

M.KARABİBER

KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2023



**T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KORONER ARTER BYPASS GREFT AMELİYATI
OLACAK
HASTALARIN ANKSİYETE VE DEPRESYONLARI VE
ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

MİRAC KARABİBER

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

**MAYIS
2023**

**T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KORONER ARTER BYPASS GREFT AMELİYATI
OLACAK
HASTALARIN ANKSİYETE VE DEPRESYONLARI VE
ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

MİRAC KARABİBER

**DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ FİGEN DİĞİN**

**HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
HEMŞİRELİK PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MAYIS
2023**

ETİK BEYAN

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu; tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi; kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarımı kabullendiğimi beyan ederim.

Mirac KARABİBER (İmza)

TEZ ONAYI

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Programında Yüksek Lisans öğrencisi Mirac KARABİBER tarafından Dr. Öğr. Üyesi Figen DIĞIN'ın danışmanlığında hazırlanan "Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olacak Hastaların Anksiyete ve Depresyonları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından . . / . /201. tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Ünvanı Adı Soyadı

Üniversite, Fakülte/ Yüksekokul

Anabilim Dalı

Jüri (Danışman)

Ünvanı Adı Soyadı

Üniversite, Fakülte/ Yüksekokul

Anabilim Dalı

Jüri

Ünvanı Adı Soyadı

Üniversite, Fakülte/ Yüksekokul

Anabilim Dalı

İTHAF



Canım Aileme..

TEŞEKKÜR

Bu tezin yazım sürecinde, çalıőmamı büyük bir titizlikle takip eden danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Figen Dığın' a emeği ve değerli katkıları için en içten teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım. Görüş ve önerileriyle hazırlamış bulunduğum tezimi kabul eden değerli jüri üyelerine teşekkür ederim. Bu günlere gelmemde emeklerini asla ödeyemeyeceğim sevgili aileme, tez yazım sürecinde desteklerini esirgemeyen değerli arkadaşlarım Uzm. Dr. Kemal Güçyeten'e, Asistan arkadaşım Zeinap Arafat'a çalışma arkadaşım Tuğba Şahin'e teşekkürü borç bilirim.

Mirac KARABİBER

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN.....	ii
TEZ ONAYI.....	iii
İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	viii
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT.....	xi
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Koroner Arter Hastalığı.....	3
2.2. Koroner Arter Bypass Graft Ameliyatı.....	5
2.3. Koroner Arter Bypass Graft Ameliyatının Tarihçesi.....	6
2.4. Koroner Arter Bypass Graft Ameliyatı Öncesi Hemşirelik Bakımı.....	6
2.5. Anksiyete.....	10
2.6. Depresyon.....	11
2.7. Koroner Arter Bypass Graft Ameliyatı Olacak Hastaların Anksiyete ve Depresyon Durumları.....	12
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	16
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	16
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	16
3.4.Araştırmanın Dahil Edilme ve Dahil Edilmeme Kriterleri.....	16
3.5.Veritoplama Araçları.....	17
3.5.1.Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu.....	17

3.5.2.Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD):.....	17
3.6.Verilerin Toplanması.....	18
3.7.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	18
3.8.Araştırmanın Sorusu.....	18
3.9.Verilerin Değerlendirilmesi.....	19
3.10.Araştırmanın Sınırlılıkları	19
3.11.Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri.....	19
3.12.Araştırma Takvimi	20
4.BULGULAR.....	21
5.TARTIŞMA.....	26
5.1.Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Tartışması.....	26
5.2.Hastaların Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği Puanlarının Tartışması....	29
5.3.Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Anksiyete ve Depresyon Puanlarına Etkisinin Tartışması.....	30
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	33
6.1.Sonuç.....	33
6.2.Öneriler	34
KAYNAKLAR.....	35
EK-1: HASTA TANITICI BİLGİ FORMU.....	43
EK-2: HASTANE ANKSIYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ	46
EK-3: HASTANE ANKSIYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİNİN KULLANIMI..	49

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1. Hastalara ilişkin sosyo-demografik özellikler	21
Tablo 4.2. Hastaların yaş ve ameliyat öncesi yatış günü ortalamaları.....	22
Tablo 4.3. Hastaların hastane anksiyete ve depresyon ölçeği anksiyete ve depresyon altboyut puanları ve cronbach's alfa değeri.....	22
Tablo 4.4. Hastaların anksiyete ve depresyon altboyut puanlarına göre sınıflandırılması.....	23
Tablo 4.5. Hastaların anksiyete ve depresyon altboyut puanlarının sosyo-demografik özelliklere göre karşılaştırılması	23
Tablo 4.5. Devam Hastaların anksiyete ve depresyon altboyut puanlarının sosyo-demografik özelliklere göre karşılaştırılması.....	24
Tablo 4.6. Hastaların anksiyete ve depresyon altboyut puanları ile yaş ve ameliyat öncesi yatış günü arasındaki ilişki... ..	25

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

- AKS : Akut Koroner Sendrom
EKG : Elektrokardiyografi
HAD : Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
KABG : Koroner Arter Bypass Greft
KAH : Koroner Arter Hastalığı
MI : Miyokard Infarktüsü
STYMI : ST Yükselmeli Miyokart Infarktüsü
Vd : ve diğerleri

ÖZET

Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olacak Hastaların Anksiyete ve Depresyonları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Bu çalışma koroner arter bypass greft ameliyatı olacak hastaların anksiyete ve depresyonları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma 01.10.2021-31.12.2022 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar cerrahi Servisinde koroner arter bypass greft ameliyatı olacak 76 hasta ile yapıldı. Araştırma verileri toplanırken; Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu ve Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği kullanıldı. Niceliksel veriler için tanımlayıcı istatistik olarak ortalama \pm standart sapma, kategorik veriler için ise sayı (n) ve yüzde (%) kullanıldı. Niceliksel verilerin normal dağılımına uygunluğu Shapiro Wilk test ile incelendi. Anksiyete ve depresyon puanlarının dağılımı normal olmadığından 2 kategoriden oluşan faktörlerin anksiyete ve depresyon puanlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Üç ya da daha fazla kategoriden oluşan faktörlerin anksiyete ve depresyon puanlarının karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Anksiyete ve depresyon puanları ile niceliksel veriler arasındaki ilişkileri incelemede Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Koroner arter bypass greft ameliyatı geçirecek hastaların anksiyete ve depresyon puanları üzerine söz konusu faktörlerin etkisini incelemede çoklu doğrusal regresyon analizi kullanıldı. $p<0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınır değeri olarak kabul edildi. Hastaların anksiyete puan ortalamasının $4,8 \pm 4,9$ ve depresyon puan ortalamasının $4,7 \pm 3,6$ olduğu bulundu. Hastalar anksiyete puanına göre sınıflandırıldığında %73'ünün normal düzeylerde olduğu, %12,2'sinin düzeylerinin sınırda anksiyete belirtisi gösterdiği, %14,9'unun ise anksiyete semptomu gösterdiği bulundu. Hastalar depresyon altboyut puanlarına göre sınıflandırıldığında ise %78'inin normal düzeyde olduğu, %11,8'inin düzeylerinin sınırda depresyon belirtisi gösterdiği, %9,2'sinin ise depresyon semptomu gösterdiği bulundu. Sonuç olarak hastaların büyük çoğunluğu anksiyete ve depresyon açısından normal düzeydedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta; Anksiyete; Depresyon; Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı

ABSTRACT

Anxiety and Depression of Patients Who Will Have Coronary Artery Bypass Graft Surgery and Investigation of Affecting Factors

This study was conducted to investigate the anxiety and depression of patients who will undergo coronary artery bypass graft surgery and the affecting factors. The study was conducted with 76 patients who will undergo coronary artery bypass graft surgery in the Cardiovascular Surgery Service of the Health Sciences University Bağcılar Training and Research Hospital between 01.10.2021 and 31.12.2022. While collecting research data; Patient Descriptive Information Form and Hospital Anxiety and Depression scale were used. Mean \pm standard deviation was used as descriptive statistics for quantitative data, and number (n) and percentage (%) for categorical data. The conformity of the quantitative data to the normal distribution was examined with the Shapiro Wilk test. Since the distribution of surgical anxiety and depression scores was not normal, the Mann Whitney U test was used to compare the surgical anxiety and depression scores of factors consisting of 2 categories. The Kruskal Wallis test was used to compare the surgical anxiety and depression scores of factors consisting of three or more categories. Spearman correlation analysis was used to examine the relationships between surgical anxiety and depression scores and quantitative data. Multiple linear regression analysis was used to examine the effects of these factors on the surgical anxiety and depression scores of patients who will undergo coronary artery bypass graft surgery. The value of $p < 0,05$ was accepted as the cut-off value of statistical significance. It was found that the mean anxiety score of the patients was 4.8 ± 4.9 and the mean depression score was 4.7 ± 3.6 . When the patients were classified according to their anxiety score, it was found that 73% had normal levels, 12.2% had borderline levels, and 14.9% had symptoms of anxiety. When the patients were classified according to their depression sub-dimension scores, it was found that 78% of them were at a normal level, 11.8% were at the borderline level, and 9.2% had symptoms of depression. As a result, the majority of patients are at normal levels in terms of anxiety and depression.

Key words: Patient; Anxiety; Depression; Coronary Artery Bypass Graft Surgery

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Koroner arter hastalığı, ortalama yaşam süresinin artmasına, koruyucu ve önleyici araştırmaların, cerrahi tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesine rağmen, dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşamı en çok tehdit eden hastalıklardan biri olma özelliğini her yıl korumaktadır. Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılan Türk Kalp Hastalığı Risk Faktörleri çalışmasına göre Türkiye'de her yıl 330.000 yeni KAH ortaya çıkıyor. Türkiye'de 1000 erkekten 39'u, 1000 kadından 33'ü kalp hastasıdır (Onat vd., 2009).

Aterosklerotik plaklar sıklıkla koroner arterin daralmasına sebep olur. Koroner arterlerin daralması sonucunda daha az kan akışı olur ve bu da anjina pektoris veya miyokard enfarktüsüne sebebiyet verebilir. KAH tedavisinin temel amacı ortaya çıkan belirtileri yok etmek ve hastalığın ilerlemesine engel olmaktır (Durusoy, 2010).

Koroner arter bypass greftleme (KABG), aterosklerotik damar hastalıklarında miyokardiyal revaskülarizasyon için standart tedavi yöntemlerinden biridir (Paç vd., 2013; Solak vd., 2010). KABG, koroner damarlarda darlık veya tıkanma (oklüzyon) sonucu miyokard iskemisini ortadan kaldırmak için arteriyel ve venöz greftler veya vücudun diğer bölgelerinden alınan prostetik greftler kullanılarak yapılan bir ameliyattır. KABG cerrahisinin amacı semptomları daha iyi hale getirmek ve mortalite oranını azaltmaktır (Anenue, 2004; Diodato vd., 2013; Eagle vd., 2004). Sağlık teknolojisi ve cerrahi tekniklerin gelişmesine rağmen günümüzde KABG ameliyatı; kullanılan yöntemler, ameliyat süresi, ameliyat sonrası komplikasyonlar ve bakım gereksinimleri göz önünde bulundurulduğunda cerrahinin yerinin ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Günümüzde sağlık hizmetlerinin gelişmesi KABG cerrahisinin başarı oranını artırsa da kişiler ameliyat öncesi ve sonrası dönemde fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlarla karşı karşıya gelebilmektedir (Cebeci, 2004).

Açık kalp cerrahisi hastalarında anksiyete, depresyon, erektil disfonksiyon, ev ve iş yaşamında rol ve pozisyon kaybının sık görülen sorunlar olduğu literatürde bildirilmiştir (Paç vd., 2013; Solak vd., 2010). Anksiyete düzeyi yüksek bireylerde

ameliyat öncesi anksiyete, ameliyat sonrası iyileşmeyi ve morbiditeyi olumsuz etkiler. Kalp cerrahisi hastalarının çoğunda anksiyete bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğu vardır ve ameliyat öncesi anksiyetesi yüksek olan hastalarda ameliyatı sonrası anksiyete de yüksektir (Çetinkaya vd., 2010; Grossi vd., 1998).

Kalp cerrahisi hastalarında en sık görülen anksiyete nedenleri arasında ölüm korkusu, ağrı kaygısı, anestezi kaygısı, sağlık ve yaşam hedeflerini kaybetme korkusu, cinsel ve sosyal yeteneklerin kaybıyla ilgili endişe, yeterliliği ve değeri kaybetme korkusu, estetik sorunlar ve ekonomik zorluklar yer almaktadır (Pignay Demaria vd., 2003; Navarro García vd., 2011). Ayrıca açık kalp cerrahisinde işlemin kendisi bir endişe kaynağı olabilir ve ameliyatı sonrası morbiditeye katkıda bulunabilir. Bu durumda açık kalp ameliyatı uygulanacak hastalarda anksiyete ve depresyon riski oldukça yüksektir. Ameliyat öncesi anksiyetesi yüksek olan hastaların ameliyat sonrası komplikasyonlarının daha fazla olduğu ve hastanede kalış sürelerinin daha uzun olduğu bildirilmiştir. Açık kalp ameliyatı geçiren hastaların ağrı ve ıstıraptan kurtulma umutları olmadığına ve ameliyattan sonra yeni ağrılar ve ıstıraplardan endişe duyduklarına inanılmaktadır (Goodman, 1997; Moore, 1996).

Koroner arter bypass greftin endikasyonlarına ek olarak, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik faktörlerin de kardiyovasküler hastalığın gelişmesine ve ilerlemesine zemin hazırladığı belirtilmektedir (Bunker vd., 2003).

KABG hastalarında anksiyete ve depresyon düzeyini belirleyen faktörlere ilişkin çalışmalar kısıtlıdır. Bu çalışma, koroner arter bypass greft ameliyatı olacak hastaların anksiyete ve depresyonları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

2.GENEL BILGILER

2.1. Koroner Arter Hastalığı

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde prevalansı artan KAH, dünya çapında morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenlerinden birisidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık 16 milyon kişinin KAH'dan muzdarip olduğu ve bunların çoğunun asemptomatik olarak seyrettiği bildirilmektedir (Velasquez Melendez vd., 2013; Gao vd., 2011).

