



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**KORONER YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDEKİ
ÇEVRESEL STRESÖRLERİN HASTALARDA
GÖRÜLEN SEMPTOMLARA ETKİSİ**

Dilara Gül YILDIRAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Prof. Dr. Nesrin NURAL

TRABZON-2022

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak hazırlanarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

14/10/2022

Dilara Gül YILDIRAN

İthaf

Yüksek lisans tezimi, bu günlere gelmem için hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan, her zaman ve her koşulda yanımda olan sevgili aileme ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimimde bilgisinden ve tecrübesinden yararlandığım, tez çalışmamda yardımlarını ve desteğini benden esirgemeyen, birlikte çalışmaktan büyük gurur duyduğum ve keyif aldığım danışmanım KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm Başkanı Sayın Prof. Dr. Nesrin NURAL'a

Lisans ve yüksek lisans eğitimimde bilgisi, tecrübesi ve desteklerinden yararlandığım değerli hocam KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Sevilay HİNTİSTAN'a,

Tez çalışmam boyunca bilgisinden faydalandığım, bana gösterdiği sonsuz sabır, yardım ve katkılarından dolayı Sayın Dr. Semiha ALKAN KAYHAN'a,

Çalışmamda yer alan tüm hastalara,

Hayatımın her alanında olduğu gibi bu süreçte de desteklerini ve sevgilerini hiç esirgemeyen kıymetli anneme, babama ve kardeşime,

En zor anımda desteğini esirgemeyip her zaman sabır gösteren ve umut aşılayan sevgili eşime teşekkürlerimi sunarım.

Dilara Gül YILDIRAN

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK SAYFASI

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

ix

ŞEKİLLER DİZİNİ

x

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

xi

ÖZET

xii

ABSTRACT

xiii

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

2. GENEL BİLGİLER

3

2.1. Yoğun Bakım

3

2.2. Yoğun Bakım Ünitesi

3

2.3. Yoğun Bakım Ünitelerinin Basamaklandırılması

3

2.3.1. Seviye 1 (1.Basamak) Yoğun Bakım Üniteleri

3

2.3.2. Seviye 2 (2.Basamak) Yoğun Bakım Üniteleri

4

2.3.3. Seviye 3 (3.Basamak) Yoğun Bakım Üniteleri

4

2.4. Yoğun Bakım Ünitesi Türleri

4

2.5. Koroner Yoğun Bakım Ünitesi ve Koroner Yoğun Bakımda Hasta Olmak

5

2.6. Stres ve Stresör Kavramı

6

2.7. Yoğun Bakım Ünitesindeki Çevresel Stresörler

6

2.7.1. Ağrının Varlığı

7

2.7.2. Gürültü

8

2.7.3. Uyku Yoksunluğu

8

2.7.4. Ziyaretçi Kısıtlaması

9

2.7.5. Mahremiyet Eksikliği

10

2.7.6. Ortamın Sıcaklığı ve Işık Düzeyi

11

2.8. Koroner Arter Hastalığı

12

2.9. Koroner Arter Hastalığı Epidemiyolojisi	12
2.10. Koroner Arter Hastalığı Etiyolojisi	12
2.11. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri	13
2.11.1. Değiştirilemez Risk Faktörleri	13
2.11.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri	13
2.12. Koroner Arter Hastalığı Tanı Yöntemleri	14
2.13. Koroner Arter Hastalığına Bağlı Semptomlar	15
2.13.1. Tipik Semptomlar	15
2.13.1.1. Göğüs Ağrısı (Anjina Pectoris)	15
2.13.1.2. Sırt/Boyun/Kola Yayılan Ağrı ve/veya Uyuşukluk Hissi	16
2.13.1.3. Kardiyak Ritim Anormallikleri	16
2.13.2. Atipik Semptomlar	17
2.13.2.1. Nefes Darlığı	17
2.13.2.2. Yorgunluk-Halsizlik	17
2.13.2.3. Mide Şikayetleri (ağrı, bulantı-kusma, hazımsızlık)	18
2.14. Koroner Arter Hastalığı Tedavi Yöntemleri	18
2.14.1. Risk Faktörlerinin Belirlenmesi ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri	18
2.14.2. İlaç Tedavisi	18
2.14.2.1. Nitratlar	19
2.14.2.2. Antitrombotikler	19
2.14.2.3. Beta-blokerler	19
2.14.2.4. Kalsiyum Kanal Antagonistleri	20
2.14.2.5. Lipid Düşürücüler	20
2.15. Koroner Anjiyografi	20
2.15.1. Koroner Anjiyografi Komplikasyonları	21
2.15.2. Koroner Anjiyografi ve Hemşirelik Bakımı	21
2.15.2.1. Koroner Anjiyografi Öncesi Hemşirelik Bakımı	21
2.15.2.2. Koroner Anjiyografi Esnasında Hemşirelik Bakımı	22
2.15.2.3. Koroner Anjiyografi Sonrası Hemşirelik Bakımı	23
2.16. Koroner Arter Hastalığı Yönetimi ve Hemşirelik Bakımı	24
3. GEREÇ ve YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Tipi	25
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	25

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.4. Araştırmaya Kabul ve Dışlanma Kriterleri	25
3.5. Verilerin Toplanması	26
3.5.1. Veri Toplama Araçları	26
3.5.1.1. Hasta Bilgi Formu	26
3.5.1.2. Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği	26
3.5.1.3. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği	27
3.5.2. Verilerin Değerlendirilmesi	27
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	28
3.7. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı	28
4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA	45
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	51
6.1. Sonuç	51
6.2. Öneriler	53
7. KAYNAKLAR	54
EKLER	66
Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	67
Ek 2. Hasta Bilgi Formu	69
Ek 3. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği	74
Ek 4. Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği	75
Ek 5. Kurum İzni	77
Ek 6. Etik Kurul İzni	78
ÖZGEÇMİŞ	81

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Hastaların tanıtıcı özellikleri (n=248)	29
Tablo 2. Hastalık ve yoğun bakım sürecine ilişkin özellikler (n=248)	30
Tablo 3. Hastaların yoğun bakım sürecinde değişen bazı alışkanlıkları ve nedenleri (n=248)	32
Tablo 4. Ölçeklere ilişkin istatistikler	33
Tablo 5. ESTÖ'ye göre hastaların deneyimlediği semptomların dağılımı (n=248)	33
Tablo 6. YBÜÇSÖ'ye göre hastaların etkilendiği stresörlerin dağılımı	35
Tablo 7. YBÜÇSÖ'den alınan puanların hastaların tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırılması	37
Tablo 8. Hastaların yoğun bakıma ilişkin özelliklerinin ESTÖ semptomlarıyla karşılaştırılması	39
Tablo 9. Hastaların YBÜÇSÖ ve ESTÖ puanları arasındaki ilişki	43
Tablo 10. Hastaların YBÜÇSÖ toplam puanı ile ESTÖ semptomları arasındaki ilişki	44

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa
Şekil 1. ST dalga değışimi	17
Şekil 2. ESTÖ'ye göre hastaların deneyimlediğı semptomlar	34



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

BPAP	İki Seviyeli Pozitif Havayolu Basıncı
BUN	Kan Üre Azotu
CPAP	Sürekli Pozitif Havayolu Basıncı
CPR	Kardiyopulmoner Resüsitasyon
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ECMO	Ekstrakorporal Membran Oksijenizasyonu
EKG	Elektrokardiyografi
ESTÖ	Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği
HDL	Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
IV	İntravenöz
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KY	Kalp Yetmezliği
LDL	Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
MI	Miyokard İnfarktüsü
PCI	Perkütan Koroner Girişim/Koroner Arter Stent Uygulaması
PTCA	Perkütan Translüminal Koroner Anjioplasti
TEKHARF	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
YBÜÇSÖ	Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği

Simgeler

r	Korelasyon katsayısı
t	Bağımlı ve bağımsız gruplarda T testi

ÖZET

Koroner Yoğun Bakım Ünitesindeki Çevresel Stresörlerin Hastalarda Görülen Semptomlara Etkisi

Bu çalışma, koroner yoğun bakım ünitesindeki çevresel stresörlerin hastalarda görülen semptomlara etkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışma, 01.10.2021-01.02.2022 tarihleri arasında Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım 1 ve 2 Ünitesinde yatan 248 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, Hasta Bilgi Formu, Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ve Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi için Independent Sample T-Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Ayrıca nicel değişkenler arasında ilişki olup olmadığı Pearson Korelasyon analizi ile incelenmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 60.47 ± 11.15 yıldır ve %80.2'si erkektir. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ)'nün puan ortalamasının 44.79 ± 13.47 olduğu (min puan 13, max puan 79) belirlenmiştir. ESTÖ'ye göre hastalarda en sık görülen semptomlar; uykusuzluk (7.06 ± 1.60), endişe (6.94 ± 2.45) ve üzüntüdür (5.95 ± 2.24). Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği (YBÜÇSÖ)'ye ilişkin puan ortalamasının 116.19 ± 16.08 (min puan 79, max puan 158) olduğu bulunmuştur. Ölçeğe göre yoğun bakımda hastaları en çok etkileyen stresörler; kalp monitörünün alarminin bozulduğunu (kesildiğini) fark etmek (3.93 ± 0.28), eşini özlemek (3.87 ± 0.35), uyuyamamak (3.79 ± 0.43), diğer hastaların ağlama/inlemelerini duymaktır (3.78 ± 0.42). Yapılan analiz sonucunda iki ölçek arasında pozitif yönde güçlü ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hastaların yoğun bakım çevresel stresörlerinden etkilenme durumları arttıkça semptom puanları da artmaktadır.

Yoğun bakımda yatan hastalar pek çok semptom ve stresörü bir arada deneyimlemektedir. Çevresel stresörlerin etkisi arttıkça hastalarda görülen semptomların puanları da artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çevresel Etkiler, Hemşire, Koroner Bakım Üniteleri, Semptom Değerlendirmesi, Yoğun Bakım

ABSTRACT

Effect of Environmental Stressors in Coronary Intensive Care Unit on Symptoms Seen in Patients

This study was conducted as a descriptive study in order to evaluate the effect of environmental stressors on the symptoms observed in patients in the coronary intensive care unit. Study was performed on 248 patients hospitalized in Ahi Evren Thoracic and Cardiovascular Surgery Training and Research Hospital between 01.10.2021-01.02.2022. In order to collect data; Patient Information Form, Edmonton Symptom Assessment Scale and Intensive Care Unit Environmental Stress Scale. Index were used. In order to evaluate the data, Independent Sample T-Test and One-Way Analysis of Variance (ANOVA) were used. In addition whether there is a relationship between quantitative variables was examined by Pearson Correlation Analysis.

The mean age of the patients participating in the study was 60.47 ± 11.15 years and 80.2% of them were male. It was determined that the average score of the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) was 44.79 ± 13.47 (min 13, max 79). According to ESAS, the most common symptoms in patients were; insomnia (7.06 ± 1.60), worry (6.94 ± 2.45) and grief (5.95 ± 2.24). It was found that the average score on the Intensive Care Unit Environmental Stressors Scale (ICUESS) was 116.19 ± 16.08 (min 79, max 158). According to the scale, the stressors that most affect patients in intensive care were; noticing that the alarm of the heart monitor is broken (disconnected) (3.93 ± 0.28), missing your partner (3.87 ± 0.35), not being able to sleep (3.79 ± 0.43) and hearing other patients crying/moaning (3.78 ± 0.42). As a result of the analysis, it was concluded that there is a strong relationship between the two scales in a positive direction.

Patients hospitalized in intensive care experience many symptoms and stress. As the effect of environmental stressors increases, the scores of symptoms observed in patients also increase.

Keywords: Coronary Care Units, Critical Care, Environmental Impacts, Nurse, Symptom Evaluation

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Yoğun bakım; yaşamsal fonksiyonları ciddi olan ve bu fonksiyonların 24 saat boyunca uzman doktor ve hemşirelerin gözetimi altında monitörizasyon ile takip edilmesi gereken hasta gruplarının tedavi gördüğü birimlerdir (1, 2). Acil müdahale ve tıbbi işlemlerin yoğun olduğu bu birimlerde hastaların tedavi süresi dolayısıyla da yoğun bakımda kalış süreleri uzayabilmektedir (3). Karmaşık sağlık sorunları ve özellikle kardiyovasküler sorunlar nedeniyle bireylerin yaşamı tehdit altında olabilmekte ve bu ünitelerde yatan hastalarda fiziksel, psikolojik ve emosyonel semptomlar daha sık deneyimlenmektedir (2, 4-7).

Koroner yoğun bakım, büyük çoğunlukla miyokard infarktüsü (MI) geçirmiş bireylerin tedavi aldığı bir birimdir (5). Koroner arter hastalığı (KAH), çeşitli etkenler sonucunda koroner arterlerde gelişen spazm sonucu kan dolaşımında bozulmanın ve dolaşım yetersizliğiyle birlikte oksijenlenmede azalmanın meydana geldiği bir hastalıktır (8, 9). KAH, dünya çapında morbidite ve mortalite sebeplerinin başında gelen bir sağlık sorunudur (9). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ye göre 2015 yılındaki 7,4 milyon ölümün sebebi KAH'tır. 2030 yılına kadar yaklaşık 23 milyon insanın KAH sebebiyle hayatını kaybedeceği tahmin edilmektedir. Dünyada; coğrafya, ekonomi ve sağlık sistemleri açısından ülkeler arasında farklılıklar olsa da KAH'ın gelişme ve ilerleme hızı neredeyse tüm ülkelerde aynıdır. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki ölümlerin her yıl yaklaşık %25'ini KAH oluşturmaktadır. Her 60 saniyede bir, 1 Amerikalı KAH nedeniyle hayatını kaybetmektedir ve bu sayıdan daha fazlası koroner yoğun bakım ünitelerinde tedavi altına alınmaktadır (3, 4, 9, 10). Bu durum ülkemizde de benzer şekildedir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre ülkemizde ölüm sebepleri arasında en büyük payı KAH oluşturmaktadır. 1980'li yıllarda %40, 1990'lı yıllarda %45 ve 2000-2010 yılları arasında %39-42 oranıyla mortalite sebepleri arasında ilk sıradadır (11-14).

Ülkemizde ve dünyada kardiyovasküler sorunların artması sebebiyle koroner yoğun bakım ünitelerine yatışı yapılan hasta sayısında da artış yaşanmaktadır. Ciddi tanı, tedavi ve uygulama gerektiren koroner yoğun bakım ünitelerinde hasta profilinin genişliği, yapılan uygulamaların çokluğu sebebiyle yatış sürelerinde de uzama görülmektedir. Yoğun bakımda yatan hastada; hastalığa ve hastaya bağlı durumların yanı sıra yoğun bakım şartlarının da meydana getirdiği etkenlerle beraber birçok semptom görülebilmektedir (15-18). Yoğun bakım zaten başlı başına stresli bir ortam iken buna bir de hastalığın

beraberinde getirdiği faktörler de eklenince hastalarda fiziksel ve psikolojik pek çok semptom görülebilmektedir (7, 17, 19). Özellikle kardiyovasküler sorunlar gibi yaşamı tehdit eden durumlarda hastanın kendisini birdenbire yoğun bakımda bulması oldukça stresli bir durumdur (19). Yoğun bakımda yatma düşüncesi başlı başına bir stres faktörü iken akut bir durum sonucu ölüme bu kadar yaklaşmış bir halde kendini yoğun bakıma bulan hastalarda stres ve buna bağlı bazı semptomların gelişmesi kaçınılmazdır. Yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören 125 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, hastaların %54'ü yoğun bakımda kaldığı süre zarfında huzursuzluk yaşadığını belirtmiştir. Özellikle genç hastalar bu huzursuzluk hissinin kaynağı olarak yaşadıkları ağrıyı tarif etmişlerdir (19). Koroner yoğun bakımda yatan hastalarda görülen semptomların başında ağrı gelmektedir. Kardiyak nedenli göğüs ağrısı, KAH hastalarında en sık rastlanılan semptomdur. Diğer kardiyak semptomlar ise nefes darlığı, halsizlik ve yorgunluk olarak sıralanabilir (20). Kardiyak sorunlar haricinde bir de yoğun bakım ortamı ve çevresel faktörler nedenli semptomlar da yaşanabilmektedir. Bu semptomların başında uyku sorunları, ajitasyon, anksiyete ve bilinç bozuklukları gelmektedir (5, 21). Yapılan bir araştırmada, nöroşirurji yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların yaklaşık %80'inde uyku problemi görüldüğü ve bu probleme neden olan etkenin yoğun bakım fiziki ortamından (sesli ortam, monitör ve diğer cihazların sesleri vb.) kaynaklandığı tespit edilmiştir (22). Uykusuzluk ve ağrının yanı sıra hastaları rahatsız eden etkenlerden bir diğeri de yatağa bağımlı olma halidir. Özellikle koroner anjiyografi işlemi sonrasında belli bir süre (minimum 8 ila 10 saat) yatakta sırt üstü ve hareketsiz yatma durumu hastalarda önemli derecede stres oluşturan bir durumdur (5).

Yukarıda bahsedilen ve daha bunlar gibi pek çok durum, hastalarda stres yaratmakta ve/veya semptomları tetikleyebilmektedir. Bu etkenler, hastanın hem tedaviye uyumunu zorlaştırıp yoğun bakımda yatış süresini uzatmakta hem de fiziksel ve mental durumunda bozukluk yaratabilmektedir (3). Hangi yoğun bakım ünitesinde yatarsa yatsın tüm hastalar için bu semptom ve etkenler ortak olabilir. Fakat özellikle yaşamsal fonksiyonlar açısından önemlilik arz eden kardiyovasküler sorunlara bir de bu tür semptomların eklenmesi hastanın durumunu daha da kötüleştirebilir. Bu nedenle koroner yoğun bakım ünitesindeki çevresel faktörler ve stresörler sebepli bu semptomların belirlenerek, aralarındaki ilişkinin anlaşılmasının hemşirelik bakımına ve literatüre önemli bir katkısının olacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yoğun Bakım

Yoğun bakım; akut ve hayatı tehdit eden organ/sistem bozukluğu gelişme riski taşıyan hastaların kapsamlı yönetimine adanmış multidisipliner bir uzmanlık alanıdır. Bunun yanı sıra yoğun bakım sadece klinik bir uzmanlık alanı olmakla kalmayıp; hekimleri, hemşireleri, fizyoterapistleri, eczacıları, mikrobiyologları, sosyal hizmet uzmanlarını, manevi bakımı da içeren profesyoneller arası bir ekip tarafından sağlanan bakım sistemidir (23).

Tarihsel süreçte yoğun bakım fikrinin öncüsü Florance Nightingale olarak bilinir. Kırım Savaşı esnasında ağır yaralı askerlere daha iyi bir hemşirelik bakımı sağlamak amacıyla bir saha oluşturulmuştur. Oluşturulan bu saha ve verilen bakım hizmeti yoğun bakım kavramının temelini oluşturmaktadır. Günümüzdekine benzer yoğun bakım hizmeti ve yoğun bakım ünitesi oluşması ise Kırım Savaşından yıllar sonrasına tekabül etmektedir. 1950’li yıllarda gerçekleşen çocuk felci salgını sırasında gelişen komplikasyonlar ve bu durum karşısında Dr. Björn Ibsen’in yaptığı uygulamalar gerçek anlamda bir yoğun bakım ünitesi kurulmasının ilk adımlarını oluşturmuştur (24).

2.2. Yoğun Bakım Ünitesi

Yoğun bakım ünitesi; akut organ yetersizliği döneminde yaşamı sürdürmek için yoğun ve uzmanlaşmış tıbbi tedavi ve hemşirelik bakımını içeren, kritik hastalara bakım sağlamak için gelişmiş kapasite ve teknolojik desteklerin bulunduğu ve bu hastaların 24 saat boyunca monitörizasyon eşliğinde takip edildiği organize bir sistemdir (23, 25).

2.3. Yoğun Bakım Ünitelerinin Basamaklandırılması

2.3.1. Seviye 1 (1. Basamak) Yoğun Bakım Üniteleri

Temel seviye yoğun bakım olarak da bilinen 1. basamak yoğun bakım üniteleri, yataklı servis hastalarından bir nebze daha akut ve ağır koşullarda olan hastalara bakım verilen yoğun bakım üniteleridir. Temel yoğun bakım deneyimlerine sahip hemşirelerin görev aldığı bu ünitelerin sorumlu uzman hekimleri yoktur. Fakat gerekli durumlarda 24 saat boyunca hazır olan danışman hekim vardır. Hemşire başına düşen hasta sayısı, diğer yoğun bakım basamaklarına kıyasla daha yüksektir. Bu ünitelerde kritik durumdaki hastaya ilk ve temel uygulamalar yapılmaktadır [Entübasyon işlemi, Elektrokardiyografi

(EKG), monitörizasyon takibi, kan basıncı takibi, nazal oksijen uygulaması, Kardiyopulmoner Resüsitasyon (CPR)] (23, 26, 27).

2.3.2. Seviye 2 (2. Basamak) Yoğun Bakım Üniteleri

Bu yoğun bakım ünitelerinde görevli hekimler genelde belli bir uzmanlık alanında uzmanlaşmış kişilerdir. Yoğun bir tedavi, sık invaziv girişim ve günün her saati verilen hemşirelik bakımıyla birlikte hastalar sürekli gözlem altındadır. Hemşire başına düşen hasta sayısı genelde 3 ya da 4 olacak şekilde planlanmıştır. Seviye 1 yoğun bakım üniteleri gibi bu basamakta da yaşamsal bulgular sürekli takip edilmekte olup, 1. basamak yoğun bakım ünitesine ek olarak santral venöz basıncı takibi ve kan gazı yorumlaması da hasta takibinde önemli bir yer almaktadır. Çoğunlukla mekanik ventilatörlü hastaların takip edildiği bu ünitelerde; sürekli pozitif havayolu basıncı (CPAP-BPAP) uygulamaları, entübasyon uygulaması, vazopressör ve vazoaktif ilaç infüzyonları sıklıkla uygulanmakta olup hastaya holistik ve tüm sistemleri göz önüne alınarak oluşturulan bir bakım ve tedavi hizmeti verilmektedir (23, 25-27).

2.3.3. Seviye 3 (3. Basamak) Yoğun Bakım Üniteleri

Uzman hekim, hemşire ve klinik bakım destek elemanlarının 24 saat boyunca sürekli bulunduğu ünitelerdir. Bu basamak yoğun bakımda yaşamsal fonksiyonları kritik olan hastalara tedavi ve bakım uygulanır. Seviye 2 basamak yoğun bakım ünitelerinde uygulanan tedavi ve uygulamalara ek olarak çok daha çeşitli ve üst düzey uygulamalar da yer almaktadır [Ekstrakorporeal Membran Oksijenasyonu (ECMO)]. Hemşire başına düşen hasta sayısı genellikle 1 olmakla birlikte nadiren en fazla 2 de olabilmektedir (23, 25, 26).

