



**KORONER YOĞUN BAKIMDA HASTA
DENEYİMLERİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN SAPTANMASI**

Elanur SARIGÜL
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Mehtap KAVURMACI

Yüksek Lisans Tezi-2020

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

**KORONER YOĞUN BAKIMDA HASTA DENEYİMLERİ
VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN SAPTANMASI**

Elanur SARIGÜL

**İç Hastahkları Hemşireliğı Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Mehtap KAVURMACI**

**ERZURUM
2020**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

KORONER YOĞUN BAKIMDA HASTA DENEYİMLERİ
VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN SAPTANMASI

Elanur SARIGÜL

Tez Savunma Tarihi : 28.01.2020

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Mehtap KAVURMACI (Atatürk Üniversitesi) 

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Hatice POLAT (Atatürk Üniversitesi) 

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Sebahat ATALIKOĞLU BAŞKAN 

(Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM – 2020

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ.....	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Koroner Arter Hastalığı Tanımı.....	3
2.2. Koroner Arter Hastalığının Epidemiyolojisi.....	3
2.3. Koroner Arter Hastalığının Etyolojisi ve Risk Faktörler.....	4
2.4. Koroner Arter Hastalığının Fizyopatolojisi	5
2.5. Koroner Arter Hastalığının Belirtileri.....	5
2.6. Koroner Arter Hastalığında Tanı Yöntemleri	6
2.6.1. İnvaziv Olmayan Tanı Yöntemleri	6
2.6.2. İnvaziv Tanı Yöntemleri	7
2.7. Koroner Anjiyografi	7
2.7.1. Koroner Anjiyografi Endikasyonları	8
2.7.2. Koroner Anjiyografi Kontrendikasyonları.....	9
2.8. Koroner Arter Hastalığında Tedavi	10
2.9. Koroner Yoğun Bakım Ünitesi Tanımı ve Amacı	11
2.9.1. Koroner Yoğun Bakım Ünitesi Nitelikleri ve Sınıflandırılması	12
2.9.2. Yoğun Bakım Ünitelerinin Verilen Bakım ve Tedavi Düzeyine Göre Sınıflandırması	13

2.9.3. Yoğun Bakım Ünitelerinin Klinik Yönetim Şekline Göre Sınıflandırması.....	13
2.9.4. Yoğun Bakım Ünitelerinin Fonksiyonlarına Göre Sınıflandırılması.....	13
2.10. Koroner Yoğun Bakımda Yatan Hastalara Yapılan invaziv ve Non-invaziv	
Uygulamalar	14
2.10.1. Monitörizasyon	14
2.10.2. Oksijen Tedavisi	14
2.10.3. Mekanik Ventilasyon.....	15
2.10.4. Non-invaziv Mekanik Ventilasyon.....	15
2.10.5. İnvaziv Mekanik Ventilasyon	15
2.10.6. Endotrekal Aspirasyon.....	15
2.10.7. Santral Venöz Kateterizasyon	16
2.10.8. İnvaziv Arteriyer Kateterizasyon	16
2.10.9. Beslenme.....	16
2.10.10. Mesane Kateterizasyonu	18
2.11. Yoğun Bakımda Hasta Deneyimi, Etkileyen Faktörler ve Hemşirelik.....	18
2.11.1. Hasta ve Yakınları ile İletişim	18
2.11.2. Ağrı	19
2.11.3. Uyku.....	21
2.11.4. Gürültü	22
2.11.5. Ziyaret Uygulaması.....	23
2.11.6. Bilgilendirme	23
2.11.7. Aydınlatma.....	24
2.11.8. Mahremiyet.....	24
2.11.9. Havalandırma, Isı ve Nemlendirme	25
2.12. Psikososyal Sorunlar.....	25

3. MATERYAL VE METOT.....	27
3.1. Araştırmanın Türü.....	27
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	27
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	27
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	28
3.5. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması	28
3.5.1. Hasta Tanıtım Formu	28
3.5.2. Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği	28
3.5.3. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği	29
3.6. Verilerin Toplanması	30
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	30
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	30
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	31
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA.....	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	48
KAYNAKLAR	50
EKLER	60
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	60
EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU	61
EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU	62
EK-4. KURUM İZİNLERİ	63
EK-5. HASTA TANITIM FORMU	64
EK-6. YOĞUN BAKIM DENEYİM ÖLÇEĞİ	65
EK-7. HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ	67

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmamın hazırlanmasında bilimsel katkılarını esirgemeyen, beni sabır ve anlayışla yönlendiren, zamanını ve güvenini esirgemeyerek her zaman yanımda olan ve yol gösteren, her zaman örnek alacağım değerli hocam ve yüksek lisans tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Mehtap KAVURMACI ‘ya,

Tez savunma sınavıma zaman ayırarak, beni onurlandıran değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Hatice POLAT, Dr. Öğr. Üyesi Sebahat ATALIKOĞLU BAŞKAN’a,

Hayatımın her aşamasında yanımda olan sevgilerini ve desteklerini daima hissettiğim çok değerli aileme ve tez dönemim boyunca bana destek olan arkadaşlarıma,

Teşekkür ederim.

