



T. C.  
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KALP KAPAĞI AMELİYATI ÖNCESİ HASTALARIN KAYGI  
DÜZEYLERİNİN AMELİYAT SONRASI YOĞUN BAKIMDA  
KALIŞ SÜRESİNE ETKİSİ**

Tuğba DOĞAN  
YÜKSEK LİSANS TEZİ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Dr. Öğr. Üyesi Meral YILDIRIM ÇETİNKAYA  
EŞ DANIŞMAN  
Öğr. Gör. Dr. Şerife YILMAZ

Düzce, 2020



T. C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KALP KAPAĞI AMELİYATI ÖNCESİ HASTALARIN KAYGI  
DÜZEYLERİNİN AMELİYAT SONRASI YOĞUN BAKIMDA  
KALIŞ SÜRESİNE ETKİSİ**

Tuğba DOĞAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Meral YILDIRIM ÇETİNKAYA

EŞ DANIŞMAN

Öğr. Gör. Dr. Şerife YILMAZ

Düzce, 2020



## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih 24/01/2020

Tuğba DOĞAN



## TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleőmesine katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişi ve kuruluőlara içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Meral YILDIRIM ÇETİNKAYA ve Sayın Öğr. Gör. Dr. şerife YILMAZ tez danışmanı olarak çalışmanın planlanmasında ve yürütülmesinde yol gösterici katkılarda bulunmuş, sonsuz sevgi ve anlayıő göstermişlerdir.

Çalışmanın gerçekleőtirildiđi Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi yönetim kurulu üyeleri ve kardiyovasküler cerrahisi servislerinde görev yapan hemşireler çalışmanın uygulanmasında gerekli kolaylıkları sağlamıőlardır.

Çalışmaya katılan tüm hastalar çalışmanın uygulanmasında katkı sağlamıőlardır.

Çalışma süresince sevgili eőim Dursun ağlar DOĞAN baőtta olmak üzere sevgili annem ve babam sonsuz sevgi, anlayıő ve sabırla destek olmuőlardır.

**Teşekkür Ederim**

Tuğba Doğan

## İÇİNDEKİLER

<b>KISALTMALAR VE SİMGELER.....</b>	<b>vi</b>
<b>TABLolar LİSTESİ.....</b>	<b>vii</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>1</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>2</b>
<b>1. GİRİŞ ve AMAÇ.....</b>	<b>3</b>
1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	4
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>6</b>
2.1. Kalp Cerrahisinin Tarihçesi.....	6
2.2. Kalp Kapaklarının Yapısı.....	7
2.3. Kapak Hastalıklarının Etyolojisi.....	7
2.4. Kapak Kapak Hastalıkları.....	8
2.4.1. Mitrak kapak darlığı.....	8
2.4.2. Mitral kapak yetmezliği.....	9
2.4.3. Aort kapağı darlığı.....	9

2.4.4. Aort kapağı yetmezliği.....	9
2.4.5. Triküspit darlık.....	10
2.4.6. Triküspit yetmezlik.....	10
2.4.7. Pulmoner arter darlığı ve yetmezliği.....	11
2.5. Kalp Kapak Hastalıklarında Tedavi Seçenekleri.....	11
2.5.1. Medikal tedavi.....	11
2.5.2. İnvaziv tedavi.....	12
2.5.3. Cerrahi tedavi.....	13
2.6. Korunma Yolları.....	14
2.7. Kalp Kapak Cerrahisi Geçiren Hastalarda Hemşirelik Bakımı.....	15
2.7.1. Ameliyat öncesi (preoperatif) hemşirelik bakımı.....	15
2.7.1.1. Ameliyat öncesi fiziksel hazırlık.....	16
2.7.1.2. Ameliyat öncesi psikolojik hazırlık.....	17
2.7.1.3. Ameliyat öncesi yasal hazırlık.....	18
2.7.1.4. Ameliyat öncesi eğitim.....	18

2.7.2. Ameliyat süreci (intaoperatif) hemşirelik bakımı.....	19
2.7.3. Ameliyat sonrası (postoperatif) hemşirelik bakımı.....	20
2.8. Kalp Kapak Cerrahisi Geçiren Hastalarda Kaygı.....	24
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>	<b>26</b>
3.1. Araştırmanın Tipi.....	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yeri ve Zamanı.....	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	26
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	27
3.5. Veri Toplama Araçları.....	27
3.5.1. Veri toplama araçlarının uygulanması.....	27
3.5.2. Kişisel bilgi formu (Ek 1).....	28
3.5.3. Ameliyata özgü kaygı ölçeği (Ek 2).....	28
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu.....	29
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	29
<b>4.BULGULAR.....</b>	<b>30</b>
<b>5.TARTIŞMA ve SONUÇ.....</b>	<b>36</b>
<b>6. KAYNAKLAR.....</b>	<b>41</b>
<b>7. EKLER.....</b>	<b>49</b>
EK 1. Kişisel Bilgi Formu.....	49
EK 2. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği.....	51



EK 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....	52
EK 4. Etik Kurul İzni.....	54
EK 5. Araştırma İzinleri .....	56
ÖZGEÇMİŞ.....	59



## KISALTMALAR ve SİMGELER

ACE	Anjiotensin Dönüştürücü Enzimi
AÖKÖ	Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği
aPTT	Protrombin Zamanı
ARA	Ateşli Romatizmal Hastalık
ARB	Anjiotensin Reseptör Blokerleri
ASD	Atriyal Septal Defekt
CABG	Koroner Arter Bypass Grefti
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ERAS	Enhanced Recovery After Surgery
ESC	Avrupa Kardiyoloji Derneği
KAH	Koroner Arter Hastalığı
SVB	Santral Venöz Basınç
TA	Transapikal
TAVİ	Transkatater Aort Kapak İmplantasyonu
TMVİR	Transkateter Mitral Vana İçi Halka
TMVİV	Transkateter Mitral Vana İçi Vana
TS	Transseptal

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 4.1.</b> Katılımcılara Ait Demografik Özelliklerin Dağılımı.....	30
<b>Tablo 4.2.</b> Katılımcıların Hastalık ve Ameliyat Sürecine İlişkin Özellikler.....	31
<b>Tablo 4.3.</b> Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre AÖKÖ Puanı Arasındaki Farkın Değerlendirilmesi.....	32
<b>Tablo 4.4.</b> Katılımcıların Hastalık ve Ameliyat Sürecine İlişkin Özellikleri İle AÖKÖ Puanı Arasındaki Farkın Değerlendirilmesi.....	34
<b>Tablo 4.5.</b> Katılımcıların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yatış Süreleri ile AÖKÖ Puanı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	35

## ÖZET

### KALP KAPAĞI AMELİYATI ÖNCESİ HASTALARIN KAYGI DÜZEYLERİNİN AMELİYAT SONRASI YOĞUN BAKIMDA KALIŞ SÜRESİNE ETKİSİ

Tuğba DOĞAN

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı Dr. Öğr. Üyesi Meral YILDIRIM ÇETİNKAYA

Eş Danışman Öğr. Gör. Dr. Şerife YILMAZ

Ocak 2020, 59 Sayfa

Bu araştırma kalp kapağı ameliyatı öncesi hastaların kaygı düzeylerinin ameliyat sonrası yoğun bakımda kalış süresine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırma verileri, “Kişisel Bilgi Formu” ve “Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ)” formları kullanılarak yüzyüze görüşme yöntemi ile toplandı. Araştırma verileri IBM SPSS Statistics 21 programı ile değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) ve nicel değişkenler için Kolmogrov Smirnov testi, Student t Test, Mann Whitney U testi, One-way Anova Test, Bonferroni test ile Kruskal Wallis testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi en az  $p < 0.05$  olarak kabul edildi. Araştırmada kadın hastaların erkek hastalara, sosyoekonomik düzeyi düşük hastaların sosyoekonomik düzeyi yüksek hastalara oranla kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu; hastaların ameliyattan sonra yoğun bakımda kalış süreleri ile AÖKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi. Hastaların kaygı düzeylerinin yoğun bakımda kalış süresine etkisini konu alan geniş örneklemlili nicel ve nitel çalışmalar yapılması önerilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Ameliyat sonrası, hemşirelik, kapak hastalığı, kaygı, yoğun bakım kalış süresi

## ABSTRACT

### THE EFFECT OF PATIENTS' ANXIETY LEVELS BEFORE HEART VALVE SURGERY ON THEIR POSTOPERATIVE LENGTH OF STAY IN THE INTENSIVE CARE UNIT

Tuğba DOĞAN

Master's Degree, Department Nursing

Supervisor, Asst. Prof. Ph. D. Meral YILDIRIM ÇETİNKAYA

Supervisor, Dr. Şerife YILMAZ

January 2020, 59 Pages

This study used a descriptive research design and aimed to determine the effect of patients' anxiety levels before heart valve surgery on the duration of postoperative stay in the intensive care unit. Data were collected using a personal information form and the Anxiety Specific to Surgery Questionnaire (ASSQ) through face-to-face interviews. Study results were analyzed using IBM SPSS Statistics V21.0 software. Descriptive statistics (mean, standard deviation, median, frequency, percent, minimum, maximum) were used to analyze data. For quantitative variables the Kolmogorov-Smirnov test, Students' t-test, Mann-Whitney U test, One-way Anova Test, Bonferroni test and Kruskal-Wallis test were used. The minimum value of  $p < 0.05$  was accepted as the significance level. The study found that anxiety levels of female patients and those with lower socioeconomic levels were higher compared to male patients and those with higher socioeconomic level. In addition, there was no statistically significant relationship between the patients' postoperative length of stay in the intensive care unit and their ASSQ scores. It is recommended to conduct quantitative and qualitative studies, including large samples, and to discuss the effects of anxiety on patients' length of stay in intensive care units.

**Key words:** Anxiety, heart valve surgery, length of stay in the intensive care, nursing, postoperative

# 1. GİRİŞ ve AMAÇ

## 1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölümlerin gelişmiş batılı ülkelerde azalma eğiliminde olduğu ancak gelişmekte olan ülkelerde arttığı görülmektedir. Toplumların yaşlanması ve beklenen yaşam sürelerinde görülen uzama ile birlikte gelişmiş ülkelerde kalp ve damar hastalarının sayısı ve buna bağlı olarak hastalık yüküde artmaktadır<sup>1</sup>. Kalp ve damar hastalıkları; koroner kalp hastalıklarını, perifer arter hastalıklarını, kalp yetmezliğini, kalp kapağı hastalıklarını, serebrovasküler hastalıkları, konjenital kalp hastalıklarını ve kardiyomyopatileri içermektedir<sup>1,2,3</sup>. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2018'de yayımladığı verilere göre 2016 yılında toplamda yaklaşık 41 milyon ölüm meydana gelmiştir. Bu ölümlerin bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı olarak gerçekleşen kısmında kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölüm sayısı yaklaşık 17.9 milyon (%31) dur<sup>1</sup>. Ülkemizde ise Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Planı 2014 verilerine göre kalp ve damar hastalıkları %40,4 ile ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır<sup>4</sup>. Kalp hastalıklarının prevalansı ise yaşla artmakta olup 65 yaş ve altında %2'den düşükken, 75 yaş ve üzerinde bu oran %13.2'ye yükselmektedir<sup>5,6</sup>. Ülkemizde kalp hastalıkları sık görülmesine rağmen sınırlı sayıda epidemiyolojik çalışmaya rastlanmaktadır. Demirbağ 2013'ün yaptığı bir çalışmada en yaygın görülen kalp hastalığının mitral yetmezlik olduğu belirtilmektedir<sup>7</sup>.

Kalp ve damar hastalıklarının tedavisi hastanın durumuna göre planlanmaktadır. Hafif semptomlu ya da aseptomatik durumlarda ilaç tedavisi, ileri vakalarda ise cerrahi tedavi uygulanmaktadır<sup>8,9</sup>.

Kalp damar hastalıklarında uygulanan cerrahi girişimler diğer tüm cerrahi girişimlerde olduğu gibi bireyleri duygusal, bilişsel ve fonksiyonel yönden olumsuz etkilemektedir. Bu durum hastaların ameliyata uyum sürecini zorlaştırmakta ve iyileşmeyi geciktirmektedir<sup>3,10,11,12,13</sup>. Cerrahi süreçte bireyler pek çok duygu ile baş etmek durumunda kalabilmektedir. Bunlardan biride sürecin belirsizliğinden dolayı yaşanan kaygıdır<sup>14,15</sup>.

İnsanlar hayatlarının her evresinde (büyüme, okula başlama, iş hayatı, evlilik gibi) farklı düzeylerde kaygı hissedebilmektedir. Hastane ortamı, bilinmezlik korkusu, mahremiyet duygusu, hastanın kişisel özellikleri, daha önce hastanede yatıp yatmaması, hastanın ekonomik durumu gibi faktörler hastanın kaygı düzeyini etkilemektedir<sup>12,14,15</sup>. Ameliyat öncesi yaşanan kaygı, bilgi eksikliği, organa verilen değer, anestezi sonrası uyanamama korkusu ve ameliyat sonrası yaşanacak ağrı şiddetine ilişkin endişeler gibi birçok nedenle doğrudan ilişkilidir<sup>3,16,17,18</sup>. Yapılan çalışmalar cerrahi işlemin hastanın kaygı düzeyini artırarak tedavi sürecini olumsuz etkilediğini, hastanede kalış süresini, komplikasyon ve depresyon gibi ruhsal sorunların görülme sıklığını artırdığını göstermektedir<sup>3,10,11,12,13,18,19</sup>. Bu nedenle ameliyat öncesi dönemde hastada oluşabilecek kaygının farkına varılması ve yaşanan kaygının en aza indirilmesi, ameliyat öncesi ve sonrası verilen bakımın kalitesi açısından önem arz etmektedir<sup>10,11</sup>.

Bakım sürecinde kilit rol oynayan hemşire; hastayı psikolojik ve fizyolojik olarak tedaviye hazırlanmaktan, hasta ve yakınlarını hastalık ve tedavi süreci konusunda bilgilendirerek bakıma katılımlarını sağlamaktan sorumludur ve ekibin diğer üyeleri ile iş birliği içinde çalışmaktadır<sup>20,21,22</sup>.

Ameliyat öncesi dönemde hastanın ameliyata iyi bir şekilde hazırlanmasının hastanın kaygı düzeyini azaltarak ameliyat sonrasında iyileşme sürecini olumlu yönde etkilediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır<sup>2,10,13,19</sup>. Ameliyat öncesi kaygı düzeyinin azaltılmasının ameliyat sonrasında yoğun bakımda kalış süresini azaltacağı, hastanın yaşam kalitesine, sağlıkta çalışan insan gücüne ve maliyete olumlu katkılar sağlayabileceği düşünülmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı, kalp kapağı ameliyatı öncesi hastaların kaygı düzeylerinin ameliyat sonrası yoğun bakımda kalış süresine etkisini belirlemektir.

## **1.3. Araştırmanın Hipotezleri**

H<sub>0</sub>: Kalp kapağı ameliyatı öncesi hastaların kaygı düzeylerinin ameliyat sonrası yoğun bakımda kalış süresine etkisi yoktur.

$H_1$ : Kalp kapağı ameliyatı öncesi hastaların kaygı düzeylerinin ameliyat sonrası yoğun bakımda kalış süresine etkisi vardır.





## 2. GENEL BİLGİLER

Kalp kapak hastalıkları, Koroner Arter Hastalıkları (KAH), hipertansiyon ve kalp yetmezliğinden sonra en yaygın görülen kalp ve damar hastalıkları olarak bilinmektedir<sup>7,8</sup>. Kapak hastalıkları, darlık (stenoz), yetmezlik ve her ikisinin aynı anda bulunduğu miks lezyon olarak adlandırılan üç şekilde görülmektedir<sup>2</sup>. Kapak stenozunda kanın ileriye akışı engellenirken, yetmezlik durumunda kapakçıkların tam olarak kapanamamasına bağlı kan geriye kaçarak göllenmektedir<sup>6,8,9</sup>. Kapak hastalıkları; mitral kapak darlığı, mitral kapak yetmezliği, aort kapağı darlığı, aort kapağı yetmezliği, triküspit darlığı, triküspit yetmezliği, pulmoner arter darlık, pulmoner arter yetmezlik ve travma sonrası kalp kapağı yaralanmasından oluşmaktadır<sup>7,9,23</sup>.