2.4. Yoğun Bakım Ünitesi Türleri

Yoğun bakım üniteleri verdiği hizmetlere ve hasta profillerine göre birçok türe ayrılır. Bunlardan birkaçı şunlardır (28);

- Koroner Yoğun Bakım Ünitesi
- Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi
- Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi
- Pediatri Yoğun Bakım Ünitesi
- Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi
- Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi
- Dahili Yoğun Bakım Ünitesi

2.5. Koroner Yoğun Bakım Ünitesi ve Koroner Yoğun Bakımda Hasta Olmak

Koroner yoğun bakım ünitesi; akut ve yaşamı tehdit eden kardiyak ya da kardiyak dışı durumlarda sürekli takip gerektiren hastaların tedavi ve bakımının yapıldığı bir alandır (29, 30). Koroner yoğun bakım üniteleri, kurulmaya başlandığı 1960'lı yıllarda öncelikli olarak MI kaynaklı ölümleri azaltmada ve aritmisi olan hastaların takibinde büyük önem taşımıştır. Daha sonraki yıllarda bakım ve tedavi verilen hasta profillerini genişletilerek holistik bir bakış açısıyla çok sistemli uygulamalar ve tedavilere başlanmıştır. Mekanik ventilasyonlu hasta takibi, vazoaktif-vazopressör ilaç infüzyonları, renal replasman tedavileri bu tedavi ve uygulamalara örnek verilebilir (31, 32).

Koroner yoğun bakım üniteleri genellikle seviye 2 yoğun bakım olarak hizmet veren, hasta yatış oranlarının yüksek olduğu birimlerdir. Akut gelişen kalp hastalıklarının tedavi ve bakımının yapıldığı bu birimlere öncelikli olarak ateroskleroz sonucu tıkanma ile gerçekleşen KAH ve/veya MI tanılı hastalar yatış yapmaktadır. Hastalar koroner yoğun bakım ünitelerine 3 farklı şekilde yatmaktadır. Bunlar; acilden akut şekilde anjiyoya alındıktan sonra primer olarak yoğun bakıma yatış, poliklinik kontrolü sonrası planlı yatış ve servislerde yine akut gelişen bir durum sonrası yoğun bakıma yatıştır. Her 3 durumda da hastaya veya hasta yakınına süreç hakkında bilgi verilerek onamları alınır. Yoğun bakıma giriş sonrası yapılması gereken ilk adım hastayı monitörize etmektir. Koroner arterlerdeki tıkanmanın varlığı çoğu zaman EKG ritimlerinde kendini gösterdiğinden hasta monitörizasyonu oldukça önem taşımaktadır. Daha sonraki adımlar kan tetkiklerinin yapılması ve gerekli tedavinin uygulanmasını içermektedir. İlaç tedavisiyle çözülemeyen durumlarda yapılan koroner anjiyografi işlemi ile hastanın tıkanmış damarının açılması sağlanmaktadır. Tüm bu tedavi ve yoğun bakım süreci hastalar için oldukça sıkıntılı bir durumdur. Koroner yoğun bakım hastaları tanı ve tedavi aciliyetinin önemli olduğu kıymetli hastalardır. Hastalar, durumlarındaki aciliyetin farkında olmaları ve yoğun bakım gibi farklı bir ortamda bulunmaları nedeniyle kendilerini stres altında hissedip pek çok semptom gösterebilmektedirler. Bu nedenle koroner yoğun bakım hemşiresi primer olarak hastanın akut durumdaki ihtiyaçlarını karşıladıktan sonra hastanın psikososyal ihtiyaçlarının da bilincinde olmalıdır. Çünkü hastalık durumu kişide oldukça stres yaratan bir durum iken bu duruma bir de yoğun bakım hastası olma halinin eklenmesi hastanın stres düzeyini daha da arttırmaktadır. Yapılan çalışmalar, araştırma sonuçları ve klinik gözlemlere bakıldığında koroner yoğun bakım hastaları korku ve ölüm korkusunu ayrı ayrı

yaşamaktadır. Ani gelişen ağrı, nefes darlığı gibi semptomlar hastalara ölümü çağrıştırdığından stres ve anksiyete düzeylerinde artışa sebep olmaktadır. Ölüm korkusu hastanın tedaviye yanıtını da etkilemektedir. Bu sebeple hemşirelerin hastaların ölümüne dair düşüncelerini, bu düşünceye neden olan durumları çok iyi irdelemesi gerekmektedir. Bunun yanında yabancı bir ortam olan yoğun bakım, aileden uzak kalma gibi düşünceler de hastada korkuya neden olmaktadır. Hastalarda oluşan bu durumları daha iyi anlamak için hastayı tanımak, stres faktörlerini bilmek ve oluşan semptomları tanıyabilmek çok önemlidir (33-36).

2.6. Stres ve Stresör Kavramı

Stres, günlük hayatta sıklıkla kullanılan bir kelimedir. Genellikle “baskı, gerginlik, sıkıntı” olarak tanımlanan stres 13. yüzyıldan beri kullanılan çok eski bir terimdir (37). Stres tanımını ilk kez yapan Hans Selye, “vücudun kendisine yöneltilen istek ve etkilere verdiği cevap” olarak tanımlamıştır. Bireye yöneltilen bu istek ve etkilere ise “stresör” denilmektedir (38).

Düşük seviyedeki stres, insan vücudu için sağlıklı ve istenebilir bir durumdur. Pozitif stres olarak da algılanan bu durum, insan sağlığı için oldukça yararlı bir konumda kullanılabilir, hatta kişinin yaşamdaki performansında iyileşme yaratabilir. Pozitif stres, kişiye motivasyon ve olaylar karşısında uyum göstermesini sağlayan önemli bir faktördür. Bunun tam tersi olan yüksek seviyedeki stres (negatif stres) ise insan vücuduna olumsuz etki yaratarak kişide sağlık sorunlarına yol açabilir (39).

Stresin kaynakları içsel ve dışsal olarak iki farklı şekildedir. İçsel yani bireyin kendi iç dünyasından ve yaşamından kaynaklı faktörler ile dışsal dediğimiz çevresel faktörler, bireyde stres oluşumunda önemli rol oynar (39).

2.7. Yoğun Bakım Ünitesindeki Çevresel Stresörler

Hastalık durumu, birey için oldukça stresli bir durumdur. Bununla birlikte özellikle yoğun bakım takibi gerektiren hastalıklar bireyde ekstra negatif bir stres durumu oluşturarak bireyin hastalığa ve ortama uyumunu zorlaştırabilmektedir. Yoğun bakım üniteleri; monitörlerle sürekli takip yapılan, uzun süreli kompleks tedavi ve bakımların yapıldığı, birçok insan tarafından farklı algılanan makinelerin bulunduğu karmaşık sağlık birimleridir. Bu birimler sağlık literatürüne ve hastalara önemli derecede katkı sağlasa da aynı zamanda çevresel faktörlerinden dolayı büyük ölçüde stres kaynağı sayılmaktadır

(40). Dolayısıyla yapılan tedavi ve uygulamalar ne kadar etkili de olsa hastaların yaşadığı bu stres, tedaviye uyumlarını zorlaştırarak yoğun bakımda kalış sürelerini uzatmaktadır. Yoğun bakımda kalış süresi uzadıkça kişinin stresi en uç noktaya ulaşarak kişide anksiyete yaratabilmektedir. Yoğun bakımda kalış süresini etkileyen en önemli stresörler, çevresel stresörler olarak adlandırılır. Kişinin hastalığa, tedaviye ve yoğun bakım sürecine uyumunu arttırmak, olumlu çevre oluşturmak ve iyi bir yoğun bakım deneyimi için bu stresörlerin ve stresörler karşısında yapılması gerekenlerin hemşireler tarafından bilinmesi gerekmektedir (35, 37, 40, 41).

Yoğun bakım üniteleri; ağrı, gürültü, uykusuzluk, ziyaretçi kısıtlaması, mahremiyet eksikliği, ortam sıcaklığı ve ışık düzeyi gibi pek çok çevresel stresöre sahiptir.

2.7.1. Ağrının Varlığı

Ağrının varlığı ve beraberinde getirdikleri, yoğun bakım hastaları için önemli bir sorundur. Kan basıncı, nabız, vücut sıcaklığı ve solunumdan sonra 5. yaşamsal bulgu olarak da tanımlanan ağrı, özellikle yoğun bakım ortamında önemli bir stres faktörü olarak bilinmektedir. Ağrı nedenleri arasında; cerrahi işlem, travma, invaziv girişim, akut/kronik hastalık, hareketsizlik ve hemşirenin/hekimin tıbbi müdahaleleri yer almaktadır. Tıbbi müdahaleler içerisinde en fazla ağrı veren girişimler arasında ise katater, tüp ve hatların varlığı ve aspirasyon işlemi bulunmaktadır (29).

Yoğun bakım hastasında ağrıyı değerlendirmek diğer hastalardan daha zor olabilmektedir. Ağrı subjektif bir bulgu olduğundan değerlendirilmesinde altın standart olarak hastanın ağrısını kendisinin bildirmesi çok önemlidir. Ancak yoğun bakım hastasında ağrısını bildirme yeteneği hastalık veya tedavi nedeniyle bozulabilmektedir. Daha da zorlayıcı hasta tipi olarak bilinç bozukluğu görülen, entübe ya da sedatize hastalarda ağrı değerlendirilmesi daha da önemlidir. Bu hastalar da ağrı yaşayabilir fakat ağrı duyusunu karşı tarafa bildiremez. Bu hastalarda ağrıyı değerlendirmek için sıklıkla Wong Baker Ağrı Skalası kullanılmaktadır (29, 42, 43).

Hemşire, hastanın ağrısının tanınmasında, değerlendirilmesinde ve giderilmesinde önemli bir role sahiptir. Bu rolünün hakkını vermek için öncelikli olarak hastayı ve hastalığını iyi tanımalı ve her hastanın ağrıya ve tedaviye cevabının farklı olacağını bilmelidir (29, 41-45).

2.7.2. Gürültü

Yoğun bakım ünitelerinin hastalar üzerinde stres yaratan bir diğer önemli çevresel faktörü gürültüdür. Hastanın ve hastalığın iyileştirilmesinde çevrenin önemine dikkat çeken Florence Nightingale yükses desibeldeki sesin hastalar üzerinde olumsuz durum yarattığını belirtmiştir (46).

Yoğun bakımda kullanılan pek çok tıbbi cihaz aynı zamanda gürültü nedenidir. Özellikle de hasta monitörleri, mekanik ventilatörler ve infüzyon cihazları yoğun bakımda ses yaratan cihazlardır. Kontrol edilmesi zor olan bu gürültü nedeni hastada hem fiziksel hem de psikolojik sorunlar yaratarak iyileşme sürecini zora sokar dolayısıyla da taburculuğu geciktirir. Bu durumda hemşireye düşen görev, hasta ve yoğun bakım bazı parametreleri belirleyerek cihazların alarm seviyelerini ve diğer faktörleri düzenlemektir (47, 48).

Yoğun bakım ünitesinde gürültüye neden olan diğer faktörler; çalışanların yüksek sesle konuşması, telefon sesleri, diğer hastaların ağlama/inleme sesleridir. Hemşire ve sağlık ekibi gürültüye neden olan bu durumların farkında olmalı ve ortamın hastalar için mümkün olduğunca en sağlıklı hale getirilmesinde koordineli olarak çalışmalıdır. Yoğun bakımda düzenli aralıklarla gürültü ölçümlerinin yapılması ve gerekli eğitimlerin verilmesi en önemli girişimlerdenidir (44, 46-48).

2.7.3. Uyku Yoksunluğu

Uyku, vücudun ve beynin yenilenmesinde vazgeçilmezdir. Özellikle de gece uykusu, sinir sistemi ve vücudun geri kalanı için çok önemlidir. Hastalığın varlığı ve yoğun bakım ortamı hastada uyku kalitesini düşüren önemli etkenlerdir (49, 50).

Yoğun bakımda uyku kalitesini ve varlığını etkileyen en önemli faktör gürültü olarak bilinse de ortam ışığı, hastalık durumu, ağrı varlığı ve ilaç tedavisi de uyku durumunu büyük ölçüde etkileyen nedenlerdir (51). Yoğun bakım ortamının fiziki şartları gereği hastanın gece-gündüz ayrımını yapamaması sirkadiyen ritmi bozarak hastanın uyku kalitesini düşürmekte böylelikle hastada oryantasyon bozukluğundan deliryum tablosuna kadar giden kritik bir durum yaratmaktadır (44, 52).

Uyku yoksunluğunun yarattığı diğer durumlar şu şekildedir (53);

- Ağrıya karşı artmış hassasiyet
- İrritabilite

- Bozulmuş immün sistem
- Metabolik sistemde değişiklik
- Oryantasyon bozukluğu
- Artmış sempatik aktivite ve azalmış parasempatik aktivite
- Taşikardi
- Hipoksi
- Ritim bozuklukları

Hemşireler gözlem yoluyla ve iyi bir hasta tanılması sayesinde hastadaki uyku yoksunluğunu anlayabilir. Uyku, Abraham Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinde temel fizyolojik ihtiyaçlardan biri olarak yer almaktadır. Yoğun bakımdaki hastaya bu temel ihtiyaçları sağlayacak olan hemşire rehabilite edici rolü sayesinde hastaya primer yarar sağlamayı amaç edinmelidir (52). Bu çerçevede yapılması gerekenler şunlardır;

- Tedavi, bakım ve diğer girişimler hastanın uyanık olduğu süre içinde yapılmalıdır.
- Gerekli olmadığı durumlarda ortam ışıkları en aza indirilerek hastaya uyku için gerekli ortam oluşturulmalıdır.
- Hastanın dinlenme ve uyku vakitlerinde gürültü yapan durumlarda iyileşmeye gidilmelidir.
- Gerekli durumlarda ve uygun koşullar sağlandığında hastalara göz bandı ve kulak tıkacı seçeneği sağlanmalıdır.
- Hastanın uykuya geçişini ve devamlılığını sağlayacak tedaviler hekim kontrolünde verilmelidir.
- Hastayla işbirliği içinde uykuya geçişini sağlayacak ve hastayı rahatlatacak terapötik olmayan seçenekler araştırmalıdır (44, 50, 54, 55).

2.7.4. Ziyaretçi Kısıtlaması

Yoğun bakımın fiziki çevresi, hastalığın yarattığı endişe ve yabancı bir ortamda bulunma hissi hastada psikolojik sorunlara yol açabilir. Hastanın yabancı bir ortamda ailesinden uzakta bulunması oldukça stres yaratan bir durumdur (56). Plansız ve acil yoğun bakım yatışlarında hastada oluşan kaygı ve panik durumu hastanın sevdiklerinden uzakta kalmasıyla per inleşerek üst seviyeye çıkabilir. Böylece hasta, ailesini ve sevdiklerini bir

daha ne zaman görebileceği konusunda endişelenir (34). Bu durumun fark edilmesi ve önlenmesine ilişkin uygulamalar hasta bakımında önemlidir (56).

Hemşirelik kuramcılarının da üzerinde sıklıkla durduğu bütüncül yaklaşım anlayışıyla hastayı, hastalığı ve sosyal yaşamıyla düşünmek gerekmektedir. Yoğun bakıma yatış süreci hasta için stres yaratan bir faktörken buna ek olarak bir de aileden uzak kalma durumu hastayı sosyal izolasyona sokarak hastalığında da olumsuz sonuçlara zemin hazırlamaktadır. Bu durumu önlemek için hastane politikaları çerçevesinde uygun koşulların sağlanması ile birlikte yeterli ziyaretlerin yapılması adımı atılabilir. Bu zamana kadar yapılan tüm çalışmalarda yoğun bakımda hasta ziyareti yapılmasının, hastanın psikolojik durumunda ve hastalığın seyrinde olumlu değişikliklere neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır (34, 56-59).

2.7.5. Mahremiyet Eksikliği

Mahremiyet, gizlilik anlamına da gelen ve kişinin özel hayatının, bedeninin, fikirlerinin dokunulmazlığını açıklayan bir kavramdır. Mahremiyet, tıp etiği ve hasta hakları açısından çok önemlidir (60).

Hasta mahremiyeti, Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 4.bölümünün 21. maddesinde açıklanmıştır. Bu maddedeki ifade şu şekildedir;

“Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir.”
(61).

Kanun ve yönetmeliklerle de açıklanan mahremiyet kavramı, korunması ve gözetilmesi gereken bir hasta hakkıdır. Yoğun bakım hastalarında gerek hastalık gerekse yoğun bakım fiziki şartları sebebiyle özel alana müdahale oldukça sık karşılaşılan bir durumdur. Primer olarak hastalığa odaklanılan yoğun bakımlarda çoğu kez hastanın psikososyal durumu göz ardı edilebilir. Bu sebeple hastalarda stres oluşabilmektedir. Hastaya primer bakım veren hemşirenin ve diğer ekip üyelerinin bu konuda hassasiyet göstererek hastanın yoğun bakım sürecine ve hastalık durumuna olumlu katkı sağlaması gerçekleştirilebilir (60).

Sadece fiziki olarak değil bilişsel ve psikolojik olarak da mahremiyetin sağlanması çok önemlidir. Tedavi ve bakım esnasında perdelerin çekilmemesi, hasta bilgilerinin diğer hastaların duyacağı şekilde diğer ekip üyelerine aktarılması, bilinçli veya bilinçsiz hastalara emir verir şekilde ve sert ses tonuyla konuşulması gibi durumlar yoğun bakımda hasta mahremiyetine zarar vermektedir. Mahremiyet eksikliğinin bir sonucu olarak hasta kendisini çaresiz ve yalnız hissetmektedir. Bu durum, hastanın stresörlere karşı korumasız hale gelmesine ve olumsuz yoğun bakım deneyimi yaşamasına neden olmaktadır (60).

2.7.6. Ortamın Sıcaklığı ve Işık Düzeyi

Yoğun bakım çevresel stresörlerinden bir diğeri de ortamın ısı ve ışık düzeyidir. Hastaların semptomlarını en aza indirmede yapılacak en önemli girişim çevrenin düzenlenmesidir. Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'e göre yoğun bakım ortamının sıcaklığının 22-26 °C olması gerekir. Ortam sıcaklığının ve nem seviyesinin yükselmesi hem yoğun bakım çalışanlarında hem de hastalarda rahatsızlık hissi oluşturur. Ortam sıcaklığı ve nem oranı birlikte artış gösterdiğinde mikroorganizma oluşumları artar ve hastalar için enfeksiyona yatkın bir ortam zemini oluşmuş olur. Bu nedenle sıcaklık ve nem değerlerinin düzenli takibi büyük önem taşımaktadır (44, 62).

Gün ışığı hem sağlıklı hem de hasta bireylerde olumlu sonuçlara neden olan bir faktördür. Yoğun bakımda yatan hastaların gündüz vakitlerinde gün ışığından yararlanmaları tedavi süreçlerini iyi yönde etkiler. Diğer taraftan, aşırı ışıklandırma özellikle de gece vakti ışıkların açık olması hastayı olumsuz etkileyerek sirkadiyen ritmini bozar ve uykuyu geçişini engeller. Her vakitte açık olan yoğun bakım ışıkları yüzünden hasta günün hangi vaktinde olduğunu anlayamayabilir. Bu durumlara dikkat edilerek hem hastalar hem de çalışanlar için uygun ve yeterli ışık düzeyinin ayarlanması gerekmektedir (44, 63). Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'in ikinci bölümünde yoğun bakımdaki ışık düzeyi şu şekilde açıklanmıştır (64);

“Yoğun bakım servislerinde, açılmaz nitelikte olması şartıyla tercihen pencere bulunabilir. Penceresi bulunan yoğun bakım servislerinde; hastaların, damar içi (IV) sıvıların, monitör ve ekranların gün ışığından doğrudan etkilenmemesi ve hastaların mahremiyetini sağlamak için gerekli düzenlemeler yapılır.”

2.8. Koroner Arter Hastalığı

KAH, kalbi besleyen damarlar olan koroner damarlarda gelişen daralma, tıkanıklık ve birtakım hasarlar sonucunda oluşan patolojik bir durumdur. Bu duruma yol açan en büyük etken ateroskleroz gelişimidir (65, 66).

Ateroskleroz oluşumu genellikle damar çapında lipit tabakalarının birikimiyle gerçekleşir. Ateroplak da denilen bu yapı, damar çapında daralmaya neden olarak zamanla tıkanıklığı meydana getirir. Oluşan bu tıkanıklık da kan akımında yavaşlamaya neden olur. Tüm bu durumların sonucunda kişide göğüs ağrısı olarak da adlandırılan anjina meydana gelir (67, 68). KAH; anjina pectoris, MI, sessiz miyokardiyal iskemi ve ani kardiyak ölümü barındıran oldukça geniş perspektifte bir hastalıktır (69).

2.9. Koroner Arter Hastalığı Epidemiyolojisi

KAH, dünya çapında ölüm nedenlerinin başında ilk sırada gelmektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda yaklaşık olarak her 25 saniyede bir 1 Amerikalının koroner olay geçirdiği ve yine yaklaşık olarak her 1 dakikada bir birilerinin bu olay sonucunda öldüğü kanıtına varılmıştır (69). KAH'a sahip kişilerin %25'i hiçbir semptom göstermeksizin aniden ölmektedir (70). Türkiye'de Türk Kardiyoloji Derneği önderliğinde yapılan Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) araştırmasının sonuçlarında 3 ila 4 milyon Türk vatandaşımızın KAH'a sahip olduğu ve her yıl bu kişilerden yaklaşık 200 bininin bu hastalık sonucu öldüğü görülmektedir (71).

KAH, 35 yaş üstü ölümlerin yaklaşık olarak 3'te 1'inden sorumludur. Amerika'da orta yaşlı erkek nüfusunun neredeyse yarısı ve orta yaşlı kadın nüfusunun üçte birinde KAH'ın kendisi veya diğer türleri (anjina pectoris, MI, sessiz miyokardiyal iskemi) görülmektedir (69, 72).

2.10. Koroner Arter Hastalığı Etiyolojisi

KAH'a yol açan ateroskleroz oluşumu akut bir olay olmamakla birlikte genellikle yıllar içinde ve yavaş bir şekilde gelişen bir süreçtir. Ateroskleroz oluşumu; yaş, sigara-alkol kullanımı, hipertansiyon ve/veya diyabet varlığı, genetik faktörler gibi pek çok durumun da katkısıyla oluşan damarsal bir sorundur. Damar lümeninde meydana gelen düşük dereceli inflamasyon olarak başlayan ateroskleroz zamanla vücutta önemli hasarlar veren ve ölüme yol açan bir sorun olmaya başlamaktadır (73, 74).

2.11. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri

KAH başta olmak üzere tüm kardiyovasküler hastalıkların (KVH) tanılama, tedavi ve önlenmesinde risk faktörlerinin bilinmesi önem arz etmektedir. KAH vakalarının %90'ından fazlası en az 1 risk faktörüne sahip hastalardan oluşmaktadır (75, 76). KAH risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemez olarak ikiye ayrılır.

2.11.1. Değiştirilemez Risk Faktörleri

- **Yaş ve Cinsiyet:** KAH gelişme riski yaşla birlikte artmaktadır. Kadın ve erkek cinsiyette benzer oranlarda olmakla birlikte genellikle kadınlarda erkeklerden 10 yıl sonra meydana geldiği sonucuna ulaşılmıştır (76).
- **Aile öyküsü:** Yakın aile fertlerinde özellikle de 1.derece yakınlarında hastalık öyküsünün bulunması KAH oluşumunda önemli bir risk faktördür. 55 yaş öncesi erkek ve 65 yaş öncesi kadın cinsiyette KAH oluşumunda veya ani kardiyak ölümlerde aile öyküsü en başta sorgulanması gereken faktördür (76, 77).

2.11.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Görülme sıklığı ve önem açısından en önemli 5 risk faktörü şu şekildedir (76-78);

- Kan basıncının yüksekliği (Hipertansiyon)
- Düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) yüksekliği
- Yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) düşüklüğü
- Glukoz intoleransı
- Sigara kullanımı

Hipertansiyon: Kan basıncı değerinin 140/90 mm Hg'dan daha yüksek olduğu durumlar KAH için risk oluşturmaktadır.