ELANUR SARIGÜL

ÖZET

Koroner Yoğun Bakımda Hasta Deneyimleri ve Etkileyen Faktörlerin Saptanması

Amaç: Araştırma, Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde yatan hastaların deneyimleri ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Meteryal ve Metod: Araştırma, Haziran 2018-Ocak 2020 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde yapılmıştır. Araştırma evreni, belirtilen ünite de tedavi ve bakım hizmeti alan hastalar oluşturmıştır. Araştırma örneklemini ise örnekleme dahil edilme kriterlerine uygun 166 hasta oluşturmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan hasta tanıtım formu, “Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği” ve “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 21 paket programında analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirmesinde yüzdelik hesaplamalar, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis ve korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Hastaların %61.4’ünün 55-75 yaş grubunda, %62’sinin erkek, %86.7’sinin evli, %57.8’inin okuryazar/ilkokul mezunu, %35.5’inin ev hanım olduğu saptandı. Hastaların %56.6’sinin koroner arter hastalığı nedeniyle ve %83.1’inin acil olarak hastaneye yatışının yapıldığı saptandı. Hastaların “Yoğun Bakımda Çevrenin Farkında Olma” alt boyuttundan 17.95 ± 3.20 , “Yoğun Bakımda Yaşanan Kötümser Deneyimler” alt boyutundan 17.75 ± 1.59 , “Yoğun Bakımda Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması” alt boyutundan 11.16 ± 4.23 , “Yoğun Bakımda Alınan Bakımdan Memnuniyet” alt boyutundan 10.13 ± 2.71 ve ölçek toplamında 57.01 ± 6.45 puan aldıkları saptandı. Hastaların “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği”nden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde anksiyete alt boyutundan 8.72 ± 4.59 ve depresyon alt boyutundan 7.17 ± 3.15 puan aldıkları tespit edildi.

Sonuç: Araştırma sonucunda hastaların yoğun bakım deneyimi ölçek puan ortalamalarının orta, hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin ise düşük seviyede olduğu belirlenmiştir. Her iki ölçekten alınan puan ortalamalarının hastaların bazı tanıtıcı özelliklerinden etkilendiği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, depresyon, hemşirelik, yoğun bakım deneyimi

ABSTRACT

Patient Experiences in Coronary Intensive Care Unit and Determination of Affecting Factors

Aim: The research was carried out to determine the experiences of the patients hospitalized in the Coronary Intensive Care Unit and the factors affecting them.

Materials and Methods: The research was carried out between June 2018 - January 2020 in Atatürk University Health Research and Application Center Coronary Intensive Care Unit. The research universe has been composed of patients receiving treatment and care services in the specified unit. The research sample consisted of 166 patients in accordance with the inclusion criteria. In the collection of the research data, the patient introduction form, "Intensive Care Experience Scale" and "Hospital Anxiety and Depression Scale" prepared by the researcher in line with the relevant literature were used. The data obtained from the research were analyzed in SPSS 21 package program. Percentage calculations, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis and correlation analysis were used to evaluate the data.

Results: It was determined that 61.4% of the patients were 55-75 years old, 62% were male, 86.7% were married, 57.8% were literate / primary school graduates, and 35.5% were housewives. It was determined that 56.6% of the patients were hospitalized due to coronary artery disease and 83.1% were hospitalized immediately. When the average scores of the patients from the "Intensive Care Experience Scale" and the scale subscales were examined, it was 17.95 ± 3.20 from the "Dimension of Pessimistic Experiences in Intensive Care" sub-dimension and 17.75 ± 1.59 from the "Remembering Experiences in Intensive Care" sub-dimension. It was determined that they scored 10.13 ± 2.71 from the sub-dimension of 11.16 ± 4.23 , "Satisfaction in the Intensive Care" and a total of 57.01 ± 6.45 points in the scale. When the mean scores of the patients from the "Hospital Anxiety and Depression Scale" were examined, it was found that they got 8.72 ± 4.59 from the anxiety sub-dimension and 7.17 ± 3.15 from the depression sub-dimension.

Conclusion: As a result of the research, it was determined that the patients' intensive care experience scale mean scores were moderate and their anxiety and depression levels were low. It was determined that the mean scores obtained from both scales were affected by some of the introductory features of the patients.

Keywords: Anxiety, depression, nursing, intensive care experience

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

CPAP	:	Contnous Positive Airway Pressure
EKG	:	Elektrokardiyografi
HAD	:	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği
HDL	:	High Density Lipoprotein
İAK	:	İnvaziv Arteriyer Kateterizasyon
JCAHO	:	Joint Commision On Accreditation Of Health Care Organizations
KABC	:	Koroner Arter Bypass Cerrahisi
KAH	:	Koroner Arter Hastalığı
KYBÜ	:	Koroner Yoğun Bakım Ünitesi
LDH	:	Low Density Lipoprotein
MI	:	Miyokard Enfaktüsü
NİMV	:	Non-İnvaziv Mekanik Ventilasyon
SVK	:	Santral Venöz Kateterizasyon
TEKHAREF	:	Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları Ve Risk Faktörleri
TÜİK	:	Türkiye İstatistik Kurumu
PTCA	:	Perkütanöz Translüminel Koroner Anjioplasti
YDBÖ	:	Yoğun Bakım Deyim Ölçeği