### 2.1. Kalp Cerrahisinin Tarihçesi

Kalp cerrahisi, kalp ve torasik aort ile ilgili patolojilerin cerrahi tedavisi ile ilgilenen uzmanlık alanıdır. Kalp cerrahisi ile ilgili çalışmalar 19. yüzyılın sonunda başlamıştır<sup>24</sup>. 1938 yılında Gross'un başarılı PDA ligasyonu modern kalp cerrahisinin başlangıcı olarak kabul edilmektedir<sup>25</sup>. 1922'de kalbin dört kapağının replasmanı, 1923'de Cutler tarafından 12 yaşında bir kız çocuğuna mitral darlık operasyonu gerçekleştirilmiş; ancak 1940'lara kadar başarılı sonuçlar alınamamıştır<sup>26</sup>. Pulmoner kapak darlığı için ilk başarılı pulmoner valvulotomi, 1947'de Thomas Holmes Sellors tarafından gerçekleştirilmiştir<sup>27</sup>. 1952'de aort yetmezliğini tedavi amacıyla kullanılan Hufnagel kafesi ve küresel vana; 1967'de de mitral kapak hastalığının tedavisi amacıyla benzer şekilde yapılandırılmış bir kapak olan Edwards kafesi ve küresel vana kullanılmıştır. 1956'da Lillehei ilk başarılı açık mitral komissürotomi ameliyatını uygulamıştır. 1967'de ilk kalp nakli gerçekleşmiştir<sup>24,25</sup>. Ülkemizde ise modern kalp cerrahisinin ilk adımları kapalı mitral komissürotomi ile atılmış; ilk açık kalp ameliyatı 1960, ilk kalp pili ameliyatı da 1962 yılında gerçekleştirilmiştir. 1969 yılında Dr. Aytaç'ın başkanlığında Hacettepe'de kurulan Türkiye'nin ilk ve tek Pediatrik Kalp Cerrahisi Departmanı'nda pek çok ender konjenital kalp ameliyatları yapılmıştır<sup>28</sup>.

## 2.2. Kalp Kapaklarının Yapısı

Kalp üç tabakadan oluşmakta ve mediastinumda yer almaktadır. Kalpte dıştan içe doğru sırasıyla perikard, miyokard ve endokard tabakaları bulunmaktadır. Kalbin ileti sistemi sinoatriyal düğüm, atriyoventriküler düğüm, his demeti ve purkinje liflerinden oluşmaktadır<sup>29</sup>. Kalpte aort kapak, mitral kapak, triküspit kapak ve pulmoner kapak olmak üzere dört kapak bulunmaktadır. Kalbin sağ tarafında triküspit ve pulmoner kapaklar (atriyoventriküler), sol tarafında ise mitral ve aort kapaklar (semilunar) yer almaktadır. Bu kapaklar kanın kalpteki dolaşımında görev almaktadır. Kalp sistolde iken mitral ve triküspit kapak kanın ventrikülden atriyalara geri kaçmasını önlemek için kapanırken, asistolde açılarak kanın ventriküle geçmesini sağlamaktadır. Pulmoner ve aort kapaklar ise diyastolde kapalı sistolde açık durumdadır. Kalp kapakları endokardla aynı dokudan oluşmakta ve kan damarı içermemektedirler. Ayrıca kapaklar kollajen ve elastik liflerden zengindirler<sup>2,26,27,30</sup>.

## 2.3. Kapak Hastalıklarının Etiyolojisi

Enfektif endokardit kalbin endokardiyal yüzeyinin enfeksiyonu olup sıklıkla kalp kapağı tutulumlarına neden olmaktadır<sup>31</sup>. Kalp kapaklarının normal yapısı bakteriyel enfeksiyonlara karşı dirençlidir, ancak altta yatan mekanik bozukluklar hücre dışı matriks proteinlerin açığa çıkmasına ve böylece fibrin ve trombosit birikimine yol açarak endokardite yol açabilmektedir<sup>32</sup>.

Kalp kapağı hastalıkları genellikle 10'lu yaşlarda görülmekte; pankardite kadar varabilen komplikasyonlara neden olan A grubu beta hemolitik streptokokların neden olduğu ateşli romatizmal hastalıktan (ARA) kaynaklanmaktadır. Enfektif endokardit, koroner ateroskleroz, prolapsus ve konjenital malformasyonlar diğer etiyolojik faktörler olarak sayılabilmektedir<sup>2,33</sup>. Ayrıca aort kapağı darlığının nedenleri romatoid kalp hastalığı, hiperkolesterolemi, lupus eritematosusu ve okronozisken; aort kapağı yetmezliğinin nedenleri romatoid kalp hastalığı ve doğumsal anomalilerdir. Mitral kapak yetmezliğinde ise dejeneratif hastalıklar (miksomatoz dejenerasyon, floppy mitral kapak hastalığı fibroelastik yaprak dejenerasyonu), mitral kapağın iskemisine neden olan faktörler (remodelasyon, akinezi, diskinesi, papiller kasların yer değiştirmesi),

yapraksal kireçlenme, kordaların yırtılması veya uzaması neden olarak bilinmektedir. Ayrıca uzun süreli pulmoner hipertansiyon sağ ventrikül hipertrofisine ve dolaylı olarak triküspit yetmezliğine, aort diseksiyonu aort yetmezliğine, travma ise aort kapağı yetmezliği ve triküspit yetmezliğine neden olabilmektedir<sup>27,33,34</sup>.

2018 yılında DSÖ'nün yayımladığı verilere göre; 2016 yılında yaşanan ölümlerin %31'i kalp ve damar hastalıklarından, bu ölümlerin ise yaklaşık %2'si kalp kapağı hastalıklarından kaynaklanmaktadır<sup>1</sup>. Ülkemizde ise Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2018 yılı için yayımladığı rapora göre tüm ölümlerin %38.4'ü dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklanmaktadır<sup>35</sup>. Raporda kalp kapağı hastalıklarına ayrıca yer verilmemiş olup, kalp kapak hastalıklarının raporun diğer kalp hastalıkları veya diğer hastalıklar bölümlerinde yer alabileceği düşünülmektedir.

## **2.4. Kalp Kapak Hastalıkları**

Kalp kapak hastalıkları mitral kapak darlığı, mitral kapak yetmezliği, aort kapağı darlığı, aort kapağı yetmezliği, triküspit darlık, triküspit yetmezlik, pulmoner arter darlığı ve pulmoner arter yetmezliği başlıkları altında incelenebilir.

### **2.4.1. Mitral kapak darlığı**

Mitral kapak darlığı, kapağın yapısal anormallikleri nedeniyle sol ventrikül girişinde tıkanmaya neden olan bir hastalıktır<sup>33</sup>. Normalde 4-6 cm<sup>2</sup> olan kapak alanı 2-2.5 cm<sup>2</sup>'nin altına düştüğünde hemodinamide bozukluklara yol açmaktadır<sup>8</sup>. Kapak alanının 1.5 cm<sup>2</sup>'nin altına düşmesi ve pulmoner arter basıncının 50 mm Hg'nin üstünde olması cerrahiye düşündürücü ciddi mitral darlık olarak kabul edilmektedir<sup>9,36</sup>. Mitral darlık başlangıçta asemptomatiktir ya da belirtiler hafif seyretmektedir<sup>2</sup>. Hastada ilk ortaya çıkan semptom egzersizle artan nefes darlığıdır. Hastalık ilerledikçe tabloya pulmoner damar basıncının artmasına bağlı olarak ortopne, paroksizmal noktürnal dispne, sağ kalp yetmezliğine bağlı olarak ödem ve hepatomegali eklenmektedir<sup>8</sup>.

#### **2.4.2. Mitral kapak yetmezliği**

Mitral kapak yetmezliği, kalp sistoldeyken mitral kapağın tam olarak kapanamamasına bağlı olarak kanın sol ventrikülden sol atriyuma geri kaçmasıdır<sup>33</sup>. Mitral yetmezlik durumu, korda rüptürü, normal anüler ve komissural destek yapılarının kaybı şeklinde ortaya çıktığında hasta durumu tolere edememekte ve acil ameliyat gerekmektedir<sup>33</sup>. Akut mitral yetmezlikte periferik nabızlar zayıf, ekstremiteler soğuk ve nemlidir<sup>8</sup>. Kronik mitral yetmezlikte ise sol atriyuma geri dönen kan hipertrofiye ve dilatasyona neden olmaktadır<sup>33</sup>. Hastada ilk olarak eforla ortaya çıkan dispne, egzersiz intoleransı ve öksürük görölmekteyken, hastalık ilerledikçe pulmoner konjesyon, paroksizmal noktürnal dispne, ortopne, yorgunluk, çarpıntı ve göğüs ağrısı şikayetleri ortaya çıkmaktadır<sup>2,8</sup>. Hastada kapak replasmanı olasılığı ve sol ventrikül işlev bozukluğu olsa da olmasa da yeni başlayan atriyal fibrilasyon ile pulmoner hipertansiyon bulunduğunda cerrahi tedavi düşünölmektedir<sup>36</sup>.

#### **2.4.3. Aort kapağı darlığı**

Aort kapağı darlığı, kalp sistol evresindeyken kanın aorta geçmesini sağlayan alanın daralmasıdır<sup>2</sup>. Bu durumda kanın sistemik dolaşıma geçmesi engellenmiş olmaktadır<sup>2,8</sup>. Aort darlığında sol ventrikülden oluşan aşırı basınç sonucu sol ventrikülden hipertrofi gelişmektedir<sup>2</sup>. Darlık ilerledikçe kardiyak debi azalmakta, hastada pulmoner hipertansiyon ve buna bağlısağ ventrikül yetmezliği, ödem, boyun venlerinde dolgunluk gibi şikayetler görölmektedir<sup>2,8,9</sup>. Hastalar göğüs ağrısı, nefes darlığı, egzersiz sonrası baş dönmesi ve bayılma gibi şikayetlerden yakınmakta, tedavi edilmediğinde yorgunluk, aşırı kuvvetsizlik, pulmoner ödem, ortopne gibi belirtiler ortaya çıkabilmektedir<sup>2,8,37</sup>. şiddetli darlık bulunan ve başka nedenlerle cerrahi girişime aday tüm semptomatik hastalara erken kapak replasmanı önerilmektedir<sup>36</sup>.

#### **2.4.4. Aort kapağı yetmezliği**

Aort kapağı yetmezliği, kalbin ventriküllerinin diyastolü anında aort kapağının tam kapanamaması sonucunda kanın sol ventriküle geri kaçması durumudur<sup>2,8</sup>. Aort kapağı yetmezliği nedeniyle sol ventrikülden hipertrofi ve sol ventrikül yetmezliği görölmekte,

ventrikül basıncının artmasına bağlı akut akciğer ödemi gelişmektedir. Kardiyak debinin azalması sonucu kardiyojenik şok tablosu gelişebilmektedir<sup>8</sup>. Hastalık ilerleyene kadar asemptomatik olabilmektedir. Başlangıçta hastalarda sol yan pozisyonda rahatsız olma ve kendi kalp seslerinin duyma şikayetleri bulunmaktadır. Hastalık ilerledikçe efor dispnesi, akciğer ödeminin yanısıra koroner damarların tam beslenememesi nedeniyle göğüs ağrısı gelişmektedir<sup>2</sup>. Akut şiddetli aort kapağı yetmezliği ve asemptomatik de olsa sol ventrikül işlevleri bozulmuş hastalarda cerrahi düşünülmektedir<sup>36</sup>.

#### **2.4.5. Triküspit darlık**

Triküspit darlık, sağ atriyum ile ventrikül arasında bulunan alanın daralması sonucu meydana gelen durumdur<sup>2</sup>. Triküspit darlık genellikle mitral ve aort kapak hastalıkları ile birlikte görülmektedir. Bu nedenle tanı koyabilmek için ayrıntılı değerlendirme gerekmektedir<sup>36</sup>. Triküspit darlıkta sağ atriyumdan sağ ventriküle yeterli miktarda kan akımı olmaması nedeniyle sağ atriyum hipertrofisi ve buna bağlı sağ kalp yetmezliği görülmektedir<sup>8</sup>. Hastada ilk belirtiler yorgunluk ve ödem iken ilerleyen dönemlerde juguler venöz dolgunluk, hepatomegali, asit birikimi ve periferlerde ödem gelişebilmektedir<sup>2,8</sup>. Triküspit darlıkta tedavi etyolojik nedene yönelik planlanmaktadır. Triküspit kapağa yapılacak girişimler genellikle tıbbi tedaviye rağmen semptomları devam eden hastalara diğer kapaklara yönelik girişim uygulandığı esnada yapılmaktadır<sup>36</sup>.

#### **2.4.6. Triküspit yetmezlik**

Triküspit yetmezlik, triküspit kapağın tamolarak kapanamaması sonucu kalp sistolde iken kanın sağ ventrildenatriyuma geri kaçması durumu olarak bilinmektedir<sup>34</sup>. Triküspit darlık yetmezliğe göre daha sık görülmektedir<sup>27</sup>. Kanın sağ atriyuma kaçması nedeniyle venöz dolgunluk, dalak ve karaciğerde konjesyon, bunlara bağlı olarak iştahsızlık, bulantı, kusma ve sağ üst kadranda ağrı olmaktadır<sup>2</sup>. İlerleyen dönemde pulmoner hipertansiyon, sağ ventrikülde basınç artışı ve hipertofi, sağ ventrikül işlevinin azalması, atriyal fibrilasyon görülebilmektedir<sup>4,36</sup>. Triküspit yetmezlikte de triküspit darlıkta olduğu gibi tedavi etyolojik nedene ve hastada diğer kalp

hastalıklarının varlığına göre planlanmaktadır. Şiddetli triküspit yetmezlik durumunda başka bir kalp hastalığı bulunmasa da tek başına triküspit kapak cerrahisi uygulanabilmektedir<sup>36</sup>.

#### **2.4.7. Pulmoner arter darlığı ve yetmezliği**

Pulmoner darlık, sağ ventrikülden pulmoner arteriyel yatağa kan akımının dinamik veya anatomik olarak engellenmesidir. Genellikle pediatrik dönemde tanılanmakta ve tedavi edilmekte, bazen erişkin yaşa kadar sürebilmektedir. Pulmoner darlık tek başına nadir görülen asemptomatik seyreden bir hastalıktır. Hastaları kardiyak açıdan sürekli değerlendirmek ve bakım sağlamak gerekmektedir. Pulmoner darlıkta sağ kalbin iş yükü artmakta; zamanla sağ kalpte hipertrofi ve yetmezlik görülmektedir. Darlık ilerledikçe hastada, dispne, yorgunluk, göğüs ağrısı gibi şikayetlerde artmaktadır. Pulmoner darlıkta tedavi darlığın yeri, boyutu ve doğumsal anomali olup olmamasına bağlı planlanmakta; asemptomatik olsa bile tedavi gerektirmektedir<sup>8,27,38</sup>.

Pulmoner yetmezlik ise pulmoner kapağın tam olarak kapanamaması sonucu meydana gelmektedir ve klinik olarak nadiren önem taşımaktadır. Ancak yetersizliğin süresi ve ciddiyetine göre hastada sağ ventrikül hipertrofisi, sağ kalp ve triküspit yetmezliği de görülebilmektedir<sup>27,38</sup>.

### **2.5. Kalp Kapak Hastalıklarında Tedavi Seçenekleri**

Kalp kapağı hastalıklarının tedavisi hastaların durumuna ve semptomlarına göre planlanmaktadır. Bu bölümde tedavi seçenekleri medikal, invaziv ve cerrahi tedavi olarak ayrıntılandırılacaktır.

#### **2.5.1 Medikal tedavi**

Kapak hastalıklarında medikal tedavi, semptomları kontrol altına almak ve hastanın yaşam kalitesini artırmak amacıyla hastanın ve hastalığın durumuna göre yapılmaktadır<sup>7,37,39</sup>. Hastalarda anjina ya da kalp yetersizliği bulgularının tedavisinde nitratlar, beta blokerler, diüretikler ve sistemik vazodilatörler kullanılmaktadır. Ancak

hastalar tedavi sürecinde hipotansiyon, senkop ve organ perfüzyon bozuklukları gibi yan etkiler açısından yakından takip edilmelidir<sup>7,37</sup>. Sağ kalp yetmezliği bulgularının azaltılması açısından diüretik tedavisine cevap alınamayan hastalarda diyaliz uygulanabilmektedir<sup>7</sup>. Bunların yanı sıra tedaviye dijitaler, digoksin, kalsiyum kanal blokerleri, hipertansiyon şikayeti olan hastalara Anjiyotensin dönüştürücü enzimi (ACE) inhibitörleri, anjiyotensin reseptör blokerler (ARB) eklenebilmektedir. Bu durumda hastaların hipotansiyon açısından takibi önem arz etmektedir<sup>39</sup>. Atrial fibrilasyonu mevcut olan hastalarda ise tedaviye amiodoranla birlikte emboli riskini azaltmak amacıyla antikoagülanlar da eklenmektedir<sup>7,39</sup>.