Türk Kardiyoloji Derneği öncülüğünde 1990 yılından beri yürütülen TEKHARF (Türk Yetişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri) çalışmasının 12 yıllık izlem verilerine göre 2.0 milyon koroner kalp hastalığı olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye'de yaklaşık 160 bin vatandaşımızın koroner kalp hastalığından hayatını kaybettiğinin çıkarımı yapılmıştır. Ülke çapında yılda yaklaşık 260 bin koroner olay meydana gelmekte ve hemen ölümcül olanların 85 bini çıkarıldığında, ölümcül olmayan koroner olayları olan 175 bin hasta tedavi için aday olmaya devam eder. Bunlar dahil 2.0 milyon koroner arter hastasının yaklaşık 75-80 bini de ölmektedir. Böylece, toplam koroner arter kalp hastası sayısı hala yılda 90-100 bin civarında artmaya devam etmektedir. Bu oran Avrupa oranlarından daha da fazladır. (Onat vd., 2003). Türkiye genelinde Akut Koroner Sendrom (AKS) ile ilgili çok sınırlı veri bulunmaktadır. 2000'li yılların başında yapılan 52 merkezde 3358 Miyokard Infarktüsü (MI) hastasını kapsayan TÜMAR (Türkiye Akut Miyokard Infarktüsü Araştırması) verilerine göre ülkemizde yılda 220.000 MI tanısıyla hastaneye yatış yapılmaktadır. Bunların 100.000'i ST yükselmeli miyokard infarktüsü (STYMI) tanısı almıştır. Hastane mortalitesi tüm MI için %14 ve STYMI için %11 olarak bulunmuştur (Özkan, 2013).

Ateroskleroz ve KAH için risk faktörleri iyi tanımlanmıştır ve değiştirilebilir ve değiştirilemez faktörlere ayrılmıştır. Irk, yaş, cinsiyet ve genetik gibi risk faktörleri değiştirilemez faktörler olarak sınıflandırılmıştır. Hipertansiyon, hiperkolesterolemi, diyabet, metabolik sendrom, sigara içmek, obezite, fiziksel hareketsizlik gibi etmenler ise değiştirilebilir risk faktörleri olarak sınıflandırılmıştır (Onat vd., 2002). Hipertansiyon, hiperkolesterolemi, diyabet ve metabolik sendrom biyolojik

faktörlerdir ve ilaç tedavisi, kilo verme ve diyetle kontrol altına alınabilir. Sigara içmek, obezite ve hareketsizlik, sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının benimsenmesiyle tamamen ortadan kaldırılabilen davranışsal risk faktörleridir (TKD, 2008).

Göğüs ağrısı şikayeti olan ve tam öykü alınan tüm hastalarda AKS tanısı düşünülmelidir. KAH öyküsü olup olmadığı ve AKS için risk faktörleri araştırılmalıdır. Göğüs ağrısının başlangıcı, süresi, sıklığı, şiddeti, lokalizasyonu, ağırlaştırıcı ve hafifletici faktörler, eşlik eden belirti ve bulgular göz ardı edilmemelidir (Kumar vd., 2009). Tipik iskemik göğüs ağrısı, retrosternal veya diffüz yerleşimlidir ve bası veya yanma şeklindedir. Hareket veya duygusal stres ile şiddetlenir. Dinlenme veya nitroglicerine ile azalabilir. Ancak uyumlu kararsız anjina pektoriste ağrı eforla artabilir veya istirahatte ağrı olarak belirti verebilir. Ağrı üst ekstremitelere (esas olarak sol kol) ve omuzlara, çeneye, epigastrik bölgeye ve skapulaya yayılabilir. Kadınlarda, yaşlılarda, diyabet hastalarında ve cerrahi hastalarda atipik semptomlar ortaya çıkabilir. Bu olgularda AKS çarpıntı, kardiyak arrest ve asemptomatik klinik belirtilerle ortaya çıkabilir (Kumar vd., 2009; Reichlin vd., 2011). AKS olduğu düşünülen bir hastada 10 dakika içinde 12 derivasyonlu bir EKG alınmalı ve yorumlanmalıdır. ST yükselmesi olmayan AKS'li hastalarda ST çökmesi, geçici ST yükselmesi ve yeni T dalgası negatifliğine rastlanabilir. Kabul sırasında çekilen bir EKG nispeten normal veya tanısız olmayabilir. Bu durumda EKG 15-30 dakika sonra tekrarlanmalıdır (Davies, 2000).

KAH'da yaşam tarzı değişiklikleri, ilaç tedavisi ve revaskülarizasyon tedavisi kullanılabilir. Tedavinin amacı miyokardın oksijen ihtiyacını karşılamaktır. İlaç tedavisinde beta blokerler, nitratlar, antiplatelet ajanlar, kalsiyum kanal blokerleri, anjiyotensin inhibitörleri ve statinler kullanılmaktadır. İlaç tedavisinde düzelme olmaması durumunda revaskülarizasyon tedavisine başvurulur (Sevinç, 2016; Özen vd., 2010). İlaç tedavisi ile hastanın belirtileri kontrol altına alınamıyorsa, miyokardın büyük bir kısmında etkilenme olmuşsa ve mortalite riski önemli ölçüde yüksek ise revaskülarizasyon metodu uygulanır (Karadağ vd., 2008). Revaskülarizasyon tedavisi, perkütan koroner girişim ve koroner arter bypass cerrahisini içerir. Perkütan koroner girişim, femoral, radial veya brakial damarlardan birine bir kateter ile girilerek stent ve balon anjiyoplasti gibi

uygulamalarla daralmış olan damarların açılmasıyla yapılan işleme verilen isimdir (Çınar vd., 2015). Koroner arter bypass cerrahisi ise tıkalı bir koroner arterin vücudumuzun başka bir bölgesinden alınan bir damar ile değiştirilmesi için yapılan cerrahi bir operasyondur (Dursun vd., 2013). KAH için etkili ve güvenli tedavi seçeneklerinden biri olan KABG, dünyada en çok uygulanan cerrahi girişimlerden biridir ve hastaların yaşam sürelerini uzatmakla birlikte konforlarını da arttırmaktadır (Demir Korkmaz, 2012).

2.2. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı

Revaskülarizasyon için değerlendirilen semptomatik KAH'lı hastalarda bölgesel miyokardiyal kan temini ve miyokardiyal oksijen talebi arasındaki tutarsızlıklar patofizyolojik anormalliklerdir. Medikal tedavi ile art yük ve ön yükün azaltılması, kalp hızının yavaşlaması veya arz ve talep arasındaki bu dengesizlik, kasılabilirliği azaltılarak düzeltilmeye çalışılır. Ancak arz-talep dengesinin kurulması ve sürdürülmesinde en iyi uzun vadeli sonuçları elde etmek için birçok hastada cerrahi müdahale gereklidir. Koroner damarlarda darlık veya tıkanma sonucu oluşan miyokardiyal iskemiye ortadan kaldırmak için vücudun diğer bölgelerinden alınan arteriyel ve venöz greftler veya prostetik greftler kullanılır. Yapılan ameliyatlara koroner arter bypass greft (KABG) ameliyatları denir (İliçin vd., 2012; Paç vd., 2013; Solak vd., 2010).

Sağ ve sol koroner arterler, miyokardiyuma kan sağlayan damarlardır. Kalp damarlarının daralması ve tıkanması sonucu vaskülarize edilemeyen miyokardın kanlanması arteriyel ve venöz transplantasyon ile gerçekleştirilir. Koroner arter bypass greft, KAH ve kalp kapak hastalığından kaynaklanan komplikasyonları azaltabilir, ani ölüm gibi komplikasyonları önleyebilir ve hastaların yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilir (Bocher vd., 2006).

KAH, miyokardiyal iskemi ve perkutan transluminal koroner anjiyoplasti (PTCA)'nin medikal tedaviye yanıt vermediği durumlarda koroner arter bypass ameliyatı uygulanmaktadır (Aydın vd., 2004).

Özellikle son dönemlerde popüler olan pompasız (Off-pump) koroner arter bypass, minimal invaziv koroner kapalı bypass ameliyatı (MICAB) ve koroner bypass

cerrahisinde standart bir teknik olarak kabul edilen kardiyopulmoner bypass ile yapılan cerrahi yöntemler uygulanmaktadır (Duhaylongsod, 2000).

2.3. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatının Tarihçesi

Kalp cerrahisi alanındaki ilk adım, 1897'de Frankfurt'tan L. Rehn'in sağ ventrikülde 1,5 cm'lik bir bıçak yarasını başarılı bir şekilde dikip ameliyat etmesiyle atılmıştır. Modern anlamda kalp cerrahisinin başlangıcı, 1938'de Gross duktus arteriyozusun patentinin kapatılmasıyla başlamaktadır. 1953 yılında Gibbon, bir kardiyopulmoner aparat kullanarak ekstrakorporeal dolaşım altında açık kalp ameliyatını başarıyla gerçekleştirmiştir (Duran, 2004). 1954'te Lillehay ve Varco, "Merkezi Enine Döndürme" tekniği kullanılmış ve 1955'te 8 vaka yayınladılar. Bu seri, Cooley'nin "Kalp-Akciğer" bypass'ı olarak tanımladığı modern açık kalp cerrahisinin başlangıcı olarak kabul edildi. 1955 yılında John Kirklin bu yöntemi bir kardiyopulmoner cihaz kullanarak açık kalp cerrahisinde kullanmıştır. 1958'de Longmire ve asistanı Jack Cannon, sol iç meme arterini koroner artere anastomoz etti. Daha sonra, 1961'de Goetz, atan kalbin sağ iç meme arteri sağ koroner arter anastomozunu gerçekleştirdi. Yine 1961'de Kolesov Rusya'da ilk kez internal meme arterini kullanarak koroner arter bypass ameliyatı yaptı (Duran, 2004; Aytaç, 1974).

Türkiye'de kalp cerrahisinde ilk adımlar 1953-1954 yıllarında kapalı mitral komissürotomi ile başlamıştır. Aydın Aytaç, 1959 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde kalp-akciğer makinesi kullanarak açık kalp ameliyatı yapan ilk Türk doktordur. Ülkemizde ekstrakorporeal dolaşım kullanılarak açık kalp cerrahisi 1960 yılında Hacettepe Üniversitesi'nde Mehmet Tekdoğan tarafından yapılmıştır (Duran, 2004).

2.4. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Öncesi Hemşirelik Bakımı

Açık kalp ameliyatı deneyimi olan bir hastanın iyileşme sürecinin başarıyla sonuçlanmasının yanı sıra işlem sırasında uygulanan teknikler ve ayrıca cerrahi işlem öncesi, sırası ve sonrasında verilen etkili hemşirelik bakımı ile de yakından ilişkilidir (Korkmaz vd., 2015).

KABG yapılacak hastanın bakımı, operasyona karar verme ile başlar. Uygulanacak bakım hastaya özel, bütüncül ve disiplinler arası bir yaklaşımla yapılmalıdır.

Disiplinler arası ekip üyeleri arasında; kardiyolog, cerrah, cerrahi hemşiresi, anestezi uzmanı, fizyoterapist, beslenme uzmanı, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı bulunabilmektedir. Cerrahi hemşireleri hasta için temel koruyucu, sağlığı geliştirici, iyileştirici ve rehabilite edici bakımı uygulamalıdır. Hemşireler aynı zamanda ekip üyeleri arasında ve ekip üyeleri ile hasta/yakınları arasında etkili iletişimin sağlanmasından da sorumludur (Erdil vd., 1999).

Ameliyat öncesi yeterli bilgi almayan hastalar hem ameliyat öncesi hem de sonrasında çeşitli duygusal sorunlar yaşayabilmektedirler. Bunlar kaygı, ağrı korkusu, gelecek için bilinmezlik korkusu, depresyon, öfke ve ameliyat sonrası kişisel işlevleri yerine getirememeye problemler olarak ortaya çıkar (Uzun, 2000).

Hasta ve yakınlarının ameliyat öncesi danışmanlık konusunda iyi bir eğitim alması, hastanın cerrahi karar vermesine ve cerrahi işlem sonrasında hastanın bilmesi ve uygulaması gereken öz bakım gereksinimlerini belirlemeye yardımcı olmaktadır. KABG cerrahisine hastanın verdiği yanıtlar değişir. Ameliyat öncesi hazırlık; fizyolojik, psikolojik ve yasal hazırlık gibi çeşitli aşamalarda gerçekleşir. Ameliyat öncesi dönemde verilen profesyonel bir eğitimin hastaların psikolojik olarak daha hazır hale gelmelerini sağlamaktadır (Yavuz, 2010).

Hasta Eğitimi: Ameliyattan önce hemşire hastaları KABG ameliyatı hakkında bilgilendirmelidir. Ameliyattan önce derin nefes alma, öksürme ve dönme egzersizleri uygun zamanda ve her hastanın anlayabileceği sade bir dille öğretilerek, solunum ve dolaşım sistemlerinin olası komplikasyonlarının ortaya çıkması engellenmelidir. Ameliyattan sonra yapılacak olan bu egzersizlerin iyileşme sürecini olumlu yönde etkileyeceği hastaya anlatılmalıdır (Kavuncu, 2016).

Ameliyat kararının alınması hasta ve ailesi için önemli bir yaşam krizi ile karşı karşıya kalmasına neden olabilir ve duygusal ve psikolojik olarak bir boşluğa düşmelerine neden olabilir. Bu sürecin hemşire tarafından etkin ve yeterli bir şekilde yönetilmesi gerekir. Yeterince karşılanmayan duygusal ve psikolojik ihtiyaçlar, hastanın kaygı düzeyinin artmasına, cerrahi girişimin stresine uyum sağlayamamasına, ameliyat sonrası dönemde iyileşmenin gecikmesine ve komplikasyonlara neden olabilir. Bu nedenle ameliyat öncesi dönemde hemşire

psikolojik desteği ve hasta eğitimini içeren hemşirelik bakım planını oluşturmalı ve girişimlerini yapmalıdır (Shuldham, 2001; Casey, 2011).

Yasal Hazırlık : Hastanın bilgilendirilmiş gönüllü yazılı izni, hastaya KABG cerrahisinin tüm yönleri anlaşılır bir dille anlatıldıktan ve olası risk faktörleri açıklandıktan sonra alınmalıdır (Ertem vd., 2013).

Fizyolojik Hazırlık : Ameliyattan önce, hastanın kardiyovasküler sistemi, ameliyat sırasında hastanın oksijen, sıvı ve besin ihtiyaçlarını kompanse edecek biçimde hazırlığı yapılır. Bu hazırlık aşamasında kardiyovasküler fonksiyonlar değerlendirilir ve gerekli kardiyak tetkikler yapılır, bu tetkikler neticesinde hasta ameliyata alınır veya gerekli olduğu takdirde tıbbi tedavisi yapılarak hastanın durumu düzelinceye kadar ameliyat ertelenir (ifti, 2011; Badır vd., 2010).