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. KAH'nın Değişirilemeyen ve Değişirilebilir Risk Faktörleri	4
Tablo 2.2. Koroner Anjiyografi'nin Rölâtif Kontrendikasyonları	10
Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	32
Tablo 4.2. Hastaların Yoğun Bakım Ünitesine Yatışı İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı	33
Tablo 4.3. Hastaların YBDÖ ve Ölçek Alt Boyutlarından Aldığı Puan Ortalamalarının Dağılımı	33
Tablo 4.4. Hastaların HAD ve Ölçek Alt Boyutlarından Aldığı Puan Ortalamalarının Dağılımı	34
Tablo 4.5. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre YBDÖ Ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	36
Tablo 4.6. Hastaların Yoğun Bakım Ünitesine Yatışı İle İlgili Özelliklerinin YBDÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	37
Tablo 4.7. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre HAD Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	38
Tablo 4.8. Hastaların Yoğun Bakım Ünitesine Yatışı İle İlgili Özelliklerinin HAD Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	40
Tablo 4.9. HAD Ölçeği İle YBDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	41

1. GİRİŞ

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ) fiziki şartları, teknik donanımı ve tedavi yöntemleri açısından hastanelerin diğer bölümlerinden oldukça farklıdır. YBÜ'nin amacı, organ ya da sistemlerinde fonksiyon bozukluğu olan hastaların uygun tedavi yöntemleri kullanılarak yaşamsal işlevlerini korunmak ve devam ettirmektir. Koroner yoğun bakım üniteleri ise (KYBÜ), klinik durumu kritik olan koroner arter hastalıklarının (KAH) takip edildiği, hastaların hayati fonksiyonlarının desteklendiği, özel bir ekip tarafından tedavi yöntemlerinin uygulandığı ve en karmaşık tıbbi/medikal cihazların kullanıldığı yakından izlem gerektiren bölümlerdir.¹

KYBÜ de tedavinin amacı, hasta yaşamını kurtarmanın yanı sıra hem hasta hem de hasta yakınlarını fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden desteklemek ve tedavi sonrası hastaların olumlu deneyimlerle taburcu olmasını sağlamaktır. Ancak KYBÜ; yaşamın tehdit altında olması, alışık olunmayan çevre ve kişiler, immobilizasyon, yatağa bağımlı olma, trakeal aspirasyon, yoksunluk, uyku düzende bozulma, aile bireyleri ve yakınlarını görememe, araçlara veya yoğun bakım ünitesine bağımlılık duygusu, sık tekrarlanan ağrılı uyarılar, hastalık, tedavi ve uygulamalar hakkında yeterince bilgilendirilmeme gibi pek çok faktör nedeniyle hastalarda bir takım olumsuz deneyimlere neden olabilmektedir.²

Hastanın yoğun bakımda geçirdiği süre içerisinde, karşı karşıya kaldığı bu durumlar, yoğun bakım deneyimlerini etkileyeceğinden yoğun bakım hemşiresi, hastaların yoğun bakım deneyimlerini etkileyebilecek durumları ve bu durumlara yönelik sorumluluklarını bilmeli ve bu doğrultuda girişimlerde bulunmalıdır.²

Hastaların yoğun bakımda aldıkları tedavi ve bakımdan oluşan deneyimlerini olumlu tarafa yönleltmek adına hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Bu amaçla öncelikle hastaların yoğun bakım deneyimlerinin hemşireler tarafından saptanması

gerekmektedir. Ancak ÷lkemizde yoğun bakım ünitelerine yatırılan hastaların deneyimlerine ilişkin çok az sayıda çalışma bulunmaktadır.^{3,4}

Bu araştırma, KYBÜ yatan hastaların deneyimleri ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koroner Arter Hastalığı Tanımı

Koroner arter hastalığı (KAH), “koroner arter kan akımının genellikle arterosklerotik plakla daralması veya tıkanması gibiçeşitli faktörlerin neden olduğu miyokardın beslenmesini bozan bir durumdur”.^{5,6}

KAHile,“iskemik kalp hastalığı” ve “koroner kalp hastalığı” aynı anlamda kullanılmakta olup miyokarda kan taşıyan koroner arterlerde daralma sonucu ortaya çıkmaktadır.⁷

2.2. Koroner Arter Hastalığının Epidemiyolojisi

KAH, gelişmiş ülkelerdeki mortalite ve morbiditenin önemli nedenlerindendir. KAH’ın dünya genelinde giderek artacağı ve yaşadığımız yüzyılın ilk çeyreğinde tüm dünyada ölümlerin ilk nedeni olacağı tahmin edilmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri’nde, 17 milyon’dan fazla KAH ve 10 milyon civarında anjina pectoris olgusu olduğu tahmin edilmektedir.⁸⁻¹¹

Ülkemizde Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasının 2017yılı sonuçları incelendiğinde 26 yılda kaydedilen toplam 906 ölümün, %42’sininKAH nedeni ile olduğu görülmektedir.¹²

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2018 verilerine göre ölüm nedenlerinin %38.4’ünü dolaşım sistemi hastalıkları, %19.7’sini iyi ve kötü huylu tümörler, %12.5’ini solunum sistemi hastalıkları oluşturmaktadır. 2018 yılında dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşen ölümlerin %39.7’si iskemik kalp hastalığından, %22.4’ü ise serebro-vasküler hastalıktan kaynaklanmıştır.¹³ KAH tüm toplumlarda görülmekte, kültür ve etnik durumlara göre hastalık görülme riski değişmekte, hem kadınlar da hem de erkeklerde ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır.

