



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KORONER ARTER BYPASS GREFT CERRAHİSİ
UYGULANAN HASTALARIN KONFOR DÜZEYİ**

HÜLYA ÜSTÜNDAĞ
DOKTORA TEZİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. FATMA ETİ ASLAN

İSTANBUL 2009

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans () Doktora (X)

Anabilim Dalı : Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

Tez Sahibi : Hülya ÜSTÜNDAĞ

Tez Başlığı : Cerrahi Hastalarının Konfor Düzeyinin Belirlenmesi

Sınav Yeri : M.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü- Haydarpaşa

Sınav Tarihi : 08.05.2009

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof. Dr. Fatma ETİ ASLAN

Kurumu

M.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi

İmza

Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof. Dr. Fatma ETİ ASLAN

M.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Deniz ŞELİMEN

M.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Neriman AKYOLCU

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale

Hemşirelik Yüksekokulu

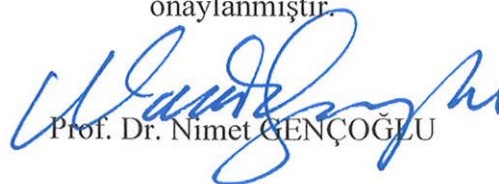
Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR

M.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Nermin OLGUN

M.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 14.05.2009 tarih ve 26 sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Nimet GENÇOĞLU

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

I. 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 çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Hülya Üstündağ

II. TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında ilgi ve desteğini esirgemeyen,
beni titiz, sabırlı ve anlayışlı yaklaşımıyla yönlendiren, daima cesaretlendiren ve
özveride bulunan değerli hocam ve danışmanım
Sayın Prof.Dr. Fatma Eti Aslan'a

Desteğinden dolayı Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı,
Hemşirelik Bölüm Başkanı ve
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı değerli hocam
Sayın Prof.Dr. Deniz Şelimen'e

Öneri ve desteklerinden dolayı Tez İzleme Komitesi Üyem,
Sayın Prof.Dr. Şule Alpar'a

Katkılarından dolayı Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Hemşire Ekibine,

İstatistik değerlendirmede desteği için İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Biyoistatistik Anabilim Dalı Öğretim Elemanı
Sayın Dr. Ömer Uysal'a

Her zaman yanımda olan ve beni destekleyen eşim, ailem ve
çocuklarım Berk ve Sabri'ye

En içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım.

Hülya Üstündağ
İstanbul 2009

III. İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi	6
4.2. Konfor Kuramı	10
4.3. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi Uygulanan Hastaların Konforunu Yükseltme Yaklaşımları	16
5. GEREÇ VE YÖNTEM	24
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	24
5.2. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular	24
5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih	24
5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
5.5. Verilerin Toplanması	25
5.6. Verilerin Değerlendirilmesi	28
5.7. Araştırmanın Etik Yönü	29
6. BULGULAR	30
7. TARTIŞMA VE SONUÇ	46
8. KAYNAKLAR	54
9. EKLER	64
10. ÖZGEÇMİŞ	74

IV. KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
APTT	Aktive Edilmiş Parsiyel Tromboplastin Zamanı
ARDS	Yetişkin Solunum Distres Sendromu
DKB	Diyastolik Kan Basıncı
EKD	Ekstrakorporeal Dolaşım
EPKÖ	Erken Postoperatif Konfor Ölçeği
GKÖ	Genel Konfor Ölçeği
INR	Uluslararası Normalleştirilmiş Oran
İMA	İnternal Mamary Arter
KABG	Koroner Arter Baypas Greft
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KPB	Kardiyopulmoner Baypas
MI	Miyokard Enfarktüsü
MICAB	Minimal İnvaziv Koroner Arter Baypas
OPCAB=Of-pump KABG	Pompasız Koroner Arter Baypas Greft
PCTA	Perkütan Translüminal Koroner Anjioplasti
PT	Protrombin Zamanı
SKB	Sistolik Kan Basıncı

V. TABLO VE ŞEKİLLERİN LİSTESİ

TABLolar

- 6.1.1.** Bireysel Özelliklerin Dağılımı
- 6.1.2.** Labaratuvar Bulguları
- 6.1.3.** Yaşam Bulguları
- 6.2.1.** Konfor ve Anksiyete Düzeyleri
- 6.2.2.** Bireysel Özellikler ile Konfor ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması
- 6.2.3.** Öğrenim Düzeyi ve Sağlık Güvencesi ile Genel Konfor ve Anksiyete Düzeyi İlişkisi
- 6.2.4.** Konfor Düzeyi ve Cerrahi Girişime Ait Özellik Arasındaki İlişki
- 6.2.5.** Anksiyete Düzeyi ile Cerrahi Girişime Ait Özellik Arasındaki İlişki
- 6.2.6.** Cerrahi Girişim Özelliği ile Konfor Düzeyleri Arasındaki İlişki
- 6.2.7.** Cerrahi Girişim Özelliği ile Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki
- 6.2.8.** Laboratuvar Bulguları ile Konfor Düzeyleri Arasındaki İlişki
- 6.2.9.** Laboratuvar Bulguları ile Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki
- 6.2.10.** Yaşam Bulguları ile Konfor Düzeyleri Arasındaki İlişki
- 6.2.11.** Yaşam Bulguları ile Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki
- 6.2.12.** Konfor ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki

ŞEKİLLER

- 6.1.** Cerrahi Girişime Ait Özellikler

1. ÖZET

Araştırma, koroner arter bypass greft (KABG) cerrahisi uygulanan hastaların konfor düzeyini belirlemek amacıyla 240 hasta ile yapıldı. Veriler Bireysel Özellikler Formu, Erken Postoperatif Konfor Ölçeği (EPKÖ), Genel Konfor Ölçeği (GKÖ), Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI) kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Çalışma kapsamına alınan hastaların yaş ortalamalarının 58.58, %71.2'sinin erkek, %79.1'inin ilköğretim mezunu olduğu belirlendi. Erken postoperatif konfor düzeyi altı üzerinden 5.06 ± 0.50 , genel konfor düzeyi dört üzerinden 3.33 ± 0.24 bulundu. Anksiyete düzeyinin alt sınırı 20 iken, durumluk anksiyete düzeyi 31.05 ± 6.80 , sürekli anksiyete düzeyi ise 41.78 ± 8.58 olarak bulundu. Hastaların erken postoperatif ve genel konfor ($r_s = 0.56$ $p < 0.001$) düzeyi artışı paraleldir. Buna karşın, erken postoperatif ve genel konfor düzeyi artarken durumluk (sırasıyla $r_s = -0.47$, $r_s = -0.49$ $p < 0.001$) sürekli (sırasıyla $r_s = -0.25$, $r_s = -0.38$ $p < 0.001$) anksiyete düzeylerinin azaldığı görüldü. Elde edilen verilere göre KABG uygulamasının konforu düşürmediği tam tersi rahatsızlık veren göğüs ağrısı, dispne, fiziksel fonksiyonlarda azalma gibi semptomları ortadan kaldırarak hastaları rahatlattığı, konfor ile anksiyetenin zıt bir ilişki içinde olduğu kadınların, eğitim düzeyi düşük olanların ve aylık geliri sağlık giderlerini karşılamayanların anksiyetelerinin yüksek, konforlarının düşük olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Konfor, hemşirelik, koroner arter bypass greft cerrahisi, postoperatif bakım.

2. SUMMARY

The Comfort Level of Patients Who Underwent Coronary Artery Bypass Graft Surgery

This study was conducted on 240 patients, who undergone coronary artery bypass graft operation (CAGB), to determine their comfort level. The data has been collected by one-on-one interview method by the use of Individual Data Form, Perianesthesia Comfort Questionnaire (PCQ), General Comfort Questionnaire (GCQ), and State-Trait Anxiety Scales. The average age of the patients within the scope of this study has been determined to be 58.58, of which 71.2% is male, and 79.1% is primary school graduates. The early postoperative comfort level has been found as 5.06 ± 0.50 on the scale of 6.0, and the general comfort level has been found as 3.33 ± 0.24 on the scale of 4.0. While the lower bound of anxiety scale was 20, the state anxiety scale has been determined as 31.05 ± 6.80 , and trait anxiety scale has been determined as 41.78 ± 8.58 . The patients' early postoperative and general comfort levels ($r_s = 0.56$ with $p < 0.001$) climb in parallel. Nevertheless, it has been observed that while the early postoperative and general comfort levels increase, state ($r_s = -0.47$ and $r_s = -0.49$ with $p < 0.001$, respectively) and trait ($r_s = -0.25$ and $r_s = -0.38$ with $p < 0.001$, respectively) anxiety levels decrease. According to the data obtained, it can easily be concluded that CABG does not reduce comfort; on the contrary, it relieves the patients by suppressing the symptoms like chest pain, dyspnea and the reduction in physical functions, and that the comfort and anxiety are in adverse relation. Furthermore, the patients, such as women, and/or those who have low level of education, and/or those who can not afford their medical expenses, have high level of anxiety and low level of comfort.

Key World: Comfort, nursing, coronary artery bypass graft, postoperative care.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Cerrahi; hastalıkların tanısı, tedavisi, deformite ve defektlerin düzeltilmesi, semptomların azaltılmasında kullanılan bir tedavi yöntemidir (Erdil ve Elbaş 2001, Şelimen ve Eti Aslan 2004). Günümüzde en yaygın başvurulanan tedavi şekillerinden birisi olan cerrahi girişimler, yaşamı güvence altına alan uygulamalar olmakla beraber, beden için hem psikolojik hem de fizyolojik travmadır (Şelimen ve Eti Aslan 2004). Hastada hastalığından kurtulma umut ve beklentisi yanında psikolojik açıdan kendi bedenini, yaşantısını denetleyemeyeceği endişesine, vücut organ ve doku kaybı kaygısına, ölüm korkusuna, fiziksel olarak ağrı, distansiyon, bulantı, kusma, konstipasyon sosyal olarak ise iş gücü ve dolayısıyla maddi kayıplara neden olabilen bir girişimdir. Genel olarak kalıcı komplikasyon riski az olan cerrahi girişimlerde dahi, hastalar cerrahi dışı tedavi yöntemlerine kıyasla daha fazla fiziksel ve psiko-sosyal rahatsızlık tanımlarlar (Girard 2005, Way and Doherty 2003, Şelimen ve Eti Aslan 2004, Rothrock 2007).

Cerrahi hastasında ortaya çıkabilen bu fiziksel ve psiko-sosyal sorunlar birçok faktörden etkilenebilmektedir. Bu faktörlerden birisi de cerrahi girişim süresi ve tedavinin uygulanacağı organdır. Bu yönüyle ele aldığımızda Koroner Arter Bypass Graft (KABG) cerrahisi, sternotomi insizyonu ve kardiyopulmoner bypass kullanımı nedeni ile birçok sistemi etkileyen komplikasyonlara ve bedenin stres tepkisi olarak hipofiz bezi ve sempatik sinir sisteminin uyarılmasıyla çeşitli kardiyovasküler ve metabolik değişikliklere yol açabilmektedir (Ege 2005).

Türkiye’de koroner ateroskleroz ve tıbbi tedaviye yanıt vermeyen koroner arter hastalığı (KAH) tanısıyla KABG cerrahisi uygulanan hasta sayısı tam olarak bilinmemektedir. Buna karşın, Türkiye’de yapılan lokal bir çalışmada, 1974-2000 yılları arasında 15000’in üzerinde hastaya koroner bypass cerrahisinin uygulandığı belirtilmektedir (Çobanoğlu ve İşbir 2004). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde ise sadece 2000 yılında yaklaşık 400.000 hastaya koroner arter bypass cerrahisi uygulandığı belirtilmektedir (Çobanoğlu ve İşbir 2004). Kanada’da bu rakamın yaklaşık 19.000 düzeyinde olduğu tahmin edilmektedir (Çobanoğlu ve İşbir 2004).

Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastalar cerrahi sonrası dönemlerinde birçok komplikasyon olasılığı ile karşı karşıyadır. Bu hastalarda cerrahi sonrası erken dönemde yaklaşık %10 oranında ileti kusurları, aritmiler, %8-10'unda akut böbrek yetmezliği, %5'inde nörolojik komplikasyonlar, %3 oranında kanama, %0.75-%1.4 arasında sternotomi insizyonu nedeniyle gelişen mediastenit, düşük kalp debisi sendromu, sternotomi, torakotomi ve göğüs drenleri nedeniyle ağrı ve solunum problemleri geliştiği bildirilmiştir (Bakalım 2005).

Koroner arter bypass greft cerrahisinde olduğu gibi, büyük cerrahi girişimlerde hasta, her yönüyle etkilenebilmekte, yaşam kalitesi düşmekte ve sonuç olarak rahatsızlık veren bir süreçten geçmektedir. Diğer bir deyişle hasta konforu etkilenebilmektedir. Konfor; günlük yaşamı kolaylaştıran rahatlık olarak tanımlanmakta olup, bakım sanatı ile bütünleşmiş bir kavramdır (Kolcaba 2003). Hastayı koruma kollama ve rahatlatma felsefesi üzerine temellenen hemşireliğin önemli ilgi ve bilgi alanlarından birisi, hasta konforunun sağlanması ve sürdürülmesidir. Bu özellikle cerrahi hemşireliği için çok önemlidir. Çünkü cerrahi hastalarında, cerrahi sürecin hemen hemen her aşamasının bir şekilde hastayı rahatsız ettiği diğer bir deyişle hasta konforunu bozduğu düşünülmektedir. Bu düşünceye karşın hasta konforu ne kadar, nasıl etkileniyor? Biz bu hastalarda konforu nasıl ölçeceğiz soruları bugüne değin özellikle ülkemizde yanıtsız kalmıştır.

Çalışma, Koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastaların konfor düzeyini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Çalışmanın Hemşirelik Açısından Önemi

Kontrollü travma olarak tanımlanan cerrahi girişimler her ne kadar tedavi amaçlı uygulansa da süresine, cerrahi girişimin türüne ve hastanın özelliklerine göre değişebilen birçok soruna neden olabilir.

Özellikle koroner arter bypass greft cerrahisinde olduğu gibi büyük cerrahi girişimler ağrı, solunum problemleri, dolaşım problemleri, bulantı kusma, konstipasyon, hipotermi, sıvı elektrolit dengesizliği, cerrahi alan enfeksiyonu riski, anksiyete gibi sorunlara neden olarak hasta konforunu düşürebilir, diğer bir deyişle konforsuzluğa neden olabilir.

Kroner arter bypass greft cerrahisi sonrası konfor düzeyini belirlemeye yönelik bu çalışmadan elde edilen sonuçların, cerrahi hemşirelerine bakımı planlamada ve öncelikleri belirlemede ışık tutacağı düşünülmektedir.

4. GENEL BİLGİLER

Cerrahi girişimler etkiledikleri bölgeye göre büyük ya da küçük cerrahi girişimler olarak da sınıflandırılabilir. Bu yönüyle ele alındığında koroner arter bypass greft cerrahisi büyük ve riskli bir cerrahi girişimdir. Bu nedenle hastanın konforunu olumsuz yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

4.1. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi (KABG)

Koroner arter bypass greft cerrahisi, koroner ateroskleroz nedeniyle kanlanamayan miyokardın arter ve ven greftler kullanılarak, kanlanmasının dolayısıyla beslenmesi ve oksijenlenmesinin sağlanmasıdır. Bu cerrahi girişimle hastada iskemiye bağlı semptomlar giderilir, miyokard infarktüsü, ani ölüm gibi komplikasyonlar önlenir ve ağrı olmaksızın hastanın günlük yaşamını sürdürmesi sağlanır (Çobanoğlu ve İşbir 2004, Seifert 2007).

Koroner arter bypass cerrahisinde amaç; semptomları hafifletmek, iskemiye azaltmak, daha sonraki dönemde ortaya çıkabilecek kardiyak problemleri azaltmak, yaşam kalitesini ve süresini arttırmaktır (Çobanoğlu ve İşbir 2004).

4.1.1. Koroner arter bypass greft cerrahisinin tarihçesi

Koroner bypass cerrahisi deneysel amaçlı olarak ilk kez köpeklerde 1910 yılında Alexis Carrel tarafından gerçekleştirilmiştir. Cerrahi işlem olarak, inen aort ile sol koroner arter arasında bir indirekt anastomoz girişiminde bulunmuş, ancak hareketli kalpte anastomozun çok kısa sürede bitirilmesi gerektiğinden teknik olarak çok zor olduğu bildirilmiştir. Cloude Beck 1932 yılında hayvan kalplerinin indirekt revaskülarizasyonu fikrini ortaya atmıştır. İstemik myokarda kollateral damar sağlanması için perikard, perikardiyal yağ dokusu, pektoral adale, omentum gibi dokular kullanmış ve daha sonra bu yöntem insanlar üzerinde uygulanmıştır.

Arthur Vineberg ise 1946'da internal mamarian arteri (İMA) miyokard içindeki bir tünele gömme tekniği geliştirmiştir. Sabiston ve Garrett safen veni kullanarak koroner bypass cerrahisini 1960'lı yılların başında vaka takdimleri olarak yayınlamıştır. İnternal mamary arterin greft olarak kullanımı, safen venden daha

önce gerçekleşmiştir. Kolesov 1961’de İMA kullanarak koroner bypass ameliyatını gerçekleştirmiştir. Johnson’ın 1964’de safen ve ile yaptığı cerrahi girişim ilk başarılı koroner bypass sayılmaktadır. Kalesov angina pektorisin tedavisinde İMA ve koroner arter anastomozlarını 1967’de bildirmiştir. Green İMA kullanarak ilk koroner bypass serisini 1968 yılında yayınlamıştır. Bailey ve Hirose da ayrı ayrı mamarian arter koroner arter anastomozlarını bildirmişlerdir. Bailey ve Hirose cerrahi işlemi çarpan kalpte tamamlarken Green kardiyopulmoner bypass yöntemiyle kalbin durdurulduktan sonra yapılmasını savunmuştur. Bütün bu önemli katkıların yanında günümüzdeki koroner arter cerrahisinin başlangıcı 1969’da Dudley Johnson’ın bildirdiği seri ile olmuştur (Çobanoğlu ve İşbir 2004, Büket, Engin ve Uç 2004, Ener 2004, Duran 2005, Tokcan ve Yalınız 2005).

4.1.2. Koroner arter bypass greft cerrahisi endikasyonları

Tıbbi tedaviye yanıt vermeyen koroner arter hastalığı, miyokard iskemisi, pertükan translüminal koroner anjioplasti (PTCA) uygulamasının başarılı olmadığı durumlarda koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanır (Zorlutuna 2004, Çobanoğlu ve İşbir 2004).