LDL yüksekliği: Düşük yoğunluklu kolesterol değerinin 130 mg/dL'den daha yüksek olması ateroskleroz oluşmasında önemli bir faktördür.

HDL düşüklüğü: Yüksek yoğunluklu kolesterol değerinin 40 mg/dL'den düşük olması KAH için bir risktir.

Glukoz intoleransı: Hiperglisemik durumlarda damar lümeninde meydana gelen inflamasyonlar sonucunda pıhtılaşma bozuklukları ve trombüsler meydana gelebilir. Dolayısıyla kişide bulunan komorbid hastalık durumları KAH açısından önemli bir risk

faktörüdür. Kişinin diyabet tanısı almış olması ya da açlık kan glikoz seviyesinin 126 mg/dL'den yüksek olması ateroskleroz oluşumunda majör risk faktörü olarak bilinmektedir.

Sigara kullanımı: Amerikan Kalp Derneği tarafından koroner arter hastalığı risk faktörlerinde ilk sırada seçilen sigara kullanımı neredeyse tüm koroner vakaların %10'unu etkileyen önemli bir faktördür.

2.12. Koroner Arter Hastalığı Tanı Yöntemleri

Koroner arter hastalığının kesin tanılmasında anjiyografi ile kalp kataterizasyonu yer alsada o aşamaya gelmeden önce invaziv işlem gerektirmeyen bazı yöntemlerle de tanı konulabilir. EKG, elektrokardiyogram, kan testleri, koroner sintigrafi, stres testleri bu yöntemlerden bazılarıdır (69, 79, 80).

En sık kullanılan kardiyak test olarak bilinen EKG ile hem kalp hızı hem de kalp ritmi aynı anda ölçülebilir. Ani gelişen durumlarda EKG ile iskemik durumlar fark edilebilir. Bunu gösteren en önemli belirteç ST elevasyonudur (69). Göğüs ağrısı esnasında çekilen EKG hasta için en doğru sonucu verebilecek yöntem olarak bilinmektedir. Ağrı esnasında çekilen EKG'de görülen ST değişikliklerinin belirlenmesi hastaya tanı koymada birincil faktör olarak yer almaktadır. Bununla birlikte kalp kasındaki hasarı gösteren troponin değerindeki değişiklikler de tanılamada önem arz etmektedir (81).

Anjina pectoris sırasında hastaların %50'sinde yukarıda belirtildiği gibi ST değişiklikleri meydana gelirken kalan yarısında ise normal elektrokardiyografik bulgular görülmektedir. Bu tip hastalarda laboratuvar sonuçları (troponin I, CK-MB), fiziksel belirti bulgular ve hastaların klinik seyri çok önemlidir. KAH'nın ilk belirteci olarak da bilinen anjina pectoris yani göğüs ağrısı en önemli fiziksel belirti bulgularındandır. Anjina pectoris; omuz, çene, sırt veya kola yayılabilen ve birkaç dakika süren ağırlık hissi ya da baskı tarzındaki ağrı ile karakterizedir. Bu his genellikle efor anında, stres durumlarında veya soğuk ortamda bulunma gibi nedenlerden meydana gelmektedir (82).

2013 ESC kılavuzunda belirtildiği üzere, KAH şüpheli tüm hastalarda yapılması gereken ilk tanılama yöntemi olarak EKG, kan testleri ve fizik muayene yer almaktadır. Hastanın fiziksel muayenesi, aile geçmişi, risk faktörleri ele alındıktan sonra anjina varlığı ve kardiyak kökenli mi yoksa kardiyak dışı mı olup olmadığı araştırılmalıdır. Tüm bunlardan sonra invaziv koroner anjiyografi ile kesin tanı konulmalıdır (81, 82). Koroner

arterlerin KAH'tan etkilenip etkilenmediğinin en iyi kontrolü yapılan anjio ile anlaşılır (69).

2.13. Koroner Arter Hastalığına Bağlı Semptomlar

KAH'ta prognozun kötüleşmesine neden olan en büyük etken, semptomların erken dönemde fark edilememesinden kaynaklanmaktadır. Anjina gelişiminden itibaren ilk 12 saat içerisinde gerekli tedavinin uygulanmaya başlanmış olmalıdır. Bu nedenle hastanın ve/veya sağlık personelinin semptomlara karşı duyarlı ve dikkatli olması gerekir (83).

KAH'a bağlı gelişen semptomlar tipik ve atipik olmak üzere 2 şekilde sınıflandırılır.

Tipik Semptomlar (83, 84);

- Göğüs ağrısı (anjina pektoris)
- Sırt/boyun/kola yayılan ağrı ve veya uyuşukluk hissi
- Kardiyak ritim anormallikleri

Atipik Semptomlar (83, 84);

- Nefes darlığı
- Yorgunluk-Halsizlik
- Mide şikayetleri (ağrı, bulantı-kusma, hazımsızlık)

Yapılan çalışmalarda kadınlarda atipik semptom deneyiminin erkeklere göre daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle, tespit edilen KAH vakalarının büyük bölümünü erkek hastalar oluşturmaktadır. Erkek hastalarda ise göğüs ağrısı ve sırta/kola yayılan ağrı gibi tipik semptomlar daha sık görülmektedir. Göğüs ağrısı en sık görülen semptom olarak bilinse de sırt/boyun/kola yayılan ağrı ve mide ağrısı da en az göğüs ağrısı kadar önemlidir. Başka sağlık sorunlarıyla karıştırılabilen sırt ve mide ağrısı hastayı sağlık kuruluşuna başvurmadan alıkoyabilir. Bu gibi durumlarda ağrıya eşlik eden diğer semptomlar büyük önem taşımaktadır (83, 84).

2.13.1. Tipik Semptomlar

2.13.1.1. Göğüs Ağrısı (Anjina Pektoris)

Koroner arterlerde meydana gelen daralma ve tıkanıklık sonucunda kan akışının bozulmasına bağlı gelişen göğüs ağrısı yani anjina, KAH'ın başlıca ve en sık görülen semptomudur (85, 86). Anjina ya da anjina pektoris, genellikle eforla ya da stres anında

göğüs hissedilen ve 30-60 saniyeden uzun süren basınç ya da rahatsızlık hissi olarak adlandırılır. Tedavisinde çoğunlukla nitrogliserin kullanılır. Yapılan son çalışmalarda her iki cinsiyette ve tüm yaşlarda anjina pektoris görülme oranında artış saptanmıştır. Kadınlar anjinayı erkeklere kıyasla daha geç bir yaşta deneyimlemektedir. Çeşitli çalışmalarda kadınlarda anjina görülme sonrası mortalite oranının erkeklere göre daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (87).

Anjinanın medikal tedavisinin yanı sıra hemşirelik bakımı da bir o kadar önemlidir. Göğüs ağrısı bulunan hastanın değerlendirilmesi, ağrı kontrolü, varsa oksijen ihtiyacının yerine getirilmesi, hekimle işbirliği içerisinde olup acil durumlarda hastaya medikal tedavinin başlatılması, ağrı öncesi-sırası ve sonrasında farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemlerin kullanılması ve hastanın eğitimi hemşirelik bakımının içerisinde yer almaktadır. Anjina; arterdeki tıkanmanın yanında efor, stres, sıcak-soğuk ve yeme-içme rutinine bağlı olarak da gelişebilir. Bu gibi konularda hemşire hastayla iletişim halinde olup hastaya gerekli eğitimi vermelidir (88, 89).

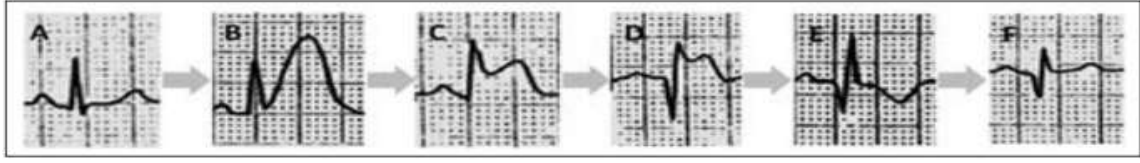
2.13.1.2. Sırt/Boyun/Kola Yayılan Ağrı ve/veya Uyuşukluk Hissi

Koroner arter hastalarında ağrı veya rahatsızlık hissi kimi zaman da sırt, boyun, kol, alt çene ve midede olabilir. Bu bölgelerde hissedilen ağrının süresi 15 dakikaya kadar ulaşabilmektedir. Hasta bu ağrıyı; sancı şeklinde ağrı, yakıcı ağrı veya uyuşukluk hissi olarak da tanımlayabilir (87, 89).

Bu ağrıların gerekli tanı ve tedavi yöntemleriyle diğer sistemsel rahatsızlıklardan ekarte edilmesi, kardiyolojik sebepli olgularda derhal medikal tedavinin başlatılması çok önemlidir. Medikal tedavisi ve hemşirelik bakımı anjina pektoris ile benzerdir (87, 89).

2.13.1.3. Kardiyak Ritim Anormallikleri

KAH'ın tanısında en çok kullanılan 2 yöntem EKG çekimi ve laboratuvar testlerin analizidir. EKG'de görülen ritim bozuklukları ya da laboratuvar testlerinde bakılan troponin gibi kardiyak enzimlerin pozitifliği hastaya tanı konulmasında ve acilen tedavinin başlatılmasında oldukça önemli bir konuma sahiptir. Göğüs ağrısı şikayetiyle hastaneye başvuran her hastaya EKG çekilmelidir. Anjina sırasında çekilen EKG'de iskemiye gösteren ST dalga değişiklikleri görülebilir (68, 90).



Şekil 1. ST Dalga Değişimi. A: Normal QRS Dalgası. B: Koroner arter tıkanmasından sonraki ilk birkaç dakika ile yarım saat içinde gelişen akut T dalgası varlığı. C: T dalgası ile birlikte görülmeye başlanan ST elevasyonu. D: Tıkanmadan 1 saat sonra görülmeye başlanan Q dalgası. E: ST elevasyonuna eşlik eden T dalga negatifliği tıkanmadan sonraki 2 ila 5 gün içerisinde görülür. F: Günler sonra oluşmaya başlayan T dalga pozitifliği (91).

2.13.2. Atipik Semptomlar

2.13.2.1. Nefes Darlığı

Göğüs ağrısı ve nefes darlığı KAH'nın en sık görülen semptomlarıdır. Efor sonucu gerçekleşen göğüs ağrısı yani anjina, miyokard iskemisinin bir sonucudur. Çoğu hastada bu miyokard iskemisi, anjinadan çok nefes darlığı olarak kendini belli eder (92).

Paudel ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada koroner anjiyografi olmuş 1053 hastanın %62'sinde göğüs ağrısı, %22'sinde nefes darlığı ve %11'inde hem göğüs ağrısı hem de nefes darlığı semptomu olduğu görülmüştür (92).

Yapılan başka bir çalışmada özellikle yaşlı hastalarda KAH belirtisi olarak göğüs ağrısından sonra en sık nefes darlığı kendini belli etmektedir. Atipik bulgulardan nefes darlığı %49 ile ilk sırada yer almaktadır (93).

2.13.2.2. Yorgunluk-Halsizlik

Yorgunluk, nefes darlığı, ağrı gibi KAH semptomları hastaya yaşamındaki fiziksel aktivitelerde zorluk çıkartmaktadır. Yorgunluk ve/veya halsizlik, hastanın günlük yaşamını devam ettirmesini engelleyen, psikolojik olarak da hastayı zor duruma sokan bir semptomdur (94). Özellikle de aktif hareket gerektiren durumlarda hastaya engel olan ağrı, nefes darlığı ve yorgunluk semptomları hastada anksiyete, stres, öz kontrol kaybı ve kinezyofobi gelişmesine neden olmaktadır (86). Kinezyofobi, kişinin ağrı, yaralanma ve/veya yorgunluk durumları nedeniyle aktif hareket gerektiren fiziksel olaylardan kendini korumak için kaçınması durumudur (86, 95). Yümin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yorgunluk ve nefes darlığı semptomlarının koroner arter hastalarında yaşam

kalitesini büyük ölçüde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumun çözümünde kardiyak eğitim ve rehabilitasyon programlarının önemi anlaşılmıştır (86).

2.13.2.3. Mide şikayetleri (ağrı, bulantı-kusma, hazımsızlık)

KAH ve akut enfarktüs durumlarında semptom olarak kendini gösteren mide şikayetleri kimi zaman da verilen ilaç sonrası yan etki olarak da görülebilir. KAH'a bağlı gelişen MI'nın bir tipi olan inferior MI'da iskemi sonucu gelişen ağrı, epigastrik bölgede kendini belli eder. Bu ağrı hastada bulantı-kusma ve hazımsızlık gibi semptomlar yaratabilir. Aynı zamanda ağrıyı gidermek için medikal tedavide kullanılan morfin gibi narkotik ilaçlar yan etki olarak hastada bulantı-kusma yapabilir (96, 97).

Bulantı-kusma vakaları pek çok hastalığın semptomu olarak görülmektedir. Bu sebeple özellikle de acil servis başvurularında bulantı-kusma, hazımsızlık ve mide şikayetiyle gelen hastalarda olası miyokard iskemisi ve KAH varlığının ekarte edilmesi çok önemlidir (98).

2.14. Koroner Arter Hastalığı Tedavi Yöntemleri

KAH tedavisinin amacı; kalp kasının oksijenlenmesini arttırmak, hastada görülen hastalık nedenli semptomları en aza indirmek ve kardiyak ölüm oranını azaltmaktır. Bu amaçlara ulaşabilmek için öncelikli olarak risk faktörleri kontrol altına alınmalıdır. Daha sonra da ilaç tedavisi uygulanmaya başlanmalı ve gerekli durumlarda invaziv yöntemlere başvurulmalıdır (80, 99).

2.14.1. Risk Faktörlerinin Belirlenmesi ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Tedavinin ilk aşaması olarak öncelikle hastadaki risk faktörleri belirlenerek gerekli yaşam tarzı değişikliklerine gidilmelidir. KAH'ın değiştirilebilir risk faktörlerini içeren bu aşamada diyet değişikliği ve diyetle uyum, sigara ve alkol kullanımının en aza indirilmesi veya bırakılması, düzenli egzersiz programı ve diğer komorbid hastalıklara uyum (diyabet, hipertansiyon gibi) büyük önem arz etmekte ve hastalığın seyrinde önemli değişikliklere yol açmaktadır (100).

2.14.2. İlaç Tedavisi

İlaç tedavisinin en önemli amaçları arasında anjinaya bağlı komplikasyonların önlenmesi ve hastalığın ileriki dönemlerinde ortaya çıkması muhtemel diğer komplikasyonların önüne geçmek bulunur (100).

KAH'ta en sık kullanılan ilaç tedavileri şunlardır (68, 69);

- Nitratlar
- Antitrombositler ve antitrombin tedavisi
- Beta-blokerler
- Kalsiyum kanal antagonistleri
- Lipid düşürücüler

2.14.2.1. Nitratlar

Nitrat ve nitrat türevi ilaçlar düz kas ve kalp kasında dilatasyon yaparak damardaki spazmı önler ve koroner kan akımının sürekliliğini sağlamaktadır. Nitrat türevleri ilk müdahalede dilaltı olarak oral formda verilirken, tedavinin ilerleyen süreçlerinde intravenöz infüzyon forma geçilir. Nitrat tedavisinde en büyük engel, tolerasyon gelişimidir. Bu nedenle nitrat grubundaki ilaçların idame dozunun kısa süreli olması ya da aralıklı tedavi olarak kullanımı kabul görmektedir. Nitrat tedavisine bağlı yaygın olarak gelişen komplikasyonlar arasında baş ağrısı, hipotansiyon ve yüzde kızarma bulunmaktadır (68, 69).

2.14.2.2. Antitrombositler

KAH'ta antirombosit tedavi uygulanmasının en önemli amacı trombozları önleyerek koroner arterlerdeki kan dolaşımını sağlamaktır. ESC kılavuzlarında esas tedavi olarak yer alan aspirin ve klopidoğrel kombine tedavisi özellikle hastaneye ilk başvuruda tercih edilmektedir. Bu ilaçlar sayesinde trombosit agregasyonu önlenerek ateroskleroz oluşumunun önüne geçilmeye çalışılır. Aynı zamanda aspirin kullanımı, akut koroner durumlarının tedavisinin yanında inme, geçici atak ve enfarktüs durumlarında da ikincil koruma sağlar (68, 69, 101).

2.14.2.3. Beta-blokerler

Beta-blokerler, KAH hastalarında klinik olarak birincil fayda gösteren ilaç olarak bulunmuştur. Kardiyovasküler durum gelişme riskini en aza indiren beta-blokerler anjina pectoris gelişimini de en aza indirerek hastanın kliniğinde büyük ölçüde iyileşme sağlamaktadır. Enfarktüs sırasında kalp kasının oksijen ihtiyacını en aza indirerek kişideki göğüs ağrısını hafifleten beta-blokerler kalp hızının yavaşlatılması amacıyla da kullanılmaktadır. Bunların yanı sıra beta-blokerler; kardiyojenik şok, orta veya ciddi sol ventrikül yetmezliği, 2. veya 3. derece atriyoventriküler (AV) blok, sistolik kan basıncının

100 mm Hg'dan düşük olduğu hipotansiyon durumu, kalp hızının 69'dan düşük olduğu sinüs bradikardi durumu ve astım vb. gibi solunum yolu hastalığına sahip hastalarda kontrendikedir. Özellikle de solunum yolu hastalığına sahip kişilerde bronkokonstrüksiyon gelişme riski açısından kullanımı çok riskli sayılmaktadır (69, 83, 100, 102).

2.14.2.4. Kalsiyum Kanal Antagonistleri

Hipertansiyonun tedavisinde oldukça etkili olan kalsiyum kanal antagonistleri, diğer antihipertansif ilaçlarla da uyumlu olduğundan kombine tedavilerde oldukça etkili bir konumdadır. Kalp kasının oksijen ihtiyacını azaltan bu ilaç grubu koroner perfüzyonu arttırarak kan dolaşımında önemli etkiye sahiptir. Koroner arterlerdeki spazmı engelleyerek dilatasyonu gerçekleştiren kalsiyum kanal antagonistleri, kardiyovasküler olaylarda olumlu etkileri olan ilaç gruplarındandır (83, 100, 103).

2.14.2.5. Lipid Düşürücüler

KAH'a sahip bireylerde kardiyovasküler olay gelişme riskini en aza indiren diğer ilaç grubu da statinler yani lipid düşürücülerdir. Yapılan çalışmalarda statin tedavisi ile kardiyovasküler olaylar ve buna bağlı kardiyak ölümlerin en aza indirildiği bilgisine ulaşılmıştır. Günlük 80 mg statin tedavisi ile akut koroner sendroma bağlı kardiyak ölümlerde azalma olduğu görülmüştür. Statin tedavisine önceki lipid seviyelerinden bağımsız olarak başlanılabilir. Temel hedef LDL seviyesinin 70 mg/dL altında tutulmasıdır (68, 69).

2.15. Koroner Anjiyografi

Koroner anjiyografi; KAH'ın varlığını, prognozunu ve koroner arterlerin durumunu belirlemek amacıyla yapılan ve tedavi seçimine öncülük eden invaziv ve altın standart bir tanı yöntemidir (104, 105). Koroner arterlerin KAH'tan etkilenip etkilenmediğinin en iyi yolu anjiyografi ile görüntülemektir. İnvasiv bir girişim olan anjiyografide hastanın genellikle femoral veya radial arterinden işlem yapılmaktadır. Bölgenin seçimi hastanın durumuna ve hekimin prosedür deneyimine göre değişebilmektedir. En sık tercih edilen femoral bölge olsa da son yıllarda yapılan çalışmalarda radial bölgeden yapılan işlemin hasta açısından daha konforlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bölgelerden girilen katater kalbe doğru iletilir ve sonrasında radyoopak madde ile koroner arterlerin görüntülenmesi yapılır (69, 80, 106-109).

Kalp kataterizasyonu olarak da bilinen koroner anjiyografi işlemi Perkütan Translüminal Koroner Anjioplasti (PTCA) ve Perkütan Koroner Girişim/Koroner Arter Stent Uygulaması (PCI) olarak iki aşamayı içermektedir. PTCA yani balon işleminde kataterin ucundaki balon tıkanmış damara yerleştirilir ve açıklığı sağlayacak şekilde basınçla şişirilir. Stent uygulaması ise balon uygulamasının yeterli olmadığı durumlarda damarların sürekli olarak dilate kalmasını sağlamak amacıyla yerleştirilir (83).

2.15.1. Koroner Anjiyografi Komplikasyonları

Koroner anjiyografi, güvenli bir prosedür olarak bilinse de invaziv bir işlem olmasından dolayı düşük de olsa komplikasyonları olan bir işlemdir. Bu işlemin artı ve eksi yönleri olduğundan hasta/ hasta yakını ile tartışılarak onam alınmalıdır. Nadiren de olsa meydana gelebilecek komplikasyonların önceden farkına varılarak yaşamı tehdit eden durumun önüne geçilebilir. Koroner anjioplastinin komplikasyonları arasında en sık inme, kalp tamponadı, kardiyak cerrahi riski ve vasküler işlem yeri komplikasyonları yer almaktadır. Bu komplikasyonların engellenmesi ve kontrolü etkili bir hemşirelik bakımıyla sağlanabilmektedir (80, 109, 110).

2.15.2. Koroner Anjiyografi ve Hemşirelik Bakımı

Hemşireler, hasta bakımında kritik önem taşıyan sağlık ekibi üyeleridir. Sağlık bakım hizmetlerinin yanı sıra hastaların ve hasta yakınlarının endişelerini, ihtiyaçlarını ve beklentilerini fark edip fiziksel hizmetlerinin yanında psikolojik olarak da oldukça önemli bakım hizmeti sunan hemşireler, hasta sonuçlarının optimizasyonunda büyük katkıya sahiptir (110, 111).

2.15.2.1. Koroner Anjiyografi Öncesi Hemşirelik Bakımı

Anjiyografi öncesi hastanın bütüncül olarak tanınmasının yapılmasıyla başlayan hemşirelik bakımı; hasta onamının alınması ve hastanın işlem için fiziksel ve psikolojik hazırlığıyla devam eder. Hemşirenin hasta hazırlığı, eğitimi ve değerlendirme konusundaki yetkinliği hastanın işlem sürecine olan uyumunu arttırmaktadır. Böylelikle hasta için stres yaratan bu durumun önüne geçilerek bireyin hemostazisinin devamlılığı sağlanabilmektedir (108, 110, 112, 113).

İşlem öncesi yapılması gereken hasta hazırlıkları ve hemşirelik bakımları şu şekildedir;

- İşlemlle ilgili tüm bilgileri içeren onamın hasta tarafından tam ve doğru şekilde anlaşılıp yazılı onayının alınması sağlanmalıdır.
- İşlem öncesi ve işlem sonrası temel karşılaştırmalar ve tedavi süreci hakkında doğru bilgi için hastanın monitörizasyonu ve gerekli tetkikleri yapılmalıdır (12 derivasyonlu EKG, kalp hızı/ritmi, kan basıncı, oksijen saturasyonu, periferik nabız kontrolleri).
- Gerekli laboratuvar tetkiklerinin yapıldığından emin olmalıdır. Tetkik sonuçlarını değerlendirmeli ve beklenmedik tüm sonuçlar hakkında diğer sağlık personelleriyle iletişime geçmelidir. Özellikle elektrolitler ve böbrek fonksiyon testlerinin sonuçları anjio işlemi sonrası muhtemel böbrek yetmezliği tablosundan kaçınmada büyük önem taşımaktadır.
- İşlem öncesi hastanın aç olması işlem sırasında ve sonrasında meydana gelebilecek bulantı/kusma komplikasyonunun önlenmesinde çok önemlidir. İşlemden 4 saat önceye kadar katı yiyecekler ve 2 saat önceye kadar da sıvı içecekler tüketilebilir.
- İşlem yapılacak yerin temizliği ve kuru olması enfeksiyon riskinin önlenmesinde büyük öneme sahiptir. Girişim yapılacak bölgenin tıraş işlemi jilet vb. gibi kanama riski oluşturacak aletle değil kısıltma olarak yapılmalıdır.
- Hastada venöz katater girişlerinin bulunması ve diğer gerekli kataterler de hemşirenin sorumluluğundadır (IV kanül, mesane sondası vb.).
- Hastada alerji varlığı sorgulanmalıdır (İlaç, radyo opak madde alerjisi vb.).
- İşlem öncesi ve sonrasında hastanın ilaçlarını düzgün bir şekilde aldığından ve tedavinin devamından emin olmalıdır (80, 108, 109, 113).