Kalp kapak hastalıklarının tedavisinde farmakolojik tedaviye ek olarak hastada sıvı, kafein ve tuz alımının kısıtlanması, hastaya uygun beslenme ve diyet programı oluşturulması ile egzersiz önerilmektedir<sup>8,39</sup>.

### **2.5.2. İnvaziv tedavi**

Kapak hastalıklarında cerrahi tedavi her zaman ve her durumda uygulanamamaktadır. Her ne kadar şiddetli semptomların görüldüğü mitral kapak hastalıklarının tedavisinde altın standart kapak onarımı veya replasmanı olsa da cerrahi açısından riskli hastalarda invaziv yöntemler kullanılmaktadır. Son yıllarda diğer cerrahi branşlarda olduğu gibi kalp kapak cerrahisinde de invaziv tekniklere ilgi hızla artmaktadır<sup>28,39,40</sup>. Kapak darlıklarının tedavisinde perkütan balon valvüloplasti, aort kapak implantasyonunda transkateter aort kapak implantasyonu (TAVİ), mitral kapak hastalıklarının tedavisinde ise transkateter mitral kapak onarımı ve mitraClip yöntemleri cerrahiye alternatif olarak uygulanmaktadır<sup>2,33,36,42</sup>.

Kalp kapak darlıklarında balon valvüloplasti işleminin kateter laboratuvarlarında kolayca uygulanabilmesi, torakotomi gerektirmemesi ve hastanede kalış süresini kısaltması gibi avantajlar nedeniyle ilgi artmış ve cerrahi tedaviye alternatif olarak gelişmiştir<sup>43</sup>. Lokal anesteziyle hastanın femoral arterinden bir kateter ile girilmekte, kateterin ucundaki balon şişirilerek darlık açılmaktadır<sup>43,44</sup>.

MitraClip işlemi ise mitral yetmezliği azaltmada mitral kapak cerrahisine göre daha az etkili olmakla birlikte cerrahiye alternatif olarak uygulanabilmektedir. Bu işlem ekokardiyografi eşliğinde femoral arterden girilerek yapılmaktadır. Anjiyografik yöntemle kalbin sağ atriyumuna ulaşılmakta, sağ ve sol atriyumarasına küçük bir delik açılarak sol ventriküle geçilmektedir. Böylece mitral kapakta kan kaçağının olduğu bölgedeki mitral kapağın yaprakçıkları klip (mandal) ile uç uca mandallanmaktadır. Bu işlemin izlem süresi en fazla iki yılla sınırlıdır ve izlem sırasında tekrarlama ya da mitral yetmezlik durumunun kötüleşmesi olasılığı bulunmaktadır<sup>36,45,46</sup>.

Transkateter aort kapak implantasyonu (TAVİ) cerrahi girişim açısından riskli veya ek hastalıkları yüzünden ameliyat ihtimali olmayan hastalar için son yıllarda sıklıkla tercih edilmektedir<sup>47</sup>. İşlem ilk kez 1922 yılında domuzlar üzerinde uygulanmış, 2002 yılında ise insan üzerinde denenmiş ve başarıyla sonuçlanmıştır. İşlem için genellikle femoral arter tercih edilmekte, ancak aksiller, transaortik ve transsubklavyen arterler de kullanılabilir<sup>48</sup>. İşlem lokal anesteziyle beraber bilinçli sedasyon veya genel anestezi uygulanarak yapılmaktadır<sup>47</sup>. İşleminde öncelikle aort kapağı tel ile geçilerek aortik kapağa balon valvüloplasti uygulanmakta ve kapak yerleştirilmektedir. İşlem sonrası kalp tamponadı, koroner tıkanması, aort diseksiyonu gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir<sup>48</sup>.

Transkateter mitral vana içi vana (TMVIV) ve halka içi vana (TMVIR) yöntemleri de dejenerer mitral kapakların tedavisinde yaşlı ve cerrahiye uygun olmayan hastalar için alternatif tedavi seçeneği olarak tercih edilmektedir<sup>42,49</sup>. Bu yöntemler ilk olarak 2009'da geliştirilmiş, 2011'de uygulanmıştır. Bu işlemler transapikal (TA) ve transeptal (TS) olarak uygulanabilmekte, ancak transapikal uygulandığında atriyal septum defektine (ASD) neden olabilmektedir. Bu durumda bazı hastalar için ASD kapama gerekebilir<sup>42</sup>.

### **2.5.3 Cerrahi tedavi**

Kalp kapağı hastalıklarının cerrahi tedavisi hastalığın derecesine göre kapağın tamiri ya da değiştirilmesi şeklinde yapılmaktadır. Genişlemiş kapağın protez halka konularak ya da dikiş atılarak tamiri annüloplasti, yırtılan kapakların dikiş ile tamiri valvüloplasti, dar



olan kapağın genişletilmesi işlemi ise kommissürotomi (valvotomi) olarak adlandırılmaktadır<sup>2</sup>. Kapak ameliyatları genellikle planlı ameliyatlardır ve açık ameliyat olarak gerçekleştirilmektedir. Hastaya cerrahi olarak genellikle kapak tamiri, kapak tamirinin yetersiz kaldığı durumlarda ise bozuk kapağın yerine yapay protezkapak ameliyatı uygulanmaktadır<sup>2</sup>. Kapak değişiminde yapay (mekanik) ve biyolojik olmak üzere iki çeşit kapak kullanılmaktadır. Mekanik kapaklar; küresel vana, disk valfi ve çift yapraklı valf olmak üzere üç çeşittir. Çift yapraklı valf genellikle mitral ve aort kapağı replesmanında kullanılmaktadır<sup>26,50</sup>. Biyolojik kapaklar için ise hastanın kendisinden (otolog ve otogreft), kadavradan (homogreft) ve hayvanların perikardından (ksenogreft) elde edilen dokular kullanılmaktadır<sup>39,50</sup>.

Mekanik kapaklar kapak dejenerasyonuna karşı daha dayanıklı olmaları ve ilerleyen dönemlerde daha az ameliyat tekrarı gerektirmeleri nedeniyle genç hastalarda daha çok tercih edilmektedir. Mekanik kapak ameliyatlarından sonra hastaların ömür boyu antikoagulan kullanması gerekmektedir. Biyolojik kapaklarda ise böyle bir durum söz konusu olmadığı ve ameliyat sonrası kısa süreli antikoagulan kullanımı gerektirdiğinden yaşlı ve çocuk sahibi olmak isteyen hastalarda tercih edilmektedir. Gebelikte antikoagulan kullanımı bebekte malformasyona neden olabileceği için bu konuda dikkatli davranılması önerilmektedir<sup>2,24,26,39,50</sup>.

## **2.6. Korunma Yolları**

Kalp sağlığını korumak, kalp hastalıklarını önlemek adına hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler topluma ve bireye en yakın olan sağlık çalışanlarıdır. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından hazırlanan Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı'na (2015-2020) göre kalp damar hastalıklarından kaynaklanan ölüm oranları giderek artmaktadır<sup>4</sup>. Buradan hareketle özellikle koruyucu hizmetlere odaklanması, toplumun risk haritasının çıkarılması, koruyucu önlemlerin artırılması ve toplumun farkındalığını sağlamak amacıyla eğitimler düzenlenmesi gerekmektedir.

Kalp hastalıklarından korunma kişilerin yaşam tarzlarının değiştirilmesi ve risk faktörlerinin azaltılması ile mümkündür. Kalp sağlığını korumak için sigarayı bırakma,

fiziksel aktiviteyi artırma, düzenli ve sağlıklı beslenme, beden kitle indeksinin normal aralıkta olması önerilmektedir<sup>4</sup>.

Avrupa kardioloji derneği (ESC) kılavuzu 2009'a göre enfektif endokardit riskini azaltmak için ağız hijyenine özen gösterilmeli, düzenli diş hekimi muayenesi yaptırılmalı, mümkün olduğunca dövme ve pirsing gibi işlemlerden kaçınılmalıdır. Ayrıca hastaya uygulanacak invaziv işlemlerde aseptik tekniklere uyulması gerekmektedir<sup>32</sup>.

Kalp kapak hastalıklarının etyolojisinde önemli yer tutan A grubu beta hemolitik streptokokların neden olduğu akut romatizmal ateşli ortadan kaldırmak adına boğaz enfeksiyonunun antibiyotik ile tedavisi de birincil korunmada büyük önem taşımaktadır<sup>4</sup>.

## **2.7. Kalp Kapak Cerrahisi Geçiren Hastalarda Hemşirelik Bakımı**

Kalp kapağı ameliyatları planlı ameliyatlardır. Ameliyata hazırlanan hastaların bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve çözüme ulaştırılması amacıyla ameliyat öncesi dönemden başlayarak iyi bir hemşirelik süreci yürütmek gerekmektedir. Bu bölümde kalp kapak cerrahisi geçiren hastanın bakımı ameliyat öncesi (preoperatif) bakım, ameliyat süreci (intraoperatif) bakım ve ameliyat sonrası (postoperatif) bakım başlıkları altında ayrıntılandırılacaktır.

### **2.7.1 Ameliyat öncesi (preoperatif) hemşirelik bakımı**

Ameliyat öncesi iyi bir hazırlık hastanın hem ameliyat sürecini hem de ameliyat sonrası iyileşme sürecini olumlu yönde etkileyecektir. Yapılan çalışmalar da ameliyat öncesi iyi hazırlanan hastanın ameliyat sonrası dönemi daha konforlu geçirdiği, ağrı ve uyku problemlerini daha az yaşadığını göstermektedir<sup>10,11,12</sup>. Diğer cerrahi girişimlerde olduğu gibi kalp kapak cerrahisi geçiren hastalarında ameliyat öncesi dönemde iyi bir şekilde fiziksel, psikolojik, eğitim ve yasal hazırlıklarının yapılması

gerekmektedir<sup>2,10,11,51</sup>. Ameliyat öncesi bakım aşağıda bu başlıklarda ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

### **2.7.1.1. Ameliyat öncesi fiziksel hazırlık**

Ameliyat riskinin en aza indirilebilmesi için hastaların genel sağlık durumunu mümkün olduğunca en iyi düzeye getirmek ve iyi bir fiziksel hazırlık yapmak gerekmektedir<sup>52</sup>. Ameliyat öncesi fiziksel hazırlık genel olarak cilt hazırlığını, gastrointestinal sistem hazırlığını, anestezi hazırlığını ve istirahatın sağlanmasını içermektedir<sup>2,53</sup>.

Ameliyat öncesi hazırlık hastaya, hastanın geçireceği cerrahi işleme, hastanın herhangi bir başka hastalığının olup olmamasına bağlı olarak her hastaya özel planlanmalıdır. Hastanın fiziksel hazırlığı ayrıntılı alınan anamnezle başlamaktadır. Hastanın ameliyattan ne kadar süre önce hastaneye yatırılacağına, diğer uzmanlık alanlarından konsültasyon istenmesi gerekip gerekmediğine alınan bu anamnezle karar verilmektedir<sup>2</sup>. Ayrıca anamnezle birlikte hastanın fiziksel muayenesinin yapılarak fizyolojik durumunun ve ameliyat öncesi risklerin iyi belirlenmesi gerekmektedir<sup>52</sup>. Bunlara ek olarak kalp kapağı ameliyatları öncesi hastanın rutin kan testleri yapılmakta bu testler içinde INR ve Protrombin zamanı (aPTT) ayrı bir önem taşımaktadır. Ayrıca ihtiyaç halinde kullanılabilmesi için ameliyat öncesinde hastaya kan hazırlığı yapılmaktadır. Kalp ritminin kontrolü için hastaya elektrokardiyografi çekilmekte, nörolojik sistem ve diğer sistemlere dair hikayeleri alınmaktadır<sup>54</sup>.

Gastrointestinal sistem hazırlığı ameliyat öncesi dönemde önemli bir yer tutmaktadır. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protokolüne göre anesteziden 6 saat öncesine kadar katı gıdaları, 2 saat öncesine kadar berrak sıvıları tüketebileceği belirtilmektedir<sup>55</sup>. Ancak ülkemizde birçok kurumda halen hastaların gece 00.00'dan itibaren aç bırakıldığı bilinmektedir. Ameliyat sırasında görülebilecek ve hayati risk oluşturacak komplikasyonları önlemek açısından hemşirenin bu konuda dikkatli olması gerekmektedir.

Ameliyat öncesi bir diğer hazırlık ise cilt hazırlığıdır. Cilt hazırlığı cerrahi işlem uyulanacak bölgedeki vücut tüylerinin temizliğini kapsamaktadır. Cilt hazırlığına yönelik hastanelerin farklı protokoller kullandığı görülmektedir. Cilt temizliği için

hastanın bir gece öncesi antibakteriyel sabun ile banyo yapması, tüy temizliği yapılacak ise jilet yerine krem ya da kıl kesme makinesi kullanması önerilmektedir. Kıl temizliği steril ortamı tehdit edeceğinden ameliyat salonu dışında bir odada ve ameliyattan hemen önce yapılması tercih edilmektedir<sup>52,55,56</sup>.

Hastanın ameliyattan önceki geceyi dinlenerek geçirmesi oldukça önemlidir. Hastalarla etkin iletişim kurularak, varsa endişe ve korkuları paylaşarak ve gerekli durumlarda doktor istemi dahilinde sedatifler kullanarak istirahati sağlanmalıdır<sup>2,52,53</sup>.

Hastalar genellikle ameliyattan bir gece önce anestezi uzmanı tarafından değerlendirilmektedir. Bu değerlendirmede hastanın anesteziye uygun olup olmadığına, hangi tip anestezi uygulanacağına, hastanın anestetik maddelere karşı bir alerjisi olup olmadığına yer verilmektedir. Ayrıca hastaya anestezi uzmanı tarafından anestezi riskleri anlatılmakta ve hastanın soruları cevaplanmaktadır<sup>2,57</sup>.

Ameliyat sabahı hazırlık ve bakımında ise; öncelikle hastanın kimlik doğrulaması yapılır, yaşam bulguları alınır ve kayıt edilir, cilt hazırlığı ve gastrointestinal sistem hazırlığı kontrol edilir, ameliyathaneye özel ameliyat önlüğü giydirilir, doktor istemine göre varis çorabı giydirilir, hastanın kontak lens, gözlük, protez ve takma dişleri çıkarılır, varsa takıları ve değerli eşyaları çıkarılarak güvence altına alınır, makyaj, oje ve takma tırnak varsa çıkarılır. Hasta ameliyathaneden istendiğinde klinikten ayrılmadan önce güvenli cerrahi kontrol listesinin ilgili kısmı doldurulur ve ameliyathaneye teslimi sağlanır<sup>2,38,52</sup>.

### **2.7.1.2. Ameliyat öncesi psikolojik hazırlık**

Ameliyat fizyolojik stres kaynağı olmasıyla beraber güçlü bir psikolojik stres kaynağıdır. Cerrahi işlem yapılacağına hastaya söylenmesi ile başlayan kaygı hastaneye yatmakla birlikte artmakta ve hastanın uyumunu, yaşam kalitesini ve ameliyat sonrası iyileşme sürecini olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşanan kaygı hastanın metabolik ve hormonal durumunu etkilemekte, ameliyat öncesi, ameliyat süreci ve ameliyat sonrası dönemde çeşitli komplikasyonlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle ameliyat öncesi hazırlıkta hastanın korku ve endişeleri açıkça sorgulanmalı, bu

konuda geçmiş deneyimleri, başetme yöntemleri ayrıntılı değerlendirilerek iyi bir anamnez alınmalıdır<sup>2,52</sup>.

Ameliyat öncesi iyi bir psikolojik hazırlıkla hastanın kaygısının azaltılması; hastanın ameliyat sürecini daha rahat geçirmesine, tedaviye uyumunun artmasına, ameliyat sonrası yaşam bulgularının kısa sürede normale dönmesine, strese tepki olarak salınacak kortikostroid hormonların daha az salınmasına, iyileşme sürecinin hızlanmasına, komplikasyonların azalmasına ve hastanın daha erken sürede taburcu olmasına yardımcı olmaktadır<sup>10,11,12,14,52,59</sup>.

Hastalar cerrahi girişime karşı farklı tepkiler vermekte ve her hasta farklı düzeyde kaygı yaşamaktadır. Hastaların kaygı düzeylerine ve geçmiş başetmelerine göre hemşirelik bakımı planlanmalıdır<sup>52</sup>. Kaygı düzeyinin azaltılmasına yönelik girişimlere ileriki bölümde ayrıntılı yer verilecektir.