4.1.3. Koroner arter bypass greft cerrahi uygulamasında kullanılan yöntemler

Koroner bypass cerrahisinde standart teknik olarak görülen kardiyopulmoner bypass ile yapılanlar ve son yıllarda sayıları gittikçe artan pompasız koroner arter bypass cerrahisi (OPCAB=off-pump KABG), minimal invaziv koroner arter bypass (MICAB), cerrahi yöntemleri uygulanmaktadır (Duhaylongsod 2000). Burada kardiyopulmoner bypass kullanılarak yapılan koroner arter bypass greft cerrahisine yer verilmiştir (Büket ve ark 2004, Çobanoğlu ve İşbir 2004, Yılmaz, Şener, Kuralay, Genç ve Günay 2004) .

4.1.3.1. Kardiyopulmoner bypass (KPB)/Ekstrakorporeal dolaşım (EKD)

Kardiyovasküler cerrahide optimum cerrahi görüşün sağlanması ve güvenliğinin artırılması amacıyla kardiyopulmoner sistemin izolasyonu gerekebilir. Bu amaçla kalbin pompa ve akciğerlerin gaz alışverişi fonksiyonlarının geçici bir süre ile kalp akciğer makinesi adı verilen cihaz yolu ile sağlanması işlemine KPB veya

ekstrakorporeal dolaşım denir. Halen kullanılan KPB yöntemine baēlı olarak çeşitli organ ve sistemlerde farklı boyutlarda fonksiyon bozuklukları meydana gelmesine karşın bu yöntem günümüzde kardiyovasküler patolojilerin cerrahi tedavisine olanak saēlamaktadır ( obanoēlu ve Iřbir 2004, Sarıb lb l 2005).

Bir kalp-akciēer makinesinin ana kompenetlerini pompa, arteriyel ve venöz kanül, venöz rezervuar, oksijenatör/ısı deēiřtirici ve arteriyel filtre meydana getirir. Birçok modifikasyonu bulunmakla birlikte ana prensip, santral bir venden alınan kanın bir rezervuara toplanması, toplanan kanın oksijenize edilmesi ve bir filtreden geçirilerek arteriyel sistem aracılıēıyla v coda geri döndürülmesidir. Bu ana yapılar yanında birçok yardımcı sistem çeşitli görevleri üstlenir.  rneēin ayrı bir pompa başı ile rezervuara sahip olan potasyundan zengin kan veya kristaloid solüsyonların kullanımıyla kalbin durdurulmasının saēladığı kardiyopleji sistemi, ilaç uygulama ve kan  rneēi alımı amacıyla çeşitli giriş yolları, ortamdaki dil e kanı yıkayıp konsatre ettikten sonra bir filtreden geçirerek hastaya geri kazandıran cell saver sistemi kalp akciēer makinesinin alt sistemleridir ( obanoēlu ve Iřbir 2004, Sarıb lb l 2005).

Koroner arter bypass greft cerrahisinde arter ve ven greftler kullanılmaktadır. Ven greftleri içerisinde en yaygın kullanılan greft safen vendir. Bacak venleri uygun olmadığında kol venleri en son  are olarak kullanılabilir. Venler histolojik yapılarından dolayı arterlerden farklı özelliklere sahiptirler. Bu farklılık ven duvarının sistemik basın a arter duvarı kadar dayanıklı olmaması, kandan venlere lipit geri alınımı, venlerde lipit sentezinin daha aktif olması ve lipit yıkım hızının daha yavaş olması şeklinde özetlenebilir. Bu  zellikler venlerde hiperplazi ve aterosklerozun daha hızlı gelişimine yol açar ( obanoēlu ve Iřbir 2004).

Arteriyel greftler arasında en sık kullanılan ve uzun dönem sonuçları en iyi bilinen IMA dır. Hem yaşam süresi hem de semptomların kontrol altına alınmasında, ven greftlerine olan  st nl ē  yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Arter ve ven greftler kullanılarak yapılan 2127 koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hasta ile yapılan bir çalışmada sol internal mammary arter beş, on, onbeş yıllık sonuçları sırasıyla %98, %81, %65; saē internal mammary arterin kullanıldığı sonuçlar sırasıyla %96, %81, %65 olarak belirlenmiştir. Ven greftin beş, on ve onbeş yıllık sonuçları ise sırasıyla %95, %91, %32 dir (Frac, Fracs and Fracp 2004).

Literatürde sol internal mamary arterin bir yıllık açık kalım oranı % 92-97, beş yıllık %88-96, 10 yıllık % 88-93 arasında verilmiştir. Sağ ve sol IMA arasında önemli bir fark bulunmamaktadır. On yıldan sonra IMA stenozu çok nadir olarak görülmektedir (Çobanoğlu ve İşbir 2004)

Radyal arter, gastroepiploik arter, inferior epigastrik arter, splenik arter ve subscapular arter kullanılan diğer arter greftler arasındadır (Çobanoğlu ve İşbir 2004).

4.1.4. Koroner arter bypass greft cerrahisi komplikasyonları

Koroner arter bypass cerrahisi; cerrahi komplikasyonlar, enfeksiyon, nörolojik komplikasyonlar, solunum sistemi komplikasyonları, renal komplikasyonlar ve diğer komplikasyonlar olarak sınıflandırılmaktadır (Bakalım 2005). Aşağıda KABG cerrahisi uygulanan hastaların retrospektif çalışma sonucu bulgularına yer verildi (Bakalım 2005).

A- Cerrahi komplikasyonlar

- Kanama ve kanamaya bağlı reoperasyonlar %2.23
- Perioperatif MI %1.25
- Diğer kardiyak nedenlere bağlı reoperasyon %0.81

B- Enfeksiyon

- Pnömoni %2.33
- Üriner sistem enfeksiyonu %1.42
- Sternomedianistler %1.33
- Safen insizyonunda enfeksiyon % 1.35
- Septisemi %0.94

C- Nörolojik Komplikasyonlar

- Geçici stroke %2.9
- Kognitif değişiklikler %2.28

D- Solunum sistemi komplikasyonları

- Uzamış ventilasyon %5.7
- Yetişkin Solunum Distres Sendromu (ARDS) %1.03
- Pulmoner emboli %0.37

E- Renal komplikasyonlar

- Böbrek yetmezliği %3.09
- Diyaliz gerektiren böbrek yetmezliği %0.9

F- Diğer komplikasyonlar

- Atriyal fibrilasyon %6
- Gastrointestinal sistem komplikasyonları %2.35
- Kardiyak arrest %1.60
- Kalp bloğu %0.74
- Multiorgan yetmezliği %0.63
- Kalp tamponatı %0.38 (Bakalim 2005)

Amerika Birleşik Devletleri ulusal kalp cerrahisi verilerine göre klasik KABG cerrahisi uygulanan 170.895 hastanın %64.3'ünde komplikasyon gelişmemiş olduğu diğer bir deyişle %35.7'sinde komplikasyon geliştiği ve %10.2'sinin iki haftadan sonra taburcu edilebildiği bildirilmektedir. Cerrahi girişim sonrası komplikasyonların büyük çoğunluğu da KPB kullanımına bağlı geliştiği belirtilmiştir (Duhaylongsod 2000).

Koroner arter bypass greft cerrahisi sonrası literatür bilgilerinden de anlaşıldığı gibi ölümcül komplikasyonların yanı sıra solunum fonksiyonlarında bozulma, kanama ve kardiyak debide azalma, ritm bozuklukları, ağrı, sıvı elektrolit dengesizlikleri, vücut sıcaklığının azalması, kognitif değişiklikler, renal fonksiyonlarda değişiklik, enfeksiyon gibi birçok soruna neden olarak hastanın konforunu bozabilmektedir (Barett 1993, Burbach 1996, Aşkar ve Çetin 2004, Wilson and Kolcaba 2004, Bakalim 2005).

4.2. Konfor Kuramı

Profesyonel bir disiplinin amacı mesleki uygulamalarda bilimsel bilgi içeriği ile hizmet sunmaktır. Hemşirelik disiplini sunduğu hemşirelik bakımının etkinliğini değerlendirmede, bilimsel kanıt toplama, hemşirelik üretkenliğini kavramsallaştırabilme ve teoriye dayalı uygulamalar geliştirebilmek için, uygulamalarını destekleyen kavram ve kuram çalışmalarını sürdürmektedir (Velioğlu 1999).

Hemşireler sistematik olarak bakım vermeye başladıktan sonra, çeşitli kavramları kullanmaya başlamışlar, konfor (rahatlatma), bakım, iletişim gibi kavramlar, kuram geliştirme çalışmalarının temelini oluşturmuştur. Hemşirelerin disiplin olarak ilgili olduklarını ifade ettikleri konfor kavramının geniş tarihsel boyutları Nightingale'in çalışmalarına dayanmakta, kavram eski ve yeni kuramcılarının yayınlarında yer almaktadır (Kolcaba1991a, 1991b, Tutton ve Seers 2004).

Hemşirelik disiplininin fonksiyonlarından olan rahatlatma işlevi üzerine temellenen konfor kuramı Katharina Kolcaba tarafından geliştirilmiştir (Kolcaba 1991b, 2003). Katharina Kolcaba konfor kavramı ve hasta konforunun sağlanması ile ilgili çalışmalarını yaklaşık 15 yıl sürdürmüştür. 1988 yılında konfor kavramının üç düzey ve dört boyuttan oluşan taksonomik yapısını oluşturmuştur (Kolcaba1991a, 1991b).

Kolcaba konforun kavramsal çalışmalarını tamamladıktan sonra oluşturduğu taksonomik yapıyı test etmek üzere hastada beklenen konfor sonucunu ölçmek için 48 maddeden oluşan dörtlü likert tipte General Comfort Questionary (GCQ) geliştirme çalışmalarına başlamış ve sonuçlarını 1992 yılında yayınlamıştır. (Kolcaba 1992, 2001).

Katharine Kolcaba, konfor konusu üzerine yaptığı ve halen sürdürdüğü çalışmalarının ardından Konfor kuramını geliştirerek 2003 yılında da “Comfort theory and practice: a vision for holistic care and research“ Konfor kuramı ve uygulama: bütüncül sağlık bakımı ve araştırma için bir görüş adlı kitabı yayınlamıştır. (Kolcaba 2003).

4.2.1. Kavram olarak konfor

Geleneksel olarak hemşirelik sanatı ile bağdaştırılmış bir kavram olan konfor ve hasta konforu oldukça karmaşık, bireye özgü ve bütüncü kavramlardır. Literatürde hemşirelerin sağladıkları güç, bakım, teselli etme, destek olma, cesaretlendirme ve yardımı, konfor ve konfor önlemleri aracılığıyla gerçekleştirdikleri bildirilmektedir (Kolcaba1991a, 1991b, Velioğlu 1999).

Çağdaş hemşirelik literatüründe hastanın konfor gereksinimleri üzerinde durulmuş ancak genellikle ağrı yönetiminde tartışılmıştır.

Hemşirelikte temel kavram olan konforun; konforlu, rahatlatıcı, rahatsızlık, konforlanmış ve konfor önlemleri gibi pek çok formu yaygın olarak kullanılmaktadır (Kolcaba 1991b, 2001, 2003)

Kolcaba'ya göre ise konfor “ bireyin gereksinimleri ile ilgili yardım, huzur sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde kompleks yapıya sahip beklenen bir sonuç”tur (Kolcaba 1991a, 1991b, 1992, 2003).

Kolcaba (1992) hemşirelik disiplininde konfor kavramının kullanımına ilişkin yaptığı analitik çalışmalar sonucunda konforun; pozitif, holistik, çok boyutlu, kuramsal olarak tanımlanabilir ve uygulamaya konulabilir bir kavram olduğunu belirtmiştir.

Holistik görüşe göre konfor kavramı; ferahlama, huzura kavuşma ve sorunların üstesinden gelebilmek için temel insan gereksinimlerini karşılamadır (Kolcaba 1994, Tutton and Seers 2004).

Kolcaba bireysel konfor gereksinimlerini ve bu alanlarında hemşirelik için teknik bir terim olan konfor kavramının bileşenlerini açıklamıştır. Ferahlama konforu bozan durumdan kurtulma hissi, rahatlama huzur ve barış içinde olma durumu Sorunların üstesinden gelme yenilenme hissi, kişisel gelişim durumudur. Bu alanlarda konforu karşılanmayan hasta eksiklik hisseder; gereksinimleri giderildiğinde eksiklik ortadan kalkar. Hemşireler iyileşmekte ve aktivite seviyelerini kendi normallerine taşımak üzere olan hastalarda konforu bozan etkenleri ortadan kaldırmaya çalışarak hastaların güç kazanmasına, yenilenmesine yardımcı olurlar (Kolcaba 1991b,1994).

Hemşirelikte konfor, gereksinimlerin karşılanması temeline dayanmaktadır ve birçok hemşirelik kuramında kaliteli bakımının bir parçası olarak kabul edilmiştir. Konfor aynı zamanda Roy, Orlando, Watson, Paterson & Zderad gibi hemşire kuramcılarının da kuramlarında kullandığı önemli bir kavramdır (Tutton and Seers 2004).

Sonuç olarak Kolcaba konfor kavramını bütüncül yaklaşımla “ferahlama, huzura kavuşma ve sorunların üstesinden gelebilmek için temel insan gereksinimlerini karşılamamanın o andaki deneyimi” olarak açıklamaktadır (Kolcaba 2003).

4.2.2. Konfor kuramının düzey ve boyutları

Kolcaba tarafından kuramın taksonomik yapısı iki aşamada incelenerek düzey ve boyutları açıklamıştır. Konfor kuramının insan gereksinimlerini ele alan üç düzeyi vardır (Kolcaba 1991b, 2003).

Ferahlama: Bireyin gereksinimlerinin karşılanmaya başlanması sonucu sıkıntıdan kurtulması ile hissettiği durumdur. Özel bir gereksinim karşılanması sonucu yaşanır, eski fonksiyonlara dönme ya da huzurlu ölüm için gereklidir. Hasta gereksinimlerinin karşılanmasına temellenen hemşirelik kuramlarından kaynağını alan ferahlama; Orlando’nun teorisinde gereksinimleri karşılanan hastanın yaşadığı duygu, Henderson teorisinde hastanın on dört temel gereksinimden herhangi birinin karşılanması ile hissedilen durum olarak adlandırılmıştır (Kolcaba 1991b, 2003, Tutton and Seers 2004, Karabacak 2004).

Rahatlama: Sakin, rahat ya da huzur içinde olma durumu olarak tanımlanmıştır. Hastanın rahatlama, memnuniyetten söz etmesi, memnun olduğunu belirtmesi durumudur. Etkin performans çıkarabilmek için gerekli konfor durumudur ve hastanın gösterdiği görev performansı ile pozitif ilişkili kalıcı bir durumdur. Fiziksel ve duygusal deneyimler ve çevresel özelliklerden etkilenir (Kolcaba 1991a, 1991b, 2003).

Üstünlük: Bireyin sorunlarının üstesinden gelmesi, sıradan güçlerin artırılması durumu olarak tanımlanmaktadır. Konfor hastanın kendi potansiyeline göre belli zaman ve belli durumda kendi kaderini kontrol etme ve planlamada özgür olmasını amaçlar. Konfor gereksinimleri tam olarak karşılanan birey, konforun üstünlük derecesini olan sorunların üstesinden gelme düzeyine ulaşabilmektedir. Üstesinden gelmeyi diğer iki kavramdan ayıran özellik, hastanın sıra dışı performans potansiyelini ortaya çıkarmasıdır. Her üç konfor düzeyi hastanın performansını pozitif yönde etkiler ve teorik olarak güç verici komponentlerdir (Kolcaba 1991a, 1991b, 2003, Karabacak 2004).

Konfor kuramının boyutları konforun gereksinimlerinin ortaya çıktığı fiziksel, sosyokültürel, psikospiritüel, çevresel ortamlardır (Kolcaba 1991a, 1991b, 2003).

Fiziksel konfor: Bedensel algılarla ilgilidir. Bireyin fiziksel durumunu etkileyen dinlenme ve gevşeme, hastalığa karşı yanıtları, beslenme ve homeostazis, barsak fonksiyonunun devamlılığı gibi fizyolojik faktörleri içermektedir. Ağrı fiziksel konforun azalmasında en büyük etkenlerden biridir. Fiziksel konforun erken postoperatif dönemde bozulmasına neden olan diğer etmenler homeostatik dengenin bozulması, pozisyona bağlı sorunlar, solunum güçlüğü, bulantı-kusma, üşüme-titretilme, drenler ve çeşitli kateterlerdir (Wilson and Kolcaba 2004).

Kolcaba (1994) uyarar oluştursun ya da oluşturmazın fiziksel konforun bireyin hastalığa karşı yanıtlarından kaynaklandığını belirtmektedir. Bu anlamda fiziksel konfor için gerekli fizyolojik göstergeler; sıvı elektrolit dengesi, düzenli ve dengeli kan biokimyası, yeterli oksijen saturasyonudur. Metabolik reaksiyonları içeren sağlık göstergeleridir. Bu fizyolojik göstergelerin birinde var olan normalden sapmanın konforu da etkileyeceği vurgulanmaktadır (Kolcaba 1991a, 1991b, 1994 2003, Wilson and Kolcaba 2004, Kolcaba and Wilson 2002).

Psikospiritüel konfor: Akılsal, tinsel ve manevi bileşenlerden oluşmaktadır. Bireyin yaşamına anlam veren öğeler, öz-saygı, benlik kavramı, cinsellik ve kendinin farkında olma ile ilgili duygular kapsamaktadır. Cerrahi girişim uygulanan hastada psikospiritüel konforu azaltan en önemli etken anksiyetedir. Bunun dışında hastaya konu ile ilgili bilgi verilmemesi ya da eksik bilgi verilmesi, belirsizlik, malign bir hastalık tanısı konulmuş olması, korku, hastanın genel durumunda ani değişimler psikospiritüel konforu azaltan diğer etkenlerdir (Kolcaba 1991a, 1991b, 2003, Wilson and Kolcaba 2004)

Çevresel konfor: Çevresel konforun tanımı dış etkenler, durumlar ve bunların üzerindeki etkilerini kapsamaktadır. Bu kapsamda aydınlık, gürültü, renk, sıcaklık, güvenilir çevre, pencereden görülen manzara gibi insanın dış ortamı ile ilgili kavramlar yer almaktadır. Derlenme döneminde çevresel konforu azaltan faktörler soğuk ortam, gürültülü sesler, kargaşa, kaos, çok parlak ışık, ter kokusu gibi kötü koku, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmemesi, rahat olmayan sedye ve

yataklardır (Kolcaba 1991a, 1991b, 2003, Wilson and Kolcaba 2004, Kolcaba, Tilton and Drouin 2006).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada hastanede fiziksel ortamın hastalar üzerinde olumlu ve olumsuz etkilerinin olduğu hastane tercihinde fiziksel çevre faktörlerinin önemli ölçüde etkili olduğu belirlenmiştir (Karan ve Aştı 2003).

