, insanlarda gün boyunca uyanıklık ve uykudan oluşan bir ritim ile faaliyet gösterir. Bebekler günün büyük bir bölümünü uyuyarak geçirirken yaşın ilerlemesiyle bireyin ihtiyaç duyduğu uyku süresi giderek azalmaktadır (100). Uyku

esnasında vücudun biyolojik süreci devam eder ve hücre yenilenmesi, büyümesi sürer. Uyku vücudun birçok sistemini etkilemektedir. Bunlar; duyu durumu, hafıza, hormon salgılanması, glikoz metabolizması, bağışıklık sistemi ve vücut sıcaklığı gibi birçok psikolojik ve fizyolojik durumlarıdır. Uykusuzluk bireyin yaşam kalitesinde dâhil olmak üzere sağlık durumunu etkileyebilir. Yetersiz uyku hastalık riskini arttırabilir veya var olan hastalık probleminin artmasına neden olabilir. Uyku alışkanlığının bir gecede 6-7 saatten az olması; kan basıncı artışı, dokuların onarımı için gerekli hormonların kan düzeyinde düşmesi, inflamatuvar sitokinleri ve genellikle akşam saatlerinde düşük seyreden kortizol kan düzeyinin yükselmesi ile ilişkilidir (101,102).

Sağlıklı bir kişi, uyku için gereken koşulları sağladıktan yaklaşık olarak 15-20 dakika sonrasında uykuya dalar ve ortalama 7-8 saat uyuyarak dinlenmiş olarak uyanmaktadır. Uyku kalitesi ise kişinin sabah uandıktan sonra kendisini enerjik ve güne hazır hissetmesi, uyku süresi ve latensi, uykunun derinliği ve dinlendiriciliği ve aynı zamanda bir gecede uyanma sayısını içermesi olarak tanımlanmaktadır. Uyku aynı zamanda bireyin yenilenmesini de sağlayan bir gereksinimdir. Bu gereksinimin karşılanması bireyin fiziksel ve psikososyal iyilik halini etkileyebileceği gibi yaşam kalitesinde olumlu yönde etkilemektedir (97,103,104).

Uyku birçok faktörden etkilenmektedir. Fizyolojik, psikolojik ve çevresel faktörler sıklıkla uyku kalitesini değiştirir (105).

### **2.5.1. Uykuyu Etkileyen Fizyolojik Faktörler**

#### **2.5.1.1. Yaş ve Cinsiyet**

Bireylerin ihtiyaç duydukları uyku süreleri ile uyku evrelerinin uzunlukları yaş gruplarına göre değişim göstermektedir (106). Yaşlı bireyler gençlere göre 1,5 saat daha az uyku uyurlar, çevresel uyarılara daha duyarlıdırlar, uyku bölünmeleri ve gece sık uyanma görülür. Uyku evrelerinde değişiklikler yaşanır. Bu değişiklikler uyku kalitesini olumsuz etkiler, rahat uyku ve dinlenme engellenir (107,108).

Ayrıca yaşın ilerlemesine bağlı olarak birçok sistem hastalıkları artması ile uyku süresi, düzeni ve ritmi bozulmaktadır (97, 109). Kadınların erkeklere oranla daha

fazla uyku problemleriyle karşılaştığı, bununla birlikte uyku sürelerinin daha fazla olmasına rağmen daha fazla uyku ilacı kullandıkları belirtilmektedir (110).

### **2.5.1.2. Hastalıklar**

Hastalıklar hem fizyolojik hem de psikolojik etkileri nedeniyle uykuyu olumsuz etkilemektedirler. Özellikle ağrı ile solunum sıkıntısına sebep olabilen hastalıkların bireyin uyku kalitelerini azaltarak etkilediği bilinmektedir (111,112,113).

Kardiyovasküler hastalıklar, gastrit, peptik ülser, tiroid hastalıkları, diğer hormonal bozukluklar, diyabet, solunum sistemi hastalıkları, ruhsal hastalıklar, kas iskelet sistemi hastalıkları gibi hastalıklar uykuya dalmayı ve uykuyu sürdürmeyi zorlaştırarak gece sık sık uyanmalara, sabah erken kalmaya ve gün içinde uyuklamalara sebebiyet verebilmektedir (97,110).

### **2.5.2. Uykuyu Etkileyen Psikolojik Faktörler**

#### **2.5.2.1. Uykusuzluğa Eğilim**

Bazı bireyler stresli dönemlerde diğer bireylere göre daha kolay şekilde uykusuzluk yaşamaktadırlar. Bazı bireyler strese karşı başağrısı veya mide ağrısı ile cevap vermektedirler. Bireyin uykusuzluk geliştirmeye yatkın olduğunu ve bu durumun çok uzun sürmeyeceğini bilmesi uykusuzluk geliştiğinde bu durumla baş etmesi açısından faydalı olabilmektedir (114).

#### **2.5.2.2. Kalıcı stres**

Aile arasında yaşanan problemler, ailede ciddi bir hastalık düzeyine sahip çocukların olması veya uygun bir iş durumuna sahip olamamak uyku problemlerine katkı sağlayabilmektedir. Stres ile baş etmeyi öğrenmek uykusuzluğu tedavi etmekte yardımcı olabilmektedir (114).

### **2.5.3. Çevresel faktörler**

Çevresel faktörler uykuya dalmayı kolaylaştırabildiği gibi bazen de uykuyu engelleyici bir etken olabilmektedir. Çok sıcak veya çok soğuk ortamda bulunmak,



gürültü gibi faktörler uyku sürecini ve uyku kalitesini etkileyebilmektedir. Çevresel faktörler uykuya dalmayı kolaylaştırabildiği gibi uykuyu engelleyici bir etken de olabilmektedir (115).

#### **2.5.4. Beslenme**

Proteinli besinlerin uykuya dalmayı kolaylaştırdığı karbonhidratların ise serotonin düzeyini etkileyerek rahatlamaya yardımcı olduğu bilinmektedir. Kafeinli besinler uyku düzenini bozabilir ve uyku düzenini zorlaştırır. Yetersiz beslenme veya aşırı kiloda uyku düzenini olumsuz etkilemektedir (97). Fazla miktarda ağır ve baharatlı besinler tüketmek mideye rahatsızlık verdiği için uyku engellenmektedir. Bu nedenle etkili ve kaliteli bir uyku için dengeli beslenme önemlidir (105,116).

#### **2.5.5. Fiziksel aktivite**

Fiziksel aktiviteler bireyin yorulup daha kolay uykuya dalmasına sebep olabilmektedir. Fakat bireyin aşırı yorgun olması uykuya dalmayı güçleştirmektedir. Sabahın erken saatlerinde ve akşam yatmadan önce yapılan egzersizler uykuya yarar sağlarken, öğleden sonra ve akşam saatlerinde yapılan egzersizler uyku için en uygun egzersiz saati olarak bilinmektedir (108,113,117).

#### **2.5.6. İlaçlar ve diğer maddeler**

Narkotik ilaçlar, sedatifler, antidepresanlar, antihistaminikler, amfetaminler, diüretik gibi ilaçlar, madde bağımlılığı, alkol gibi etkenler uyku kalitesini bozabilmektedir. Ayrıca sigara içmek nikotinin uyarıcı etkisiyle uykuya geçiş sürecini zorlaştırmaktadır (118).

Hastanede hastaların uyku durumlarını etkileyen birçok etken bulunmaktadır. Bunlar; Odanın fazla havasız olması, odada hasta sayısının fazla olması, ortam değişikliği, uyku saatlerinde yapılan uygulamalar, odaya fazla girilip çıkılması, hasta odalarının fazla sıcak olması gibi durumlardan uykularının etkilendikleri bildirilmektedir (118).

Bireysel faktörlere bakıldığında; “hastaların ağrı durumlarının olması, hastalığa ait kaygılarının bulunması, yatma kalkma saatinde değişiklikler yaşamaması, tıbbi tanı ve

yapılacak uygulamalarla ilgili bilgi eksikliği nedeniyle uyku durumlarının etkilendiği belirlenmiştir” (119).

Cerrahi girişim öncesi hastanın yeterince dinlenmesi, cerrahi açıdan oluşan stresin önlenmesine ve iyileşmesine yardım eder. Bu nedenle hastanın ameliyat öncesi uyumasına yardım edilmelidir. Ameliyat sonrasında yeterli uyku ve dinlenme yara iyileşmesini sağlaması ve psikolojik açıdan iyi hissetmesine yardımcı olması açısından önemlidir. Hastanın uyku ve dinlenmesinin desteklenmesi için uygun ortamın sağlanması, anksiyete durumunun azaltılması için yeterli bilgilendirmesi ve diğer sağlık üyeleriyle hastaya ilişkin uygun bir iletişim sağlama, hastanın ilaç ve tedavilerinin doğru uygulanması hastanın dinlenmesini ve uyku kalitesini arttırabilir. Hemşireler uykunun geliştirilmesi ve iyileştirilmesinde önemli bir rol almaktadırlar (99,120).

Uyku, North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)’nın belirlediği hemşirelik tanıları arasında “Uyku-Dinlenme” başlığı altında “Uyku örüntüsünde rahatsızlık” ve “Uykusuzluk (İnsomnia)”olarak yer almakla birlikte Virginia Henderson’un tanımladığı 14 temel insan gereksiniminden biri olarak uyku “Hastanın uyku ve dinlenmesine yardım etmek” şeklinde ifade edilmektedir. Diğer hemşirelik kuramcılarında uykuyu günlük yaşam aktiviteleri içinde ele almaktadırlar (109,121,122).

Hemşirelik, hastanın uyku ihtiyacının karşılanmasını da içine alan ve temel insan gereksinimlerinin karşılanmasını sağlayan bir meslektir. Hemşireler hastaların uyku problemlerini, uyku durumlarını etkileyen hastalıklarını ve çevresel faktörleri belirleyerek uyku kalitesini arttırabilmek için gereken düzenleme ve uygulamaları yapabilmelidirler. Bu konuda hastalarında uyku kalitesini bilmesi ve değerlendirerek hemşirelerin hastaların yaşadıkları uyku problemlerine müdahale edebilmesi açısından önem arz etmektedir. Uyku ya bağlı olarak oluşabilecek problemlere müdahale ederek uykusuzluk ve sonucunda gelişebilecek problemler önlenmektedir (72,123,124).

Hemşireler hastanın uyku problemlerine yönelik, ilk olarak veri toplamalıdır. Hastanın alışkın olduğu uyku düzenini sorgulamalıdır;

“Bir günde ortalama uyku süresini, saat kaçta uyuduğunu, uykuya dalma süresini, gece boyunca kaç defa ve neden uyandığını, sabah uyanma zamanını ve

kendini nasıl hissettiği gibi normal uyku alışkanlığını sorgulamalıdır. Hastanın çevresinde gürültü faktörlerini odayı paylaştığı kişiyi, yatağın tipini, boyutu ve cinsi gibi hastanın alışkın olduğu uyku çevresine yönelik özelliklerin bilinmesi uyku sorununda hastaya yardımcı olmak için gerekli bilgilerdir. Hastanın herhangi bir uyku sorunu olup olmadığını varsa başlangıç zamanını, süresi ve sıklığını tanımlaması önemlidir. Uyku sorunu başladıysa hastada yorgunluk, huzursuzluk, konsantre olmada güçlük, kişiler arası iletişimde herhangi bir problem olup olmadığına bakılmalıdır. Hastanın hastalık nedeniyle veya hastanede kalmaya bağlı olarak uykusunu bozabilecek herhangi bir sağlık sorununun olup olmadığı, nedenleri ve bu sorunların nasıl çözümlendiği belirlenmelidir. Bu amaçla hastanın bir gün boyunca izledikleri nabız, solunum sayısı ve niteliği, kan basıncı, vücut sıcaklığındaki değişimler tanımlayıcı olabilmektedir. Hemşire hastanın kullandığı ilaçlara dikkat etmeli ve uyku düzenini etkileyebilecek ilaçları varsa gereklilikleri gözden geçirilerek doz ayarlaması yapılmalıdır. Hastanın hastanede kalmasına bağlı olarak yada hastalık nedeniyle yeme, içme, boşaltım, genel hijyen ve fiziksel etkinlikleri gibi günlük yaşamlarında değişiklik ve oluşan rahatsızlıkların uyku düzenine etkisini belirlemek önemlidir. Hemşire hastanın uyku düzenini değerlendirirken hastanın görünüm ve davranışlarını gözlemleyerek uyku düzeni bozuklarının objektif özelliklerini kaydetmelidirler. Bunlar hastanın yeterli süre uyuyamaması ve uyurken sık sık uyanma, uykuya dalmada güçlük gibi ifadeleri olabileceği gibi hemşirenin gözlemlediği sık sık esneme hareketleri, ifadesiz bir yüz görünümü, yorgun görünümü, gün boyunca uyuklama, ellerde titremelerin oluşması, göz kapaklarının düşmesi, huzursuzluk kelimeleri yanlış algılama ve kullanma, saldırgan davranışlar gibi belirtileri içerebilmektedir (96,125,126,127,128).

## **2.6. Kaygı**

Kaygı bireyin kendini güvensiz hissettiği durumlara karşı geliştirdiği, fiziksel ve toplumsal çevreden kaynaklanan tehlikelere karşı bireyi uyararak gereken uyumu sağlayıp yaşamı sürdürmeye katkı sağlayan doğal bir tepkidir. Genel olarak nedeni bilinmeyen ve anlaşılamayan yakın bir tehlikeyi beklemekte olmanın oluşturduğu, bilişsel fonksiyonlarla orantılı olarak ortaya çıkan bir tür psikolojik huzursuzluk ve gerginlik hissidir (129). Türk Dil Kurumu'nun Türkçe sözlüğüne göre kaygı "*üzüntü*

*endişe duyulan düşünce, gam, tasa” olarak ifade edilmekle birlikte tıbbi anlamında genellikle kötü bir şey olacaktı düşünceyle ortaya çıkan ve sebebi bilinmeyen gerginlik duygusu”olarak tanımlanmaktadır (130).*

Freud ile birlikte psikolojik literatüre giren kaygı kavramı, önceleri biyolojik bir kavram olarak kabul edilmekte idi. Freud kaygıyı egonun bir işlevi olarak tanımlamaktadır ve kaygı kavramına insanın yaşadığı ruhsal durumlardan daha farklı anlamlar yükleyerek kavramı daha önemli biçimde ele alarak, kavramı daha da genişletmiştir (131).

Kaygı, genel anlamlarıyla oluşan tehlike korkusunun bir yansıması sonucu ortaya çıkan tedirginlik durumu olarak tanımlansada nesnesiz olması nedeniyle korku ile karıştırılmamalıdır. Korku durumunda bir olay, insan vb. gibi nesnesi belirgin iken kaygı durumunda herhangi bir nesne durumu yoktur (131).

Kaygı durumu psikologlara göre, bireyin hayatında çok sık yaşadığı bir duygu olmakla birlikte yoğunluğu ruh sağlığını tehdit edici seviyelere ulaşmadığı sürece normal bir yaşantı durumu olarak algılanılmaktadır (132). Ancak kaygı duygusunun yoğun yaşanması sonucunda davranışlar da aksama, algılama da ve dikkatte bozukluklar ortaya çıkmaktadır. Birey bunun sonucu olarak karar verme ve problem çözmede zorluklarla karşılaşır. Kaygılı birey davranışlarını kaygı durumundan uzaklaştırmak amacıyla yönlendirmesinden dolayı çevredeki diğer olay ve durumlara uyum sağlayamaz. Bireyin kaçtığı veya dikkate almadığı durumların sayısı arttıkça davranışları birer kısır döngü oluşturarak kendisine fayda sağlayabilecek birçok kaynağın değerlendirilmemesine yol açar. Kaygı durumu çoğu kez bireyin yaşamdaki rolünü de etkilemesi ile bireyin rolünü yerine getirememesinde ki başarısızlığı, kaygı durumunun daha çok artmasına sebebiyet verebilmektedir. Kaygı duygusunu yaşamamak için bireyde çeşitli biçimlerde kaçınma tepkileri görülür; içe dönme, dışa vurum, bedensel tepki, kaçma ve problem çözme şeklindedir. Problem çözme davranışı dışındaki maddeler bireyin gelişmesi ve olgunlaşmasını desteklemesede problem çözme bireyin gelişmesini sağlayan etkili bir davranıştır (133,134).

Kaygı durumu ve bozukluklarında çeşitli belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bu belirtiler arasında; endişelenme, aşırı heyecan durumu, gerginlik, huzursuzluk, korku

durumu, dikkat dağınıklığı, unutkanlık gibi zihinsel belirtiler ile terleme hali, nefes darlığı, uyuşma, çarpıntı, gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, bulantı, baş dönmesi, yutkunma güçlüğü, boğazda tıkanıklık hissi, iştahsızlık, halsizlik ve uykusuzluk problemleri bulunmaktadır (135,136).

Hasta birey için hastalık faktörü, hastanede yatmak ve hastanenin gerektirdiği kurallara uymak, tanısal amaçlı testler, bilinmedik bir ortamın olması, cerrahi operasyonlara hazırlanma ve cerrahi deneyim yaşama kaygı durumunu etkileyen olumsuz faktörlerdendir. Cerrahi girişimler veya ameliyat durumu bireylerin duygusal açıdan etkilenmesine hatta depresyon gibi psikolojik olaylara sebebiyet verebilir. Kaygı durumunun normal den fazla bir şekilde artması bireylerin fiziksel ve psikolojik durumlarını etkileyerek ilerleyen zamanlarda patolojik durumların oluşmasına dahi neden olabilir (75,137,138,139).

Ameliyat öncesi dönemde kaygı durumuna yönelik çeşitli risk etmenleri bulunmakla birlikte bunlar; genellikle kanser öyküsü tablosu, psikiyatrik bozukluklar, geleceğe yönelik olumsuz tutumlar, depresyon durumu, sigara içme, ağrı faktörleri, cinsiyetin kadın olması, cerrahi operasyonun risk derecesi, eğitim düzeyleri ve fiziksel durum gibi etmenlerdir. Hastalık faktörünün cerrahi ameliyat durumunu gerektirmesinden kaynaklanan birçok ihtiyacını başkalarına bağımlı olarak karşılanması korkusu veya bağımsızlık durumunu tamamen yitireceği endişesi, ölüm korkusu, beden imajının bozulmasından korku duyulması, pişmanlık ve suçluluk duygusu gibi bireyi etkileyen durumsal faktörlere yol açabilmektedir. Ameliyat öncesinde hastaların yaşadıkları kaygı iyileşme süreçlerine de yansiyarak sonrasında birçok olumsuz etki yaratması açısından önem arz etmektedir. Yüksek düzeyde yaşanan kaygı, bulantı, baş ağrısı gibi fiziksel sorunların oluşmasına yol açmasının yanında ameliyat sonrasında yaşanan ağrının artması ve analjezik kullanımının artmasına yol açar. Ameliyat öncesi kaygı durumu, uygulanan anestezinin etkisinin azalmasına yol açabilir bu durum ameliyat sonrasında iyileşmeyi önemli bir biçimde etkileyebilmektedir (75,137,140,141).

Ameliyat öncesi dönemde hemşire hastayı fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan değerlendirmeli ve ameliyat öncesindeki sürece yön verebilmelidir. Hastalar ameliyat öncesi dönemde duygusal tepkiler verebilirken, bu tepkiler açık veya gizli olmakla

birlikte normal veya normal olmayan tepkilerde olabilmektedir. Hastalar ameliyat sürecini yaşamlarındaki rol ve vücut bütünlükleri açısından birer tehdit olarak görebilirler. Bu nedenlerden dolayı ameliyat öncesi dönemde hemşirelik süreci planlanırken kaygıyı değerlendirebilmek oluşabilecek sorunların önlenmesinde önem arz etmektedir. Hemşire hastayı değerlendirirken ameliyatı etkileyebilecek herhangi bir durumu, genetik hastalıklarının olup olmadığının sorgulanması, gerekli testlerin belirlenerek takip edilmesi, ameliyat sonrasında bakımın sağlanmasının gerçekleştirilmesini sağlamalıdır. Ameliyattan önce hastanın fiziksel durumları; nefes darlığı, çarpıntı, bulantı ve kusma gibi durumlarının yanında psikolojik açıdan da değerlendirilmesi, üzüntü durumu, suçluluk ve değersizlik duyguları, hastalığı kabuletmeme, kontrol kaybı veya başa çıkma yeteneğinde yetersizlik durumu olup olmadığını izlenmeli, değerlendirilmelidir. Hastanın duygularını tam olarak ifade edebilmesini, hastayı etkin bir şekilde dinlenmesini sağlamalıdır. Hasta bireyin geçmiş deneyimlerini sorgulayarak soruna yönelik başa çıkma yöntemleri öğretilmeli ve birey desteklenmelidir. Hastaya gevşeme egzersizleri öğretilerek uygulaması sağlanabilir. Hastanın yanında beklenmesi hastaya destek olması açısından önemlidir. Hasta ile sakin kısa, öz, anlaşılır bir şekilde konuşulmalıdır. Birey müzik dinlemesinin sağlanması gibi stres ve gerilimi azaltıcı bir girişim ile desteklenir, kaygı durumunun azalması için çeşitli aktivitelere yönlendirilir(kitap okuması, egzersiz yapması vb). Kaygı durumuna yol açan uyaranların uzaklaştırılması sağlanmalı, çevrede bulunan ışık, ısı gibi dış etkenler açısından en uygun ortam sağlanmalıdır. Kaygının azaltılması konusunda birey ile işbirliği yapılmalıdır (56,92,142,143,144,145).