Bu süreçte, hastanın kardiyak anatomisini ve hemodinamisini tam olarak anlamak için hastanın öyküsünün, fizik muayenesinin, laboratuvar testlerinin ve kateterizasyon verilerinin dikkatli bir Şekilde gözden geçirilmesi gerekli olmaktadır. (Kaya, 2014; Karakuş, 2009).

Ameliyat ncesi hemşirelik, ameliyattan önceki gün/gece ve ameliyat sabahını kapsayan özel basamakları içermeli ve kurumun izlediği hedeflere uygun olarak hazırlanmış kontrol listeleri ele alınarak ve hasta güvenliği sağlanarak hasta bakımı yapılmalıdır (Tolmie vd., 2006). Ameliyattan nceki gün/gece, genel vücut banyosu ile cilt florasını en aza indirmek ve enfeksiyon riskini azaltmak, gastrointestinal sistemi hazırlamak, hastayı bilgilendirmek ve açlık süresini istenilen seviyede tutmak, fiziksel olarak rahat ve güvenli bir ortamda rahat uyumak ve kaygı düzeyini azaltmak hemşirenin görevleri arasındadır ve gözetimi altında yapılmalıdır. Ameliyat ncesi açlık süresi kılavuzları için kanıta dayalı öneriler; ameliyattan 6 saat önce katı gıdaların kesilmesi ve ameliyattan 4 saat önce sıvı alımı yeterli görülse de ülkemizde hastaların rutin uygulamada 8-10 saat a kalmaları gerekmektedir (Erdil vd., 2001; Hardin vd., 2010; LeMone vd., 2008).

Kıl temizliği yapılması gerekiyorsa hasta ameliyata gitmeden hemen önce veya ameliyathanede yapılmalıdır. Hasta ameliyathaneye gönderilmeden önce hayati bulguları alınır ve anormallikler ekibe bildirilir. Tüm laboratuvar sonuçları, ameliyat

izin formları, kan rezervasyon formu ve hasta dosyasının tamamı hasta ile birlikte ameliyathaneye gönderilir. Makyaj, oje, protez, gözlük, lens vb. çıkarılarak hastaya önlük ve bonesi giydirilir, hasta güvenli bir şekilde ameliyathaneye transfer edilir (Erdil vd., 2016).

Sigara içen hastaların ameliyattan en az bir hafta önce, tercihen bir ay önce sigarayı bırakması gerektiği söylenmelidir. Anestezinin ameliyat sonrası komplikasyonları nedeniyle sigara sekresyon oluşumu ve doku perfüzyonu üzerinde olumsuz etkilere sahiptir. Sigara ayrıca atelettazi ve pnömoni riskini de arttıran faktörler arasında yer almaktadır (Brunner, 2010; Lewis vd., 2016).

Hastalara ameliyat öncesi profilaktik amaçlı antibiyotik uygulanarak ameliyathaneye transferi gerçekleştirilir (Brunner, 2010).

Psikolojik Hazırlık: KABG ameliyatı, hastalar ve aileleri için önemli bir stres kaynağı olarak görülmektedir. Bu dönemde yetersiz psikolojik hazırlık, hastanın cerrahi strese uyum sağlayamamasına, kaygı düzeyinin artmasına, ameliyat sonrası dönemde iyileşme süresinin uzamasına ve istenmeyen durumlarla karşılaşılmasına neden olabilir (Sönmez, 2013).

Hastayı stresin olumsuz etkilerinden korumak için hemşire, bilgi eksikliğinin giderilmesini sağlamalı hastanın merak ettiği tüm soruları cevaplamalıdır. Hasta ile korkuları, endişeleri ve onu bekleyen süreç hakkında konuşulmalı ve kendini ifade etmesine olanak sağlanmalıdır. Ayrıca hasta yakınlarının da psikolojik hazırlık sürecine dâhil edilmesi hasta açısından faydalı olacaktır (Kocaman, 2008).

Kalp ameliyatı, bireylerde hastalıktan kurtulma ümidi ve beklentisinin yanı sıra, kendi hayatını idame ettiremeyecek ve eski hayatına dönemeyecek endişesi ve ölüm korkusuna neden olan bir deneyimdir (Özcan, 2008). KABG ameliyatı olan hastalar kendilerini tehdit altında hissetmekte, sağlıkları ve geleceklerinin tehlikeye düştüğünü düşünerek ameliyat öncesi eski hayatlarına geri dönememe endişesine kapılmaktadırlar (Williams, 1998).

Hastaların, ameliyata ihtiyaçları olduğunu bilseler ve ameliyatı kabul etseler bile, ameliyattan önce çeşitli düzeylerde kaygı ve stres yaşadıkları bilinmektedir. Bu

dönemde yetersiz psikolojik hazırlık, hastanın cerrahi strese uyum sağlayamamasına, kaygı düzeyinin artmasına, ameliyat sonrası dönemde iyileşmenin gecikmesine ve komplikasyonlara neden olabilir. Ameliyat öncesi hemşirelik bakımında hemşireler, planlı ve yeterli psikolojik hazırlık ile bu durum kaygının giderilmesine, ameliyat sırasında daha az anestezi uygulanmasına, ameliyat sonrası algılanan ağrı yoğunluğunun önemli ölçüde azalmasına, böylece kullanılan analjezik miktarının azalmasına, yaşamsal bulguların daha kısa sürede normale dönmesine, iyileşme sürecinin ve erken taburculuğun hızlanmasına ve böylece maliyetlerin düşmesine yardımcı olacaktır (LeMone vd., 2008; Hardin vd., 2010).

Fiziksel hastalık başlı başına beyin fonksiyonlarını bozarak ciddi ruhsal bozukluklara yol açabileceği gibi, hastalığın algısına ve hastanın yaşam alanlarına olan etkisine bağlı olarak anksiyete, depresyon gibi ciddi ruhsal bozukluklara da neden olabilmektedir. Fiziksel hastalıktan kaynaklandığı bildirilen en yaygın psikiyatrik sorunlar anksiyete ve depresyondur (Özmen vd., 1993; Yazıcı vd., 2003).

2.5. Anksiyete

Anksiyeteyi, Lopez Ibor angusta hayati veya ruhsal sıkıntı durumu olarak tanımlamıştır (Cesur, 2015). Anksiyete, genel olarak huzursuzluk olarak tanımlanmakla birlikte, bir kişinin kendini tehdit altında hissettiği gergin durumları ifade etmek olarak tanımlanır (Bayad, 2017).

Hastaların can sıkıntısı veya kötü bir şey olacaktıymış hissi olarak tanımladıkları korku benzeri bir duygu olan kaygı, bir uyarı sinyalidir. Kişinin tehditle başa çıkmak için gerekli önlemleri almasını sağlar. Korku da benzer bir uyarı sinyalidir; ancak kaygıdan ayırt edilmelidir. Korku, dış odaklı, spesifik bir tehde bir yanıtken, kaygı, alışılmadık, içsel odaklı bir çatışma tehdidine bir yanıttır. Birey dış tehlikelerden korkarken, içsel çatışmalar ve tehlikeler kaygı yaratır. Vücut bir kaygı duygusu yaşadığında, kaygı uyandıran durumdan kaçmak için hazırlanır ve midriyazis, ağız kuruluğu, çarpıntı, mide bulantısı ve baş dönmesi gibi sempatik aktivasyon belirtileri görülür (Tamam, 2019). Hastalar farklı seviyelerde anksiyete yaşamaktadır;

Hafif Anksiyete: Bireyin çevresinde olup bitenleri görmesi, duyması ve farkında olması, öğrenme düzeyi, yaratıcılığı, duyarlılığı ve katılımcı olması ile tanımlanır.

Konuşmanın hızı ve yoğunluğu konuşmanın içeriği ile uyumlu olduğu gözlenir. Bireysel gerilimi azaltmak için tırnak yeme, yürüme, ağlama, uyuma, yemek yeme, gülme, sigara içme gibi savunma mekanizmaları kullanır (Öz, 2010).

Orta Düzeyde Anksiyete: Bireyin öğrenme, anlama ve karar verme düzeyi düşer, kaygıya neden olan durumu algılama düzeyi artar. Hafif bedensel belirtiler (çarpıntı, karın ağrısı vb.) ortaya çıkmaya başladığı gözlenmektedir (Gedik, 2015).

Yüksek Düzeyde Anksiyete: Bireyin görme ve duyma yeteneğinin yanı sıra algılama, anlama ve iletişim becerileri de azalır. Kendisini ilgilendirmeyen soruları atlayabilir. Bu düzeyde problemin küçük bir detayına odaklanıp geri kalanını görmezden gelme gibi davranışlar sergilenebilir. Kas gerginliği, tansiyon, hızlı nabız ve solunum, mide yakınmaları, çarpıntı, terleme gibi hafif somatik belirtiler ortaya çıkar. Birey kaygılı, ürkek, hassas, sabırsız ve ajite olabilir. Bireyler sorunlarını ancak uzun süre de çözebilirler (Öz, 2010).

Panik: Birey en yüksek kaygı düzeyine sahiptir ve dikkati dağınık durumdadır. Bitkinlik hissi, baş dönmesi, boğulma, ölüm korkusu ve kontrol kaybı görülür. Birey, çevresindeki olaylar veya durumlar arasında bağlantı kuramaz ve öğrenme, algılama ve problem çözme becerileri olumsuz etkilenir (Gedik, 2015).

2.6. Depresyon

Depresyonu sınıflandırma çabaları MÖ 4. yüzyıla kadar uzanır ve Hipokrat melankoli (kara safra) terimini ilk kez kullanır. 1854 yılında Fransız psikiyatrları bu hastalığı "folie circulaire" terimiyle döngüsel olarak tanımlamışlardır. Daha sonraki yıllarda önemli bir tetikleyicinin varlığı ya da yokluğuna göre şekillenen sınıflandırma, DSM-III (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (1980) ile belirti kümelerinin varlığına göre tanı koyma aşamasına ulaşmıştır. Tetikleyici faktörün varlığının tedavinin seyrini veya tedaviye yanıtı değiştirdiği ispat edilmediğinden, belirli tanı kriterlerini denkleştirerek, tetikleyici faktörden bağımsız olarak depresyon tanısı konulabilir (Akıskal, 2005). Yaşam boyu majör depresyon insidansı kadınlarda %10-25, erkeklerde %5-12 olarak saptanmıştır. Majör depresyon yaygınlığı birinci basamakta %10 ve hastanede yatan hastalarda

%15'tir. Depresyon altı aylık dönemden hayatın sonuna kadar herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir (Rihmer vd., 2005).

Majör depresyon için DSM 5 kriterleri; istek ve ilgide azalma, depresif ruh hali, uyku ve iştahta azalma veya artış, psikomotor gerilik, suçluluk, odaklanma güçlüğü, enerjide azalma ve intihar eğilimleri olarak sayılabilir. Bununla birlikte, DSM bu belirtiler arasında bir ayrım yapmaz. Belirtilerden bazıları normal üzüntü olarak kabul edilebilirken, diğerleri daha karmaşık bir depresyon belirtisi olarak kabul edilebilir. Bu noktada semptomların şiddetine göre bir ayırıştırma sağlanabilir. Örneğin, bazı kaynaklarda psikomotor gerilik, intihar düşünceleri, psikotik düşünceler, değersizlik duyguları ve önemli işlevsel bozulma karmaşık belirtiler olarak kabul edilirken, karmaşık olmayan belirtiler arasında üzüntü, iştah kaybı, uyku problemi, odaklanma zorluğu, yorgunluk kriter olarak alınmıştır (Wakefield vd., 2017). Depresyon tanısında bu belirtilerin önceliklerinin tanılanması, normal üzüntü ve depresyon ayırımında yol gösterici olabilir.

Sonuç olarak, depresyon ve anksiyete bozuklukları en sık görülen psikiyatrik bozukluklardır. Sıklıkla diğer tıbbi durumlarla ilişkilendirilirler. Depresyon veya anksiyete bozukluklarının varlığı, altta yatan tıbbi durumun seyrini ve tedaviye yanıtı olumsuz etkileyebilir veya geciktirebilir. Tüm hemşireler depresyon ve anksiyete bozukluklarına karşı bilinçli olmalı ve baş etme yöntemlerini geliştirmeli gerekli hemşirelik planlamasını yapmalı, girişimlerini uygulamalıdır.

2.7. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olacak Hastaların Anksiyete ve Depresyon Durumları

Anksiyete, içeriden veya dışarıdan gelebilecek olası bir tehdiye karşı hoş olmayan, belirsiz bir endişe veya endişe duygusu olarak tanımlansa da herhangi bir durumun neden olduğu geçici bir endişe hali olan durumluk kaygı, çevreden gelen faktörlerden bağımsız olarak sürekli tehlike ve sürekli kaygı olarak da ikiye ayrılır. Anksiyete ve kardiyovasküler hastalıklar üzerine yapılan araştırmalar, bu hastalıklarda görülen psikiyatrik komplikasyonlar arasında ilk sırada yer alan bu hastalıklar arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir (Yüksel vd., 2000).

KABG cerrahisinde, ameliyatın kendisi bir endişe kaynağıdır. Kardiyak müdahale, hastanın ölme ve eski yaşantısına dönememe korkusu nedeniyle kaygılanma riskini

artırır. Açık kalp cerrahisinin olumlu etkilerinin yanı sıra Karayağız ve ark. çalışmasında bahsedilen yaygın anksiyete bozukluğu ile kardiyovasküler hastalıklar arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir (Harkness vd., 1999). Ameliyat olan kişiler, ameliyatın ani ve tehdit edici olması nedeniyle diğer bölümlerdeki hastalara ve hastalıklara göre daha fazla kaygı duyarlar. Anksiyete, uyku bozuklukları, depresyon, erektil disfonksiyon, evde ve işte rol ve pozisyon kaybı, literatürde koroner arter baypas greftleme sonrası sıklıkla bildirilmektedir (Yavuz, 2010; Yorgancıoğlu vd., 2004). KABG cerrahisinde kaygı düzeyini artıran bir diğer durum da ameliyatın karmaşıklığı ve tedavi süresinin uzunluğudur. Kaygı düzeylerinin, bireyin sınırlı fiziksel hareketliliği, acı ve ıstırap korkusu, temel günlük ihtiyaçlarını karşılayamama, işe dönememe ve ölüm korkusundan etkilendiği düşünülmektedir (Akkaş Gürsoy, 2001). Endişeli bireylerin ameliyat sonrası dönemde derin nefes alma ve öksürme sırasında ağrı korkusu, solunumun toparlanmasını ve iyileşme süresini olumsuz etkileyebilir (Gardner vd., 1997).