Sosyokültürel konfor: Hemşireler, sağlık ekibinin diğer üyeleri, aile becerikli ve duyarlı davranarak sosyal konforu kolaylaştırabilirler. Bilgi ve danışmanlık verme, ailenin gelenekleri ve alışkanlıklarına duyarlı bakım verme, dini inançlar, finansal destek sistemlerinden yararlanma, kişilerarası iletişimin sağlanması, taburculuğun planlanması ve taburculuk eğitimi, evde bakımın sağlanması sosyokültürel bakımı oluşturan etkenler arasındadır. Sosyokültürel konforu azaltan etkenler, aileden ayrılma, kültürel geleneklerin önemsenmemesi ve uygulanmaması, özensiz bakım, bakımın sürekli olmaması, bakımın kalitesinin kötü olması, sosyal güvencesinin olmaması gibi faktörlerdir (Kolcaba 1991a, 1991b, 2003, Wilson and Kolcaba 2004).

Güvensizlik konforu azaltır. Hastane donanımının tam anlamıyla gereği gibi fonksiyonel olmaması, hastaya güvence verilememesi, güvenliğin riske edilmesi, hatalı bakım, aseptik tekniğin doğru uygulanmaması, nazokomiyal enfeksiyonlar güvensizliği arttıran faktörlerdir (Hawley 2000, Wilson and Kolcaba 2004, Krenziskek, Wilson, Newhouse, Mamaril and Kane 2004).

Bakım alanında konfor, stresli durumlarda ortaya çıkan sorunlardan kurtulma, huzurlu olma ve üstesinden gelme gereksinimlerinin giderilmesidir. Konfor, hastada beklenen pozitif bir sonuç olarak kabul edilmektedir. Hasta bakımında sunulan hizmetin kalitesini ölçebilmek ve hastada beklenen sonuçları değerlendirebilmek için konfor ölçümü yoluyla yazılı kayıt oluşturulabilir.

Sağlıktan sapmalarda sunduğumuz hizmetlerde her ne kadar hastaya zarar vermeme onu rahatsız etmeme ilkesini benimsesek de, özellikle cerrahi yolla tedavi olacak hastalarda bu pek mümkün olamamaktadır. Özellikle KABG uygulaması gibi büyük cerrahi girişimlerde hasta konforu olumsuz yönde etkilenmektedir.

4.3. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Uygulanan Hastaların Konforunu Yükseltme Yaklaşımları

Kolcaba'nın geliştirdiği konfor kuramı rehber alınarak cerrahi girişim sonrası dönemde, bireyin gereksinimlerine ilişkin veri toplanması, karşılanamayan gereksinimlere yönelik konforu arttırıcı yaklaşımların uygulanması ile optimum düzeyde konforun sağlanarak hastanın yaşam kalitesine katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

Koroner arter bypass greft cerrahisi sonrası en yaygın hasta yakınmaları ağrı, mekanik ventilasyonun verdiği rahatsızlık, hemodinaminin bozulması, sıvı-elektrolit dengesizliği, bulantı kusma, hipotermi, cerrahi alan enfeksiyonları, renal fonksiyonların bozulması, nörolojik değişiklikler, gastrointestinal sisteme ait rahatsızlıklar, anksiyete ve uyku problemleridir (Novick et al.2002, Konuralp ve İdiz 2003, Tromp, Dulmen and Van-Weert 2004, Yorke et al. 2004, Kunt, Darcın ve Andaç 2005, Barnason 2008).

4.3.1. Ağrının giderilmesi

Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastada en yoğun yaşanan sorunlardan birisi ağrıdır. Ağrı sternum insizyonu nedeniyle en fazla göğüs bölgesinde hissedilmektedir. Yorke ve arkadaşları 2003 yılında 102 KABG cerrahisi geçiren hasta ile yaptıkları bir çalışmada hastaların %71'inde ağrı olduğu, ağrısı olan hastaların %92'sinin bu ağrıyı sternum etrafında hissettiğini belirlemişlerdir (Yorke et al. 2004). Başka bir çalışmada KABG uygulanan 318 hastanın cerrahi girişimden bir yıl sonra sternum insizyonu ağrılarını değerlendirilmiş ve %28'inin ağrısı olduğunu belirtilmiştir (Meyerson, Thelin, Gordh and Karlsten 2001). Cerrahi girişim sonrası ağrı tanılmasında süresi, sıklığı, şiddeti ve lokalizasyonu değerlendirilir ve hastaya özgü analjezi uygulaması yapılır. Ayrıca, uygun pozisyon verilmesi, düşleme, müzik dinletisi gibi yaklaşımlar hastanın konfor düzeyini yükseltecektir (Eti-Aslan 1997, 2006, Pasero and McCaffery 2003 Odom-Forren 2007)

4.3.2. Mekanik ventilasyona bağı rahatsızlığın giderilmesi

Cerrahi girişim sonrası hastanın özelliklerine göre 2-12 saat rutin mekanik ventilasyon uygulanmaktadır. Koroner arter bypass greft cerrahisi sonrası hasta, hemodinamisi stabilleşinceye ve solunum fonksiyonları normale dönünceye kadar yoğun bakım ünitesinde ventilatöre bağı kalır. Sachin ve Wunderik (2002) yaptığı çalışmada KABG sonrası hastaların yaklaşık %5.5'inde uzun süreli mekanik ventilasyonun gerekli olduğunu, reoperasyonlarda bu oranın %10.5'e kadar çıktığı belirtilmiştir. Mekanik ventilasyonda mukosiliyer aktivitenin bozulmasına bağı sekresyon artar, akciğerlerde kollaps ya da atelektazi ve ventilatörle ilişkili pnomoni gelişebilir (Savian, Paratz and Davies 2006).

Yapılan bir çalışmada 65 yaştan daha büyük olmak, cerrahi öncesi hastanede yatmak, arteriyel vasküler ve kronik obstrüktif pulmoner hastalık varlığı, pulmoner hipertansiyon, ağır sol ventrikül disfonksiyonu, kardiyak şok, hematokrit %34 veya daha düşük olması, kan üre nitrojenin 24 mg/dL veya daha fazla olması, serum albumini 4g/dL veya daha az olması, reoperasyon torasik aort işlemleri, 10 ünite veya dah fazla kan ürünü transfüzyonu ve 120 dakika veya daha uzun KPB süresi olan hastalarda ekstübasyon güçlüğü yaşanabileceği ifade edilmiştir (Rady and Ryan 1999).

Hasta ekstübe edildikten sonra solunum ve hemodinamik parametreleri izlenir. Sternotomi insizyonuna bağı hastada yüzeysel solunum ve yetersiz öksürük gözlenebilir. Etkisiz solunum ve ödem nedeniyle oluşan atelektaziye bağı olarak oksijenasyon bozulabilir. %40-70 oranında nemlendirilmiş oksijen yüz maskesi ile birkaç gün verilir. Diüretikler hasta cerrahi girişim öncesi kilosuna ulaşınca kadar verilebilir. Hasta mobilize edilmeli ve akciğer kapasitesini eski düzeyine getirmek için öksürme ve derin solunum egzersizleri yaptırılmalıdır (Aşkar ve Çetin 2004, Erkal-İlhan 2007, Wathall, Robson and Ray 2001, Birol 2002).

Günümüzde koroner arter bypass greft cerrahisinde mekanik ventilasyon uygulaması olarak fast-track adı verilen erken ekstübasyon protokolleri uygulanmaktadır. Cerrahiden sonra erken ekstübasyonun sol ventrikül performansını düzelttiği, erken mobilizasyonu sağlayarak pulmoner komplikasyonları azalttığı, yoğun bakım ve hastanede kalış süresini kısalttığı, kaldiyopulmoner morbiditeyi

azalttığı, maliyeti düşürdüğü ve hasta konforunu arttırdığı gösterilmiştir (Aşkar, Çetin 2004, Doering, Esmailian, Imperial-Perez and Monsein 2001).

4.3.3. Kardiyovasküler sistemin stabilitesinin sağlanması

Organ sistemlerinin yeterli perfüzyonu ve oksijenasyonu için cerrahi girişim sonrası dönemde optimal kardiyak fonksiyonların sağlanması gerekir. Cerrahi girişim sonrası dokuların yeterli oksijenasyonu ve kalp ritminin düzenli olması kardiyovasküler sistemin stabilizasyonunda önemli rol oynar.

Ekstrakorporeal dolaşım koagülasyon sisteminin belirgin bozulmasına yol açar. Kanaması olan hastaların yaklaşık %1-2'sinde cerrahi girişime gereksinim duyulur. Kanama ya hipovolemi ya da kardiyak tamponad nedeniyle hemodinamik bozukluğa yol açar. İlk saatte 300 ml'den, 2. saatte 250'den veya 150 ml/saatten fazla kanama olması cerrahi girişimi gerektirir (Aşkar ve Çetin 2004, Oto ve Metin 2007).

Hemodinamik amaçlardan biri de yeterli kardiyak debi sağlamaktır. Çeşitli çalışmalarda KABG cerrahisi sonrası kardiyak fonksiyon bozukluğu olduğu belirlenmiştir (Sarıosmanoğlu 2007, Currey, Botti and Browne 2003). Cerrahi girişim sırası ve sonrası erken dönemde düşük kardiyak debinin en sık sebepleri hipovolemi, miyokard disfonksiyonu ve kardiyak tamponattır. Hipovolemide ringer laktat, serum fizyolojik gibi elektrolit solüsyonu ve albumin gibi plazma genişleticiler verilebilir.

Cerrahi girişim sonrası erken dönemde hemodinamik amaçların sonuncusu stabil bir kalp ritmi sağlamaktır. Aritmiler, elektrolit dengesizlikleri, miyokard iskemisi, asit-baz dengesizlikleri, aşırı katekolamin salınımı nedeniyle olabilir. İdeali 70-100/dk hızda normal sinüs ritmidir. Hasta yakın takibe alınır, aritminin tipi ve nedeni belirlenerek nedene yönelik girişimler uygulanır. Çalışmalar KABG cerrahisi geçiren hastalarda erken postoperatif dönemde iskemi geliştiğini göstermişlerdir (Apostolidou et al.1999, Kara ve ark. 2003)

Cerrahi girişim sonrası kardiyak tamponatın sebebi genellikle kalbin bir veya daha fazla odacığını komprese eden pıhtı birikimine yol açan aşırı kanamadır. Kanamanın, göğüs tüplerinden gelen drenaj miktarının, hipotansiyon, taşikardi, santral venöz basınç, boyun venlerinde dolgunluk, periferik nabızların dolgunluğunda, terli ve

soğuk cilt, kalp seslerinde azalma gibi kardiyak tamponatın belirti ve bulgularının takibi yapılmalı, göğüs grafisi çektilirerek gerekirse hasta cerrahi girişim için hazırlanmalıdır (Aşkar ve Çetin 2004, Keçeliğil2005).

4.3.4. Sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması

Sıvı ve elektrolit bozukluğu kardiyak cerrahi sonrası sık görülen bir durumdur. Kardiyak cerrahi uygulanan hastalar YBÜ'ne cerrahi girişim öncesi dönemdekine göre %5-10 oranında kilo artışıyla gelir. Bunun nedeni KPB'de zorunlu uygulanan hemodilüsyona bağlı gelişen fazla su ve sodyum miktarındaki artış nedeniyledir. Vücuttaki sıvı kapiller kaçış nedeniyle ekstrasvasküler bölgede yerleşir. Hastada intravasküler volüm açığı vardır (Aşkar ve Çetin 2004).

Eastwood ve Dip'in (2006) KABG cerrahisi geçiren hastalarla yaptığı bir çalışmada cerrahi girişim sonrası yoğun bakıma gelen hastaların kilo artışının olduğu ve bu artışın istatistiksel açıdan anlamlı olduğunu belirtmişlerdir. Ekstrasvasküler boşluktaki sıvı miktarının artmasına neden olsa da intravasküler volüm ve kardiyak hemodinaminin stabil olması için yeterli miktarda sıvı mutlaka verilmelidir. Ekstrasvasküler bölgede sıvı birikimine en az neden olan kolloidler veya endikasyonu olduğunda kan ve kan ürünleri sıvı replasmanında rol almalıdır. Genellikle ilk 6-12 saat içinde vücut sıcaklığı stabil hale gelir ve kapiller kaçış durur. Bu dönemde intravasküler volüm yükselir. Bu aşamadan sonra vücuttaki fazla tuz ve su yükünün atılmasını sağlamak için diürez yeterli olmazsa elektrolit takibi yapılarak diüretikler verilebilir (Aşkar ve Çetin 2004, Keçeliğil 2005, Seifert 2007).

Cerrahi girişim sonrası dönemde metabolik asidoz en sık, kalp debisinde azalma, mezenter iskemisi, sepsis, böbrek yetmezliği, diyabetik ketoasidoza bağlı olarak görülebilir. Asidoz tedavisinde temel işlem altta yatan patolojinin düzeltilmesidir

Metabolik alkaloz, aşırı diürez, aşırı nazogastrik drenajda yetersiz elektrolit replasmanı, uygun olmayan total parenteral beslenme ve solunumsal asidoza kompanzasyon ile oluşur. Metabolik alkalozda primer tedavi nedenlere yönelik olmalıdır (Aşkar ve Çetin 2004, Keçeliğil 2005).

4.3.5.Vücut sıcaklığının izlemi

Hastalar yoğun bakıma 34-35 °C hipotermik durumda gelir. Genellikle oksijen tüketiminde en belirgin artış cerrahi girişim sonrası dönemdeki ilk 6 saatte gerçekleşen spontan ısınma döneminde olur. Cerrahi girişim sonrası titreme sık karşılaşılan bir durumdur. Hasta ve bulunduğu ortam ısıtılarak vücut sıcaklığı normal düzeye getirilir (Aşkar ve Çetin 2004, Keçeliğil 2005, Rasmussen et al. 2006).

4.3.6. Enfeksiyonların önlenmesi

Kardiyak cerrahi geçiren hastaların %10-20'sinde enfeksiyon gelişir. En sık cerrahi alanda, solunum sisteminde ve üriner sistemde görülür (Dhadwal et al.2006). Jenney, Harrington, Russo ve Spelman'ın (2003) yaptığı çalışmada koroner arter bypass cerrahisinden sonra cerrahi alan enfeksiyonu %9.9 oranındadır. Yine aynı çalışmada enfeksiyon gelişen hastaların yoğun bakımda kalış süresi ortalama 2.9 gün, enfeksiyon gelişmeyen grubun 1.9 gün, toplam hastanede yatış süresi enfeksiyon gelişen hastaların ortalama 10.8, gelişmeyenlerin 4.7 gün olduğunu ve aralarında anlamlı fark olduğunu belirtilmektedir.

Sternal yara enfeksiyonu, mediyan sternotomi ile yapılan işlemlerde yaklaşık %2 oranında görülen ciddi bir enfeksiyondur (Aşkar ve Çetin 2004).

Jonkers, Elenbaas, Terporten, Nieman and Stobberingh (2003) tarafından yapılan prospektif bir çalışmada sternal yara enfeksiyonu ve greft alınan alanın enfeksiyon oranlarını sırasıyla otuzuncu günde %6.8 ve %4.6, doksanıncı günde %9 ve %7.3 olarak bulduklarını ifade etmektedirler.

İngiltere'de yapılan bir çalışmada da sternal yara enfeksiyonlarında risk faktörlerinin sırasıyla obezite, diyabet ve bileteral internal torasik arterin greft olarak kullanılması olduğu belirtilmiştir (Dhadwal et al. 2006). Yara bakımında antibiyotik tedavisi, uygun pansuman debridman, irigasyon, drenaj ve tekrar kapatma uygulanır (Aşkar ve Çetin 2004, Manduz, Katrancioğlu ve Doğan 2002).

4.3.7. Nörolojik izlem

Nörolojik sorunlar inme ve bilişsel değişikliklerdir. Yapılan bir çalışmada %1-2 stroke, %30-60 kognitif sorunlar gözlemlendiği belirtilmiştir (Cook et al 2007).

Literatürde de hastaların %60'ından fazlasında cerrahi girişim erken dönemde nörolojik bozukluklar saptandığı ve çoğu altı aylık takipte ortadan kalktığı bildirilmektedir (Aşkar and Çetin 2004). Hastaların bilinç durumu, ekstremitelerin hareketi ve hastanın kooperasyonu değerlendirilmelidir (Aşkar ve Çetin 2004).

Hastaların yaklaşık %7'sinde geçici postoperatif deliryum olur. Postoperatif altı gün içinde hemen hemen tüm hastalarda spontan olarak veya ilaç tedavisi ile ortadan kalkar. Ajitasyonda ilk yapılacak şey hastaya güven verilmesi ve oryantasyonunun sağlanması olmalıdır (Aşkar ve Çetin 2004, Seldenbach, Lindquist and Watanuki 2005, Uğurlu 2007).

4.3.8. Renal fonksiyonların izlenmesi

Kalp cerrahisi cerrahi girişim sonrası değişik derecelerde renal fonksiyon bozukluğuna sebep olur. Kristeller, Pepps ve Stahi'nin (2006) yaptığı bir çalışmada hastaların yaklaşık %8-10'unda akut böbrek yetmezliği geliştiği belirtilmiştir. Cerrahi girişim sonrası hastanın aldığı- çıkardığı ve üre, kreatinin gibi kan biyokimyasının izlemi yapılmalıdır (Toraman Yurtseven ve Çalışırışçi 1998, Provenchere at al. 2003, Aşkar ve Çetin 2004, Çelik 2007).

Serum kreatinin değerinde cerrahi girişim öncesi düzeyine göre %50'den fazla artış olan hastalarda, cerrahi girişim sonrası 90 gün içindeki mortalite oranının daha yüksek olduğu yapılan bir çalışmada gösterilmiştir (Brown at al. 2006).

4.3.9. Gastrointestinal sistem fonksiyonlarının izlemi

Kardiyak cerrahi sonrası gelişen gastrointestinal sistem (GİS) komplikasyon oranı %1-2'dir. En sık karşılaşılan ve mortalitesi yüksek olan GİS kanamalarıdır. Üst GİS kanaması genellikle stres ülserlerinden kaynaklanır ve daha çok gasrit veya ülseri bulunan yaşlı hastalarda görülür.

Entübasyon süresi uzamayan hastalara cerrahi girişim sonrası birinci günde oral alım başlanabilir (Aşkar ve Çetin 2004, Keçeligil 2005). GİS'e ait semptomların değerlendirildiği bir çalışmada iştahsızlık %8, bulantı %7, kabızlık %4.5, kusma %3.5, diare %2.4, dispepsi %1.7 oranında bulunmuştur (Saritaş, Uzun, Çağlı, Saritaş, Taşdemir 2001).

Yine Mace'in (2003) yaptığı çalışmada hastaların %67'sinin bulantı ve kusmasının olduğunu belirtmiştir. Tüm bu GİS semptomları hastanın oral yolla beslenmesini geciktirebilir. Bu nedenle büyük cerrahi girişim geçirenlerde hastanın GİS fonksiyonları yönünden değerlendirilmesi gerekir.