Türkiye’de TEKHARF 2017 çalışması verilerine göre erişkinlerde kalp hastalığı prevalansı erkeklerde %6.2, kadınlarda %7.3, olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde erişkinlerde kalp hastalığı, Karadeniz ve Marmara bölgelerinde en yüksek oranlarda, Akdeniz ve İç Anadolu bölgelerinde en düşük oranlarda saptanmıştır.¹²⁻¹⁶

Dünya sağlık örgütü 2016 yılı verilerine göre kaba ölüm oranı kadınlarda (per:100.000\121), erkekler de (per:100.000\132) dır. Her iki cinste ölüm nedeni olan hastalıkların başında iskemik kalp hastalığı gelmektedir.¹⁷

2.3. Koroner Arter Hastalığının Etyolojisi ve Risk Faktörler

Bugüne dek yapılan epidemiyolojik ve klinik çalışmalarda KAH’a yol açan çok sayıda risk faktörü tanımlanmıştır.¹⁸

KAH ’nın risk faktörleri değiştirilemeyen ve değiştirilebilir risk faktörleri olarak ikiye ayırmaktadır.¹⁸⁻²⁰

Tablo 2.1. KAH’nın Değiştirilemeyen ve Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	Değiştirilebilir Risk Faktörleri
• Yaş (erkeklerde 45, kadınlarda 55 veya erken menopoz) • Genetik (birinci derece akrabalarından erkekte 55, kadında 65 yaşından önce KAH bulunması) • Irk (beyaz-siyah) • Cinsiyet	• Hiperkolesterolemi (total kolesterol 200 mg/dl, düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL)-kolesterol 130 mg/dl) • Yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL)-kolesterol değeri düşüklüğü (<40 mg/dl) • Hipertansiyon (kan basıncı 140/90 mmHg veya antihipertansif tedavi görüyor olmak) • Diabetes mellitus (diyabet bir risk faktörü olmanın yanı sıra, koroner kalp hastalığı varlığına eşdeğer bir risk taşıdığından risk değerlendirmesinde ayrı bir yeri vardır) • Obezite, (Bel çevresi kadınlarda ≥ 102 cm ve erkeklerde ≥ 88cm) • Sigara kullanımı, • Alkol tüketimi, • Fiziksel aktivite azlığı, • Stres

2.4. Koroner Arter Hastalığının Fiziopatolojisi

KAH'a yol açan primer etmen arterosklerozdur. Arterosklerozun oluşumu ile ilgili günümüzde kabul edilen görüş "damar endotelinde ortaya çıkan zedelenmeye karşı arter duvarında oluşan kronik inflamatuvar yanıtıdır".¹⁹

Kolesterol ve lipitler intima tabakası içinde birikmekte, kan komponentleri ve damar duvarını oluşturan elementler arasında kompleks bir etkileşim ile plak oluşmaktadır.²¹

Damar endotelinin bozulmamış olması, damar duvarını ve damarın açıklığını koruyan basit bir engeldir. Normalde trombositler ve lökositler reaktif değildir. Ancak, sigara kullanımı, hiperlipidemi, hipertansiyon, diyabet, hiperhomosisteinemi ve bazı enfeksiyonlar damarda lokal inflamasyonu başlatmaktadır.^{19,20}

Damar endotelinde zedelenme olması bu bölgede lökosit vemonosit adezyonuna yol açmakta; düz kas hücreleri intimadan mediaya göç etmekte, makrofajlar ve düz kas hücreleri lipiti içine alarak köpük hücrelere dönüşmektedir.^{19,21}

Zararlı olan lipit hücrelerin ortadan kaldırılmasına yönelik bu dönüşüm ilk başlangıçta koruyucu olmakla birlikte, bu hücrelerin ilerleyici tarzda toplanması plakların büyümesine yol açmaktadır.¹⁹

Plak büyüdüğünde damar lümeni daralmakta ve damarın dilatasyon yeteneğinin azalmasından dolayı artmış olan oksijen ihtiyacı karşılanamamaktadır. Koroner damarlar belirgin şekilde daraldığında, hücrelerin metabolik gereksinimi olan oksijen taşınmadığından iskemi ortaya çıkar.⁷

2.5. Koroner Arter Hastalığının Belirtileri

KAH miyokard iskemisinin klinik göstergesidir. KAH' de semptomlar, koroner arterlerin miyokardın oksijen gereksinimini karşılayamaması durumunda miyokarda

oluşan laktik asit gibi anaerobik metabolizma ürünlerininbu bölgedeki sempatik sinir alıcılarını uyarması ile ortaya çıkar.

KAH'ın en yaygın belirtisi anjindir (diğer adıyla anjina pectoris). Anjin çoğu zaman göğüs ağrısı olarak tanımlanır. Aynı zamanda göğüs rahatsızlığı, ağırlık, darlık, baskı, ağrı, yanma, uyuşma, doluluk veya sıkıştırmayla tarif edilir. Hazımsızlık veya mide yanmasıyla karıştırılabilir. Anjin genellikle göğüste hissedilirken sol omuz, kollar, boyun, sırt veya çenede de hissedilebilir.