Hastanın kaygısını azaltmak için öncelikle kaygı düzeyinin belirlenmesi gerekir. Hemşireler, bilişsel ve davranışsal yöntemlere dayalı, iş merkezli yerine hasta merkezli bütüncül bakım, kısa, net cümlelerle bilgi vererek hastaların kaygılarını fark etmelerine ve yönetmelerine yardımcı olabilir. Hemşire hastanın cerrahi kaygısını tanımasına ve ifade etmesine destek sağlamalıdır (Nayır, 2012; Okanlı vd., 2006).

Anksiyete, stres, depresyon, öfke gibi psikososyal risk faktörleri kardiyovasküler hastalık ve KAH riskini artırır ve bu risk faktörleri kalp cerrahisinde kötü sonuçlar ile ilişkilidir (Rosengren vd., 2004; Şengül vd., 2011). Ameliyat, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yaşamını etkileyen en önemli yaşam deneyimlerinden biridir. Bazı araştırmacılar, hastaların açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrasında önemli düzeyde kaygı yaşadıklarını bildirmişlerdir (Pignay Demaria vd., 2003; Douki vd., 2011). Kalbin sembolik anlamı, kalbe yapılacak herhangi bir müdahalenin hastada ölüm korkusu ve dolayısıyla ameliyat öncesi anksiyete riskini artırmasıdır. Kardiyak defibrilatör implantasyonunun yaygın anksiyete bozukluğu riskini arttırdığı bildirilmiştir (Navarro García vd., 2011).

Başka bir çalışmada 45 ila 68 yaşları arasında KABG ameliyatı geçiren 38 erkek hasta üzerinde yapılan bir araştırmada, hastaların %40'ının ameliyat öncesi orta

düzyeyde kaygıya sahip olduğu bulunmuştur. Yine bu hastaların %38,9'u kalıcı ameliyat sonrası anksiyete bildirmiştir (Edel Gustaffson vd., 1999). Koroner arter bypass greftleme hastalarını bir yıl sonra yeniden değerdendiren bir çalışma, çok başarılı sonuçlara rağmen hastalarda yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon bulmuştur (Perski vd., 1998). Çalışmalar cerrahi hastalarında anksiyete düzeylerinin ameliyat öncesi ve sonrası stabil olduğunu, ancak kronik anksiyeteli hastaların ameliyattan hemen önce daha endişeli olma eğiliminde olduğunu göstermiştir (Gürsoy, 2001).

Yapılmış olan bir çalışmada, ameliyat olan hastaların %75'inin ameliyat öncesi kaygı bildirdiğini ve bu kaygının ameliyat zamanı yaklaştıkça artarak ameliyathanede en yüksek düzeyine ulaştığını göstermiştir (Aksoy vd., 1995). Başka bir çalışma, ameliyat için hastaneye yatırılan hastaların diğer hastalara göre daha yüksek kaygı düzeylerine sahip olduğunu bulmuştur (Swindale, 1989).

Başka bir çalışmada ise bilgi ihtiyacının hastalar ve aileleri için önemli olduğu, yetersiz bilgi verildiğinde hasta ve ailelerinin kaygılı hissettikleri saptanmıştır (Appleyard vd., 2000). Ameliyat öncesi hastayı ve ailesini hastanede kalış süresi ve cerrahi prosedür hakkında bilgilendirmek, endişelerinin çoğunu netleştirmeye ve endişelerini azaltmaya yardımcı olabilir. Aynı zamanda bu durum cerrahi işlemin başarısına da olumlu etki etmektedir (Swindale, 1989).

Yapılan bir çalışmada hastalarda anksiyetenin fizyolojik belirtileri incelendiğinde, ameliyat öncesi dönemde bulantı, titreme, kalp hızında artış gibi belirtiler daha sık olduğu gözlenmiştir. Ayrıca hastaların büyük çoğunluğu eklem ağrısı ve sırt ağrısından şikayetçidir. Bu anlamda hastaların ameliyat öncesi anksiyete ölçeği puan ortalamalarının yüksek olması anksiyetenin bilişsel yönü ile, bulantı, üşüme ve nabız artışının olması anksiyetenin fizyolojik yönü ile açıklanabilir. Hastalar orta ila şiddetli anksiyete belirtileri bildirebilir. Anksiyetenin bazı fizyolojik semptomları (bulantı, titreme, yüksek nabız hızı) ameliyat sonrası dönemde önemli ölçüde azalmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Akut ağrının bir sonucu olarak otonom yanıtların ortaya çıktığı bilinmektedir. Bu otonomik tepkiler, kalp hızı, solunum hızı ve kan basıncındaki değışiklikleri, soluk veya kızamık cilt, terleme, lakrimasyon, deri altı oksijen basıncında azalma, taşikardi, bulantı ve

kusmayı içerir. Bu göstergelerin doğrudan ağrıdan kaynaklandığı söylenemez ve genellikle stres tepkileri ile ilişkilidir (Sidar, 2013).

KABG uygulanan hastalarda ameliyat öncesi anksiyeteyi bildiren birçok çalışma, yüksek, orta ve düşük anksiyete düzeyine sahip hastaların ameliyat sonrası dönemde de bu anksiyete düzeyine sahip olduklarını göstermiştir (McCrone vd., 2001). Kardiyovasküler hastalığı olan çoğu insan için kaygı ve yaşam tarzı, tedavi ve iyileşme sürecinde önemli bir yere sahiptir (Kreitzer vd., 2002).

Açık kalp ameliyatlarında; ameliyat öncesi eğitimin kaygı ve korkuları azalttığı, ameliyat sonrası ağrı düzeyini ve hastanede kalış süresini önemli ölçüde azalttığı, ameliyat sonrası dönemde ortaya çıkan bulantı kusma gibi istenmeyen durumları önemli ölçüde yok ettiği gözlemlenmiştir (Scott, 2004; Foss, 2011).

Okanlı ve arkadaşlarının (2006) yaptığı bir çalışmada da cerrahi kliniklerde yatan hastaların %49.2 sinin depresyon, % 36'sının ise anksiyete bozukluğu açısından risk altında olduğunu göstermiştir. (Okanlı vd., 2006). Başka bir çalışma da cerrahi kliniklerde yatan hastaların %63,9'unda (HAD-A alt ölçek puanları ortalama $12,9 \pm 3,95$) anormal derecede anksiyete ve %66,7'sinde (HAD-D puan ortalaması ise $12,2 \pm 3,30$) anormal derecede depresyon belirti ve bulguları saptanmıştır (Akıncı, 2022).

Gök ve arkadaşlarının (2020) cerrahi kliniklerde yatan hastalarda yaptığı çalışmada da hastaların anksiyete puan ortalaması ölçek kesme puanının altında, depresyon puan ortalaması ise ölçek kesme puanının üzerinde bulunmuştur. Genel olarak cerrahi hastalarının depresyon bozukluğu açısından risk altında olduğu düşünüldüğü belirtilmiştir (Gök vd., 2020).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırmanın amacı koroner arter bypass greft ameliyatı olacak hastaların anksiyete ve depresyonları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir. Araştırma tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 01.10.2021-31.12.2022 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahi Servisinde yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahi servisinde yatan koroner arter bypass greft ameliyatı uygulanacak olan hastalar oluşturmaktadır.

Bu çalışma, Kalp ve Damar Cerrahisi Servisine KABG ameliyatı planı ile yatırılan 76 hastanın katılımı ile gerçekleştirildi.

Araştırmanın örneklemini, dahil edilme kriterlerine uygun olan ve araştırmaya katılmaya gönüllü hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemine, koroner arter bypass greft ameliyatı olacak hastaların anksiyete ve depresyon puanları üzerine 10 faktörün etkisini araştırdığımız ve $R^2=0.30$ açıklayıcılık öngördüğümüz araştırmamızda, hesaplanan 0.234 etki büyüklüğü düzeyinde, %5 yanılma payı ve %80 güç değeriyle toplam 76 hastanın alınması gerektiği hesaplandı.

3.4. Araştırmanın Dahil Edilme ve Dahil Edilmeme Kriterleri

Hastaların araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- 18 yaş ve üzeri
- İletişime ve iş birliğine açık,
- Mental sağlığı yerinde,

- Görme, işitme, konuşma gibi duyuşsal problemleri olmayan,
- İlk defa KABG ameliyatı olacak olan,
- Psikiyatrik hastalık tanısı bulunmayan veya psikiyatrik ilaç kullanmayan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar olarak belirlendi.

-Hastaların araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:

- 18 yaş ve üzeri olmayan,
- İletişime ve iş birliğine açık olmayan,
- Mental sağlığı yerinde olmayan,
- Görme, işitme, konuşma gibi duyuşsal problemleri olan,
- Daha önce KABG ameliyatı olan,
- Psikiyatrik hastalık tanısı olan ya da psikiyatrik ilaç kullanan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan hastalar olarak belirlendi.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri toplanırken; Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği kullanıldı.

3.5.1. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu

Hastalara ait sosyo-demografik özelliklerin yer aldığı bu form araştırmacı tarafından literatür desteği ile hazırlanmıştır (Sidar vd., 2013; Demirkıran vd., 2012; Soyer vd., 2018). Hasta tanıtıcı bilgi formu (Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer, sosyal güvence, birlikte yaşadığı kişiler, gelir durumu, refakatçi durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, kronik hastalık durumu, ameliyat öncesi yatış süresi, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası ile ilgili bilgilendirme/eğitimi alma durumu) 15 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Ölçek 1983 yılında Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilmiş olup, 1997 yılında Aydemir ve ark. tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği 14 maddeden oluşmakta, tek sayılı maddeler anksiyete ve çift sayılı maddeler depresyonu araştırmaktadır. Ölçek dördümlü likert tipi

bir değerlendirme aracıdır ve maddelerinin puanları 0-3 arasındadır. Ancak her maddenin puanlaması değişik biçimdedir; 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11. ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan, 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Alt ölçeklerin toplam puanları bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Anksiyete alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. maddelerin puanları toplanır. HAD Türkçe formunun anksiyete alt ölçeğinin kesme noktası 10, depresyon alt ölçeğinin kesme noktası ise 7 olarak bulunmuştur. Bu puanların üzerinde puan elde edilen hastalar risk grubu olarak kabul edilebilir (Aydemir vd., 1997). Aydemir ve arkadaşlarının (1997) yürüttüğü çalışmada Cronbach alfa katsayısı anksiyete alt boyutu için 0,8525, depresyon alt boyutu için 0,7784 bildirilirken, bu çalışmada aynı sırayla 0,919 ve 0,777 olarak hesaplanmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın veri toplama formları, araştırmaya gönüllü katılım gösteren KABG ameliyatı olacak hastalara, yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulandı. Hastalara araştırma hakkında sözlü ve yazılı bilgilendirme yapıldı ve hastaların yazılı bilgilendirilmiş gönüllü onayı alındı. Okur-yazar olmayan hastalar ile görüşmeci aracılığıyla veriler toplandı. Araştırmanın veri toplama formları hastalarla birlikte dolduruldu ve formların doldurulması ortalama 10 dakika sürdü.

3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmada hastaların tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durumu, mesleği, yaşadığı yer, gelir durumu, sosyal güvence varlığı, birlikte yaşadığı kişiler, refakatçi durumu, sigara kullanımı, alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı, ameliyat hakkında bilgi alma durumu) bağımsız değişkenleri oluştururken, hastaların anksiyete ve depresyon düzeyi ise bağımlı değişkeni oluşturmaktadır.

3.8. Araştırmanın Sorusu

S1: Koroner arter bypass greft ameliyatı olacak hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörler nelerdir ?

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Niceliksel veriler için tanımlayıcı istatistik olarak ortalama \pm standart sapma, kategorik veriler için ise sayı (n) ve yüzde (%) kullanıldı. Niceliksel verilerin normal dağılımına uygunluğu Shapiro Wilk test ile incelendi.

Anksiyete ve depresyon puanlarının dağılımı normal olmadığından 2 kategoriden oluşan faktörlerin anksiyete ve depresyon puanlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Üç yada daha fazla kategoriden oluşan faktörlerin anksiyete ve depresyon puanlarının karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Anksiyete ve depresyon puanları ile niceliksel veriler arasındaki ilişkileri incelemeye Spearman korelasyon analizi kullanıldı. KABG ameliyatı geçirecek hastaların anksiyete ve depresyon puanları üzerine söz konusu faktörlerin etkisini incelemeye çoklu doğrusal regresyon analizi kullanıldı. $p < 0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınır değeri olarak kabul edildi.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir merkezde ve sadece gönüllü hastaların katılımı ile yapılmış olması, araştırmanın Covid-19 pandemisi döneminde yapılmış olması kısıtlılığını oluşturmaktadır.

3.11. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan (Ek-1) ve araştırmanın yapıldığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesinin bağlı olduğu İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden gereken yazılı izin alındı (Ek-2).

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin kullanımı için ilgili yazardan mail yolu ile yazılı izin alındı.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, hastane eğitim sorumlusu, kalp ve damar cerrahi servis klinik şefi, servis sorumlu hemşiresi ve diğer hemşireler araştırma hakkında bilgilendirildi.

3.12. Araştırma Takvimi

Literatür taraması: Ekim 2021- Nisan 2022

Araştırmanın planlanması: Ekim 2021- Aralık 2022

Verilerin elde edilmesi: Ekim 2021- Kasım 2022

Veri tabanının oluşturulması ve düzenlenmesi: Kasım 2022- Aralık 2022

Verilerin analizi: Şubat 2023- Mart 2023

Tezin yazımı: Eylül 2022- Mayıs 2023



4.BULGULAR

Tablo 4.1. Hastalara ilişkin sosyo-demografik özellikler

		n	%
Cinsiyet	Kadın	29	38,2
	Erkek	47	61,8
Medeni durum	Evli	70	91,1
	Bekar	6	7,9
Eğitim durumu	Okur yazar değil	13	17,1
	Okur-yazar	8	10,5
	İlkokul	27	35,5
	Ortaokul	15	19,7
	Lise	9	11,8
	Lisans-Lisansüstü	4	5,3
Çalışma durumu	Çalışıyor	18	23,7
	Çalışmıyor	58	76,3
Yaşadığı yer	İl	54	71,1
	İlçe	21	27,6
	Kasaba/köy	1	1,3
Sosyal güvence	Var	76	100,0
	Yok	0	0,0
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	1	1,3
	Eşi	28	36,8
	Eşi ve çocukları	42	55,3
	Çocukları	5	6,6
Gelir durumu	Gelir giderden az	12	15,8
	Gelir gidere denk	61	80,3
	Gelir giderden fazla	3	3,9
Refakatçi durumu	Var	74	97,4
	Yok	2	2,6
Sigara	Evet	28	36,8
	Hayır	48	63,2
Alkol	Evet	4	5,3
	Hayır	72	94,7
Kronik hastalık durumu	Var	54	71,1
	Yok	22	28,9
Ameliyat öncesi, sonrası ve sonrası ile ilgili bilgilendirme/ eğitimi alma durumu	Evet	63	82,9
	Hayır	13	17,1

Hastalara ilişkin sosyo-demografik özellikler Tablo 4.2’de gösterildi.