4.3.10. Anksiyetenin giderilmesi

İnsan biyopsikososyal bir varlık olması nedeniyle herhangi bir alanda yaşanan sağlık sorunu, diğer alanları da olumsuz etkileyebilmektedir. Fiziksel hastalığın özellikleri, şiddeti, süresi, hangi organ ve dokuların etkilendiği hasta için bunların sembolik önemi, yüklediği anlam, hastalık hakkındaki bilgisi tepkilerin ortaya çıkışında önemli rol oynar.

Koroner arter bypass greft cerrahi girişim geçiren kişilerde anksiyete, ağrı çekmeye, zarar görmeye, fiziksel görünümde değişime, beden imajının zedelenmesine, fonksiyonel kayıplara, ilişkilerinde değişimlere, geleceğinin, amaçlarının tehlikeye düşmesine, çalışma performansında değişime, kontrolü kaybetmeye, başkalarına bağımlı olmaya, hastalığına bağlı komplikasyonlara, kendine olan güvenin kaybına, terkedileceğine, yabancı bir ortamda olmaya, prosedürlere, olası ekonomik kayıplara, hastalığın yarattığı potansiyel değişimlere, yaşamın tehdit edilmesine bağlı olabilir.

Koroner arter bypass greft cerrahi girişim sonrası sıklıkla anksiyete, uyku bozuklukları, depresyon, cinsel işlev bozukluğu, ev ve iş yaşamında rol ve statü kaybı gibi sorunların görüldüğü literatürde ifade edilmektedir (Edell-Gustafsson, Hetta and Aren 1999, Perski et al 1999, Parrent and Fortin 2000, Theobald, Worrall-Carter, McMurray 2005, İşkesen, Yıldırım ve Şirin 2007, Krannich et al. 2007, Tully, Baker and Knight 2008).

İşkesen ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada KABG cerrahisi sonrası hastaların gün içinde uyku hali durumlarının arttığı, uyku kalitesinin ise azaldığı belirtilmiştir.

Gallo, Malek, Gilbertson ve Moore (2005) KABG cerrahisi geçiren hastaların sıklıkla postoperatif dönemde anksiyete yaşadıklarını belirtmişler ve yaptıkları çalışmalarda hastaların orta düzeyde anksiyetelerinin olduğunu bildirmişlerdir.

Lin Ku, Hung Ku ve Chi Ma (2002) yaptıkları çalışmada KABG cerrahisi uygulanan hastaların anksiyetelerinin orta düzeyde olduğunu belirtmişlerdir.

Hastanın anksiyesini azaltmada, öncelikle anksiyetenin düzeyi tanımlamalıdır. Hemşireler hastaların anksiyeteyi tanımasında ve yönetiminde bilişsel ve davranışçı yöntemleri, iş merkezli yerine hasta merkezli bütüncül bakımı, kısa ve net cümlelerle bilgi vermeyi kullanarak yardım edebilirler. Hastanın anksiyetesinin farkında olmasına, ifade etmesine cesaretlendirilmesi ve ortam sağlanması gerekir. Hastaya anksiyetesini azaltmada ilaç tedavisi başlanmışsa, ilaçların etkilerini gözlemlenmelidir. Garanti vermek genellikle etkisizdir, hatta zarar verici olabilir. Hasta anlaşılmadığını hissedebilir, yüzeysel koruyucu olarak algılayabilir (Kocaman 2008, Okanlı ve ark. 2006).

Bu süreç içinde uygulanan yaklaşımlar hastanın fiziksel, psikospirütüel, çevresel, sosyokültürel konforunda artma sağladığında, sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar güçlenmektedir. Sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar ile konforun sağlanması arasında doğru bir ilişkinin olduğu ifade edilmektedir (Kolcaba 2003).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, korener arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastaların konfor düzeyini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı ve yapıldı.

5.2. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

Araştırmada koroner arter bypass greft cerrahisinin konfor düzeyleri incelendi. Bu bağlamda araştırmada yanıtlanması beklenen sorular aşağıdaki gibidir.

1. Araştırma kapsamına alınan hastaların bireysel özellikleri nasıldır?
2. Bireysel özellikleri konfor düzeyini etkiliyor mu?
3. Bireysel özellikleri anksiyete düzeyini etkiliyor mu?
4. KABG cerrahisi konfor düzeyini etkiliyor mu?
5. KABG cerrahisi anksiyete düzeyini etkiliyor mu?
6. Konfor ve anksiyete düzeyi arasındaki ilişki nasıldır?

5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Çalışma Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 12.3.2006-24.8.2007 tarihleri arasında yapıldı.

5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde KABG cerrahisi uygulanan serviste yatan hastalar oluşturdu. Bu merkezde kardiyovasküler cerrahi yoğun bakımına ait 27 yatak bulunmaktadır. Yoğun bakım hemşire sayısı ise 44'dür. Kardiyovasküler cerrahi servislerine ait yatak sayısı 169 ve hemşire sayısı 84'dür. Kardiyovasküler cerrahi girişim günlük olarak ortalama sekiz-on hastada gerçekleştirilmektedir. KABG cerrahisinin günde ortalama dört-altı hastada uygulanmaktadır. Bu merkezin seçilme nedeni; KABG cerrahisi uygulanan olgu sayısının fazla ve araştırmacının hastane yönetimi ve çalışanları ile olumlu işbirliği içinde olmasıdır.

Araştırmanın örneklemini; Örnekleimde “Erken postoperatif konfor ölçeği”nin madde sayısı belirleyici oldu. Bu ölçekte toplam 24 madde bulunmaktadır. Her bir madde için on hastaya, toplamda 240 hastaya ulaşılması hedeflendi (Erefe 2004).

Örneklem kapsamına;

- 35-70 yaşları arasında
- Türkçe konuşan
- İletişim kurulabilen
- En az ilköğretim mezunu
- Daha önce aynı sistemle ilgili cerrahi girişim deneyimlememiş
- Cerrahi uygulama sonrası konforu olumsuz yönde etkileyeceği düşünülen diabetes mellitus, böbrek yetmezliği gibi ilave hastalık tanısı konulmamış
- Psikolojik tedavi görmeyen ve bu amaçla ilaç kullanmayan
- Çalışmaya katılmaya istekli olup, onay veren 240 hasta alındı.

5.5. Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler; Bireysel Özellikler Formu (EK I), “Erken Postoperatif Konfor Ölçeği” (EK II), “Genel Konfor Ölçeği” (EK III) “Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği” (EK IV) kullanılarak toplandı.

Belirlenen örneklem kapsamına uyan hastalara araştırmanın amacı açıklandı ve ölçek tanıtıldı. Böyle bir araştırmada yer almak isteyen hastalardan yazılı izin alındı. Veriler hastalar ile hasta odasında yüz yüze görüşme yöntemi ile yaklaşık 20 dakikada toplandı.

Yoğun bakım ünitesinde hastaların sedatize olmaları nedeniyle “Erken Postoperatif Konfor Ölçeği” hastaların yoğun bakım ünitesinden ayrıldıktan sonraki ilk günde uygulandı. Genel Konfor Ölçeği cerrahi girişim sonrası 2-7 günler arası uygulandı.

5.5.1. Bireysel Özellikler Formu (EKI)

Konu ile ilgili literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanan bireysel özellikler formu; yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çocuk sahibi olma durumu, mesleği, ekonomik durumu, sağlık güvencesi, sigara kullanımı,

hasta kabulü sırasında sorun yaşayıp yaşamadığı, daha önceki hastane ve cerrahi girişim deneyimine yönelik değişkenleri içermektedir.

Laboratuvar bulgularında normal kabul edilen dağılım aralığı testlerin yapıldığı laboratuvarın kabul ettiği değerlerdir.

5.5.2. Erken Postoperatif Konfor Ölçeği (EPKÖ) (EK II)

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

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

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

5.5.3. Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) (EK III)

Genel Konfor Ölçeği Kolcaba tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir (Kolcaba 1992). Konforun kuramsal bileşenlerini oluşturan üç düzey dört boyutun yer aldığı

taksonomik yapı rehber alınarak oluşturulmuş olup gereksinimlerinin belirlenmesi, konfor sağlayan hemşirelik girişimleri ile beklenen konforda artma sonucuna ulaşma durumunu değerlendirmek için kullanılmaktadır. Ölçek dörtlü likert tipte olup toplam 48 madde içermektedir.

Pozitif ve negatif maddelerden oluşan ölçeğin yanıt düzenleri karışık halde verilmiştir. Buna göre pozitif maddelerde yüksek puan (4) yüksek konfora, düşük puan (1) düşük konfora işaret etmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde, elde edilen negatif puanlar ters kodlanarak pozitif maddelerle toplanır. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 192, en düşük toplam puan ise 48'dir. Elde edilen toplam puan ölçek maddelerinin sayısına bölünerek ortalama değer saptanır ve sonuç 1-4 dağılımında belirtilir. Düşük konfor bir yüksek konfor dört ile ifade edilmektedir (Kuğuoğlu ve Karabacak 2008).

Ölçeğin Türk toplumu için uygunluğu Kuğuoğlu ve Karabacak tarafından 2004 yılında yapılmıştır. Kuğuoğlu ve Karabacak ölçeğin Cronbach's alfa katsayısını 0.85 olarak bulmuş ve ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Mevcut çalışmada ölçeğin yeniden değerlendirilen iç tutarlılık incelemesinde Cronbach's alfa katsayısı 0.82 olarak bulunmuştur.

Kolcaba konfor ile ilgili çalışmalarında elde ettiği sonuçlar doğrultusunda; konforun süreklilik özelliğinden çok durumluk özelliği gösterdiğini, konforun bütüncü yapısı nedeni ile ölçeğin kuramda açıklanan üç düzey ve dört boyutu içeren alt bölümler şeklinde değil bir bütün olarak değerlendirilmesinin daha doğru sonuçlar verdiğini saptamıştır.

5.5.4. Durumluk – Sürekli Anksiyete Ölçeği (EK IV)

Durumluk ve sürekli anksiyete düzeylerini saptamak amacıyla Spielberger ve arkadaşları tarafından (1970) geliştirilen, Öner ve Le Compte tarafından (1985) Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılan ölçek, iki faktörlü anksiyete kavramına dayanarak geliştirilen toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı bölümü içerir. Ölçekteki maddelerden ilk 20'si duruma bağlı anksiyete düzeyini, 21'den 40'a kadar olan maddeler ise bireyin sürekli anksiyete düzeyini ölçmektedir. Ölçekte maddeler

doğrudan ve tersine dönmüş ifadeler olarak ayrılmış olup; doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirmektedir.

Durumluk Anksiyete Ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirlemektedir. Durumluk anksiyete ölçeğinin yanıtlanmasında; maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların şiddetinin derecesine göre “hiç” (1), “biraz” (2), “çok” (3), “tamamıyla” (4) seçeneklerinden birini işaretlenmesi istenir. Bu bölümde; 1., 2., 5., 8., 10., 11., 15., 16., 19., 20. tersine dönmüş ifadelerdir. Ölçeğin değerlendirilmesinde doğrudan ifadelerin toplam puanından tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı çıkartılır, elde edilen değere durumluk anksiyete ölçeğinin değişmez değeri olan 50 sayısı eklenerek durumluk anksiyete puanı elde edilir.

Sürekli Anksiyete Ölçeği bireyin kendini genellikle nasıl hissettiğini belirlemek için kullanılmaktadır. Sürekli anksiyete ölçeğinin yanıtlanmasında maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların sıklık derecesine göre “hemen hiçbir zaman” (1), “bazen” (2), “çok zaman” (3) ve “hemen her zaman” (4) seçeneklerden birini işaretlemesi istenir. Bu bölümde 21., 26., 27., 30., 33., 36., 39. olmak üzere tersine dönmüş yedi ifade bulunmaktadır. Bu bölümün değerlendirilmesinde doğrudan ifadelerin toplam puanından, tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı çıkartılır, sürekli anksiyete ölçeğinin değişmez değeri olan 35 sayısı eklenerek bireyin sürekli anksiyete puanı elde edilir.

Spielberger ve arkadaşları (Öner ve Le Compte) ölçekten elde edilen, 20-39 puanın “hafif”, 40-59 puanın “orta derecede” 60-79 puanın “ağır anksiyete”, 80 puanın ise “panik” olarak değerlendirildiğini, belirtmektedir.

Mevcut çalışmada ölçeğin yeniden değerlendirilen iç tutarlılık incelemesinde durumluk anksiyete Cronbach’s alfa katsayısı 0.88, sürekli anksiyete Cronbach’s alfa katsayısı 0.86 toplam Cronbach’s alfa katsayısı ise 0.89 olarak bulunmuştur.

5.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistik analizleri araştırması tarafından, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Bioistatistik Bilim

Dalında, istatistik uzmanı danışmanlığında SPSS 15.0 programı ile bilgisayarda yapıldı.

Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde;

- Tanımlayıcı istatistiksel yöntemler; oran, ortalama (Ort), standart sapma (SS),
- Gruplar arası kıyaslamalarda değişkenin tipi ve gruplara düşen örnek sayılarına göre Mann-whitney U testi, Kruskal-Wallis ki kare testi,
- Grup sayısı ikiden fazla olan kıyaslamalarda genel anlamlılıklar parametrik veya nonparametrik Anova ile incelenmiş ikili kıyaslamalarda anlamlılık seviyesi Bonferroni düzeltmesi ile düşürülmüş dört gruplu karşılaştırmalarda $p<0.005$ ve üç gruplu karşılaştırmalarda $p<0.016$ olarak kabul edildi.
- Korelasyonlar Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi (Akgül 2003).

5.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaların yürütülmesinde bilimsel ilkelerin yanı sıra evrensel etik ilkelere uyulması zorunludur. Bu amaç doğrultusunda araştırmada, aydınlatılmış onam, özerklik gizlilik ve gizliliğin korunması, özerkliğe saygı, yeterli ve doğru bakım alma, zarar vermeme, yararlılık ilkeleri göz önünde tutuldu.

Çalışmada insan olgusunun kullanımı bireysel hakların korunması gerektiğinden çalışma süresince İnsan Hakları Helsinki Deklarasyonu'na sadık kalındı.

Örnekleme alınan hastalara araştırmanın amacı ve kendilerinden ne beklendiği açıklanarak, araştırmaya ancak gönüllü olmaları halinde katılacakları ve elde edilen bilgilerin sonuçlarının ancak kimlik bilgileri gizli tutularak yayınlanabileceği anlatılarak araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair onam alındı.

Araştırmanın yürütülebilmesi için, tez ön proje ve kullanılacak veri toplama araçlarını içeren bir dilekçe ile Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin (Ek V), Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden Etik Kurul Onayı (Ek VI) alındı.

6. BULGULAR

Cerrahi hastalarının konfor düzeyini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular iki bölümde ele alındı.

1. Bölümde;

- Bireysel özelliklerine,
- Cerrahi girişime ait özelliklerine,
- Laboratuvar bulgularına,
- Yaşam bulgularına,

2. Bölümde;

- Konfor ve anksiyete düzeylerine,
- Bireysel özellikler ile konfor ve anksiyete düzeylerinin karşılaştırılmasına,
- Konfor ve anksiyete düzeyleri ile cerrahi girişime ait özelliklerin ilişkisine,
- Laboratuvar ve yaşam bulguları ile konfor ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiye,
- Konfor ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiye yer verildi.

Birinci bölümde; araştırma kapsamına alınan hastaların bireysel özellikleri, değişen damar sayısı, laboratuvar ve yaşam bulguları incelendi.

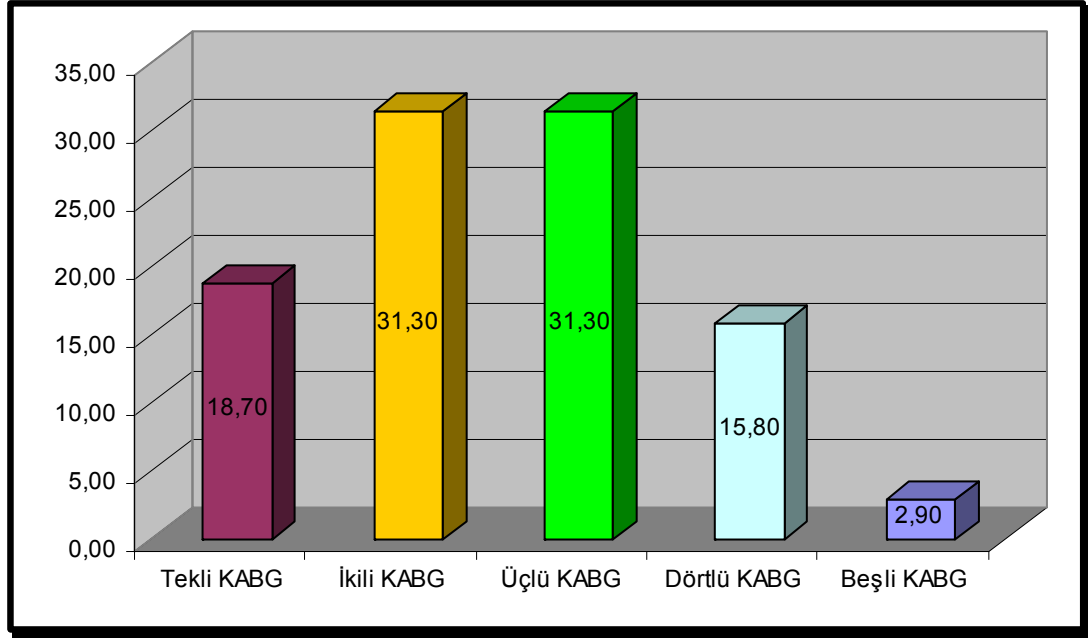
Tablo 6.1.1. Bireysel Özelliklerin Dağılımı (N=240)

Bireysel Özellikler	n	%
Yaş		
• 35-50	119	49.6
• 51-69	121	50.4
(Ort±SS) 58.58±7.71		
Cinsiyet		
• Kadın	69	28.8
• Erkek	171	71.2
Öğrenim Durumu		
• İlköğretim	190	79.1
• Orta Öğretim	40	16.7
• Yükseköğretim	10	4.2
Çalışma Durumu		
• Çalışmıyor	165	68.8
• Çalışıyor	75	31.2
Sağlık Güvencesi		
• SSK	122	50.8
• Bağkur	32	13.4
• Emekli Sandığı	36	15.0
• Yeşilkart	50	20.8
Aylık geliri		
• Yeterli	138	57.5
• Yeterli değil	102	42.5
Sigara		
• Kullanıyor	147	61.2
• Kullanmıyor	93	38.8
Cerrahi Girişim Deneyimi		
• Var	97	40.4
• Yok	143	59.6

Çalışma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 58.58±7.71 olup, %71.2 (n=171)'sinin erkek, %79.1 (n=190)'inin ilköğretim mezunu olduğu ve %59.6 (n=143)'sının cerrahi girişim deneyimi olmadığı tablo 6.1.1'de görülmektedir.