KAH ile birlikte meydana gelebilecek diğer belirtiler şunlardır:

- Dispne
- Palpitasyonlar
- Taşikardi
- Baş dönmesi
- Bulantı
- Aşırı halsizlik
- Terleme⁵

2.6. Koroner Arter Hastalığında Tanı Yöntemleri

KAH tanısında fizik muayene, öykü ve laboratuvar testleri (tam kan sayımı, kardiyak enzimler, koagülasyon testleri, serum lipidleri, serum elektrolitleri, kan üre-nitrojen) ile birlikte invaziv ve invaziv olmayan birçok tanı yöntemi bulunmaktadır.^{20,22-}

24

2.6.1. İnvaziv Olmayan Tanı Yöntemleri

- Elektrokardiyografi (EKG) ve Egzersiz EKG stres testi
- Miyokard perfüzyon sintigrafisi
- Ekokardiyografi
- Egzersiz radyonüklid ventrikülografi

- Elektron beam bilgisayarlı tomografi
- Kardiyak manyetik rezonans
- Bilgisayarlı tomografi
- Pozitron emisyon tomografi²⁵

2.6.2. İnvaziv Tanı Yöntemleri

- Koroner anjiyografi
- Sol ventrikülografi
- Koroner anjiyoskopi
- İntravasküler ultrasonografi
- Damar içi basınç ölçümleri²⁵

2.7. Koroner Anjiyografi

Koroner anjiyografi, KAH'ın teşhis, değerlendirilmesinde ve tedavi endikasyonlarının seçilmesinde büyük bir öneme sahiptir.²⁶

Bu teknikte katater, femoral veya brakial arter yoluyla retrograd olarak aorta ve koroner ostiumlarına kadar ilerletilebilmektedir. Koroner arterlerin içine selektif olarak her birine ayrı ayrı opak madde verilerek sineanjiyografi ile koroner akımın dinamiği incelenebilmekte, koroner arterlerin anatomisi ortaya konulabilmektedir.²⁶

Selektif olarak koroner arter orifislerine yerleştirilen katater ile 2-6 santimetreküp kontrast madde verilmesi ve saniyede 30-60 sayıda seri filmler almak yoluyla uygulanan bir tekniktir. Koroner arter darlığının anatomik önemini göstermede en güvenilir yöntemlerden biridir. Deneyimli merkezlerde ve deneyimli kişilere yapıldığında çok düşük (% 0.1) mortalite riski taşımaktadır.²⁶

2.7.1. Koroner Anjiyografi Endikasyonları

‘American Collage of Cardiology’ ve ‘American Heart Association’ sol kalp kateterizasyonu ve anjiyografi endikasyonlarını sınıflanmışlardır. Koroner anjiyografi endikasyonları verilmiştir.²⁷

1. Akut Miyokart İnfarktüsü

Akut miyokart infarktüsü (MI) sonrası rutin sol kalp kateterizasyonu endikasyonudur. Akut ST yükselmesinin eşlik ettiği MI olgularında primer anjioplasti amacıyla yapılabilir. Stabil Q’suz MI hastalarında sol kalp kateterizasyonu yapıp yapılmaması konusunda fikir birliği yoktur. Tekrarlayan iskemi veya mekanik komplikasyonu olan hastalarda sol kalp kateterizasyonu güçlü bir şekilde endikedir. Trombolitik tedaviden fayda görmüş hastalarda rutin kateterizasyon uygulamasıdır. Akut MI sonrası ciddi anjina olması veya yapılan stres testin pozitif çıkması durumunda sol kalp kateterizasyonu yapılması gerekmektedir.²⁷

2.Unstabil Anjina Pektoris

Medikal tedavi ile kontrol altına alınamayan refrakter anjina veya Prinzmetal anjina şüphesi olan hastalarda sol kalp kateterizasyonu endikasyonudur. Medikal tedavi ile kontrol altına alınan hastalarda yapıp yapılmaması konusunda fikir birliği yoktur.²⁷

3.Kronik Stabil Anjina

Bu hasta grubunda eğer semptomlar medikal tedaviyle kontrol altına alınamıyor veya hastalar antianjinal tedaviyi tolere edemiyorsa yapılmalıdır.²⁷

4.Pozitif Stres Test

Stres testin düşük iş yükünde pozitif çıkması veya yüksek riskli olması durumunda sol kalp kateterizasyonu mutlaka yapılmalıdır.²⁷

5.Ventriküler Aritmi

Altta yatan belirgin metabolik bir neden olmadan sustainet ventriküler taşikardi veya ani ölüm hikayesi olan hastalarda sol kalp kateterizasyonu endikasyonudur.²⁷

6. Sol Ventrikül Disfonksiyonu

Kateterizasyon sol ventrikül fonksiyonunu ve bölgesel duvar hareketlerini gösterir. Etyolojisi bilinmeyen sol ventrikül disfonksiyonu olan hastalarda koroner arter hastalığını ekarte etmek amacı ile yapılabilir.²⁷

7. Valvüler Kalp Hastalığı

Sol kalp kateterizasyonu çıkış yolu obürksiyonlarının ciddiyetini değerlendirmede kullanılır. Aort ve mitral yetmezliğinin derecelendirilmesinde de kullanılır.²⁷

8.Preoperatif Değerlendirme

Preoperatif değerlendirme angina olması veya yapılan stres testin pozitif olması durumunda, planlanan cerrahi majör non-vasküler, majör vasküler operasyon sol kalp kateterizasyonu endikasyonudur.²⁷

2.7.2. Koroner Anjiyografi Kontrendikasyonları

Kateterizasyon ve anjiyografi için tek kesin kontrendikasyon hastanın istememesi, yapılacak işleme onay vermemesidir. Rölatif kontrendikasyonlar Tablo 2.2' de verilmiştir.²⁷

Tablo 2.2. Koroner Anjiyografi'nin Rölatif Kontrendikasyonları

-
1. Kontrolsüz konjestif kalp yetersizliği, şiddetli hipertansiyon ya da aritmiler
 2. Yakın geçmişte serebrovasküler olay (< 1 ay)
 3. İnfeksiyon ya da yüksek ateş
 4. Elektrolit dengesizliği
 5. Akut gastrointestinal kanama ya da ciddi anemi
 6. Gebeliğin ilk üç ayı
 7. Warfarin kullanımı
 8. Kontrolü güç kanama diyatezi
 9. İlaç intoksikasyonu
 10. Böbrek yetersizliği
 11. Kontrast ilaca karşı bilinen anaflaktik reaksiyon
 12. Uyumsuz hasta
-