## **2.7. Stres**

Stres kelimesinin Latince “Estrica” ve Fransızca “Estrece” den geldiği bilinmekle birlikte 17. yy da felaket, musibet, dert, keder, elem gibi anlamlarda kullanılmıştır. 18.yy ve 19. yy da stres kavramına daha farklı anlamlar yüklenerek güç, baskı, zor gibi anlamlarda durum ve objelere bağlı kişiye, organa ve ruhsal yapıya yönelik olarak kullanılmıştır. Stres kavramı buna bağlı olarak nesne ve kişinin bu tür güçlerin etkisiyle biçiminin bozulup çarpıtılmasına karşı gösterilen direnç olarak tanımlanmaya başlanmıştır (146,147).

Stresin birden çok tanımı yapılmıştır. Stres kavramının açıklanmasında önemli isimlerden olan Selye(1985)'ye göre stres kavramı; “*vücuda yüklenen herhangi bir özel olmayan isteme karşı vücudun tepkisi*” olarak tanımlanmıştır (148).

Cüceloğlu'na göre stres“*bireyin fizik ve sosyal çevredeki uyumsuz koşullar nedeniyle, bedensel ve psikolojik sınırlarının ötesinde harcadığı gayret*” olarak tanımlanmıştır (150).

Stres kavramı bugünkü anlamıyla ilk defa Fransız fizyolog Cladue Bernard tarafından 19.yy'da kullanılarak ‘*organizmanın dengesini bozan uyarılar*’ olarak ifade edilmiştir (151).

Stres, bireyler üzerinde çeşitli etkiler yaparak davranış biçimlerini ve bireyin insanlarla olan ilişkilerini etkileyen bir kavramdır. Stres durumunun oluşabilmesi için bireyin içinde bulunduğu ve ya yaşamını sürdürdüğü çevrede oluşan değişimlerin bireyi etkilemesi gerekmektedir. Oluşan değişimlerden her birey etkilenmekle birlikte bazı bireyler bu değişimlerden daha çok veya daha az oranda etkilenebilirler. Stresin oluşmasında bireyin ortam koşullarından etkilenecek vücudunda özel biyokimyasal değişimler oluşan bireyin vücut sistemlerinin harekete geçmesi gerekmektedir. Burdan da anlaşıldığı üzere stres, bir sebep yokken ya da kendiliğinden oluşabilen bir durum değildir (152).

### **2.7.1. Stres Sırasında Organizmada Meydana Gelen Değişiklikler**

Hans Selye'ye göre vücudun stresli durumlarda verdiği tepki “Genel Adaptasyon Sendromu” başlığı altında üç aşamada incelemiştir.

Birinci aşama alarm reaksiyonu safhasını oluşturmakla birlikte bu safhada organizma dış uyarana karşı harekete geçmek için hazır olur. Bu safhada birey stres oluşturan bir faktörle karşılaştığında sempatik sinir sistemi harekete geçerek vücut savaş ya da kaç tepkisi gösterir, vücutta oluşan fiziksel ve kimyasal değişmelerle birlikte birey stres oluşturan faktör karşısında yüzleşmeye ya da kaçmaya hazır duruma gelir. Oluşan bu durumda kalp atışları hızlanır, tansiyon yükselir, solunumun hızlanarak ani adrenalin salgılanır. Savaş ya da kaç tepkisinin ortaya çıktığı bu aşama ‘alarm aşaması’ olarak

tanımlanmaktadır. Vücutta oluşan tepkiler bu aşamada gözlenir durumda oldukları için stres ölçümleri çoğunlukla bu safhada yapılmaktadır(153,154,155,156).

İkinci aşama direnme aşaması olarak tanımlanmaktadır. Bu aşamada stres oluşturan faktöre uyum sağlanırsa her şey normale dönmekle birlikte harcanan enerji tekrar kazanılmaya çalışarak vücutta oluşan hasar durumu onarılmaya çalışılır. Bireyin kalp atışı, tansiyonu, solunumu düzene girerek kas gerilimi azalmaya başlar. Bireyde stresin oluşmasına karşı direnç geliştirmeye çalışmasına rağmen stresin bireyin davranışları üzerindeki etkileri gözlenebilmektedir. Bu aşama, bireyin dayanma sürecine göre günler haftalar ya da aylarca devam edebilmektedir (153,154,155,156).

Üçüncü aşama tükenme aşaması olarak tanımlanmaktadır. Bu safhada bireyin dayanma gücü belirgin şekilde azalır, bireyin davranışlarında ciddi derecelerde değişiklikler ve hayal kırıklıklarının yaşandığı, stres faktörü başa çıkılamayan bir evreye girilmiştir. Bu safhada parasempatik sinir sistemi etkilidir. Kişi tükenmiş olmakla birlikte stres kaynağı mevcut olmaya devam etmektedir. Birey başka stres kaynaklarının etkilerine açık hale gelmiştir. Sürekli stres durumunun devam etmesi vücut fonksiyonları zayıflamaktadır. Bu durumun uzun süre devam etmesi sonucu ölüm gerçekleşebilir (153,154,155,156).

### **2.7.2. Stresin Belirtileri**

Stres belirtileri fiziksel, duygusal ve zihinsel belirtiler olmak üzere üç ana başlıkta incelenmektedir.

**Fiziksel belirtiler:** Solunum sayısının artması, kalp atım sayısının artması ile kan basıncının artması, çarpıntı, kas geriliminin artması, sindirimin yavaşlaması veya durması, göz bebeklerinin büyümesi, baş ağrısı, nefes darlığı, uykusuzluk, titreme, yorgunluk gibi belirtilerdir.

**Duygusal belirtiler:** Duygusal olmak, sinirlilik ve gerginlik hali, saldırganlık, huzursuzluk hali gibi belirtilerdir.

**Zihinsel belirtiler:** Zihinsel durgunluk gibi belirtiler, unutkanlık hali, kararsızlık, sosyal hayatın yoksunlaşması gibi belirtilerdir (157,158,159).



### **2.7.3. Stres Türleri**

Stres türleri üç ana başlık altındadır.

#### **2.7.3.1. Akut Stres**

Akut stres tepkisi, travmatik bir olaydan hemen sonra ilk otuz gün içinde ortaya çıkan psikolojik tepkilerin bütünü olarak bilinmekle birlikte belirtilerin otuz gün içerisinde kaybolması gerekmektedir. Travmatik olayın bireyin zihninde tekrar tekrar yaşandığı, çaresizlik, korku, dikkat dağınıklığı, aşırı sinirlilik hali, öfkelenme, suçluluk duygusu, travmayı hatırlatan kişilerden ve ortamlardan uzaklaşma çabası gibi semptomların bütünü oluşturur (160).

Akut stres bozukluğunda birey gerçek bir ölüm, ölüm tehdidi, yaralanma olayı veya doğrudan kendisinin ya da başkalarının fiziki bütünlüğüne yönelik ağır bir tehdit gibi yıpratıcı bir olay yaşamıştır, akut stres bozukluğu tanısı konulabilmesi için bu belirtilerin ikisinde olması gereklidir. Yıpratıcı olay sonrasında aşırı seviyede korku, çaresizlik gibi duyguların yaşanmış olması gerekmektedir. Olaydan sonra veya olay esnasında kişide hissizlik, dalgınlık, şaşkınlık hali, duygusal küntlük, farkındalıkta azalma, derealizasyon, depersonalizasyon, dissosiyatif amnezi gibi belirtilerin üçü veya daha fazlası yaşanmaktadır. Kişide anksiyete belirtileri görülmekle birlikte tekrar eden düşünceler, tekrarlayan görüntü ve rüyalar görür. Kişi bu uyarılardan kaçma davranışları gösterir. Oluşan bu durumlar yaşanan olay sonrası bir ay içerisinde, en az üç gün ve en fazla 4 hafta sürmektedir (161).

#### **2.7.3.2. Episodik Akut Stres**

Episodik akut stres, stres türleri arasında ikinci sırada yer almakla birlikte episodik, nöbetler halinde gelip giden, ara sıra meydana gelen anlamına gelmektedir. Episodik akut stres sürekli devam eden bir endişe halinden kaynaklanmaktadır. Bireylerde endişelenme, aşırı duyarlılık, sinirlenme, öfkelenme ve bunun sonucunda saldırganlık görülebilmektedir. İş ortamları stresli ve dayanılmaz hale gelebilmektedir. Sürekli endişe halinde olan bireyler her an olumsuz bir durumla karşılaşacağı, tehlikeli olayların yaşanabileceği, her olayın bir felakete yol açacağı beklentisi içerisindeyler. Episodik akut stresin belirtilerinde inatçı baş ağrıları, migren, yüksek tansiyon ve kalp

hastalıkları gibi uzun süreli olabilen aşırı uyarılma belirtileridir. Tedavisi çeşitli seviyelerdeki müdahale ve genellikle profesyonel yardım gerektirmektedir. Çoğunlukla yaşam tarzları ve kişilik ile ilgili problemlerinin kalıplaşması ve rutin hale gelmesi sebebiyle kendi hayatları hakkında yanlışlıklarının farkında olmazlar. Sıklıkla kendi üzüntü ve sıkıntılarının suçunu başka insanlara ve dış olaylara yıkmaktadırlar. Yalnızca yaşanan acı ve sıkıntıların verdiği rahatsızlıktan kurtulma vaadi bu bireyleri tedavi olmaya ikna edebilir (162).

### **2.7.3.3. Kronik Stres**

Kronik stres, stres türlerinin arasında üçüncü sırada yer almakla birlikte insanların güngeçtikçe yıpranmasına neden olan eziyet veren bir stres türü olarak tanımlanmaktadır. Kronik stres, akut stresten farklı olarak uyarıcı ve heyecan verici değildir. Bu stres türü vücudu, zihni ve yaşamı mahveder, uzun süreli yıpranmalar sonucunda ise insana büyük zararlar verebilmektedir. Bu stres türü yoksulluğun, problemlili ailelerin, mutsuz evliliklerin veya istenmeyen işlerin stresi olarak bilinmektedir. Kronik stres, bireyin içerisinde bulunduğu bu kötü durumdan bir çıkış yolu bulamadığı zaman ortaya çıkar, şiddetli baskı ve gereksinimlerin stresidir. Birey umutsuzluğa düşer ve çözüm aramaktan vazgeçer. Bazı kronik stresler, çocukluk çağından kalan ve içselleşerek zihinde sonsuza dek kalan travmatik olaylardan kaynaklanmaktadır. Yaşanan bazı deneyimler kişiyi derinden etkiler ve bireyin sürekli stres ortamında olduğu bir inanç sistemi geliştirmesine neden olur. Birey kronik stres durumuna alışıp içinde bulunduğu durumun farkına varamayabilir, akut stres durumlarında ise birey durumun farkındadır. Kronik stres bireyi şiddete sürükleyebilir, intihar, kalp krizine yol açabilir ve hatta bazen kansere yol açıp ölümlere neden olabilmektedir. Kronik stres belirtilerinin tedavisi, fiziksel ve zihinsel kaynakların uzun süreli yıpratılmasından dolayı tükendiğinden dolayı oldukça zor hale gelebilmektedir, bu nedenlerden dolayı geniş kapsamlı bir tıbbi yardımın yanı sıra davranışsal tedavi ve stres yönetimi gereksinimine ihtiyaç duyulabilmektedir (162).

### **2.7.4. Stresle Başa Çıkma**

Stresle başa çıkma kişinin kendisi için strese yol açan olaylara ya da etkenlere karşı direnerek bu durumlara dayanma amacıyla gösterilen bilişsel, davranışsal

tepkilerin tamamı olarak tanımlanabilmektedir. Bireylerin başa çıkma tutumları kültür, yaş, cinsiyet, hastalık gibi birçok çeşitli etkenlere bağlı olarak değişerek bireye özgü belirtiler taşımaktadır. İnsanların yaşamlarını devam ettirdiği süreçte karşılaştıkları güçlüklerle savaşıma biçimi de başa çıkma kavramı olarak açıklanabilmektedir. Bu kavram Lazarus ve Folkman'a göre dinamik bir yapı olmakla birlikte birey ve çevresi arasındaki stresli etkileşimler ile değişebilmektedir (163,164,165).

Stres ile başa çıkmada bireyler genellikle "problem odaklı" ve "duygu odaklı" yaklaşım olmak üzere iki tür başa çıkma mekanizması kullanmaktadırlar. Problem odaklı başa çıkmada bireylerin problemden uzaklaşarak problemi değiştirebilecek ve tekrar karşılaşmayı engelleyecek önlemler aldığı ikinci tür yaklaşım olan duygu odaklı yaklaşımda ise bireylerin duygularını ertelemeye, duygularını ağlayarak ya da yemek yeme gibi faaliyetlerle boşaltma eğilimindedirler, endişelenmemeye çalışmaktadırlar (166).

#### **2.7.4.1. Stresle Başa Çıkma Teknikleri**

##### **2.7.4.1.1. Zaman Yönetimi**

Zamanı etkin bir şekilde kullanarak ve yöneterek bu konuda kararlılık sergileyen bireyler hayatlarında daha başarılı olabilmektedir. Zaman yaratma konusunda dört temel kural vardır bunlardan birincisi hayır demeyi öğrenebilmek, ikincisi öncelik oluşturan işleri yaptıktan sonra diğer işleri yapmak, üçüncüsü günlük planda olağan dışı oluşabilecek durumlar içinde vakit ayırmak, dördüncüsü farklı işler arasında mutlaka dinlenme süreleri ayırmaktır. Zaman yönetiminde kişinin özellikleri de dikkate alınarak gerçekçi bir program oluşturabilmek gereklidir. Bireyin gerçekleştirmek zorunda olduğu etkinliklerinin dışında, düzenli bir uyku, mola, dinlenme ve olası değişimler karşısında alternatif etkinliklerde oluşturulacak olan programda yer almalıdır. Örneğin yürüyüş programı planlayan bireyin yağmur nedeniyle planladığı yürüyüşü gerçekleştiremediyse odasında egzersiz yapması uygun olmaktadır (164,167,168,169,170).

##### **2.7.4.1.2. Gevşeme Egzersizleri**

Gevşeme egzersizleri, stres altında olan bireyin stresten arınması için stres karşıtı bir etki yaratır. Gevşeme egzersizi bireyde gergin ortam öncesi uygulama

yaparak veya gün içerisinde gevşeme molaları oluşturmasıyla bedende kontrolü sağlayabilmektedir. Stres tepkisinde kasların gerildiği, kan basıncı ve kan şekerinin yükseldiği ve solunumun arttığı, gevşeme egzersizlerinden sonrada kasların rahatladığı, tansiyonun düşerek, solunumun yavaş ve derin olduğu, kan şekerinin azaldığı bilinmektedir (13,164,170, 171).

#### **2.7.4.1.3. Problem Çözme Teknikleri Kullanma**

Probleme doğru bir şekilde odaklanıp buna yönelik çözüm yolları oluşturmak bireyin güçlenmesine neden olmaktadır (170).

#### **2.7.4.1.4. Kişiler Arası İlişkileri Geliştirme**

Stresli durumların oluşmasında insanlar arası ilişkiler etkili olsa da, tartışabilmek bir çözüm yolu oluşturabilmektedir. Tartışma esnasında “sen” dili yerine “ben”dili kullanmak ve cümlelerde sorumluluğu üzerine alabilmek iletişim ve ilişkiyi güçlendirebilmektedir (170).

#### **2.7.4.1.5. Solunum Egzersizi**

Stres altındaki birey çok fazla oksijen harcar ve nefes alışverişi hızlanır, gevşeme esnasında ise yavaşlar. Solunum egzersizi ise nefes alışverişini yavaşlatarak bedeni strese karşı korumada önemli bir etkidir. Yaşamımızda strese yol açan faktörlere karşı bu egzersizi hergün beş dakika tekrarlamak stresin oluşmasına engel olmaktadır (164,169,171).

#### **2.7.4.1.6. Fiziksel Aktivite**

Fiziksel aktivitelerde bulunmak bireyin formunu korumasını sağlar, beyin üzerinde olumlu gelişmelere yol açarak stresin önlenmesine yardımcı olmaktadır. Strese tepki olarak damarların daralması sonucunda yeterli olarak beslenemeyen hücreler hastalığa yatkın hale gelmektedir. Fiziksel aktiviteler ile kan akımı artarak ve hızlanarak hücrelerin daha iyi beslenmesi sağlanmaktadır. Fiziksel egzersizler ile zihinsel gevşeme sağlanarak kendine güven artar, endişelerin azalmasını kas gevşemesine etki eder (164,171,172).

Açık kalp cerrahisi hastalar açısından büyük ve riskli bir ameliyat olarak görülmekle birlikte hastalar, ameliyat öncesinde ameliyata ilişkin ve daha sonraki yaşamları için stres ve kaygı yaşayabildikleri literatür tarafından da desteklenmiştir. Hastalarda yaşanan stres ve kaygı hastaların uyku kalitesini de etkileyebilmektedir. Bu nedenle bu araştırmada açık kalp ameliyatı olacak hastaların uyku kaliteleri, kaygı durumları ve algıladıkları stres düzeyleri incelenmiştir.



### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma, T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Servisinde açık kalp ameliyatı olacak hastaların uyku kalitelerinin, kaygı durumlarının ve algıladıkları stres düzeylerinin incelenmesi amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

#### **3.2. Araştırma Soruları**

- Açık kalp ameliyatı olacak hastaların uyku kaliteleri nasıldır?
- Açık kalp ameliyatı olacak hastaların kaygıları nasıldır?
- Açık kalp ameliyatı olacak hastaların algıladıkları stres düzeyleri nasıldır?
- Açık kalp ameliyatı olacak hastaların uyku kaliteleri, kaygı durumlarının ve algıladıkları stres düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

#### **3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma kurum izni ve etik kurul onayı alındıktan sonra 19.03.2019-05.07.2019 tarihleri arasında T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Servisinde açık kalp ameliyatı planlanan hastalar ile gerçekleştirilmiştir. Kalp damar cerrahi servisi toplam 5 klinikten oluşmakla birlikte her cerrahi klinikte 19 yatak bulunmakta, by-pass ve kapak cerrahisinin ağırlıkta olduğu ameliyat sonrası hastalar yatmaktadır.

#### **3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi**

Bu araştırmanın evrenini T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde açık kalp ameliyatı olacak olan hastalar oluşturmuştur. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2018 yılında yaklaşık 1114 hastaya açık kalp ameliyatı yapılmıştır. Araştırmanın

örneklem büyüklüğü evrendeki eleman sayısı bilindiğinde kullanılan;  $n = Nt^2pq/d^2(N-1) + t^2pq$  formülü ile hesaplandı (173). Araştırmaya 18 yaş üstü, önceden planlı açık kalp ameliyatı olacak olan ve ilk kez açık kalp ameliyatı geçirecek olan, hastaneye yatmadan önce uyku problemi ve anksiyete tanısı olmayan, çalışmaya katılmaya gönüllü 257 hasta dahil edilmiştir.

### 3.5. Araştırmanın Değişkenleri

**Bağımlı değişken:** Algılanan Stres Ölçeği toplam puanları, Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği toplam puanları, Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği toplam puanları.

**Bağımsız değişkenler:** Hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, sosyal güvencesi, ekonomik düzeyi, bakmakla yükümlü olunan kişi varlığı.

### 3.6. Verilerin Elde Ediliş Yöntemi

Araştırmanın verilerinin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış “Hasta Tanıtım Formu (Ek-1)”, “Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Ölçeği (Ek-2)”, “Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (Ek-3)” ve “Algılanan Stres Ölçeği (Ek-4)” kullanıldı. Araştırmaya başlamadan önce hastalara çalışmanın amacı açıklandı ve hastaların sözlü ve/veya yazılı onamları alınmıştır (Ek-5).

**Hasta Tanıtım Formu:** Hasta tanıtım formu araştırmacılar tarafından literatüre dayandırılarak oluşturulmuştur. Hasta tanıtım formunda hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, sosyal güvencesi, gelir düzeyi, ameliyatın türü, ameliyatın ertelenme durumu, kronik hastalık varlığı, hastanede kalış süresini içeren toplam 10 soru bulunmaktadır (174,175).

**Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (Puki)-Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI):** Ölçek 1989 yılında Buyse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (176). Cronbach alfa kat sayısı 0.80 olan ölçeğin Türkiye’deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapılmıştır. Toplam 24 soru içermektedir. On dokuz soru kişi tarafından cevaplanırken, 5 soru kişinin oda arkadaşı ve ya eşi tarafından cevaplanmaktadır. Kişi tarafından cevaplanan sorular değerlendirmeye alınırken oda arkadaşı veya eşi tarafından cevaplanan sorular değerlendirmeye alınmamaktadır. Kişi

tarafından cevaplanan 19 soru ile öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu olmak üzere 7 alt boyut şekline değerlendirilmektedir. Bu yedi alt boyut puanının toplamı toplam PUKİ puanını verir. Her birinin yanıtı belirti sıklığına göre 0-3 arasında puanlanır. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi öznel uyku kalitesi 1 maddeden oluşmakta olup alınabilecek puanlara 0 ile 3 arasında değişmektedir. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi uyku latensi 2 maddeden oluşmakta olup alınabilecek puanlara 0 ile 3 arasında değişmektedir. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi uyku süresi 1 maddeden oluşmakta olup alınabilecek puanlar 0 ile 3 arasında değişmektedir. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi alışılmış uyku etkinliği 3 maddeden oluşmakta olup alınabilecek puanlar 0 ile 3 arasında değişmektedir. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi uyku bozukluğu 9 maddeden oluşmakta olup alınabilecek puanlara 0 ile 3 arasında değişmektedir. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi uyku ilacı kullanımı 1 maddeden oluşmakta olup alınabilecek puanlara 0 ile 3 arasında değişmektedir. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi gündüz işlev bozukluğu 2 maddeden oluşmakta olup alınabilecek puanlara 0 ile 3 arasında değişmektedir. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi toplamda 7 bileşen 19 maddeden oluşmakta olup alınabilecek toplam puanlar 0 ile 21 arasında bir değere sahiptir. Yüksek değerler uyku kalitesinin kötü, uyku bozukluğu seviyesinin yüksek olduğunu gösterir. Toplam puanın 5'in üzerinde olması uyku kalitesinin kötü olduğunu gösterir (176). Ölçeğin kullanım izni için yazardan e-mail yolu ile izin alınmıştır (Ek-6).

**Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği:** Ölçek Karancı ve Dirik tarafından 2003 yılında geliştirilmiş olup likert tiptedir. Ölçülen nitelik ameliyata özgü kaygıdır. Ölçeğin amaç ve kapsamında ameliyat esnasında ölmekten duyulan korkular ve ameliyat sonu oluşabilecek komplikasyon ve sınırlılıklarda duyulan endişeyi ölçmeye yöneliktir. Ameliyata özgü kaygı ölçeği toplamda 10 maddeden oluşmakta olup alınabilecek puanlar 10 ile 50 arasında değişmektedir. Ölçek ameliyat olacak yetişkin hastalara uygulanabilir. Derecelendirmesi; 1=hiç katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=kararsızım, 4=katılıyorum, 5=tamamen katılıyorum, şeklinde 5'li likert tipi ölçek üzerinde derecelendirilmektedir. Ameliyata Özgü Kaygı puanı tüm maddelere verilen yanıtların toplanması sonucunda elde edilmektedir. Sadece 8.madde toplanmadan önce ters olarak derecelendirilmektedir. Yüksek puanlar ağrı duymaktan, ameliyat esnasında ölmekten ve ameliyat sonrası çıkacak komplikasyonlardan ve kısıtlamalardan duyulan kaygıları



yansıtmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach Alfa değeri 0.79 olarak belirlenmiştir (177). Ölçeğin kullanım izni sorumlu yazardan e-mail yolu ile izin alınmıştır (Ek-7).

**Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ):** Cohen, Kamarck ve Mermelstein 1983 tarafından geliştirilmiş olup ASÖ-14 toplam 14 maddeden oluşmaktadır (178). Ölçeğin ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışması Sayın Eskin ve arkadaşları tarafından yapılmıştır ve 2013 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır. Algılanan Stres Ölçeği bireyin hayatındaki bazı durumların ne derece stresli algılandığını ölçmek için tasarlanmış bir ölçektir. Ankete katılan bireyler her maddeyi “hiçbir zaman (0) ” -“çok sık (4) ” arasında değişen 5’li Likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmektedir. Maddelerden olumlu ifade içeren 7’si tersten puanlanmaktadır. Ölçek puanları 0 ile 56 arasında değişmektedir (174,179). Ölçek iki alt boyuttan oluşmaktadır. Birinci alt boyut “Yetersiz Özyeterlik Algısı”, ikinci alt boyut ise “Stres/Rahatsızlık Algısı”dır.

1. Yetersiz Özyeterlik Algısı: Bu faktörde; 4, 5, 6, 8, 9, 10 ve 13. maddeler yer almaktadır.

2. Stres/Rahatsızlık Algısı: Bu faktörde; 1, 2, 3, 7, 11, 12 ve 14. maddeler yer almaktadır.

Ölçekte; 4, 5, 6, 7, 9, 10 ve 13. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçeğin bir alt boyutu 7 maddeden oluşmaktadır. Bir alt boyutun alabileceği puan değeri 0-28 arasında değişmektedir. Testte yüksek puan bireyin stres algısının fazlalığına işaret etmektedir (180). Bu araştırmada ASÖ-14 kullanılmış olup ölçeğin kullanım izni için ölçek sahibinden e-posta yoluyla izin alınmıştır (Ek-8).

### **3.7. Verilerin Analizi**

İstatistiksel analizler için R vers. 2.15.3 programı (R Core Team, 2013) kullanılmıştır. Veriler raporlanırken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (minimum, maksimum, medyan, ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde) kullanılmıştır. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel inceleme ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenlerin ikiden fazla grup arası değerlendirmelerinde Tek yönlü varyans analizi ve Bonferroni düzeltmeli ikili değerlendirmeler kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup arası

değerlendirmelerinde Bağımsız gruplar t testi kullanılmıştır. Nicel değişkenler arasındaki ilişki düzeyinin belirlenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Ölçek alt boyutlarının iç tutarlılık düzeylerinin belirlenmesinde Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği**

Araştırmanın tek bir merkezde uygulanmış olması ve örnekleme minimum sayıya ulaşılmış olması araştırmanın sınırlılığdır. Araştırmanın tek bir hastanede yapılmış olması sonuçların açık kalp cerrahisi olan tüm hastalara genellenebilirliğini etkilemektedir.

### **3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırmaya başlamadan önce, T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı olarak kurum izni alındı (EK-9; EK-10; EK-11), İstanbul Okan Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alındı (EK-12). Araştırmada kullanılan ölçeklerin geçerlik ve güvenirliğini yapan araştırmacılardan ölçek izinleri alındı (EK-6; EK-7; EK-8). Araştırmaya katılan katılımcılara verileri doldurmaya başlamadan önce, araştırmanın amacı doğrultusunda bilgiler verilerek bu bilgilerin sadece bilimsel amaçlarla kullanılacağı ve kişisel bilgilerinin gizli tutulacağı gibi bilgiler açıklanarak sözlü/yazılı olarak izinleri alındı (EK-5).

#### 4.BULGULAR

Bu bölümde araştırma sonucundan elde edilen verilerin bulgularına yer verilmiştir.

**Tablo 1.Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=257)**

<b>Özellikler</b>	<b>Min-Mak(Medyan)</b>	<b>Ort±Ss</b>
<b>Yaş</b>	32-89 (61)	60,64±10,52
	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	69	26,8
Erkek	188	73,2
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	228	88,7
Bekâr	29	11,3
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Okur-yazar	26	10,1
İlkokul-ortaokul	162	63
Lise	50	19,5
Lisans	15	5,8
Lisansüstü	4	1,6
<b>Sosyal Güvence</b>		
Evet	233	90,7
Hayır	24	9,3
<b>Ekonomik Düzey</b>		
Gelir < Gider	83	32,3
Gelir = Gider	152	59,1
Gelir > Gider	22	8,6
<b>Bakmakla Yükümlü Olunan Kişi Varlığı</b>		
Yok	117	45,5
Var	140	54,5
<b>Toplam</b>	257	100

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de gösterildi. Hastaların yaşlarının 32 ile 89 yıl arasında değiştiği, yaş ortalamalarının  $60,64 \pm 10,52$  yıl olduğu bulundu. Araştırmaya katılan hastaların %73,2’sinin erkek, medeni durumlarının %88,7’sinin evli, %63’ünün ilkokul-ortaokul mezunu, %90,7’sinin sosyal güvencesinin bulunduğu, %59,1’inin geliri giderine eşit, %54,5’inin bakmakla yükümlü olduğu kişi bulunduğu saptandı.

**Tablo 2. Hastaların Tıbbi Bilgilerine İlişkin Dağılımı (N=257)**

Özellikler	Min-Mak (Medyan)	Ort±ss
<b>Ameliyat Öncesi Hastanede Kalış Süresi(gün)</b>	1-36 (3)	4,13±4,41
	<b>Sayı (n)</b>	<b>%</b>
<b>Ameliyat Türü</b>		
Koroner arter bypass greft	173	67,3
Kalpkapak değişimi/onarımı	56	21,8
KABG ve KKDO	28	10,9
<b>Ameliyat Ertelenmesi</b>		
Evet	44	17,1
Hayır	213	82,9
<b>Kronik Hastalık</b>		
Evet	152	59,1
Hayır	105	40,9
<b>Kronik Hastalık Türü</b>		
Hipertansiyon	92	35,8
Diyabet	102	39,7
Hiperkolesterolemi	28	10,9
Diğer	35	13,6
<b>Toplam</b>	<b>257</b>	<b>100</b>

Araştırmaya katılan hastaların ameliyat öncesi hastanede kalış süreleri 1 ile 36 gün arasında değişmekte olup ortalama  $4,13 \pm 4,41$  gündür. Araştırma kapsamındaki hastaların %67,3’ü koroner arter bypass greft, %21,8’i kalp kapak değişimi/onarımı,

%10,9'u koroner arter bypass greft ve kalp kapak değişimi/onarımı ameliyatı geçirmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %17,1'inin ameliyatı ertelenmiştir. Hastaların %59,1'inin kronik hastalığı bulunmakta, %35,8'inde hipertansiyon, %39,7'sinde diyabet, %10,9'un da hiperkolesterolemi, %13,6'sın da ise diğer hastalıklar olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

**Tablo 3. Hastaların Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nden Aldıkları Puanların Dağılımı (N=257)**

PUKİ	Madde Sayısı	Alınabilecek min-mak puanlar	Min-Mak (Medyan)	Ort±ss	Cronbach alfa
Öznel Uyku Kalitesi	1 (6)	0-3	0-3(1)	1,24±0,86	-
Uyku Latensi	2 (2 ve 5a)	0-3	0-3(1)	1,11±0,86	-
Uyku Süresi	1 (4)	0-3	0-3(0)	0,61±0,97	-
Alışılmış Uyku Etkinliği	3 (1.3.4)	0-3	0-3(0)	0,58±0,94	-
Uyku Bozukluğu	9 (5b-j)	0-3	0-3(2)	1,60±0,69	-
Uyku İlacı Kullanımı	1 (7)	0-3	0-3(0)	0,22±0,70	-
Gündüz İşlev Bozukluğu	2 (8,9)	0-3	0-3(0)	0,47±0,70	-
<b>Toplam</b>	19	0-21	0-17(5)	5,83±3,60	0,73

Tablo 3'de hastaların Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nden aldıkları puanların dağılımına yer verildi. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi öznel uyku kalitesi bileşeni için alınan puanlar 0 ile 3 arasında değişmekte olup ortalama değeri 1,24±0,86 olarak bulunmuştur.

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi uyku latensi bileşeni için bu araştırmada hastaların aldıkları puanlar 0 ile 3 arasında değişmekte olup ortalama değeri 1,11±0,86 olarak bulunmuştur.

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi uyku süresi bileşeni için bu araştırmada alınan puanlar 0 ile 3 arasında değişmekte olup ortalama değeri  $0,61\pm 0,97$  olarak saptanmıştır.

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi alışılmış uyku etkinliği bileşeni için bu araştırmada alınan puanlar 0 ile 3 arasında değişmekte olup ortalaması  $0,58\pm 0,94$  olarak belirlenmiştir.

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi uyku bozukluğubileşeni için araştırmada alınan puanlar 0 ile 3 arasında değişmekte olup ortalaması  $1,60\pm 0,69$  olarak bulunmuştur.

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi uyku ilacı kullanımı bileşeni için bu araştırmada alınan puanlar 0 ile 3 arasında değişmekte olup ortalaması  $0,22\pm 0,70$  olarak bulunmuştur.

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi gündüz işlev bozukluğu bileşeni için bu araştırmada alınan puanlar 0 ile 3 arasında değişmekte olup ortalama  $0,47\pm 0,70$  olarak saptanmıştır.

Bu araştırmada alınan puanlar 0 ile 17 arasında değişmekte olup ortalama değeri  $5,83\pm 3,60$  olarak bulunmuştur. Ölçeğe ait iç tutarlılık düzeyinin 0,73 olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4. Hastaların Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar (N=257)**

AÖKÖ	Madde Sayısı	Alnabilecek min-mak puanlar	Min-Mak(Medyan)	Ort±ss	Cronbach alfa
Toplam	10	10-50	10-50 (26)	$26,49\pm 8,92$	0,88

Tablo 4'de hastaların Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği'nden aldıkları puanlar bulunmaktadır. Bu araştırmada alınan puanlar 10 ile 50 arasında değişmekte olup ortalaması  $26,49\pm 8,92$  olduğu bulunmuştur. Ölçeğe ait iç tutarlılık düzeyinin 0.88 olduğu saptanmıştır.

**Tablo 5. Hastaların Algılanan Stres Ölçeği-14'den Aldıkları Puanlar (N=257)**

ASÖ	Madde sayısı	Alınabilecek min-mak puanlar	Min-Mak (Medyan)	Ort±ss	Cronbach alfa
Yetersiz Özyeterlilik Algısı	7	0-28	0-28(13)	13,42±4,99	0,75
Stres/Rahatsızlık Algısı	7	0-28	0-28 (15)	14,54±5,30	0,75
<b>Toplam</b>	14	0-56	4-56 (28)	27,96±8,13	0,77

Tablo 5'de hastaların Algılanan Stres Ölçeği-14'den aldıkları puanlara yer verildi. Algılanan stres ölçeğinin iç tutarlılık kat sayısı 0,77, Yetersiz Özyeterlilik Algısı alt boyutu için iç tutarlılık katsayısı 0.75, Stres/Rahatsızlık Algısı alt boyutu için iç tutarlılık katsayısı 0.75 dir. Hastaların Algılanan Stres Ölçeği-14'den aldıkları puanların 4 ile 56 arasında değişmekte olduğu, puan ortalamasının ise 27,96±8,13 olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların ölçeğin Yetersiz Özyeterlilik Algısı alt boyutundan 0 ile 28 arasında puanlar aldığı ve puan ortalamasının 13,42±4,99 olduğu, Algılanan Stres Stres/Rahatsızlık Algısı alt boyutundan 0 ile 28 arasında puan aldığı ve puan ortalamasının 14,54±5,30 olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 6. Hastaların Yaş ve Ameliyat Öncesi Hastanede Kalış Süreleri İle Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Katsayıları (N=257)**

	Yaş		Hastanede Kalış Süresi (Ameliyat Öncesi)	
	r	p	r	p
ASÖ	0,049	0,437	-0,156	0,013*
AÖKÖ	0,082	0,193	-0,096	0,124
PUKİ	0,065	0,299	0,015	0,812

r: Pearson korelasyon katsayısı

\*p<0,05

Hastaların yaşları ve ameliyat öncesi hastane de kalış süreleriyle ölçek toplam puanları arasındaki korelasyon katsayıları Tablo 6 da gösterilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların yaşları ile ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Araştırmaya katılan hastaların ameliyat öncesi hastanede kalış süreleri ile AÖKÖ ve PUKİ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken

( $p>0,05$ ), araştırmaya katılan hastaların ameliyat öncesi hastanede kalış süreleri ile ASÖ toplam puanları arasında negatif yönde 0,156 (çok zayıf) düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $r=-0,156$ ;  $p=0,013$ ).

**Tablo 7. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması (N=257)**

Sosyo-demografik Özellikler	N	ASÖ	AÖKÖ	PUKİ
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	69	29,46±8,61	29,01±9,26	6,87±4,05
Erkek	188	27,4±7,89	25,56±8,62	5,45±3,34
<i>İstatistiksel Test</i>	<b>t</b>	t=1,808	t=2,790	t=2,598
	<b>p</b>	<sup>a</sup> 0,072	<sup>a</sup> 0,006**	<sup>a</sup> 0,011*
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	228	27,8±8,2	26,39±8,86	5,8±3,52
Bekâr	29	29,17±7,53	27,28±9,47	6,1±4,24
<i>İstatistiksel Test</i>	<b>t</b>	t=-0,855	t=-0,506	t=-0,430
	<b>p</b>	<sup>a</sup> 0,394	<sup>a</sup> 0,614	<sup>a</sup> 0,668
<b>Eğitim Düzeyi</b>				
Okur-yazar	26	28,81±8,78	30,12±9,67	6,5±3,6
İlkokul-ortaokul	162	27,78±7,6	26,31±8,85	5,94±3,43
Lise	50	23,89±10,8	25,66±8,52	5,3±3,96
Lisans ve üstü	19	23,89±10,87	25,16±8,88	5,42±4,02
<i>İstatistiksel Test</i>	<b>t</b>	F=2,440	F=1,755	F=0,792
	<b>p</b>	<sup>b</sup> 0,065	<sup>b</sup> 0,156	<sup>b</sup> 0,499
<b>Sosyal Güvence</b>				
Evet	233	27,54±7,94	25,97±8,83	5,71±3,51
Hayır	24	32±8,98	31,5±8,3	7,04±4,23
<i>İstatistiksel Test</i>	<b>t</b>	t=-2,588	t=-2,936	t=-1,737
	<b>p</b>	<sup>a</sup> 0,010*	<sup>a</sup> 0,004**	<sup>a</sup> 0,084
<b>Ekonomik Düzey</b>				
Gelir < Gider	83	29,76	28,08±9,11	6,25±3,93
Gelir = Gider	152	27,38±7,9	25,63±8,44	5,53±3,49
Gelir > Gider	22	25,14±7,71	26,41±10,81	6,32±2,78
<i>İstatistiksel Test</i>	<b>F</b>	F=3,830	F=2,061	F=1,299
	<b>p</b>	<sup>b</sup> 0,023*	<sup>b</sup> 0,130	<sup>b</sup> 0,275
<b>Bakmakla Yükümlü Olunan Kişi</b>				
Yok	117	30,01±7,53	27,35±9,1	6,01±3,71
Var	140	26,24±8,24	25,76±8,7	5,69±3,5
<i>İstatistiksel Test</i>	<b>t</b>	t=3,795	t=1,423	t=0,716
	<b>p</b>	<sup>a</sup> <0,001**	<sup>a</sup> 0,156	<sup>a</sup> 0,475

<sup>a</sup>Bağımsız gruplar t testi

<sup>b</sup>Tek yönlü varyans analizi

\* $p<0,05$

\*\* $p<0,01$

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre ölçek puanları arasındaki ilişki Tablo 7 de gösterilmiştir. Hastaların cinsiyetlerine göre ASÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamışken ( $p>0,05$ ),



araştırmaya katılan hastaların cinsiyetlerine göre AÖKÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p=0,006$ ) ve kadınların puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetlerine göre PUKİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p=0,0011$ ). Kadınların puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

Hastaların medeni durumlarına ve eğitim düzeylerine göre ASÖ, AÖKÖ ve PUKİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Araştırma kapsamındaki hastaların sosyal güvence durumlarına göre ASÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p=0,010$ ). Sosyal güvencesi olan hastaların puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların sosyal güvence durumlarına göre AÖKÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p=0,004$ ). Sosyal güvencesi olanların puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Hastaların sosyal güvence durumlarına göre PUKİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan hastaların ekonomik düzeylerine göre ASÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $p=0,023$ ). Yapılan ikili değerlendirmeler sonucunda geliri giderinden az olanların puanlarının geliri giderinden fazla olanların puanlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p=0,049$ ). Diğer gelir düzeyleri arasında fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Araştırmaya katılmaya gönüllü hastaların ekonomik düzeylerine göre AÖKÖ ve PUKİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan hastaların bakmakla yükümlü olunan kişi olması durumuna göre ASÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Bakmakla yükümlü olduğu kişi olan hastaların puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların bakmakla yükümlü oldukları kişi olması durumuna göre AÖKÖ ve PUKİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 8. Hastaların Tıbbi Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması (N=257)**

Hastaların Tıbbi Özellikleri	N	ASÖ	AÖKÖ	PUKİ
<b>Ameliyat Türü</b>				
Koroner arter bypass greft	173	28,22±7,97	26,13±9	5,69±3,46
Kalp-kapak değişimi/onarımı	56	27,91±8,91	26,52±8,92	6,09±3,76
KABG ve KKDO	28	26,43±7,58	28,61±8,33	6,18±4,15
<i>İstatistiksel Test</i>	<b>F</b>	F=0,585	F=0,928	F=0,400
	<b>p</b>	<sup>b</sup> 0,558	<sup>b</sup> 0,397	<sup>b</sup> 0,671
<b>Ameliyat Ertenmesi</b>				
Evet	44	29,07±10,31	27,75±8,78	6,98±3,84
Hayır	213	27,73±7,61	26,23±8,94	5,6±3,51
<i>İstatistiksel Test</i>	<b>t</b>	t=0,818	t=1,033	t=2,340
	<b>p</b>	<sup>a</sup> 0,320	<sup>a</sup> 0,303	<sup>a</sup> 0,020*
<b>Kronik Hastalık</b>				
Evet	152	28,72±8,48	27,18±9,16	5,86±3,59
Hayır	105	26,86±7,48	25,49±8,49	5,8±3,62
<i>İstatistiksel Test</i>	<b>t</b>	t=1,812	t=1,499	t=0,121
	<b>p</b>	<sup>a</sup> 0,071	<sup>a</sup> 0,135	<sup>a</sup> 0,904

<sup>a</sup>Bağımsız gruplar t testi

<sup>b</sup>Tek yönlü varyansanalizi

\*p<0,05 \*\*p<0,01

Araştırmaya katılan hastaların geçirecekleri ameliyat türlerine göre ölçek toplam puanları arasındaki ilişki Tablo 8 de gösterilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların geçirecekleri ameliyat türlerine ve kronik hastalık varlığına göre ASÖ, AÖKÖ, PUKİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Araştırmaya katılan hastaların ameliyatlarının ertelenme durumlarına göre ASÖ ve AÖKÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamışken (p>0,05), araştırmaya katılan hastaların ameliyatlarının ertelenme durumlarına göre PUKİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0,020). Ameliyatı ertelenmiş olanların puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

**Tablo 9. ASÖ Puanları PUKİ Puanları Ve AÖKÖ Puanları Arasındaki İlişki Düzeylerinin Belirlenmesi (N=257)**

	<b>r</b>	<b>p</b>
<b>ASÖ vs AÖKÖ</b>	0,384	<0,001**
<b>ASÖ vs PUKİ</b>	0,336	<0,001**
<b>AÖKÖ vs PUKİ</b>	0,216	<0,001**

r:Pearson korelasyon katsayısı

\*\*p<0,01

ASÖ toplam puanı ile AÖKÖ toplam puanları arasında pozitif yönde 0,384 (zayıf) düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (r=0,384; p<0,001).