2.15.2.2. Koroner Anjiyografi Esnasında Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik bakımı anjiyografi işlemi esnasında da devam etmektedir. Hastanın hazırlığı, takibi ve işlem süreci boyunca hekimle koordineli çalışan hemşire, işlem esnasında da hastanın hem fiziksel hem de psikolojik hazırlık sürecinde önemli bir yer almaktadır.

İşlem esnasında yapılması gereken hasta hazırlıkları ve hemşirelik bakımları şu şekildedir;

- İşlem sürecinde uyanık olan hastaya gerekli durumlarda bilgilendirmenin yapılması ve sürecin devamlılığı hakkında bilgi verilmesi, hastanın stres

durumunu en aza indirmektedir. Bu nedenle hemşire bu konuda hastaya yarar sağlamalıdır.

- İşlem boyunda hastanın yaşamsal bulgularının takibi hemşirenin primer görevidir.
- Anjiyografi esnasında kullanılan ilaç ve tıbbi malzemelerin sterillik durumu, malzeme ve ilaçların temini, kullanımı ve acil durumda kullanılacak ilaçların hazırlığı hemşirenin görevleridir.
- İşlem bittikten sonra hastanın yoğun bakım ya da servise transferinin sağlanması ve işlem sonrası yapılacaklar ve hasta takibi hakkında diğer hemşirelerinin bilgilendirilmesi hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır (80, 106, 114).

2.15.2.3. Koroner Anjiyografi Sonrası Hemşirelik Bakımı

Hastanın takibi koroner anjiyografi sonrasında da devam etmektedir. İşlem öncesi ve esnasında yapıldığı gibi yaşamsal bulguların takibinin yanı sıra oluşabilecek komplikasyonların takibi ve erkenden fark edilmesinde hemşirenin işlem sonrası verdiği bakımın en önemli bölümünü oluşturmaktadır.

İşlem esnasında yapılması gerekenler ve hemşirelik bakımları şu şekildedir;

- İşlem sonrası belli aralıklarla hastanın yaşamsal bulguları düzenli olarak takip edilmelidir.
- İşlemden verilen radyoopak maddenin hastada alerjik reaksiyon gösterip göstermediği yakından takip edilmeli ve en kısa sürede yeterli hidrasyon ile bu maddenin vücuttan atılımı sağlanmalıdır. Bununla birlikte hastanın böbrek fonksiyonları ve gerekli kan değerlerinin (üre, kreatin) takibi de düzenli olarak yapılmalıdır.
- İşlem yerinin gözlemi, kanama, ekimoz ve hematoma açısından takibi çok önemlidir.
- İşlem sonrası katater ve/veya kum torbası varlığından dolayı hastanın mobilizasyonun engellenip yatakta düz bir şekilde yatması sağlanmalıdır.
- İşlem öncesinde yapıldığı gibi işlem sonrasında da gerekli kan testlerinin ve EKG çekiminin yapılması işlemin hastaya yararını gösteren en önemli bulgulardandır.

- Taburculuk eğitimi kapsamında hastanın tedavisine ve diyetine uyumunu anlatan bilgilendirmelerin yapılması hemşirenin eğitici rolünün bir parçasıdır (80, 108, 110, 114-116).

2.16. Koroner Arter Hastalığı Yönetimi ve Hemşirelik Bakımı

Koroner arter hastaları yaşam boyu takip ve tedavi kontrolleri altında olması gereken hasta gruplarındandır. İlk semptom başlangıcından itibaren hastanın bu semptomlara, hastalığa ve tedaviye uyumunun sağlanmasında hemşirelere büyük görev düşmektedir. Hemşire, hastanın yoğun bakıma yatışıyla başlayan süreçte hastanın fiziki ve vital bulgularının değerlendirilmesinde, semptomlarının fark edilmesinde, farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavinin sürekliliğinde, oluşan veya oluşabilecek komplikasyonların yönetiminde primer rol oynar (88).

Hastalık, hasta için yeni ve beklenmedik bir durum iken bu duruma zamansız ve plansız bir şekilde yoğun bakım sürecinin de dahil olması hastada strese neden olabilmektedir (117, 118). Stresle birlikte hastada oluşan kaygı, anksiyete, ölüm korkusu gibi duygular tedavi sürecini etkileyerek hastada başka ek sorunların da oluşmasına ve dolayısıyla yoğun bakımda kalış süresinin uzamasına neden olur. Uzayan yoğun bakımda yatış süresi, hastada tekrar psikososyal sorunlar meydana getirerek aynı bir döngü gibi tüm sorunların başa sarmasına neden olarak hastanın olumsuz deneyimler yaşamasına sebebiyet verir (118).

Hemşire, hastaya bütüncül bir yaklaşımla yaklaşmalı ve gerekli bakımı verebilmelidir. Hastanın ağrı, nefes darlığı gibi semptomların fark edilmesinde veya yönetiminde hastayla işbirliği içinde olmalı, hastanın semptom yaşadığında bunu rahatlıkla belirtmesi için cesaret vermelidir. Semptom kontrolünde ise hekimle işbirliği içinde olup gerekli tedavinin başlatılmasında ve devamlılığında görev almalıdır. Hastanın tedavi ve ilaç uyumunu sağlayabilmek için hastaya gerekli eğitimleri vermelidir. Bu eğitimler hastanın kullandığı ilaç türüne bağlı olarak değişebilmektedir ama eğitim genel olarak ilacı kullanma saati, dozu, ilaç etkileri, beraberinde kullanılan diğer ilaçlar ve besinlerle etkileşimini içermektedir. İlaça uyumun yanında hastanın diyetine uyumu, beslenme düzeni, günlük gerekli aktivite planları da hasta eğitiminin içerisinde yer almalıdır. Bu sayede hastaya öz bakım değerini yükseltmede destek olunur ve sağlıklı yaşam biçimi oluşturmaya katkı sağlanır (119, 120).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma; koroner yoğun bakım ünitesindeki çevresel stresörlerin hastalarda görülen semptomlara etkisini değerlendirmek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Trabzon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitelerinde 01.10.2021-01.02.2022 tarihleri arasında yapıldı. Hastanede 2 Koroner Yoğun Bakım Ünitesi bulunmaktadır. İki yoğun bakım da 10 yataklıdır. Koroner Yoğun Bakım 1 Ünitesindeki hasta yatakları “U” şeklinde sıralanmıştır. Koroner Yoğun Bakım 2 Ünitesindeki hasta yatakları ise yarısı ön bölümde hemşire deskinin önünde, yarısı arka bölümde kameralarla izlenecek şekilde sıralanmıştır. Hasta yatakları arasında mahremiyeti sağlamak amacıyla perde bulunmaktadır. Her iki yoğun bakımda da 14’er hemşire ve toplamda 9 asistan doktor ve 12 uzman doktor görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Trabzon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Eğitim Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım 1 ve 2 Ünitelerinde Haziran 2019-Haziran 2020 tarihleri arasında yatan 692 hasta oluşturmuştur.

Open-epi uygulamasında yapılan analiz sonucunda 0.05 sapma ve %95 güven aralığında evren bilinen formüle göre hesaplanmış ve araştırmanın örneklem sayısı 248 hasta olarak bulunmuştur.

3.4. Araştırmaya Kabul ve Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya kabul kriterleri;

- 18 yaş üzeri olmak,
- Sözel iletişim kurabilmek,
- KAH veya MI tanısı ile yatmak,
- Yatış sürecinde koroner anjiyografi işlemi geçirmiş olmak,
- Yatışının ilk 2-3 günü içinde olmak,
- Araştırmaya katılmaya istekli olmak.

Araştırmaya kabul edilmeme kriterleri;

- Kalp yetmezliği (KY), miyokardit vb. kardiyolojik tanısı olmak,
- Kalple ilgili herhangi bir cerrahi müdahale geçirmiş olmak (anjio hariç),
- Yoğun bakım yatışının ilk gününde olmak,
- Görme ve işitme kaybı olmak,
- Anket formundaki soruları algılamasına ve doğru şekilde cevaplandırmasına engel teşkil edecek şekilde genel sağlık durumu kötü olmak.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasında; hastaların kişisel özelliklerini, hastalık durumlarını, yoğun bakım süreci ve geçmişi ile hastanın alışkanlıklarını içeren ve 25 sorudan oluşan Hasta Bilgi Formu; hastaların yoğun bakım ortamında etkilendikleri çevresel faktörleri belirlemek amacıyla Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği; etkilendikleri bu stresörler sonucunda hastalarda görülen semptomları saptamak için ise Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği kullanılmıştır.

Veriler araştırmacı tarafından koroner yoğun bakım ünitelerinde yatan ve araştırmaya kabul kriterlerine uyan hastalar üzerinde araştırmacı tarafından soru-cevap tekniği kullanılarak toplandı. Araştırmada hedeflenen örneklem sayısına ulaşılmış olup, toplamda 248 hasta ile görüşme sağlandı.

3.5.1. Veri Toplama Araçları

3.5.1.1. Hasta Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Hastaların yaş, cinsiyet gibi demografik bilgilerini, hastalık durumu ve yoğun bakım süreçleriyle ilgili bilgileri içeren 25 sorudan oluşmaktadır.

3.5.1.2. Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği (YBÜÇSÖ)

Amerika’da, 1981 yılında Ballard tarafından geliştirilen YBÜÇSÖ 40 madde içermekte olup 1985 yılında Nastasy tarafından revize edilmiştir. Bu ölçek 1989 yılında, Cochran ve Ganong tarafından tekrar revize edildiğinde ise son şekli 42 madde olarak belirlenmiştir. Ölçeğin orijinal dili İngilizce’dir. Bu ölçek yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastaların algıladıkları stresörleri tanımlamak ve aynı zamanda hemşirelerin bu stresörleri azaltmada ne kadar etkili olabildiğini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Bu

ölçeğin, Jane Cochran'dan izin alınarak 2010 yılında Aslan ve arkadaşları tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 42, en yüksek puan 168'dir ve 4'lü likert şeklinde planlama yapılmıştır. Yapılan güvenirlik analizleri sonucuna göre YBÜÇSÖ'ye ilişkin Cronbach Alpha katsayısı 0.918 olarak bulunmuştur (121).

3.5.1.3. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ)

Eduardo Bruera ve arkadaşları tarafından 1991 yılında tanımlanmış bir ölçektir. Ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini iyi hissetme/hissetmeme durumu, nefes darlığı ve diğer sorunlar olarak 10 semptom sorgulanır. Hastanın semptomlarını 0'dan 10'a kadar devam eden rakamlardan kendine en uygun olduğunu düşündüğü bir rakam ile eşleştirmesi istenir. 0 rakamı semptomu olmadığını ifade eder, 10 rakamı semptomunun çok şiddetli olduğunu gösterir. Bu ölçek 2006 yılında Eduardo Bruera'dan izin alınarak Kurt ve arkadaşları tarafından validasyon çalışmaları yapılarak Türkçe'ye çevrilmiştir. Kurt ve arkadaşları tarafından cilt ve tırnak değişiklikleri, ağızda yara çıkması ve ellerde uyuşma semptomları ölçeğe ilave edilmiştir. Yapılan güvenirlik analizleri sonucuna göre ESTÖ'ye ilişkin Cronbach Alpha katsayısı 0.828 olduğu saptanmıştır (122).

3.5.2. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda 248 katılımcıdan elde edilen verilerin analizi IBM SPSS Statistics 22 (SPSS Inc., Chicago, IL) programında uygun istatistiksel yöntemler ile değerlendirilmiştir. Araştırmada, ESTÖ ve YBÜÇSÖ kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan verilerin çarpıklık ve basıklık değerleri baz alınarak normallik dağılımı varsayımını sağladığı tespit edilmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1.5 ile +1.5 arasında olduğu tespit edildiği için dağılım normaldir. Bu nedenle ölçek puan karşılaştırmaları yapılırken parametrik testler kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik analizleri yapılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekler ile demografik karşılaştırmalarda Independent Sample T-Test ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Verilerin analizinde; tanımlayıcı kategorik verileri sayı (n) ve yüzde (%), nicel verileri ise ortalama ve standart sapma değerleri, çarpıklık, basıklık, minimum ve maksimum değerleri gösterilmiştir. Verilerde kayıp veri (missing value) olmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca nicel değişkenler arasında ilişki olup olmadığı Pearson Korelasyon analizi ile incelenmiştir.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya sadece Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitelerinde KAH veya MI tanısı ile yatan ve diğer kabul edilme kriterlerini taşıyan hastaların dahil edilmesi araştırmanın sınırlılığını oluşturmuştur.

Diğer bir sınırlılık olarak; araştırmanın yapıldığı tarihler Covid-19 pandemisi sürecinde olduğu için veri toplanan yoğun bakımlardan biri Covid yoğun bakım olarak hizmet vermiş ve bu nedenle verilerin toplanma süresi uzamıştır.

Araştırmanın yapıldığı süreçte ziyaretlere yasaklama getirilmesi sebebiyle bu tarz sorulardan alınan cevaplar araştırma için sınırlılık oluşturmuştur.

3.7. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı

Araştırma için Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 15.09.2021 tarihinde 24237859-668 sayılı etik kurul izni ve Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü'nden 05.08.2021 tarihli ve E-55568733-604.01.02 sayılı yazı ile kurum izni alınmıştır. Araştırmaya katılan tüm hastalara onam formu detaylı açıklanarak yazılı onayları alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu araştırma koroner yoğun bakım ünitesindeki çevresel stresörlerin semptomlar üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılmış olup araştırma sonucunda elde edilen veriler; hastaların tanıtıcı özelliklerini, yoğun bakım ve hastalık süreci ile ilgili bilgileri, çevresel stresörlerin istatistik incelemesini, hastalarda görülen semptomları, çevresel stresörler ve semptomlar arasında ilişkiyi içermektedir.

Tablo 1. Hastaların tanıtıcı özellikleri (n=248)

Tanıtıcı Özellikler	Ort±SS	Min-Max
Yaş	60.47±11.15	21-87
	(n)	(%)
Cinsiyet		
Kadın	49	19.8
Erkek	199	80.2
Medeni durum		
Evli	229	92.3
Bekar	19	7.7
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	44	17.7
İlköğretim	48	19.4
Ortaöğretim	65	26.2
Lise	70	28.2
Üniversite	21	8.5

Hastaların tanıtıcı özellikleri Tablo 1’de sunulmuştur. Hastaların yaş ortalamaları 60.47±11.15 yıl, %80.2’si erkek, %92.3’ü evli ve %28.2’si lise mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 2. Hastalık ve yoğun bakım sürecine ilişkin özellikler (n=248)

Özellikler	(n)	(%)
Hastaneye başvuru şikayeti		
Göğüs ağrısı	106	42.7
Sırt/boyun/kola yayılan ağrı	37	14.9
Çarpıntı	34	13.7
Sıkışma hissi	28	11.3
Nefes darlığı	15	6
Mide ağrısı	15	6
Bayılma	13	5.2
Daha önce kalp krizi geçirme durumu (n=248)		
Evet	106	47.2
Hayır	142	57.3
Yoğun bakıma yatış şekli (n=248)		
Acilden yatış	201	81
Poliklinikten yatış	25	10.1
Servisten yoğun bakıma transfer	22	8.9
Yoğun bakımda yatış sayısı (n=248)		
İlk kez	131	52.8
İkinci kez	87	35.1
Üçüncü kez	30	12.1
Yoğun bakıma yatış sonrası duygu durumları (n=248)		
Ölüm korkusu	71	28.6
Korku	56	22.6
Endişe	46	18.5
Şaşkınlık	45	18.1
Normal karşılama	30	12.1
Hastalık ve yoğun bakım süreci hakkında verilen bilginin yeterlilik durumu (n=248)		
Evet	98	39.5
Kısmen	115	46.4
Hayır	35	14.1
Koroner yoğun bakım ünitesinde yatış süresi (n=248)		
<3 gün	154	62.1
3-7 gün	87	35.1
>7 gün	7	2.8
Yoğun bakımda kalınan süre boyunca yakınlarıyla iletişim kurma durumu (n=248)		
Evet	166	66.9
Hayır	82	33.1
Yoğun bakımda kalınan süre boyunca yakınlarıyla iletişim kurma şekli (n*=166)		
Yoğun bakım hattı telefonu ile	96	56.8
Kısa süreli ziyaret	36	21.6
Hemşire/doktor aracılığıyla	36	21.6
Kurulan iletişimin yeterli olma durumu (n=168)		
Evet	70	41.6
Kısmen	55	32.7
Hayır	43	25.5
Yanında refakatçi isteme durumu (n=248)		
Kesinlikle isterdim	174	70.2
Çok da gerekli değil	65	26.2
Beni böyle görmelerini istemem	9	3.6
Yanında refakatçi isteme nedeni (n=248)		
Psikolojik destek sağlama	82	33.1
Giyinme, alt değiştirme gibi ihtiyaçları karşılamada yardımcı olma	78	31.5
Daha rahat uyuyacağını düşünme	61	24.6
Yatak içi/dışı hareket etmede yardımcı olma	14	5.6
Yemek yedirmede yardımcı olma	13	5.2

*: Bir önceki soruya hayır cevabını verenler bu soruya dahil edilmemiştir.

Tablo 2’de hastaların hastalık ve yoğun bakım süreçlerine ilişkin özellikleri sunulmaktadır. Hastaların hastaneye başvuru şikayetlerine bakıldığında ilk sırada göğüs ağrısı (%42.7) yer almaktadır. Bunu sırt/boyun/kola yayılan ağrı (%14.9) ve çarpıntı (%13.7) takip etmektedir. Hastaların %47.2’si daha önce kalp krizi geçirmiştir.

Hastaların %81’inin acilden yoğun bakıma yatışının yapıldığı, %52.8’inin yoğun bakıma ilk kez yattığı saptanmıştır. Yoğun bakıma yatış sonrası duygu durumları incelendiğinde hastaların %28.6’sının ölüm korkusu, %22.6’sının korku, %18.5’inin endişe yaşadığı görülmüştür.

Hastaların %62.1’i 3 günden az süre yoğun bakımda yattığını ve %66.9’u yakınlarıyla iletişim kurabildiğini ifade etmiştir. Yakınlarıyla iletişim kurabildiğini belirten hastaların %38.7’si yoğun bakım telefonu ile iletişim kurduğunu belirtmiştir. İletişim kurabilen hastaların %28.2’si kurulan iletişimin yeterli olduğu söylemiştir.

Hastaların %46.4’ü kendilerine verilen bilginin kısmen yeterli olduğunu ifade etmiştir.

Hastaların yaklaşık dörtte üçü (%70.2) yanında refakatçi bulundurmak istediğini belirtmiştir. Hastalar buna gerekçe olarak sırasıyla psikolojik destek ihtiyacı (%33.1), giyinme-alt değiştirme gereksinimi (%31.5) ve daha rahat uyuyabileceğini düşünme (%24.6) olarak belirtmiştir.

Tablo 3. Hastaların yoğun bakım sürecinde değişen bazı alışkanlıkları ve nedenleri (n=248)

Alışkanlıklar ve Nedenleri	(n)	(%)
Uyku düzeninde değişiklik durumu		
Evet	246	99.2
Hayır	2	0.8
Değişiklik durumu nedenleri (n*=246)		
Tekrar kalp krizi geçirme korkusu	71	28.6
Yabancı bir ortamda bulunmak	68	27.4
Yoğun bakım ortamının çok sesli ve aydınlık olması	58	23.4
Anjio sonrası kasıktaki iğne veya kum torbası varlığı	49	19.8
Yoğun bakıma yatış sonrası tuvalet alışkanlığında değişiklik durumu (n=248)		
Evet	161	64.9
Hayır	87	35.1
Değişiklik durumu nedenleri (n*=161)		
Anjio sonrası kasıktaki iğne veya kum torbasından dolayı yataktan kalkamamak	82	33.1
Sürgü/ördek kullanmak zorunda kalmak	55	22.2
Beslenme durumundaki değişiklik	14	5.6
Bilinmeyen/yabancı bir yerde ortak tuvaleti kullanmaktan çekiniyor olmak	10	4
Yoğun bakıma yatış sonrası beslenme durumunda değişiklik durumu (n=248)		
Evet	89	35.9
Kısmen	85	34.3
Hayır	74	29.8
Beslenme durumu değişikliğinin nedenleri (n*=174)		
İştahsızlık	59	23.8
Hastalık durumu	50	20.2
Sevilen yiyeceklerin olmaması	43	17.3
Mide bulantısı/kusma olması	21	8.5

*: Bir önceki soruya “hayır” cevabını veren kişiler bu soruya dahil edilmemiştir.

Tablo 3’te hastaların yoğun bakım sürecinde değişen bazı alışkanlıkları ve nedenleri sunulmaktadır. Hastaların %99.2’sinin yoğun bakım sürecinde uyku düzeninde değişiklik yaşadığı ve değişiklik yaşayan hastalarda en büyük etken olarak %28.6 ile tekrar kalp krizi geçirme korkusu olduğunu belirtmiştir. Bunu %23.4 ile yoğun bakım ortamının çok sesli ve aydınlık olması etkeni takip etmektedir.

Hastaların tuvalet alışkanlıkları incelendiğinde %64.9’unun yoğun bakıma yatış sonrası tuvalet alışkanlığında değişiklik yaşadığı ve bu durumun en önemli nedeninin %33.1 ile anjio sonrası kasıkta bulunan iğne veya kum torbasının varlığı olduğu görülmüştür. Hastaların %35.9’unun yoğun bakım sürecinde beslenme düzeninde

değişiklik yaşadığını belirtmiş ve bu durumun en önemli nedeninin de iştahsızlık (%23.8) olduğunu söylemişlerdir.