2.8. Koroner Arter Hastalığında Tedavi

KAH tedavisinde iki ana amaç vardır. Birinci amaç, MI oluşmasını engellemek ve buna bağlı ölümü engelleyerek yaşamsüresini uzatmak, ikinci amaç ise anjinapektoris tedavisi ederek iskemi sıklığını ve şiddetini azaltıp yaşam kalitesini artırmaktır.^{28,29}

Bu amaçla kullanılan tedavi yöntemleri hastalığın aşamasına ve hasta kaynaklı nedenlere bağlı olarak uygulanan medikal ve girişimsel tedavi yöntemleridir.²⁸

Medikal Tedavi: KAH'da medikal tedavi yaklaşımları hastalığın evresine göre değişmekte olup bu tedaviler; antiplatelet ajanlar, nitrogliserin, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, anjiyotensindönüştürücü enzim inhibitörleri, antikoagülanlar, trombolitikler, analjezikler, kolesterol düşüren ajanlar, gerektiğinde oksijen tedavisini içermektedir.³⁰

Girişimsel Tedavi Yöntemleri

1. Koroner Arter Bypass Cerrahisi (KABC)
2. Perkütanöz Translüminel Koroner Anjioplasti (PTCA)

3. Lazer tedavisi
4. Aterektomi
5. Angioskopi
6. Stent Uygulaması³¹⁻³³

2.9. Koroner Yoğun Bakım Ünitesi Tanımı ve Amacı

Koroner yoğun bakım üniteleri yaşamsal tehlike içindeki hastaların 24 saat izlendiği, gerektiğinde yaşam fonksiyonlarının desteklendiği, yüksek teknolojiye sahip karmaşık cihazlarla müdahale edildiği ve uzman ekip yardımıyla iyileştirildiği birimlerdir. Bu tanıma göre, yoğun bakım ünitesinde 3 öge bulunmaktadır.¹

Birincisi; ağır hasta, bir başka deyişle kritik hasta, ikincisi; gelişmiş ve giderek maliyeti artan teknik donanım, üçüncüsü bu teknik donanımı kullanabilecek ve hastayı iyileştirecek bilgi ve beceriye sahip ekip üyeleridir.¹

Yoğun bakımın amacı, hastaların organ ya da organ sistemlerinde işlev bozukluğuna neden olan durumları saptamak ve yaşamsal işlevlerinin korunması gerektiğinde uygun tedavi yöntemleri kullanılarak işlev bozukluğu ya da yetmezliği olan organın işlevinin devam ettirilmesi sağlamaktır.³⁴

Yoğun bakım anlayışına uygun ilk birimler günümüz hemşireliğin kurucusu olan Florance Nightingale tarafından geliştirilmiştir. Nightingale hemşirelik üzerine notlar adlı kitabında; operasyon sonrası hastalara kritik dönemi atlatıncaya kadar ameliyathanelerin yanına etkili hasta bakımı verilmesi amacı ile özel birimler kurulması gerektiğini belirtmiştir.³⁴

Yoğun bakımlar günümüzde gelişmiş teknolojik aletler ve tıbbi imkânların kullanıldığı birimler olarak hizmet vermektedir.³⁵

2.9.1. Koroner Yoğun Bakım Ünitesi Nitelikleri ve Sınıflandırılması

YBÜ hastalık durumlarına göre ya da tüm hastaların kabul edildiği genel bir ünite olarak yapılandırılabilir. Koroner yoğun bakım ise sadece kritik kalp hastalarının olduğu yoğun bakım üniteleridir. Hastane ihtiyacına göre yatak sayısı belirlenmekle birlikte; hastane yataklarının toplam sayısının %5-10'unu oluşturmmalıdır. Amerikan Yoğun Bakım Derneği, bir yoğun bakım ünitesinde en fazla 12 yatağın, ideal olarak ise 8 yatağın bulunmasının gerekli olduğunu belirtmiştir. Yatak başına 40 m² alan ayrılmalı, bu alanın yarısı hasta için diğer yarısı da ortak birimler için ayrılmalıdır. YBÜ, hastaların ayrı bölümlerde izlenmediği sistem, hastaların ayrı bir bölümde izlendiği sistem ya da her iki sistemin birlikte uygulandığı şekilde olabilir. Hastaların ayrı bölümlerde izlenmediği sistemde yataklar arasında 2,5 m mesafe bulunmalıdır.