Hastalara ilişkin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde %61,8’inin erkek olduğu ve %91,1’inin evli olduğu gözlemlendi. Hastaların %35,5’inin ilkokul mezunu

olduğu, %76,3'ünün çalışmadığı, %71,1'i il merkezinde yaşadığı, %100'ünün sosyal güvencesinin olduğu, %55,3'ünün eşi ve çocukları ile birlikte yaşadığı, %80,3'ünün gelirinin gidere denk olduğu, %97,4'ünün refakatçisinin olduğu, %63,2'sinin sigara kullanmadığı, %94,7'sinin alkol kullanmadığı, %71,1'inin kronik hastalığı olduğu ve %82,9'unun ameliyat öncesi, sırası ve sonrası ile ilgili bilgi aldığı gözlemlendi.

Tablo 4.2. Hastaların yaş ve ameliyat öncesi yatış günü ortalamaları

	Ortalama	n
Yaş	62,2 ± 8,9	76
Ameliyat öncesi yatış günü	5,1 ± 2,5	76

Hastaların yaş ve ameliyat öncesi yatış günü ortalamaları Tablo 4.1'de gösterildi.

Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 62,2 ± 8,9 olup yaşları 33 ile 84 arasında değişmekteydi. Hastaların ameliyat öncesi yatış günü ortalaması 5,1 ± 2,5 olup minimum 1 ve maksimum 14 gündü (Tablo 4.1.)

Tablo 4.3. Hastaların hastane anksiyete ve depresyon ölçeği anksiyete ve depresyon altboyut puanları ve cronbach's alfa değeri

	n	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	Minimum	Maksimum	Cronbach's Alfa
Anksiyete	76	4,8	4,9	3,5	,0	18,0	0,919
Depresyon	76	4,7	3,6	4,0	,0	15,0	0,777

Hastaların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği anksiyete ve depresyon altboyut puanları Tablo 4.3'te yer almaktadır.

Hastaların 0 ile 18 arasında değişen anksiyete puan ortalamasının 4,8 ± 4,9 olduğu, 0 ile 15 arasında değişen depresyon puan ortalamasının ise 4,7 ± 3,6 olduğu bulundu.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin anksiyete ve depresyon altboyutuna ilişkin Cronbach alfa değeri Tablo 4.3'te gösterildi.

Ölçeğin Anksiyete altboyutuna ilişkin Cronbach alfa değeri 0,919, Depresyon altboyutuna ilişkin Cronbach alfa değeri 0,777 olarak bulunmuş olup ölçeğe verilen cevaplar güvenilir olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 4.4. Hastaların anksiyete ve depresyon altboyut puanlarına göre sınıflandırılması

		n	%
Anksiyete grubu	Normal (0-7)	54	73,0
	Sınırdaki (8-10)	9	12,2
	Anksiyete (11-21)	11	14,9
Depresyon grubu	Normal (0-7)	60	78,9
	Sınırdaki (8-10)	9	11,8
	Depresyon (11-21)	7	9,2

Hastaların anksiyete ve depresyon altboyut puanlarına göre sınıflandırılması Tablo 4.4'te yer almaktadır.

Hastalar anksiyete puanına göre sınıflandırıldığında %73,0'ünün normal anksiyete düzeyinde, %12,2'sinin düzeylerinin sınırdaki anksiyete belirtisi gösterdiği, %14,9'unun ise anksiyete belirtisi gösterdiği bulundu. Hastalar depresyon altboyut puanlarına göre sınıflandırıldığında ise %78,9'unun normal düzeyde olduğu, %11,8'inin düzeylerinin sınırdaki depresyon belirtisi gösterdiği, %9,2'sinin ise depresyon belirtisi gösterdiği bulundu.

Tablo 4.5. Hastaların anksiyete ve depresyon altboyut puanlarının sosyo-demografik özelliklere göre karşılaştırılması

		n	Anksiyete	p	Depresyon	p
Cinsiyet	Kadın	29	7,0±5,5	0,002	6,1±4,2	0,012
	Erkek	47	3,5±4,0		3,7±2,9	
Medeni durum	Evli	70	5,0±5,1	0,420	4,8±3,7	0,163
	Bekar	6	2,5±2,1		2,7±1,8	
Eğitim durumu	Okur yazar değil	13	7,5±4,8	0,009	4,9±3,2	0,080
	Okur-yazar	8	5,9±5,7		6,3±4,4	
	İlkokul	27	4,9±5,1		5,1±3,9	
	Ortaokul	15	3,9±4,0		4,4±2,8	
	Lise	9	3,8±5,1		3,8±3,8	
	Lisans-Lisansüstü	4	0±0		0,8±1,0	
Çalışma durumu	Çalışıyor	18	4,2±5,0	0,281	3,3±3,7	0,027
	Çalışmıyor	58	5,0±4,9		5,1±3,5	
Yaşadığı yer	İl	54	4,5±4,8	0,170	4,2±3,3	0,340
	İlçe	21	5,8±5,2		5,8±4,3	
	Kasaba/köy	1	0±.		3±.	
Sosyal güvence	Var	76	4,8±4,9	-	4,7±3,6	-
	Yok	0	-		-	
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	1	2±	0,517	2±	0,870
	Eşi	28	3,7±4,1		4,4±3,0	

Tablo 4.5. Devamı. Hastaların anksiyete ve depresyon altboyut puanlarının sosyo-demografik özelliklere göre karşılaştırılması

	Eşi ve çocukları	42	5,7±5,4		5±4,1	
	Çocukları	5	4,6±4,7		4,2±2,7	
Gelir durumu	Gelir giderden az	12	6,5±4,3	0,109	6,4±2,8	0,049
	Gelir gidere denk	61	4,6±5,0		4,4±3,7	
	Gelir giderden fazla	3	2,7±4,6		3,7±4,7	
Refakatçi durumu	Var	74	4,8±5,0	0,360	4,6±3,7	0,557
	Yok	2	6,0±0,0		5,0±0,0	
Sigara	Evet	28	4,4±5,5	0,266	4,1±4,5	0,051
	Hayır	48	5,1±4,6		5,0±3,0	
Alkol	Evet	4	3,8±7,5	0,153	3,3±5,3	0,202
	Hayır	72	4,9±4,8		4,7±3,5	
Kronik hastalık durumu	Var	54	5,9±5,1	0,001	5,6±3,7	0,001
	Yok	22	2,3±3,5		2,2±2,1	
Ameliyat öncesi, sonrası ve bilgilendirme/eğitim durumu	Evet	63	4,6±5,1	0,146	4,6±3,9	0,458
	Hayır	13	6,0±4,1		4,8±2,2	

Hastaların anksiyete ve depresyon altboyut puanlarının sosyo-demografik özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 4.5’de yer almaktadır.

Kadınların anksiyete puanlarının ($7,0 \pm 5,5$) erkeklerin anksiyete puanlarından ($3,5 \pm 4,0$) istatistiksel anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu ($p=0,002$). Benzer şekilde kadınların depresyon puanlarının da ($6,1 \pm 4,2$) erkeklerin depresyon puanlarından ($3,7 \pm 2,9$) istatistiksel anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu ($p=0,012$). Eğitim durumu arttıkça anksiyete puanlarının istatistiksel anlamlı olarak düştüğü ($p=0,009$) depresyon puanlarında ise anlamlı fark olmadığı ($p=0,080$) bulundu. Çalışanlar ile çalışmayanlar arasında anksiyete açısından anlamlı fark bulunmazken ($p=0,281$), çalışmayanların depresyon puanlarının ($5,1 \pm 3,5$) çalışanların depresyon puanından ($3,3 \pm 3,7$) istatistiksel anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu ($p=0,027$). Geliri giderden az olanların depresyon puanları istatistiksel anlamlı olarak yüksek bulunurken ($p=0,049$), anksiyete puanları açısından ise fark bulunamadı ($p=0,109$). Kronik hastalığı olanların anksiyete puanları ($5,9 \pm 5,1$) kronik hastalığı olmayanlardan ($2,3 \pm 3,5$) anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,001$). Benzer şekilde kronik hastalığı olanların depresyon puanları ($5,6 \pm 3,7$) kronik hastalığı olmayanlardan ($2,2 \pm 2,1$) anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,001$). Medeni durum,

yaşadığı yer, sosyal güvence, birlikte yaşadığı kişiler, refakatçi durumu, sigara, alkol ve ameliyat öncesi, sırası ve sonrası ile ilgili bilgilendirme/eğitim alma durumuna göre anksiyete ve depresyon altboyut puanlarında istatistiksel anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.6. Hastaların anksiyete ve depresyon altboyut puanları ile yaş ve ameliyat öncesi yatış günü arasındaki ilişki

		Anksiyete	Depresyon
Yaş	r	0,066	0,160
	p	0,573	0,168
Ameliyat öncesi yatış günü	r	-0,009	-0,149
	p	0,941	0,198

Hastaların anksiyete ve depresyon altboyut puanları ile yaş ve ameliyat öncesi yatış günü arasındaki ilişki Tablo 4.6’de yer almaktadır.

Hastaların anksiyete ve depresyon altboyut puanları ile yaş ve ameliyat öncesi yatış günü arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

5.TARTIŞMA

KABG ameliyatları, cerrahi yöntemlerle müdahale edilen organın hayati öneme sahip olması ve ameliyat sonrası süreçteki olası riskler ve belirsizlikler nedeniyle hastaların anksiyete ve depresyon belirtileri yaşamasına neden olmaktadır. Hastaların ameliyat öncesi dönemde yaşadığı anksiyete ve depresyon, ameliyat sonrası iyileşme sürecini etkilemektedir (Ramesh vd., 2017).

Tanımlayıcı türde olan bu araştırma KABG ameliyatı olacak hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacı ile yapıldı.

5.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Tartışması

Araştırmada hastaların yaş ortalaması $62,2 \pm 8,9$ olup, yaşları 33 ile 84 arasında değişmektedir. Gök ve arkadaşlarının (2020) yaptığı araştırmada hastaların en genci 18, en büyüğü 95 yaşında olup yaş ortalaması $54,81 \pm 17,77$ olarak bulunmuştur (Gök vd., 2020). Okanlı ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada ise 311 hastanın yaş ortalamasını $48,3 \pm 16,9$ olarak saptanmıştır (Okanlı vd., 2006). İnce (2020) çalışmasında kalp cerrahisi hastalarının yaş ortalamasını $60,28 \pm 10,09$ olarak belirlemiştir. Shakouri ve arkadaşlarının (2015) kalp cerrahisi hastalarının katılımıyla yaptığı randomize kontrollü çalışmada deney grubu hastalarının yaş ortalamasının $54,4 \pm 10,8$, kontrol grubu hastalarının ise $59,3 \pm 10,45$ olduğu bulundu. Araştırma bulguları farklı yaşlarda hastalara kalp cerrahisinin yapıldığını göstermekle birlikte, daha çok orta yaş ve üzeri yaşlardaki hastalara KABG ameliyatı uygulandığını ortaya koymaktadır.

Çalışmaya katılan hastaların %61,8'i erkek hastalardan oluşurken %38,2'si kadın hastalardan oluşmaktadır. Shakouri ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında hastaların %65,0'inin erkek, %35,0'inin kadın olduğu belirtilmiştir. Gök ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada ise kadın hastalar çalışmanın %45,9'unu oluştururken erkek hastalar çalışmanın %54,1'ini oluşturmaktadır (Gök vd., 2020). Kalp cerrahisi hastaları ile yapılan çalışmada hastaların %74,6'sının erkek olduğu belirlendi (İnce, 2020). Gürbüz ve arkadaşlarının (2022) yaptığı bir çalışmada erkek hastalarda daha çok KABG cerrahisi planlandığı ve ameliyat için daha fazla risk oluşturduğunu

saptamışlar (Gürbüz vd., 2022). Örneklem grubunun literatür ile uyumlu olduğu belirlendi.

Çalışmaya katılan hastaların %91,1'i evli, %7,9'u bekâr olarak bulundu. Ertem ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada 92 hastadan %87'si evli %13'ü ise bekâr olduğu belirlenmiştir (Ertem vd., 2013). Yapılan benzer bir çalışmada da hastaların %83,6'sının evli olduğu belirlendi (İnce, 2020). Araştırma bulgularının toplumsal yaşam ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların %17,1'i okur-yazar değil, %10,5'i okur-yazar, 35,5'i ilkokul, %19,7'si ortaokul, 11,8'i lise, % 5,3'ü ise lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip olduğu bulundu. Demirkıran ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada hastaların %32,5'i sadece okur-yazar, %40'ı ilkokul ya da ortaokul mezunu, %18,7'si lise mezunu, %8,8'i üniversite mezunu olarak saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada farklı olarak hastaların %47,8'inin üniversite ve %23,9'unun ilkokul, %14,9'unun lise mezunu olduğu belirlendi (İnce, 2020). Okanlı ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Okanlı vd., 2006).

Hastaların; %71,1'i il merkezinde yaşarken, %27,6'sı ilçe merkezinde yaşamakta olup, %1,3'ü ise köy ya da kasaba merkezinde yaşamaktadır. Okanlı ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Okanlı vd., 2006). Başka bir çalışmada hastaların %70'i il merkezinde, %25'i ilçe merkezinde, %5'inin ise köy de yaşadığı saptanmıştır (Demirkıran vd., 2011). Araştırma sonuçlarına göre hastaların çoğunlukla il merkezlerinde yaşadığı söylenebilir.

Çalışmaya dahil edilen hastaların %23,7'si çalışırken %76,3'ünün çalışmadığı ve hastaların tamamının sosyal güvencesinin olduğu belirlendi. Sarıtaş ve Aktura (2020) kalp yetmezliği olan hastalarla yaptığı benzer bir çalışmada hastaların %74,5'inin çalışmadığı ve Kutlu ve arkadaşlarının (2016) çalışmasına katılan hastaların %97.1'inin sosyal güvenceye sahip olduğu belirlendi. Araştırma sonucunun literatüre paralel olduğu görüldü.