### **2.7.1.3. Ameliyat öncesi yasal hazırlık**

Ameliyat öncesi yasal hazırlık hem hasta hem sağlık ekibi açısından oldukça önemlidir. Cerrahi işlem uygulanacak her hastanın yazılı ve sözlü aydınlatılmış onamı alınmalıdır. Türk Ceza Kanunu'nun 17. maddesine göre tıbbi zorunluluklar ve kanunda yer alan haller dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz. Yapılan cerrahi işlemin hukuka uygun olması için işlem uygulanacak kişinin işlem hakkında ayrıntılı bilgilendirilmesi ve onamının alınması gerekmektedir<sup>2,52,60</sup>.

Aydınlatılmış onam, bilinci yerinde, 18 yaş ve üzeri hastalarda kendilerinden, bilinci yerinde olmayan ve çocuk hastalarda ise ailesi ya da yasal olarak hastadan sorumlu kişilerden alınmalıdır. Hasta/ hasta yakınına ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi verme ve aydınlatılmış onam alma sorumluluğu primer olarak hastaya işlemi uygulayacak cerrahla birlikte hasta ameliyathaneye gönderilirken aydınlatılmış onamının alınıp alınmadığını kontrol etme sorumluluğu hemşirededir<sup>52,61</sup>.

### **2.7.1.4. Ameliyat öncesi eğitim**

Ameliyat öncesi eğitimin temel amacı; hastada oluşabilecek komplikasyonları en aza indirmek, gereksinimi olan/olacak bilgi ve beceriyi hastaya öğretmektir. Ameliyat öncesi eğitim hastanın fiziksel ve ruhsal olarak kendini daha iyi hissetmesine, hastanın kaygı düzeyinin azalmasına ve ameliyat sonuçlarının olumlu olmasına katkı sağlamaktadır<sup>52,62,63</sup>.

Ameliyat öncesi eğitim derin solunum egzersizleri, öksürük egzersizleri, yatak içi dönme-ekstremitte egzersizlerini kapsamaktadır. Solunum-öksürük egzersizleri bireylerin solunum kaslarını güçlendirerek ameliyat öncesi hastanın rahatlmasını, ameliyat sonrası pnömoni ve atalektazi gibi risklerin azalmasını sağlamaktadır. Aynı şekilde yatak içi dönme-ekstremitte egzersizleri de ameliyat sonrası emboli gibi komplikasyonların azalmasını sağlayarak iyileşmeyi hızlandırmaktadır. Bu eğitimler için en uygun zamanın ameliyattan önceki gün öğleden sonra ya da akşam olduğu belirtilmekte, eğitimlerin hastaya özel planlanması, görsel ve yazılı materyal kullanılması önerilmektedir<sup>2,52,55,64</sup>.

Yapılan araştırmalar ameliyat öncesi iyi bir hazırlık yapılan, yeterli eğitim verilen hastaların kaygı düzeylerinin azaldığını, daha az anestezi ve analjezik ihtiyacı olduğunu, komplikasyon görülme ihtimalinin azaldığını, ameliyat sonrası iyileşme sürecinin hızlandığını ve hastanede kalış süresinin kısaldığını göstermektedir<sup>18,52,65,66</sup>.

### **2.7.2. Ameliyat süreci (intraoperatif) hemşirelik bakımı**

İntraoperatif bakım, hastanın klinikten ayrılarak ameliyathaneye teslim edilmesiyle başlamaktadır. Hasta ameliyathaneye alındığı andan itibaren süreç hakkında bilgilendirilmelidir. Bu, kaygı düzeyinin azaltılması açısından özellikle önem arz etmektedir. Hastanın ameliyat ve anesteziye ilişkin soruları cevaplanmalı ve psikolojik destek sağlanmalıdır. Ameliyathane ortamının hastaların kaygısını, stresini, kan şekeri, kalp hızını ve kan basıncını artırdığı, hatta bazı durumlarda ameliyatın ertelenmesine dahi neden olduğu bilinmektedir<sup>54,67,68</sup>.

İntraoperatif bakımda önemli bir diğer husus hasta güvenliğinin sağlanmasıdır. Hasta ameliyathaneye kimlik bilgileri teyit edilerek alınmalıdır. Hastanın bilekliği, hasta ile gönderilen hasta dosyasının hastaya ait olup olmadığı teyit edilmelidir<sup>69,70</sup>. Bunun

dışında hemşirenin enfeksiyonların önlenmesi, doku bütünlüğünün korunması, cerrahi alanın vekullanılan malzemelerin sterilliğinin sağlanması, kullanılan cerrahi malzeme ve spançların sayılması, ameliyat esnasında numune alındıysa laboratuvara gönderilmesi gibi sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşire tüm bunları hasta haklarını gözeterek, hasta mahremiyeti ve etik değerleri koruyarak yapmalıdır<sup>70,71</sup>.

Ameliyathane hemşiresinin intraoperatif bakım sürecindeki sorumluluğu hastanın ayılma, klinik ya da yoğun bakım ünitesinde tedavisini üstlenecek ekibe teslim edene kadar devam etmektedir<sup>2,69</sup>.

### **2.7.3. Ameliyat sonrası (postoperatif) hemşirelik bakımı**

Kalp cerrahisi sonrası bakımın amacı; iyileşme sürecini hızlandırmak, komplikasyonları önlemek, mümkünolan en kısa sürede hastayı taburcu etmek, hastanın taburculuk sonrası bakımını planlamak ve yaşam kalitesini yükseltmektir<sup>72</sup>. Ameliyat sonrası bakım her bireye özel hazırlanan hemşirelik sürecinin bir parçasıdır<sup>53</sup>. Kalp ameliyatı geçiren hastanın ameliyat sonrası hedefleri şu şekildedir;

Hedef 1: Kardiyovasküler fonksiyonları sürdürmek ve geliştirmek

Hedef 2: Göğüs drenajını ve ventilasyonu sağlayarak solunum fonksiyonlarını sürdürmek

Hedef 3: Sıvı-elektrolit dengesini sağlamak

Hedef 4: Böbrek fonksiyonlarını sürdürmek

Hedef 5: Ağrıyı azaltmak

Hedef 6: Beslenmeyi sağlamak

Hedef 7: Nörolojik fonksiyonları sürdürmek

Hedef 8: Hastayı psikolojik olarak rahatlatmak

Hedef 9: Hareketi sağlamak

Hedef 10: Komplikasyonları önlemek<sup>2,54</sup>.

Her bir hedef aşağıda kısaca açıklanmıştır.

Kalp ameliyatlarında kalp akciğer makinesi kullanımı, hipotermi, hastaya göğüs tüpü takılması gibi nedenlerle hastanın akut dönemde yoğun bakım ihtiyacı olabilmektedir<sup>73</sup>.

Ameliyat sonrası özellikle ilk 24-48 saat çok önemli ve kritiktir<sup>72</sup>. Ameliyat sonrası dönemde hastanın kardiyovasküler fonksiyonlarının yakından takip edilmesi gerekmektedir. Bu amaçla hastalar monitorize edilmekte, hem kardiyovasküler değerlendirme hem de yaşam bulguları sık aralıklarla izlenmektedir. Ek olarak hasta nabzının ayrıntılı değerlendirilmesi, nabzın ritim ve volüm açısından apikal ve radyalden birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir<sup>2,73</sup>.

Hastada nabız alınamaması emboliyi düşündürmektedir. Emboli riskine karşı antikoagülan tedaviye ameliyat sonrasında başlanmalı; mekanik kapaklarda ömür boyu, biyolojik kapaklarda ise 6 aya kadar devam edilmelidir. Ek olarak hastaya varis çorabı giydirilmesi, kanama takibinin ve belirli aralıklarla INR takibi yapılması gerekmektedir<sup>2,74</sup>.

Kardiyak cerrahi sonrası hastalar anesteziden tam uyanmayı sağlamak, hemodinamikstabiliteyi korumak ve miyokardın oksijenlenmesini sağlamak amacıyla hastanın durumuna göre bir süre yoğun bakımda takip edilmektedir<sup>54</sup>. Bu süreçte hastanın yaşam bulgularının özellikle solunumunun takip edilmesi gerekmektedir<sup>73,75</sup>. Hastaların ameliyat sonrası dönemde akciğer komplikasyonlarını (akciğer enfeksiyonu ve atelektazi gibi) önlemek açısından mümkün olan en kısa sürede extübasyon önerilmektedir. Bununla birlikte ameliyat öncesi dönemde öğretilen derin solunum öksürük egzersizleri yaptırılarak akciğer kapasitesinin genişlemesi sağlanmalıdır<sup>76</sup>.

Yoğun bakım sürecinde hem solunum problemleri hem de emboli riski hem de doku bütünlüğünün korunması açısından hastaya pozisyon verilmesi önemli bir konudur. Hastaya 2 saatte bir pozisyon verilmeli ve yatak içi aktif pasif egzersizler yaptırılmalıdır<sup>77</sup>.

Kalp ameliyatları sonrasında hemşirelik bakımında ele alınması gereken konulardan biri de ağrıdır. Hastalar göğüs tüpü, insizyon bölgesi, sternotomi gibi nedenlerle sıklıkla ağrı yaşamaktadır. Farmakolojik, nonfarmakolojik yöntemler kullanılarak hastaların başetme yöntemleri de konuşularak ağrı kontrolünün sağlanması önem taşımaktadır<sup>72,76</sup>.

Ameliyat sonrası dönemde hastalar sıvı elektrolit dengesi yönünden takip edilmelidir. Ameliyat esnasında fazla sıvı verilmesi nedeniyle hastada dolaşım yüklenmesi riski olabilmektedir. Hastanın santral venöz kateter basıncının (SVB) aralıklarla ölçülmesi, kan gazı ve sıvı elektrolitlerinin yakından izlenmesi, anormal bulguların ekibe haber



verilmesi gerekmektedir<sup>73,76,78</sup>. Bununla bağlantılı olarak hastanın böbrek fonksiyonlarının takibi de büyük önem taşımaktadır. Özellikle ameliyat sonrası ilk 24 saatte saatlik, sonrasındaise hastanın duruma göre aldığı çıkardığı takibi yapılmalıdır<sup>74</sup>. Hastalarda idrar miktarı ile birlikte idrarın özelliği de ayrıntılı değerlendirilmelidir. Ameliyatta kalp akciğer makinesi kullanımına bağlı ameliyat sonrası ilk saatlerde idrar hematürik olabilmekte, ancak ilerleyen saatlerde normale dönmesi beklenmektedir<sup>2</sup>.

Ameliyat sonrası hastaların beslenmesini sağlamak bir diğer bakım hedefidir. Hastalarda ameliyattan sonra genellikle nazogastrik sonda bulunmaktadır. Hasta extübe edilip, nazogastrik sondası çıkarılarak yavaş yavaş oral alıma başlatılmaktadır. Bu süreçte hasta bulantı, kusma ve aspirasyon pnömonisi yönünden takip edilmeli ve gerekli durumlarda doktor istemine göre antiemetik ilaçlar kullanılmalı, bağırsak sesleri dinlenilmelidir<sup>72,76</sup>.

Hastaların genellikle ameliyattan sonra bir iki saat içinde uyanmaları beklenmektedir. Ameliyat sonrası dönemde hastalar nörolojik açıdan değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme pupil takibi, bilinç kontrolü, oryantasyon kontrolünü içermektedir. Hipertansiyon, diyabetüs mellitus, inme öyküsü olanlar ve 65 yaş üstü hastalar inme ve emboli açısından daha dikkatli değerlendirilmelidir<sup>76,79</sup>.

Hastalara ameliyat öncesi dönemde başlanan psikolojik bakıma ameliyat sonrası da devam edilmelidir. Ameliyat sonrası hastanın yoğun bakımda olması, ventilatör, göğüs tüpü nazogastrik sonda gibi birçok uygulamaya maruz kalması yaşanan stres ve kaygıyı artırmaktadır<sup>53,75,80</sup>. Bu nedenle hastaların stres ve kaygılarının farkında olarak yapılan işlemlerin hastaya anlatılması, tedavi ve bakımına katılması için desteklenmesi, hastanın mahremiyete ilişkin endişe yaşayabileceği göz önüne alınarak yapılan işlemlerde hastanın mahremiyetine dikkat edilmesi önemlidir. Bu süreçte hastaya terapötik dokunma etkili olabilmektedir. Hemşire hastayı rahatsız eden uyanları en aza indirmeli, ekip tarafından iş birliği içinde hasta ve ailesine rehabilitasyon sağlamalıdır<sup>80</sup>.

Kalp cerrahisi sonrası hastalar uyku sorunu yaşayabilmektedir<sup>12</sup>. Yaşanan uyku sorunu kaygıyı, kaygı ise uyku sorununu beraberinde getirmekte, akabinde öfke ve oryantasyon sorunları görülebilmektedir. Bu nedenle hasta ile iyi bir iletişim sağlamak, uyanları en

aza indirerek uygun ortam oluşturmak, tedavi saatlerini hastanın durumuna göre düzenlemek ve uyku problemini en aza indirmek gerekmektedir<sup>75,76</sup>.

Cerrahi işlemlerin tamamında olduğu gibi kapak ameliyatlarında da bir takım istenmeyen durumlar söz konusudur. Ameliyat sonrası dönemde karşılaşılabilecek bu komplikasyonların hemşire tarafından bilinmesi, gerekli önlemlerin alınması hem etik hem de yasal açıdan önem arz etmektedir. Kalp ameliyatlarından sonra hipotansiyon, kanama, disritmi, kalp krizi, kalp rüptürü, kalp tamponadı, solunum komplikasyonları (atelektazi, solunum yetmezliği, pnömotoraks), böbrek fonksiyonlarında bozulma, şok, yara yeri enfeksiyonu, stres ülserleri, derin ventrombozu, atelektazi ve plevralefüzyon gibi komplikasyonlar görülebilmektedir<sup>2,26,50,54,73</sup>. Görülebilecek komplikasyonlara yönelik; hastaların erken mobilizasyonunun sağlanması, yatak içi egzersizlerin yapılması, enfeksiyon riskine yönelik gerekli önlemlerin alınması, yaşam bulgularının kontrol edilmesi, kan şekeri takiplerinin yapılması, yapılan tüm işlem ve uygulamalarda aseptik tekniğe uyulması, hastanın tüm sistemlere yönelik postoperatif değerlendirmelerinin yapılması önemlidir<sup>72,73</sup>.

Kalp cerrahisi sonrası aktif kanama yönünden hastanın takibi önemlidir. Bu nedenle hastanın drenajlarından ve göğüs tüpünden gelen drenaj miktarı izlenmelidir. Ameliyat sonrası ilk 24 saatte, özellikle de ilk 6 saatte aralıksız olarak 1,5 ml/kg/saat olacak şekilde drenaj gelmesi normal olarak kabul edilmektedir<sup>72,80</sup>.

Kalp ameliyatlarında hasta soğutulmaktadır. Bu durum ameliyat sonrası hastanın titremesine, buna bağlı vücutta laktik asit birikimine ve karbondioksit miktarının artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle hasta hipotermi ve solunum problemleri açısından gözlenmeli ve ısıtılmalıdır<sup>72</sup>.

Kalp ameliyatları sonrası hastaların bakımına taburcu olduktan sonra evde de titizlikle devam edilmesi gerekmektedir. Bunun için hasta kliniğe yattıktan itibaren iyi bir taburculuk planı oluşturulmalıdır. Bu süreçte hem hasta hem hastanın evde bakımını üstlenecek kişi/kişilerle iyi bir iletişim ve iş birliği önemlidir. Hastanın taburculuk eğitiminde hastalığına, tedavisine, kontrol zamanlarına, kullanılacak ilaçlara,

beslenmesine, dikkat edilmesi gerekenlere, yapması gereken egzersizlere ayrıntılı yer verilmeli ve hasta/hasta yakınının soru sormasına imkan verilmelidir.

Hasta ameliyat sonrası süreli/süresiz ilaç kullanabilmektedir. Özellikle antikoagulan tedavi konusunda ayrıntılı bilgilendirilmelidir. Belirli aralıklarla INR düzeyine bakılması gerektiği; antikoagulan nedeniyle kanamaya yatkın olduğu; diş çekimi, kan verme ya da herhangi bir cerrahi işlem geçirmesi gerektiğinde bu durumu bildirmesi gerektiği söylenmelidir. Ayrıca hastalığını ve kullandığı ilaçları belirten bir kart taşınması önerilmiştir<sup>8,39,81</sup>.

Hastaya ameliyat sonrası görülebilecek komplikasyonlar açısından bilgi verilerek acil durumlarda doktora veya acil servislere başvurması konusunda uyarılmalıdır<sup>8,81</sup>.

Hastalar ameliyat sonrası yaklaşık altı hafta araba kullanmaması, ağır eşya taşımaması, sodyumdan kısıtlı beslenmesi konusunda bilgilendirilmelidir<sup>8,81</sup>.