Hastaların tümü evli, çocuklu olup hastanede kaldıkları sürece refakatçıları vardı. Bir işte çalışmayanların oranı %68.8 (n=165) olup, %50.8 (n=122)'inin

(SSK)'lı olduğu %57.5 (n=138)'inin aylık gelirinin sağlık harcamalarını karşılamada yeterli olduğu ve %61.2 (n=147)'sinin sigara kullandığı belirlendi.



KABG: Koroner arter bypass greft

Şekil 6.1. Cerrahi Girişime Ait Özellikleri

Şekil 6.1.'de hastaların toplam %62.60 (n=75+75)'inin ikili ve üçlü, %18.80 (n=45)'inin tekli, %15.70 (n=38)'inin dörtlü, %2.90 (n=7)'inin beşli koroner arter bypass greft olduğu görülmektedir. Hastaların cerrahi girişim süresi ortalama olarak 3.11 ± 0.70 saattir.

Tablo 6.1.2. Laboratuvar Bulguları (N=240)

Laboratuvar Bulguları	Ortalama±SS	Dağılım Aralığı
Eritrosit	3.90±2.33	K:4.0-5.0 E:4.8-5.5
Lökosit	10.30±3.5	4000-9000
Trombosit	214.98±76.30	150000-450000
Hematokrit	32.58±3.97	K:37-45 E:40-45
Hemoglobin	10.91±1.44	K:12-15.5 E:13-16.5
PT	14.90±2.65	10.7-14.5
APTT	67.86±14.64	70-130
INR	1.26±0.32	0.88-1.2

Hastaların kan biyokimya ve kanama pıhtılaşma zamanlarına ilişkin bulguların normal sınırlarda olduğu tablo 6.1.2’de görülmektedir.

Tablo 6.1.3. Yaşam Bulguları (N=240)

Yaşam Bulguları	Ortalama±SS	Dağılım Aralığı*
Vücut sıcaklığı	36.48±0.47	36-37.3
Nabız/dk	83.74±10.82	60-100
Sistolik Kan Basıncı	111.34±26.19	100-140
Diastolik Kan Basıncı	65.91±8.90	60-90

*Fetzer SJ.(2005). Vital Sing. In:Fundamentals of Nursing Ed: Potter PA, Perry AG. 6th ed. Mosby, St Louis, p. 669.

Hastaların yaşam bulgularına Tablo 6.1.3.’de yer verildi.

İkinci bölümde, konfor ve anksiyete düzeylerine, bireysel özellikler ile konfor, anksiyete düzeylerinin karşılaştırılmasına, konfor ve anksiyete düzeyleri ile değişen damar sayısı ilişkisine, laboratuvar ve yaşam bulguları ile konfor ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiye, konfor ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiye yer verildi.

Tablo 6.2.1. Konfor ve Anksiyete Düzeyleri (N=240)

Konfor ve Anksiyete Düzeyleri	Minimum	Maksimum	Ortalama± SS	Dağılım Aralığı
Erken Postoperatif	2.96	5.92	5.06±0.50	1-6
Genel	2.31	3.88	3.33±0.24	1-4
Durumluk	20.00	64.00	31.05±6.80	20-80
Sürekli	22.00	63.00	41.78±8.58	20-80

SS:Standart Sapma

Çalışmada erken postoperatif dönem konfor düzeyi ortalaması 5.06±0.50, genel konfor düzeyi ortalaması 3.33±0.24 bulundu. Durumluk anksiyete düzeyi ortalaması 31.05±6.80±6.80 olup , hastaların cerrahi girişime bağlı hafif anksiyetelerinin bulunduğu sürekli anksiyetelerinin orta düzeyde (41.78±8.58±8.58) olduğu Tablo 6.2.1’de görülmektedir.

Tablo 6.2.2. Bireysel Özellikler İle Konfor ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=240)

Özellikler	n	Erken Postoperatif			Genel			Durumluk			Sürekli		
		ORT±SS	U	KW	ORT±SS	U	KW	ORT±SS	U	KW	ORT±SS	U	KW
Yaş													
• 35-59	119	5.09±0.47	6779.5 ^a		3.35±0.24	6454.50 ^a		30.51±6.59	6522.00 ^a		41.65±8.18		7155.00 ^a
• 60-69	121	5.02±0.52	0.434		3.30±0.26	0.199		31.59±6.99	0.206		41.91±8.99		0.934
Cinsiyet													
• Kadın	69	5.02±0.48	-1.03 ^a		3.26±0.27	-2.45 ^{*a}		32.15±7.87	-1.085 ^a		46.95±9.09		-5.606 ^{**a}
• Erkek	171	5.07±0.51	0.302		3.35±0.23	0.014		30.61±6.29	0.278		39.70±7.43		0.001
Öğrenim Düzeyi													
• İlköğretim	190	5.04±0.49	5.475 ^b		3.30±0.24	10.901 ^{*b}		31.38±6.95	5.408 ^b		42.68±8.43		14.812 ^{**b}
• Ortaöğretim	40	5.05±0.57	0.065		3.40±0.22	0.004		30.45±6.57	0.067		39.95±7.91		0.001
• Yükseköğretim	10	5.37±0.39			3.50±0.18			27.30±2.58			32.10±7.38		
Çalışma Durumu													
• Çalışmıyor	165	5.05±0.53	-0.286 ^a		3.32±0.26	-0.269 ^a		31.04±6.99	-0.327 ^a		41.74±9.01		-0.376 ^a
• Çalışıyor	75	5.06±0.43	0.775		3.33±0.20	0.788		31.08±6.42	0.744		41.88±7.60		0.707
Sağlık Güvencesi													
• SSK	122	5.03±0.48	1.916 ^b		3.31±0.26	5.795 ^b		30.53±6.60	3.204 ^b		41.85±8.65		16.029 ^{**b}
• Bağkur	32	5.08±0.54	0.590		3.39±0.20	0.122		30.62±6.42	0.361		39.71±7.77		0.001
• Emekli Sandığı	36	5.07±0.63			3.37±0.26			31.33±6.84			38.44±8.40		
• Yeşilkart	50	5.09±0.43			3.28±0.21			32.42±7.47			45.36±7.86		
Aylık Geliri													
• Yeterli	138	5.05±0.51	-0.061 ^a		3.35±0.24	-2.082 ^{*a}		30.09±5.86	-2.170 ^{*a}		40.30±8.48		-3.313 ^{**a}
• Yeterli değil	102	5.06±0.49	0.951		3.29±0.24	0.037		32.36±7.74	0.030		43.79±8.34		0.001
Cerrahi girişim Deneşimi													
• Var	97	5.05±0.48	-0.692 ^a		3.29±0.26	-1.916 ^a		31.73±6.37	-2.273 ^{*a}		42.93±9.13		-1.526 ^a
• Yok	143	5.06±0.52	0.489		3.35±0.23	0.055		30.60±7.07	0.023		41.00±8.13		0.127

ORT:Ortalama SS:Standart Sapma * p<0.05 ** p<0.001 a:Mann-Whitney U b:Kruskal-Wallis

Bireysel özellikler ile erken postoperatif konfor düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 6.2.2).

Bireysel özellikler ile genel konfor düzeyi karşılaştırıldığında erkek hastaların genel konfor düzeyinin daha yüksek (sırasıyla 3.26 ± 0.27 ; $3.3\pm5\pm0.23$) olduğu, öğrenim düzeyi yükseldikçe genel konfor puanının arttığı (sırasıyla 3.30 ± 0.24 ; 3.40 ± 0.22 ; 3.50 ± 0.18), aylık geliri sağlık giderini karşılayanlarda genel konfor düzeyinin arttığı (sırasıyla 3.35 ± 0.24 ; 3.29 ± 0.24) Tablo 6.2.2’de görülmektedir.

Aylık geliri sağlık harcamaları için yetersiz olanların (sırasıyla 30.09 ± 5.86 ; 32.36 ± 7.74) ve daha önce cerrahi girişim geçirenlerin durumluk anksiyete düzeyi (sırasıyla 31.73 ± 6.37 ; 30.60 ± 7.07) daha yüksek bulundu.

Kadınların sürekli anksiyete düzeyleri erkeklere göre (sırasıyla 46.65 ± 9.09 ; 39.70 ± 7.43) daha yüksek bulundu. Eğitim düzeyi azaldıkça sürekli anksiyete düzeyinin yükseldiği, eğitim ve anksiyete arasında ters ilişki olduğu görüldü. Üniversite mezunu olanlarda sürekli anksiyete düzeyi 32.10 ± 7.38 iken, ilköğretim mezunu olanlarda 42.68 ± 8.43 olduğu belirlendi. Aylık geliri sağlık harcamaları için yeterli olmayanların sürekli anksiyete düzeyi yüksek (sırasıyla 40.30 ± 8.48 ; 43.79 ± 9.24) bulundu (Tablo 6.2.2).

Tablo 6.2.3. Öğrenim Düzeyi ve Sağlık Güvencesi ile Genel Konfor ve Anksiyete Düzeyi İlişkisi

Özellikler	Genel Konfor Ort±SS		Sürekli Anksiyete Ort±SS	
Öğrenim Düzeyi				
• İlköğretim	3.30±0.24	KW 10.901*	42.68±8.43	KW 14.812
• Ortaöğretim	3.40±0.22	p<0.05	39.95±7.91	p<0.001
• Üniversite	3.50±0.18		32.10±7.38	
		U 1vs3 -2.897 p=0.009		U 1vs3 -2.464 p=0.001*
Sağlık Güvencesi	3.31±0.26	KW 5.795	30.53±6.60	KW 16.629
• SSK	3.39±0.20	p>0.05	30.62±6.42	p<0.001
• Bağkur	3.37±0.26		31.33±6.84	
• Emekli Sandığı	3.28±0.21		32.42±7.47	
• Yeşilkart				U 1vs4 -2.792** p=0.004 U 2vs4 -2.869** p=0.004 U 3vs4 -3.606** p=0.001
ORT: Ortalama SS: Standart Sapma		* p<0.016	** p<0.005	

Öğrenim düzeyi ile genel konfor ve sürekli anksiyete düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı fark (KW=10.901 p=0.004) bulunduğu Tablo 6.2.2’de gösterildi. Buna göre farklılığı yaratanın ilköğretim grubu olduğu ve bu grupta genel konfor düzeyinin düşük olduğu görüldü (U=-2.897 p=0.009).

Öğrenim düzeyi ile sürekli anksiyete düzeyi arasındaki farkın (KW 14.812 p=0.001) ilköğretim grubundan kaynaklandığı, bu grupta sürekli anksiyete düzeyinin yüksek olduğu görüldü (U=-2.464 p=0.001). Sağlık güvencesi ile sürekli anksiyete düzeyi arasındaki farkın (KW 16.029 p=0.001) yeşilkartlı hasta grubundan kaynaklandığı, sürekli anksiyete puanlarının yüksek (U=-3.606 p=0.001) olduğu saptandı.

Tablo 6.2.4. Konfor Düzeyi ile Cerrahi Girişime Ait Özellik Arasındaki İlişki (N=240)

Konfor Düzeyi	KABG	n	Ort±SS	
Erken Postoperatif	Tekli	45	4.95±0.49	KW=6.175 p=0.186
	İkili	75	5.03±0.58	
	Üçlü	75	5.09±0.41	
	Dörtlü	38	5.11±0.50	
	Beşli	7	5.35±0.34	
Genel	Tekli	45	3.29±0.22	KW=14.386 p=0.006*
	İkili	75	3.30±0.28	
	Üçlü	75	3.30±0.20	
	Dörtlü	38	3.43±0.24	
	Beşli	7	3.48±0.15	

Ort: Ortalama SS: Standart Sapma

Erken postoperatif konfor düzeyi ile cerrahi girişime ait özellik arasındaki ilişki incelendiğinde bypass yapılan damar sayısı arttıkça erken postoperatif konfor düzeyinin de arttığı gözlenen bulgularda, istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamadı.

Genel konfor düzeyi ile bypass yapılan damar sayısı arasında istatistiksel yönden anlamlı fark ($p<0.05$) bulundu. Yapılan ileri istatistiksel analizde farkın dörtlü koroner arter bypass greft yapılan gruptan kaynaklandığı, bu grupta genel konfor düzeyinin daha yüksek (sırasıyla 3.29±0.22, 3.30±0.28, 3.30±0.20, 3.43±0.24, 3.48±0.15) olduğu belirlendi.

Tablo 6.2.5. Anksiyete Düzeyi ile Cerrahi Girişime Ait Özellik Arasındaki İlişki (N=240)

Anksiyete Düzeyi	KABG	n	Ort±SS	
Durumluk	Tekli	45	30.35±5.71	KW=5.326 p=0.255
	İkili	75	32.37±7.72	
	Üçlü	75	30.78±6.47	
	Dörtlü	38	30.47±6.77	
	Beşli	7	27.57±5.31	
Sürekli	Tekli	45	42.97±8.99	KW=7.521 p=0.111
	İkili	75	42.41±9.13	
	Üçlü	75	42.45±8.46	
	Dörtlü	38	38.68±6.59	
	Beşli	7	37.14±7.26	

Ort: Ortalama SS: Standart Sapma

Anksiyete düzeyleri ile cerrahi girişime ait özellikler arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 6.2.5).

Tablo 6.2.6 Cerrahi Girişim Özelliği ile Konfor Düzeyleri Arasındaki İlişki (N=240)

			Konfor Düzeyi
			Erken Postoperatif
			Genel
KABG	r_s	0.12	0.16*
Sayısı	p	0.05	0.01

* $p<0.05$

Koroner arter bypass greft uygulanan hastalarda bypass yapılan damar sayısı ile erken postoperatif konfor düzeyi arasında pozitif yönde ($r_s = 0.12$) bir ilişki olduğu, bypass yapılan damar sayısı arttıkça hasta konfor düzeyinin de arttığı belirlendi.

Bypass yapılan damar sayısı ile genel konfor düzeyi arasında pozitif yönde ($r_s = 0.16$) bir ilişki olduğu, bu ilişkinin istatistiksel yönden de anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$) (Tablo 6.2.6)

Tablo 6.2.7 Cerrahi Girişim Özelliği ile Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki (N=240)

		Anksiyete Düzeyi	
		Durumluk	Sürekli
KABG	r_s	-0.06	-0.12*
Sayısı	p	0.31	0.04

* $p < 0.05$

Bypass yapılan damar sayısı arttıkça sürekli anksiyetenin azaldığı ve bypass yapılan damar sayısı ile sürekli anksiyete düzeyi arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r_s = -0.12$ $p < 0.05$) (Tablo 6.2.7).

Tablo 6.2.8. Laboratuvar Bulguları ile Konfor Düzeyleri Arasındaki İlişki (N=240)

Laboratuvar Bulguları		Konfor Düzeyi	
		Erken Postoperatif	Genel
Eritrosit	r_s	0.02	0.11
	p	0.65	0.07
Lökosit	r_s	0.01	0.10
	p	0.82	0.09
Trombosit	r_s	0.03	0.04
	p	0.61	0.54
Hematokrit	r_s	0.26	0.19
	p	0.69	0.00*
Hemoglobin	r_s	0.02	0.13
	p	0.70	0.03*
PT	r_s	-0.39	0.03
	p	0.54	0.55
APTT	r_s	-0.03	0.85
	p	0.58	0.18
INR	r_s	-0.01	0.03
	p	0.85	0.56

*p<0.05

Genel konfor düzeyi ile hematokrit ve hemoglobin değeri arasında pozitif yönde bir ilişki bulundu (sırasıyla $r_s = 0.19$ $r_s = 0.13$). Diğer bir deyişle hematokrit ve hemoglobin değeri arttıkça genel konfor düzeyinin de arttığı görüldü ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) ilişki bulundu (Tablo 6.2.8).

Tablo 6.2.9. Laboratuvar Bulguları ile Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki (N=240)

Laboratuvar Bulguları		Anksiyete Düzeyi	
		Durumluk	Sürekli
Eritrosit	r _s	-0.05	0.09
	p	0.42	0.13
Lökosit	r _s	0.09	0.07
	p	0.15	0.22
Trombosit	r _s	-0.00	0.00
	p	0.97	0.96
Hematokrit	r _s	-0.08	0.07
	p	0.17	0.26
Hemoglobin	r _s	-0.05	0.08
	p	0.38	0.17
PT^a	r _s	0.02	0.09
	p	0.68	0.14
APT^b	r _s	0.04	0.04
	p	0.46	0.50
INR^c	r _s	0.03	0.12 [*]
	p	0.62	0.04

*p<0.05

Sürekli anksiyete düzeyi ile uluslar arası normalleştirilmiş oran arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlendi (p<0.05) (Tablo 6.2.9).

Tablo 6.2.10. Yaşam Bulguları ile Konfor Düzeyleri Arasındaki İlişki (N=240)

Yaşam Bulguları		Konfor Düzeyi	
		Erken Postoperatif	Genel
Vücut Sıcaklığı	r_s	0.14*	0.07
	p	0.02	0.26
Nabız/dk	r_s	-0.12	-0.02
	p	0.05	0.74
SKB	r_s	-0.02	-0.10
	p	0.73	0.11
DKB	r_s	0.00	0.02
	p	0.90	0.66

*p<0.05

Vücut sıcaklığı ile erken postoperatif konfor düzeyi arasında pozitif yönde ($r_s=0.14$ p<0.05) bir ilişki bulundu (Tablo 6.2.10).

Tablo 6.2.11.Yaşam Bulguları ile Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki (N=240)

Yaşam Bulguları		Anksiyete Düzeyi	
		Durumluk	Sürekli
Vücut Sıcaklığı	r_s	-0.02	0.20
	p	0.68	0.75
Nabız/dk	r_s	0.12	0.01
	p	0.05	0.76
SKB	r_s	0.05	0.03
	p	0.37	0.63
DKB	r_s	0.56	0.04
	p	0.38	0.51

Yaşam bulguları ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 6.2.11’de verildi.

Tablo 6.2.12. Konfor ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkisi (N=240)

Konfor ve Anksiyete Düzeyi	Konfor ve Anksiyete Düzeyi			
	Erken Postoperatif	Genel	Durumluk	Sürekli
	r_s	r_s	r_s	r_s
Erken Postoperatif	-	-	-	-
Genel	0.56*	-	-	-
Durumluk	-0.47*	-0.49*	-	-
Sürekli	-0.25*	-0.38*	0.30*	-

*p<0.001

Hastaların erken postoperatif konfor düzeyi artarken genel konfor düzeyinin de arttığı saptandı. Erken postoperatif ve genel konfor düzeyi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulundu ($r_s = 0.56$; $p < 0.001$). Yine erken postoperatif konfor düzeyi artarken durumluk ve sürekli anksiyete düzeyinin azaldığı

görüldü. Erken postoperatif konfor düzeyi ile durumluk ve sürekli anksiyete düzeyi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı negatif yönde bir ilişki saptandı (sırasıyla $r_s = -0.47$, $r_s = -0.25$; $p < 0.001$).