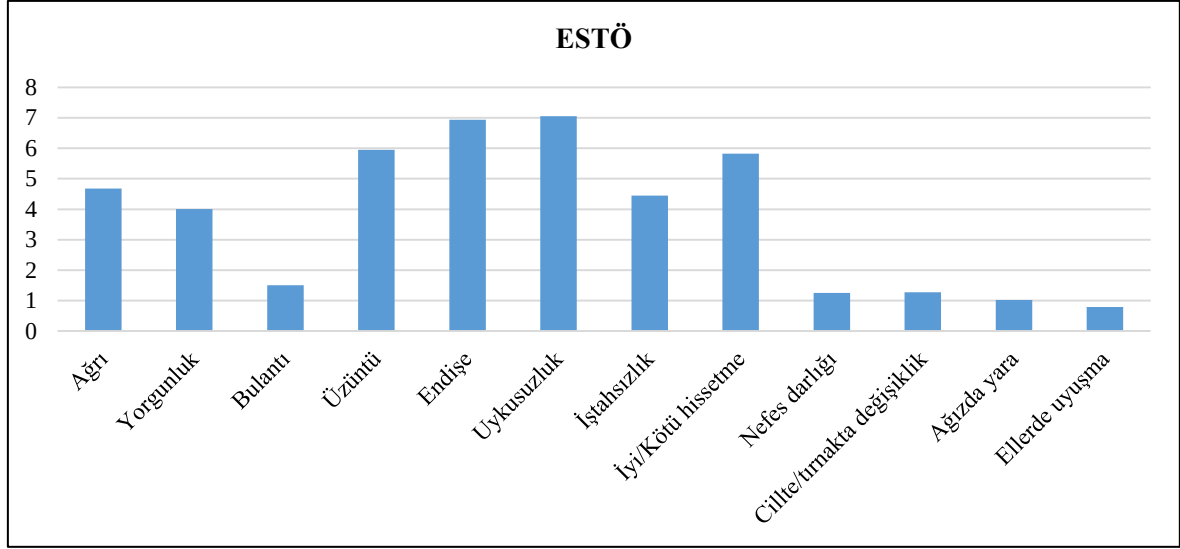
Tablo 4. Ölçeklere ilişkin istatistikler

Ölçekler	Ortalama $\pm$ SS	Min	Max	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği (YBÜÇSÖ)	116.19 $\pm$ 16.08	79	158	-0.040	- 0.492
Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ)	44.79 $\pm$ 13,47	13	79	0.197	-0.313

Ölçeklere ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 4’te verilmiştir. Buna göre, YBÜÇSÖ’ye ilişkin puan ortalamasının 116.19 $\pm$ 16.08, ölçekten alınan minimum puanın 79, maksimum puanın 158 olduğu, çarpıklık değeri -0.040, basıklık değeri ise -0.492 olarak tespit edilmiştir. ESTÖ’nün puan ortalamasının 44.79 $\pm$ 13.47 olduğu; minimum puanın 13, maksimum puanın 79 olduğu saptanmıştır. Ölçeğe ilişkin çarpıklık değerinin 0.197, basıklık değerinin ise -0.313 olduğu görülmüştür. Her iki ölçeğe ilişkin çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde ölçeklerin normallik dağılımı varsayımını sağladığı görülmüştür. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1.5 ile +1.5 arasında olduğu tespit edildiği için ölçek puanlarının normal dağılım gösterdiği söylenebilmektedir.

Tablo 5. ESTÖ’ye göre hastaların deneyimlediği semptomların dağılımı (n=248)

Semptomlar	Ortalama $\pm$ SS	Min	Max
Uykusuzluk	7.06 $\pm$ 1.60	0	10
Endişe	6.94 $\pm$ 2.45	0	10
Üzüntü	5.95 $\pm$ 2.24	0	10
Kendini iyi hissetme-hissetmeme	5.82 $\pm$ 1.49	1	10
Ağrı	4.68 $\pm$ 1.57	1	8
İştahsızlık	4.45 $\pm$ 2.10	0	10
Yorgunluk	4.01 $\pm$ 2.08	0	9
Bulantı	1.50 $\pm$ 2.05	0	10
Cilt ve tırnaklarda değişiklik	1.27 $\pm$ 1.82	0	7
Nefes darlığı	1.25 $\pm$ 1.99	0	8
Ağızda yara olma	1.02 $\pm$ 1.72	0	6
Ellerde uyuşma	0.79 $\pm$ 1.43	1	10



Şekil 2. ESTÖ'ye göre hastaların deneyimlediği semptomlar

Tablo 5 ve Şekil 2'de ESTÖ'de belirtilen semptomların hastalarda görülme oranları sunulmuştur. En sık görülen semptomlar sırasıyla; uykusuzluk (7.06 ± 1.60), endişe (6.94 ± 2.45) ve üzüntüdür (5.95 ± 2.24). En az görülen semptomlar ise; nefes darlığı (1.25 ± 1.99), ağızda yara (1.02 ± 1.72) ve ellerde uyuşmadır (0.79 ± 1.43).

Tablo 6. YBÜÇSÖ'ye göre hastaların etkilendiği stresörlerin dağılımı

Stresörler	Ortalama	SS
Kalp monitörünün alarminin bozulduğunu (kesildiğini) fark etmek (duymak)	3.93	0.28
Eşi özlemek	3.87	0.35
Uyuyamamak	3.79	0.43
Diğer hastaların ağlama / inlemelerini duymak	3.78	0.42
Kendi kontrolünün kendi elinizde olmaması	3.77	0.50
Yapılan tedavilerin açıklanmaması	3.62	0.59
Aile ve arkadaşları günde sadece birkaç dakika görmek	3.47	0.62
Hemşireler tarafından uyandırılmak	3.46	0.58
Makinelerin seslerini ve alarmları duymak	3.42	0.66
Alışılmadık sesler duymak	3.32	0.72
Sıkılmak	3.31	0.59
Işıkların sürekli açık olması	3.31	0.61
Hemşire ve doktorların yüksek sesle konuşmaları	3.30	0.78
Mahremiyetin olmaması (gizliliğin olmaması)	3.27	0.85
Hemşirelerin, anlaşılmayan kelimeler kullanmaları	3.26	0.67
Uygulamaların ne zaman yapılacağını bilmemek	3.16	0.73
Ağrı olması	3.16	0.76
Erkek ve kadınların aynı odada kalmaları	3.01	1.06
Tüplere bağlanmış olmak	2.95	0.77
Serum setler nedeniyle ellerin ve kolların hareket ettirilememesi	2.94	0.83
Çok sıcak ya da çok soğuk bir odada olmak	2.87	0.81
Sürekli tavana bakmak (tavanı izlemek)	2.84	0.74
Saat kaç / zamanın ne olduğunu bilmemek	2.80	0.99
Hemşirelerin yatağın etrafında sürekli bir şeyler yapmaları	2.78	0.88
İğneler yapılması (iğnelerle delinmek)	2.72	1.08
Burun veya ağızda tüplerin olması	2.66	0.92
Hemşirelerin çok aceleci olmaları	2.54	1.02
Yatak ve/veya yastığın rahat olmaması	2.50	0.98
Sık sık tansiyon (kan basıncı) ölçülmesi	2.24	1.01
Etrafta garip (tuhaf) makinelerin olması	2.18	0.95
Çevredeki alışık olmadık kokuları duymak	2.12	0.77
Baş üzerindeki (damar içi) serum/ kan torbalarını görmek	2.11	0.98
Diğer hastalara yapılan tedavileri görmek	2.09	0.96
Oksijen almak / oksijen maskesi takmak	1.98	0.91
Hemşirelerin makineleri, hasta izleminden daha yakın izlemeleri	1.95	0.99
Su içmemek	1.88	0.96
Hangi günde olduğunu bilmemek	1.85	0.76
Tanıdık olmayan doktorlar tarafından bakılmak	1.63	0.77
Hemşirelerin kendilerini tanıtmamaları	1.63	0.86
Nerede olduğunu bilmemek	1.58	0.79
Telefon sesini duymak (telefonun çalması)	1.54	0.79
Doktor ve hemşireler tarafından sık aralıklarla (sık sık) fiziksel muayene yapılması	1.42	0.72

Stresörler, en çok etkilenilenden en aza doğru sıralanmıştır.

Tablo 6'da YBÜÇSÖ stresörlerinin hastalarda görülme oranları sunulmuştur. En çok etkilenen ilk 5 stresör sırasıyla; kalp monitörünün alarminin bozulduğunu (kesildiğini)

fark etmek (3.93 ± 0.28), eşini özlemek (3.87 ± 0.35), uyuyamamak (3.79 ± 0.43), diğer hastaların ağlama/inlemelerini duymak (3.78 ± 0.42), kendi kontrolünün kendi elinde olmamasıdır (3.77 ± 0.50).

Hastaların en az etkilendiği çevresel stresörler ise; doktor ve hemşireler tarafından sık sık fiziksel muayene yapılıyor olması (1.42 ± 0.72), telefon sesi duymak (1.54 ± 0.79), nerede olduğunu bilmemek (1.58 ± 0.79), hemşirelerin kendini tanıtmamaları (1.63 ± 0.86) ve tanıdık olmayan doktorlar tarafından bakılmaktır (1.63 ± 0.77).



Tablo 7. YBÜÇSÖ’den alınan puanların hastaların tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırılması

Özellikler	n	Ort±SS	Test	p
Cinsiyet				
Kadın	49	128.12±11.97	7.287 ^b	0.001
Erkek	199	113.25±15.61		
Medeni durum				
Evli	229	115.85±16.04	-1.164 ^b	0.246
Bekar/Ayrılmış	19	120.31±16.35		
Eğitim durumu				
Okuryazar değil	44	129.45±12.99	14.412 ^a	0.001
İlköğretim	48	118.52±16.78		
Ortaöğretim	65	113.80±14.98		
Lise	70	111.75±13.75		
Üniversite	21	105.28±13.57		
Daha önce kalp krizi geçirme durumu				
Evet	106	119.18±17.59	2.495 ^b	0.013
Hayır	142	113.95±14.57		
Yoğun bakıma yatışın planlı olma durumu				
Evet	26	107.34±16.62	-3.013 ^b	0.003
Hayır	142	117.22±15.72		
Yoğun bakıma yatış sayısı				
İlk kez	131	112.54±13.74	8.705 ^a	0.001
İkinci kez	87	119±17.32		
Üç veya daha fazla	30	123.96±17.84		
Yoğun bakımda kalış süresi				
<3 gün	154	113.72±15.84	6.189 ^a	0.002
3-7 gün	87	119.51±15.94		
>7 gün	7	129.14±9.24		
Yakınları ile iletişim kurma durumu				
Evet	166	112.09±15.71	-6.126 ^b	0.001
Hayır	82	124.50±13.45		
Verilen bilginin yeterliliği				
Evet	98	107.34±14.42	37.329 ^a	0.001
Kısmen	115	128.97±14.05		
Hayır	35	119.84±13.90		

a: One-Way Anova Testi, b: Independent Sample T Testi

Tablo 7’de YBÜÇSÖ’den alınan ortalama puan hastaların tanıtıcı özellikleri sunulmaktadır. Eğitim düzeyi düşük olan ve kadın hastaların stresörlerden daha fazla etkilendiği ve istatistiksel olarak da anlamlı düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır

($p=0.001$). Bu duruma göre; hastaların eğitim düzeyi azaldıkça YBÜÇSÖ'den alınan puanlar azalmakta ve stresörlerden etkilene durumu artmaktadır. Aynı zamanda kadın hastalar, erkek hastalara kıyasla çevresel stresörlerden daha fazla etkilenebmektedir.

Daha önce kalp krizi geçiren hastaların YBÜÇSÖ'den aldıkları puanın daha yüksek olduğu görülmüştür; yani daha önce kalp krizi geçiren hastalar, daha önce kalp krizi geçirmeyenlere göre çevresel stresörlerden daha fazla etkilenebmektedir ($p=0.013$).

Yoğun bakıma yatışı plansız olan ($p=0.003$) ve yoğun bakıma 3 veya daha fazla kez yatışı yapılan ($p=0.002$) hastaların ölçek toplam puanının daha yüksek olduğu görülmüş ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Hastaların yoğun bakımda kalış süreleri ve ölçek toplam puanı karşılaştırıldığında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Buna göre 7 günden fazla süredir yoğun bakımda yatan hastaların stresörlerden daha fazla etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır. Yoğun bakımda kalınan süre boyunca yakınlarıyla iletişim kurma durumu ile ölçek puanı arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p=0.001$). Yani yoğun bakımda kaldığı süre boyunca yakınlarıyla iletişim kuramayan hastalar çevresel stresörlerden daha fazla etkilenebmektedir.

Hastalara hastalık ve yoğun bakım sürecinde verilen bilginin yeterlilik durumuna göre YBÜÇSÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0.001$). Verilen bilginin yeterli olduğunu düşünenler, verilen bilgiyi yeterli bulmayanlara kıyasla çevresel stresörlerden daha az etkilenebmıştır.

Medeni durum ve ölçek toplam puanı karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0.246$).

Tablo 8. Hastaların yoğun bakıma ilişkin özelliklerinin ESTÖ semptomlarıyla karşılaştırılması

Özellikler	Semptomlar											
	Ağrı	Yorgunluk	Bulantı	Üzüntü	Endişe	Uykusuzluk	İştahsızlık	Kendini iyi hissetme/hissetmeme	Nefes darlığı	Cilt ve tırnaklarda değişiklik	Ağızda yara	Ellerde uyuşma
Daha önce kalp krizi geçirme												
Evet (n=106)	4.73±1.56	4.04±2.23	1.52±2.18	5.98±2.60	6.33±2.89	6.86±1.67	4.29±2.34	5.77±1.64	2.07±2.40	1.78±2.08	1.60±1.98	0.96±1.59
Hayır (n=142)	4.65±1.58	3.99±1.97	1.48±1.96	5.92±1.93	7.40±1.95	7.21±1.53	4.57±1.91	5.86±1.37	0.64±1.32	0.90±1.49	0.58±1.35	0.66±1.29
İstatistiksel analiz	t ^a =0.399 p ^a =0.690	t ^a =0.202 p ^a =0.840	t ^a =0.160 p ^a =0.873	t ^a =0.171 p ^a =0.864	t ^a =-3.261 p ^a = 0.001	t ^a =-1.674 p ^a =0.095	t ^a =-0.997 p ^a =0.320	t ^a =-0.482 p ^a =0.630	t ^a =5.547 p ^a = 0.001	t ^a =3.694 p ^a = 0.001	t ^a =4.552 p ^a = 0.001	t ^a =1.584 p ^a =0.115
Yb yatışının planlı olup olmaması												
Evet (n=26)	4.07±1.64	3.73±1.97	1.30±2.37	4.53±2.33	5.30±3.22	6.88±1.50	3.96±2.30	4.96±1.82	0.69±1.43	0.57±1.17	0.57±1.23	0.50±0.98
Hayır (n=222)	4.76±1.55	4.04±2.09	1.52±2.02	6.11±2.17	7.13±2.28	7.08±1.61	4.50±2.08	5.92±1.42	1.31±2.03	1.36±1.87	1.07±1.77	0.82±1.48
İstatistiksel analiz	t ^a =-2.110 p ^a = 0.036	t ^a =-0.737 p ^a =0.462	t ^a =-0.513 p ^a =0.608	t ^a =-3.472 p ^a = 0.001	t ^a =-2.818 p ^a = 0.009	t ^a =-0.604 p ^a =0.546	t ^a =-1.253 p ^a =0.211	t ^a =-3.177 p ^a = 0.002	t ^a =-2.004 p ^a =0.052	t ^a =-2.991 p ^a = 0.005	t ^a =-1.831 p ^a =0.075	t ^a =-1.487 p ^a =0.145
Yoğun bakıma yatış şekli												
Poliklinikten yatış (n=25)	4.12±1.66	3.68±1.99	1.36±2.41	4.32±2.09	5.12±3.14	6.88±1.53	3.96±2.35	4.76±1.53	0.64±1.43	0.60±1.19	0.60±1.25	0.52±1
Acilden yatış (n=201)	4.81±1.54	4±2.10	1.40±1.97	6.01±2.18	7.07±2.33	7.07±1.65	4.45±2.08	5.85±1.39	0.99±1.70	1.19±1.79	0.86±1.59	0.75±1.40
Servisten yatış (n=22)	4.22±1.57	4.54±1.94	2.54±2.15	7.27±1.93	7.81±1.70	7.13±1.66	5±2.04	6.77±1.68	4.31±2.35	2.77±1.97	2.90±2.22	1.40±1.94
İstatistiksel analiz	t ^b =3.235 p ^b = 0.041	t ^b =1.040 p ^b =0.355	t ^b =3.151 p ^b = 0.045	t ^b =11.393 p ^b = 0.001	t ^b =9.173 p ^b = 0.001	t ^b =0.195 p ^b =0.823	t ^b =1.427 p ^b =0.242	t ^b =11.758 p ^b = 0.001	t ^b =37.503 p ^b = 0.001	t ^b =9.978 p ^b = 0.001	t ^b =16.550 p ^b = 0.001	t ^b =2.565 p ^b =0.079
Yoğun bakımda yatış sayısı												
İlk kez (n=131)	4.70±1.58	3.93±1.99	1.43±1.98	5.87±1.88	7.38±1.99	7.17±1.44	4.48±1.91	5.77±1.32	0.44±0.97	0.77±1.39	0.38±0.98	0.61±1.21
İkinci kez (n=87)	4.67±1.58	3.94±2.20	1.42±2.03	5.74±2.61	6.50±2.73	6.79±1.65	4.12±2.17	5.79±1.65	1.59±2.03	1.51±1.90	1.56±2.04	0.79±1.41
Üç veya daha fazla (n=30)	4.66±1.53	4.56±2.12	2.03±2.38	6.86±2.35	6.33±3.07	7.36±1.99	5.26±2.53	6.16±1.70	3.80±2.68	2.80±2.24	2.23±2.09	1.53±2.09
İstatistiksel analiz	t ^b =0.010 p ^b =0.990	t ^b =1.191 p ^b =0.306	t ^b =1.131 p ^b =0.324	t ^b =2.979 p ^b =0.053	t ^b =4.522 p ^b = 0.012	t ^b =2.112 p ^b =0.123	t ^b =3.347 p ^b = 0.037	t ^b =0.889 p ^b =0.413	t ^b =51.802 p ^b = 0.001	t ^b =18.564 p ^b = 0.001	t ^b =24.595 p ^b = 0.001	t ^b =5.103 p ^b = 0.007

Tablo 8. (Devam)

Yoğun bakımda yatış süresi												
<3 gün (n=154)	4.59±1.53	3.79±2.07	1.20±1.87	5.64±2.29	6.70±2.60	6.90±1.55	4.29±2.16	5.61±1.49	0.81±1.48	1.02±1.62	0.79±1.50	0.56±1.11
3-7 gün (n=87)	4.72±1.59	4.36±2.10	1.90±2.25	6.31±2.05	7.33±2.14	7.27±1.69	4.59±2	6.09±1.44	1.75±2.35	1.54±2.01	1.17±1.83	1.06±1.66
>7 gün (n=7)	6.28±1.60	4.57±1.51	3±2.16	8.14±1.46	7.57±2.22	7.85±0.89	6±1.52	7.14±0.89	4.71±2.28	3.57±1.71	4±2.08	2.28±2.98
İstatistiksel	t ^b =3.970	t ^b =2.401	t ^b =5.300	t ^b =6.099	t ^b =2.094	t ^b =2.360	t ^b =2.529	t ^b =5.823	t ^b =19.779	t ^b =8.374	t ^b =13.209	t ^b =7.701
analiz	p ^b = 0.020	p ^b =0.093	p ^b = 0.006	p ^b = 0.003	p ^b =0.125	p ^b =0.097	p ^b =0.082	p ^b = 0.003	p ^b = 0.001	p ^b = 0.001	p ^b = 0.001	p ^b = 0.001
Yakınlarıyla iletişim kurma durumu												
Evet (n=166)	4.61±1.54	3.87±2.15	1.49±2.21	5.56±2.29	6.53±2.65	6.94±1.63	4.18±2.18	5.50±1.53	0.81±1.60	1.10±1.70	0.76±1.56	0.59±1.29
Hayır (n=82)	4.84±1.64	4.30±1.92	1.52±1.70	6.73±1.90	7.78±1.71	7.30±1.52	5±1.85	6.48±1.15	2.14±2.37	1.63±2	1.53±1.91	1.19±1.62
İstatistiksel	t ^a =-1.068	t ^a =-1.537	t ^a =-0.119	t ^a =-3.964	t ^a =-4.445	t ^a =-1.665	t ^a =-2.920	t ^a =-5.651	t ^a =-4.588	t ^a =-2.058	t ^a =-3.157	t ^a =-2.994
analiz	p ^a =0.287	p ^a =0.126	p ^a =0.905	p ^a = 0.001	p ^a = 0.001	p ^a =0.097	p ^a = 0.004	p ^a = 0.001	p ^a = 0.001	p ^a = 0.041	p ^a = 0.002	p ^a = 0.004
Hastalık ve yoğun bakım sürecinde verilen bilginin yeterliliği												
Evet (n=98)	4.40±1.56	3.81±2.24	1±1.91	4.85±2.07	5.90±2.72	6.80±1.64	3.72±2.22	4.95±1.29	0.39±0.84	1.05±1.64	0.35±1	0.42±1.01
Kısmen (n=115)	4.87±1.53	4.03±2.02	1.73±2.05	6.45±2	7.52±2.01	7.21±1.52	4.83±1.79	6.20±1.29	1.54±2.02	1.30±1.78	1.26±1.87	0.79±1.39
Hayır (n=35)	4.85±1.66	4.51±1.77	2.14±2.18	7.37±2.10	7.97±1.93	7.28±1.67	5.22±2.18	7.02±1.29	2.94±2.68	2.29±0.38	2.08±2.09	1.80±2.04
İstatistiksel	t ^b =2.620	t ^b =1.459	t ^b =5.576	t ^b =25.914	t ^b =16.905	t ^b =2.148	t ^b =10.899	t ^b =41.807	t ^b =31.019	t ^b =2.392	t ^b =16.931	t ^b =12.845
analiz	p ^b =0.075	p ^b =0.235	p ^b = 0.004	p ^b = 0.001	p ^b = 0.001	p ^b =0.119	p ^b = 0.001	p ^b = 0.001	p ^b = 0.001	p ^b =0.094	p ^b = 0.001	p ^b = 0.001

a: Independent Sample T Testi

b: ANOVA Testi

Tablo 8’de hastaların yoğun bakım süreçlerine ilişkin bazı özelliklerinin ESTÖ semptom puan ortalamalarıyla karşılaştırılması sunulmaktadır. Daha önce kalp krizi geçirmeyen hastaların endişe semptom puanlarının daha yüksek olduğu görülmüş, anlamlı fark tespit edilmiştir ($p=0.001$). Daha önce kalp krizi geçiren hastalarda nefes darlığı, cilt ve tırnaklarda değişiklik ve ağızda yara semptom puanlarının yüksek olduğu tespit edilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.005$).

Fakat ölçekteki diğer semptomlar (ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini iyi hissetme/hissetmeme ve ellerde uyuşma) ve daha önce kalp krizi geçirme değişkeni karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.005$).

Ölçekten alınan puanların yoğun bakıma yatışın planlı olma durumu ile farkının olup olmadığı incelendiğinde; yoğun bakım ünitesine yatışı planlı olan hastaların ağrı semptom puanıyla, yatışı planlı olmayanların ağrı semptom puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.036$).

Yoğun bakım ünitesine yatışı planlı olan hastaların üzüntü ve endişe semptom puanlarıyla yatışı planlı olmayanların üzüntü semptom puanı ($p=0.001$) ve endişe semptom puanı ($p=0.009$) arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Yoğun bakıma plansız şekilde yatışı yapılan hastalarda endişe ve üzüntü semptomu daha fazla görülmektedir.

Yine aynı şekilde yoğun bakıma plansız şekilde yatışı yapılan hastaların kendini iyi hissetme/hissetmeme semptom puanı ($p=0.002$) ve cilt ve tırnaklarda değişiklik semptom puanının ($p=0.005$) yüksek olduğu görülmüş ve anlamlı fark bulunmuştur.