Kalp kapak cerrahisi uygulanan hastalar genellikle yılda bir kardiyolog tarafından takip edilmektedir. Takiplerine ve tedavi sürecine uyumun sağlığı açısından önemi konusunda hasta bilgilendirilmelidir<sup>8,81</sup>.

## **2.8. Kalp Kapak Cerrahisi Geçiren Hastalarda Kaygı**

Cerrahi, hastaların kaygı seviyesini artıran önemli bir faktördür<sup>82</sup>. Evrensel bir duygu olan kaygı, hoş olmayan, bireyde belirsizliğe yol açan endişe hissi olarak da tanımlanabilen, bireyin kendini güvensiz hissettiği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir tepkidir<sup>83,84,85</sup>.

Tüm insanlar yaşamları boyunca farklı nedenlerle, farklı düzeylerde kaygı yaşayabilmektedir. Sağlık durumunun değişmesi, hastalık, cerrahi işlem gibi durumlar bireylerin kaygı yaşamasına neden olan önemli olaylardır. Hastalar cerrahi işleme ilişkin anesteziyenin uyanamamak, şiddetli ağrı yaşamak, beden bütünlüğünün bozulması, sakat kalma, enfeksiyon, yoğun bakımda kalma, bakım verici rolünde bozulma ve ölüm ihtimali gibi farklı nedenlerle kaygı yaşayabilmektedir. Ayrıca hastaneye uyum

sağlama, mahremiyete ilişkin endişeler, hastanın ekonomik durumu gibi faktörler de hastanın yaşadığı kaygı düzeyini etkileyebilmektedir<sup>12,14,15,85,86</sup>.

Kalp, psikolojik ve kültürel olarak da önem atfedilen, hayati bir organdır. Kalbe ilişkin müdahaleler, kalbin sembolik olarak yaşamı ifade etmesi nedeniyle hastalarda daha fazla ölüm korkusuna neden olabilmektedir<sup>82</sup>. Bu nedenle kalp hastalarında kaygının özellikle ele alınması gerekmektedir.

Kaygı hastaların tedaviye uyumunu olumsuz etkileyen bir faktördür. Kaygı bireylerde çarpıntı, nefes almada zorluk, terleme, titreme, baş ağrısı, göğüs ağrısı ve yaşam bulgularında değişiklik gibi fizyolojik tepkilere, depresyon gibi psikolojik rahatsızlıklara neden olabilmektedir. Yapılan birçok çalışma da bu durumu destekler niteliktedir<sup>83,16,84,87</sup>.

Özetle; tüm cerrahi işlemlerde olduğu gibi kalp kapak cerrahisinde de kaygı hemşirelik bakımını ve hastanın tedavi sürecini etkileyen önemli bir faktördür<sup>13,18</sup>. Buradan hareketle kalp cerrahisi planlanan hastaların kaygısının azaltılmasına yönelik;

- Hastanın kaygı yaşayabileceğinin farkında olunmalı
- Hastaya kaygı ve endişelerini ifade etmesi için uygun zaman ve ortam oluşturulmalı
- Hasta yapılacak tüm işlemler hakkında bilgilendirilmeli ve soru sormasına fırsat verilmeli
- Hastanın hastaneye uyumunu kolaylaştırmak için hastane kuralları (vizit saatleri, ziyaretçi saatleri vb.) hakkında bilgi verilmeli
- Gerekli durumlarda psikiyatri desteği sağlanmalıdır<sup>14,15,19,52,88</sup>.

### **3.GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Hastane 465 yatak kapasitesine sahip olup, Kardiyoloji, Kardiyovasküler Cerrahi, Anestezi ve Reanimasyon ile Gastroenteroloji dallarında toplam 18 klinikte hizmet vermektedir. Bu kliniklerden beş tanesi kardiyovasküler cerrahi kliniğidir. Her klinikte 19 yatak olmak üzere toplam 114 yatak bulunmaktadır. Kardiyovasküler cerrahi kliniklerinde koroner arter bypass greft (CABG), kapak cerrahisi, anevrizma ameliyatları, kalp nakli gibi ameliyatlar gerçekleştirilmektedir ve toplam 76 hemşire çalışmaktadır. Kapak cerrahisi planlanan hastalar ameliyat öncesi rutin hazırlıkların yapılabilmesi amacıyla ortalama 2-3 gün önce yatırılmaktadır. Rutin hazırlıklar kapsamında hastalara gerekli eğitimler hekim ve hemşireler tarafından verilmektedir. Hastalar ameliyat sonrası takip ve tedavisi 2-3 gün yoğun bakımda sonrasında kliniklerde yapılmaktadır ve bir hafta içerisinde taburcu edilmektedir.

#### **3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Mart 2019-Ağustos 2019 tarihleri arasında Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, kardiyovasküler cerrahi kliniklerinde yatan kalp kapağı ameliyatı gerçekleştirilecek hastalar oluşturmuştur. Hastanenin bir yıl öncesindeki verilerine göre altı aylık süreçte bu ameliyatı olmak için yatışı yapılan hasta sayısı 255 olarak belirlenmiştir. 'G.Power-3.1.9.2' programı ile güç analizi yapılmıştır. %90 güç ile alınması gereken hasta sayısı 144 olarak hesaplanmış, ancak kayıplar göz önüne alınarak bu sayı 160 olarak planlanmıştır.

Örnekleme dahil edilme kriterleri; kalp kapağı cerrahisi geçirecek olmak, çalışmaya katılmaya gönüllü olmak, Türkçe konuşmak/bilmek/anlamak, herhangi bir psikofarmakolojik ajan kullanmamak ve 18 yaşından büyük olmak olarak belirlenmiştir. Örnekleme dahil edilmeme kriterleri ise; herhangi bir psikofarmakolojik ajan kullanmak, Türkçe konuşmamak/bilmemek/anlamamak ve 18 yaşından küçük olmak olarak belirlenmiştir.

Araştırma kapsamında ameliyat öncesinde toplam 170 hasta ile görüşülmüş; hastalardan sekizi yoğun bakım sürecinde exitus kabul edilmesi ve ikisi de ameliyat olmaktan vazgeçmesi nedeniyle örnekleme dahil edilmemiş olup çalışma 160 hasta ile tamamlanmıştır.

### **3.4.Araştırmanın Değişkenleri**

Araştırmanın bağımlı değişkeni hastaların kaygı düzeyleri puan ortalamaları iken; bağımsız değişkenleri ise hastaların ameliyat sonrası yoğun bakım kalış süreleri ve sosyodemografik özellikleridir.

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Araştırma verileri; araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak geliştirilen Kişisel Bilgi Formu (Ek 1) ve Karancı ve Dirik tarafından 2003 yılında geliştirilen Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (Ek 2) kullanılarak toplanmıştır.

#### **3.5.1. Veri toplama araçlarının uygulanması**

Araştırma verileri Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 01.03.2019-01.08.2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Formlar araştırmacı tarafından katılımcıların sözel ve yazılı izinleri alınarak, ameliyattan 24 saat önce yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Katılımcılarla her bir görüşme ortalama 20 dakika sürmüştür. Hastaların yoğun bakım kalış süresi ise hastanenin kullandığı bilgi sisteminden takip edilmiştir. Veri toplama formlarının eksik ve anlaşılmayan bölümlerinin yeniden düzenlenmesi amacıyla araştırmanın yapılacağı kliniklerde

kriterlere uyan toplam 10 hasta üzerinde ön uygulama yapılmış ve formlarda herhangi bir değişiklik yapılmaması nedeniyle ön uygulama yapılan hastalar örneklem grubuna dahil edilmiştir.

### **3.5.2. Kişisel bilgi formu (Ek 1)**

Araştırmacı tarafından literatüre<sup>7,8</sup> dayalı olarak geliştirilen kişisel bilgi formu; hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, mesleği, eğitim durumu, sosyal güvencesi, ameliyat öncesi hastanede kalış süresi, varsa ek kronik hastalığı, daha önce hastaneye yatıp yatmadığı vb. bilgileri içeren toplam 17 sorudan oluşmaktadır.

### **3.5.3. Ameliyata özgü kaygı ölçeği (Ek 2)**

Bu ölçek cerrahi hastalarında ameliyat esnasına ve sonrasına özgü kaygıların ölçülmesi amacıyla Karancı ve Dirik (2003) tarafından Türkçe olarak geliştirilmiştir. Ölçeğin maddeleri ağrı ve ameliyat sırasında ölmekten duyulan korkular ve ameliyat sonrasında oluşabilecek komplikasyon ve sınırlılıklardan duyulan endişeyi ölçmeye yöneliktir<sup>44</sup>. Toplam 10 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. Ameliyata özgü kaygı puanı tüm maddelere verilen yanıtların toplanmasıyla elde edilir. Toplam puanı 50'dir. Ölçek puanlarının değerlendirilmesinde kesme noktası bulunmamaktadır. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeğinin cronbach alfa katsayısı 0,79'dur. Bizim çalışmamızın cronbach alfası ise 0,885 olarak hesaplanmıştır. Ölçek puanının artması, anksiyete düzeyinin arttığını göstermektedir.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma verileri IBM SPSS Statistics 21 programı ile değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanılmıştır. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Kolmogorov-Smirnov testi ile sınanmıştır. Normal dağılım gösteren nicel verilerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test, normal dağılım göstermeyen verilerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri

grupların karşılaştırmalarında One-way Anova Test ve ikili karşılaştırmalarında Bonferroni test; normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis test kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenler arası ilişkinin değerlendirilmesinde Spearman's Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Anlamlılık en az  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

### **3.7. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 04.02.2019 tarihli 2019/13 nolu izin (Ek-4), araştırmanın yapılacağı kurumdan gerekli izin (Ek-5) ve ölçeğin kullanılması için Prof. Dr. Sayın Gülay Dirik'ten mail aracılığı ile izin alınmıştır. Ayrıca çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

### **3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma sonuçlarının çalışmanın yapıldığı hastane dışında bir kuruma genellenememesi sınırlılığıdır.



## 4. BULGULAR

Bu bölümde; kalp kapağı cerrahisi olan hastaların demografik özellikleri, hastalık ve ameliyat sürecine ilişkin özellikleri, kaygı düzeyine ilişkin bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.1. Katılımcılara Ait Demografik Özelliklerin Dağılımı**

		S	%
Cinsiyet	Erkek	82	51,2
	Kadın	78	48,8
Beden kitle indeksi*	Normal	57	35,6
	Fazla kilolu	59	36,9
	Obez	44	27,5
Medeni durum	Evli	138	86,2
	Bekar	22	13,8
Öğrenim durumu	Okur-yazar değil	28	17,5
	İlköğretim	94	58,8
	Lise	22	13,8
	Üniversite	16	10,0
Sosyal güvence durumu	Olan	150	93,8
	Olmayan	10	6,2
Meslek	Evhanımı	66	41,3
	Emekli	50	31,2
	Memur	10	6,2
	Serbest meslek	19	11,9
	İşçi	9	5,6
	Öğrenci	3	1,9
	Diğer**	3	1,9
Yaş	$\bar{x} \pm Ss$	58,2±13,4	
Boy (m)	$\bar{x} \pm Ss$	1,6±0,09	

\* Normal (18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>), Fazla kilolu (25-29,9 kg/m<sup>2</sup>), Obez (30 kg/m<sup>2</sup> ve üzeri)

\*\*Diğer: Mühendis, Öğretmen

Tablo 4.1’de katılımcıların demografik özellikleri görülmektedir. Katılımcıların %51.2’si erkek, %86.2’si evli, %58.8’i ilköğretim mezunu, %93.8’i sosyal güvenceye sahip, %41.3’ü ev hanımı ve %36.9’u fazla kiloludur. Katılımcılar 19-82 yaş aralığında olup, yaş ortalamaları 58.2±13.4’tür. Katılımcıların boy ortalamaları 1.6±0.09 m; vücut

ağırlıkları ortalamaları  $75.3 \pm 14.9$  kg'dır. Tabloda belirtilmemekle birlikte katılımcıların en çok eşleri ve çocukları ile (%81.3) en az ise anne ve babaları ile (%5) yaşadıkları görülmektedir.

**Tablo 4.2. Katılımcıların Hastalık ve Ameliyat Sürecine İlişkin Özellikleri**

		S	%
<b>Kronik hastalık görülme durumu</b>	<b>Var</b>	89	55,6
	<b>Yok</b>	71	44,4
<b>Görülen kronik hastalıklar (n:89)*</b>	<b>Hipertansiyon</b>	67	75,3
	<b>Diyabetüs Mellitus</b>	39	43,8
	<b>Kalp yetmezliği</b>	9	10,1
	<b>Böbrek yetmezliği</b>	3	3,4
	<b>Diğer**</b>	7	7,9
<b>Planlanan cerrahi girişim</b>	<b>Kapak değişimi</b>	124	77,5
	<b>Kapak onarımı</b>	36	22,5
<b>Daha önce hastaneye yatma durumu</b>	<b>Yatan</b>	135	84,4
	<b>Yatmayan</b>	25	15,6
<b>Daha önce ameliyat olma durumu</b>	<b>Olan</b>	100	62,5
	<b>Olmayan</b>	60	37,5
<b>Ameliyat öncesi bilgi alma durumu</b>	<b>Alan</b>	119	74,4
	<b>Almayan</b>	41	25,6
<b>Bilgi kaynağı (n:119)***</b>	<b>Doktor</b>	104	87,4
	<b>Doktor ve Hemşire</b>	15	12,6
<b>Ameliyat sonrası yoğun bakımda kalış süresi (gün)</b>	$\bar{x} \pm Ss$	3,4±4,3	
<b>Yoğun bakım sonrası klinik kalış süresi (gün)</b>	$\bar{x} \pm Ss$	5,9±5,2	
<b>Ameliyat sonrası hastanede kalış süresi (gün)</b>	$\bar{x} \pm Ss$	9,3±7,6	
<b>Hastalık tanısını aldıktan sonra geçen süresi (ay)</b>	$\bar{x} \pm Ss$	69,5±114,3	
<b>Ameliyattan önce hastanede yatış süresi (gün)</b>	$\bar{x} \pm Ss$	5,08±4,5	

\* Kronik hastalığı olan katılımcıların sayısı, katılımcılar birden fazla cevap vermiştir, yüzdeler n sayısına göre alınmıştır.

\*\* Diğer; Astım, KOAH'ı bulunan katılımcıları ifade etmektedir.

\*\*\* Ameliyat öncesi bilgi alan katılımcıların sayısı, yüzdeler n sayısına göre alınmıştır.

Tablo 4.2’de çalışmada yer alan katılımcıların hastalık ve ameliyat sürecine ilişkin özellikleri görülmektedir. Çalışmada yer alan katılımcıların %55.6’sının kronik hastalığı bulunmakta olup; kronik hastalığı bulunanların %75.3’ü hipertansiyon hastasıdır. Katılımcıların %77.5’i kapak değişimi ameliyatı olmuştur. Çalışmada yer alan katılımcıların %84.4’ü daha önce hastanede yatmış, %62.5’i daha önce ameliyat olmuştur. Katılımcıların hastalık tanısını aldıktan sonraki geçen süreleri ortalama  $69.5 \pm 114.3$  aydır. Katılımcıların ameliyattan önce hastanede yatma süreleri ortalama  $5.08 \pm 4.5$  gündür. Katılımcılardan %74.4’ü ameliyat öncesi ameliyata ilişkin bilgi almış; bilgi alanların %87.4’ü bu bilgiyi doktordan almıştır. Katılımcıların ameliyat sonrası yoğun bakımda kalış süreleri ortalama  $3.4 \pm 4.3$  gün, yoğun bakım sonrası klinikte kalma süreleri ortalama  $5.9 \pm 5.2$  gündür. Ameliyat sonrası hastanede kalma süreleri ise 2 ile 54 gün arasında değişmekte olup, ortalama  $9.3 \pm 7.6$  gündür.