Hastaların genel konfor düzeyi artarken durumluk ve sürekli anksiyete düzeyinin azalmakta olduğu görüldü. Genel konfor düzeyi ile durumluk sürekli anksiyete düzeyi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı negatif yönde bir ilişki saptandı (sırasıyla $r_s = -0.49$, $r_s = 0.38$; $p < 0.001$).

Durumluk ve sürekli anksiyete ilişkisi incelendiğinde ise; durumluk anksiyete düzeyi artarken sürekli anksiyete düzeyinin de arttığı saptandı. Durumluk anksiyete düzeyi ile sürekli anksiyete düzeyi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulundu ($r_s = 0.30$; $p < 0.001$) (Tablo 6.2.12).

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Cerrahi bilimlerdeki ilerlemeler birçok sağlık sorununda cerrahi tedaviyi olanaklı kılmıştır. Bu olanaklı kılınan sağlık sorunlarından birisi de koroner arter hastalığıdır. Bu araştırmaya da konu olan koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastalarda cerrahi sonrası konfor düzeyini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular literatür bilgisi ışığında ele alınarak tartışıldı.

Koroner arter hastalıkları genelde ileri yaş hastalığı olarak kabul edilmekle birlikte erkeklerde 50-60, kadınlarda ise 60-70 yaş arasında daha sık görülmektedir (Fitzsimons, Parahoo, Stringer 2000, Gök 2002, Çobanoğlu ve İşbir 2004). Bu çalışmada hastaların yaş ortalamasının 58.58 ± 7.71 bulundu. Bu bulgu literatür ile uyumludur.

Koroner arter hastalığının oluşmasında cinsiyetin önemli bir risk faktörü olduğu ve erkek cinsiyetinin KAH için hazırlayıcı etken olduğu bilinmektedir. Kadın-erkek arasındaki belirgin fark ancak menopoza sonra azalır. Ayrıca KABG cerrahisi uygulanan hastalarda çoğunluğun erkek cinsiyetine sahip olduğu belirtilmektedir (Gök 2002). Araştırmada hastaların %71.2 (n=171)'sinin erkek, %28.8 (n=69)'inin kadın olduğu belirlendi (Tablo 6.1.1). Bulgular literatür ile uyumludur (Barnason, Zimmerman Anderson, Mohr-Burt and Nieveen 2000, Lindsay, Smith, Hanlon, Wheatley 2000, Aydın, Yavuz, Düver, Kutsal 2002, Duncley, Ellard, Quinn and Barlow 2008, Theobald and McMurray 2004, Tully, Baker and Knight 2008).

Koroner arter bypass greft cerrahisinde değişen damar sayısı mevcut patolojilere göre değişir. Bununla birlikte en yaygın uygulamanın çoklu bypass olduğu belirtilmektedir (Gök 2002). Araştırma kapsamına alınan hastaların %31.30 (n=75)'una üçlü bypass uygulandığı belirlendi. Çalışma bulguları literatürle uyumludur (Şekil 6.1)

Cerrahi bilimlerde ve tıbbi teknolojide ki gelişmeler birçok hastalığın cerrahi yolla tedavisini olanaklı kılmış olmakla birlikte, henüz bertaraf edemediğimiz sorunlarımız, hastadaki rahatsızlıkları ortadan kaldıramamakta buna bağlı olarak hasta konforunu istendik şekilde sürdürülememektedir. Bu bağlamda incelenen hastalarda erken postoperatif dönem konfor düzeyi ortalaması 5.06 ± 0.50 (Dağılım aralığı 1-6), genel konfor düzeyi ortalaması 3.33 ± 0.24 (Dağılım aralığı 1-4) olarak bulundu. Bu veriler hastaların konfor düzeyini yüksek olduğunu göstermektedir.

Ancak etik ve teknik uygulamaları içeren sağlık bakımı, holistik yaklaşımı benimsemiş sağlık profesyonelleri tarafından verildiğinde hastaya güven veren bir yaklaşımın ortaya çıktığı ve hastanın rahatlamasını sağladığı bilinmektedir. Çalışmanın sürdürüldüğü birimde “hasta merkezli” bakım uygulanması, özel dal hastanesi olmasının yanı sıra yapı ve donanımının yeni olması hastalarının konforunun sağlanıp sürdürülmesini kolaylaştıran faktörler olarak, çalışmadan elde edilen sonuçlar üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Cerrahi yolla tedavi edileceğini öğrenen her hastanın bu durumdan genelde olumsuz etkileneceği ve strese gireceği bilinmektedir (Theobald, Worral-Carter and McMurray 2005). Bu çalışmada ise KABG cerrahisi gibi büyük ve riskli kabul edilen bir cerrahi süreci yaşayan bu hastalarda durumluk anksiyete düzeyi ortalama 31.05 ± 6.80 olarak bulundu. Okanlı ve arkadaşlarının cerrahi girişim için hastaneye yatan hastaların anksiyete düzeylerinin diğer hastalardan yüksek olduğu, orta düzeyden panik derecesine varabilen anksiyete yaşadıklarını belirtmişlerdir (Okanlı ve ark. 2006). Bilindiği gibi puanlı olarak elde edilen anksiyete verilerinde 20-40 puan arası hafif anksiyete olarak kabul edilmektedir. Bu yaklaşımla hastaların anksiyetelerinin yüksek olmadığını söyleyebiliriz. Ancak Kolcaba (2003), strese bağlı, hastada ortaya çıkan sorunların giderilmesinde, konforu sağlayıcı bakım uygulamaları ile hastaların olumlu etkileneceğini ifade etmektedir.

Genel bir ruh halini yansıtan ve anlık ortaya çıkan olaylardan etkilenmediği düşünülen sürekli anksiyete orta düzeyde (41.78 ± 8.58) bulundu. Bu bulgu koroner arter hastalıklarının olduğu nedenler arasında yer alan gergin, stresli, mükemmeliyetçi, aceleci, inatçı özelliklere sahip “A” tipi kişilik yapısında olabileceği ile ilişkili olabilir.

İnsanların yaş dönemlerine, yaşadıkları olay/durumlara öğrenim düzeylerine ve eldeki olanaklarına göre mevcut sağlık sorunlarına karşı geliştirdikleri ruhsal ve bedensel tepkiler değişebilir. Ayrıca sağlık profesyonellerinden beklentiler, bu beklentilerin karşılanma düzeyine ait yorumlarda da farklılık olabilir. Bu çalışmada ortak nokta hastaların tümünün büyük bir cerrahi girişim geçirmiş olmaları, bu tedavi şeklinin ise durumluk anksiyete düzeyini yükselttiği, buna karşın konforu azalttığı hipotezidir. Ancak araştırma bulguları bu hipotezi desteklememektedir. Çünkü hastaların anksiyeteleri orta düzeyde, konfor düzeyleri yüksek bulundu (Tablo 6.2.1). Bununla birlikte erkek hastaların konfor düzeyinin kadın hastalardan yüksek bulunmasını, kadın hastaların evi ve çocukları ile ilgili sorumluluklarının daha fazla olmasının etkili olabileceğini düşündürmektedir (Tablo 6.2.2).

Koivula, Paunonen-Ilmonen, Tarkka, Tarkka ve Laippala (2001) koroner arter bypass greft cerrahisi yapılacak olan kadın hastaların erkek hastalardan daha fazla korku yaşadıklarını ve bunun istatistiksel yönden anlamlı olarak bulduklarını belirtmektedirler.

Tung, Wei, Chang'de (2007) KABG sonrası erkek hastalarda fiziksel iyileşmenin kadınlara oranla daha hızlı olduğunu belirlemişlerdir.

Genel olarak öğrenim düzeyi arttıkça hastaların sağlık profesyonellerinden beklentilerinin artabileceği düşünülmektedir. Okanlı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2006) cerrahi tedavi uygulanan eğitim düzeyi düşük olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyi daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmada öğrenim düzeyi yüksek olan hastaların konfor düzeyi de yüksek (3.50 ± 0.18) bulundu. Bu sonuçlar hastaların beklentilerinin karşılandığını düşündürmektedir.

Bilgiye ulaşma, ulaşılan bilgiyi yorumlama eğitim düzeyi ile yakından ilgilidir. Bu bağlamda eğitim düzeyi düşük hastaların anksiyetelerinin yüksek (durumluk anksiyete düzeyleri 31.38 ± 6.95 , sürekli anksiyete düzeyleri 42.68 ± 8.43) bulunması beklenen bir sonuçtur.

Ekonomik yönden iyi durumda olma ya da alım gücünün yüksek olmasının beraberinde kendine güveni, rahatlığı getirdiği varsayılmaktadır. Bu varsayım bizim bulgularımızca da desteklenmekte olup, gelir düzeyi düşük olan hastaların anksiyetelerinin daha yüksek, buna karşın konfor düzeylerinin de düşük olduğu belirlendi (Tablo 6.2.2).

Cerrahi yolla tedavi edilen hastalarda gerekli açıklamaların zamanında yapılmaması, ağrıların kontrol altına alınmaması gibi genel olarak hastaların gereksinimlerinin yeterince karşılanmaması bu tedavi şekline karşı bir ön yargı oluşturur ve genelde çok zorda kalmadıkça bu tedavi şeklini kabul etmezler. Araştırmada hastaların %40.4 (n= 97)'ünün önceden cerrahi girişim deneyimi olması ve bu hastaların durumluk anksiyete düzeylerinin diğerlerinden yüksek bulunması yukarıdaki görüşleri desteklemektedir (Tablo 6.2.2).

Koroner arter hastalığı, ağrı, dispne, miyokard enfarktüsü korkusuna ve fonksiyonel bozuklukluğa neden olmaktadır. Bu sıkıntılar etkilenen damar sayısı ile orantılı olarak artmaktadır (Akdemir 2004, Fitzsimons et al. 2000).

Kiebzak, Pierson, Campbell ve Cook'un (2002) çalışmasında göğüs ağrısı olanların oranı %75 iken, KABG cerrahisi sonrası bu oranın %3.7'ye indiğini belirlemişlerdir.

Çalışmada bypass uygulanan damar sayısı arttıkça konfor düzeyinin de arttığı ve bypass uygulanan damar sayısı az olan hastalarla aralarında istatistiksel yönden anlamlı (KW= 14.386 p<0.05) farklılık olduğu görüldü. Literatürde de çoklu bypasslarda hastaların daha fazla rahatladıkları bildirilmektedir. (Gök 2002).

Cerrahi girişim geçiren hasta, KAH'ın neden olduğu belirtilerden ve bulgulardan kurtulduğu gibi başarılı bir girişim geçirdiği düşüncesi ile rahatlamaktadır. Hastaların fiziksel kapasitelerinin artması, göğüs ağrılarının geçmesi, solunumlarının rahatlaması, enfarktüs geçirme korkularının geçmesi ile cerrahi girişim sonrası rahatlamalarına, diğer bir deyişle konforlarının artmasına neden olduğu söylenebilir.

Koroner arter bypass greft uygulanan hastalarda değişen damar sayısı ile erken postoperatif konfor düzeyi arasındaki korelasyonu incelediğimizde aralarında anlamlı farklılık olmamasına rağmen pozitif yönde bir ilişki olduğu, değişen damar sayısı arttıkça erken postoperatif konfor düzeyinin arttığı belirlendi (r=0.127 p>0.05). Değişen damar sayısı ile genel konfor düzeyi arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu, bu ilişkinin istatistiksel yönden de anlamlı olduğu belirlendi (r=0.164 p<0.05). Konforun artmasını etkileyen yaklaşımlar, sağlığı artırıcı davranışlardır (Kolcaba 2003).Yapılan çalışmalarda koroner arter bypass greft cerrahisi sonrasında hastaların yaşam kalitesinde de artış olduğu belirtilmektedir (Payadantonaki, Stotts and Paul 1994, Redeker, Wykpisz and Brunwick

1999, Aydın,Yavuz, Düver ve Kutsal 2002, Kiebzak et al 2002, Lopez, Ying, Poon and Wai 2007). Bu bağlamda hastaların fonksiyonel kapasitesinin artması, korkularının azalması, hastaların rahatlaması dolayısıyla gereksinimleri karşılanan hastaların da konfor düzeyinin yükselmesi beklenen bir durumdur.

Yapılan bir çalışmada koroner arter bypass girişiminden sonra hastaların %80'inde hastalıkla ilgili semptomların azaldığı saptanmıştır (Duitz, Boeke, Taams, Passchier, Erdman 1997).

Değişen damar sayısı ile sürekli anksiyete düzeyi arasındaki negatif ilişkinin istatistiksel yönden anlamlı olduğu belirlendi ($r=-0.12$ $p>0.05$). Değişen damar sayısı arttıkça anksiyetenin azalmasını, hastaların damar sayısı arttıkça konfor düzeylerinin yükselmesine ve konfor ile anksiyete arasındaki varolan negatif ilişkiye bağlayabiliriz.

Koroner arter bypass greft cerrahisi sonrası hemodinaminin sağlanması bakımın önemli amaçlarından biridir. Laboratuvar bulguları ile genel konfor düzeyi arasında pozitif ilişki bulunmakla birlikte hemotokrit ve hemoglobin değeri ile genel konfor düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görüldü (sırasıyla $r_s=0.191$ $r_s=0.133$ $p<0.05$) (Tablo 6.2.9). Cerrahi girişim sonrası hematokrit ve hemoglobin değerlerinin artması yaşam kalitesini arttırdığı bilinmektedir.

Cerrahi girişim sonrası erken dönemde hastalarda üşüme, titreme ve hipotermi sık görülen bir durumdur. Bu dönemde hastanın ısınması ve vücut sıcaklığının normotermiye dönmesi hastayı rahatlatmış bilinmektedir (Girard 2005, Rasmussen et al 2006). Bu çalışmada vücut sıcaklığı ile erken postoperatif konfor düzeyi arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ($r_s=0.147$ $p<0.05$) ilişki bulundu. Hastaların erken postoperatif dönemde vücut ısıları yükseldikçe konfor düzeylerinin yükselmesi literatürle uyumludur (Wilson and Kolcaba 2004).

Yaşam bulguları ile durumluk sürekli anksiyete düzeyleri incelendiğinde istatistiksel yönden anlamlı farklılık oluşturmamasına karşın vücut sıcaklığı ile durumluk anksiyete düzeyinin aralarında negatif bir ilişki olduğu vücut sıcaklığı yükseldikçe durumluk anksiyete düzeyinin azaldığı vücut sıcaklığı azaldıkça durumluk anksiyet düzeyinin yükseldiği belirlendi. Sonuçlar bize konfor düzeyinin yüksek olduğu anlarda durumluk

anksiyete düzeyinin düşük olmasının beklenilmesinin doğal ve bilinen bir gerçek olduğunu düşündürmektedir (Tablo 6.2.11).

Temel insan gereksinimleri kuramı içinde yer alan konfor/rahatlama ya da konforun sağlanması sağlık bakım profesyonellerinin temel amaçlarından birisidir. Bununla birlikte cerrahide de olduğu gibi birçok tedavi şekli geçici de olsa hastanın konforunu olumsuz yönde etkilemekte, anksiyete düzeyini yükseltebilmektedir.

Bu bağlamda konfor, anksiyete ilişkisi incelendiğinde konfor ile anksiyete arasında negatif yönde bir ilişki olduğu ($r_s = -0.47$ $p < 0.001$) (Tablo 6.2.12) konfor düzeyi yüksek olan hastaların anksiyetelerinin düşük olduğu belirlendi.

Konforun ferahlama, huzura kavuşma gibi anlamları olduğu, buna karşın anksiyetenin belirsizliklerin ortaya çıkardığı yorgunluk, sinirlilik, huzursuzluk, hoş olmayan bir gerilim duygusu olduğu düşünüldüğünde bu ters ilişki doğaldır.

Sonuç olarak büyük cerrahi girişim olarak kabul edilen KABG cerrahisinin hastalarda konfor düzeyini olumsuz yönde etkilemediği, tam tersi olarak hastalarda göğüs ağrısı, dispne, fonksiyonel yetersizlikler gibi semptomları ve miyokard enfarktüsü geçirme korkusunu giderdiği için rahatlamalarını sağladığı düşünülebilir.

Sonuçlar

Koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastaların konfor düzeylerini belirlemeye yönelik, 240 hasta ile yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar;

- Erken postoperatif konfor ve genel konfor düzeyleri yüksek, durumluk anksiyeteleri hafif, sürekli anksiyeteleri orta düzeydedir.
- Erkek hastaların genel konfor düzeyleri kadın hastalara göre daha yüksek ve istatistiksel yönden anlamlı ($U = -2.45$ $p < 0.05$) farklılık olduğu belirlendi. Buna karşın kadın hastaların sürekli anksiyete düzeyleri erkek hastalardan daha yüksek ve aralarında ileri derecede anlamlı ($U = -5.60$ $p < 0.001$) farklılık bulundu.
- İlköğretim mezunu olan hastaların genel konfor düzeyi düşük ve sürekli anksiyete düzeyleri yüksek olarak bulundu. Orta öğretim ve yüksek öğretim mezunları ile

aralarında istatistiksel yönden anlamlı (sırasıyla KW=10.90 $p<0.05$, KW=14.81 $p<0.01$) farklılık olduğu belirlendi.

- Hastaların tamamının yeşilkart dahil olmak üzere sağlık güvencesi olduğu ancak yeşilkart sahibi hastaların sürekli anksiyete düzeyleri yüksek olduğu, diğer sağlık güvencesi olan hastalarla aralarında istatistiksel yönden ileri derecede anlamlı (KW=16.02 $p<0.01$) farklılık görüldü.
- Aylık gelirinin sağlık harcamaları için yeterli olmadığını belirten hastaların genel konfor düzeyleri düşük, durumluk ve sürekli anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu saptandı. Aylık geliri sağlık harcamaları için yeterli olduğunu belirten hastalarla aralarında istatistiksel yönden anlamlı (sırasıyla $U=-2.08$ $p<0.05$, $U=-3.31$ $p<0.01$) farklılık saptandı.
- Cerrahi girişim deneyimi olan hastaların durumluk anksiyete düzeyleri olmayanlara göre yüksek bulundu. Aralarında istatistiksel yönden anlamlı ($U=-2.27$ $p<0.05$) farklılık belirlendi.
- Değişen damar sayısı artarken konfor düzeyinin de arttığı görüldü. Değişen damar sayısı ile sürekli anksiyete arasında negatif ilişki olduğu görüldü.
- Vücut sıcaklığı normal sınırlara yükseldikçe hastaların erken postoperatif dönem konfor düzeylerinde yüksek olduğu görüldü.
- Erken postoperatif dönem konfor düzeyi artarken, genel konfor düzeylerinde arttığı saptandı.
- Konfor düzeyleri artarken anksiyete düzeylerinin azaldığı, durumluk anksiyete düzeyi artarken, sürekli anksiyete düzeyinde arttığı belirlendi.