ASÖ toplam puanı ile PUKİ toplam puanları arasında pozitif yönde 0,336 (zayıf) düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (r=0,336; p<0,001).

AÖKÖ toplam puanı ile PUKİ toplam puanları arasında pozitif yönde 0,216 (zayıf) düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (r=0,216; p<0,001).

## 5.TARTIŞMA

Açık kalp ameliyatı olacak hastaların uyku kalitelerinin, kaygı durumlarının ve algıladıkları stres düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılan araştırma sonucundan edilen bulgular literatür sonuçları ile tartışıldı.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamalarının  $60,64 \pm 10,52$  olduğu bulundu (Tablo 1). Fayyazi S ve Sayadi N'nin açık kalp ameliyatı öncesi ve sonrası yaşam kalitelerinin karşılaştırılması amacıyla yapmış oldukları çalışmada hastaların yaş gruplarının 45 ila 75 yaş grubu arasında değiştiği yaş ortalamalarının 58,29 yıl olduğu bulunmuştur (181). Duman ve Bilik'in açık kalp ameliyatı olacak hastalar üzerine yapmış olduğu çalışmada hastaların yaş ortalamasının  $58,81 \pm 12,17$  olduğu saptanmıştır (175). Çiftçi'nin açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerde yapmış olduğu çalışmada yaş ortalaması 58,1 yıl olarak bulunmuştur (182). Çini MŞ'nin açık kalp ameliyatı olan hastalar üzerine yaptığı çalışmada hastaların yaş ortalamasının  $60,42 \pm 10,32$  olduğu belirlenmiştir (183). Bu araştırma sonucu literatüre benzerdir.

Araştırmaya katılan hastaların %73,2'sinin erkek olduğu bulundu (Tablo 1). Fayyazi S ve Sayadi N'nin çalışmasında hastaların cinsiyetinin %67'sinin erkek olduğu belirlenmiştir (181). O' Rourke J D ve arkadaşlarının periferik vasküler hastalığı olan hastalarda perkütan koroner girişim ve koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası hastalar üzerine yapmış oldukları çalışmalarda bypass ameliyatı olan hastaların %66,2 oranında erkek olduğu saptanmıştır (184). Eti Aslan F ve ark. kalp cerrahisi sonrası ağrı hissi üzerine yapmış oldukları çalışmalarda hastaların %68,7'sinin erkek olduğu belirlenmiştir (185). Duman ve Bilik'in yapmış olduğu çalışmada, hastaların %66,7'sinin erkek olduğu saptanmıştır (175). Bu araştırma sonucu literatürü desteklemektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre kalp hastalıklarında cinsiyetin risk faktörü olduğu, erkeklerde daha çok kalp hastalığı görüldüğü bildirilmektedir. Bu araştırma sonucu da Dünya Sağlık Örgütü'nün bulaşıcı olmayan hastalıklar üzerine yapmış olduğu çalışmaya benzemektedir (186).

Araştırmaya katılan hastaların %88,7'sinin evli olduğu bulundu (Tablo 1). Çiftçi SE ve Yılmaz M'nin açık kalp ameliyatı geçirmiş bireyler üzerine yapmış oldukları çalışmada hastaların %73'ünün evli olduğu belirtilmiştir (182). Duman ve Bilik'in

çalışma da hastaların %83,3'ünün evli olduğu belirlenmiştir (175). Bulut'un açık kalp ameliyatı geçirecek hastalar üzerine yaptığı çalışmada, çalışma grubundaki hastaların %69,2'sinin evli, kontrol grubunda yer alan hastaların ise %71,1'inin evli olduğu saptanmıştır (187). Bu araştırma sonucu diğer araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada hastaların %63'ü ilköğretim mezunu olduğu saptandı. (Tablo 1). Çiftçi SE ve Yılmaz M. 'nin açık kalp ameliyatı geçirmiş olan hastalar üzerine yapmış oldukları çalışmada hastaların %68,9'unun ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir (182). Türkkkan T'nin açık kalp ameliyatı geçiren hastalar üzerine yapmış olduğu çalışma da ise hastaların %50'sinin ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir (188). Aktaş YY ve arkadaşlarının Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörler yapmış oldukları çalışmada ise hastaların %73,4'ünün ilköğretim ve daha düşük düzeyde eğitim durumuna sahip olduğu gözlemlenmiştir (189). Bu araştırma sonucu diğer araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada hastaların %90,7 oranında sosyal güvence durumuna sahip olduğu bulundu (Tablo 1). Koca A'nın açık kalp ameliyatı öncesinde hastalar üzerine yapmış olduğu çalışmada sosyal güvencesi olan hasta yüzdeliği %100 olduğu belirlenmiştir (190). Cesur S'nin cerrahi ameliyatı geçirecek hastalar üzerine yapmış olduğu çalışmada sosyal güvencesi olan hasta sayısının %80,8 olduğu görülmüştür (191). Yaman'ın açık kalp ameliyatı olacak olan hastalar üzerine yapmış olduğu çalışmada hastaların %98,7 oranında sosyal güvenceye sahip oldukları belirlenmiştir (192). Bu araştırma sonucu literatürü desteklemektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde sosyal güvencesi olan hastaların hastaneye yatma oranlarının yüksek olduğu sonucunu düşündürmektedir.

Bu çalışmaya katılan hastaların %59,1'inin gelirinin gidere denk olduğu saptandı (Tablo 1). Yapılan çalışmalarda açık kalp ameliyatı olacak hastaların %56,9'unun ve %72,7'sinin gelirinin gidere denk olduğu bulunmuştur (192,193). Araştırma sonucu literatüre paraleldir.

Bu araştırmada hastaların %54,5'inin bakmakla yükümlü olduğu kişilere sahip olduğu belirlendi (Tablo 1). zşeker E, Durak H, Canbazoğulları 'nn günübirlik cerrahide hastalar üzerine yapılan çalışmasında %62,3'ünün evde bakmakla yükümlü olduğu kişi sayısına sahip olduğu belirlenmiştir (194). Bu araştırma sonucu zşeker E, Durak H, Canbazoğulları 'nn çalışma sonucuna benzerdir.

Bu araştırmada hastaların hastanede kalış süreleri 1-36 gün arasında değişmekle birlikte ortalama kalış süreleri  $4,13 \pm 4,41$  gün arasında olduğu saptandı (Tablo 2). Köksal ve arkadaşlarının açık kalp ameliyatı üzerine yapmış oldukları çalışmalar da hastane de ortalama kalış sürelerinin 7 gün olduğu ve 6 ila 17 gün arasında değiştiği buna bağlı olarak yoğun bakımda kalış süresi uzayan hastaların çoğunluğunda solunum problemlerinin grldĞu saptanmıştır (195). Duman ve Bilik'in açık kalp ameliyatı olacak olan hastalar üzerine yaptığı çalışmada hastaların hastanede toplam kalış süreleri  $10,28 \pm 5,41$  olduğu belirlenmiştir (175). Yıldırım ve arkadaşlarının açık kalp cerrahisi sonrasında hastalar üzerine yapmış oldukları çalışmada açık kalp ameliyatı olan hastalarda hastanede kalış süreleri ortalama 6,05 gün olduğu bulunmuştur (196). Bu araştırma sonucu literatüre benzerdir.

Bu araştırmada hastaların %67,3'ne KABG ameliyatı uygulanacağı bulundu (Tablo 2). Budak'ın açık kalp ameliyatı olan hastalar üzerine yapmış olduğu çalışmasında hastaların % 71,6'sının KABG ameliyatı geçirdiği belirlenmiştir (193). Duman ve Bilik'in açık kalp ameliyatı olacak hastalarda yaptığı çalışmasında, hastaların %57,9'una KABG yapıldığı saptanmıştır (175). Yaman'ın açık kalp ameliyatı olacak olan hastalar üzerine yapmış olduğu çalışmasında hastaların %58,4'ünün KABG ameliyatı geçireceği saptanmıştır (192). Koca'nın Açık kalp ameliyatı olacak olan hastalar üzerine yapmış olduğu çalışmada deney grubu hastaların %58'i ve kontrol grubu hastaların ise %72'sinin KABG ameliyatını geçireceği belirlenmiştir (190). Araştırma bulguları literatürü desteklemektedir.

Hastaların %82,9'unun ameliyatının ertelenmediği sonucuna ulaşıldı (Tablo 2). Duman ve Bilik'in yapmış olduğu çalışmada hastaların ameliyatının %82,5 oranında ertelenmediği belirlenmiştir (175). Bu araştırma bulgusu Duman ve Bilik'in çalışmasına benzerdir.

Hastaların %59,1'inin kronik hastalığa sahip olduğu belirlendi (Tablo 2). Dirimeşe E ve arkadaşlarının KABG ameliyatı öncesi hastalar üzerine yaptıkları çalışmada hastaların%68,6'sının kronik hastalığı olduğu saptanmıştır (197). Dursun'un kalp damar cerrahisi planlanan hastalar üzerine yapmış olduğu çalışmasında kronik hastalığa sahip olan hastaların deney grubunda %54 oranında olduğu, kontrol grubunda ise %70'inin kronik bir hastalığa sahip olduğu saptanmıştır (198). Bu araştırma sonucu literatürü desteklemektedir.

Hastaların %39,7'sinin diyabet hastası olduğu, %35,8'inin hipertansiyon ve %10,9'unun hiperkolesterolemi'ye sahip olduğu %13,6'sının ise diğer kronik hastalık türlerine sahip olduğu belirlendi (Tablo 2). Sakman'ın kroner arter hastalığı olan bireyler üzerine yapılan çalışmada hastaların %39,3 ünün hipertansiyon, %6,4'ünün diyabet ve %26,1'inin ise diğer kronik hastalık türlerine sahip olduğu belirlenmiştir(199). Kulakaç'ın açık kalp ameliyatı olan hastalar üzerine yaptığı çalışmada hastaların %36'sının hipertansiyon, %9'unun diyabet %6'sının ise hiperlipidemi'ye sahip oldukları belirlenmiştir (200). Bu araştırma sonucu literatüre benzerdir.

Bu araştırmada hastaların uyku kalitelerinin incelenmesi amacıyla uygulanan Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ortalama puan  $5,83 \pm 3,60$  olarak bulunmuş olup, değerlerinin 5 ve üzeri puan olması nedeniyle uyku kalitelerinin kötü olduğu sonucuna ulaşıldı (Tablo5). Sakman'ın koroner arter hastalarının uyku kalitelerinin incelenmesi amacıyla yapmış olduğu çalışmada hastaların PUKİ puan ortalamalarının  $8,27 \pm 2,98$  olduğu hastaların %88,3'ünün kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir (199). Gökçe ve Mert'in kalp yetmezliği olan hastalarda uyku kalitesinin incelenmesi amacıyla yapmış oldukları çalışmada hastaların PUKİ puan ortalaması  $9,20 \pm 2,10$  olduğu ve uyku kalitelerinin düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (201). Yüksel Deniz'in hastanede yatan hastaların uyku kalitesinin incelenmesi amacıyla yapmış olduğu çalışmasında hastalık öncesinde PUKİ puanı  $3,11 \pm 1,269$  iken hastalık sonrası puanı  $6,52 \pm 3,064$  olduğu belirlenmiştir. Hastaların hastalık öncesinde uyku kalitelerinin iyi olduğu hastalık sonrasında uyku kalitelerinin kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (202). Duman ve Bilik'in açık kalp ameliyatı olacak olan hastalarda yapmış olduğu çalışmada hastaların PUKİ puan ortalaması  $10,27 \pm 4,23$  olduğu belirlenmiştir(175). Hedges ve arkadaşlarının

çalışmasında koroner arter bypass grefti ameliyatını açık kalp ameliyatı şeklinde olacak hastaların puanı  $6,30 \pm 3,5$  ve kapalı kalp ameliyatı şeklinde olacak hastaların  $6,31 \pm 3,7$  olduğu bulunmuştur(203). Redeker ve arkadaşlarının çalışmasında  $6,99 \pm 0,7$  bulunmuştur(204). Bu araştırma sonucu literatürü desteklemektedir. Yapılan çalışmalar hastaların ameliyat öncesi ve sonrasında uyku kalitelerinin etkilenecek kötü uyku kalitesine sahip olduğunu göstermektedir. Hastaların büyük çoğunluğunun %69,5'inin uyku alışkanlıklarında önemli bir değişimin yaşandığını göstermektedir(205).

Bu çalışmada hastaların açık kalp ameliyatı öncesi Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ) puan ortalaması  $26,49 \pm 8,92$  olup orta düzeyde kaygı yaşadıkları belirlendi (Tablo 4). Duman ve Bilik'in yapmış olduğu çalışmada hastaların ameliyata özgü kaygı puanı ortalaması  $27,28 \pm 8,48$  ile orta düzeyde kaygı durumuna sahip olduğu saptanmıştır (175). Yaman'ın açık kalp ameliyatı olacak hastalar üzerine yapmış olduğu çalışmada hastaların açık kalp ameliyatı öncesindeki AÖKÖ puan ortalaması  $22,69 \pm 6,273$  olduğu ve orta düzeyde kaygı yaşadıkları saptanmıştır (192). Bu araştırma sonucu literatüre paraleldir.

Bu çalışmada hastaların açık kalp ameliyatı öncesi algıladıkları stres düzeylerinin ölçülmesi amacıyla Algılanan Stres Ölçeği puan ortalamaları  $27,96 \pm 8,13$  iken, medyan değeri 28 olarak bulunmuştur, hastaların orta düzeyde strese sahip oldukları görülmektedir (Tablo 3). Tunç'un koroner anjiyografi olacak olan hastalar üzerine yapmış olduğu çalışmasında hastaların Algılanan Stres Ölçeği puan ortalaması  $34,21 \pm 12,64$  olarak orta düzeyde stres yaşadıkları belirlenmiştir(206). Leong ve arkadaşlarının kalp cerrahisi geçirecek hastalar üzerine yaptıkları çalışmada da hastaların kalp ameliyatı öncesinde stres düzeylerinde artış saptanmıştır(207). Bu araştırma sonucu literatüre benzerdir. Yapılan çalışmalar yaşamlarını etkileyen bir sağlık olayı ile karşılaşan bireylerin anksiyete ve stres düzeylerinin etkilendiğini ve algıladıkları stres düzeylerini arttırdığını düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre PUKİ toplam puanları arasındaki ilişki karşılaştırıldığında araştırmaya katılan hastaların medeni durumları, eğitim düzeyleri, sosyal güvence durumları, ekonomik düzeyleri, bakmakla yükümlü olunan birey olması durumuna göre aralarında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). Hastaların cinsiyetlerine göre PUKİ toplam puanları arasında



anlamli bir fark olduğu saptanmıştır ( $p=0,0011$ ). Kadınların puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 7). Hastaların cinsiyetinin kadın olması uyku kalitesini etkilerken diğer sosyo-demografik özelliklerinin uyku kalitesi üzerinde etkili bir faktör olmadığı görülmektedir. Yılmaz ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada hastaların ameliyat öncesi dönemde kontrol grubu erkek hastaların  $2,70\pm 1,33$  , kadın hastaların  $2,67\pm 1,42$  puan aldığı, deney grubu erkek hastaların  $2,87\pm 0,90$ , kadın hastaların  $2,91\pm 0,63$  puan aldığı bulunmuştur(208). Duman ve Bilik'in yapmış olduğu çalışmada hastaların cinsiyetine göre PUKİ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu ( $t:2,652$ ,  $p<0,05$ ) ile cinsiyeti kadın olan hastaların uyku kalitelerinin daha kötü olduğu belirlenmiştir. Bu araştırma sonucu literatürü desteklemektedir.

Hastaların geçirecekleri ameliyat türlerine göre, kronik hastalıkları olması durumuna göre PUKİ toplam puanları arasında anlamlı bir fark saptanmazken ( $p>0,05$ ), hastaların ameliyatlarının ertelenme durumlarına göre PUKİ toplam puanları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ( $p=0,020$ ) (Tablo 8). Ameliyatı ertelenmiş olan hastaların puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç ameliyatı ertelenen hastaların uyku kalitelerinin, ameliyatı ertelenmeyen hastalara oranla daha kötü olduğunu düşündürmektedir. Duman ve Bilik'in açık kalp ameliyatı olacak olan hastalar üzerine yapmış olduğu çalışmada da ameliyatı ertelenen hastaların uyku kalitelerinin, ameliyatı ertelenmeyen hastalara göre daha kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (175).

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetlerine, medeni durumlarına, eğitim düzeylerine göre ASÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken ( $p>0,05$ ), sosyal güvencesi olan hastaların ASÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ( $p=0,010$ ) (Tablo 7). Sosyal güvencesi olan hastaların algıladıkları stres puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç sosyal güvencesi olan hastaların algıladıkları stres düzeylerinin sosyal güvencesi olmayan hastalara göre daha az stres düzeyine sahip olduklarını göstermektedir. Güneş'in açık kalp ameliyatı olan hastalar üzerine deney ve kontrol grupları arasında yapmış olduğu çalışmasında, deney grubundaki hastaların taburculuk öncesi durumluluk anksiyete puan ortalamasının, sosyal güvencesi olan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu sonucu saptanırken ( $p<0,05$ ) taburculuk sonrası anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Kontrol grubundaki hastalarda ise

durumluluk anksiyete puan ortalamasının taburculuk öncesi ve sonrasında anlamlı bir fark oluşturduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Güneş'in yaptığı bu çalışmada sosyal güvencesi olan hastaların sosyal güvencesi olmayan hastalara göre daha az stres ve endişe yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır (209). Bu sonuç literatüre paraleldir.

Araştırmaya katılan hastaların ekonomik düzeylerine göre ASÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p=0,023$ ). Gelir durumları arasında yapılan ikili değerlendirmeler sonucunda geliri giderinden az olan hastaların puanlarının geliri giderinden fazla olanların puanlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p=0,049$ ). Diğer gelir düzeyleri arasında fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 7). Bu sonuç gelir düzeyi yüksek olan hastaların gelir düzeyi düşük olan hastalara göre daha az stres yaşadığı şeklinde yorumlanmıştır. Tunç'un koroner anjiyografi yapılacak hastalarında da gelir düzeyi yüksek olan bireylerin diğer gelir seviyelerine göre algılanan stres düzeylerinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p<0,05$ ) (206). Türkmen'in üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmasında da gelir düzeyi yüksek olan bireylerin algılanan stres düzeylerinin daha az olduğu belirlenmiştir (210). Bu sonuç literatüre benzerdir. Araştırmadan farklı olarak Uçman'ın fibromiyalji sendromu olan kadınlara yönelik çalışmasında hastaların gelir düzeyleri ile algılanan stres düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşıldığı görülmektedir ( $p>0,05$ ) (211).