**Tablo 4.3. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre AÖKÖ Puanı Arasındaki Farkın Değerlendirilmesi**

		S	$\bar{x} \pm Ss$	İstatiksel Analiz
Yaş (yıl)	<40 yaş	17	27,0±5,9	F: 2,162
	40-49 yaş	19	29,5±5,92	p: 0,076
	50-59 yaş	41	25,2±6,7	
	60-69 yaş	47	28,5±5,9	
	≥ 70 yaş	36	26,5±7,5	
Cinsiyet	Kadın	78	29,4±6,3	t: 4,243
	Erkek	82	25,1±6,3	p: 0,001*
Beden kitle indeksi **	Normal	57	26,7±6,6	F: 0,429
	Fazla kilolu	59	27,1±6,3	p: 0,652
	Obez	44	27,9±7	
Medeni durum	Evli	138	27,2±6,6	t: 0,033
	Bekar	22	27,1±6,6	p: 0,974
Öğrenim durumu	Okur-yazar değil	28	28,7±6,2	F: 1,152
	İlköğretim	94	27,2±6,3	p: 0,330
	Lise	22	25,3±6,7	
	Üniversite	16	26,7±8,5	
Sosyal güvence durumu	Olmayan	10	31,8±7,6	MV: -2,524
	Olan	150	26,9±6,4	p: 0,012***
Çalışma durumu	Ev hanımı	66	29,5±6,4	F: 10,475
	Emekli	50	24,1±6	p: 0,001*
	Çalışan	44	27,2±6,3	

\* p<0.01

\*\* Normal (18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>), Fazla kilolu (25-29,9 kg/m<sup>2</sup>), Obez (30 kg/m<sup>2</sup> ve üzeri)

\*\*\* p<0.05

<sup>F</sup>Oneway ANOVA Test&Posthoc Bonferroni test    <sup>t</sup>Student t Test

<sup>MV</sup>MannWhitney U Test    <sup>KW</sup>Kruskal Wallis Test

Tablo 4.3'te katılımcıların demografik özellikleri ile AÖKÖ puanı arasındaki fark değerlendirilmiştir. Katılımcıların yaşlarına ve beden kitle indekslerine göre AÖKÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Katılımcıların cinsiyetlerine göre AÖKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ( $p<0.01$ ); kadınların AÖKÖ puan ortalamalarının erkeklerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmada katılımcıların medeni durumlarına ve öğrenim durumlarına göre AÖKÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Katılımcıların sosyal güvencelerine göre AÖKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ); sosyal güvencesi olanların AÖKÖ toplam puanları, sosyal güvencesi olmayanlardan daha düşüktür. Katılımcıların çalışma durumlarına göre AÖKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Yapılan Bonferroni testi ikili karşılaştırmalar sonucunda; ev hanımı ve çalışan katılımcıların AÖKÖ puan ortalamaları, emekli katılımcılardan daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Ev hanımı ve çalışan katılımcıların AÖKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.4. Katılımcıların Hastalık ve Ameliyat Sürecine İlişkin Özellikleri ile AÖKÖ Puanı Arasındaki Farkın Değerlendirilmesi**

		S	Ort±Ss	P
Kronik hastalık görülme durumu	Olan	89	27,8±6,9	<i>t: 1,368</i>
	Olmayan	71	26,4±6,1	<i>p: 0,173</i>
Planlanan cerrahi girişim	Kapak onarımı	36	28,2±6,3	<i>t: 1,052</i>
	Kapak değişimi	124	26,9±6,7	<i>p: 0,295</i>
Daha önce hastaneye yatma durumu	Olan	135	27±6,7	<i>t: -0,831</i>
	Olmayan	25	28,2±5,9	<i>p: 0,407</i>
Daha önce ameliyat olma durumu	Olan	100	27,1±6,7	<i>t: -0,257</i>
	Olmayan	60	27,4±6,6	<i>p: 0,797</i>
Hastalık tanısını aldıktan sonraki geçen süresi (ay)	0-6 ay	60	27,8±5,8	<i>t: 1,016</i>
	>6.1 ay	100	26,8±7,06	<i>p: 0,312</i>
Ameliyattan önce bilgi alma durumu	Alan	119	27,1±6,6	<i>t: -0,347</i>
	Almayan	41	27,5±6,8	<i>p: 0,729</i>
Bilgi kaynağı (n:119)	Doktor	104	27,4±6,7	<i>t: 1,330</i>
	Doktor ve Hemşire	15	25,0±4,9	<i>p: 0,186</i>

<sup>1</sup>Student t Test

Tablo 4.4'te katılımcıların hastalık ve ameliyat sürecine ilişkin özellikleri ile AÖKÖ puanı arasındaki fark değerlendirilmiştir. Katılımcıların kronik hastalık görülme durumu, planlanan cerrahi girişim, daha önce hastaneye yatma ve ameliyat olma durumu, kalp hastalığı tanısı aldıktan sonra geçen süre, ameliyattan önce ameliyat hakkında bilgi alma ve bilgi kaynağına göre AÖKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.5. Katılımcıların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yatış Süreleri ile AÖKÖ Puanı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**

	AÖKÖ toplam puanı	
	R	P
Ameliyattan önce hastanede yatış süresi (gün)	0,017	0,831
Ameliyattan sonra yoğun bakımda yatış süresi (gün)	-0,133	0,094
Yoğun bakım sonrası klinikte kalış süresi (gün)	-0,088	0,271
Ameliyattan sonra hastanede kalış süresi (gün)	-0,128	0,106

Tablo 4.5’de katılımcıların ameliyat öncesi ve sonrası yatış süreleri ile AÖKÖ puanı arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Katılımcıların ameliyattan önce hastanede, ameliyattan sonra yoğun bakımda ve hastanede kalış süreleri ile AÖKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığa rastlanmamıştır ( $p>0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Kaygı, belirsizlik ve tehlike ile başa çıkmak için bireyin hissettiği duygu durumudur<sup>84</sup>. İnsanlar yaşamlarının bir döneminde farklı nedenlerle kaygı yaşayabilirler. Hastalık tanısı almak, cerrahi işlem geçirecek olmak hastalarda kaygıyı artıran önemli faktörlerdir ve yaşanan kaygı hastaların tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir<sup>14,15</sup>. Bu çalışma kalp kapağı ameliyatı öncesi hastaların kaygı düzeylerinin ameliyat sonrası yoğun bakımda kalış süresine etkisini değerlendirmeye yönelik olarak yürütülmüştür. Bu bölümde, çalışmadan elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılacaktır.

Kadınlar erkeklere oranla kaygıya daha eğilimlidirler<sup>84</sup>. Cerrahi kliniklerde yatan ve ameliyat geçiren hastalarla yapılan çalışmalarda kadınların kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir<sup>90,91,92,13,15</sup>. Aynı şekilde açık kalp ameliyatı geçiren hastalarla yapılan çalışmalarda da kadın hastaların daha yüksek kaygı düzeyine sahip olduğu belirtilmiştir<sup>11,12,3,93,88</sup>. Bizim çalışmamızda da kadın hastaların kaygı düzeyi erkek hastalardan yüksek bulunmuştur. Bu sonuç literatürle paralellik göstermektedir.

Kaygı birçok faktörden etkilenebilecek çok boyutlu bir durumdur. Etkili olabileceği düşünülen faktörlerden biri hastanın medeni durumudur. Ancak yapılan çalışmalarda hastaların medeni durumları ile kaygı düzeyleri arasında bir ilişki olduğu saptanmamıştır<sup>11,13,14,91,94,95</sup>. Bizim çalışmamızda da katılımcıların medeni durumları ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu sonuç, literatürdeki diğer çalışma bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Köçkar ve ark. (2007) ve Nigussie ve ark. (2014) cerrahi hastalarla yaptıkları çalışmalarda sosyal güvenceye sahip olmanın kaygı düzeyini azaltan bir faktör olduğu belirlenmiştir<sup>96,97</sup>. Akman (2015), jinekolojik hastalarla gerçekleştirdiği çalışmada sosyal güvencenin kaygıya etkisi olmadığını belirtmektedir<sup>98</sup>. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların sosyal güvencelerine göre AÖKÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır; sosyal güvencesi olan katılımcıların AÖKÖ toplam puanları sosyal güvencesi olmayanlardan daha düşük bulunmuştur. Sosyal güvenceye

sahip olmanın kişilerin tedavinin ekonomik boyutu ile ilgili streslerini azaltacağı düşünülmektedir. Ayrıca yapılan çalışmalardaki farklılıkların araştırmaların farklı örneklem gruplarında yapılmış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Demir ve ark.(2010) tarafından kalp cerrahisi geçiren hastalarla yapılan çalışmada hastaların meslekleri ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu işçi grubunun daha fazla kaygı yaşadığı sunucuna varılmıştır<sup>14</sup>. Budak (2015) ve Duman (2011) tarafından açık kalp cerrahisi geçiren hastalarla yaptıkları çalışmaya göre ev hanımlarının kaygı düzeyleri çalışan bireylerdendaha yüksek bulunmuştur<sup>11,12</sup>. Bu çalışmaların aksine Bulut (2017) ve Taşdemir ve ark. (2013)'ün cerrahi planlanan hastalarla gerçekleştirdikleri çalışmalarda hastaların meslekleri ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır<sup>59,90</sup>. Çalışmamızda ise ev hanımı ve çalışan hastaların AÖKÖ puan ortalamaları emekli hastalardan daha yüksektir. Hastaların çalışma durumlarına göre AÖKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Ev hanımı ve çalışan katılımcıların AÖKÖ toplam puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Çalışmalardaki farklılıklardan hareketle meslek durumunun tek başına kaygıyı etkileyen bir faktör olmadığı, ancak hastaların kaygı düzeylerinde birçok farklı faktörün de etkisiyle belirleyici olabileceği düşünülmektedir.

Hastalık tanısı almak, özellikle uzun süre tedavi gerektiren bir kronik hastalığa sahip olmak bireylerin yaşam kalitesini, fizyolojik hem psikolojik durumunu, başetmelerini ve dolayısıyla kişilerde kaygı düzeyini etkileyebilmektedir. Budak (2015) ve Duman (2011)'in açık kalp ameliyatı geçiren hastalarla yaptıkları çalışmalarda kronik hastalığa sahip olmanın kaygı durumunu etkilemediği; Mirani ve ark. (2019)'nın cerrahi servisinde yatan hastalarla yaptıkları çalışmada ise kaygı düzeyini arttırdığı bildirilmektedir<sup>11,12,15</sup>. Karakuş (2009) da CABG hastalarıyla gerçekleştirdiği çalışmasında kronik hastalığa sahip olmanın kaygı üzerinde etkisi olmadığı sonucuna ulaşmıştır<sup>99</sup>. Bizim çalışmamızda katılımcıların kronik hastalık varlığına göre AÖKÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Yapılan çalışmalardaki farklılıkların araştırmaların farklı örneklem gruplarında farklı kronik hastalıklara sahip kişilerle yapılmış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.



Cerrahi girişimler hastaların kaygı düzeyini etkilemektedir. Hastanın daha önce geçirmiş olduğu cerrahi girişime yönelik olumlu ya da olumsuz deneyim ise kaygının düzeyini etkilemektedir. Geçmiş olumsuz deneyimler kaygıyı artırırken, olumlu deneyimler hastanın kaygı ile başetmesini kolaylaştırabilmektedir. Kalp cerrahisi geçiren hastalarla gerçekleştirilen bazı çalışmalarda daha önce ameliyat olmanın kaygı durumunu etkilediği; Homzova ve ark (2015)'nin yaptığı çalışmada anlamlı bir etkisinin olmadığı belirtilmiştir<sup>88,82,19,92</sup>. Bizim çalışmamızda da katılımcıların daha önce ameliyat olma durumuna göre AÖKÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Yapılan çalışmalardaki farklılıkların araştırmaların örneklem gruplarındaki katılımcıların farklı deneyimlere sahip olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Tanı aldıktan sonra geçen süre hastaların hastalığı kabullenmesi ve başetme mekanizmaları açısından önemlidir. Tanı aldıktan sonra geçen süre bazen hastanın durumu kabullenmeye başlamasına neden olarak hastanın kaygısının azalmasına bazen ise tedaviye ulaşamaması ya da yanıt alınmaması gibi durumlarda kaygının artmasına neden olabilmektedir. Alabadi ve ark.(2019)'nin Filistin'de dört ayrı hastanede kalp hastalığı tanısı alan hastalarla yaptıkları çalışmada tanı aldıktan sonra geçen sürenin hastaların kaygı düzeylerini etkilemediği sonucuna varmışlardır<sup>94</sup>. Bizim çalışmamızda katılımcıların kalp kapağı hastalığı tanısı aldıktan sonra geçen süreye göre kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu durumun kişilerin başetme mekanizmalarının ve hastalığa verdikleri tepkilerin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaya hastalığı, tedavisi ve yapılacak tüm işlemler hakkındabilgi vermenin ve soru sormasına fırsat vermenin kaygı düzeyini azaltmak açısından olumlu etki sağladığı bilinmektedir<sup>14,15</sup>. Kalp cerrahisi geçiren hastalarla yapılan bir çalışmada hastaya özgü verilen eğitimin kaygı düzeyini düşürdüğü belirlenmiştir<sup>14</sup>. Demircan ve ark. (2015)'nin katarakt cerrahisi geçiren hastalarda kaygıyı, Doğu (2013)'ün cerrahi girişim planlanan hastalara verilen eğitimin psikolojik hazırlığına etkisini araştırıldıkları çalışmalarda ameliyat hakkında bilgi almanın hastaların yaşadıkları kaygıyı azalttığı sonucuna ulaşılmıştır<sup>10,100</sup>. Aynı şekilde Taşdemir ve ark. (2013) ve Bulut (2017)'nin cerrahi planlanan hastalarla yaptıkları çalışmalarda ameliyat öncesi dönemde bilgilendirmenin

kaygı düzeyine olumlu etkisi olduğu belirtilmiştir<sup>59,90</sup>. Bizim çalışmamızda katılımcıların ameliyat hakkında bilgi alma durumları ve bilgi kaynağına göre AÖKÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Yapılan çalışmalarda farklılıkların araştırmaların farklı örneklem gruplarında farklı kurumlarda yapılmış olmasından; bizim örneklem grubumuzdaki hastalara bakım veren sağlık profesyonellerinin ameliyat öncesi eğitim ve bilgilendirmeyi yaparken kalıplaşmış bilgiler dışına çıkmamış veya hastaya özel bilgi vermemiş olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ameliyattan önce hastanede kalış süresi hastaların kaygı düzeylerini farklı şekilde etkilemektedir. Rodrigues ve ark. (2018)'nın kardiyak cerrahi hastaları ile gerçekleştirdikleri çalışmada ameliyat öncesi hastanede kalış süresi ile yaşanan kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki kurulamamışken; Nigussie ve ark.(2014)'nın cerrahi hastalarıyla gerçekleştirdiği çalışmada ameliyat öncesi bekleme süresinin kısa olmasının kaygıyı azalttığı; Karakuş (2009)'un CABG hastaları ile gerçekleştirdiği çalışmada ise hastanede kalış süresinin kaygı düzeyini artırdığı belirlenmiştir<sup>95,97,99</sup>. Bizim çalışmamızda katılımcıların ameliyattan önce hastanede yatma süreleri ile ameliyata özgü kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çalışmalarda farklılıkların farklı örneklem gruplarında yapılmış olmasından ve kaygının çok boyutlu bir faktör olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ameliyat öncesi hastanın kaygı düzeyinin yüksek olması hem tedavi sürecini hem de iyileşme sürecini olumsuz etkilemekte ve hastanın hastanede kalış süresini uzatabilmektedir<sup>3,13,16,17,22,31,34</sup>. Manji ve ark. (2017) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada ameliyat öncesi kaygı düzeyinin tekrarlı yatış, uzamış yoğun bakım süresi ve ameliyat sonrası komplikasyonlar üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir<sup>18</sup>. Poole ve ark. (2015)'nin kardiyak cerrahi geçiren hastalarla gerçekleştirdiği bir başka çalışmada ameliyat öncesi kaygı düzeyi ile ameliyat sonrası yoğun bakımda kalış süresi arasında pozitif bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur<sup>66</sup>. Prado-Olivares ve ark. (2019) ve Aburuz ve ark.(2019)'nın kardiyak cerrahi geçiren hastalarla yaptıkları çalışmalarda ameliyat öncesi yaşanan kaygının ameliyat sonrası hastanede kalış süresini artırdığı belirtilmiştir<sup>88,93,101</sup>. Aynı şekilde Mirani ve ark.(2019)'nın cerrahi servisinde yatan hastalarla gerçekleştirdiği çalışmada ameliyat öncesi kaygının ameliyat sonrası

hastanede kalış süresine etkisi olduğunu belirlenmiştir<sup>15</sup>. Bu çalışmalardan farklı olarak Rodrigues ve ark. (2018)'nın kardiyak hastalarla yaptığı çalışmada ameliyat öncesi kaygının ameliyat sonrası hastanede kalış süresine etkisi olmadığı görülmektedir<sup>95</sup>. Bizim çalışmamızda ise hastaların hastanede kalış süreleri ile ameliyata özgü kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonucun hastanede kalış sürecinin tek belirleyicisinin kaygı olmamasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Kalp kapağı cerrahisi planlanan hastaların ameliyat öncesi yaşadıkları kaygının ameliyat sonrası yoğun bakımda kalış sürelerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yürütülen çalışmamızın bulgularına göre;

- Katılımcıların cinsiyetlerine göre AÖKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu; kadınların AÖKÖ puan ortalamalarının erkeklerden daha yüksek olduğu,
- Çalışmada katılımcıların yaş, medeni durum ve öğrenim durumlarına göre AÖKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı,
- Katılımcıların sosyal güvencelerine göre AÖKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu; sosyal güvencesi olanların AÖKÖ toplam puanlarının sosyal güvencesi olmayanlardan daha düşük olduğu,
- Ev hanımı ve çalışan katılımcıların AÖKÖ puan ortalamalarının emekli katılımcılardan daha düşük olduğu,
- Hastaların kronik hastalığa sahip olma, planlanan cerrahi girişim, kalp hastalığını öğrenme süresi, daha önce hastaneye yatma ve ameliyat deneyimi, ameliyat hakkında bilgi alma ve bilgi kaynağı ile AÖKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı,
- Hastaların ameliyattan önce hastanede, ameliyattan sonra yoğun bakımda ve hastanede kalış süreleri ile AÖKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Bu bulgular doğrultusunda;

Kaygının hastanede kalış ve yoğun bakım süresine etkisini konu alan geniş örneklemlili nicel ve nitel çalışmalar yapılması önerilmektedir.