Koroner yoğun bakım ünitesi, ameliyathane steril alanında olmamak şartıyla, ameliyathane ile iletişim halinde olmalıdır. Yoğun bakım ünitelerinin hasta alanları içerisinde tuvalet bulunmamalıdır. Bağışıklık sistemi baskılanmış hastaların (hematolojik malignansi, transplantasyon hastaları gibi) izlendiği yoğun bakım ünitelerinde ameliyathanelerdeki gibi sterilizasyon şartlarına uygun şekilde hepa filtre veya benzeri mikroorganizmaları süzebilen ve tutabilen havalandırma sistemi tercih edilmelidir. Yoğun bakım ünitelerinde zemin ile duvar kaplamalarının kolay temizlenebilir nitelikte olması gerekmektedir. Sıcaklık 22-28 C° nem oranının %30-60 arasında olması sağlanmalıdır. Yoğun bakım ünitelerinde, görevli sağlık personeli tarafından hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun özellikte bir ortam, kolay ulaşılabilir mesafede yerleştirilmiş el yıkama amaçlı lavabo (her 4 yatak için en az bir), her yatak için el dezenfektanı, yatak aralarında gerektiğinde kullanılmak üzere uygun biçimde ayırma düzeneği, her yatak için ayrı elektrik ve merkezi tıbbî gaz sistemi bulunur.³⁶⁻³⁸

Yoğun bakım üniteleri birçok şekilde sınıflandırılmaktadır. Bunlar arasında en çokkullanılan sınıflandırma tipleri;

2.9.2. Yoğun Bakım Ünitelerinin Verilen Bakım ve Tedavi Düzeyine Göre Sınıflandırması

Birinci Düzey Yoğun Bakım Üniteleri

İkinci Düzey Yoğun Bakım Üniteleri

Üçüncü Düzey Yoğun Bakım Üniteleri³⁹⁻⁴⁶

2.9.3. Yoğun Bakım Ünitelerinin Klinik Yönetim Şekline Göre Sınıflandırması

Açık Yoğun Bakım Ünitesi

Yarı Açık Yoğun Bakım Ünitesi

Kapalı Yoğun Bakım Ünitesi

Ara Yoğun Bakım Ünitesi³⁹⁻⁴⁶

2.9.4. Yoğun Bakım Ünitelerinin Fonksiyonlarına Göre Sınıflandırılması

Bazı özel tedavi ve bakım gerektiren hastaların, tedavi ve bakımlarının bu alanlarda eğitim almış ve uzmanlaşmış sağlık personeli tarafından yapıldığı birimlerdir. Bu birimler hastaların yoğun bakımda kalış süresini kısaltarak, ölüm oranlarının azaltılmasını sağlamaktadır. Fonksiyonlarına göre YBÜ'lerinden bazıları; koroner yoğun bakım ünitesi, beyin ve sinir cerrahisi yoğun bakım ünitesi, anesteziyoloji ve reanimasyon yoğun bakım ünitesi, çocuk sağlığı ve hastalıkları yoğun bakım ünitesi, yenidoğan yoğun bakım ünitesi ve kalp damar cerrahisi yoğun bakım üniteleridir.⁴²

Ülkemizde ise yoğun bakımlar verilen bakım ve tedavi düzeyine göre sınıflandırılmaktadır.^{39,40}

2.10. Koroner Yoğun Bakımda Yatan Hastalara Yapılan invaziv ve Non-invaziv Uygulamalar

2.10.1. Monitörizasyon

Monitörizasyon; hastanın önemli değişkenlerini belli aralıklarla tekrarlayarak ya da devamlı şekilde elektronik aygıtlar aracılığıyla ölçme işlemidir. Yoğun bakımda yatan her hasta monitör yardımı ile yaşamsal bulguları takip edilmektedir. Hastalarda monitörizasyon; hasta hakkında veri takibi yapma, tanı koyma, organ rezervlerini belirleme, uygulanan tedaviye yanıtı takip etme, organ sistemleri (kardiyovasküler sistem, pulmoner sistem, renal fonksiyon, nöromusküler fonksiyon, santral sinir sistemi) hakkında bilgi edinebilmeyi sağlar. Hemodinamik monitorizasyon yöntemleri; EKG, ekokardiyografi, manşonlu otomatik tansiyon ölçümü, pulsoksimetre, arteryel kateterizasyon, santral venöz kateter, pulmoner arter kateterizasyonu, özefagial dopler, idrar sondasıdır.⁴⁷

2.10.2. Oksijen Tedavisi

Oksijen tedavisi sıklıkla solunum problemlerinin tedavisinde kullanılır. Çeşitli oksijen uygulama yöntemleri vardır. Oksijen uygulama yönteminin seçimi; solunan oksijenin fraksiyonu, nemlendirme gereksinimi, hastanın koopersasyonu ve rahatlığı gibi faktörlere bağlıdır. Hastaya solunan atmosferi sağlayıp sağlamadığına dayalı olan düşük veya yüksek akımlı oksijen uygulama sistemleri vardır. Oksijen uygulama yöntemlerinin çoğu hastanın solunum şekliyle değişen konsantrasyonlardan oksijen veren düşük akımlı cihazlardır. Bunun karşısı olarak ventüri maskesi, hastanın solunum şeklinden bağımsız belli konsantrasyonlarda oksijen veren yüksek akımlı bir cihazdır. Mekanik ventilatörlerde yüksek akımlı oksijen verme sistemlerinin diğeri bir örneğidir. En sık kullanılan yöntem güvenli ve hasta kontrollü olması bakımından nazal kanül uygulamasıdır.^{1(s.521)}

2.10.3. Mekanik Ventilasyon

Yoğun bakım ünitesinde alveoler ventilasyonu ve arteriyel oksijenasyonu sağlamak, akciğer volümünü artırmak, solunum işini azaltmak ve altta yatan sorun çözülene kadar solunum sistemini desteklemek amacıyla mekanik ventilasyon uygulanır. Günümüzde mekanik ventilasyonun hedefi normal fizyolojik arteriyel kan gaz değerlerinin sağlanmasından daha çok, mekanik ventilasyona bağlı akciğer hasarının önlenmesidir.^{1(s.521)}