Araştırmaya katılan hastaların bakmakla yükümlü olunan birey olması durumuna göre ASÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ( $p<0,001$ ) (Tablo 7). Bakmakla yükümlü olunan kişiye sahip olan hastaların puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç bakmakla yükümlü kişiye sahip olan hastaların, olmayan hastalara göre algıladıkları stres düzeylerinin daha az düzeyde olduğunu düşündürmektedir. Literatürde hastaların ameliyat öncesi bakmakla yükümlü oldukları kişiler ile algıladıkları stres düzeyleri arasında yapılmış başka çalışma sonuçlarına ulaşılamamıştır.

Araştırmaya katılan hastaların geçirecekleri ameliyat türleri, ameliyatlarının ertelenme durumları ve hastaların kronik hastalıkları olması durumlarına göre ASÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 8). Bu sonuç hastaların algıladıkları stres düzeylerinin geçirecekleri ameliyat türleri,

ameliyatlarının ertelenme durumları ve hastaların kronik hastalıklarının bulunmasıyla arasında bir ilişkinin bulunmadığını göstermektedir. Gökçe ve Çoşkun'un inguinal herni'li hastalarda cerrahi girişim öncesi ve sonrası yaptıkları çalışma da laparoskopik girişimlerin açık ameliyatlara oranla daha az strese yol açtığı, yapılan ameliyat türünün stresi etkileyebileceği belirlenmiştir (212).

Araştırmaya katılan hastaların geçirecekleri ameliyat türleri, ameliyatlarının ertelenme durumları ve hastaların kronik hastalıkları olması durumlarına göre AÖKÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 8). Bu sonuç, hastaların tıbbi özelliklerinin ameliyat öncesi kaygı durumunu etkilemediğini göstermektedir. Duman ve Bilik'in yapmış olduğu çalışmada hastaların geçirecekleri ameliyat türleri, ertelenme durumlarının ameliyata özgü kaygı ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanırken ( $p>0,05$ ) (175), yapılan araştırma sonucundan farklı olarak, hastaların kronik hastalık bulunması durumuna göre ameliyata özgü kaygı ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $p=0,010$ ,  $p<0,05$ ). Fındık ve Topçu'nun cerrahi girişim uygulanacak hastalar üzerine yapmış olduğu çalışmada planlı yapılan cerrahi girişim ile acil ve günübirlik cerrahi girişim uygulanan hastalar arasında anksiyete düzeyleri arasında fark olduğu, uygulanan cerrahi girişim türünün hastalardaki anksiyete düzeyini etkilediği saptanmıştır (213). Yapılan çalışmalardan farklı sonuçlara ulaşılmasının nedeni olarak kalp hastalıklarının tedavisinin mümkün olması, kanser vb. gibi hastalıklara göre tedavilerinin ve ortaya çıkan yan etkilerinin daha hafif olması nedeniyle ameliyata özgü kaygı durumlarının ameliyat türü, ertelenme durumu ve kronik hastalık durumunda etkili olmadığı, hastane ortam ve koşullarının da bu konuda etkili olarak oluşan kaygı durumunu azaltabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların medeni durumlarına, eğitim düzeylerine, ekonomik düzeylerine, hastaların bakmakla yükümlü olunan birey olması durumuna göre AÖKÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken ( $p>0,05$ ) (tablo 7), araştırmaya katılan hastaların cinsiyetlerine göre AÖKÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p=0,006$ ) ve kadınların puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan araştırmalarda da kadın cinsiyet faktörünün ameliyata özgü kaygı durumunu arttırdığını göstermektedir.

Fathi ve ark. kalp ameliyatı olacak hastalar üzerine yapmış oldukları çalışmada kadın cinsiyet faktörünün erkek cinsiyet faktörüne göre daha fazla kaygı düzeyine sahip olduğunu göstermiştir. Kadın hastaların durum ve sürekli kaygı arasındaki korelasyon değerinin erkek hastalardan daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p<0,001$ ). Durum ve sürekli kaygı arasındaki korelasyon değerinin pozitif yönde olduğu, kadın hastalarda ( $r=0,80$ ) iken erkeklerde ( $r=0,70$ ) olmasının kadın hastaların yaşadıkları kaygı düzeylerinin daha fazla olduğu sonucunu göstermektedir (214). Douki ve ark. koroner arter hastaları üzerine yapmış olduğu çalışmada da kadın hastaların anksiyete düzeylerinin erkek hastalara kıyasla daha fazla olduğu ve eğitim düzeylerine göre anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (215). Duman ve Bilik'in yapmış olduğu çalışmada ise hastaların ameliyata özgü kaygı durumları arasında cinsiyet ve meslek faktörüne göre fark bulunduğu ev hanımı olan kadın hastaların anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (175). Rosiek ve arkadaşlarının ameliyat öncesi stres ve anksiyete düzeyinin incelenmesi üzerine yaptıkları çalışmada da eğitim düzeyleri, yaş, vb. gibi diğer demografik verilerin cerrahi hastalıklar ve ameliyat üzerine etkisi olmadığı sonucu görülürken cinsiyeti kadın olan hastaların erkek hastalardan daha fazla kaygı durumuna sahip olduğu görülmüştür. Cinsiyetin ameliyata özgü kaygı üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (216). Bu araştırma sonucu literatüre paraleldir. Kadın cinsiyet faktörünün erkek cinsiyet faktörüne kıyasla kaygı durumlarının daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Oluşan bu durumun kadın hastaların erkek hastalara göre duygu ve düşüncelerini daha rahat ifade edebiliyor olmasından ve kadının aile içindeki rol ve sorumluluklarında oluşabilecek değişiklik durumlarının kaygı düzeyini arttırabileceği ile ilişkilendirilebilir.

Araştırmaya katılan hastaların sosyal güvence durumlarına göre AÖKÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p=0,004$ ). Sosyal güvencesi olanların ameliyata özgü kaygı puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 7). Araştırmadan farklı olarak Özer ve ark. miyokart enfarktüsü hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelenmesi üzerine yapılan çalışmada hastaların yaş faktörü, eğitim durumları, gelir düzeyleri, sağlık güvencelerinin olması durumuna göre anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Sağlık güvencesi olan hastaların ortalama anksiyete puanı ( $12,2\pm 4,1$ ) ile sağlık güvencesi olmayan hastaların ortalama anksiyete puanı ( $11,6\pm 5,8$ )

kıyaslandığında sosyal güvencesi olan hastaların daha fazla anksiyete yaşadığı görülmüştür ( $p<0,05$ ) (217). Duman ve Bilik'in yapmış olduğu çalışmada sosyal güvencesi olan hastalar ile sosyal güvencesi olmayan hastaların kaygı durumları arasında istatistiksel açıdan bir farkın bulunmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ) (175). Yıldız'ın ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası hastalar üzerine yapmış olduğu çalışmasında ise hastaların durumluk kaygı ve sürekli kaygı toplam puanlarının hastaların yaş faktörü, cinsiyeti, eğitim durumu, sosyal güvence durumu, çalışma durumu ve sosyoekonomik düzeyleri ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin bulunduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Sosyal güvencesi bulunmayan hastaların ameliyat öncesi sürekli kaygı ölçeğine göre puan ortalaması  $53,78\pm 8,69$  ve ameliyat sonrası  $53,07\pm 9,41$  ile sosyal güvencesi bulunan hastalara kıyasla kaygı durumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (218). Yapılan çalışmalarda sosyal güvence durumuna göre hastaların kaygı düzeylerinde farklı sonuçlara ulaşılmış olmasının, çalışılan örneklem sayısı ile bağlantılı olarak algıladıkları kaygı durumlarının farklı olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan hastaların yaşları ile ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 6). Bu sonuç hastaların yaş durumlarının ölçek puanları üzerinde etkili olmadığını belirtmektedir. Yapılan araştırma sonucundan farklı olarak Yıldız'ın ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası hastalar üzerine yapmış olduğu çalışmasında, hastaların durumluk kaygı ve sürekli kaygı toplam puanları ile hastaların yaş durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (218). Özer ve ark. miyokart enfarktüsü hastalar üzerine yapmış olduğu çalışmada ise yaş faktörünün ölçek puanları üzerinde etkili olduğu genç hastaların ( $11,5\pm 2,7$ ) yaşlı hastalara ( $10,9\pm 2,7$ ) oranla daha fazla stres yaşadığı görülmüştür ( $p<0,05$ ) (217). Sakman'ın koroner arter hastalığı olan kişiler üzerine yapmış olduğu çalışmasında hastaların yaş grupları ile Pittsburgh uyku kalite indeksi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,001$ ) (199). Björkelund ve ark. diyabet insidansive orta yaşta kadınların uyku bozukluklarının ilişkisinin incelendiği çalışmada hastaların yaş gruplarıyla uyku kaliteleri arasında anlamlı bir ilişkinin bulunduğu görülmektedir (219). Araştırma sonucuna benzer olarak Koç'un beyin tümörü ameliyatından önce hastaların kaygı seviyeleri üzerine yapmış olduğu çalışmasında hastaların durumluk kaygı ölçeği puanı

ve sürekli kaygı ölçeği ile yaş grupları arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (220). Wang ve arkadaşlarının kalp yetmezliği olan hastaların uyku kalitelerinin incelendiği araştırmada, yaş faktörünün uyku kalitesine etkisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (221). Bu araştırmada hastaların yaş durumları ile algıladıkları stres durumları, ameliyata özgü kaygı durumları ve uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ( $p>0,05$ ). Literatürde yaş faktörüyle ilgili yapılmış çalışmalarda araştırmadan farklı sonuçlar elde edilmiş olmasının geçirilen ameliyat türlerine ve bireyler arasındaki yorum farklılığına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların ameliyat öncesi hastanede kalış süreleri ile AÖKÖ ve PUKİ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken ( $p>0,05$ ), araştırmaya katılan hastaların ameliyat öncesi hastanede kalış süreleri ile ASÖ toplam puanları arasında negatif yönde 0,156 (çok zayıf) düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptandı ( $r=-0,156$ ;  $p=0,013$ ) (Tablo 6). Bu sonuç araştırmaya katılan hastaların ameliyat öncesi hastanede kalış sürelerinin, ameliyata özgü kaygı durumları, uyku kaliteleri arasında bir ilişkinin bulunmadığını göstermekle birlikte hastaların ameliyat öncesi hastanede kalış sürelerinin artmasıyla algıladıkları stres düzeylerinin azaldığını göstermektedir. Santos ve arkadaşlarının ameliyat öncesindeki hastaların kaygı, stres ve depresyon durumlarının incelendiği çalışmada hastaların hastanede kalış sürelerinin artmasıyla stres ve kaygı düzeylerinin arttığı saptanmıştır (222). Bu durumun hastanenin ortam ve koşullarına, sağlık personellerinin hastaya ve hastalığa yaklaşımının, hastanın stres düzeyi üzerinde rol alabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Hastaların AÖKÖ aldıkları toplam puan ile PUKİ toplam puanları arasında pozitif yönde 0,216 (zayıf) düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $r=0,216$ ;  $p<0,001$ ). Bu sonuç hastaların ameliyat öncesi kaygı durumunun uyku kalite düzeyini etkilediğini göstermektedir. Araştırmadan farklı olarak Duman ve Bilik'in yapmış olduğu çalışmada hastaların ameliyata özgü kaygı durumları ile uyku kaliteleri arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (175). Karchman ve arkadaşlarının yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan hastalar üzerine yapmış olduğu çalışmada kardiyak problemler nedeniyle yoğun bakım ünitesinde alınan hastaların uyku durumlarını etkileyen en önemli faktörün hastalığa bağlı yaşanan kaygı durumu

olduğu belirlenmiştir (223). Bu araştırma sonuculiteratürü desteklemekle birlikte literatürde yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiş olmasının nedeni olarak örnekleme sayısındaki farklılıkların rol alabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların ASÖ toplam puanı ile PUKİ toplam puanları arasında pozitif yönde 0,336 (zayıf) düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $r=0,336$ ;  $p<0,001$ ). Bu araştırma sonucu hastaların algıladıkları stres düzeylerinin uyku kalite düzeylerini etkilediğini göstermektedir. Karaman ve arkadaşlarının cerrahi operasyon geçirecek hastalar üzerine yapmış oldukları çalışmada hastaların stresle başa çıkmak için kullandıkları tekniklerin uyku durumunu etkilediği görölmüştür (224). Bu araştırma sonucu literatüre paraleldir.

Araştırmadaki hastaların ASÖ aldıkları toplam puan ile AÖKÖ toplam puanları arasında pozitif yönde 0,384 (zayıf) düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $r=0,384$ ;  $p<0,001$ ). Bu sonuç hastaların algıladıkları stres düzeylerinin kaygı durumlarını etkilediğini göstermektedir. Kumar ve arkadaşlarının konjenital kardiyak cerrahi uygulanan çocuklar ve ebeveynlerinde ameliyat öncesi stres ve anksiyete düzeyinin incelendiği çalışmada çocuklar ile ebeveynlerin stres ve kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farkın olduğu ( $p<0,001$ ) görölmüştür ve ebeveynlerin çocuklardan daha fazla stres ve kaygı yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır (225). Wetsch'nin günübirlik ameliyat geçirecek olan ve daha önce bir cerrahi girişim geçirmiş olan hastaların ameliyat öncesi stres ve kaygı düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada günübirlik ameliyat olacak hastaların cerrahi girişim geçirmiş olan hastalara oranla daha anlamlı ve yüksek seviyede preoperatif stres ve anksiyete yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır ( $p<0,001$ ). Bu araştırma sonucu Wetsch'nin çalışma sonucuna benzerdir. Hastaların açık kalp ameliyatı öncesindeki stres düzeylerinin artmasının kaygı düzeylerini de arttırdığı yorumu yapılabilir (226).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Açık kalp ameliyatı olacak hastaların uyku kalitelerinin, kaygı durumlarının ve algıladıkları stres düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmada, aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

- Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının  $60,64 \pm 10,52$  yıl, hastanede ameliyat öncesi yatış süresinin ortalama  $4,13 \pm 4,41$  gün, %73,2'sinin erkek, %63'ünün ilkokul-ortaokul mezunu ve %88,2'sinin evli, % 67,3'ünün koroner arter bypass greft ameliyatı geçireceği, %82,9'unun daha önce ameliyatının ertelenmediğini, %59,1'inin kronik hastalığa sahip olduğu bulundu.
- Bu araştırmada hastaların uyku kalitelerinin incelenmesi amacıyla uygulanan Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ortalama puan  $5,83 \pm 3,60$  olarak bulunmuş olup, değerlerinin 5 ve üzeri puan olması nedeniyle uyku kalitelerinin kötü olduğu sonucuna ulaşıldı.
- Bu araştırmada hastaların açık kalp ameliyatı öncesi Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ) puan ortalaması  $26,49 \pm 8,92$  olup orta düzeyde kaygı yaşadıkları saptandı.
- Bu araştırmada hastaların açık kalp ameliyatı öncesi algıladıkları stres düzeylerinin ölçülmesi amacıyla Algılanan Stres Ölçeği puan ortalamaları  $27,96 \pm 8,13$  olduğu, hastaların orta düzeyde strese sahip oldukları bulundu, yaşamlarını etkileyen bir sağlık olayı ile karşılaşan bireylerin anksiyete ve stres düzeylerinin etkilendiğini ve algıladıkları stres düzeylerini arttırdığı sonucuna ulaşıldı.
- Hastaların cinsiyetlerine ve ameliyatların ertelenme durumlarına göre PUKİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ( $p < 0,05$ ).
- Araştırmaya katılan hastaların sosyal güvencesi olma durumu, ekonomik düzeyi ve bakmakla yükümlü olduğu kişi varlığına göre ASÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ( $p < 0,05$ ).



- Araştırma kapsamındaki katılan hastaların cinsiyetlerine ve sosyal güvence varlığına göre AÖKÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ( $p < 0.05$ ).
- Araştırmaya katılan hastaların sosyal güvence durumlarına göre AÖKÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ( $p = 0,004$ ). Sosyal güvencesi olanların ameliyata özgü kaygı puanlarının daha düşük olduğu belirlendi.
- Hastaların hastanede kalış süreleri ile ASÖ toplam puanları arasında negatif yönde 0,156 (çok zayıf) düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptandı ( $r = -0,156$ ;  $p = 0,013$ ). Bu sonuç araştırmaya katılan hastaların hastanede kalış sürelerinin, ameliyata özgü kaygı durumları, uyku kaliteleri arasında bir ilişkinin bulunmadığını göstermekle birlikte hastaların hastanede kalış sürelerinin artmasıyla algıladıkları stres düzeylerinin azaldığını göstermiştir. Hastanenin ortam ve koşullarının, sağlık personellerinin hastaya ve hastalığa yaklaşımının, hastanın stres düzeyi üzerinde rol alabileceği sonucuna ulaşıldı.
- AÖKÖ toplam puanı ile PUKİ toplam puanları arasında pozitif yönde 0,216 (zayıf) düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $r = 0,216$ ;  $p < 0,001$ ). Hastaların ameliyat öncesi kaygı durumunun artmasının uyku kalite düzeyini kötü yönde etkilediği sonucu belirlendi.
- ASÖ toplam puanı ile PUKİ toplam puanları arasında pozitif yönde 0,336 (zayıf) düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $r = 0,336$ ;  $p < 0,001$ ). Hastaların algıladıkları stres düzeylerinin artmasının uyku kalite düzeylerini kötü yönde etkilediği sonucu saptandı.
- ASÖ toplam puanı ile AÖKÖ toplam puanları arasında pozitif yönde 0,384 (zayıf) düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $r = 0,384$ ;  $p < 0,001$ ). Hastaların algıladıkları stres düzeylerinin artması sonucu kaygı durumlarının arttığı sonucuna ulaşıldı.
- Ölçekler arasında PUKİ ve AÖKÖ, PUKİ ve ASÖ, AÖKÖ ve ASÖ, ilişkinin bulunduğu sonucuna ulaşıldı.

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- Hastaların ameliyat öncesindeki dönemde uyku kaliteleri, stres ve kaygı durumları değerlendirilmeli,
- Hemşireler ameliyat öncesi hastaların uyku kalitesi, stres ve kaygı düzeyleri değerlendirerek hastalara bu konuda gereken hemşirelik girişimlerini planlamaları ve gerekli desteği sağlamalı,
- Hastaların ameliyat öncesi dönemde stres, kaygı ve uyku kaliteleri arasında anlamlı bir ilişki durumunun olduğu ve birbirini etkilediği bilinmeli, ameliyat öncesi dönemde stres ve kaygı durumunu en aza indirecek ve uyku kalitelerini arttıracak girişimler yapılmalı,
- Ameliyat öncesi dönemde farklı değişkenler açısından daha fazla sonuca ulaşılabilmesi için çok merkezli ve geniş örneklem grubu ile benzer araştırmaların yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- 1) Şencan İ, Keskin Kılıç B, Ekinci B, Öztemel A, Sarıoğlu G, Çobanoğlu N ve ark. “Türkiye Kalp Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı 2015-2020”, Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti, Ankara, 2015: 1-20.  
<https://www.tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf> Erişim: 20 Mart 2019.
- 2) WHO. “World Health Statistics”, 2018.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1> Erişim: 04 Eylül 2019.
- 3) Koplay M, Erol C. “Koroner arter hastalığı”, *Trd Sem*, 2013, (1); 57-69.
- 4) Yıldız H, Pınar R. “Cinsellik ve kalp”, *Sendrom*. 2004, (16): 87-92.
- 5) Aydemir Y, Doğu Ö, Amasya A, Yazgan B, Gazioğlu E, Gündüz H. “Kronik Solunum ve Kalp Hastalıklarında Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve İlişkili Özelliklerin Değerlendirilmesi”, *Sakarya Medical Journal*, 2015, 5(4); 199-203.
- 6) Ertekin Ş. *Hastanede Yatan Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi*. C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. O Doğan). Sivas; 1998.
- 7) Önler E, Yılmaz A. “Cerrahi birimlerde yatan hastalarda uyku kalitesi”, *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*, 2008, 16 (62): 114-121.
- 8) Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö. “Pittsburg uyku kalitesi indeksinin geçerliliği ve güvenilirliği”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1996, 7(2); 107-115.
- 9) Arslan S. *Kanserde Uyku Sorunlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi* (Tez). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Konya; 2005.
- 10) Lafçı D. *Müziğin kanser hastalarının uyku kalitesi üzerine etkisi* (Tez). Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Adana; 2009.
- 11) Birol L, Akdemir N. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, 1.Baskı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, Perspektif Baskı, İstanbul, 2003: 243-304.
- 12) Onan N, Barlas GÜ, Karaca S, Yıldırım NK, Taşkıran O, Sümeli F. “The Relations Between Perceived Stress, Communication Skills And Psychological

- Symptoms In Oncology Nurses”, *Clinical and Experimental Health Sciences*, 2015, 5(3): 170.
- 13) Yıldırım İ. “Stres ve stresle başa çıkmada gevşeme teknikleri”, *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1991: 6(6).
  - 14) Nilsson U. “The effect of music intervention in stres response to cardiac surgery in a randomized clinical trial”, *Heart & Lung*, 2009, 38(3): 201-207.
  - 15) Grieve RJ. “Day surgery preoperative anxiety reduction and coping strategies”, *British Journal of Nursing*, 2002, 11(10); 670-678.
  - 16) Couma W, Schmidt AP, Schneider CN. “Risk factors for preoperative anxiety in adults”, *Acta Anaesthesiol Scand*, 2001, 45: 307-297.
  - 17) Sevinç S. “Kardiyovasküler sistemindeğerlendirilmesi”, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, İstanbul, 2006, 3(1): 12-21.
  - 18) Demir Korkmaz F. “Kalp damar sistemi cerrahisinde bakım”, Editör: Eti Aslan F. *Cerrahi bakım vaka analizleriyle birlikte*, Akademisyen Tıp Kitap Evi, Ankara, 2016; 699-812.
  - 19) Lewis SM, Collier CI, Heitkemper MM. *Medical Surgical Patient Fourth Edition*, Toronto, Mosby, 1998: 957-961.
  - 20) Ersin Ö, Ali Kemal S. “Normal Koroner Anatomi ve Varyasyonlar”, Trd Sem. 2013, (1): 36-56.
  - 21) Tüysüz ME. *Koroner anjiyografik olarak görüntülenemeyen sol ön inen arter (lad) hastalıklarında cerrahi ile medikal tedavinin kısa ve uzun dönem sonuçlarının karşılaştırılması* (Tez). T.C Sağlık Bakanlığı Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi, İstanbul; 2005.
  - 22) Edwards WD. “ Applied anatomy of the heart ”, *In:Giuliani ER, Fuster V, Gersh BJ, et al, eds Cardiology Fundamentals and Practice*, 2d ed: Vol 1.St Louis: Mosby-Year Book, 1991: 47-112.
  - 23) Edwards WD. “Anatomy of the cardiovascular system: Clinical Medicine”, Vol 6. Philadelphia: Harper and Row, 1984, 1-24.
  - 24) T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2019.