Çalışmaya katılan hastaların %1,3'ü yalnız yaşarken, %36,8'i eşi ile yaşamakta, %55,3'ü eşi ve çocukları ile yaşarken, %6,6'sının ise sadece çocukları ile yaşadığı

tespit edildi. Demirkıran ve arkadaşlarının (2011) yaptığı bir çalışmada 80 hastadan %87,5'i çekirdek aile yaşam biçiminde, %12,5'i ise geleneksel yaşam biçiminde yaşadığı bulunmuş (Demirkıran vd., 2011). Araştırma sonucuna göre KABG uygulanacak hastalarda çekirdek aile yapısının daha yaygın olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan 76 hastanın %15,8'inin gelirinin giderinden az olduğu, %80,3'ünün ise gelirinin giderine denk olduğu, %3,9'unun ise gelirinin giderinden fazla olduğu bulundu. Gök ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada da sonuçların benzer olduğu gözlemlendi (Gök vd., 2020). Kutlu ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında hastaların %54,2'sinin ekonomik durumunun orta, %34,3'ünün iyi, %8,2'sinin kötü ve %3,3'ünün çok iyi düzeyde olduğu belirtildi. Literatürde kalp hastalıkları ile etkin başetmede sosyoekonomik durumun etkili olduğu belirtilmektedir (Tan vd., 2019; Chauvet Gelinier vd., 2017).

Çalışmaya katılan hastaların %97,4'ünün refakatçisi varken %2,6'sının refakatçisinin olmadığı belirlendi. Araştırma bulgusunun toplumda geleneksel sosyokültürel bağların kuvvetli olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Refakatçi desteğinin olması ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası süreçte hastaları fiziksel ve psikolojik olarak olumlu etkiler.

Çalışmaya katılan hastaların %36,8'i sigara kullanırken, %63,2'sinin sigara kullanmadığı bulundu. Bununla birlikte %5,3'ünün alkol kullanırken, %94,7'sinin alkol kullanmadığı belirlendi. Gürbüz ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada da benzer sigara öyküleri bulunmuştur (Gürbüz vd., 2022). Shakouri ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında deney grubu hastalarının %30,0'unun, kontrol grubu hastalarının ise %33,3'ünün sigara kullandığı belirtilmiştir. İnce'nin (2020) kalp cerrahisi hastaları ile yaptığı çalışmada hastaların %41,8' sigara kullanmazken, %76,1'i alkol kullanmamaktadır.

Çalışmaya dâhil edilen hastalardan %71,1'inin kronik hastalığı varken, %28,9'unun kronik hastalığa sahip olmadığı bulundu. Kalp ameliyatı olan hastalar ile yapılan çalışmada hastaların %64,2'sinin geçirilmiş bir hastalığı olduğu belirtilmiştir (İnce, 2020). Shakouri ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında deney grubu grubu hastalarında %36,7'sinin, kontrol grubu hastalarının ise %26,6'sının diyabet öyküsü

olduğu saptanmıştır. Kalp cerrahisinin daha çok orta ve ileri yaşlarda uygulanması nedeniyle hastaların kronik hastalığının olması olası bir sonuçtur.

Bununla birlikte hastaların %82,9'u ameliyat öncesi bilgi aldığını ifade etmişken, %17,'i bilgilendirilmediğini belirtti. İnce (2020) çalışmasında ameliyat öncesi dönemde hasta ile iletişim kurulmasının ve hastaya eğitim yapılmasının anksiyeteyi azalttığını belirtmiştir. Araştırmada hastaların çoğunluğunun ameliyat öncesi bilgi almış olmasının, anksiyete ve depresyon düzeyini olumlu etkilediği düşünülmektedir.

5.2.Hastaların Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği Puanlarının Tartışması

Çalışmada hastaların HAD ölçeğinin anksiyete puan ortalamasının $4,8 \pm 4,9$ olduğu, depresyon puan ortalamasının ise $4,7 \pm 3,6$ olduğu bulundu. HAD ölçeği Türkçe formunun anksiyete alt ölçeğinin kesme noktası 10, depresyon alt ölçeğinin kesme noktası ise 7 olarak bildirilmiştir. Bu puanların üzerinde puan elde edilen hastalar risk grubu olarak kabul edilebilir (Aydemir vd., 1997). Hastaların anksiyete ve depresyon puan ortalaması ölçek kesme puanının altındadır. İnce (2020) kalp cerrahi hastaları ile yaptığı deneysel çalışmada ameliyat öncesi kontrol grubu hastalarının anksiyete puanını $5,5 \pm 3,3$, tedavi grubu hastalarının ameliyat öncesi anksiyete puanını ise $5,0 \pm 3,6$ olduğunu belirlemiştir. Aynı çalışmada kontrol grubu hastalarının ameliyat öncesi depresyon puanı $4,6 \pm 3,3$, tedavi grubu hastalarının ise $4,4 \pm 3,9$ olarak saptandı. Araştırma sonucuna göre hastaların anksiyete ve depresyon açısından risk altında olmadığı söylenebilir.

Hastalar anksiyete puanına göre sınıflandırıldığında %73,0'ının normal düzeyde, %12,2'sinin düzeylerinin sınırdaki anksiyete belirtisi gösterdiği, %14,9'unun ise anksiyete belirtisi gösterdiği bulundu. Hastalar depresyon altboyut puanlarına göre sınıflandırıldığında ise %78,9'unun normal düzeyde olduğu, %11,8'inin düzeylerinin sınırdaki depresyon belirtisi, %9,2'sinin ise depresyon belirtisi gösterdiği bulundu. Köseoğlu Örnek ve arkadaşlarının (2022) çalışmasına katılan kalp damar cerrahisi hastalarının 1/3'ünden fazlasının orta veya şiddetli anksiyete yaşadığı belirlendi. Sarıtaş ve Aktura (2022) çalışmasında hastaların %52,7'sinin anksiyete, %98,2'sinin ise depresyon yönünden riskli olduğu belirtildi. Kutlu ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında ise hastaların %53,9'unun anksiyete ve %86,1'inin depresyon yaşadığı belirlendi. Yapılan çalışmada benzer şekilde anksiyete ve depresyon insidansı

kardiyak cerrahi öncesi hastalarda sırasıyla %14.9 ve %21 oranında bulundu (Gomes vd., 2017). Araştırma sonucunun hastaların büyük çoğunluğunun ameliyat öncesi bilgi almış olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Ameliyat öncesi duygu durum bozukluklarının varlığı ameliyat sonrası döneme yansıyan anksiyete ve depresyon insidansı ile ilişkilidir ve uzun dönemde mortalitenin daha fazla olması ile sonuçlanabilir (Patron vd., 2014; Navarro García vd., 2011; Pourafkari vd., 2016). Yapılan bir çalışmada takip edilen 1071 hastada ameliyat öncesi dönemde olan ve ameliyat sonrası devam eden anksiyete varlığı, 2 yıllık takiplerde, göğüs ağrısı için prediktör bir faktör olarak bulunmuştur (Pagé vd., 2017). Literatürde anksiyetenin ameliyat sonrası mortaliteyi 5 kata kadar arttığı belirtilmektedir (Williams vd., 2013).

Kalp cerrahisinin kendisi, hastaların hayatına etki eden önemli bir stres kaynağı olarak gözükse de, hastaların hayat kalitesini arttıran dolayısıyla depresyon ve anksiyetelerini iyileştiren bir cerrahi olduğu unutulmamalıdır. Ameliyat öncesi dönemde anksiyete ve depresyon konusunda bilinçlendirme ile hemşirelik tanıları ve bakımının sistemik hale getirilmesi, konuyla ilgili bilgi eksiklikleri giderilmesi gerekmektedir (Gomes vd., 2012; Camponogara vd., 2012). Yapılan bir çalışmada hemşireler tarafından koordine edilen ameliyat öncesi eğitimin anksiyete ve depresyonu azalttığı ve fiziksel ve psikolojik iyileşmeye katkı sağladığı ve hastane de kalış süresini azalttığı ortaya konmuş fakat konu ile ilgili ileri çalışmalara ihtiyaç olduğu belirtilmiştir (Guo, 2015). Sağlık ekibi ile uygun iletişim kurulamaması hastaların hastanede yatışları boyunca endişeli ve depresif bir durumla kalmalarına sebep olur (Guo, 2015). Hastaların farklı nedenlerle ameliyat öncesi yaşadığı anksiyete ve depresyon hem ameliyat öncesi hem de ameliyat sonrası günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini etkiler.

5.3.Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Anksiyete ve Depresyon Puanlarına Etkisinin Tartışması

Araştırmada kadın hastaların anksiyete puanlarının ($7,0 \pm 5,5$) erkeklerin anksiyete puanlarından ($3,5 \pm 4,0$) yüksek olduğu bulundu ($p=0,002$). Benzer şekilde kadınların depresyon puanlarının da ($6,1 \pm 4,2$) erkeklerin depresyon puanlarından ($3,7 \pm 2,9$) yüksek olduğu belirlendi ($p=0.012$). Dönmez ve arkadaşlarının (1999)

çalışmasında kadınların anksiyete puanının erkeklerden yüksek olduğu, yine kadınların depresyon düzeylerinin erkeklerden anlamlı şekilde yüksek olduğu tespit edilmiş (Dönmez vd., 1999). Başka bir çalışmada anksiyete ve depresyonun kadınlarda daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Martucci vd., 1999). Yine yapılan başka çalışmalarda da kadınların anksiyete ve depresyon düzeylerinin erkeklerden yüksek olduğu bulunmuştur (DaCanhota vd., 2003; Crespo vd., 2003). Araştırmada kadınların anksiyete ve depresyon puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Yaptığımız çalışmada okur-yazar olmayanların, okur-yazar olanlara oranla anksiyete puanlarının istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu ($p=0,009$), depresyon puanlarında ise anlamlı fark olmadığı ($p=0,080$) bulundu. Eker ve arkadaşlarının (1998) yaptığı bir çalışmada düşük eğitim düzeyinin depresyon için risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Eker vd., 1998). Grau ve arkadaşları (2003) yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi düşük olan hastaların anksiyete ve depresyon puanlarının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Grau vd., 2003). Okanlı ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışma Grau ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışma ile benzerlik göstermektedir (Okanlı vd., 2006; Grau vd., 2003). Uluslararası bir kohort çalışmada ameliyat öncesi anksiyete belirtileri gösteren ve düşük eğitim seviyelerine sahip hastaların 10 yıllık takiplerinde daha yüksek uzun dönem mortalite oranları daha yüksek kardiyak cerrahi klinik risk düzeyleri elde edilmiştir (Cserép vd., 2012). Kutlu ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında ilkokul ve daha düşük eğitime sahip hastaların anksiyete ve depresyon puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi. Bizim çalışmamızda da eğitim düzeyi yükseldikçe anksiyete puanlarının düştüğü görülmektedir.

Çalışanlar ile çalışmayan hastalar arasında anksiyete açısından anlamlı fark bulunmazken ($p=0,281$), çalışmayanların depresyon puanlarının ($5,1 \pm 3,5$) çalışanların depresyon puanından ($3,3 \pm 3,7$) istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu bulundu ($p=0,027$). Yapılan bir çalışmada anksiyete ve depresyonun çalışmayanlarda daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Martucci vd., 1999). Yıldız'ın (2011) çalışmasında çalışmayan hastaların anksiyete puan ortalamalarının çalışanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Yıldız, 2011). Çalışma sonuçlarına göre hastaların çalışma durumunun psikolojik sağlıklarını etkilediği söylenebilir.

Geliri giderinden az olanların depresyon puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunurken ($p=0,049$), anksiyete puanları açısından ise fark bulunamadı ($p=0,109$). Bununla birlikte hastaların gelir durumu arttıkça anksiyete ve depresyon puanlarının azaldığı gözlemlendi. Okanlı ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada da anksiyete ve depresyon açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (Okanlı vd., 2006). Gök ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada sosyo-ekonomik düzeyi kötü olan hastaların anksiyete ve depresyon puanlarının yüksek bulunduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu belirtilmiştir (Gök vd., 2020). Yapılan başka bir çalışmada da düşük sosyo-ekonomik düzeydeki insanların anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu ve bu anksiyete puan yüksekliğinin istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu tespit edilmiştir (Başak vd., 2015). Araştırma sonucunda hastaların gelir durumunun yaşadıkları anksiyete ve depresyon üzerinde etkili olduğu görülmektedir.

Çalışmada kronik hastalığı olanların anksiyete puanları ($5,9 \pm 5,1$) kronik hastalığı olmayanlardan ($2,3 \pm 3,5$) anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,001$). Benzer şekilde kronik hastalığı olanların depresyon puanları ($5,6 \pm 3,7$) kronik hastalığı olmayanlardan ($2,2 \pm 2,1$) anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,001$). Literatürde benzer şekilde kronik hastalığı olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete oranının olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Bedaso vd., 2019).

Başka bir çalışma, kronik hastalığı olan kişilerde depresyon seviyelerinin daha yüksek olduğunu bulmuştur (Yaka vd., 2019). Bu da çalışma sonucunun literatür bulgusu ile benzer olduğunu göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

KABG ameliyatı olacak hastaların anksiyete ve depresyonları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi için yapılan tanımlayıcı araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Hastaların anksiyete puan ortalamasının $4,8 \pm 4,9$ ve depresyon puan ortalamasının $4,7 \pm 3,6$ olduğu ve hastaların risk grubunda olmadığı bulundu.

Hastaların %73,0'ının normal düzeyde, %12,2'sinin sınırda anksiyete belirtileri gösterdiği ve %14,9'unun anksiyete belirtileri gösterdiği bulundu.

Hastaların %78,9'unun normal düzeyde, %11,8'inin sınırda depresyon belirtileri gösterdiği ve %9,2'sinin depresyon belirtileri gösterdiği bulundu.

Kadın hastaların anksiyete ve depresyon puanlarının erkek hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu bulundu.

Hastaların eğitim durumu arttıkça anksiyete puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düştüğü, depresyon puanlarında ise anlamlı fark olmadığı bulundu.

Çalışan hastalar ile çalışmayanlar arasında anksiyete puan ortalaması açısından anlamlı fark bulunmazken ($p=0,281$), çalışmayan hastaların depresyon puanlarının çalışanların depresyon puanından istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu bulundu.

Gelir durumuna göre hastaların anksiyete puanları açısından fark bulunmazken, geliri giderden az olan hastaların depresyon puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu.

Kronik hastalığı olan hastaların anksiyete ve depresyon puanlarının kronik hastalığı olmayan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu bulundu.

Hastaların medeni durum, yaşadığı yer, sosyal güvence, birlikte yaşadığı kişiler, refakatçi durumu, sigara, alkol ve ameliyat öncesi, sırası ve sonrası ile ilgili eğitim

alma durumuna göre anksiyete ve depresyon altboyut puanlarında istatistiksel anlamlı fark bulunmadı.