Elde edilen bu sonuçlara dayanarak aşağıdaki önerilere yer verildi.

- Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren kadın hastaların, eğitim düzeyi düşük olanların, aylık geliri sağlık harcamaları için yetersiz olanların KABG cerrahisinden daha fazla etkilendikleri düşünüldüğünden bu durumun bakımda göz önünde bulundurulması,

- Hipotermimin konforu olumsuz yönde etkilemesinden dolayı cerrahi girişim sonrası dönemde vücut sıcaklığının normal sınırlarda tutulması,
- Cerrahi girişim sonrası konfor düzeyinin belirlenmesi ve bakımın elde edilen sonuçlara göre planlanması,
- Cerrahi girişim sonrası hasta konforunun değerlendirilmesinde sürekliliğin sağlanması için hemşirelere eğitim yapılması önerilmektedir.

8. KAYNAKLAR

1. Akdemir N. (2004). Koroner Arter Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı, Ed: Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 2. Baskı, Sistem Ofset, Ankara, s. 443-447.
2. Akgül A. (2003). Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri. 2. baskı, Emek Ofset, Ankara.
3. Apostolidou IA, Despotis GJ, Charles WH, Skubas NJ, McCawley CA, Hauptmann EL, Lappas DG. (1999). Antiischemic effects of nicardipine and nitroglycerin after coronary artery bypass grafting. *Ann Thorac Surg.* 67(1):417-422.
4. Aşkar FZ, Çetin HY. (2004). Kalp Cerrahisi Hastalarının Yoğun Bakım İzlemi. İçinde: *Kalp ve Damar Cerrahisi*. Eds: Paç M, Akçevin A, Aka SA, Büket S, Sarioğlu T, Medikal&Nobel, Ankara, s.293-319.
5. Aydın S, Yavuz T, Düver H, Kutsal A. (2002). 65 yaş üstü hastalarda koroner bpass operasyonlarının yaşam kaliteleri üzerine erken dönem etkisinin SF-36 testi ile tespiti, *Turkish Journal of Geriatrics*, 5(2):64-67.
6. Bakalım T. (2005). Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Sık Karşılaşılan Komplikasyonlar. İçinde: *Kalp Damar Cerrahisi*. Ed: Duran E, Çapa Tıp Kitabevi, 2. baskı, İstanbul, s1151-1162.
7. Barnason S, Zimmerman L, Anderson A, Mohr-Burt S, Nieveen J. (2000). Functional status outcomes of patients with a coronary artery bypass graft over time. *Heart&Lung*, 29(1):33-46
8. Barnason S, Zimmerman L, Nieveen J, Schulz P, Miller C, Hertzog M, Rasmussen D. (2008). Relationships between fatigue and early postoperative recovery outcomes over time in elderly patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Heart&Lung*, 37(4):245-256.
9. Barrett MB. (1993). Perioperative nursing. In: *Luckmann and Sorenson's Medical Surgical Nursing* Eds: Black JM, Matassarini-Jacobs E, WB. Sounderst, 4th ed, Philadelphia, p. 399-442.

10. Birol L. (2004). Kan Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ed. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı, Sistem Ofset , Ankara, 485-493.
11. Birol L. (2002). Hemşirelik Süreci. 4. Baskı, Etki Matbaacılık, İzmir.
12. Brown JR, Cochran RP, Dacey CS, Ross CS, Kunzelman KS, Dunton RF, Braxton JH, Charlesworth DC, Clough RA, Helm RE, Leavitt BJ, MacKenzie TA, O'Connor GT. (2006). Perioperative increases in serum creatinine are predictive of increased 90-day mortality after coronary artery bypass graft surgery. *Circulation*, 114(1):409-413.
13. Burbach MF. (1996). Care of the surgical patient. In: *Medical-Surgical Nursing* Eds: Harkness GA, Dincher JR, 9th ed Mosby, St Louis, p. 454-487.
14. Büket S, Engin Ç, Uç H. (2004). Kardiyopulmoner Bypass. İçinde: *Kalp ve Damar Cerrahisi*. Eds: Paç M, Akçevin A, Aka SA, Büket S, Sarioğlu T, Medikal&Nobel, Ankara, s. 115-151.
15. Cook DJ, Huston J, Trenerry MR, Brown RD, Zehr KJ, Sundt TM. (2007). Postcardiac surgical cognitive impairment in the aged using diffusion-weighted magnetic resonance imaging. *Ann Thorac Surg*, 83(4):1389-1395.
16. Çelik A. (2007). Kalp-damar cerrahisi sonrası akut böbrek yetmezliği. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci*, 3(27):20-22.
17. Çobanoğlu A, İşbir S. (2004). Koroner Arter Bypass Cerrahisi. İçinde: *Kalp ve Damar Cerrahisi*. Eds: Paç M, Akçevin A, Aka SA, Büket S, Sarioğlu T, Medikal&Nobel, Ankara, s. 657-667
18. Currey J, Botti B, Browne J. (2003). Hemodynamic team decision making in the cardiac surgical intensive care context, *Heart&Lung*, 32(3):181-189.
19. Dhadwal K, Al-Ruzzeh S, Athanasiou T, Choudhury M, Tekkis P, Vuddamalay P, Lyster H, Amrani M, George S. (2007). Comparison of clinical and economic outcomes of two antibiotic prophylaxis regimens for sternal wound infection in high-risk patients following coronary artery bypass grafting surgery: a prospective randomised double-blind controlled trial. *Heart*, 93(9):1126-1133.
20. Doering LV, Esmailian F, Imperial-Perez F, Monsein S. (2001). Determinants of intensive care unit length of stay after coronary artery bypass graft surgery. *Heart&Lung*, 30(1):9-17.

21. Duhaylongsod FG. (2000). Minimally invasive cardiac surgery defined, *Arch Surg*, 35(1):296-300.
22. Duits AA, Boeke S, Taams MA, Passchier J, Erdman RAM. (1997). Prediction of quality of life after coronary artery bypass graft surgery: A review and evaluation of multiple, recent studies, *Psychosomatic Medicine*, 59(1):257-268.
23. Dunckley M, Ellard D, Quinn T, Barlow J. (2008). Coronary artery bypass grafting: patients' and health professionals' view of recovery after hospital discharge. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 7(1):36-42.
24. Duran E. (2005). Dünyada Kalp Damar Cerrahisinin Tarihçesi. Kalp Damar Cerrahisi Ed: Duran E, Çapa Tıp Kitabevi, 2. Baskı, İstanbul, s. 3-8.
25. Eastwood GM, Dip G. (2006). Evaluating the reliability of recorded fluid balance to approximate body weight change in patients undergoing cardiac surgery, *Heart & Lung*, 35(1):27-33.
26. Edell-Gustafsson UM, Hetta JE, Aren CB. (1999). Sleep and quality of life assessment in patients undergoing coronary artery bypass grafting, *Journal of Advanced Nursing*, 29(5):1213-1220.
27. Ege T. (2005). Kalp Cerrahisinde Sistemik İnflamatuvar Yanıt. İçinde: *Kalp Damar Cerrahisi* Ed: Duran E, Çapa Tıp Kitabevi, 2. Baskı, İstanbul, s. 1075-1087.
28. Ener S. (2004). Çalışan kalpte koroner cerrahisi. İçinde: *Kalp ve Damar Cerrahisi* Eds: Paç M, Akçevin A, Aka SA, Buket S, Sarioğlu T.. Medikal&Nobel, Ankara, s. 713-737.
29. Erdil F, Özhan-Elbaş N. (2001). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, 4. Baskı, Aydoğdu Ofset, Ankara, s. 322-328.
30. Erefe İ. (2002). Veri toplama araçlarının niteliği. Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. Ed:İ.Erefe, Odak ofset, İzmir.
31. Erkal-İlhan S. (2007). Koroner bypass. İçinde: Hemşirelik Bakım Planları (Dahiliye-Cerrahi Hemşireliği ve Psiko-sosyal Boyut). Eds: Akbayrak N, Erkal-İlhan S, Ançel G, Albayrak A. 1. Baskı, Alter Yayıncılık, Ankara, s. 751-765.
32. Eti Aslan F. (2006). Postoperatif Ağrı. Ağrı Doğası ve Kontrolü. Ed: Eti Aslan F. Avrupa Tıp Kitapçılık, İstanbul, s. 159-190.

33. Eti-Aslan F.(1997). Postoperatif ağrının bireysel özelliklerle ilişkisi. *Türk Hemşireler Dergisi*, 47(6):3-8.
34. Fetzer SJ.(2005). Vital Sing. In: *Fundamentals of Nursing*. Eds: Potter PA, Perry AG. 6th ed. Mosby, St Louis, p. 668-723.
35. Fitzsimons D, Parahoo K, Stringer M. (2000). Waiting for coronary artery bypass surgery: a qualitative analysis. *J Adv Nurs*. 32(5):1243-52
36. Fracs JT, Fracs BFB, Fracp JAF. (2004). Patencies of 2.127 arterial to coronary conduits over 15 years, *The Annals of Thoracic Surgery*, 77(1):93-101.
37. Girard N. (2005). Clients having surgery: Promoting positive outcomes. In: *Medical-Surgical Nursing* Eds:Black JM, Hawks JH, Keene AM, 7th ed, WB. Saunders Company, Philadelphia, p. 273-314.
38. Gallo LC, Malek MJ, Gilbertson AD, Moore JL. (2005). Perceived cognitive function and emotional distress following coronary artery bypass surgery, *Journal of Behavioral Medicine*, 28(5):433-442.
39. Hawley MP. (2000). Nurse comforting strategies: Perceptions of emergency department patient, *Clin Nurs Res*. 9(4):441-459.
40. İşkesen İ, Yıldırım F, Şirin H. (2007). Koroner arter bypass cerrahisinde kardiyopulmoner bypass'ın nörokognitif fonksiyonlara etkisi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cer. Derg.*15(4):275-280.
41. Jenney AWJ, Harrington GA, Russo PL, Spelman DW. (2001). Cost of surgical site infections following coronary artery bypass surgery. *ANZ J. Surg*. 71(1):662-664.
42. Jonkers D, Elenbaas T, Terporten P, Nieman F, Stobberingh E. (2003). Prevalence of 90-days postoperative wound infections after cardiac surgery, *Eur J Cardiothorac Surg*. 23(1):97-102.
43. Karabacak Ü. (2004). Meme Kanserli Hastalarda Konforu Destekleyici Hemşirelik Bakımının Ve Eğitiminin Radyoterapi İle Etkileşimi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul (Danışman: Yard. Doç. Dr. R Acaroğlu)
44. Kara H, Önem G, Gökşin İ, Kestelli M, Özsöyler İ, Özcan AV, Yılık L, Karahan N, Gürbüz. (2003). Koroner arter bypass cerrahisi sonrası atriyal fibrilasyonda risk faktörleri, *Turkish J Thorac Cardiovasc Surg*. 11(1):14-19,

45. Karan İ., Aştı T. (2003). Hastane fiziksel ortamının hastalar üzerindeki etkilerinin araştırılması. *Hemşirelik Dergisi*, XIII(50):15-29.
46. Keçeligil HT. (2005). Erişkin Kalp Cerrahisi Sonrası Yoğun Bakım. İçinde: *Kalp Damar Cerrahisi* Ed: Duran E, Çapa Tıp Kitabevi, 2. Baskı, İstanbul, s. 1134-1148.
47. Kiebzak GM, Pierson LM, Campbell M, Cook JW. (2002). Use of the SF36 general health status survey to document health-related quality of life in patients with coronary artery disease: Effect of disease and response to coronary artery bypass graft surgery. *Heart&Lung*, 31(3):207-213.
48. Kocaman N. (2008). Tıbbi hastalığa psikososyal tepkiler. *J Ist Faculty Med*. 71(2):52-58.
49. Korvula M, Paunonen-Ilmonen M, Tarkka MT, Tarkka M, Laippala P. (2001). Gender differences and fears in patients awaiting coronary artery bypass grafting. *Journal of Clinical Nursing*, 10(1):538-549.
50. Kolcaba K. (1991a). An analysis of the concept of comfort. *J Adv Nurs*, 16(1):1301-1310.
51. Kolcaba K. (1991b). A taxonomic structure for the concept comfort. *Image J Nurs Sch*, 23(1):237-238.
52. Kolcaba K. (1992). Holistik Comfort: Operationalizing the construct as a nurse sensitive outcome, *Advances in Nursing Science*, 15(1):1-10.
53. Kolcaba K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *J Adv Nurs*, 19(6):1178-1184.
54. Kolcaba K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nurs Outlook.*, 49(1):86-92.
55. Kolcaba K, Wilson L. (2002). Comfort care: A framework for perianesthesia. *J Perianest Nurs*, 17(2):102-111.
56. Kolcaba K. (2003). *Comfort Theory and Practice A vision for holistic health care and research*, Springer Publishing Company, New York.
57. Kolcaba K, Tilton C, Drouin C. (2006). Comfort theory a unifying framework to enhance the practice environment. *J Nurs Adm*, 36(11):538-544.
58. Konuralp C, İdiz M. (2003). Systematic approach on postoperative care of the cardiac surgical patients. *Anadolu Kardiyol Derg*. 3(1):156-161.

59. Krannich JH, Weyers P, Yueger S, Herzog M, Bohrer T, Elert O. (2007). Presence of depression and anxiety before and after coronary artery bypass graft surgery and their relationship to age. *BMC Psychiatry*, 12(7):47-52.
60. Krenziskek D, Wilson L, Newhouse R, Mamaril M, Kane HL. (2004). Clinical evaluation of the ASPAN pain and comfort clinical guideline. *J Perianest Nurs*, 19(3):150-159.
61. Kristeller JL, Pepps H, Stahi RF. (2006). Risk of worsening renal function with nesiritide following cardiac surgery. *Am J Health Syst Pharm*. 63(23):2351-2353.
62. Kunt AS, Darcın OT, Andaç MH. (2005). Coronary artery bypass surgery in high-risk patients, *Current Controlled Trials in Cardiovascular Medicine* 6(13):1-5.
63. Kuğuoğlu S, Karabacak Ü. (2008). Genel Konfor Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması. *İ.Ü. F. N. Hem. Derg*, 16:61, 16-23.
64. Lin Ku S, Hung Ku C, Chi Ma F. (2002). Effects of phase I cardiac rehabilitation on anxiety of patients hospitalized for coronary artery bypass graft in Taiwan. *Heart&Lung*, 31(2):133-140.
65. Lindsay G.M., Smith L.N., Hanlon P., Wheatley D.J. (2000). Coronary artery disease patients' perception of their health and expectations of benefit following coronary artery bypass grafting. *J Adv Nurs*, 32(6):1412-1421.
66. Lopez V, Ying CS, Poon CY, Wai Y. (2007). Physical, psychological and social recovery patterns after coronary artery bypass graft surgery: A prospective repeated measures questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 44(1):1304-1315.
67. Mace L. (2003). An audit of post operative nausea and vomiting, following cardiac surgery: scope of the problem. *Nurs Crit Care*. 8(5):187-196.
68. Manduz Ş, Katrancıoğlu N, Doğan K. (2002). Kardiyovasküler cerrahisinde profilaktik antibiyotik kullanımı, *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 24(4):225-229.
69. Meyerson J, Thelin S, Gordh T, Karlsten R. (2001). The incidence of chronic post-sternotomy pain after cardiac surgery: a prospective study. *Acta Anaesthesiol Scand*. 45(1):940-944.
70. Novick RJ, Fox SA, Stitt LW, Kiaii BB, Abu-Khudair W, Lee A, Benmusa A, Swinamer SA, Rayman R, Menkis AH, McKenzie FN, Quantz MA, Boyd D. (2002).

Effect of off-pump coronary artery bypass grafting on risk-adjusted and cumulative sum failure outcomes after coronary artery surgery. *J Card Surg*. 17(1):520-528.

71. Odom-Forren J. (2007) Postoperative patient care and pain management. In: Alexander's Care of the Patient in Surgery. Eds: Rothrock JC, McEwen DR, Mosby, St. Louis, p. 246-296.
72. Okanlı A, Özer N, Çevik Akyl R, Koçkar Ç. (2006). Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *AÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(4):38-44.
73. Oto Ö, Metin K.(2007).Postoperatif kanama takibi ve hematolojik komplikasyonlar. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci*, 3(27):51-56.
74. Öner N, Le Compte A. (1985). Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı 2. Baskı İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi yayınları no 333.
75. Papadantonaki A, Stotts NA, Paul SM. (2004) Comparison of quality of life before and after coronary artery bypass surgery and percutaneous transluminal angioplasty. *Heart & Lung*, 23(1):45-52
76. Parent N, Fortin F. (2000). A randomized, controlled trial of vicarious experience through peer support for male first-time cardiac surgery patients: Impact on anxiety, self-efficacy expectation, and self-reported activity. *Heart&Lung*, 29(6):389-400.
77. Pasero C, McCaffery M. (2003). Accountability for pain relief: use of comfort-function goals, *J Perianest Nurs* , 18(1):50-52.
78. Perski A, Osuchowski K, Andersson L, Sanden A, Feleke E, Anderson G. (1999). Intensive rehabilitation of emotionally distressed patients after coronary bypass grafting. *J Intern Med*, 246(3):253-263.
79. Provenchere S, Plantefève G, Hufnagel G, Vicaud E, Vaumas C, Lecharny JB, Depoix JP, Vrtovsni F, Desmonts JM, Philip I. (2003). Renal dysfunction after cardiac surgery with normothermic cardiopulmonary bypass: Incidence, risk factors, and effect on clinical outcome. *Anesth Analg*, 96(1):1258-1264.
80. Rasmussen BS, Sollid J, Rees SE, Kjergaard S, Murley D, Toft E. (2006). Oxygenation within the first 120 h following coronary artery bypass grafting. Influence of systemic hypothermia (32 °C) or normothermia (36 °C) during the

cardiopulmonary bypass: a randomized clinical trial. *Acta Anaesthesiol Scand.* 50(1):64-71.