<https://siyamiersekeah.saglik.gov.tr/TR,246522/anjiyo-nedir.html> Erişim: 07 Temmuz 2019.

- 25) Solak H. *Koroner Arter Cerrahisi*, Gökçe Ofset, Konya, 1995.
- 26) Aygin D. “Kalp Hastalıkları Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı”, Editör: Mihmanlı M. *Cerrahi Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı*, 1. Baskı, Sakarya Üniversitesi Yayınları, Sakarya, 2007: 209–250.
- 27) Sydell And Arnold Miller Family Kalp ve Damar Enstitüsü. “Koroner Arter Hastalık Hastalık Tedavisi Rehberi”, 2000-2009. [https://my.clevelandclinic.org/ccf/media/files/ghs/Turkish%20Guides/158339-CAD%20Guide%20for%20GPS\\_TR.pdf](https://my.clevelandclinic.org/ccf/media/files/ghs/Turkish%20Guides/158339-CAD%20Guide%20for%20GPS_TR.pdf) Erişim: 08 Mart 2019.
- 28) Heper C. *Multidisipliner Kardiyoloji*, Nobel ve Güneş Tıp Yayınevi, 2005.
- 29) Paç M. *Kalp-Damar Cerrahisi*, Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, 2004: 116-225.
- 30) Griffin BP, Topol EJ. *Manuel of Cardiovascular Medicine*, 2nd edition Lippincott Williams & Wikins, 2004: 191-239.
- 31) Guyton AC, Hall JE. “Tıbbi Fizyoloji” Çavuşoğlu H, Yeğen B, (Çev.). 11. Basım, Nobel Tıp Kitabevi, 2007: 252-256.
- 32) Abacı A. *Kronik Koroner Arter Hastalığı*, 11. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 2009: 41-42, <http://www.tihud.org.tr/uploads/content/kongre/11/11.11.pdf> Erişim: 04 Nisan 2019.
- 33) Onat A, Keleş S, Çetinkaya A, Basar Ö, Yıldırım B, Erer B, Ceyhan K, Eryonucu B, Şansoy V. “ On yıllık tek harf çalışması verilerine göre Türk erişkinlerinde koroner kökenli ölüm ve olayların prevalansı”, *Tkd*. 2001, 29(1): 8-19.
- 34) Kaş Y, Şahin M. “Ateroskleroz, Aterotromboz ve Kardiyovasküler Korunma”, *Sanofi-Avontis*, 2003: 1-16.
- 35) Ertem A, Yava A, Demirkılıç U. “Kardiyak cerrahi yapılan hastaların ameliyat öncesi verilen aydınlatılmış onam hakkındaki görüş ve önerilerinin belirlenmesi” *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 2013, 21(2): 378-391.
- 36) Özgül S. *Akut koroner sendrom hastalarında serum sistatin c değerinin prognostik önemi* (Tez). Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara; 2007.

- 37) Joseph S, Norman M, James MR. “Manual of cardiovascular diagnosis and therapy”, Çevirenler: Öngen Z, Yılmaz Y, Mesutcioğlu Ö. *Kalp Damar Hastalıkları Tanı ve Tedavi El Kitabı*, Mart Matbaacılık, İstanbul, 2003.
- 38) Barron J. *Understanding Heart Anatomy& Natural Heart Health*, 2007, <https://jonbarron.org/article/anatomy-heart> Erişim: 09 Eylül 2019.
- 39) Çiçekçioğlu F, Demirdaş E, Atılğan K. Bozok Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi AD, [http://www.tkcd.org/public/uploads/files/2\\_Kapak\\_hastaliklari\\_nelerdir\\_Ferit\\_Cicekcioglu.pdf](http://www.tkcd.org/public/uploads/files/2_Kapak_hastaliklari_nelerdir_Ferit_Cicekcioglu.pdf) Erişim:10 Mart 19.
- 40) T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, *Kapak Hastalıkları*, [http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/per/belge/kalp\\_kapak\\_has\\_sec.pdf](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/per/belge/kalp_kapak_has_sec.pdf) Erişim:11 Mart 2019.
- 41) Motiwala SR, Delling FN. “Assessment of mitral valve disease: A review of imaging modalities”, *Curr Treat Options Cardio Med*, 2015, (17): 30.
- 42) Nishimura RA, Vahanian A, Eleid MF, Mack MJ. “Mitral valve disease-current management and future challenges”, *The Lancet*, 2016, 387 (March 26); 1324–1334.
- 43) Sud K, Agarwal S, Parashar A, Raza MQ, Patel K, Min D, Rodriguez LL, Krishnaswamy A, Mick SL, Gillinov AM, Tuzcu EM, Kapadia SR. “Degenerative mitral stenosis unmet need for percutaneous interventions”, *Circulation*, 2016, 133: 1594–1604.
- 44) Banovic M, Dacosta M. “Degenerative mitral stenosis: From pathophysiology to challenging interventional treatment” , *Curr Probl Cardiol*, Article in Press, 2018.
- 45) Blevins T. “Nursing Care of Patients With Valvular, Inflammatory, and Infectious Cardiac or Venous Disorders, Editör: Williams LS, Hooper PL. *Understanding Medical Surgical Nursing*”, F.A. Davis Company, Philadelphia, 2015: 432–462.
- 46) Emren YZ. *Kalp kapak operasyonu yapılan hastalarda koroner arter hastalığı sıklığının araştırılması* (Tez). Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Manisa; 2013.

- 47) Gürcün U, Badak Mİ, Boda M, Özkısacık EA, Dişçigil B, Hamulu A, Buket S, Durmaz İ. “Mitral carpentier ring anüploplasti sonrası reoperasyon nedenleri: beş olgu sunumu”, *Tıp Fakültesi Dergisi*, 2003, 4(1): 17-20.
- 48) T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, “Kardiyoloji”, 2018. <https://siyamiersekeah.saglik.gov.tr/TR,246997/kardiyoloji.html> Erişim: 12 Aralık 2019.
- 49) Kardiyovasküler Akademi Derneği. “Kalp kapak hastalıkları”, 2017. [http://www.kvakademi.org/halk\\_homepage/halk\\_pages\\_detail/54](http://www.kvakademi.org/halk_homepage/halk_pages_detail/54) Erişim: 12 Aralık 2019.
- 50) AY Y.“Fonksiyonel triküspid yetmezliğinde sütüranuloplasti (de vegeanuloplasti) ve ring anuloplasti tekniklerinin orta dönem sonuçları”, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp Ve Damar Cerrahisi Kliniği, 2009. [http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/kalp\\_damar/dr\\_yasin\\_ay.pdf](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/kalp_damar/dr_yasin_ay.pdf) Erişim: 12 Aralık 2019.
- 51) Türk Kardiyoloji Derneği, “Triküspit Kapak Hastalıkları” <https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k08/39c0b.htm?wbnum=1403> Erişim: 12 Aralık 2019.
- 52) Kardiyovasküler Akademi Derneği, “Kalp Kapak Hastalıkları”, 2017. [http://www.kvakademi.org/halk\\_homepage/halk\\_pages\\_detail/54](http://www.kvakademi.org/halk_homepage/halk_pages_detail/54) Erişim: 12 Aralık 2019.
- 53) Otto CM, Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P, et al. “ Valvular heart disease”, *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; chap 63, 2015.
- 54) Kayacıoğlu İ, Ateş M. “Aort Stenozunda Optimal Ameliyat Zamanlaması”, *Van Tıp Dergisi*, 2003, 10 (2); 46-49.
- 55) Korkmaz FD. “ Kalp damar cerrahisinde yaşam kalitesi ”, *Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu*, C.B.Ü. Süleyman Demirel Kültür Merkezi, Manisa, 04 Mayıs 2012: 52-60.
- 56) Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. *Kalp ve Damar Cerrahisi*, TC. Anadolu Üniversitesi Yayınları No:565, Eskişehir, 1992: 245-254.

- 57) Stout KK, Verrier ED. “Acute Valvular Regurgitation”, *Circulation*, 2009, 119 (25):3232–3241.
- 58) Zhao DF. “Coronary Artery Bypass Grafting With and Without Manipulation of the Ascending Aorta: A Network Meta-Analysis”, *Journal of the American College of Cardiology*, 2017, 69 (8): 924–936.
- 59) Bekeredjian R, Grayburn PA. “Valvular Heart Disease Aortic Regurgitation”, *Circulation*, 2005, 112 (1): 125–134.
- 60) Karpuz V, İktimur B, Karpuz H. “Kalp tümörlerine genel bakış: Klinik ve ekokardiyografik yaklaşım”, *Anadolu Kardiyol Dergisi*, 2007 (7); 427–435.
- 61) Hoffmeier A, Sindermann JR, Scheld HH, Martens S. “Cardiactumors- Diagnosis and surgical treatment”, *Dtsch Arztebl Int*, 2014, 111(12): 205–211.
- 62) Aral A. “2018-2019 perikard hastalıkları ve kalp tümörü”, Ankara Üniversitesi Açık Ders Malzemeleri, <https://acikders.ankara.edu.tr/course/view.php?id=5457> Erişim: 10 Temmuz 2019.
- 63) Reardon MJ, Malaisrie SC, Walkes JC, Vaporciyan AA, Rice DC, Smythe WR. et al. “Cardiac auto transplantation for primary cardiac tumors”, *Ann Thorac Surg*, 2006, 82: 645-50.
- 64) T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, “Açık Kalp Ameliyatı Kimlere ve Nasıl Yapılır?”, 2018. <https://kosuyolueah.saglik.gov.tr/TR,287144/acik-kalp-ameliyatı-kimlere-ve-nasil-yapilir.html> Erişim: 03 Ocak 2020.
- 65) Türk Kardiyoloji Derneği Kalp Yetersizliği Çalışma Grubu, “Kalp Yetersizliği Nedir?”, 2020. [https://www.tkd.org.tr/kalp-yetersizligi-calisma-grubu/sayfa/toplum\\_icin\\_bilgiler](https://www.tkd.org.tr/kalp-yetersizligi-calisma-grubu/sayfa/toplum_icin_bilgiler) Erişim: 03 Ocak 2020.
- 66) Özhan Elbaş N. “Kalp Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı”, Editör: Erdil F, Özhan Elbaş N. *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*, 72 Tasarım Ofset Ltd. Şti, Ankara, 1999: 237–328.
- 67) Yazar M. *Açık kalp cerrahisi olacak hastalara ameliyat öncesi yapılan eğitimin anksiyete düzeyine etkisi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Haliç



- Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 2011.
- 68) Lichtenstein SV. “Closed heart surgery: Back to the future”, *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery (Editorial)*, 2006, 131(5); 941–943.
- 69) Yava A. *Açık kalp cerrahisi geçiren bireylerde postoperatif nöropsikolojik değişikliklerin incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, Ankara; 2000.
- 70) Kanan N. “Kalp ve Damar Sisteminin Cerrahi Hastalıkları ve Bakımı”, Editör: Akyolcu N, Kanan N, Aksoy G. *Cerrahi Hemşireliği II*, Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti, İstanbul, 2018: 65–151.
- 71) Smeltzer SC, Bare BG. *Brunner and Suddarth’s Textbook of M-S N*, Eight Edition, Lippincott- Roven Publishers, 1996: 81.
- 72) Tucker SM ve ark. *Patient Care Standards, Collaborative Practice Planning Guides*, Mosby Company, 1996: 153-167.
- 73) Badır A. “Kalp ve Dolaşım Sistemi-Kalp ve Dolaşım Sisteminin Değerlendirilmesi”, Editör: Karadakovan A, Aslan FE. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 2. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, Adana, 2011: 431-450.
- 74) Yavuz M. “Cerrahi Bakım-Ameliyat Öncesi Bakım” *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 2. Baskı, Editör: Karadakovan A, Aslan FE. Nobel Tıp Kitapevleri, Adana, 2011: 261-276.
- 75) Cimilli C. “Cerrahide anksiyete”, *Klinik Psikiyatri*, 2001,(4); 182-186.
- 76) Jawaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, Khan Z. “Preoperative anxiety before elective surgery”, *Neurosciences*, 2007; 12(2): 145-8.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21857597> Erişim: 24 Kasım 19.
- 77) Akdemir N, Birol L. *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı*, 3. Baskı, Sistem Ofset, Ankara, 2005.
- 78) Birol, L. *Hemşirelik Süreci*, 4. Basım, Bozkaya Matbaacılık, İzmir, 2000.
- 79) Buldukoğlu K, Doğan S, Kum N, Öz F, Özaltın G, Özcan A ve ark. “Anksiyete Somatoform ve Disosyatif Bozukluklar” Editör: Doğan S. *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*, Birmat Matbaacılık, İstanbul, 2000: 132-157.

- 80) Erdemir F. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*, 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2005.
- 81) Demir A, Akyurt D, Ergün B, Haytural C, Yiğit T, Taşoğlu İ, Elhan AH, Erdemli Ö. “Anxiety therapy in cardiac surgery Patients”, *Turkish Journal Of Thoracic And Cardiovascular Surgery*, <http://tgkdc.dergisi.org/text.php?lang=en&id=1307> Erişim: 13 Kasım 19.
- 82) Akyıl R. *İç Hastalıkları Hemşireliği*, Editör: Durna Z. Akademi Yayıncılık, İstanbul, 2013: 85-94.
- 83) Lee CY, Low LPL, Twinn S. “Older men’s experiences of sleep in the hospital”, *J Clin Nurs*, 2007, (16): 336-43.
- 84) Gündoğan F. Normal Uyku. “Doğal veya tedaviye bağlı uyku problemlerine ilişkin hemşirelerin bilgi düzeylerinin incelenmesi”, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi, İzmir, 1990, 242-51.
- 85) Uğraş GA. *Nöroşirurji yoğun bakım ünitesindeki hastaların uykusunu etkileyen faktörler*(Tez). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 2006.
- 86) Kurt S, Enç N. “Yoğun bakım hastalarında uyku sorunları ve hemşirelik bakımı”, *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2013, 4(5): 6-7.
- 87) Terzi B, Kaya N. “Yoğun bakım hastalarında hemşirelik bakımı”, *Yoğun Bakım Dergisi*, 2011 (1): 24.
- 88) Akdemir N. “Dinlenme Ve Uyku Ve Düzensizliklerinde Hemşirelik Bakımı”. Editör: Akdemir N, Birol L. *İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı*, 2. Baskı, Sistem Ofset, Ankara, 2003:138.
- 89) Korkmaz FD. “ Kalp ve Dolaşım Sistemi-Yapısal Enfeksiyöz ve Enflamatuvar Kalp Hastalıkları: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım”, 2. Baskı, Editör: Karadakovan A, Aslan FE. Nobel Tıp Kitapevleri, Adana, 2011: 509-531.
- 90) Karakaya D. “Kardiyak cerrahi geçiren hastalarda postoperatif yoğun bakım ilkeleri: yoğun bakım sorunları ve tedavileri”, Editör: Şahinoğlu H. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2011: 784-791.
- 91) Dal Ü.“Kalp-Damar Sisteminin Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı”, 2012-2016.  
[http://docs.neu.edu.tr/staff/umran.dal/kalp\\_8.pdf](http://docs.neu.edu.tr/staff/umran.dal/kalp_8.pdf) Erişim: 04 Ocak 2020.

- 92) Erdil F, “Cerrahi Hemşireliği”, Editör: Erdil F, Elbaş N. *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*, 4. Baskı, Aydoğdu Ofset, Ankara, 2001: 97-136.
- 93) Ay F. “Preoperatif Hazırlık- Postoperatif Bakım ve Takip”, *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*.1.Basım, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2007: 393-406.
- 94) Erdemir F. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*, 7.Basım, Nobel Kitabevi, İstanbul, 2005.
- 95) Birol L. *Hemşirelik Süreci*, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd.Şti. İzmir, 2004: 51-92.
- 96) Velioglu P. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*, Alaş Ofset, 1999: 149-171.
- 97) Dikmen Y. “Uyku ve uyku ile ilgili uygulamalar”, Editör: Akça Ay F. *Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler*, Nobel Tıp Kitabevleri, Hadımköy /İstanbul, 2013: 686-698.
- 98) Engin E, Ergün G. “Uyku ve uyku bozuklukları”, Editör: Çam O, Engin E. *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı*, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 2014: 519-528.
- 99) San Türgan A. “Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası bakım”, Editör: Akça Ay F. *Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler*, 6. Baskı, Nobel tıp kitabevi, İstanbul, 2015: 702-723.
- 100) Velioglu P. “Yaşam aktiviteleri”, *Hemşirelikte kavram ve kuramlar*, 1. Baskı, Akademi basın ve yayıncılık, İstanbul, 2012: 194.
- 101) Landis CA and Heitkemper MM. “Chapter 9. Sleep and Sleep Disorders”, Editör: Levis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Bucher L. *Medical-Surgical Nursing: Assessment And Management Of Clinical Problems*. 9th edition, Elsevier Mosby, 2014: 99-113.
- 102) Craven RF, Hirnle C, Jensen S. “Uyku ve dinlenme”, Çeviri Editörü: Uysal N, Çakırcalı E. *Hemşirelik Esasları İnsan sağlığı ve fonksiyonları*, Palme yayıncılık, Ankara, 2015: 1114-1143.
- 103) Eryavuz N. *Hemodiyaliz ve periton diyalizi hastalarında uyku kalitesinin karşılaştırılması* (Tez). Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar; 2007.

- 104) Karakaş SA, Gönültaş N, Okanlı A. “Vardiyalı çalışan hemşirelerde uyku kalitesi”, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*,2017: 4(1):17-26.
- 105) Potter PA, Perry AG. *Sleep in Fundamentals of Nursing*, 7. Baskı, Canada, Mosby, 2009: 1028- 1051.
- 106) Arat N, Yıldırım N, Altay H, Şahin O, Sökmen Y, Sabah İ. “Kompanse Kalp Yetersizlikli Hastalarda Fiziksel Aktivite Alışkanlığı ve Uyku Kalite İndeksi ile İlgili Klinik ve Ekokardiyografik Parametreler”, *Türkiye Klinikleri Journal of Cardiovascular Science*, 2006, (18): 196-205.
- 107) Algın İD, Akdağ G, Erdinç OO. “Kaliteli uyku ve uyku bozuklukları” , *Osmangazi Tıp Dergisi*, 2016, 38 (1); 29-34.
- 108) Özcan NK. “ Uyku ve uyku sorunu” Editör: Ay FA, Ertem Ü, Ören B, Işık R, Sarvan S. *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler ve Uygulamalar*, İstanbul, 2008: 409-421.
- 109) Martinez LG, Bucher L. “Coronary artery disease and acute coronary syndrome ”, *Medical Surgical Nursing*, Discoverbooks, USA, 2005: 784-785.
- 110) Özcan NK. “ Uyku ve uyku sorunu” Editör: Ay FA, Ertem Ü, Ören B, Işık R, Sarvan S. *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler ve Uygulamalar*, İstanbul, 2008: 409-421.
- 111) Eser I, Khorshid L, Çınar Ş, “ Sleep Quality of Older Adults in Nursing Homes in Turkey”, *Journal of Gerontological Nursing*, 2007, 33(10); 42-49.
- 112) Ericson VS, Dracup KA, Hage A. “Sleep Disturbance Symptoms in Patients with Heart Failure”, *AACN Clinical Issues*, 2003, 14(4): 477–487.
- 113) Ellis RJ, Nowlis AE. “NursingA. Human Needs Approach”, *Houghton Mifflin Company, Second Edition*, 1994.
- 114) Türk Nöroloji Derneği, “Uyku Bozuklukları”, 2019. <https://www.noroloji.org.tr/menu/98/uyku-bozukluklari> Erişim: 12 Ocak 2020.
- 115) Öztürk O, Uluşahin A. “Ruh Sağlığı ve Bozuklukları II ”, *Ruhsal etkenlere bağlantılı fizyolojik işlev/yapı bozuklukları*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2008, (11):629-632.
- 116) Baysal A. *Beslenme*, Hatipoğlu Yayınevi, 11.Baskı, Ankara, 2007: 400-418.
- 117) TNSA 1998, *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü*, Ankara, 1999.