Hastaların yaş ve hastanede yatış günü ile anksiyete ve depresyon alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı .

6.2. Öneriler

Bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda;

Hastaların ameliyat öncesi anksiyete ve depresyon düzeylerinin geçerli ve güvenilir yöntemlerle belirlenip, bireysel hemşirelik bakımının planlanması,

Anksiyete ve depresyon açısından daha riskli durumda olan hastaların (kadın cinsiyet, kronik hastalığı olan, düşük eğitim seviyesine sahip olan, işsiz, çalışmayan, düşük sosyoekonomik düzeye sahip) ameliyat öncesi psikolojik hazırlığına daha fazla önem verilmesi,

Hastaların hastanede kaldığı ameliyat öncesi dönemde psikolojik durumunu etkileyen olumsuzlukları önlemek amacıyla yapılacak tüm işlemler öncesinde veya olası beklenmeyen (ameliyat iptali, ameliyatın ertelenmesi, ameliyat komplikasyonlar vb.) durumlara ilişkin bilgilendirilmesi,

Kalp cerrahisinin ameliyat öncesi döneminde hastaya bakım verecek hemşirelerin hastaların “duygu durum” bozukluklarını önleyici uygulamalarının desteklemesi ve teşvik etmesi,

Farklı cerrahi hastalarının ameliyat öncesi anksiyete ve depresyon düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akıncı, N. (2022). Cerrahi servislerinde yatan hastaların ameliyat sonrası anksiyetesi ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 9(2).
- Akiskal, H. S. (2005). Mood disorders: historical introduction and conceptual overview. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th ed. Philadelphia, 1563-1565.
- Akkaş Gürsoy, A. (2001). Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 1, 23-29.
- Aksoy, G., Akyolcu, N., & Kanan, N. (1995). Ameliyat öncesi bakıma yönelik eğitim hedeflerinin uygulamaya yansımaları. *Hemşirelik Bülteni*, 9(35), 53-65.
- Aktura, S. Ç., Sarıtaş, S. Ç., & Sarıtaş, S. (2022). Ağrı ve Anksiyete Yönetiminde Sanal Gerçeklik. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7 (2), 301-312.
- Anenue, G.D. (2004). ACC/AHA 2004 guideline update for coronary artery bypass graft surgery. *Circulation. Journal of the American Heart Association*, 110: 340-437
- Aydemir, O. J. T. P. D. (1997). Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg.*, 8, 187-280.
- Aydin, H., Kandemir, Ö., Günaydin, S., & Zorlutuna, Y. (2004). A peeled off and entrapped intraaortic balloon catheter in the femoral artery: an unusual complication. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*, 3(2), 314-316.
- Aytaç, A., Uğurlu Ş., Karamehmet A., İkizler C., Olga R., & Arslan G. vd. (1974). Aorto-koroner safen bypass. *Çağdaş Tıp Dergisi*;1:5.
- Badır, A., & Demir Korkmaz, F. (2010). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım Karadakovan, A., Eti Aslan, F. (Editörler)Adana, Nobel Kitapevi s:499–533
- Başak, F., Hasbahçeci, M., Güner, S., Sisik, A., Acar, A., Yücel, M. vd. (2015). Genel cerrahide yatan hastalarda anksiyete ve depresyonun öngörülmesi: Ardışık 200 hastanın prospektif kohort çalışması. *Uluslararası cerrahi dergisi*, 23, 18-22.
- Bayad, A. (2017). Preoperatif cerrahi hastalarında hastalık algısı ve anksiyete düzeyinin saptanması. (Yayımlanmamış uzmanlık tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi/Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İzmir
- Bedaso, A., & Ayalew, M. (2019). Preoperative anxiety among adult patients undergoing elective surgery: a prospective survey at a general hospital in Ethiopia. *Patient safety in surgery*, 13(1), 1-8.
- Bocher, M.A., Edelman M.A., Edmisson K.W., March K.S., O'Conner L.J., Ramirez M.N.,al" vd. (2006). Handbook of Medical Surgical Nursing, 4th,S Philadelphia; 211-208.
- Brunner, L. S. (2010). Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing (Vol. 1).(s. 46) Lippincott Williams & Wilkins.
- Bunker, S. J., Colquhoun, D. M., Esler, M. D., Hickie, I. B., Hunt, D., Jelinek, V. M. vd. (2003). "Stress" and coronary heart disease: psychosocial risk factors. *Medical Journal of Australia*, 178(6), 272-276.

- Camponogara, S., Soares, S. G. A., Silveira, M., Viero, C. M., Barros, C. S. D. vd. (2012). Percepção de pacientes sobre o período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(3), 382-390.
- Cebeci, F. (2004). Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastalara verilen taburculuk eğitimi ve danışmanlık hizmetinin özbakım gücüne, anksiyete ve depresyon durumuna etkisi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
- Cesur, S. (2015). Cerrahi hastalarında ameliyat öncesi anksiyetenin ameliyat sonrası ağrı üzerindeki etkileri. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar. Tez No: 2015 – 009.
- Chauvet Gelinier, J. C., & Bonin, B. (2017). Stress, anxiety and depression in heart disease patients: A major challenge for cardiac rehabilitation. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 60(1), 6-12.
- Crespo, D., Gil, A., & Porras Chavarino, A. (2003). Prevalence of depressive disorders in consultation-liaison psychiatry. *Actas Espuie Psiquiatria* 2001; 29(2): 75-83.
- Çetinkaya, F., & Karabulut, N. (2010). Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 20-26.
- Çınar, C., & Oran, İ. (2015). Temel Anjioplasti: Balon/Stentler ve Özellikleril. *Türk Radyoloji Seminerleri*, 3, 255-262.
- Çiftçi, Ö. (2011) Koroner arter bypass ameliyatı geçiren hastaların semptom deneyimi ve eğitimin önemine ilişkin algılarının değerlendirilmesi, Yüksek Lisans tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- DaCanhota, C.M., & Piterman, L. (2003). Depressive disorders in elderly Chinese patients in Macau: a comparison of general practitioners' consultations with a depression screening scale. *Australian and New Zealand Journal of Pscyhiatry* 35(3):336-44.
- Davies, M. J. (2000). The pathophysiology of acute coronary syndromes. *Heart*, 83(3), 361-366.
- Demirkıran vd. (2012) Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 28 (1) : 1-12, 2012
- Demir Korkmaz, F. (2012). Kalp damar cerrahisinde yaşam kalitesi. *Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi*.
- Derneği, T. K. (2008). Avrupa klinik uygulamada kardiyovasküler hastalıklardan korunma kılavuzu: Özet. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 153-192.
- Diodato, M., & Chedrawy, E.G. (2013). Coronary artery bypass graft surgery: The Past, Present, and Future of Myocardial Revascularisation. *Surgery Research and Practice*, 2014: 1-6.
- Douki, Z.E., Vaezzadeh, N., Shahmohammadi, S., Shahhosseini, Z., Tabary, S.Z. vd. (2011). Koroner arter baypas greftleme ameliyatı öncesi ve sonrası kaygı: YK ile ilişkisi. *Middle-East J Scient Res* , 7 (1), 103-8.
- Dönmez, Z. (1999). Ameliyat olmak üzere yatan hastaların hastaneye yatıştaki anksiyeteleri ve anksiyeteyi gidermede hemşirelik yaklaşımlarının etkisinin VII. İncelenmesi, *Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı*, Erzurum, 181-184.
- Duhaylongsod, F. G. (2000). Minimally invasive cardiac surgery defined. *Archives of Surgery*, 135(3), 296-301.

- Duran, E. Dünyada kalp damar cerrahisinin tarihçesi. Keçeligil HT (editör). Çapa Tıp Kitabevi, 1.Baskı, Çapa Tıp Kitabevi, İstanbul, 2004. 3-8.
- Dursun, M., & Şanlı, Ş. (2013). Koroner baypas greftlerin değerlendirilmesi. *Türk Radyoloji Derneği Dergisi*, 1, 83-92.
- Durusoy, E., Yıldırım, T., & Altun, A. (2010). Koroner arter hastalığı poliklinik takibi. *Balkan Medical Journal*, 2010(1), 13-18.
- Eagle, K., Guyton, R., Davidoff, R., Edwards, F.H., Ewy, G.A., Gardner, T.J. vd. (2004) ACC/AHA Guidelines for Coronary Artery Bypass Graft Surgery A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1991 Guidelines for Coronary Artery Bypass Graft Surgery). *Journal of the American College of Cardiology*, 34(4): 1262-1347.
- Eker, E. (1998). Yaşlılık dönemi depresyonları. *Psikiyatri Dünyası*, 2, 45-51.
- Erdil, F., & Elbaş N. (2001). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*. 4. Baskı. Aydoğdu Ofset. Ankara.
- Erdil, F., & Özhan Elbaş, N. (1999). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*, Ankara: Aydoğdu Matbaası.
- Erdil, F., & Elbaş, N. Ö. (2016). Kalbe ilişkin cerrahi girişimler ve hemşirelik bakımı Cerrahi hastalıkları hemşireliği (s. 322-328) Ankara: Aydoğdu Ofset.
- Ertem, A., Yava, A., & Demirkılıç, U. (2013). Kardiyak cerrahi yapılan hastaların ameliyat öncesi verilen aydınlatılmış onam hakkındaki görüş ve önerilerinin belirlenmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 21(2), 378-391.
- Foss, M. (2011). Ameliyattan sonra gelişmiş iyileşme ve hemşire eğitimi için çıkarımlar. *Hemşirelik Standardı* , 25 (45).
- Gardner, F.V., & Worwood, E.V. (1997). Psychological effects of cardiac surgery. *J R Soc Health*; 117(4):245-249.
- Gao, D., Ning, N., Guo, Y., Ning, W., Niu, X., Yang, J. vd. (2011). Koroner arter plaklarını saptamak için bilgisayarlı tomografi: bir meta-analiz. *Ateroskleroz* , 219 (2), 603-609.
- Gedik, A. (2015). Nöroşirurji hastalarının ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyinin belirlenmesi. *Haliç Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü*. İstanbul.
- Goodman, H. (1997). Patients' perceptions of their education needs in the first six weeks following discharge after cardiac surgery. *Journal of advanced nursing*, 25(6), 1241-1251.
- Gomes, E. T., & Silva Bezerra, S. M. M. (2017). Ansiedade e depressão no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Rene*, 18(3), 420-427.
- Gök, F., & Hergül, F. K. (2020). Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi*, 3(3), 195-206.
- Gomes, E. T., Souza Melo, R. L. A., Vasconcelos, E. M. R., & Alencar, E. N. (2012). Use of nursing diagnoses anxiety and fear in the medical and surgical clinics of a university hospital. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 4(2), 2419-2426.
- Grossi, G., Perski, A., Feleke, E., & Jakobson, U. (1998). Durumluk kaygı, koroner baypas ameliyatından sonra kötü psikososyal sonucun habercisidir. *Uluslararası davranış tıbbi dergisi* , 5 , 1-16.

- Grau, M.A., Suner, R., & Abuli, P. (2003). Anxiety and depression levels in medical inpatients and their relation to the severity of illness. *J Behaviour Medicine*, 26(2): 119- 32.
- Guo, P. (2015). Kalp cerrahisi hastalarında kaygıyı azaltmak ve iyileşmeyi iyileştirmek için ameliyat öncesi eğitim müdahaleleri: randomize kontrollü çalışmaların gözden geçirilmesi. *Klinik hemşirelik dergisi*, 24 (1-2), 34-46.
- Gürbüz, A., Karaağac, E., Çakır, H., Yürekli, İ., Dönmez, K., Öngel, K. vd. (2022). Koroner arter bypass greft operasyonlu hastaların birinci basamakta koruyucu sağlık hizmeti alma durumları ve operasyona yönelik risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 13(4), 134-144.
- Gürsoy, A. (2001). Ameliyat öncesi dönemde yaşanan kaygının hastanın iyileşme sürecine etkisi. *Hacettepe Ün. Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Dergisi*, 8(2), 114-119.
- Hardin, S.R., & Kaplow, R. (2010) *Cardiac surgery essentials for critical care nursing*. USA, Jones and Bartlet Publishers, pp: 115-393.
- Harkness, G.A., & Dinçer. (1999). Oxygenation and circulation problems. *JR Medical Surgical Nursing Newyork: Mosby st Lovis*; p. 695-625.
- İnce, F. (2020). Kardiyak cerrahi öncesi uygulanan eğitimin anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi ve kinezyofobi üzerine etkisi (Master's thesis, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- İliçin, G., Biberoglu, K., Süleymanlar, G., & Ünal, S. (2012) *Temel İç Hastalıkları (Cilt-1)*. 3. Baskı Güneş Kitabevi, Ankara, ss; 407-424.
- Karadağ, B. (2008). Kararlı angina pektoriste girişimsel yaklaşım. Koroner Anjiyografi ve Revaskularizasyon Stratejileri, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Kardiyoloji Gündemi Sempozyum Dizisi, 64, 89-102.
- Karakuş, T. (2009) Koroner arter bypass grefti uygulanan hastalarda taburculuk süresinin depresyon üzerine etkisi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*
- Kavuncu, N. (2016). Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren bireylerin yoğun bakım deneyimleri ve etkileyen faktörlerin saptanması (Master's thesis, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Kaya, S. (2014). Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastaların yorgunluk durumu ve sağlık algısındaki değişimi belirlemek ve aralarındaki ilişkiyi incelemek, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Kocaman, N. (2008). Tıbbi Hastalığa Psikososyal Tepkiler. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*, 71(2), 52-58.
- Korkmaz, F. D., Alcan, A. O., Aslan, F. E., & Çakmakçı, H. (2015). Koroner arter baypas greft ameliyatı sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 23(2), 285-294.
- Kreitzer, M. J., & Snyder, M. (2002). Healing the heart: Integrating complementary therapies and healing practices into the care of cardiovascular patients. *Progress in cardiovascular nursing*, 17(2), 73-80.
- Kuğu, N., Berkan, Ö., Akyüz, G., & Doğan, O. (2001). Ameliyat olan ve olmayan kronik periferik vasküler hastalığı olan olgularda anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(4), 213.