## 6. KAYNAKLAR

1. Ai A, Appel H, Kronfol Z. Depression and anxiety following open heart surgery: Mediation of coping, spiritual struggle and interleukin-6 (11)who. [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/e\\_n\\_whs08\\_full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/e_n_whs08_full.pdf). Erişim tarihi: 17 Ekim 2018.
2. Erdil F, Elbaş, NÖ. Cerrahi hastalıkları hemşireliği, 5.baskı, Ankara Kitabevi, 2012; p.322-323.
3. Cimilli C. Cerrahide anksiyete. Klinik Psikiyatri. 2001; 4: 182-186.
4. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye kalp ve damar hastalıkları önleme ve kontrol programı 2015-2020. Ankara. 2015
5. Nkomo VT, Gardin JM, Skelton TN, Gottdiner JS, Scott CG, Enriguez-Sarano M. Burden of valvular heart diseases: A population-based study. Mayo Clinic. 2006; 368: 1005-1016.
6. Yeşilbursa D. Yaşlılarda mitral kapak hastalıklarına yaklaşım. Turk Kardiyol Dern Arş. 2017; 45(1 5): 52–55.
7. Demirbağ R, Sade LE, Aydın, Bozkurt A, Acartürk E. The Turkish registry of heart valve disease. Türk Kardiyol Dern Arş . 2013; 41(1): 1-10.
8. Polat C, Enç N. Kalp kapak hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Türk Kardiyol Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2015; 6(9): 42-57.
9. Güray Y, Acar B. Valvuler kalp hastalığında kalp dışı cerrahiye yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics. 2016; 9(3): 12-16.
10. Demircan S, Ataş M, Altunel O, Gülhan A, Zararsız G. Anksiyetenin katarakt cerrahisi uygulanan hastalarda uyum ve intraoperatif ağrı üzerine etkisi. Glo-Kat. 2015; 10: 278-282.
11. Budak E. Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Anksiyetelerinin Giderilmesinin Ameliyat Sonrası Anksiyeteve Ağrı Düzeylerine Etkisi. 2015, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 127 sayfa, Ankara, (Doç. Dr Hayriye Ünlü).
12. Duman EA. Açık Kalp Cerrahisi Öncesi Anksiyetenin, Ameliyat Sonrası Ağrı ve Uyku Kalitesine Etkisi. 2016, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 98 sayfa, İzmir, (Yard. Doç. Dr. Özlem Bilik).

13. Rymaszewska J, Kiejna A, Hadrys T. Depression and anxiety in coronary artery bypass grafting patients. *European Psychiatry*. 2003; 18: 155 –160.
14. Demir A, Akyurt D, Ergün B, Haytural C, Yiğit T, Taşoğlu İ, Elhan AH, Erdemli Ö. Kalp cerrahisi geçirecek olgularda anksiyete sağaltımı. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*. 2010; 18(3): 177-182.
15. Mirani SH, Areja D, Gilani SS, Tahir A, Pathan M, Bhashti S. Frequency of depression and anxiety symptoms in surgical hospitalized patients. *Mirani et al. Cureus*. 2019; 11(2): 1-6.
16. Pokheral K, Bhattarai B, Tripathi M, Khatiwada S, Subedi A. Nepalese patients' anxiety and concerns before surgery. *Journal Of Clinical Anesthesia*. 2011; 23: 372-378.
17. Yıldız T, Malak A, Baltacı Göktaş S, Özen Y. Açık kalp cerrahisinde “hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği ” kullanılarak yapılan hasta eğitiminin hasta kaygı düzeyi üzerine etkisi. *Koşuyolu Heart Journal*. 2015; 18: 1-511.
18. Manji RA, Arora RC, Singal RK, Hiebert BM, Menkis AH. Early rehospitalization after prolonged intensive care unit stay post cardiac surgery: Outcomes and modifiable risk factors. *Journal of the American Heart Association*. 2017: 1-12.
19. Sidar A, Dedeli Ö, İşkesen A.İ. Açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların kaygı ve ağrı distressi: ağrı düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Derg*. 2013; 4: 1-8.
20. Tokgöz EE, Eroğlu N. Kardiyovasküler hastalıkların rehabilitasyonunda hemşire temelli yaklaşım. *İzmir Democracy University Health Sciences Journal* Iduhes. 2018: 26-33.
21. İnançgil D, Şendir M. Koroner arter hastalarının sağlık davranışlarının geliştirilmesinde hemşirenin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014; 5(2): 96-101.
22. T.C. Resmi Gazete, Hemşirelik Yönetmeliği, 08 Mart 2010, Sayı: 27515.
23. Karakuş A, Kuvandık G, Fansa İ. Travma ve kalp. *Mustafa Kemal Üniv. Tıp Derg*. 2014; 5(20): 34-44.
24. Senst B, Diaz RR. Cardiac surgery. *Ncbı Bookshelf*. Ocak 2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30422530> . Erişim tarihi: 13.Nisan2019
25. Örer A, Oto Ö. Dünden bugüne kalp cerrahisi. *GKDC Dergisi*. 1999; 7: 1-6.

26. Heart Valve Surgery. Medline plusmed calency clopeda. <http://medlineplus.gov/ency/article/002954.htm>. Erişim tarihi : 23 Mart 2019
27. Dominik j, Zacek P. Heart Valve Surgery. New York. 2010.
28. Gross RE, Hubbard JP. Surgical ligation of a patent ductus arteriosus. J Am Med Assoc. 1939; 112: 729-731.
29. Guyton AC, Hall JE. Tıbbi Fizyoloji, 11<sup>th</sup> Ed. Çavuşoğlu H, Çağlayan B (Editörler). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2007: s116-122.
30. Peate I, Nair M. Hemşirelik öğrencileri anatomi ve fizyolojinin temelleri, Peker TV, Erbaş D (Editörler). Ankara: Palme Yayıncılık, 2014: s.299-300.
31. Şimşek-Yavuz S. Infektif endokardit: Güncel bilgiler. Klinik Dergisi. 2015; 28(2): 46-67.
32. Enfektif endokardit tanı, önleme ve tedavi kılavuzu (2009 güncellemesi). Türk Kardiyol Dern Arş. 2009 Suppl 8: 89-113.
33. Peels CH, Baur LHB. Valve Surgery At The Turn Of The Millennium. Boston, 2004.
34. Soliman OI, Cate FJT. Practical Manual of Tricuspid Valve Diseases. Rotterdam, 2018.
35. Ölüm Nedeni İstatistikleri. 2018. <http://www.tuik.gov.tr>. Nisan 2019. Erişim tarihi 5 Ekim 2019.
36. Kalp Kapak Hastalıkları Tedavi Klavuzu. 2012. Türk Kardiyol Dern Arş. 2013; 3: 83-128.
37. Yavuzgil O. Yaşlılarda aort kapak hastalıkları ve tedavisi. Türk Geriatri Dergisi. 2010; 2: 79-86.
38. Yıldız BS, Zoghi M. Pulmoner stenoz ve pulmoner yetersizlik. Turkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics. 2014; 7(4): 51-59.
39. 2017 ESC/EACTS Kalp Kapak Hastalıkları Tedavi Kılavuzu. European Heart Journal. 2017
40. Aydın M, Çetiner MA. Kalp kapak hastalıklarında perkütan yaklaşımlar. Anadolu Kardiyoloji Dergisi. 2009; 1: 50-58.
41. Metin K, Oto Ö. Minimal invaziv kalp kapak cerrahisi. Turkiye Klinikleri J Surg Med Sci. 2005; 1(10): 62-67.
42. Hu J, Chen Y, Cheng S, Zhang S, Wu K, Wang W, Zhou Y. Transcatheter mitral valve implant ation for degenerated mitral bioprostheses or failed surgical

- annuloplasty rings: A systematic review and meta-analysis. *J Card Surg.* 2018; 33: 508–519.
43. Gören T, Umman S, Atılgan D, Adalet K, Nişancı Y, Onursal E, Meriç M. Kalp kapak darlıklarının tedavisinde perkutan balon valvüloplastinin komplikasyonları. *T Klin Kardiyoloji.* 1991; 4: 251-257.
44. Akıllı A, Özerkan F, Hasdemir C, Altıntaş A, Can L, Akın M, Payzın S, Kültürsay H, Türkoğlu C. Mitral balon valvotomi ile elde edilen sonuçların değerlendirilmesinde fonokardiyografinin değeri. *T Klin Kardiyoloji.* 1994; 7: 86-89.
45. Boekstegers P, Hausleiter J, Baldus S, Bardeleben RSV, Beucher H, Butter C, Franzen O, Hoffmann R, Ince H, Kuck KH, Rudolph V, Schafer U, Schillinger W, Wunderlich N. Percutaneous interventional mitral regurgitation treatment using the mitra-clip system. *Clin Res Cardiol.* 2014; 103: 85–96.
46. Rogers JH, Frazen O. Percutaneous edge-to-edge mitralclip therapy in the management of mitral regurgitation. *European Heart Journal.* 2011; 32: 2350–2357.
47. Murray MIK, Hofmann E, Rosa RD, Mas-Peiro S, Seppelt P, Walther T, Zeiher AM, Fichtlscherer S, Vasa-Nicotera M. Life beyond 5 years after tavi: Patients' perceived health status and long-term outcome after transcatheter aortic valve implantation. *Journal of Interventional Cardiology.* 2019: 1-7.
48. AYTEKİN S, YURDAKUL S. Transkateter aort kapak implantasyonunda ekokardiyografik değerlendirme. *Türk Kardiyoloji Derneği.* 2016; 44(3): 260-271.
49. Francesco M, Shingo K, Fabian N, Maurizio T. Transcatheter mitral valve repair and replacement. *Journal of Cardiovascular Medicine.* 2017; 18(1): 134-140.
50. Margereson C, Riley J. *Cardiothoracic surgical nursing.* 2003.
51. Zychowicz A, Pisarska M, Łaskawska A, Czyż M, Witowski J, Kisielewski M, Kulawik J, Budzyński A, Pędziwiatr M. Patients' opinions on enhanced recovery after surgery perioperative care principles: A questionnaire study. *Videosurgery Mini inv.* 2019; 14(1): 27–37.
52. Yılmaz E. Cerrahi Süreç. Ameliyat öncesi hazırlık ve bakım. İçinde : Aslan FE (Ed). *Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte.* Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2016: p.319-.345.

53. Jesus DF, Marques PF. Nursing assistance at the hospital discharge after cardiac surgery: Integrative review. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2013; 28(4): 538-544.
54. Inwood H L .Adult cardiac surgery nursing care and management. London And Philadelphia: Whurr Publishers, 2002
55. Sánchez CA, Papapietro VK. Nutrición perioperatoria en protocolos quirúrgicos para una mejor recuperación postoperatoria (protocolo eras). *Rev Med Chile.* 2017; 145: 1447-1453.
56. Dönmez YC. Ameliyat öncesi cilt hazırlığı. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics.* 2016; 2(2): 11-16.
57. Uzun Ö. Ameliyat öncesi hasta eğitimi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2000; 3(2): 36-45.
58. Candaş B, Gürsoy A. Cerrahide hasta güvenliği: güvenli cerrahi kontrol listesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 2015; 3(1): 40-50.
59. Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Çertuğ A. Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin state-trait anxiety inventory test ile karşılaştırılması. *Turk J Anaesth Reanim.* 2013; 41: 44-49.
60. T.C. Resmi Gazete, sayı: 17863, 9 Aralık 1982.
61. Yalçın S. Cerrahlarla ilgili yasalar ve yönetmelikler. *Turkish Medical Journal.* 2011; 5(1): 37-44
62. Şahin G, Başak T. Perioperatif hemşirelik bakımının hemşire ve hastalar tarafından değerlendirilmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi.*2018; 13: 82-103
63. Dolgun E, Dönmez YC. Hastaların ameliyat öncesi döneme ait bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi.* 2010; 3(3): 11-15.
64. Perelló-Díez M, Paz-Lourido B. Prevention of postoperative pulmonary complication sthrough preoperative physiotherapy interventions in patients under going coronary artery bypass graft: Literature review. *J. Phys. Ther. Sci.* 2018; (30): 1034-1038.
65. Ortiz J, Wang S, Eleyda MA, Tolpin D. Informação pre-operatoria ao paciente: podemos melhorar a satisfação e reduzir a ansiedade?. *Rev Bras Anestesiol.* 2015; 65(1): 7-13.



66. Poole L, Kidd T, Leigh E, Ronaldson A, Jahangiri M, Steptoe A. Psychological distress and intensive care unit stay after cardiac surgery: The role of illness concern. *Health Psychology*. 2015; 34(3): 283-287.
67. Yılmaz M. Cerrahi hastanın değerlendirilmesi. İçinde : Aslan FE (Ed). *Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2016: p.279-317.
68. Eyi S, Kanan N, Akyolcu N, Akın ML, Acaroğlu R. Ameliyat sırasında uygulanan hemşirelik bakımının hastalar tarafından değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016; 15(2): 159-170.
69. Alfredsdottir H, Bjornsdottir K. Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 61(1): 29–37.
70. Blomberg AC, Bisholt B, Lindwall L. Responsibility for patient care in perioperative practice. *Nursing Open*. 2018; 5: 414-421.
71. T.C. Resmi Gazete, Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 19 Nisan 2011, Sayı: 27515.
72. Pour HA, Korkmaz FD. Açık kalp cerrahisi sonrası hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 201; 26 (1) :77-86.
73. Kankaya E, Bilik Ö. Kalp kapak ameliyatı sonrası güncel hemşirelik yaklaşımları: bakım neden önemli?. *Balıkesir Sağlık Bil Derg*. 2018; (7): 101-111.
74. Kankaya EA, Bilik Ö. Kalp kapak protezleri sonrası antikoagülan tedaviye uyum. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2018; 9(18): 29-34.
75. Dedeli Ö, Akyol AD. Yoğun bakım hastalarında psikososyal sorunlar. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2008; 12(1-2): 26-32.
76. Pour HA, Korkmaz FD. Açık kalp ameliyatı sonrası hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2010; 26(1): 77-86.
77. Terzi B, Kaya N. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Derg*. 2011; 1: 21-25.
78. Ören B. Yoğun bakımda sıvı dengesi takibi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2016; 20(2): 98-102.
79. Gottesman R F, McKhann G M, Hogue C W. Neurological complications of cardiac surgery. *Semin Neurol*. 2017; 28(5): 703-715.

80. Çam Yanık T, Gürdil Yılmaz S. Kardiyovasküler cerrahi sonrası yoğun bakımda yaşanan sorunlar ve hemşirelik bakımı. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi. 2019; (1)2: 122-127.
81. Özcan H. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastalar Tarafından Kullanılma Oranları. 2008, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 97 Sayfa, Edirne, (Yrd. Doç. Dr. Ümmü Yıldız Fındık).
82. Gonçalves KKN, Silva JI, Gomes ET, Pinheiro LLS, Figueiredo TR, Bezerra SMMS. Anxiety in the preoperative period of heart surgery. Rev Bras Enferm. 2016; 69(2): 374-380.
83. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Şişli Eftal Hastanesli Tıp Bülteni. 2011; 45(2): 65-74.
84. Sadock BJ, Sadock VA. Psikiyatri.11. baskı. Bozkurt A (Editör).Güneş Tıp Kitabevleri, 2016: 387-390.
85. Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Matbaası, 2004: 157-175.
86. Şahin G, Buzlu S. Yoğun bakım ünitelerinde anksiyeteye yönelik hemşirelik bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2016; 20(1): 65-69.
87. Karayağız F, Altuntaş M, Güçlü YA. Cerrahi servisinde yatan hastalarda görülen anksiyete dağılımı. Smyrna Tıp Dergisi. 2011: 22-26.
88. Prado-Olivares J, Chover-Sierra E. Preoperative Anxiety in Patients Undergoing Cardiac Surgery. Diseases. 2019: 7-46.
89. Karancı A.N, Dirik G. Predictors of pre- and postoperative anxiety in emergency surgery patients. Journal of Psychosomatic Research. 2003; 55: 363-369.
90. Bulut Ş. Cerrahi Operasyon Geçirecek Hastaların Ameliyata Özgü Kaygılarının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. 2017, Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,102 Sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Hacer Erten Yaman).
91. Kuzminskaitė V, Kaklauskaitė J, Petkevičiūtė J. Incidence and features of preoperative anxiety in patients undergoing elective non-cardiac surgery. Acta Medica Lituanica. 2019: 93–100.