- 118) Karagözoğlu S, Bingöl N. “Sleep quality and job satisfaction of Turkish nurses”, *Nursing Outlook*, 2008, 56(6): 298-307.
- 119) Şerife K, Sibel Ç, Yahya T, Fatma T. “Hastanede Yatan Yetişkin Hastaların Uykusunu Etkileyen Bazı Faktörler”, *Toraks Dergisi*, 2007, 8(4): 234-240.
- 120) Hoey LM, Fulbrook P, Douglas JA. “Sleep assessment of hospitalised patients: a literature review”, *Int J Nurs Stud*, 2014.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24636444> Erişim 03 Nisan 2019.
- 121) Birol L, Akdemir N. *İç Hastalıkları Hemşireliği*, Genişletilmiş 2. Baskı, Ofset Yayınları, Ankara, 2005.
- 122) Erdemir F. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*, Nobel Tıp Kitabevleri, Hadımköy/İstanbul, 2012: 30-38.
- 123) Çakırcalı E. *Uyku ve Dinlenme*, I. Baskı, Birlik Ofset Ltd Şti, İstanbul, 1997: 90-94.
- 124) Southwell MT, Wistow G. “Sleep in Hospital at Night: are Patient's Needs Being Met? ”, *Journal of Advanced Nursing (Electronic Journal)*, 1995, (21): 1101-1109. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez> Erişim: 17 Temmuz 2019.
- 125) Gökdoğan F. *İlk kez miyokard enfarktüsü geçiren kişilerde uyku alışkanlıklarının etkilenmesi ve uyumayı sağlamada hemşirelik bakımı* (Tez). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ankara; 1995.
- 126) Carpenito LJ. *Handbook of Nursing Diagnosis*, Tercüme Erdemir F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Nobel Kitapevleri, 1999: 344-348.
- 127) Potter AP, Perry AG. *Basic Nursing Essential for Practice*. 5th Ed. England: Mosby, 2003:689-706.
- 128) Akça F, Turan Ertem Ü, Keser Özcan N, Demir Işık R, Savran S. Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2007: 410-420.
- 129) Erözkan A. “Ergenlerde Kaygı Duyarlılığı ve Ebeveyn Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, Muğla Üniversitesi, *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 2012, 12(1); 43-57.
- 130) Türk Dil Kurumu Sözlükleri

[http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&view=gts](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&view=gts) Erişim: 20 Temmuz 2019.

- 131) Budak S. *Psikoloji Sözlüğü*, 1. Basım, Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara, 2000:437
- 132) Kılıç, S. “İnsan, Fücür ile Takva Ritimleri Arasında Bir Damla Endişe”, *EKEV Akademi Dergisi*, 1999, 1(4); 1-15.
- 133) Geçtan E. *İnsan Olmak*, 5. Basım, Metis Yayınları, İstanbul, 2006: 84-94.
- 134) Öz F. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş., Ankara, 2004: 157-172.
- 135) Şensoy Ü. *Anksiyete ve Panik Atak*, Morpa Yayınları, İstanbul, 2006.
- 136) T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, “Anksiyete Bozuklukları”, 2018. <http://erenkoyruhsinir.gov.tr/yazdir?9AF3459ABAF47F26918C275BBC4ECE> A Erişim: 04 Temmuz 2019.
- 137) Dirik G, Karanci AN. “Predictors of pre- and postoperational anxiety in emergency surgery patients”, *Journal Of Psychosomatic Research*, 2003, (55): 363– 369.
- 138) Çetin A. *Elektif cerrahi planlanan hastaların preoperatif dönemdeki kaygı düzeylerinin belirlenmesi* (Tez). İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 2014.
- 139) Santos BDMM, Martins JCA and Oliveira LMN. “Anxiety, depression and stress in the preoperative surgical patient”, *Revistade Enfermagem Referencia*, 2014, 4(3): 7-15.
- 140) Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Bandeira D, Ferreira MB. “Risk factors for preoperative anxiety in adults”, *Acta Anaesthesiol Scandinavian*, 2001, 45(3): 298-307.
- 141) Rosen S, Svensson M, Nilsson U. “Calmor not calm: the question of anxiety in the perianesthesia patient”, *Journal Perianesthesia Nursing*, 2008, 23(4): 237-246.
- 142) Köşgeroğlu N. “Beyin Tümörleri”, Editör: Egemen N, Arslantaş A. *Nörolojik Bilimler Hemşireliği*, Alter Yayıncılık, Ankara, 2006: 263-288.

- 143) Gedik A. *Nöroşirurji hastalarında ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyinin belirlenmesi* (Tez). Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara; 2015.
- 144) Parolari A, Pesce LL, Pacini D. “Risk factors for perioperative acute kidney injury After adult cardiac surgery: role of perioperative management”, *Ann Thorac Surg*, 2012, (93): 584-591.
- 145) Karayağız F, Altuntaş M, Güçlü YA. “Cerrahi servisinde yatan hastalarda görülen anksiyete dağılımı”, *Smyrna Tıp Dergisi*, 2011: 22-26.
- 146) Baltaş A, Baltaş Z. *Başarılı ve Sağlıklı Olmak İçin Stres ve Başa Çıkma Yolları*, 7. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1989.
- 147) Şenduran F. *Askeri liselerde sporcu öğrenciler ile sporcu olmayan öğrencilerin problem çözebilme, strese karşı koyabilme, uyum becerileri ve başarı düzeyleri* (Tez). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul; 2006.
- 148) Torun, A. “Stress ve Tükenmişlik”, Editör: Tevrüz S. *Endüstri ve Örgüt Psikolojisi*, Türkiye Psikologlar Derneği, Ankara, 1996: 43-53.
- 150) Cüceloğlu D. “İnsan ve Davranışı”, *Psikolojinin Temel Kavramları*, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1994; 321.
- 151) Çiftçi M. *Bir grup lise öğrencisinin stresle başa çıkma yolları ile strese karşı dayanıklılıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir; 2002, 32-51.
- 152) Pehlivan İ. *Yönetimde Stres Kaynakları*, Pegem Yayınları, Ankara, 1995.
- 153) Johnstone, Margeret. “Stress in Teaching”, Midlothian: The Scottish Council for Research in Education, *An Overview of Research*. SCRE Publication, 1989: 4.
- 154) Baltaş A, Baltaş Z. *Stres ve Başa çıkma Yolları*, 13. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1999: 23-31.
- 155) Balcı A. *Öğretim Elemanlarının İş Stresi, Kuram ve Uygulama*. Nobel Yayınları, Ankara, 2000: 21-23.
- 156) Dornon J, *Başarı için Stratejiler* (Çeviri İdil G.), 6. Basım, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1988.
- 157) Selye H. *The Stress in Health and Disease*, London: Butterworth, 1976.
- 158) Örücü ÇM. *Stres ve Stresle Başa Çıkabilme, Psikolojik Danışma ve Rehberlik*

Merkezi,1985.

- 159) Braham, Barbara J. Stres Yönetimi. “*Ateş Altında Sakin Kalabilmek*”, Çevirmen: Vedat G. Diker. Hayat Yayınları, İstanbul, 1998.
- 160) Bayraktar S. *Psikolojik Travma*. Nobel Tıp yayınları, Ankara, 2012: 56.
- 161) Özen Y. “ Travma Sonrası Ortaya Çıkan Psikolojik Bozukluklar Üzerine Bir Değerlendirme ”, *The Journal Of Social Science Studies*, Yıl: 2, Cilt: 2, Sayı: 4, 2018: 138-139.
- 162) Lyle H. Miller, Ph.D.,and Alma Dell Smith, Ph.D.“AdaptedfromTheStress Solution”, *American Psychological Association*, 2019. <http://www.apa.org/helpcenter/stresskinds.aspx> Erişim: 20 Ağustos 2019.
- 163) Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. “ Cope (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; Van, 2005:(6):221- 226.
- 164) Demirtaş S. *İlköğretim 8.sınıf öğrencilerinin algılanan sosyal destek ve yalnızlık düzeyleri ile stresle başa çıkma düzeyleri arasındaki ilişki*, Ankara Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara; 2007.
- 165) Basut E, Erden G. “Suça yönelen ve yönelmeyen ergenlerin stres belirtileri ve stresle başa çıkma örüntüleri yönünden incelenmesi”, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, Ankara, 2005, 12(2):48-53.
- 166) Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*, New York, Springer, 1984.
- 167) Akman S. Stresin nedenleri ve açıklayıcı kuramlar. *Türk Psikoloji Bülteni*, Ankara, 2004:(10)34-35.
- 168) Özbay E. *İstanbul ilinde askeri hastanelerde çalışan yönetici hemşirelerin stres kaynakları ve başa çıkma yöntemlerinin belirlenmesi (Tez)*.Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 2007.
- 169) Buzlu S, Bostancı N, Yılmaz S. “ *İlişkide sorun yaşanan durumlar; stres, anksiyete, kriz*”, İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu İnsan Davranışları ve İlişkiler Dersi Ders Notları Kitapçığı, İstanbul, 2008: 114-132.



- 170) Yılmaz N. Hacettepe Üniversitesi Öğrenci Sağlık Merkezleri Psiko-Sosyal Destek Hizmetleri, “ Stres ve Stresle Başa Çıkma”,  
[http://www.sksdb.hacettepe.edu.tr/files/Stresle\\_Basa\\_Cikma.pdf](http://www.sksdb.hacettepe.edu.tr/files/Stresle_Basa_Cikma.pdf) Erişim: 20 Ağustos 2019.
- 171) Çakır İ. *Polislerin iş stresi ve bazı değişkenlere göre stresle başa çıkma tarzlarının karşılaştırılması* (Tez). Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Adana; 2006.
- 172) Kamışlı S, Karatay G, Terzioğlu F, Kublay G. *Sigara ve ruh sağlığı*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara, 2008: 9- 14.
- 173) Erefe İ(Ed.). *Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemleri*, Odak Ofset Matbaacılık, Ankara, 2012.
- 174) Malek N, Zakerimoghadam M, Esmaili M, Kazemnejad A. Effects Of Nurse-Led Intervention On Patients Anxiety And Sleep Before Coronary Artery Bypass Grafting, 2018, 41(2): 161-169.
- 175) Duman EA. *Açık kalp cerrahisi öncesi anksiyetenin, ameliyat sonrası ağrı ve uyku kalitesine etkisi* (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, (Danışman Öğretim Üyesi: Yard. Doç. Dr. Özlem BİLİK), İzmir; 2016.
- 176) Buysse D, Reynolds C, Monk T, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument For Psychiatric Practice And Research. *Psychiatry Research* 1989, 28 (2):193–213.
- 177) Karancı AN, Dirik G. “Predictors of pre-and postoperative anxiety in emergency surgery patients”, *Journal of Psychosomatic Research*, 2003, (55); 363-369.
- 178) Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. “A global measure of perceived stress”, *Journal of health and social behavior*, 1983, 385-396.
- 179) Şanlı Ö. “Öğretmenlerin Algılanan stres düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi”, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 2017.  
<https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/292071> Erişim: 10 Ocak 2020.
- 180) Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç. “Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlik analizi”, *New/Yeni Symposium Journal*, 2013: (51), 132-140.

- 181) Fayyazi S, Sayadi N, Gheybizadeh M, “Comparison of quality of life before and after open heart surgery”, *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, Iran, 2012, 14(9): 98-100.
- 182) Çifçi SE, Yılmaz M. “Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Bireylerin Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesinde Bir Model: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri”, *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahi Dergisi*, 2010, 18(3):183-189.
- 183) Çini MŞ. *Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastalarda Laktat Düzeyleri* (Tez). Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Perfüzyonist Yetiştirme Programı Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa; 2019.
- 184) O’ Rourke JD, Quinton HB, Piper W, Hernandez F, Morton J, Hettleman B, Hearne M, Nugent W, O’Connor TG and Malenka DJ. “Survival in patients with peripheral vascular disease after percutaneous coronary intervention and coronary artery bypass graft surgery”, *Ann Thorac Surg*, 2004, 78 (2); 466–470.
- 185) Eti Aslan F, Badır A, Karadağ Arlı Ş, Çakmakçı H. “Patients experience of Pain after cardiac surgery”, *Contemporary Nurse*, 2009, 34(1): 48–54.
- 186) Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, “ T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri”, 2017. [https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO\\_Turkey\\_Risk\\_Factors\\_A4\\_TR\\_19.06.2018.pdf](https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO_Turkey_Risk_Factors_A4_TR_19.06.2018.pdf) Erişim:13 Kasım 2019.
- 187) Bulut Y. *Açık Kalp Ameliyatı Geçirecek Hastalara Ameliyat Öncesi Verilen Progresif Gevşeme Eğitiminin Cerrahi Stres Tepkisi/Yanıtı Üzerindeki Etkisi* (Tez). Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Programı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sivas; 2011.
- 188) Türkkan T. *Açık kalp cerrahisi geçiren hastalarda ameliyat sonrası insizyon ağrısının akciğer kapasitesi (inspiratuar kapasite) üzerine etkisi* (Tez). Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 2016.
- 189) Aktaş YY, Karabulut N, Yılmaz D, Özkan AS. “ Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörler”, *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 2015; 5(3); 81–86.

- 190) Koca A. *Açık Kalp Ameliyatı Öncesi Hasta Eğitiminin Anksiyete Düzeyine Etkisi* (Tez). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 1998.
- 191) Cesur S. *Cerrahi hastalarında Ameliyat Öncesi Anksiyetenin Ameliyat Sonrası Ağrı Üzerindeki Etkileri* (Tez). Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar; 2015.
- 192) Yaman Ö. *Açık kalp ameliyatı öncesi hastaların kaygı düzeylerinin ameliyat sonrası ağrı, dispne, bulantı-kusma ve tedaviye uyuma etkisinin değerlendirilmesi* (Tez). Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya; 2018
- 193) Budak E. *Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Anksiyetelerinin Giderilmesinin Ameliyat Sonrası Anksiyete Ve Ağrı Düzeylerine Etkisi* (Tez). Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara; 2015.
- 194) Özşeker E, Durak H, Canbazoğulları Ü. “Günübürlük Cerrahide Hastaların Ameliyat Sonrasına İlişkin Endişelerinin İncelenmesi”, *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2019, 9(1): 100-105.
- 195) Köksal C, Sarıkaya S, Özcan V, Zengin M, Meydan B, Helvacı A, Terzi S. “SSK Süreyyapaşa Hastanesi’nde Açık Kalp Cerrahisi: İlk 100 Vaka”, *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 2002; (10): 264-266.
- 196) Yıldırım M, Doğusoy I, Demirbağ H, Ustaalioğlu R. “Açık kalp cerrahisi sonrasında gelişen plevral efüzyonlarda yaklaşım”, *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 2013, 21(4): 982-986.
- 197) Dirimeşe E, Demir Korkmaz F, Okgün Alcan A. “Koronar arter bypass greft cerrahisi öncesi hastaların yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi” *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 5(2).
- 198) Dursun A. *Kalp damar cerrahisi planlanan hastalarda ameliyat öncesinde müzik dinletmenin cerrahi korku ve anksiyete üzerine etkisi* (Tez). Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep; 2018.

- 199) Sakman Z. *Kroner arter hastalığı olan bireylerde uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi* (Tez). Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep; 2019.
- 200) Kulakaç Yılmaz N. *Açık Kalp Cerrahisinde Hemşirelik Eğitiminin Yaşam Kalitesine Etkisi* (Tez). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 2011.
- 201) Gökçe S, Mert H. “Kalp yetmezliği olan hastaların uyku kalitesi ve ilişkili etmenlerin incelenmesi”, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2005, 12(2); 113-120.
- 202) Yüksel Deniz S. *Hastanede yatan hastaların uyku kalitesi ve uyku durumlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi* (Tez). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 2014.
- 203) Hedges C. “Sleep, memory, and learning in off-pump coronary artery bypass patients”, *Research in Nursing & Health*, 2005, (28): 462–473.
- 204) Redeker NS, Ruggiero J, Hedges C. “Patterns and Predictors of Sleep Pattern Disturbance after Cardiac Surgery”, *Research in Nursing & Health*, 2004, (27): 217–224.
- 205) Karagözoğlu Ş, Çabuk S, Tahta Y, Temel F. “Hastanede yatan hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler”, *Türk Toraks Dergisi*, 2007, 8(4).
- 206) Tunç E. *Koroner anjiyografiye girecek hastaların işlem ile ilgili bilgili olma durumlarına göre algılanan stres ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi* (Tez). On Dokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Samsun; 2019.
- 207) Leong JY, Merwe J, Pepe S, Bailey M, Perkins A, Luymbury R, Esmore D, Marasco S, Rosenfeldt F. “Perioperative Metabolic Therapy Improves Redox Status And Outcomes In Cardiac Surgery Patients: A Randomised Trial”, *Heart, Lung And Circulation*, 2010, 19(10): 584-591.
- 208) Yılmaz H, Iskesen I. “Follow-up With Objective and Subjective Tests of the Sleep Characteristics of Patients After Cardiac Surgery”, *Circ J*, 2007, (71): 1506–1510.
- 209) Güneş P. *Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaları Taburculuk Öncesi Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeyine Etkisi* (Tez). Cumhuriyet Üniversitesi

- Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas; 2001.
- 210) Türkmen OO. *Üniversite öğrencilerinin ölüm kaygısı ile algılanan stres düzeyi arasındaki ilişkide bilinçli farkındalığın aracı rolü* (Tez). Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale; 2019.
- 211) Uçman M. *Fibromiyalji sendromu olan kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları, algılanan stres, hastane anksiyete ve depresyon ölçeklerinin değerlendirilmesi* (Tez). T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul; 2017.
- 212) Gökçe FS, Coşkun İ. “İnguinal herni hastalarında açık mı kapalı teknik mi daha fazla stres yaratır? ”, *Pamukkale Tıp Dergisi*, 2018, 12(1): 55-59.
- 213) Fındık ÜY, Topçu SY. “Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi”, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2012, 22-23.
- 214) Fathi M, Alavi SM, Joudi M, Mahdikhani H, Ferasatkish R, Bakhshandeh H, Nooghabi MJ. “Preoperative anxiety in candidates for heart surgery”, *Iran J Psychiatry Behav Sci*, 2014, 8(2): 90–96.
- 215) Douki ZE, Vaezzadeh N, Shahmohammadi S, Shahhosseini Z et al. “Anxiety before and after coronary artery bypass grafting surgery: relationship to QOL”, *Middle-East Journal of Scientific Research*, 2011, 7 (1); 103-108.
- 216) Rosiek A, Kornatowski T, Rosiek-Kryszewska A, Leksowski K. “Evaluation Of stres intensity and anxiety level in preoperative period of cardiac patients”, *Bio Med Research International*, 2016.
- 217) Özer CZ, Şenuzun F, Tokem Y. “Miyokart enfarktüsülü hastalarda anksiyete ve depresyonun incelenmesi”, *Türk kardiyoloji Derneği Arşivi*, 2009, 37(8); 557-562.
- 218) Yıldız D. *Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaların kaygı düzeylerinin belirlenmesi* (Tez). K.K.T.C Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa; 2011.

- 219) Björkelund C, Carlsson BD, Lapidus L, Lissner L, Mansson J, Skoog I, Bengtsson C. “Sleep Disturbances In Midlife Unrelated To 32- Year Diabetes Incidence: The Prospective Population Study Of Women In Gothenburg”, *Diabetes Care*, 2005, 28(11): 2739-2744.
- 220) Koç N. *Beyin Tümörü Ameliyatı Öncesi Hastaların Kaygı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler* (Tez). Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 2016.
- 221) Wang TJ, Lee SC, Tsay SL, Tung HH. “Factors influencing heart failure patients sleep quality”, *Journal of advanced nursing*, 2010, 66(8); 1730-1740.
- 222) Santos MMB, Martins JCA, Oliveira LMN. “Anxiety, depression and stress in the preoperative surgical patient”, *Researchpaper*, 2014, <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1393> Erişim: 25 Kasım 2019.
- 223) Karchman SL, Alonzo GF, Criner GJ. “Sleep in the intensive care unit”, *Chest Journal*, 1995, 107(6); 1713-1720.
- 224) Karaman Özlü Z, Şahin Altun Ö, Olçun Z, Kaya M, Yurttaş A. “Examination of the Relationship Between Elective Surgical Patients' Methods for Coping With Stress and Sleeping Status the Night Before an Operation”, *Journal of Perianesthesia Nursing*, 2018, 33(6): 855-864.
- 225) Kumar A, Das S, Chauhan S, Kiran U, Satapathy S. “Perioperative Anxiety And Stress In Children Undergoing Congenital Cardiac Surgery And Their Parents: Effect Of Brief Intervention- A Randomized Control Trial”, *Journal Of Cardiothoracic And Vascular Anesthesia*, 2018.
- 226) Wetsch WA, Pircher I, Lederer W, Kinzl JF, Traweger C, Erian Heinz P, Benzer A. “Preoperative Stress And Anxiety In Day-Care Patients And Inpatients Undergoing Fast-Track Surgery”, *British Journal Of Anaesthesia*, 2009.