- Kumar, A., & Cannon, C. P. (2009). Acute coronary syndromes: diagnosis and management, part I. In Mayo Clinic Proceedings (Vol. 84, No. 10, pp. 917-938). Elsevier.
- Kutlu, R., Demirbaş, N., Gök, H., & Işıklar Özberk, D. (2016). Kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon sıklığı ve etki eden faktörler.
- LeMone, P., & Burke, K. (2008). Medical-Surgical Nursing. Critical thinking in client care. Part IV. Activity and exercise patterns. Chapter 31, Nursing care of clients with coronary heart
- Lewis, S. L., Bucher, L., Heitkemper, M. M., Harding, M. M., Kwong, J., & Roberts, D. vd. (2016). Medical-Surgical Nursing-E-Book: Assessment and Management of Clinical Problems (s.125-135) , Single Volume. Elsevier Health Sciences.
- Martucci, M., Balestrieri, M., & Bisoffi, G. (1999). Evaluating psychiatric morbidity in a general hospital: a two-phase epidemiological survey. *Psychological Medicine* 29(4): 823-32
- McCrone, S., Lenz, E., Tarzian, A., & Perkins, S. (2001). Anxiety and depression: incidence and patterns in patients after coronary artery bypass graft surgery. *Applied Nursing Research*, 14(3), 155-164.
- Moore, S. M. (1996). The effects of a discharge information intervention on recovery outcomes following coronary artery bypass surgery. *International Journal of Nursing Studies*, 33(2), 181-189.
- Navarro García, M.A., Marín Fernández, B., Carlos Alegre, V., Martínez Oroz, A., Martorell Gurucharri, A., Ordoñez Ortigosa, E. vd. (2011). Kalp cerrahisi geçiren hastalarda preoperatif duygudurum bozuklukları: yoğun bakım ünitesinde risk faktörleri ve postoperatif morbidite. *Revista Española de Cardiología (İngilizce Baskı)* , 64 (11), 1005-1010.
- Nayır, N. (2012). Açık kalp ameliyatı preoperatifanksiyete ile postoperatifkomplikasyonlar arasındaki ilişki, Yüksek lisans tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar
- Okanlı, A., Özer, N., Akyıl, R. Ç., & Koçkar, Ç. (2006). Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(4), 38-44.
- Onat, A., Hergenc, G., Can, G., Yüksel, H., Sansoy, V. vd. (2009). TEKHARF 2009: Türk Halkının Kusurlu Kalp Sağlığı Sırrına Işık, Tıbbı Önemli Katkı. Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevalansı, Yeni Koroner Olaylar ve Kalpten Ölüm Sıklığı, 1, 19-24.
- Onat, A., Büyüköztürk, K., Sansoy, V., Avcı, ř., Akgün, G., Tokgözoğlu, L. vd. (2002). Türk kardiyoloji derneği koroner kalp hastalığı korunma ve tedavi kılavuzu. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 30, 568-594.
- Onat, A., Sansoy, V., Soydan, İ., Tokgözoğlu, L., Adalet, K. vd. (2003). TEKHARF, oniki yıllık izleme deneyimine göre Türk erişkinlerinde kalp sağlığı. *İstanbul Türkiye*, 12(4).
- Örnek, Ö. K., Günaydın, H. N., Kolaç, N., Açıkgöz, B., Kavala, A. A. vd. (2022). Kalp-Damar Cerrahi Hastalarının Anksiyete Düzeyleri: Baş Etme Yöntemleri, Öz-Etkililik Düzeyi ve Sosyal Destek Mekanizmalarının İncelenmesi: Tanımlayıcı ve İlişki Arayıcı Araştırma. *Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci*, 34(2), 35-45.
- Öz, F. (2010). Sağlık Alanında Temel Kavramlar (2. bs.). Ankara: Mattek Matbaacılık.
- Özcan, H. (2008). Açık kalp ameliyatı sonrası hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitiminin

hastalar tarafından kullanılma oranları (Master's thesis, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

- Özkan, A. A. (2013). Akut koroner sendromlar: Epidemiyoloji. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 41(1), 1-3.
- Özen, T.A., & Çelik, Ş. (2010). Koroner anjiyoplasti ve intra koroner stent uygulanan hastaların bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 60-67.
- Özmen, E., & Aydemir, Ö. (1993). Bedensel hastalığı olanlarda depresyon. *Psikiyatri Bülteni* 2:71.
- Paç, M., Akçevin, A., Aykut, Aka S., Büket, S., Sarioğlu, T. vd. (2013) *Kalp ve Damar Cerrahisi Cilt II (II. Baskı)*. Nobel Tıp Kitabevi, Ankara.
- Pagé, M.G., Watt-Watson, J., & Choinière, M. (2017). Zamanla depresyon ve anksiyete profilleri ameliyat sonrası kalıcı ağrıyı öngörür mü? *Kalp cerrahisi hastalarında bir çalışma*. *Avrupa Ağrı Dergisi*, 21 (6), 965-976.
- Patron, E., Benvenuti, S. M., & Palomba, D. (2014). Preoperative and perioperative predictors of reactive and persistent depression after cardiac surgery: a three-month follow-up study. *Psychosomatics*, 55(3), 261-271.
- Perski, A., Feleke, E., Anderson, G., Samad, B. A., Westerlund, H., Ericsson, C. G. vd. (1998). Emotional distress before coronary bypass grafting limits the benefits of surgery. *American heart journal*, 136(3), 510-517.
- Pignay Demaria, V., Lespérance, F., Demaria, R.G., Frasure-Smith, N., Perrault, L.P. vd. (2003). Depresyon ve anksiyete ve koroner arter baypas cerrahisinin sonuçları. *Toraksik cerrahi Annals*, 75 (1), 314-321.
- Pourafkari, N., Pourafkari, L. & Nader, N.D. (2016). Koroner arter baypas greftleme ameliyatı sonrası depresyon tekrar gözden geçirildi. *Türk Kardiyol Dern Ars*, 44 (6), 524-529.
- Reichlin, T., Irfan, A., Twerenbold, R., Reiter, M., Hochholzer, W., Burkhalter, H. vd. (2011). Utility of absolute and relative changes in cardiac troponin concentrations in the early diagnosis of acute myocardial infarction. *Circulation*, 124(2), 136-145.
- Rihmer, Z., & Angst, J. (2005). Mood disorders: epidemiology. In: Sadock BJ and Sadock VA (eds) *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7. Baskı, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, s 447-59.
- Rosengren, A., Hawken, S., Ôunpuu, S., Sliwa, K., Zubaid, M., Almahmeed, W.A. vd. (2004). 52 ülkeden 11.119 vaka ve 13.648 kontrolde psikososyal risk faktörlerinin akut miyokard enfarktüsü riski ile ilişkisi (INTERHEART çalışması): vaka kontrol çalışması. *Lancet*, 364 (9438), 953-962.
- Sabuncu, N. (2011). Açık kalp cerrahisi olacak hastalara ameliyat öncesi yapılan eğitimin anksiyete düzeyine etkisi (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Scott, A. (2004). Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *Nursing in critical care*, 9(2), 72-79.
- Sekmen, K., & Hatipoğlu, S. (1999). Yoğun bakım ünitesi teknolojik ortamının hasta ve ailesi üzerine etkileri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 3(1), 22-26.
- Sevinç, S. (2016). Kardiyovasküler sistem hastalıkları ve hemşirelik yönetimi. *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutları ile Kronik Hastalıklar*, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, Adana, 215-216.

- Shuldham, C.M., Fleming, S., & Goodman, H. (2002). The Impact of pre-operative education on recovery following coronary artery bypass surgery. a randomized controlled clinical trial, *Eur Heart J.* 23 (8): 600-1.
- Sidar. vd. (2013). Açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların kaygı ve ağrı distressi: Ağrı düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Derg* 2013; 4: 1-8
- Solak H., Solak Görmüş I., Görmüş N., & Solak, T. (2010) *Koroner Arter Hastalıkları ve Cerrahisi*. Efil Yayınevi, II. Baskı, 1-176.
- Sönmez, A. (2013). Koroner arter bypass greft ameliyatı uygulanan hastaların konfor ve kaygı deneyimlerinin değerlendirilmesi (Master's thesis, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Swindale, J. E. (1989). The nurse's role in giving pre-operative information to reduce anxiety in patients admitted to hospital for elective minor surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 14(11), 899-905.
- Şengül, C., Özveren, O., Çevik, C., İzgi, C., Karavelioğlu, Y., Oduncu, V. vd. (2011). Kırk yaş altında ve üzerinde akut miyokart enfarktüsü geçiren hastalarda psikososyal risk faktörlerinin karşılaştırılması. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 39, 396-402.
- Shakouri, S.K., Salekzamani, Y., Taghizadieh, A., Sabbagh-Jadid, H., Soleymani, J., Sahebi, L. vd. (2015). Açık kalp cerrahisi öncesi solunum rehabilitasyonunun solunum fonksiyonu üzerindeki etkisi: randomize bir klinik çalışma. *Kardiyovasküler ve torasik araştırma dergisi* , 7 (1), 13.
- Soyer vd. (2018) Ameliyat olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 11 (3), 200-208
- Tamam, L., & Demirkol, M.E. (2019) *Bütüncül Tıp: Birinci Basamakta ve Aile Hekimliğinde Güncel Tanı-Tedavi*. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, ss;1642
- Tan, J., & Wang, Y. (2019). Sosyal entegrasyon, sosyal destek ve tüm nedenlere bağlı, kardiyovasküler hastalık ve nedene özgü ölüm oranı: ileriye dönük bir kohort çalışması. *Uluslararası Çevre Araştırmaları ve Halk Sağlığı Dergisi* , 16 (9), 1498.
- Tolmie, E.P., Lindsay, G.M., & Belcher, P.R. (2006). Koroner arter baypas greft operasyonu: Hastaların zaman içinde sağlık ve esenlik deneyimleri. *Avrupa Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* , 5 (3), 228-236.
- Tosun, N., Yavaş, A., Ünver, V., Akbayrak, N., Hatipoğlu, S. vd. (2009). Uzun süreli mekanik ventilasyondaki hastaların deneyimi: fenomenolojik bir çalışma. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* , 29 (3).
- Uzun, Ö. (2000). Ameliyat öncesi hasta eğitimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2).
- Velasquez Melendez, G., Felisbino Mendes, M.S., Matozinhos, F.P., Claro, R., Gomes, C.S. vd. (2013). Brezilya popülasyonunda ideal kardiyovasküler sağlık yaygınlığı-Ulusal Sağlık Araştırması. *Revista Brasileira de Epidemiologia* , 18 , 97-108.
- Wakefield, J. C., Lorenzo Luaces, L., & Lee, J. J. (2017). Taking people as they are: Evolutionary psychopathology, uncomplicated depression, and distinction between normal and disordered sadness. *The Evolution of Psychopathology*, 37-72.
- Williams, J.B., Alexander, K.P., Morin, J.F., Langlois, Y., Noiseux, N. vd. (2013). Kalp cerrahisi geçiren 70 yaş üstü hastalarda mortalite ve majör morbiditenin bir göstergesi olarak preoperatif anksiyete. *Amerikan kardiyoloji dergisi* , 111 (1), 137-142.

- Williams, O. A. (1993). Patient knowledge of operative care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 86(6), 328-331
- Yaka, E., Keskinoglu, P., Uçku, R., Yener, G.G., Tunca, Z. vd. (2014). Toplumda yaşayan yaşlılarda depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *Gerontoloji ve geriatrici arşivleri* , 59 (1), 150-154.
- Yavuz, M. (2010). Kas İskelet Sistemi Hastalıkları, İçinde Karadakovan, A., & Eti Aslan, F.(Editörler). Dahiliye ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, 1, 1285-1356.
- Yorgancıoğlu, A.C., & Tokmakoğlu, H. (2004). Kardiyovasküler fonksiyon ve fizyoloji. Paç M (Editör). Ankara: MN Tıp Kitapevi; s.32-21.
- Yazici, K., Tot, S., Yazici, A., Kanik, A., Erdem, P. vd. (2003). Hastanede yatan tıbbi hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ilişkisi. In *Yeni Symposium* (Vol. 41, pp. 120-4).
- Yıldız, D. (2011). Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaların kaygı düzeylerinin belirlenmesi. *Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü* (Doctoral dissertation, Yüksek Lisans Tezi, KKTC).
- Yüksel, M., İslamoğlu, F., Atay, Y., Yağdı, T., Büket, S. vd. (2000). Koroner bypass reoperasyonları sonuçlarımız ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Türkçe J Thorac and Cardiovasc Surg* , 8 , 668-73.
- Yavuz, M. (2010) Ameliyat öncesi bakım. Eds: Karadakovan A, Eti Aslan F. Nobel Tıp Kitapevi, Adana, s:299-293
- Yazıcı, K., Tot, Ş., & Yazıcı, A. vd. (2003). Hastanede yatan tıbbi hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ilişkisi. *Yeni Symposium* 41(3): 120-124.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370

EK-1: HASTA TANITICI BILGI FORMU

Hasta No:

1) Cinsiyet.

Kadın

Erkek

2)Yaş:**3) Medeni Durum.**

Evli

Bekar

4) Eğitim Durumu.

Okur yazar değil/

Okur-yazar

İlkokul

Ortaokul

Lise

Lisans-Lisansüstü

5) Çalışma durumu.

Çalışıyor

Çalışmıyor

6) Yaşadığı yer.

İl

İlçe

Kasaba/köy

7) Sosyal Güvence.

- Var
 Yok

8) Birlikte yaşadığı kişiler.

- Yalnız
 Eşi
 Eşi ve çocukları
 Çocukları

9) Gelir durumu.

- Gelir giderden az
 Gelir gidere denk
 Gelir giderden fazla

10) Refakatçi durumu

- Var
 Yok

11. Sigara kullanma durumu

- Evet
 Hayır

12. Alkol kullanma durumu

- Evet
 Hayır

13. Kronik hastalık durumu

- Var (Belirtiniz.....)
 Yok

14. Kaç gündür hastanede yatıyorsunuz:

15. Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası ile ilgili bilgilendirme/eğitim aldınız mı?

- Evet
 Hayır



EK-2: HASTANE ANKSIYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Hasta adı soyadı:

Tarih:

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü birşey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendirmiyor.
- Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum .

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek

EK-3 HASTANE ANKSIYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİNİN KULLANIMI

HAD 14 maddeden oluşmaktadır ve tek sayılı maddeler anksiyete ve çift sayılı maddeler depresyonu araştırmaktadır. Ölçek dörütlü Likert tipi bir değerlendirme aracıdır ve maddelerinin puanları 0-3 arasındadır. Ancak her maddenin puanlaması değişik biçimdedir; 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11. ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan, 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Alt ölçeklerin toplam puanları bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Anksiyete alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. maddelerin puanları toplanır. HAD Türkçe formunun anksiyete alt ölçeğinin kesme noktası 10, depresyon alt ölçeğinin kesme noktası ise 7 olarak bulunmuştur. Bu puanların üzerinde puan elde edilen hastalar risk grubu olarak kabul edilebilir.