92. Homzova P, Zelenikova R. Measuring preoperative anxiety in patients undergoing elective surgery in czech republic. *Cent Eur J Nurs Midw* . 2015; 6(4): 321–326.
93. Aburuz M E, Al-Dweik G, Al-Akash H Y. Checking the moderating effect of perceived control on the relationship between anxiety and postoperative hospital length of stay among coronary artery bypass graft patients. *International Journal of General Medicine*. 2019; 12: 79–85
94. Allabadi H, Alkalyat A, Hammoudi A, Odeh H, Shtayeh J, Taha M, Schindler C, Zemp E, Haj-Yahia S, Probst-Hensch N. Depression and anxiety symptoms in cardiac patients: A cross-sectional hospitalbased study in a palestinian population. *BMC Public Health*.2019; 19: 232.
95. Rodrigues HF, Furuya RK, Dantas RAS, Rodrigues AJ, Dessotte CAM. Association of preoperative anxiety and depression symptoms with postoperative complications of cardiac surgeries. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* .2018: 26.
96. Köçkar Ç, Uzun Ö. Lomber disk herni ameliyatı olan hastalarda algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2007; 10(4): 30-41.
97. Nigussie S, Belachew T, Wolancho W. Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in jimma university specialized teaching hospital, south western ethiopia. *Nigussie et al. BMC Surgery*. 2014; 14(67): 1-10.
98. Akman EK. Kadın Hastalıklarından Ameliyat Olacak Hastalara Preoperatif Dönemde Yapılan Tanıtıcı Eğitimin Kaygı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. 2015, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,96 Sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Leman Şenturan).
99. Karakuş T. Koroner Arter By-Pass Grefti Uygulanan Hastalarda Taburculuk Süresinin Depresyon Üzerine Etkisi. 2009, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 92 Sayfa, İstanbul, (Yrd.Doç.Dr. Kürşat Özdilli).
100. Doğu Ö. Cerrahi girişim planlanan hastaların eğitim gereksinimlerinin karşılanması ve eğitimin hasta bireyin psikolojik hazırlığına etkisi-sakarya örneği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2013; 3(3): 10-13.

101. Aburuz M E. Pre-operative depression predicted longer hospital length of stay among patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. Risk Management and Healthcare Policy. 2019;12: 75-83.



## 7. EKLER

### EK 1. Kişisel Bilgi Formu

**Sayın katılımcı;** Bu araştırma kalp kapağı ameliyatı geçiren hastalarda ameliyat öncesi kaygının ameliyat sonrası yoğun bakımda kalış süresine etkisinelirlemek amacıyla yapılmaktadır. Sorulara vereceğiniz samimi cevaplar araştırma sonuçlarının güvenilir ve sağlıklı olması açısından son derece önemlidir. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Dr. Öğr. Üyesi Meral YILDIRIM ÇETİNKAYA

Hemşire Tuğba DOĞAN

**Katılımcı**

**No:**

**Tarih:**

**Hasta Adı Soyadı:**

**Dosya No:**

**1-Yaşınız:**

**2-Cinsiyetiniz:**

a. Kadın      b. Erkek

**3-Boy:**                      **Kilo:**

**4-Medeni Durumunuz**

a. Evli      b. Bekar

**5-Eğitim durumunuz:**

a. Okuryazar      b. ilkokul      c. Ortaokul      d. Lise      e. Üniversite

**6- Sosyal Güvenceniz:**

a. Yok      b. Var

**7-Mesleğiniz:**

- a. Ev Hanımı b. Memur c. Emekli d. İşçi e. Serbest meslek f. Öğrenci  
g. Diğer (Açıklayınız): .....

**8-Ek kronik hastalığınız var mı?**

- a. Evet b. Hayır (10. Soruya geçiniz)

**9-Kronik hastalıklarınız nelerdir?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- a.Hipertansiyon b.Diyabet c.Kalp yetmezliği d.Böbrek yetmezliği  
Diğer(Açıklayınız).....

**10-Planlanan cerrahi girişim**

- a. Kalp Kapağı Onarımı b. Kalp Kapak Değişimi

**11-Daha önce herhangi bir sebeple hastanede yattınız mı?**

- a. Evet b.Hayır

**12-Daha önce ameliyat oldunuz mu?**

- a. Evet (Açıklayınız)..... b. Hayır

**13-Ne kadar süredir kalp hastalığınız var? .....**

**14-Ameliyattan önce hastanede yattığınız süre: .....**

**15- Ameliyata ilişkin bilgi aldınız mı?**

- a.Evet b.Hayır (17. Soruya geçiniz.)

**16-Bilgiyi kimden aldınız?**

- a.Doktor b.Hemşire c.Diğer (Açıklayınız).....

**17-Evde kimlerle yaşıyorsunuz?**

- a.Yalnız b.Eşimle c.Çocuklarımla d.Diğer (Açıklayınız) .....

## EK 2. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği

Katılımcı no

Tarih

Hasta Adı Soyadı

Dosya No

Aşağıda, ameliyat olan kişilerin yaşadıkları bazı duygu ve düşünceler ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Her ifadeyi dikkatle okuyup, ne kadar katıldığınızı belirtin.

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

### **EK 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu**

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Kalp Kapağı Ameliyatı Geçiren Hastalarda Ameliyat Öncesi Kaygının Ameliyat Sonrası Yoğun Bakımda Kalış Süresine Etkisi”dir. Bu araştırmanın amacı, kalp kapağı cerrahisi planlanan hastalarda ameliyat öncesi kaygının ameliyat sonrası yoğun bakımda kalış süresine etkisini araştırmaktır. Bu araştırmada size bir defa anket uygulanacaktır. Bu araştırmada yer almanız öngörülen süre yaklaşık 20 dk olup, araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 160’dır.

Araştırma verileri, yüz yüze görüşme yoluyla veri toplama formu aracılığı ile toplanacaktır. Ankette esas olarak araştırmacı tarafından sorulan açık uçlu sorulara hastaların cevaplar vermesi istenmektedir. Verdiğiniz tüm bilgiler araştırma amacı dışında kullanılmayacak olup araştırma yayınlansa bile **kimlik bilgileriniz gizli** tutulacaktır. Bu araştırma ile ilgili olarak anketleri cevaplamanız sizin sorumluluklarınızdır. Araştırmada sizin için herhangi bir risk ve rahatsızlık söz konusu değildir; beklenen yarar araştırma sonuçlarına göre kanıta dayalı uygulama yapmanıza olanak sağlamasıdır.

Araştırma sırasında araştırma konusuyla sizi ilgilendirebilecek ve araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler/gelişmeler olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için her zaman 0 5\*\* \*\*\*\*\* numaralı telefonda Hemşire Tuğba DOĞAN’a ve 0 5\*\* \*\*\*\*\* numaralı telefonda Meral YILDIRIM ÇETİNKAYA’ya başvurabilirsiniz.

Bu araştırma ile ilgili olarak verdiğiniz cevaplar sizin sorumluluklarınızdır. Bu araştırmada sizin için herhangi risk taşımamaktadır.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacak ve sizden hiçbir ücret istenmeyecektir.

**Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır.** Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir.

#### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce bana verilmesi gereken tüm bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana, aşağıda adı belirtilen araştırmacı hekim tarafından yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu koşullar altında, bana bu araştırma kapsamında yapılacak olan tedavi ve/veya uygulamalar ile şahsıma ait tıbbi bilgilerin



gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı altında olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

<b>Gönüllünün,</b> Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks:  Tarih ve İmza:	<b>Açıklamaları yapan araştırmacının,</b> Adı-Soyadı: Tuğba DOĞAN Görevi: Hemşire Adresi: Tel.-Faks:  Tarih ve İmza:
<b>Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin,</b>  Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks:  Tarih ve İmza:	<b>Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,</b> Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks:  Tarih ve İmza:

## EK 4. Etik Kurul İzni

### DÜZCE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kalp Kapağı Ameliyatı Geçiren Hastalarda Ameliyat Öncesi Kaygının Ameliyat Sonrası Yoğun Bakımda Kalış Süresine Etkisi	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Düzce Üniversitesi Tıp Fak. Morfoloji Binası 4. Kat Konuralp-Düzce
	TELEFON	0380 542 14 16
	FAKS	0380 542 13 02
	E-POSTA	duzceetik@duzce.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğr.Üyesi Meral YILDIRIM ÇETİNKAYA					
	YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR UNVANI/ADI/SOYADI	Hemşire Tuğba DOĞAN					
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik					
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi					
	DESTEKLEYİCİ						
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)						
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ						
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>				
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>				
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>				
FAZ 4		<input type="checkbox"/>					
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>					
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>					
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>					
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>					
Diğer ise belirtiniz ****							
TEK MERKEZ	<input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ	<input type="checkbox"/>	ULUSAL	<input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI	<input type="checkbox"/>

DEĞERLEN DİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı: Doç.Dr.Gülbin SEZEN

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

**DÜZCE ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Kalp Kapağı Ameliyatı Geçiren Hastalarda Ameliyat Öncesi Kaygının Ameliyat Sonrası Yoğun Bakımda Kalış Süresine Etkisi							
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU									
OLGU RAPOR FORMU				Türkçe <input type="checkbox"/>		İngilizce <input type="checkbox"/>		Diğer <input type="checkbox"/>	
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ				Türkçe <input type="checkbox"/>		İngilizce <input type="checkbox"/>		Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama						
	SİGORTA		<input type="checkbox"/>						
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ		<input type="checkbox"/>						
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU		<input type="checkbox"/>						
	ILAN		<input type="checkbox"/>						
	YILLIK BİLDİRİM		<input type="checkbox"/>						
	SONUÇ RAPORU		<input type="checkbox"/>						
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ		<input type="checkbox"/>						
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2019/13		Tarih: 04.02.2019						
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekeçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.								
<b>KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b>									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI			İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:			Doç.Dr.Gülbin SEZEN						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Hüseyin YÜCE	Tıbbi Genetik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Atilla Senih MAYDA	Halk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Ege GÜLEÇ BALBAY	Göğüs Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Muhammet Ali KAYIKÇI	Üroloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Birgül ÖNEÇ	İç Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Mehmet GAMSIZKAN	Patoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Üyesi Nuri Cenk COŞKUN	Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Üyesi Filiz SÜZER ÖZKAN	Hemşirelik Bölümü	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Üyesi Önder KILIÇASLAN	Çocuk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Üyesi Abdullah BELADA	KBB	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Üyesi Zerrin GAMSIZKAN	Tıp Eğitimi ve Bilişimi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Mustafa Salih EROL	Biyomedikal Uzman	Düzce Üniversitesi Sağlık Uyg ve Araş Merkezi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Kenan VAROL	Sivil Üye	Varollar Demir Çelik Ürünleri San.ve Tic.Ltd.Şti.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Metin POLAT	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı: Doç.Dr.Gülbin SEZEN  
İmzası:

*Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.*

## EK 5. Araştırma İzinleri



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL  
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ  
14/03/2019 12:14 - 16867222 - 604.01.01 - E 1099



Sayı : 16867222-604.01.01  
Konu : Tuğba DOĞAN'ın  
Araştırma İzni Hk.

### KOŞUYOLU YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : a) 22/02/2019 tarihli ve 71211201-3311 sayılı yazı.  
b) 12/03/2019 tarihli ve 53838792-774.99-2711 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazı ile Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden numaralı **Tuğba DOĞAN**, Dr. Öğr. Üyesi Meral YILDIRIM ÇETİNKAYA ve Eş Danışman Öğr. Üyesi Dr. Şerife YILMAZ GÖREN'in yürütücülüğünde "**Kalp Kapağı Ameliyatı Geçiren Hastalarda Ameliyat Öncesi Kaygının Ameliyat Sonrası Yoğun Bakımda Kalış Süresine Etkisi**" konulu tez çalışmasını, ilgi b) sayılı yazınıza istinaden Müdürlüğümüz tarafından onaylanmış olup, araştırmanın yürütülmesi esnasında adı geçene gerekli kolaylığın gösterilmesi hususunda;

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:

Bilgi için:Arzu SARMUSAK

FİRMA

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

Telefon No:0212 638 33 99 - 3102

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 7820e78e-a58a-4d5c-bc76-f474fedb8c7c kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL  
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ  
14/03/2019 12:14 - 16867222 - 604.02.99 - E.1100



00089372024

Sayı : 16867222-604.02.99  
Konu : Tuğba DOĞAN'ın  
Araştırma İzni Hk.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ REKRÖRLÜĞÜNE  
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)  
(Konuralp Yerleşkesi Konuralp Merkez / Düzce 81620)

İlgi : a) 22/02/2019 tarihli ve 71211201-3311 sayılı yazı.  
b) 12/03/2019 tarihli ve 53838792-774.99-2711 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazınız ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden numaralı **Tuğba DOĞAN**, Dr. Öğr. Üyesi Meral YILDIRIM ÇETİNKAYA ve Eş Danışman Öğr. Üyesi Dr. Şerife YILMAZ GÖREN'in yürütücülüğünde "**Kalp Kapağı Ameliyatı Geçiren Hastalarda Ameliyat Öncesi Kaygının Ameliyat Sonrası Yoğun Bakımda Kalış Süresine Etkisi**" konulu tez çalışmasını, Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas EAH'nde yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas EAH'nin ilgi b) sayılı yazısı ile uygun görülmüş olup, Müdürlüğümüz tarafından onaylanmıştır. Konunun çalışmada adı geçen öğrenciniz **Tuğba DOĞAN'a** tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.

Op. Dr. Kemal TEKEŞİN

Vali a.

Başkan

**EKLER:**

1- Hastane Görüş Yazısı.

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

e-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnt. Adresi: www.istanbulsaglik.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 d5a35369-47ee-4697-9d0b-7afa4e029805 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



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  
12/03/2019 17:33 - 53838792 - 774.99 - E.7711



Sayı : 53838792-774.99  
Konu : Tuğba DOĞAN'ın  
Araştırma İzni Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE  
(İstanbul Sağlık Geliştirilmesi Birimi)

İlgi : 01/03/2019 tarihli ve 16867222-604.01.01-859 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazıya istinaden, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden **Tuğba DOĞAN'ın**, Dr. Öğr. Üyesi Meral YILDIRIM ÇETİNKAYA ve Eş Danışman Öğr. Üyesi Dr. Şerife YILMAZ GÖREN'in yürütücülüğünde "**Kalp Kapağı Ameliyatı Geçiren Hastalarda Ameliyat Öncesi Kaygının Ameliyat Sonrası Yoğun Bakımda Kalış Süresine Etkisi**" konulu tez çalışmasını, hastanemizde yapma talebi uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

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

Denizer Cad.Cevizli Kavşağı No :2

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

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

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 6c2e30bf-d96a-473c-a719-c9a272f63f70 kodu ile erişebilirsiniz.

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

Bilgi için: Fadime ES

SÖZLEŞMELİ PERSONEL

Telefon No: 021650015

## ÖZGEÇMİŞ

1993 tarihinde Amasya’da doğan Tuğba DOĞAN, İlköğretimi Plevne İlköğretim Okulu’nda bitirmiştir. Lise öğrenimini 2010 yılında Amasya Lisesi’nde, lisans öğrenimini 2015 yılında Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü’nde tamamlamıştır. 2015’te Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde genel cerrahi servisinde göreve başlamıştır. 2018’te Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde koroner yoğun bakımda bir yıl, daha sonra kardiyoloji kliniğinde bir yıl çalışmıştır. 2019 Ekim ayı itibariyle Karlıova Devlet Hastanesi’nde Eğitim-Enfeksiyon hemşiresi olarak göreve başlamış ve halen devam etmektedir. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilimdalı’nda 2017 yılında başladığı yüksek lisans öğrenimini 2020 yılında tamamlamıştır.