81. Redeker NS, Wykpiş E, Brunwick N. (1999). Effects of age on activity patterns after coronary artery bypass surgery. *Heart&Lung*, 28(1):5-14.
82. Rady MY, Ryan T. (1999). Perioperative predictors of extubation failure and effect on clinical outcome after cardiac surgery. *Crit Care Med.*27(2):340-347.
83. Rothrock JC. (2007). Concepts Basic To Perioperative Nursing. In: *Alexander's Care of the Patient in Surgery* Eds: Rothrock J C, McEwen DR, Mosby, St. Louis, p.1-42.
84. Sarıb     O. (2005). Açık Kalp Makinası Ekstrakorporeal Dolaşı  m.   inde: *Kalp Damar Cerrahisi*. Ed: Duran E,   apa Tıp Kitabevi, 2. Baskı, İstanbul, s1047-1068.
85. Sarıtaşı A, Uzun A,   a  lı K, Sarıtaşı   , Taşıdemir O. (2001). Koroner arter bypass cerrahisi sonrası gastrointestinal sistem komplikasyonları, *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*. 9(1):205-209.
86. Sarıosmanoğlu N.O.(2007). Düşük Kalp Debisi Sendromu. *Turkiye Klinikleri J Surg Med Sc.*, 3(27):11-14 .
87. Seifert PC. (2007). Cardiac Surgery. In: *Alexander's Care of the Patient in Surgery* Ed: Rothrock J C, McEwen DR, Mosby, St. Louis, p. 971-1019.
88. Sendelbach S, Lindquist R, Watanuki S. (2005). Early neurocognitive function of patients after off-pump coronary artery bypass surgery. *Heart&Lung*, 34(6):367-374.
89. Savian C, Paratz J, Davies A. (2006). Comparison of the effectiveness of manual and ventilator hyperinflation and different leves of positive end-expiratory pressure in artificially ventilated and intubated intensive care patients. *Heart&Lung*, 35(1):334-341.
90. Ő elimen D, Eti Aslan F.(2004): Cerrahide riski artıran faktörler. *Hemşırelik Forumu*, 7 (4):7-13.
91. Theobald K, McMurray A. (2004). Coronary artery bypass graft surgery: discharge planning for successful recovery. *J Adv Nurs*, 47(5):483-491.
92. Theobald K, Worral-Carter L, McMurray A. (2005). Psychosocial issues facilitating recovery post-CABG surgery. *Australian Critical Care*, 18(2):76-85.
93. Tromp F, Van Dulmen S, Van Weert J.(2004). Interdisciplinary preoperative patient education in cardiac surgery. *J Adv Nurs*, 47(2):212-222..

94. Tokcan A, Yalınız H. (2005). Ülkemizde Kalp Cerrahisinin Tarihçesi. İçinde: Kalp Damar Cerrahisi Ed: Duran E, Çapa Tıp Kitabevi, 2. Baskı, İstanbul, s. 13-18.
95. Toraman F, Yurtseven N, Çalışırışçi Ü. (1998). Kardiyopulmoner bypassın glomeruler filtrasyon üzerine etkisi. *Haydarpaşa Kardiyoloji ve Kardiyovasküler Cerrahi Bülteni* 6(1):18-22.
96. Tully PJ, Baker RA, Knight JL. (2008). Anxiety and depression as risk factors for mortality after coronary artery bypass surgery. *J Psychosom Res.* 64(3):285-90.
97. Tung HH, Wie J, Chang CY. (2007). Gender differences in quality of life for post coronary artery bypass grafting patients in Taiwan. *J Nurs Res*, 15(4):275-284.
98. Tutton E, Seers K. (2004). Comfort on a ward for older people. *J. Adv. Nurs.* 46:4, 380-389.
99. Uğurlu ŞB. (2007). Postoperatif bakım: Nöropsikiyatrik Sistem. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci*, 3(27):23-28.
100. Üstündağ H, Eti Aslan F. (2009). Erken postoperatif konfor ölçeğinin Türkçeye uyarlaması. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, danışman incelemesinde.
101. Velioğlu P.(1999). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset Matbaası, İstanbul.
102. Walthall H, Robson D, Ray S.(2001). Do any preoperative variables affect extubation time after coronary artery bypass graft surgery. *Heart&Lung* 30(3):216-224.
103. Way LW, Doherty GM. (2003). Current Surgical Diagnosis&Treatment, McGraq-Hill Companies, New York.
104. Wilson L, Kolcaba K. (2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *J Perianest Nurs* 19(3):164-173.
105. Yende S. Wunderik V.(2002). Causes of prolonged mechanical ventilation after coronary artery bypass surgery. *Chest*, 122(1):245-252.
106. Yılmaz AT, Şener E, Kuralay E, Genç O, Günay C. (2004) Minimal Invaziv Kalp Cerrahisi. İçinde: *Kalp ve Damar Cerrahisi*. Eds: Paç M, Akçevin A, Aka SA, Büket S, Sarioğlu T, Medikal&Nobel, Ankara, s. 681-713.

107. Yorke J, CardioThor GD, Wallis M, Cert C, McLean B, Cert G. (2004). Patients' perceptions of pain management after cardiac surgery in an Australian critical care unit, *Heart&Lung*, 33(1):33-41.
108. Zorlutuna Y. (2004). Koroner Revaskularizasyonda Cerrahi Endikasyonlar. İçinde: *Kalp ve Damar Cerrahisi* Eds: Paç M, Akçevin A, Aka SA, Büket S, Sarıoğlu T, Medikal&Nobel, Ankara, s. 645-655.

Ek II.

Erken Postoperatif Konfor Ölçeği (EPKÖ)

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

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

Ek: III

Genel Konfor Ölçeği

Aşağıda şu anda konfor durumunuzu tanımlayan bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifade için dört seçenek sunuldu. Sizden istenen **şu andaki** konfor durumunuzu en iyi ifade eden numarayı daire içine alarak belirtiniz.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

	Kesinlikle Katılıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
1.Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum	4	3	2	1
2.Çok sıkı çalıştığım için kendimi yararlı hissediyorum	4	3	2	1
3. Mahremiyetimi yeterince sürdüremiyorum	4	3	2	1
4.Yardıma gereksinim duyduğum güvenebileceğim kişiler var	4	3	2	1
5.Egzersiz yapmak istemiyorum	4	3	2	1
6.Durumum beni bunaltıyor	4	3	2	1
7.Kendimi güvende hissediyorum	4	3	2	1
8.Başkalarına bağımlı olduğumu hissediyorum	4	3	2	1
9.Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum	4	3	2	1
10.Sevildiğimi bilmek beni mutlu ediyor	4	3	2	1
11.Bulunduğum ortamdan memnunum	4	3	2	1
12.Gürültü dinlenmemi engelliyor	4	3	2	1
13.Kimse beni anlamıyor	4	3	2	1
14.Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum	4	3	2	1
15.Elimden gelenin en iyisini yapmak isterim	4	3	2	1
16.Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum	4	3	2	1
17.İnancım korkusuz olmama yardım ediyor	4	3	2	1
18.Burada olmaktan hoşlanmıyorum	4	3	2	1
19.Şu anda kabızım	4	3	2	1
20.Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum	4	3	2	1
21.Bu oda beni ürkütüyor	4	3	2	1
22.Bundan sonra olacıklardan korkuyorum	4	3	2	1
23.Önemli olduğumu bana hissettiren kişiler var	4	3	2	1

24.Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığını hissediyorum	4	3	2	1
25.Açım	4	3	2	1
26.Doktorumu daha sık görmek istiyorum	4	3	2	1
27.Bu odanın ısısı iyi	4	3	2	1
28.Çok yorgunum	4	3	2	1
29.Ağrıyla başa çıkabiliyorum	4	3	2	1
30.Bulunduğum ortam beni rahatlatıyor	4	3	2	1
31.Memnunum	4	3	2	1
32.Bu sandalye/yatak rahatsız	4	3	2	1
33.Bu manzara bende iyi duygular uyandırıyor	4	3	2	1
34.Özel eşyalarım burada değil	4	3	2	1
35.Kendimi buraya ait hissetmiyorum	4	3	2	1
36.Kendimi yürüyecek kadar iyi hissediyorum	4	3	2	1
37.Arkadaşlarım telefon ederek ya da elektronik posta/kart atarak beni hatırlıyor	4	3	2	1
38.İnançlarım bana huzur veriyor	4	3	2	1
39.Sağlığı hakkında daha fazla	4	3	2	1
bilgilendirilmek istiyorum	4	3	2	1
40.Kendimi kontrol edemiyorum	4	3	2	1
41.Çıplak olduğum için kendimi garip hissediyorum	4	3	2	1
42.Bu oda berbat kokuyor	4	3	2	1
43.Tek başıyım ama yalnızlık hissetmiyorum	4	3	2	1
44. Kendimi huzurlu hissediyorum	4	3	2	1
45.Kederliyim	4	3	2	1
46.Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim	4	3	2	1
47.Burada yaşamak kolay	4	3	2	1
48.Kendimi yeniden iyi hissetmek istiyorum	4	3	2	1

Ek: IV

Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuduktan, sonra da **su anda** nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki alternatiflerden en uygun olanını işaretleyiniz.
Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

	<u>Hemen hiç</u>	<u>Biraz</u>	<u>Oldukça</u>	<u>Tamamiyle</u>
1. Kendimi sakin hissediyorum	1	2	3	4
2. Kendimi emniyette hissediyorum	1	2	3	4
3. Huzursuzum	1	2	3	4
4. Pişmanlık duygusu içindeyim	1	2	3	4
5. Kendimi rahat hissediyorum	1	2	3	4
6. İçimde bir sıkıntı hissediyorum	1	2	3	4
7. İleride olabilecek kötü olayları düşünerek üzülüyorum	1	2	3	4
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum	1	2	3	4
9. Kendimi kaygılı hissediyorum	1	2	3	4
10. Kendimi rahatlık içinde hissediyorum	1	2	3	4
11. Kendime güvenim olduğunu hissediyorum	1	2	3	4
12. Kendimi sinirli hissediyorum	1	2	3	4
13. İçimde bir huzursuzluk var	1	2	3	4
14. Çok gergin olduğumu hissediyorum	1	2	3	4
15. Sükunet içindeyim	1	2	3	4
16. Halimden memnunum	1	2	3	4
17. Endişe içindeyim	1	2	3	4
18. Kendimi fazlasıyla heyecanlı ve şaşkın hissediyorum	1	2	3	4
19. Kendimi neşeli hissediyorum	1	2	3	4
20. Keyfim yerinde	1	2	3	4

Aşağıdaki kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da **genel olarak** nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki alternatiflerden en uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz

	<u>Nadiren</u>	<u>Bazen</u>	<u>Coğu</u> <u>Zaman</u>	<u>Hemen</u> <u>her zaman</u>
21.Keyfım yerindedir	1	2	3	4
22.Çabuk yoruluyorum	1	2	3	4
23.Olur olmaz hallerde ağlayacak gibi olurum	1	2	3	4
24.Diğerleri kadar mutlu olmayı isterdim	1	2	3	4
25.Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	1	2	3	4
26.Kendimi zinde hissederim	1	2	3	4
27.Sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım	1	2	3	4
28.Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	1	2	3	4
29.Gerçekte çok önemli olmayan şeyler için endişelenirim	1	2	3	4
30.Mutluyum	1	2	3	4
31.Herşeyi kötü tarafından alırım	1	2	3	4
32.Kendime güvenim yok	1	2	3	4
33.Kendimi emniyette hissederim	1	2	3	4
34.Sıkıntı ve güçlük veren durumlardan kaçınırım	1	2	3	4
35.Kendimi hüznü (kederli) hissederim	1	2	3	4
36.Hayatımdan memnunum	1	2	3	4
37.Aklımdan bazı önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder	1	2	3	4
38.Hayal kırıklığını öylesine ciddiye alırım ki unutamam	1	2	3	4
39.Tutarlı bir insanım	1	2	3	4
40.Son zamanlarda beni düşündüren konular yüzünden gerginlik ve huzursuzluk içindeyim	1	2	3	4

EK V.

Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlüğü Yazılı İzni



T.C
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

05/05/2006

SAYI :APK.B104İSM.4340000/ 530
KONU :Doktora tez çalışması izni

MARMARA ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
MÜDÜRLÜĞÜ

Yüksekokulunuz Cerrahi Hastalıkları 'Anabilim Dalı doktora öğrencisi Hülya ÜSTÜNDAĞ'ın " Cerrahi Hastalarının Konfor Düzeyinin belirlenmesi" konulu tez çalışma incelenmiş ve Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapabilmesi için gerekli izin verilmiştir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim

Uz.Dr. Mehmet BAKAR
Sağlık Müdür V.

Ek:VI

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Onayı

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ARAŞTIRMA ETİK KURULU**

Sayı : B.30.2.MAR.0.01.00.02/AEK-145
Konu:

07.04.2006

Sayın : Doç.Dr. Fatma Eti ASLAN

MAR-YÇ-2006- 0064 protokol nolu “ Cerrahi hastalarının konfor düzeyinin belirlenmesi ” isimli projeniz Fakültemiz Araştırma Etik Kurulu tarafından incelenerek onaylanmıştır.

Prof. Dr. Huseyin DİRESKENELİ
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Araştırma Etik Kurul Başkanı

Ek:VII

Hasta Bilgilendirme Formu

Bu çalışma Koroner Arter Bypass Greft (KABG) cerrahisi uygulanan hastaların konfor düzeyini belirlemek amacıyla planlanmıştır. KABG cerrahisi sonrası dönemde sizin yaşadığınız sorunlar konforda/rahatla bozulmalara neden olmaktadır. Bu bozulmanın düzeyinin belirlenmesi, konfor gereksinimlerinin belirlenmesi sağlayacaktır.

Bu çalışma ancak siz gönüllü olursanız sizinle birlikte yapılacaktır. Çalışma sırasında (hastalık nedeniyle tanı ve tedaviye ilişkin yapılması olası giderler dışında) bir ücret talep edilmeyecek ve bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kuruluşuna bir araştırma gideri yüklenmeyecektir. Bu çalışmayı kabul etmiş ya da etmemiş olmanız kabul ettikten sonra istediğiniz zaman buna son vermeniz, Kardiyovasküler Cerrahi Servisinde almanız gereken standart tedaviyi hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Bu araştırmaya katıldığınız takdirde tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

İmzalayacağınız hasta onay formunu sizin ve benim haricimde birde bu kurumda çalışmakta olan başka bir tanık imzalayacaktır. Tedaviniz süresince herhangi bir sorunuz olduğunda ya da bir sorunla karşılaştığınızda Kardiyovasküler Cerrahi Servisi çalışanları aracılığı ile benimle temas kurabilirsiniz.

Hülya ÜSTÜNDAĞ

EK VI.

Hasta Onay Formu

Yapılacak olan çalışmanın kapsamı, amacı, süresi, uygulanacak yöntemler, yararları, zararları, konusunda bilgilendirildim. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman tedavimi üstlenenlerin herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu klinik çalışmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün (hasta)

Adı-soyadı:

İmzası:

Telefon No:

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı-soyadı:

İmzası:

Tarih:

Tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı-soyadı:

İmzası:

10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	F. Hülya	Soyadı	Üstündağ
Doğum Yeri	İstanbul	Doğum Tarihi	14.07.1964
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	
E-mail	ustunh@istanbul.edu.tr	Tel	0212 660 11 25/27607

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık	MÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	
Yüksek Lisans	İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	1998
Lisans	İÜ Florence Nigtingale Hemşirelik Yüksekokulu	1986
Lise	Avcılar 50.Yıl İnsa Lisesi	1982

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Öğretim Görevlisi	İÜ Bakırköy Sağlık Yüksekokulu	1998-
2.	Öğretim Görevlisi	İÜ Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu	1996-1998
3.	Servis Sorumlu Hemşiresi	İÜ CTF İç Hastalıkları Anabilim Dalı	1986-1996

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	Orta	Orta

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu #								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	51.25							

Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır

KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı; IELTS: International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı	47.185	48.454	49.723

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Mikrosoft Office Word	Çok iyi
Mikrosoft Office Power Point	Çok iyi
Mikrosoft Office Excel	Orta

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

ULUSAL DERGİLER

Üstündağ H, Zengin N. (2008). Baş boyun kanseri nedeni ile cerrahi girişim geçiren hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,11(1):63-68.

Üstündağ H, Gül A, Zengin N, Aydın M. (2007). Böbrek nakli yapılan hastalarda yaşam kalitesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi . 2(6):117-126 .

Üstündağ H, Aydın M, Yıldız Fındık Ü. (2007). Transplantasyon ve hemodiyaliz hastalarının umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi, Nefroloji Hemşireliği Dergisi, Mart-Haziran, 56-62.

Üstündağ H, Demir N, Zengin N, Gül A. (2007). Stomalı hastalarda beden imajı ve benlik saygısı. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 27 (4):522–527.

Üstündağ H. (2006). Renal transplantasyon uygulanan hastanın taburculuk eğitimi, Nefroloji Hemşireliği Dergisi. Temmuz-Ekim:36-40.

Zengin N, Üstündağ H. (2004). İnfüzyon setleri değişim süreleri ile ilgili yapılan çalışmalar ve öneriler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 7(3):83-91.

Kavlak Z, Bozkurt G, Üstündağ H, Öner Y A (2002) İlkokul çocuklarında parazit infeksiyonları ve büyümeye etkisi Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi .32 (3-4):253-256.

Üstündağ H (2001) Total Parenteral Beslenme, Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi, 5 (1):41-44.

Üstündağ H, Kavlak Z (2001) Lise öğrencilerinin Hepatit B virüsü ile karşılaşmaları ve Hepatit B hakkında bilgi durumlarının incelenmesi ,Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi 31 (3-4):255-258 .

SÖZLÜ BİLDİRİLER

Aydın M, Üstündağ H, Ercan N.(2007). Böbrek vericilerinde erken postoperatif dönem mesane jimlastığı etkinliğinin belirlenmesi, 17. Ulusal böbrek hastalıkları diyaliz ve transplantasyon hemşireliği kongresi, Antalya.

Üstündağ H, Aydın M, Fındık Yıldız Ü.(2006). Hemodiyaliz ve Transplantasyonlu hastaların umutsuzluk durumları,16.Ulusal böbrek hastalıkları diyaliz ve transplantasyon hemşireliği kongresi, Antalya.

Üstündağ H. (2005). Hemofili ve hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. II.Ulusal Hemofili ve Diğer Pıhtılaşma Bozuklukları Hemşireliği Sempozyumu, İstanbul

POSTER BİLDİRİLER

Üstündağ H, Demir N, Zengin N, Gul A. (2006). Body image and self-esteem in patients with stoma.16th Biennial congress of the World Coyuncil of Enterostomal Therapists. 2-6 July, Hong Kong Convention and Exhibition Centre.

Gül A, Üstündağ H. (2005).Olgu: Renal Transplantasyon Sonrası Toplumdan Kazanılan Pnömoni. 15. Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi, Antalya.

Üstündağ H, Gül A, Zengin N, Aydın M (2004). Renal Transplantasyon Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Gücü. 14. Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi, Antalya.

Zengin N, Üstündağ H, Horasan E.(2004). Diyabetli bireylerde hastalığın değerlendirilmesi. VI. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya.

Üstündağ H, Bozkurt G (2001). Öğrencilerin ve hemşirelerin klinik alanda entegre uygulama programı ile ilgili görüşleri, I. Uluslararası & V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi, Nevşehir.