ESTÖ’de yer alan diğer semptomların yoğun bakım ünitesine yatışının planlı ya da plansız olma değişkeni arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Yoğun bakıma yatış şekli ile ağrı semptomu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.041$). Buna göre, acilden yatış yapan hastaların ağrı semptomu puanının (4.81 ± 1.54), poliklinikten yatış yapan hastaların ağrı semptom puanından (4.12 ± 1.66) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Yine aynı şekilde yoğun bakıma yatış şekli ile bulantı, üzüntü, endişe ve kendini iyi hissetme/hissetmeme semptomları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.005$).

Yoğun bakıma yatış şekli ile nefes darlığı, cilt ve tırnaklarda değişiklik ve ağızda yara semptomları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.001$). Fakat ESTÖ’de yer alan

diğer semptomların yoğun bakım ünitesine yatışının şekli bakımından puanları arasında anlamlı fark gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Yoğun bakıma yatış sayısı ile endişe ($p=0.012$), iştahsızlık ($p=0.037$), ellerde uyuşma ($p=0.007$), nefes darlığı, cilt ve tırnaklarda değişiklik ve ağızda yara ($p=0.001$) semptomları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir.

Diğer semptomlar ile yatış sayısı arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Yoğun bakımda yatış süresi bakımından ağrı puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.020$). Buna göre yatış süresi 7 günden fazla olanların ağrı semptom puan ortalamasının (6.28 ± 1.60), 3-7 gün olanlara (4.72 ± 1.59) ve 3 günden az olanlara (4.59 ± 1.53) göre daha fazla ağrı semptomu gösterdiği söylenebilmektedir.

Yoğun bakıma yatış süresi ile bulantı ($p=0.006$), üzüntü ve kendini iyi hissetme/hissetmeme ($p=0.0063$) semptomları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Yoğun bakıma yatış süresi bakımından nefes darlığı, cilt ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomu puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.001$). Diğer semptomlar ile yatış süresi arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Yakınlarıyla iletişim kurup kurmamaları bakımından hastaların üzüntü ($p=0.001$), endişe ($p=0.009$), iştahsızlık ($p=0.004$) semptom puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Yakınlarıyla iletişim kurup kurmamaları bakımından hastaların kendini iyi hissetme/hissetmeme semptom puanı arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.001$). Buna göre yakınlarıyla iletişim kuramayanların kendini iyi hissetme puan ortalamasının (6.48 ± 1.15) iletişim kuranlara göre (5.50 ± 1.53) daha fazla olduğu yani yakınlarıyla iletişim kuramayanların daha fazla kendini kötü hissettiği söylenebilmektedir.

Yakınlarıyla iletişim kurup kurmamaları bakımından hastaların nefes darlığı ($p=0.001$), cilt ve tırnaklarda değişiklik ($p=0.041$), ağızda yara ($p=0.002$) ve ellerde uyuşma ($p=0.004$) semptomları arasında anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ölçekteki diğer semptomlar ile iletişim kurma durumu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastalara verilen bilgi yeterliliği bakımından bulantı puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.004$). Hastalara verilen bilgi yeterliliği bakımından üzüntü, endişe ve

iştahsızlık semptom puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.001$). Hastalara verilen bilgi yeterliliği ve kendini iyi hissetme/hissetmeme semptom puanları arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0.001$). Buna göre, bilginin yeterliliği olduğunu düşünenler (4.95 ± 1.29), bilginin kısmen yeterliliği olduğunu düşünenlere (6.20 ± 1.29) ve verilen bilginin yeterli olmadığını düşünenlere göre (7.02 ± 1.29) kendini daha iyi hissetmektedir.

Hastalara verilen bilgi yeterliliği bakımından nefes darlığı, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomu puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.001$). Ölçekteki diğer semptomlar ile iletişim kurma durumu arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 9. Hastaların YBÜÇSÖ ve ESTÖ puanları arasındaki ilişki

	r^a	p
YBÜÇSÖ-ESTÖ	0,672	0,000

r: Korelasyon kat sayısı, a: pearson korelasyon testi, ESTÖ: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği, YBÜÇSÖ: Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği

Yapılan analiz sonucunda YBÜÇSÖ ile ESTÖ arasında pozitif yönde güçlü ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($r^a=0,672$). Buna göre hastaların yoğun bakım çevresel stresörlerinden etkilenme durumları arttıkça semptom puanları da artmaktadır.

Tablo 10. Hastaların YBÜÇSÖ toplam puanı ile ESTÖ semptomları arasındaki ilişki

Semptomlar	YBÜÇSÖ Toplam Puanı
Ağrı	$r^a = 0.23$ $p < 0.05$
Yorgunluk	$r^a = 0.26$ $p < 0.05$
Bulantı	$r^a = 0.28$ $p < 0.05$
Üzüntü	$r^a = 0.51$ $p < 0.05$
Endişe	$r^a = 0.46$ $p < 0.05$
Uykusuzluk	$r^a = 0.21$ $p < 0.05$
İştahsızlık	$r^a = 0.43$ $p < 0.05$
Kendini iyi hissetmeme durumu	$r^a = 0.56$ $p < 0.05$
Nefes darlığı	$r^a = 0.57$ $p < 0.05$
Cilt ve tırnaklarda değişiklik	$r^a = 0.29$ $p < 0.05$
Ağızda yara	$r^a = 0.52$ $p < 0.05$
Ellerde uyuşma	$r^a = 0.36$ $p < 0.05$

r: Korelasyon kat sayısı, a: Pearson korelasyon analizi

Tablo 10’da YBÜÇSÖ toplam puanı ile ESTÖ’deki her bir semptom arasındaki ilişki sunulmaktadır. Yoğun bakım çevresel stresörleri ile ağrı, yorgunluk, bulantı, uykusuzluk, cilt ve tırnaklarda değişiklik ve ellerde uyuşma semptomları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yoğun bakım çevresel stresörleri ile üzüntü, endişe, iştahsızlık, kendini iyi hissetmeme, nefes darlığı ve ağızda yara semptomları arasında ise pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tüm semptomlar ile stresörler arasındaki ilişki anlamlı çıkmıştır ($p < 0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, koroner yoğun bakım ünitesindeki çevresel stresörlerin hastaların deneyimlediği semptomlara etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmada, koroner yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastalarda YBÜÇSÖ'den alınan puan ortalaması 116.19 ± 16.08 ; Cronbach Alpha katsayısı 0.918; çarpıklık değeri -0.040 ve basıklık değeri ise -0.492 olarak bulunmuştur. Ölçekte en az 42 en fazla 168 puan alınmaktadır. Çalışmamızda hastalardan alınan veriler sonucunda en az 79, en fazla 158 puana ulaşılmıştır. Aslan ve arkadaşlarının yapmış olduğu geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ölçek ortalaması 73.39 ± 20.11 ; Aktaş ve arkadaşlarının kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde yapmış olduğu bir çalışmada ölçek puan ortalaması 86.70 ± 2.73 ; Zaybak ve Çevik'in dahili ve cerrahi yoğun bakım ünitelerinde yapmış olduğu bir çalışmada ise ölçek puan ortalaması 80.65 ± 18.46 olarak bulunmuştur (121, 123, 124). Bu çalışmada çevresel stresörlerin puanı orta düzeyin üzerinde ve diğer çalışmalardan elde edilen puan ortalamalarından daha yüksektir.

Çalışmada katılımcı hastaların cinsiyet değişkeni bakımından YBÜÇSÖ puanları arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0.001$). Buna göre, kadınların YBÜÇSÖ toplam puanının (128.12 ± 11.97), erkeklere göre (113.25 ± 15.61) olduğu yani kadınların erkeklere göre daha fazla yoğun bakımda çevresel stresörlerden etkilendiği söylenebilmektedir. Anestezi yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda yapılan bir çalışmada Karadeniz, cinsiyet değişkeninde anlamlı fark olduğunu bularak kadın hastalarda puan ortalamasının erkek hastalara oranla anlamlı düzeyde yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır (125).

Çalışmada yoğun bakıma yatış şekli planlı olanlar ile planlı olmayanların YBÜÇSÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.003$). Yoğun bakıma yatış şekli planlı olmayanların YBÜÇSÖ puan ortalamasının (117.22 ± 15.72) yatış şekli planlı olanlara göre (107.34 ± 16.62) daha yüksek olduğu; yoğun bakıma yatış şekli belli olmayanların, yatış şekli belli olanlara göre çevresel stresörlerden daha fazla etkilendiği söylenebilmektedir. Bu durum hastanın yoğun bakım ortamına ve yoğun bakımda kalma düşüncesine henüz hazır olmadığına yaşadığı stresin en önemli göstergesidir. Bu sonuç doğrultusunda, plansız olarak yatan hastaların kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmada eğitim durumu değişkeninde gruplar arasında YBÜÇSÖ puan ortalamaları bakımından anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Okuryazar olmayanların YBÜÇSÖ puan ortalamasının (129.45 ± 12.99), eğitim durumu ilköğretim, ortaöğretim, lise ve üniversite olanlara göre daha yüksek olduğu, ayrıca eğitim durumu üniversite olanların (105.28 ± 13.57), okuryazar olmayanlara göre (129.45 ± 12.99) ve ilköğretim olanlara göre (118.52 ± 16.78) anlamlı derecede düşük olduğu, yani eğitim düzeyi arttıkça YBÜÇSÖ'den alınan puanın azalacağı dolayısıyla eğitim durumu arttıkça çevresel stresörlerden etkilenmenin de azalacağı söylenebilmektedir. Yücel ve arkadaşlarının genel cerrahi ve anestezi yoğun bakım ünitelerindeki hastalarda yapmış olduğu bir çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Yücel'e göre hastaların %50'si en az lise veya üniversite mezunu olarak bulunmuş ve eğitim durumu yükseldikçe hastaların etkilenme durumlarının azaldığı anlaşılmıştır (126). Bu sonuç, düşük düzeyde eğitimi olan bireylerin çevredeki sesleri ve olup biteni anlamlandıramamasından kaynaklanıyor olabilir.

Daha önce kalp krizi geçiren hastalar, geçirmeyenlere göre yoğun bakımdaki çevresel stresörlerden daha fazla etkilenmektedir ($p < 0.05$). Bu durum hastaların önceki deneyimlerinden olumsuz olarak etkilenmesinden kaynaklanıyor olabilir. İlaveten yoğun bakıma yatış sayısı ile stresörlerden etkilenme durumları sorgulandığında anlamlı fark bulunmuştur ($p = 0.001$). Bu duruma göre, 3 veya daha fazla kez yoğun bakıma yatanların ilk kez veya ikinci kez yoğun bakıma yatanlara göre çevresel stresörlerden daha fazla etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumun gerekçesi olarak daha önce başka yoğun bakım deneyimi yaşayan hastanın eski deneyimlerine şuanki yatıştan ve yoğun bakım ortamından kaynaklı stresörlerin eklenmesi söylenebilir. Şahin ve Köçkar'ın yaptığı çalışmada bizim bulduğumuz sonucun tam tersi olarak, daha önce yoğun bakıma yatmayan hastalarda stresör puanı yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde Kavuncu'nun yaptığı çalışmada da daha önce yoğun bakım yatış öyküsü olan hastaların stresörlerden etkilenme durumlarının ilk defa yoğun bakıma yatanlara kıyasla daha az olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu değişken açısından literatürden farklı sonuca ulaşılmıştır (127,128).

Yine aynı şekilde hastaların yoğun bakımda kaldığı süreçte yakınlarıyla iletişim kurup kuramama durumuna göre YBÜÇSÖ puanları bakımından anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p = 0.001$). Buna göre, yakınlarıyla iletişim kuramayanların YBÜÇSÖ puan ortalamasının (124.50 ± 13.45) iletişim kuranlara göre (112.09 ± 15.71) daha yüksek olduğu, dolayısıyla yakınlarıyla iletişim kuramayanların çevresel stresörlerden yakınlarıyla

iletişime geçebilenlere göre daha fazla etkilendiği söylenebilmektedir. Yoğun bakım birimlerinde hastalarıyla uzun zaman geçiren ve doğrudan teması olan hemşireler bu sonucu daha çok göz önünde bulundurarak hastanın ve yakınlarının iletişim gereksinimini karşılamak için uygun girişimlerde bulunmalıdır.

Yaptığımız çalışmada hastaların en fazla etkilendikleri stresörler sırasıyla kalp monitörünüzün alarmının bozulduğunu (kesildiğini) fark etmek, eşini özlemek, uyuyamamak, diğer hastaların ağlama/inlemelerini duymak, kendi kontrolünüzün kendi elinizde olmaması ve yapılan tedavilerin hastaya açıklanmaması olarak bulunmuştur. Ani gelişen kalp krizi ile hastaneye başvuran ve daha sonrasında yoğun bakıma yatırılan hasta kendisine yabancı bu ortamdaki ani sesleri ve alarmları tanımakta ve anlamakta güçlük çekebilir. Birdenbire uyarı veren monitör sesi hastada olumsuz duygulara neden olarak stres yaratmaktadır. Hemşireler, hastalarını bilgilendirerek gereksiz stres faktörlerini ortadan kaldırmalıdır.

Dönmez ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada en sık görülen stresörler arasında ise ağrının varlığı, uyuyamamak, eşini özlemek, su içememek ve serum setleri nedeniyle kollarını hareket ettirememek bulunmaktadır (3). Koyuncu ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada ise en çok görülen stresörler; su içememek, ağrı varlığı, uyuyamamak, makinelerin seslerini ve alarmlarını duymak, serum setleri nedeniyle ellerini ve kollarını hareket ettirememek olarak bulunmuştur (129). Zaybak ve Çevik'in yaptığı çalışmada hastalar, mahremiyetin olmaması, çok sıcak/ soğuk odada bulunmak ve erkek/kadınların aynı odada bulunması gibi stresörlerden çok fazla etkilendiklerini belirtmiştir (123).

Yaptığımız çalışma ve yapılan diğer çalışmalara bakıldığında, çoğunlukla ağrı ve uyuyamamak stresöründen etkilenildiği sonucuna ulaşılmıştır. Ağrının varlığı pek çok nedene bağlı olabilir. İnvaziv ve non-invaziv girişimler, komorbid hastalık varlığı, tanı ve tedavi girişimleri sonrası uzun süreli immobilizasyon hali gibi durumlar hastada ağrıya neden olabilir. Çalışmamızdaki hastalar gözlemlendiğinde ağrının sebeplerinden biri olarak “koroner anjiyografi sonrası kasıkta bulunan iğne veya kum torbasının varlığı” görülmüştür. KAH tanı ve tedavi yöntemlerinden biri olan koroner anjiyografi işlemi sonrası yaklaşık 4 ila 10 saat arası hastaların yataklarında sırt üstü şekilde immobil olmaları gerekmektedir. Uzun süreli immobilizasyon ve sırt üstü yatmanın hastalarda sırt ve bel ağrısına sebep olduğu gözlemlenmiştir. İşlem öncesi yeterli bilgi verilmeyen hastalar, işleminden geldikten sonra uzun saatler immobil olacaklarını öğrendiklerinde strese girmektedir. Stres faktörü

ağrıyı arttıran diğer sebeplerdendir. Dolayısıyla işlem öncesi, sırası ve sonrasında hastanın bilgilendirilmesi çok önemlidir. İşlem öncesi ve sırasında hastanın bu durumlara hazırlanması ve işlem sonrasında da ne kadar süresi kaldığı hakkında belirli aralıklarla hastanın bilgilendirilmesi bu sürecin daha az sancılı geçmesini sağlayabilmektedir.

Eşini özlemek, yoğun bakımdaki diğer önemli stresörlerdendir. Planlı veya plansız bir şekilde yoğun bakıma yatış sonrası standart yaşam düzenleri bozulan hastaları en çok etkileyen durum sevdiklerinden/ailelerinden ayrılmalarıdır. En önemli sosyal destek sağlayıcı olarak görülen ailenin yokluğunda kişi sosyal izolasyona maruz kalabilmektedir. Bu durum hastada psikososyal sorunlara neden olabilir. Bu nedenle yoğun bakım iş akışını ve hastanın tedavi sürecini engellemeyecek şekilde yeterli süre ve sıklıkta ziyaretçi kabul edilmesi hastanın yoğun bakım sürecini olumlu etkileyebilir. Yaptığımız çalışmada hastaların %66.9'unun yakınlarıyla iletişim kurabildiği ve kurulan bu iletişiminin büyük çoğunluğunun yoğun bakım telefonu ile olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumun en büyük sebebi çalışmanın Covid-19 sürecinde yapılmış olmasıdır. Çünkü bu süreçte ziyaret yasağı getirilmiştir. Roulin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ziyaretçi kabulünün hastalar için önemli bir gereksinim olduğu ve ziyaretlerin hastaları olumlu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (130, 131). Yaptığımız çalışmada hastalara yanlarında refakatçi/ziyaretçi isteme durumları sorulduğunda %70.2'si "kesinlikle isterim" cevabını vermiştir. İsteme nedenleri sorgulandığında ise %33.1 ile psikolojik destek ihtiyacı, %31.5 ile ise giyinme, alt değiştirme gibi ihtiyaçların olması sonuçlarına ulaşılmıştır. Yoğun bakımda hastanın primer tedavi ve bakımında görevli hemşire ve diğer sağlık ekipleri kimi zaman hastanın bireyselliğini unutarak mahremiyet alanına izinsiz girebilmektedir. Mahremiyet eksikliği hastada savunmasız ve çaresiz hissetme gibi olumsuz duygulara ve semptomlara neden olur. Yaptığımız çalışmada ve literatürdeki diğer çalışmalarda da görüldüğü üzere mahremiyetin olmaması yoğun bakımda hastaları etkileyen önemli stresörlerden sayılmaktadır.

Yaptığımız çalışmada yoğun bakım çevresel stresörlerinin belirlenmesinin yanı sıra hastaların gösterdikleri semptomlar üzerinde de çalışılmıştır. Semptomları belirlemek için ESTÖ kullanılmıştır. Geçerlik güvenirlik çalışması kanser hastaları üzerine olan bu ölçek, kanser hastalarının yanı sıra palyatif hastalar ve kronik organ yetmezliği bulunan hastalar üzerinde de sorgulanmıştır. Çalışmamızın kapsamındaki KAH uzun bir süre gözlem altında olup gösterdikleri semptomların incelenmesi çalışmanın başlangıcından çok daha

öncelerine dayanmaktadır. Bu süreçte koroner arter hastalarının gösterdikleri semptomların ölçeğe ve ölçekte belirtilen semptomlara uygun olduğu görülmüştür. Daha önceki çalışmalarda ölçeğin uygulandığı hasta gruplarından çok daha farklı bir hasta grubu üzerinde araştırma yapılarak literatüre yeni bir katkı sağlamak amaçlanmıştır. Ölçeğin sonuçlarına bakıldığında; hastalarda en çok görülen semptomların sırasıyla uykusuzluk, endişe ve üzüntü olduğu sonucuna ulaşılmıştır. En az görülen semptomlar ise; nefes darlığı, ağızda yara olması ve ellerde uyuşmadır. Özellikle “ağızda yara olması” semptomu koroner arter hastalarında nadiren görülen bir semptom olduğundan bu cevabı veren hastalar incelenmiş ve büyük çoğunluğunun diyabet ve KOAH gibi komorbid bir hastalığa sahip olduğu görülmüştür. Nazal ve/veya nebul maske ile oksijenasyon uygulaması alan hastalarda ağız ve burun mukozasındaki kuruluk ve değişiklik nedeniyle kanamalar ve yaralar görülebilmektedir. Bu gruptaki hastalara yeterli ağız bakımı verilmesinin yanında hidrasyonun devamlılığı ve yoğun bakım ortamının sıcaklık ve nem düzeyinin ayarlanması önem arz etmektedir. Görüldüğü üzere her bir semptomun meydana gelmesinde çevresel stresörlerin etkisi fazladır ve bu semptomları en aza indirirken stresörlerde iyileştirme ve düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

ESTÖ ile yukarda belirtilen değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde alınan sonuçlar şu şekildedir;

Daha önce kalp krizi geçirenler ile geçirmeyenlerin endişe, nefes darlığı ve cilt ve tırnaklarda değişiklik semptom puanları arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu duruma göre daha önce kalp krizi geçirmeyen hastalarda, daha önce kalp krizi geçirenlere göre endişe semptomunun daha sık görüldüğü sonucuna ulaşılabilir. Aynı şekilde daha önce kalp krizi geçirenlerde nefes darlığı ve cilt ve tırnaklarda değişiklik semptomları daha fazla görülmektedir. Bu durumu KAH etiyolojisiyle açıklamak mümkündür. Ateroskleroz sonucu meydana gelen miyokard iskemisi, başta kalp ve akciğer olmak üzere diğer organlarda da hayati fonksiyonların sürdürülmesini zora sokar. Bu durumu sıklıkla KAH ve MI’ın bir çeşidi olan anterior MI’da görebiliriz. Çalışmamızı yürüttüğümüz yoğun bakımdaki hastalar gözlemlendiğinde anterior miyokard infarktüsü tanısıyla yatan hastalarda gelişen akut sol kalp yetmezliği sonucu pulmoner ödem meydana gelir. Pulmoner ödem hastada akut olarak nefes darlığı semptomuna yol açsa da ilerleyen süreçlerde periferde de cilt ve tırnaklarda değişiklik gibi sonuçlara neden olabilmektedir.

Bu semptomların hastalık bazlı etiyolojik nedenlerinin yanında psikolojik etkileri de olduğundan hastayı bütüncül olarak ele almak gerekmektedir.

Yoğun bakıma yatışın planlı olup olmaması ile semptomlar incelendiğinde ise; yoğun bakıma planlı bir şekilde yatan hastalarda üzüntü, endişe ve kendini iyi hissetmeme semptomlarının plansız şekilde yatanlara göre daha az görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır. Yoğun bakıma planlı şekilde olan yatışlar genellikle poliklinikten olan yatışları kapsamaktadır. Polikliniğe muayene gelen hastaların EKG ve/veya labarotuvuar sonuçlarında akut olmayan bir sorun görüldüğünde hekim tarafından ileri tarihli bir koroner anjiyografi işlemi planlanır. Plansız yatışlar ise acilden akut yatışlar veya serviste yatarken ani gelişen pulmoner ödem, idrar çıkışında azalma, arrest gibi nedenler olabilir. Plansız yatışlarda hastalar kendini zamansız ve habersiz bir şekilde farklı bir ortamda bulunca bu tarz semptomlar geliştirebilmektedir. Bu 3 yatış şekli incelendiğinde ise poliklinikten yoğun bakıma yatışı yapılan hastaların endişe semptomu puan ortalamasının diğer şekilde yatanlara göre daha az olduğu görülmüştür. Bu duruma etkisi olan diğer bir değişken de verilen bilginin yeterli olup olmama durumudur. Verilen bilginin yeterli olmadığını düşünen hastalarda endişe, üzüntü, kendini iyi hissetmeme ve iştahsızlık semptomlarının daha fazla görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır ($p=0.001$).

Çalışmamızda yapılan analiz sonucunda ESTÖ ve YBÜÇSÖ arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmuştur ($r=0.672$) Buna göre hastaların yoğun bakım çevresel stresörlerinden etkilenme durumları arttıkça semptom puanlarının da arttığı söylenebilir.

Bu çalışmada, çevresel stresörlerin hastaların deneyimlediği semptomlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu; üzüntü, endişe, iştahsızlık, kendini iyi hissetmeme, nefes darlığı ve ağızda yara semptomları ile ölçek toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunduğu; ağrı, yorgunluk, bulantı, uykusuzluk, cilt ve tırnaklarda değişiklik ve ellerde uyuşma semptomları ile ölçek toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunduğu görülmüştür.

SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma, koroner yoğun bakım ünitesindeki çevresel stresörlerin hastalarda görülen semptomlara etkisi olup olmadığını öğrenmek amacıyla yapılmıştır.