## EKLER

### EK-1. HASTA TANITIM FORMU

1-) Kaç yaşındasınız?.....

2-) Cinsiyetinizi işaretleyiniz. a) Kadın b) Erkek

3-) Medeni durumunuz nedir? a) Evli b) Bekar

4-) Eğitim düzeyinizi işaretleyiniz.

a) Okuma yazma b) İlkokul-ortaokul c) Lise d) Lisans e-)Yüksek Lisans ve üzeri

5-) Sosyal Güvenceniz var mı? a-) Evet b-) Hayır

6-) Ekonomik düzeyinizi işaretleyiniz.

a-) Gelir giderden az b-) Gelir gidere denk c-) Gelir giderden fazla

7-) Bakmakla yükümlü olduğunuz bireyler var mı?

8-) Hangi ameliyat türünü geçireceksiniz?

a-) Koroner Arter Bypass Graft

b-) Kalp Kapak Değişimi/Onarımı

c-) Koroner Arter Bypass Graft ve Kapak değişimi/onarımı

9-) Ameliyatınız ertelendi mi? a-) Evet b-) Hayır

10-) Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? a-) Evet b-) Hayır

11-) Var ise hastalığınızı yazınız.

a-)Hipertansiyon b-)Diyabet c-)Hiperkolesterolemi

d-) Diğer.....yazınız.

12-) Hastanede ne kadar süredir kalmaktasınız?.....

## EK-2. PITTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?

.....genel yatış saati

2. Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı?

.....dakika

3. Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

.....genel kalkış saati

4. Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)

.....saat (bir gecede ki uyku süresi)

**Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz.**

5. Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

**(a)** 30 dakika içinde uykuya dalamadınız

a) Geçen ay boyunca hiç b) Haftada 1'den ↓ c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya↑

**(b)** Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız

a) Geçen ay boyunca hiç b) Haftada 1'den ↓ c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya↑

**(c)** Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız

a) Geçen ay boyunca hiç b) Haftada 1'den ↓ c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya↑

**(d)** Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz

a) Geçen ay boyunca hiç b) Haftada 1'den ↓ c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya↑

**(e)** Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız

a) Geçen ay boyunca hiç b) Haftada 1'den ↓ c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya↑

**(f)** Aşırı derecede üşüdünüz

a) Geçen ay boyunca hiç b) Haftada 1'den ↓ c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya↑

**(g)** Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz

a) Geçen ay boyunca hiç b) Haftada 1'den ↓ c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya↑

**(h)** Kötü rüyalar gördünüz

a) Geçen ay boyunca hiç b) Haftada 1'den ↓ c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya↑



- (i) Ağrı duydunuz  
a) Geçen ay boyunca hiç b) Haftada 1'den ↓ c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya↑

(j) Diğer nedenler lütfen belirtiniz .....

Geçen ay diğer nedenlerden dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?

- a) Geçen ay boyunca hiç b) Haftada 1'den ↓ c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya↑

6- Geçen ay uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Çok iyi b) Oldukça iyi c) Oldukça kötü d) Çok kötü

7- Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

- a) Geçen ay boyunca hiç b) Haftada 1'den ↓ c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya↑

8-Geçen ay araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

- a) Geçen ay boyunca hiç b) Haftada 1'den ↓ c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya↑

9- Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

- a) Hiç problem oluşturmadı b) Yalnızca çok az bir problem oluşturdu  
c) Bir dereceye kadar problem oluşturdu d) Çok büyük bir problem oluşturdu

### EK-3. AMELİYATA ÖZGÜ KAYGI ÖLÇEĞİ

Aşağıda, ameliyat olan kişilerin yaşadıkları bazı duygu ve düşünceler ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyun. Her bir ifadeye ne kadar katıldığınızı aşağıdaki 5'li derecelendirmeyi kullanarak belirtin.

1 = Hiç katılmıyorum 2 = Katılmıyorum 3 = Kararsızım 4 = Katılıyorum 5 = Kesinlikle katılıyorum

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Ölüm düşünceleri sık sık aklıma geliyor.					
2. Bana bir şey olursa ailemin ve çocuklarımın ortada kalacağını düşünüyorum.					
3. Ameliyat için bayıldıktan sonra uyanamamaktan korkuyorum.					
4. Ameliyat sırasında kanama ya da başka bir sorun yüzünden öleceğimi düşünüyorum.					
5. Ameliyat sonrası yara yerimin iltihap kapması ya da başka bir sorun çıkarak tamamen iyileşemeyeceğimi düşünüyorum.					
6. Ameliyat sonrasında yürüyememekten ya da eskisi gibi tüm ihtiyaçlarımı karşılayamamaktan korkuyorum.					
7. Ameliyat sonrası çok ağrı çekeceğimi düşünüyorum					
8. Ameliyat sonrası tüm ağrı ve sorunlardan kurtulacağımı düşünüyorum.					
9. Sakat kalmaktan korkuyorum.					
10. Ameliyat esnasında ağrı çekeceğimi düşünüyorum.					

#### EK- 4. ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorular son bir ay içindeki düşünceleriniz ve duygularınızla ilgilidir. Her bir soruda sizden bu düşünceyi ya da duyguyu ne sıklıkta yaşadığınızı belirtmeniz istenmektedir. Bazı sorular birbirine benzer gibi görünse de aralarında farklılıklar vardır ve her soruyu ayrı bir soru olarak değerlendirmeniz gerekmektedir. Soruları yanıtlarken son bir ay içinde ne sıklıkta bu şekilde düşündüğünüzü ya da hissettiğinizi hesaplamaya çalışmak yerine soruyu okuduktan sonra seçenekler arasında en uygun gördüğünüz tahmini işaretlemeniz daha uygun olacaktır.

	HİÇ	NEREDEYSE HİÇ	BAZEN	SIKÇA	ÇOK SIK
1. Son bir ay içinde, beklenmedik şekilde gerçekleşen olaylardan dolayı ne sıklıkta üzüldünüz?					
2. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi hissettiniz?					
3. Son bir ay içinde kendinizi ne sıklıkta, gergin ve stresli hissettiniz?					
4. Son bir ay içinde, yaşamınızdaki can sıkıcı durumlarla ne sıklıkta başarılı bir biçimde baş ettiniz?					
5. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızda meydana gelen önemli değişikliklerle etkili bir biçimde başa çıktığınızı hissettiniz?					
6. Son bir ay içinde ne sıklıkta, kişisel sorunlarınızla baş etme yeteneğinizden emin oldunuz?					
7. Son bir ay içinde ne sıklıkta, işlerin istediğiniz gibi gittiğini hissettiniz?					
8. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yapmak zorunda olduğunuz her şeyin üstesinden gelemeyeceğinizi düşündünüz?					
9. Son bir ay içinde yaşamınızdaki rahatsız edici olayları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
10. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki olaylara hakim olduğunuzu hissettiniz?					
11. Son bir ay içinde, kontrolünüz dışında gerçekleşen şeylerden dolayı ne sıklıkta öfkelenediniz?					
12. Son bir ay içinde ne sıklıkta, üstesinden gelmek zorunda olduğunuz şeyler üzerinde düşündünüz?					
13. Zamanınızı nasıl geçirdiğinizi son bir ay içinde ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
14. Son bir ay içinde ne sıklıkta, günlüklerin, üstesinden gelemeyeceğiniz kadar çoğaldığını hissettiniz?					

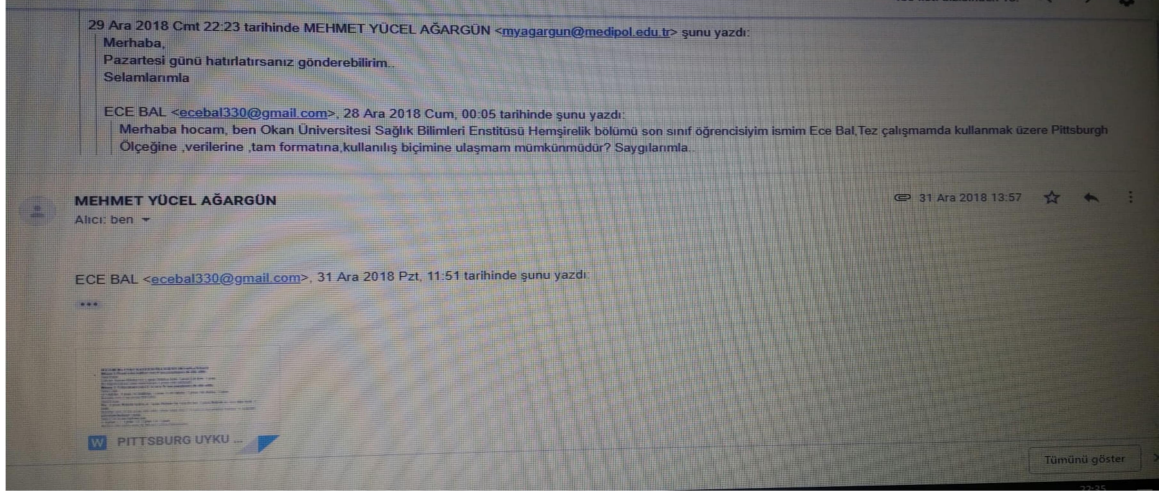
## EK-5. GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sizi Dr. Öğretim üyesi İlknur ÇALIŞKAN danışmanlığında, Ece BAL tarafından yürütülen “**Açık Kalp Ameliyatı Olacak Hastaların Uyku Kalitelerinin, Kaygı Durumlarının ve Algıladıkları Stres Düzeylerin İncelenmesi**” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı açık kalp ameliyatı olacak olan hastaların uyku kalitelerinin, kaygı durumlarının ve algıladıkları stres düzeylerin araştırılmasıdır. Araştırmada sizden tahminen 20-25 dakika kadar süre ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle vermenizdir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakm hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya [ecetal330@gmail.com](mailto:ecetal330@gmail.com) e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

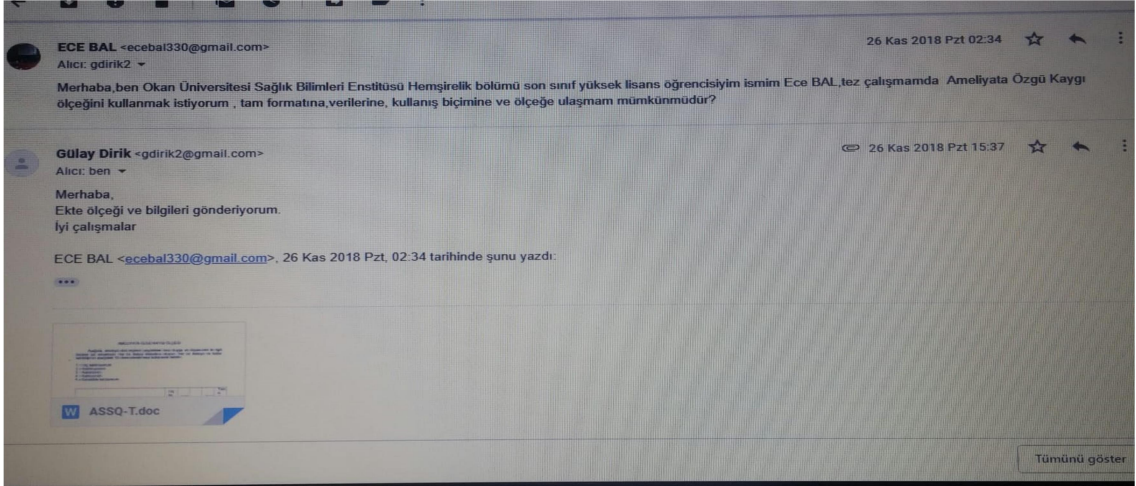
Araştırmacının  
Adı-Soyadı:.....  
İmzası:  
İletişim Bilgileri: e-posta:

Katılımcının  
Adı-Soyadı:.....  
İmzası:  
İletişim Bilgileri: e-posta:

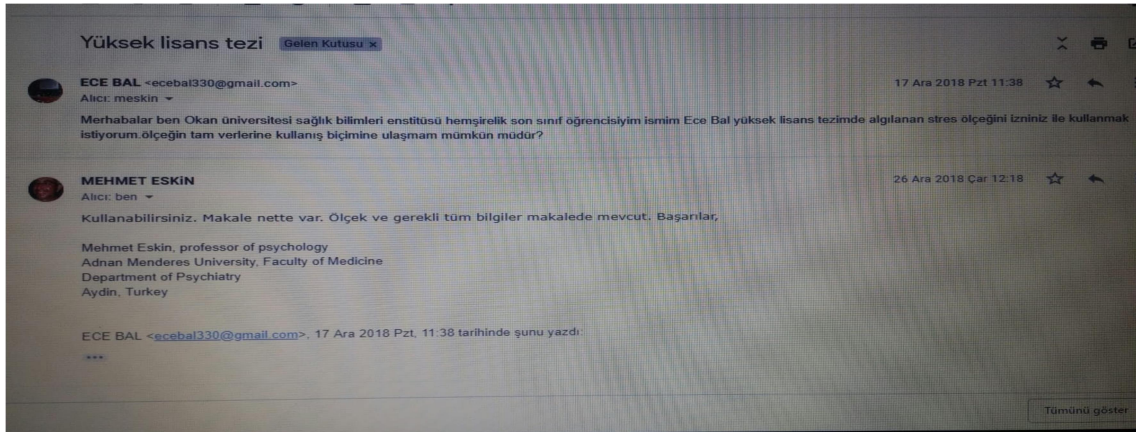
## EK-6. PITTSBURGH UYKU KALİTESİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ



## EK-7. AMELİYATA ÖZGÜ KAYGI ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ



## EK-8. ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ



EK-9.



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI KOŞUYOLU YÜKSEK İHTİSAS  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - T.C. SAĞLIK  
BAKANLIĞI KOŞUYOLU YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ  
19/04/2019 10:33 - 53838792 - 774.99 - E.2977  
00091918982

Sayı : 53838792-774.99  
Konu : Ece BAL'ın  
Araştırma İzni Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE  
(İstanbul Sağlık Geliştirilmesi Birimi)

İlgi : 15/04/2019 tarihli ve 16867222-604.01.01-1579 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazıya istinaden, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ece BAL, Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN'ın danışmanlığında yürütülen "Açık Kalp Ameliyatı Olacak Hastaların Uyku Kalitelerinin, Kaygı Durumlarının ve Algıladıkları Stres Düzeylerinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını, Hastanemizde yapma talebi Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Prof. Dr. Mehmet Kaan KIRALI  
Başhekim.

Denizer Cad.Cevizli Kavşağı No :2

Telefon: 0216 500 1 500 - 1440 Faks No: 02164596321

c-Posta: fadime.esin@saglik.gov.tr İnternet Adresi: www.kosuyolu.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 996d7dc2-1968-47de-9191-dce134e48064 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Fadime ESİN

SÖZLEŞMELİ PERSONEL

Telefon No: 02165001500

EK-10.



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL  
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ  
19/04/2019 17:20 - 16867222 - 604.01.01 - E.1638



00092034848

Sayı : 16867222-604.01.01  
Konu : Ece BAL'ın  
Araştırma İzni Hk.

KOŞUYOLU YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : a) 05/03/2019 tarihli ve 71211201-770 sayılı yazı.  
b) 19/04/2019 tarihli ve 53838792-774.99-3977 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazı ile Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Ece BAL**, Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN'ın danışmanlığında yürütülen "**Açık Kalp Ameliyatı Olacak Hastaların Uyku Kalitelerinin, Kaygı Durumlarının ve Algıladıkları Stres Düzeylerinin İncelenmesi**" konulu tez çalışmasını, ilgi b) sayılı yazımıza istinaden Müdürlüğümüz tarafından onaylanmış olup,

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.  
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN  
Başkan

Seyitnizam Mah. Mevlana Cd. No:85, 34015 Kat: 1 Oda No: 102 Zeytinburnu/İst.  
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi  
Telefon: Faks No:

e-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbul saglik.gov.tr

Bilgi için: Arzu SARMUSAK

FİRMA

Telefon No: 0212 638 33 99 - 3102

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 31f718af-37cb-47cb-b4d1-072b1b27bd77 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-11.



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL  
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ  
19/04/2019 17:20 - 16867222 - 604.01.01 - E.1639



Sayı : 16867222-604.01.01  
Konu : Ece BAL'ın  
Araştırma İzni Hk.

OKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)  
(Avni Dilligil Sok. No:18 Mecidiyeköy / Şişli)

İlgi : a) 05/03/2019 tarihli ve 71211201-770 sayılı yazı.  
b) 19/04/2019 tarihli ve 53838792-774.99-3977 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazınız ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Ece BAL**, Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN'ın danışmanlığında yürütülen "**Açık Kalp Ameliyatı Olacak Hastaların Uyku Kalitelerinin, Kaygı Durumlarının ve Algıladıkları Stres Düzeylerinin İncelenmesi**" konulu tez çalışmasını, Koşuyolu Yüksek İhtisas EAH'inde yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, **Koşuyolu Yüksek İhtisas EAH'nin** ilgi b) sayılı yazısı ile uvgun görülmüş olup, konunun çalışmada adı geçen öğrenciniz **Ece BAL'a** tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN  
Müdür a.  
Başkan

EKLER:  
1- Hastane Görüş Yazısı

GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZA  
ASLI İLE AYNIYDIR  
24.04.2019

Dr. Kemal TEKEŞİN  
Sağlık Müdürlüğü  
Birim Sorumlusu

Seyitnizam Mah. Mevlana Cd. No:85, 34015 Kat: 1 Oda No: 102 Zeytinburnu/İst.  
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi  
Telefon: Faks No:

e-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbul saglik.gov.tr

Bilgi için: Arzu SARMUSAK

FİRMA

Telefon No: 0212 638 33 99 - 3102

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c0525700-833d-4947-980e-324c787274fa kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



OKAN ÜNİVERSİTESİ  
Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 13.02.2019

Toplantı Sayısı: 103

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Doç.Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Erdinç Ünal	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın	(Üye)


Okan Üniversitesi Etik Kurulu 13.02.2019 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

**Karar 28.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Hemşirelik bölümünden Ece BAL'ın "Açık Kalp Ameliyatı Olacak Hastaların Uyku Kalitelerinin, Kaygı Durumlarının ve Algıladıkları Stres Düzeylerinin İncelenmesi" başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.



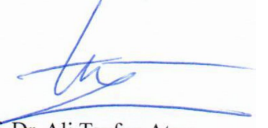
Prof. Dr. Mithat Kıyak  
(Başkan)



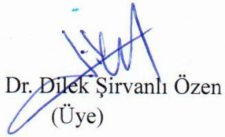
Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan  
(Üye)



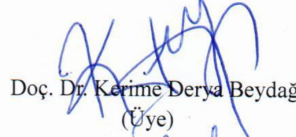
Prof. Dr. Dilek Öztürk  
(Üye)



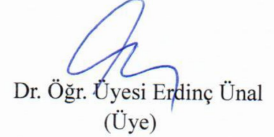
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay  
(Üye)



Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen  
(Üye)



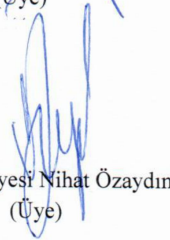
Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ  
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Erdinç Ünal  
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Nermin Bölükbaşı  
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın  
(Üye)

## EK-13. ÖZGEÇMİŞ

### *Kişisel Bilgiler*

<i>Adı</i>	ECE	<i>Soyadı</i>	BAL
<i>Doğum Yeri</i>	TARSUS	<i>Doğum Tarihi</i>	06.03.1993
<i>Uyruğu</i>	T.C	<i>Telefon</i>	
<i>e-mail</i>	ecebal330@gmail.com		

### *Eğitim Düzeyi*

	<i>Mezun Olduğu Kurum</i>	<i>Mezuniyet Yılı</i>
<i>Yüksek Lisans</i>	T.C İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı	2020
<i>Lisans</i>	Abant İzzet Baysal Üniversitesi(Bolu)	2015
<i>Lise</i>	Tarsus Cumhuriyet Lisesi	2011

### *İş Deneyimi*

<i>Görevi</i>	<i>Kurum</i>	<i>Süre</i>
Hemşire	T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	2015-Halen