- Hastaların %80.2'sinin erkek, %92.3'ünün evli ve %28.2'sinin lise mezunu, yaş ortalamalarının 60.47 ± 11.15 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1).
- Hastaların hastaneye başvuru şikayetleri sırasıyla göğüs ağrısı (%42.7), sırt/boyun/kola yayılan ağrı (%14.9) ve çarpıntı (%13.7)'dir. Hastaların %57.3'ü daha önce kalp krizi geçirmiştir (Tablo 2).
- Hastaların %81 acilden yoğun bakıma yatmış, %52.8'i yoğun bakıma ilk kez yattığını belirtmiş ve %28.6'sı ölüm korkusu yaşamıştır (Tablo 2).
- Hastalık ve yoğun bakım süreci hakkında verilen bilgiyi hastaların yaklaşık yarısı (%46.4) kısmen yeterli bulmuştur (Tablo 2). Hastaların yarıdan fazlası (%62.1) çoğunlukla 3 günden az yoğun bakımda yatmış ve bu süreçte yakınlarıyla %66.9'u iletişim kurabilmiş. İletişim şekli en fazla (%38.7) yoğun bakım telefonu ile sağlanmıştır. Hastaları %28.2' i kurulan iletişimin yeterli olduğunu belirtmiştir (Tablo 2).
- Hastaların %99.2'si uyku düzeninde değişiklik yaşadığını ve değişiklik yaşayan hastalarda en önemli 3 etken olarak; %28.6 ile tekrar kalp krizi geçirme korkusu, %23.4 ile yoğun bakım ortamının çok sesli ve aydınlık olması ve %19.8 ile anjio sonrası kasıktaki iğne veya kum torbası varlığı sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 3).
- Hastaların %64.9'unun yoğun bakıma yatış sonrası tuvalet alışkanlığında değişiklik yaşadığı ve bu durumun en önemli nedeninin %33.1 ile anjio sonrası kasıkta bulunan iğne veya kum torbasının varlığından dolayı olduğu görülmüştür (Tablo 3).
- Hastaların %35.9'u yoğun bakıma yatış sonrası beslenme düzeninde değişiklik yaşamış ve bu durumun en önemli nedeninin de iştahsızlık (%23.8) olduğunu söylemişlerdir (Tablo 3).
- YBÜÇSÖ'den alınan ortalama puan 116.19 ± 16.08 olarak bulunmuştur. Ayrıca, ölçekten alınan minimum puan 79, maksimum puan 158'dir (Tablo 4).

- ESTÖ'nün ortalamasının 44.79 ± 13.47 olduğu; minimum puanın 13, maksimum puanın 79 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4).
- ESTÖ'ye göre hastalarda en çok görülen semptomların sırasıyla uykusuzluk, endişe ve üzüntü olduğu tespit edilmiştir. En az görülen semptomlar ise ellerde uyuşma, ağızda yara ve nefes darlığıdır (Tablo 5, Şekil 2).
- YBÜÇSÖ'ye göre yoğun bakımda hastaların en çok etkilendiği çevresel stresörler; kalp monitörünün bozulduğunu (kesildiğini) fark etmek, eşini özlemek ve uyuyamamak olarak bulunmuştur. En az etkilenen stresörler ise; doktor ve hemşireler tarafından sık aralıklarla muayene yapılması, telefon sesini duymak ve nerede olduğunu bilmemektir (Tablo 6).
- Kadın hastaların erkek hastalara kıyasla çevresel stresörlerden daha fazla etkilendiği görülmüştür (Tablo 7).
- YBÜÇSÖ toplam puanı ile hastaların daha önce kalp krizi geçirme, planlı yatış olup olmama, yatış sayısı, yoğun bakımda kalış süresi, yoğun bakım süreci boyunca yakınlarıyla iletişim kurma durumu ve yatış sürecinde verilen bilginin yeterliliği karşılaştırıldığında anlamlı farka ulaşılmıştır (Tablo 7).
- Medeni durum ve ölçek toplam puanı karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunamamıştır .
- Daha önce kalp krizi geçirenler ile geçirmeyenlerin endişe ve nefes darlığı semptom puanları arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (Tablo 8).
- Yoğun bakım ünitesine yatışı planlı olan hastaların ağrı, endişe, üzüntü, cilt ve tırnaklarda değişiklik semptom puanıyla, yatışı planlı olmayanların semptom puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Tablo 8).
- Yoğun bakıma yatış şekli ile ağrı puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Yoğun bakımda yatış süresi ağrı puanlarını etkilemektedir (Tablo 8).
- Yoğun bakıma yatış şekli ile endişe puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Yoğun bakıma ilk kez yatan hastalar daha fazla endişe yaşamaktadır. (Tablo 8).
- Yakınlarıyla iletişim kurup kurmamaları bakımından hastaların kendini iyi hissetme durumu semptom puanı arasında anlamlı fark vardır. Yakınlarıyla iletişim kuramayan hastaların kendini daha fazla kötü hissettiği saptanmıştır.
- Hastalara verilen bilgi yeterliliği bakımından kendini iyi hissetme semptomu puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.001$).

Yapılan analiz sonucunda YBÜÇSÖ ile ESTÖ arasında pozitif yönde güçlü ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre hastaların yoğun bakım çevresel stresörlerinden etkilene durumları arttıkça semptom puanları da artmaktadır. YBÜÇSÖ toplam puanı ile ESTÖ'deki her bir semptom arasındaki ilişkiye bakıldığında ise anlamlı bir sonuca ulaşılmıştır.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre;

- Hastalara yoğun bakım süreçleri ve hastalıkları hakkında detaylı bilgi verilmesi ve bu bilginin hem yoğun bakım yatış öncesini hem de yoğun bakım yatış esnasını içermesi,
- Verilen eğitimin daha anlaşılır olması için gerekirse broşür haline getirilerek hasta ve hasta yakınlarına verilmesi,
- Hasta ziyaretlerinin yoğun bakımın ve çalışanlarının iş akışını aksatmayacak şekilde günde en az 1 kez olacak şekilde düzenlenmesi,
- Özellikle de ihtiyaçlarının yakınları tarafından karşılanmasını isteyen hastalara, bakım gereksinimi olan hastalara ve psikolojik desteğe gereksinimi fazla olan hastalara öncelik verilmesi,
- Yoğun bakım ısı ve nem düzeylerinin yönetmeliğe ve hastane şartlarına uygun olacak şekilde düzenlenmesi ve bakımlarının zamanında yapılmasının kontrolü,
- Yoğun bakım ışık kaynaklarının hastaların sirkadiyen ritmine ve gündüz-gece saatlerine uygun şekilde ayarlanması,
- Monitör, mekanik ventilatör ve infüzyon cihazlarının alarm ses düzeylerinin en alt seviyede olması,
- Yoğun bakımda yatış süresi uzayan hastalara ilk yatış anında verilen bilginin detaylı olarak sürece uygun şekilde tekrardan düzenlenerek hastaya aktarılması,
- Hastaya etkilendiği stresörü ve yaşadığı semptomu tanımasında yardımcı olunarak sürecin iyileştirilmesine yönelik destek eğitimlerinin yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Tel Aydın H (2019). Yoğun bakım ünitesinde semptom yönetimi ve yeni yaklaşımlar. Yoğun Bakım Hemşireliği. 1. Baskı. Türkiye Klinikleri: 1-7.
2. Çam R, Şahin B (2018). Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların deneyimleri ve anksiyete-depresyon durumları. Hemşirelik Bilimi Dergisi 1(1): 10-14.
3. Dönmez Y, Demir F, Geçti F (2020). Yoğun bakım ünitesindeki çevresel stresörlerin hastalar tarafından algılanması. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi 12 (2): 190-197.
4. Puntillo A (2010). Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying. Crit Care Med 38 (11): 2155-2160.
5. Özdemir L (2010). Koroner yoğun bakımda kalan hastaların deneyimlerinin belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 1: 5-12.
6. Dinlegör I, Ünsar S (2018). Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların deneyimlerinin belirlenmesi. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 9 (20): 113-119.
7. Hintistan S, Nural N, Öztürk H (2009). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların deneyimleri, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 13(1): 40-46.
8. Lu L, Liu M, Sun R (2015). Myocardial infarction: Symptoms and treatments. Cell Biochem Biophys 72: 865-867.
9. Jayaraj JC, Davatyan K, Subramanian SS, Priya J (2018). Epidemiology of myocardial infarction. doi: 10.5772/intechopen.74768.
10. Kozan Ö, Zoghi M (2013). Prevention and control program for cardiovascular diseases in Turkish population. Global Heart 8(2): 115-119.
11. Türk Kardiyoloji Derneği (2015). Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020 kılavuzu. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı. Yayın No: 988.
12. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2013). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara, T.C Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/kronik_havayolu/raporlar/KRONIK_ARASTIRMA_TEMEL_BULGULAR.pdf (Erişim Tarihi: 08.08.2022)

13. Dülek H, Tuzcular Vural Z, Gönenç I (2018). Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri. Jour Turk Fam Phy 09(2): 53-58.
14. Eray A, Set T, Ateş E (2018). Yetişkin bireylerde kardiyovasküler hastalık riskinin değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg 22(1): 12-19.
15. Özyurt BC (2010). Manisa'da kırsal bir bölgede yaşayan 45 yaş ve üzeri erkeklerde kardiovasküler hastalık riski. F.Ü. Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi 24(2): 101-107.
16. Tokgözoğlu L, Kaya EB, Erol Ç, Ergene O (2010). EUROASPIRE III: Türkiye ile Avrupa'nın karşılaştırılması. Türk Kardiyol Dern Arş 38(3): 164-172.
17. Koç S (2013). MI geçiren hastalarda semptomların ve bakım merkezine ulaşmada etkili olan faktörlerin değerlendirilmesi. Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
18. Tuna A, Bektaş M, Orhan F, Ayran G (2014). Koroner yoğun bakımda hasta deneyimleri. Anatol J Clin Investig 8(2): 77-81.
19. Van de Leur, et al editors (2004). Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients, Critical Care Vol 8(6): 467- 473.
20. 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, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
21. Adsay E, Dedeli Ö (2015). Yoğun bakım ünitesinden taburcu olan hastaların yoğun bakım deneyimlerinin değerlendirilmesi. Yoğun Bakım Dergisi 6(3): 90-97.
22. Demir G, Öztunç G (2017). Gürültünün yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların gece uykusu ve yaşamsal bulguları üzerine etkisi. Turk J Intensive Care 15(3): 107-116.
23. Marshall JC, Bosco L, Adhikari NK, Connolly B, Diaz JV, Dorman T, Zimmerman J. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. Journal of Critical Care 37: 270–276.
24. Reisner-Sénélar L. (2011). The birth of intensive care medicine: Björn Ibsen's records. Intensive Care Medicine 37(7): 1084–1086.

25. Çelik S. (2007). Yoğun bakım ünitesinde hasta kabul ve taburculuk kriterleri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 11(2): 96-101.
26. Katırcı Y, Şafak T, Aydemir S (2019). A review of design features of intensive care unit in general terms. Eurasian Journal of Critical Care 1(2): 51-58.
27. Akpir K (2002). Yoğun bakım serüveni: Dün bugün. Yoğun Bakım Derneği Dergisi 1: 6-12.
28. Taş E (2002). Yoğun bakım ünitesi tasarımı etkileyen faktörler ve uygun yoğun bakım ünitesi tasarım kriterleri. Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
29. Qaid RT. (2011). Patients' and nurses' perspectives on patients' experience for coronary care unit stressors using a mixed method approach. PhD Theses, Brunel University School of Health Sciences and Social Care.
30. Çil B (2020). Koroner yoğun bakım ünitesinde koroner anjiyografi geçirmiş hastaların bilgi gereksinimleri ve transfer anksiyetesi arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Hemşirelik Anadilim Dalı, Gaziantep.
31. Khush KK, Rapaport E, Waters D (2005). The history of the coronary care unit. The Canadian Journal of Cardiology 21(12): 1041–1045.
32. Van Diepen S, Sligl WI, Washam JB, Gilchrist IC, Arora RC, Katz JN (2017). Prevention of critical care complications in the coronary intensive care unit: protocols, bundles and insights from intensive care studies. Canadian Journal of Cardiology 33(1): 101–109.
33. Türk Kardiyoloji Derneği. Koroner yoğun bakım biriminde uygulanması olası tedavive girişimler hakkında sık sorular sorular (online). Erişim adresi: <https://tkd.org.tr/menu/151/koroner-yogun-bakim-biriminde-uygulanmasi-olasi-tedavi-ve-girisimler-hakkinda-si> (Erişim tarihi: 10.08.2022)
34. Çavmak D (2018). Sağlık hizmetlerinde yalın yönetim: bir özel hastane koroner yoğun bakımı değerlendirmesi. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi 4(1): 54-73.

35. Enç N (2004). Koroner yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin bilgisi ve rolü ne olmalıdır? İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 13(53): 31-37.
36. İnangil D, Şendir M (2014). Koroner arter hastalarının sağlık davranışlarının geliştirilmesinde hemşirenin rolü. ACU Sağlık Bil Derg 5(2): 96-101.
37. Ursin H, Eriksen HR (2004). The cognitive activation theory of stress. Psychoneuroendocrinology 29(5): 567–592.
38. Fink G (2009). Stress: Definition and history. Encyclopedia of Neuroscience 549–555.
39. Shahsavarani A, Azad Marz Abadi E, Hakimi Kalkhoran M (2015). Stress: Facts and theories through literature review. International Journal of Medical Reviews 2(2): 230-241.
40. Zengin N, Ören B, Üstündağ H (2019). The relationship between stressors and intensive care unit experiences. Nurs. Crit. Care 25: 109–116.
41. Gleason OC (2003). Delirium. Am Fam Physician 67(5): 1027-1034.
42. Gélinas C. (2007). Management of pain in cardiac surgery ICU patients: Have we improved over time? Intensive and Critical Care Nursing 23(5): 298–303.
43. Alderson SM, McKechnie SR (2013). Unrecognised, undertreated, pain in ICU: Causes, effects, and how to do better. Open Journal of Nursing 3(1): 108-113.
44. Bodur İ (2020). Koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların algıladıkları çevresel stresörlerin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ufuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
45. Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz F (2013). Yoğun bakım ünitesinin yoğun bakım hastası üzerindeki etkileri ve hemşirelik bakımı. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi 10(2): 56-60.
46. Özkan S, Boyacıoğlu N (2018). Yoğun bakım hastalarında gürültünün etkisi. Hemşirelik Bilimi Dergisi 1(1): 27–32.
47. İncekar M, Balcı S (2017). Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde gürültü. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 14(2): 150-154.

48. akır M, Eti F, Alhan C (2016). Determination of factors that cause noise in intensive care unit environment, *Turkiye Klinikleri J Nurs Sci* 8(3): 197-203.
49. Medrzycka-Dabrowska W, Lewandowska K, Kwiecień-Jaguś K, Czyż-Szypenbajl K (2018). Sleep deprivation in Intensive Care Unit – systematic review. *Open Medicine* 13(1): 384–393.
50. Uslu Y, Demir Korkmaz F (2015). Yoğun bakım hastalarında uyku: Hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 12(3): 156-161.
51. Pugh RJ, Jones C, Griffiths RD. The impact of noise in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine* 942–949.
52. Yıldız FT, Aydın HT (2013). Uyku hijyeni eğitiminin koroner yoğun bakım sonrası hastaların uyku kalitesine etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 17(1): 1-7.
53. Mashayekhi F, Rafiei H, Arab M, Abazari F, Ranjbar H (2013). The effect of sleep quality on patients in a coronary care unit. *British Journal of Cardiac Nursing* 8(9): 443–447.
54. Koçak AT, Arslan S (2020). Yoğun bakımda uyku yoksunluğuna bir özüm: Uyku bandı ve kulaklık. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 23(2): 298-303.
55. Uzun K, Yavşan D (2014). Yoğun bakımda uyku. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi* 2 (2): 230-236.
56. Gürkan A (2009). Bütüncül yaklaşım: Yoğun bakımda hastası olan aile üyeleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 13(1): 1-5.
57. Efil S, Kurucu NM, Eser O (2011). Beyin cerrahi yoğun bakımında takip edilen hastaların hasta yakını ziyaret sıklığının ve hemşire ile olan iletişimin hastanın iyileşmesine etkisi. *Kocatepe Tıp Dergisi* 12(3): 151-155.
58. Karabacak Ü ve ark (2012). Cerrahi yoğun bakım hastalarında ziyaretin yaşam bulguları üzerine etkisi: Pilot alışma. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 18(1): 18-22.
59. Taşdemir N, Özşaker E (2007). Yoğun bakım ünitesinde ziyaret uygulaması: Ziyaretin hasta, hasta ailesi ve hemşire üzerine etkileri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 11(1).

60. Akgül Yılmaz S (2020). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ve bu ünitelerden hizmet alan hastaların hasta mahremiyetine ilişkin görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
61. Hasta hakları yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete, 23420, 1 Ağustos 1998. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>.
62. Özcan İlçe A, Çam R, Yavuz M (2009). Bir Üniversite Hastanesinin Yoğun Bakım Ünitelerinde Ortam Sıcaklığı ve Nem Oranının İncelenmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 13(2): 85-89.
63. Er M, Hezer H, Argüder E, Parlak E.Ş, Şıvğın Til S, Öztürk B, Hasanoglu HC (2019). Pencere ve gün ışığı, yoğun bakım çalışanlarında tükenmişlik sendromunu azaltıyor. Ankara Medical Journal 19(1): 50-59.
64. Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, T.C. Resmî Gazete, 28000, 20 Temmuz 2011. Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=15146&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5>. (Erişim Tarihi:15.08.2022)
65. Şefikoğulları Z (2018). Koroner arter hastalığı olan bireylerin hastalık algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin.
66. Dai X, Wiernek S, Evans J.P, Runge M.S (2016). Genetics of coronary artery disease and myocardial infarction. World Journal of Cardiology 8(1): 1–23.
67. Koplay M, Erol C (2013). Koroner arter hastalığı. Türk Radyoloji Seminerleri 1:57-69.
68. Durusoy E, Yıldırım T, Altun A (2010). Koroner arter hastalığı poliklinik takibi. Balkan Medical Journal 1:13-18.
69. Hanson MA, Fareed MT, Argenio SL, Agunwamba AO, Hanson TR (2013). Coronary artery disease. Primary Care: Clinics in Office Practice 40(1): 1–16. doi:10.1016/j.pop.2012.12.001
70. Alizadehsani R, Habibi J, Hosseini MJ, Mashayekhi H, Boghrati R, Ghandeharioun A, Sani ZA (2013). A data mining approach for diagnosis of coronary artery disease. Computer Methods and Programs in Biomedicine 111(1): 52–61.

71. Beştepe N, Dönderici Ö, Demirkan B (2020). Koroner arter hastalığı riskini öngörmeye major risk faktörleri ve metabolik sendrom kriterlerinin değerlendirilmesi. Ankara Med J 4: 844-857.
72. Sanchis GF, Perez QC, Leischik R, Lucia A (2016). Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome. Ann Transl Med 4(13): 256.
73. Ambrose J, Singh M (2015). Pathophysiology of coronary artery disease leading to acute coronary syndromes. Prime Reports. doi:10.12703/p7-08.
74. Libby P (2005). Pathophysiology of coronary artery disease. Circulation 111(25): 3481–3488.
75. Türkmen E, Badır A, Ergün A (2012). Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 3(4).
76. Mack M, Gopal A (2016). Epidemiology, traditional and novel risk factors in coronary artery disease. Heart Failure Clinics 12(1): 1–10.
77. Sakman Z (2019). Koroner arter hastalığı olan bireylerde uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Gaziantep.
78. Yalın H (1995). Koroner arter hastalığı (KAH) tanısı konmuş hastalara KAH ve risk faktörleri ile ilgili eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
79. Cihan Ş, Karabulut B, Arslan G, Cihan G (2017). Koroner arter hastalığı riskinin veri madenciliği yöntemleri ile incelenmesi. International Journal of Engineering Research and Development 10(1): 85-93.
80. Ahraz M (2018). Koroner anjiyografi sonrası koroner arter bypass greft cerrahisi önerilen hastalarda hemşirenin eğitici hasta danışmanlığı rolünün hastanın anksiyete ve cerrahi kararına etkisi. Yüksek lisans tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Gaziantep.
81. Q 2013 ESC Kararlı Koroner Arter Hastalığı Yönetimi Kılavuzu, Türk Kardiyol Dern Arş 2014, Suppl. 4.

82. Cassar A, Holmes DR, Rihal CS, Gersh BJ (2009). Chronic coronary artery disease: diagnosis and management. *Mayo Clinic Proceedings* 84(12): 1130–1146. doi:10.4065/mcp.2009.0391.
83. Özdemir L (2012). Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda ağrının özellikleri ve ağrıyı etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*: 34–45.
84. Overbaugh KJ (2009). Acute coronary syndrome. *AJN, American Journal of Nursing*, 109(5): 42–52. doi:10.1097/01.naj.0000351508.39509.e2.
85. Lee BK, Lim HS, Fearon WF, Yong AS, Yamada R, Tanaka S, Tremmel JA (2015). Invasive evaluation of patients with angina in the absence of obstructive coronary artery disease. *Circulation* 131(12): 1054–1060.
86. Tütün Yümin E, Özel A, Saltan A, Sertel M, Ankaralı H, Tarsuslu Şimşek T (2017). Koroner arter hastalarında ağrı, dispne ve kinezyofobinin yaşam kalitesine etkisi. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences* 22(2): 75-84.
87. Kloner RA, Chaitman B (2016). Angina and its management. *Journal of Cardiovascular Pharmacology and Therapeutics* 22(3): 199-209. doi:10.1177/1074248416679733.
88. Türen S, Efil S (2014). Akut koroner sendromlar ve hemşirelik yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 18 (2): 43-51.
89. Mariam SS, Amal E, et. al (2021). Nurses' performance regarding caring of patients with angina attack at emergency and critical care units. *Mansoura Nursing Journal (MNJ) Vol.8.Special Issue*. Online ISSN: 2735 – 413X.
90. Yöntem M, Erdoğan BS, Akdoğan M, Kaleli S (2017). Akut miyokard infarktüsü tanısında kardiyak markörlerin önemi. *OTSBD* 2(4): 11-17.
91. Mercanoğlu F (2009). Akut koroner sendrom ekg'si. 11. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. 30 Eylül - 4 Ekim 2009, Antalya.
92. Paudel R, Beridze N, Aronow WS, Ahn C, Sanaani A, Agarwal P, Panza JA (2016). Association of chest pain versus dyspnea as presenting symptom for coronary angiography with demographics, coronary anatomy, and 2-year mortality. *Archives of Medical Science* 12(4): 742-746.

93. İkitimur B, Karadağ B, Öngen Z (2010). Yaşlılarda koroner arter hastalığı. *Türk Geriatri Dergisi Özel Sayı 2*: 13-20.
94. Mollaoğlu M, Yanmış S (2019). Koroner arter hastalığı (KAH) olan bireylerde yorgunluk ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi. 4th International Symposium on Innovative Approaches in Health and Sports Sciences November 22-24, 2019, Samsun, Turkey.
95. Turhan B, Usgu G, Usgu S, Çınar MA, Dinler E, Kocamaz D (2019). Alt ekstremitelerde bağ yaralanması veya kırık geçmişi olan bireylerde kinezyofobi, durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Spor Hekimliği Dergisi* 54(3): 175-182.
96. Özden A (2012). Dispepsi (Dyspepsia). *Güncel gastroenteroloji* 16/4, 272-282. ISSN 1301-2487. <https://guncel.tgv.org.tr/journal/43/pdf/100096.pdf>
97. Çelik M, Tuncer M (2013). ST Elevasyonsuz miyokard infarktüsü ile başvuran bir hastada meperidine bağlı atriyo-ventriküler tam blok gelişimi: olgu sunumu. *Van Tıp Dergisi* 20(4): 239-242.
98. Y. Yıldız ve ark (2017). Akut koroner sendrom mu? Serebrovasküler olay mı? *Elektronik Acil Tıp Vakaları Dergisi EMCASES E-Journal* 1(1): 17-21.
99. Akdemir N, Birol L (2020). İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Güncelleşmiş 7. Baskı. Akademisyen Kitabevi.
100. Yavuzgil O (2016). Kararlı koroner arter hastalığı: Epidemiyoloji ve güncel tedavi kılavuzlarının yaklaşımı. *Türk Kardiyol Dern Ars* 3:1-7.
101. Özkan A (2013). Klopidoğrel direnci ve genetik faktörler. *Türk Kardiyol Dern Arş* 41(5): 386-388. doi: 10.5543/tkda.2013.49196.
102. Steg PG, Ferrari R, Ford I, Greenlaw N, Tardif JC, Tendera M (2012). Heart rate and use of beta-blockers in stable outpatients with coronary artery disease. *PLoS ONE* 7:5. doi:10.1371/journal.pone.003628.
103. Barçın C (2010). Artısıyla eksisiyle kalsiyum kanal blokerleri VII. Metabolik Sendrom Sempozyumu, 29 Nisan - 2 Mayıs 2010, Antalya.
104. Tavakol M, Ashraf S, Brener SJ (2011). Risks and complications of coronary angiography: A comprehensive review. *Global Journal of Health Science* 4(1). doi:10.5539/gjhs.v4n1p65.

105. Günay Ş, Serdar OA, Özbay Özyılmaz S, Dereli S, Aydınlar A, Güllülü S, Yeşilbursa D, Baran İ, Özdemir B, Aydın Kaderli A, Şentürk T, Sağ S (2014). Hastanın koroner risk Faktörleri ve koroner anjiyografi sonuçları. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 40(3):131-136.
106. Yel P, Ünsar S (2020). Quality of life and anxiety levels of patients with coronary angiography. *Turk J Card Nur* 11(24): 7-15.
107. Odabaşı J (2006). Perkütan translüminal koroner anjiyoplasti ve koroner anjiyografi sonrası yaşam biçimi değişikliklerinin belirlenmesi ve hemşirelik yaklaşımı. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu.
108. Emir R (2017). Koroner anjiyografi öncesi hasta eğitiminin yaşam bulgularına etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
109. Bowden T (2009). Evidence-based care for patients undergoing coronary angiography. *British Journal of Nursing* 18(13): 776–783. doi:10.12968/bjon.2009.18.13.4319.
110. Young S (2014). Coronary angioplasty: Patient management and nursing care, *British Journal of Cardiac Nursing* 9(9): 430-435.
111. Rolley JX, Salamonson Y, Dennison CR, Davidson PM (2010). Nursing care practices following a percutaneous coronary intervention. *The Journal of Cardiovascular Nursing* 25(1): 75–84.
112. Najafi Kalyani M, Illon Kashkooli R, Molazem Z, Jamshidi N (2014). Qualitative inquiry into the patients' expectations regarding nurses and nursing care. *Advances in Nursing* 1–6.
113. Şen F (2019). Koroner anjiyografi öncesi verilen eğitimin koroner anjiyografi sonrası anksiyete düzeyi üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
114. Karayel B (2019). Transfemoral koroner anjiyografi sonrası erken mobilizasyonun vasküler komplikasyonlar ve hasta konforu üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

115. Korkmaz E (2017). Koroner anjiyografi ve perkütan koroner girişim sonrası periferik vasküler komplikasyonları önlemede kum torbası, close pad ve kum torbası ile birlikte soğuk uygulamanın etkinliği. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
116. Çil B (2020). Koroner yoğun bakım ünitesinde koroner anjiyografi geçirmiş hastaların bilgi gereksinimleri ve transfer anksiyetesi arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
117. Torun S, Kadioğlu S, Öztunç G (2012). Yoğun bakımda yatan bilinci açık hastaların ziyaret edilme hakkı. Cumhuriyet Tıp Dergisi 34: 33-40.
118. Karahan E, Akın N, Çelik S (2020). Yoğun bakımda yatan hastaların deneyimleri ve aile gereksinimlerinin incelenmesi. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 10(4): 349-356.
119. Yıldırım G (2022). Koroner arter hastalığı ve hemşirelik bakımı. Sağlık & Bilim 2022: Hemşirelik-1. Efe Akademi Yayınları.
120. Tok Yıldız F, Kaşıkçı M (2018). Koroner arter hastalığı tanısı ile izlenen bireyin Orem'in öz bakım yetersizlik kuramına göre bakımı (olgu sunumu). Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 7(3): 114-120.
121. Çınar S, Aslan F, Kurtuluş T (2011). Yoğun bakım ünitesi çevresel stresörler ölçeği: geçerlik ve güvenirlik çalışması. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 15(2): 61-66.
122. Kurt S, Unsar S (2011). Assessment of symptom control in patients with cancer in Northwestern Turkey. European Journal of Oncology Nursing 2: 137-144. doi: 10.1016/j.ejon.2010.07.004.
123. Zaybak A, Çevik K (2015). Yoğun bakım ünitesindeki stresörlerin hasta ve hemşireler tarafından algılanması. Yoğun Bakım Dergisi 6: 4-9.
124. Aktaş YY, Karabulut N, Yılmaz D, Özkan AS (2015). Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların algıladıkları çevresel stresörler. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi 5(3): 81-86.
125. Tezcan Karadeniz F, Kanan N (2019). Reanimasyon yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların çevresel stresörlerden etkilenme durumları. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 23(1): 1-8.

126. Gültekin Y, Özçelik Z, Akıncı SB, Yorgancı HK (2018). Evaluation of stressors in intensive care units. Turkish Journal of Surgery 34(1): 5-8. doi:10.5152/turkjsurg.2017.3736 .
127. Şahin M, Köçkar Ç (2018). Bir stresör olarak yoğun bakım. Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi 2(4): 207-214.
128. Kavuncu N (2016). Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren bireylerin yoğun bakım deneyimleri ve etkileyen faktörlerin saptanması. Yüksek Lisans Tezi, Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
129. Koyuncu F, Yılmaz Şahin F, İyigün E (2021). Genel cerrahi yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların algıladıkları çevresel stresörlerin uyku düzenine olan etkisinin incelenmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 25(3): 152-159.
130. Roulin MJ, Hurst S, Spirig R (2007). Diaries written for ICU patients. Qual Health Res 17: 893-901.
131. Gerkuş Ş (2020). Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların algıladıkları çevresel stresörlerin kaygı düzeyi üzerine etkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Balıkesir.



Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Dilara Gül YILDIRAN tarafından yürütülen “Koroner Yoğun Bakım Ünitesindeki Çevresel Stresörlerin Hastalarda Görülen Semptomlara Etkisi” isimli bir araştırmaya davet ediyoruz.

Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Araştırmadan istediğiniz zaman herhangi bir ceza veya yaptırıma maruz kalmadan, hiçbir hakkınızı kaybetmeden çekilebilirsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Bu araştırmada maruz kalacağınız herhangi bir risk veya rahatsızlık bulunmamaktadır. Araştırmadan beklenen yararlarla ilgili olarak herhangi bir klinik yarar olmadığında bu durum hakkında bilgilendirileceksiniz. Kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacaktır. Kamuoyuna açıklanmayacaktır. Araştırma sonuçları yayımlandığı takdirde kimliğiniz gizli kalacaktır. İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, etik kurul, kurum ve diğer ilgili sağlık otoriteleri orijinal tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebilirler. Ancak bu bilgiler gizli tutulur. Yazılı gönüllü olur formunun imzalanması ile söz konusu erişime izin vermiş olursunuz. Araştırma konusu ile ilgili yeni bilgiler elde edildiğinde zamanında bilgilendirileceksiniz.

Araştırmanın Amacı: Bu araştırma; koroner yoğun bakım ünitesindeki çevresel stresörlerin hastalarda görülen semptomlara etkisini değerlendirmek için planlanmıştır. Yapılan çalışmalarda, koroner yoğun bakımlarda kardiyak ve kardiyak dışı (bireysel, emosyonel, çevresel) nedenli olarak pek çok semptoma rastlanıldığı ve bu semptomların altında yatan etkenlerde özellikle yoğun bakımın çevresel stresörlerinin önemlilik arz ettiğini görmekteyiz. Bu nedenlerin daha ayrıntılı araştırılıp hastaların deneyimlediği bu semptomların değerlendirilmesi ve etkenlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler: Bu araştırma Ahi Evren Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılacaktır. Araştırmanın evreni Haziran 2019-Haziran 2020 yılları arasında Koroner Yoğun Bakım Ünitesi 1 ve 2’de KAH tanısı nedeniyle yatan toplam 692 hasta oluşturdu. Yapılan analiz sonucunda, 0.05 sapma ve %95 güven aralığında evren bilinen formüle göre hesaplanmış ve örneklem 248 kişi bulunmuştur. Araştırma Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma hastanesinin Koroner Yoğun Bakım 1 ve Koroner Yoğun Bakım 2 Ünitelerinde yapılacaktır. Araştırmaya dahil edilen bireylere çalışmanın amacı anlatılıp, yazılı ve sözlü onamları alınacaktır. Veriler, yüz yüze görüşme ve soru-cevap tekniği kullanılarak Hasta Bilgi Formu, Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ve Yoğun Bakım Ünitelerinde Çevresel Stresörler Ölçeği ile toplanacaktır. Araştırmadan elde edilen verilerin SPSS 13.0 programında değerlendirilecektir. Veriler aritmetik ortalama, korelasyon, One-Way ANOVA, Independent- Sample T testi kullanılarak değerlendirilecektir.

Ek 1. (Devam)

Hasta Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren 25 sorudan oluşmaktadır.

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği: Eduardo Bruera ve arkadaşları tarafından 1991 yılında tanımlanmış bir ölçektir. Ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, nefes darlığı ve diğer sorunlar olarak 10 semptom sorgulanır. Hastanın semptomlarını 0'dan 10'a kadar devam eden rakamlardan kendine en uygun olduğunu düşündüğü bir rakam ile eşleştirmesi istenir. 0 rakamı semptomu olmadığını ifade eder, 10 rakamı semptomunun çok şiddetli olduğunu gösterir. Ayrıca form üzerinde doldurulma tarihi, saati ve ölçeği dolduran kişiyi belirten kısımlar yer alır.

Yoğun Bakım Ünitelerinde Çevresel Stresörler Ölçeği: Amerika'da, 1981 yılında Ballard tarafından geliştirilen YBÜÇSÖ 40 madde içermekte olup 1985 yılında Nastasy tarafından revize edilmiştir. 3 Bu ölçek 1989 yılında, Cochran ve Ganong tarafından tekrar revize edildiğinde ise son şekli 42 madde olarak belirlenmiştir. 3 Ölçeğin orijinal dili İngilizce'dir. Bu ölçek yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastaların algıladıkları stresörleri tanımlamak ve aynı zamanda hemşirelerin bu stresörleri azaltmada ne kadar etkili olabildiğini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir.

Araştırmanın Süresi: 36 hafta (hasta ile geçecek süre) 12 ay araştırmanın yürütülmesi için gereken süre

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 248

Bilgilendirilmiş gönüllü onam formundaki tüm açıklamaları okudum. Yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün adı / soyadı / tarih

Araştırma ekibinde yer alan ve araştırma hakkında bilgilendirmeyi yapan yetkin araştırmacının adı / soyadı / tarih

Ek 2. Hasta Bilgi Formu

HASTA BİLGİ FORMU

BÖLÜM 1: Bu bölümde hastanın kişisel özellikleriyle ilgili sorulara yer verilmiştir.

1. Yaşınız;

.....

2. Cinsiyetiniz;

- 1.() Kadın
- 2.() Erkek

3. Medeni durumunuz nedir?

- 1.() Evli
- 2.() Bekar/Ayrılmış

4. Eğitim durumunuz nedir?

- 1.() Okuryazar değil
- 2.() İlkokul
- 3.() Ortaokul
- 4.() Lise
- 5.() Üniversite

BÖLÜM 2: Bu bölümde hastanın hastalık durumu, yoğun bakım süreci ve yoğun bakım geçmişi ile ilgili sorulara yer verilmiştir.

5. Hastaneye başvuru şikayetiniz nedir?

- 1. () Göğüs ağrısı
- 2. () Bayılma
- 3. () Çarpıntı
- 4. () Nefes darlığı
- 5. () Mide ağrısı
- 6. () Sıkışma hissi
- 7. () Sırt/boyun/kola yayılan ağrı

Ek 2. (Devam)

6. Daha önce kalp krizi geçirdiniz mi?

1. () Evet
2. () Hayır

7. Yoğun bakıma yatış şekliniz planlı mıydı?

1. () Evet
2. () Hayır

8. Yoğun bakıma yatış şekliniz nedir?

1. () Poliklinikten yatış yapıldı
2. () Acilden yatış yapıldı
3. () Servisten yoğun bakıma transfer edildi

9. Yoğun bakımda yatış sayınız nedir?

- 1.() İlk kez
- 2.() İkinci kez
- 3.() 3 veya daha fazla

10. Yoğun bakıma yatışınızın yapıldığını öğrendiğinizde ilk ne hissettiniz?

1. () Endişe
2. () Şaşkınlık
3. () Korku
4. () Ölmekten korktum
5. () Normal karşıladım
6. () Diğer

11. Hastalığınız ve yoğun bakım süreciniz hakkında size ve ailenize verilen bilgi yeterli oldu mu?

1. () Evet
2. () Kısmen
3. () Hayır

12. Ne kadar süredir koroner yoğun bakımda yatıyorsunuz?

1. () 3 günden az
2. () 3-7 gün
3. () 7 günden fazla

Ek 2. (Devam)

13. Şuan yoğun bakımda bulunmanın ve yoğun bakım ortamının sizde yarattığı duygu nedir?(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

1. () Kendimi iyi hissediyorum
2. () Endişe
3. () Bıkkınlık
4. () Üzüntü
5. () Yalnızlık
6. () Kaygı/Panik
7. () Ölüm korkusu
8. () Kapalı alan korkusu yaşıyorum

14. Hastalık durumunuzun sizde yarattığı duygu/düşünce nedir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

1. () Tekrar kalp krizi geçirmekten korkuyorum
2. () Kendimi yetersiz hissediyorum.
3. () Uykusuzluk yaşıyorum.
4. () Hastalığım nedeniyle birçok cerrahi işleme/ameliyata maruz kalacağımı düşünüyorum ve bu durum beni korkutuyor.
5. () Hastalığım nedeniyle hayatımın artık eskisi gibi olamayacağını düşünüyorum.
6. () Hastalığım nedeniyle sevdiklerimden/sosyal hayatımdan/işimden ayrı kalmak beni üzüyor.
7. () Hastalığımın dolaylı maddi gelir kaybına uğrayacağımı düşünüyorum.(hastane-ilaç masrafları vs)

15. Yoğun bakımda kaldığınız süre boyunca yakınlarınız ile iletişim kurabildiniz mi?

- 1.() Evet
- 2.() Hayır

16. Yukarıdaki soruya cevabınız evet ise nasıl bir iletişim kurdunuz?

1. () Kısa süreli ziyaretime geldi
2. () Yoğun bakım hat telefonu ile konuşma fırsatım oldu
3. () Hemşire/doktor aracılığıyla durumlarımdan haberdar edildim.

17. Kurduğunuz iletişimin sizin için yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

1. () Evet
2. () Kısmen
3. () Hayır

Ek 2. (Devam)

18. Yanınızda refakatçi kalmasını ister miydiniz?

1. () Kesinlikle isterdim
2. () Çok da gerekli değil
3. () Beni böyle görmelerini istemiyorum

19. Yakınınızın yanınızda olmasının size ve yoğun bakım sürecinize en çok hangi konuda yarar sağlayacağını düşünüyorsunuz?

- 1.() Yemeğimi yerken yardımcı olurdu.
- 2.() Yatak içi/dışı hareket ederken yardımcı olurdu.
- 3.() Yanımda olması bana psikolojik destek sağlardı ve kendimi yalnız hissetmezdim.
- 4.() Giyinme, alt değiştirme gibi ihtiyaçlarımı karşılamamda yardımcı olurdu. Yoğun bakım personelinin bunları yapmasından utanıyorum.
- 5.() Yanımda olursa daha daha rahat uyuyacağımı düşünüyorum.

BÖLÜM 3: Bu bölümde hastanın alışkanlıklarıyla ilgili sorulara yer verilmiştir.

20. Yoğun bakıma yatışınız sonrası uyku düzeninizde değişiklik oldu mu?

1. () Evet
2. () Hayır

21. Değişiklik olduğunu düşünüyorsanız sizce bunun en büyük nedeni nedir?

1. () Yabancı bir ortamda bulunmak
2. () Anjio sonrası kasiğündaki iğne veya kum torbasından dolayı rahat uyuyamamak
3. () Yoğun bakım ortamının çok sesli ve aydınlık olması
4. () Tekrar kalp krizi geçirmekten korkmak

22. Yoğun bakıma yatış sonrası tuvalet alışkanlığınızda değişiklik oldu mu?

1. () Evet
2. () Hayır

Ek 2. (Devam)

23. Değişiklik olduğunu düşünüyorsanız sizce bunun en büyük nedeni nedir?

1. () Anjio sonrası kasığımdaki iğne veya kum torbasından dolayı yataktan kalkamamak
2. () Sürgü/ördek kullanmak zorunda kalmak
3. () Bilmediğim/yabancı bir yerde ortak tuvaleti kullanmaktan çekiniyor olmak
4. () Beslenme durumumdaki değişikliğin tuvalet alışkanlığımda değişikliğe sebep olması

24. Yoğun bakıma yatış sonrası beslenme durumunuz ve şeklinizde değişiklik oldu mu?

1. () Evet
2. () Kısmen
3. () Hayır

25. Beslenme durumunuzda değişiklik olduğunu düşünüyorsanız sizce bunun en büyük sebebi nedir?

1. () Sevdiğim yiyeceklerin olmaması
2. () Hastalık durumu nedeniyle diyet değişikliği(tuzsuz ve yağsız)
3. () Hastalık sebebiyle iştahımın olmaması
4. () Mide bulantısı/kusma olması

Ek 3. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ)

Doldurulma Tarihi: _____ Nöbeti: _____

Durumunuzun en iyi ifade eden rakamı daire içine alınız

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ağrı yok	Ağrı çok fazla
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Yorgun değilim	Aşırı yorgunum
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Bulantım yok	Bulantım çok fazla
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Özürümü değilim	Özürüm çok fazla
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Endişeli değilim	Endişem çok fazla
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Uykusuz değilim	Uykusuzluğum çok fazla
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
İştahsız değilim	İştahsızlığım çok fazla
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Kendimi çok iyi hissediyorum	Kendimi çok kötü hissediyorum
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nefes darlığım yok	Nefes darlığım çok fazla
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Cildimde ve tırnaklarımda değişiklik yok	Cildimde ve tırnaklarımda çok fazla değişiklik var
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ağızda hiç yara yok	Ağızda çok fazla yara var
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ellerimde uyuşma yok	Ellerimde uyuşma çok fazla
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Diğer problemler	

ESTÖ'ni hazırlayan :

— Hasta — Sağlık Personeli

— Aile — Aile veya personel yardımı

Ek 4. Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği

Ek-4 Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği
(Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale, ICUESS)

Aşağıdaki Stresörlerden ne derecede etkilendiğinizi uygun sütuna çarpı (X) koyarak belirtiniz.

Stresörler	Hiç Etkilemez	Çok Az Etkiler	Sıklıkla Etkiler	Çok Fazla Etkiler
1. Tüplere bağlanmış olmak	1	2	3	4
2. Hemşirelerin kendilerini tanıtmamaları	1	2	3	4
3. Hemşirelerin çok aceleci olmaları	1	2	3	4
4. Su içememek	1	2	3	4
5. Sık sık tansiyon(kan basıncı) ölçülmesi	1	2	3	4
6. Yatak ve/veya yastığın rahat olmaması	1	2	3	4
7. Telefon sesini duymak (telefonun çalması)	1	2	3	4
8. Doktor ve hemşireler tarafından sık aralıklarla (sık sık) fiziksel muayene yapılması	1	2	3	4
9. Etrafta garip (tuhaf) makinelerin olması	1	2	3	4
10. Hemşirelerin makineleri, sizi izlediklerinden daha yakın izlemeleri	1	2	3	4
11. Makinelerin seslerini ve alarmları duymak	1	2	3	4
12. Hemşire ve doktorların yüksek sesle konuşmaları	1	2	3	4
13. Oksijen almak / oksijen maskesi takmak	1	2	3	4
14. Eşinizi özmek	1	2	3	4
15. Yapılan tedavilerin size açıklanmaması	1	2	3	4
16. Kalp monitörünüzün alarminin bozulduğunu (kesildiğini) fark etmek (duymak)	1	2	3	4
17. Hemşirelerin, yatağınızın etrafında sürekli bir şeyler yapmaları	1	2	3	4
18. Burnunuzda veya ağzınızda tüplerin olması	1	2	3	4
19. Saatin kaç / zamanın ne olduğunu bilmemek	1	2	3	4

Ek 4. (Devam)

Stresörler	Hİç Etkilemez	Çok Az Etkiler	Sıklıkla Etkiler	Çok Fazla Etkiler
20. Diğer hastaların ağlama / inlemelerini duymak	1	2	3	4
21. Erkek ve kadınların aynı odada kalmaları	1	2	3	4
22. Aile ve arkadaşları günde birkaç dakika görmek	1	2	3	4
23. Size yapılacak uygulamaların ne zaman yapılacağını bilmemek	1	2	3	4
24. Hemşireler tarafından uyandırılmak	1	2	3	4
25. Alışılmadık sesler duymak	1	2	3	4
26. Diğer hastalara yapılan tedavileri görmek	1	2	3	4
27. Sürekli tavana bakmak (tavanı izlemek)	1	2	3	4
28. Uyuyamamak	1	2	3	4
29. Serum setler nedeniyle ellerinizi ve kollarınızı kıpırdatamamanız (hareket ettirememeniz)	1	2	3	4
30. Çevredeki alışıık olmadık kokuları duymak	1	2	3	4
31. Işıkların sürekli (açık) olması	1	2	3	4
32. Ağrı olması	1	2	3	4
33. Başınızın üzerindeki (damar içi) serum/ kan torbalarını görmek	1	2	3	4
34. İğneler yapılması (iğnelerle delinmek)	1	2	3	4
35. Nerede olduğunuzu bilmemek	1	2	3	4
36. Hemşirelerin, anlaşılmayan kelimeler kullanmaları	1	2	3	4
37. Kendi kontrolünüzün kendi elinizde olmaması	1	2	3	4
38. Hangi günde olduğunu bilmemek	1	2	3	4
39. Sıkılmak	1	2	3	4
40. Mahremiyetin olmaması (gizliliğin olmaması)	1	2	3	4
41. Tanıdık olmayan doktorlar tarafından bakılmak	1	2	3	4
42. Çok sıcak ya da çok soğuk bir odada olmak	1	2	3	4

Anket Bitti! Çalışmaya Katılımınızdan Dolayı Teşekkür Ederiz