2.10.4. Non-invaziv Mekanik Ventilasyon

Birincil etkisi; üst solunum yollarının kollapsını önleyerek hava yollarını açık tutmak ve spontan solunumun düzenli şekilde devamını sağlamaktır. Solunum desteği sağlamamasına rağmen fonksiyone rezidüel kapasiteyi artırarak solunum işini azaltır. Solunum ünitelerinin çoğunu solunuma açık tutarak solunumu kolaylaştırır. PaO₂'yi artırır.^{1(s.521)}

2.10.5. İnvaziv Mekanik Ventilasyon

Cihazın endotrakeal tüpe veya trakeostomiye bağlanarak, hastanın solutulması işlemidir. Medikal tedavi, oksijen ve non-invaziv mekanik ventilasyon ile başarılı olunamayan olgularda uygulanır. Başlangıçta hastayı çok iyi dinlendirmesine rağmen uzayan invaziv mekanik ventilasyonda hastayı ventilatörden ayırmak (weaning) zorlaşmakta ve komplikasyon sıklığı artmaktadır. Kontrollü (basınç ve volüm kontrollü) ve asiste modlar kullanılarak uygulanır.^{1(s.526-527)}

2.10.6. Endotrekal Aspirasyon

Aspirasyon işlemi, hastanın solunum sistemi sekresyonlarının negatif basınç ile çalışmakta olan vakum cihazı ile dışarı çekilmesidir. Hemşire, hastanın aspirasyon gereksinimini doğru şekilde saptamalı ve aspirasyon işlemini yaparken aseptik tekniklere uygun olarak yapmalıdır. Aspirasyon işleminden önce hemşire hastaya işlem

hakkında bilgi vererek hasta uyumunu artırıp aspirasyonun uygun şekilde yapılmasını sağlamalıdır.⁴⁸

2.10.7. Santral Venöz Kateterizasyon (SVK)

SVK yoğun bakım ünitelerinde, ameliyathanelerde monitörizasyon ve venöz yol açmak için kullanılır. SVK subklavian ven, internal juguler ven, eksternal jugular ven, bazilik, safilik vene uygulanmaktadır. SVK, santral venöz basınç monitörizasyonu, travma, major cerrahi, hava embolisi, pulmoner arter kateterizasyonu, total paranteral nutrisyon, akut hemodiyaliz, kardiyopulmoner arrest, hipovolemi, perifer venöz girişde bozukluk amacıyla takılmaktadır. Hemşire; SVK'nın giriş yerini, steril gazlı bez veya havayı geçiren, su geçirmez ürünlerle kapatmalıdır. Pansuman 48 saatte bir ve ıslandığında veya kirlendiğinde değiştirilmelidir. Pansuman sırasında aseptik tekniklere uyulmalıdır. Kateter pansumanı yapılırken, kateter giriş bölgesi, ısı artışı, kızarıklık, akıntı gibi enfeksiyon belirtileri açısından gözlenmelidir. SVK her kullanım sonrası, serum fizyolojik ile yıkanmalıdır.⁴⁹

2.10.8. İnvaziv Arteriyer Kateterizasyon (İAK)

İAK hastalarda, arteriel kan gazının takibi, kan basıncı ve kardiyak atımın ölçümünde kullanılır. Kateterizasyon için radyal ya da femoral arter kullanılır. İAK endikasyonları; sürekli kan basıncı ölçülmesi gereken durumlar, major cerrahiler, masif travma, intrakranial cerrahi, myokard enfarktüsü, KAH, hipovolemik, kardiyojenik veya septik şok, çoklu organ yetmezliği, kardiyak arrest, kardiyak cerrahi, sık arteriyel kan gazı alınması gereken durumlardır.⁵⁰

2.10.9. Beslenme

Yoğun bakım hastalarında beslenme hastaların iyileşme sürelerini doğrudan etkileyen ve hastaların prognozu açısından önemli değişikliklerden biridir. Yoğun bakımda beslenme desteğinin hedefi geçmişte stres yanıtına destek olunması, vücuttaki enerji

depolarının korunması ve malnütrisyonun komplikasyonlarından kaçınmak iken günümüzde ise, hastalığın şiddetin azaltılması, immün yanıtın modülasyonu, komplikasyonların azaltılması ve sağkalımın artırılmasıdır.^{1(s.159)}

Beslenmede değişim ve sıvı volüm eksikliğine yönelik hemşire; bireyin kilo takibi yaparak hastalık durumuna göre günlük kalori gereksinimi diyetisyen tarafından hesaplanır. Hemşire ağızdan beslenmesinde bir sakınca olmayan bireyler tüm öğünlerini yiyip yemediğini gözlemlemeli ve birey ağızdan beslenmeye yeni başladıysa önce sıvı ve yumuşak gıdaları ve daha sonra katı gıdaları tüketebileceği bireye söylenmelidir. Entübe hastaların orogastrik/nazogastrik/gastrostomi tüpleri ile beslenmesinde ayrıca hemşire şunlara dikkat etmelidir. Hastaların barsak sesleri düzenli olarak takip edilip defakasyon çıkışı izlenmelidir. Hastanın yaşına ve hastalık durumuna uygun enteral beslenme ürünleri diyetisyen tarafından belirlenip hemşire tarafından beslenme pompaları yardımı ile günlük gereksinimi doğrultusunda verilmelidir. Hastayı beslerken ve besledikten sonra en az 30 dakika bireyin başı yatak içinde dik konuma (en az 30-45 derece) getirilmelidir. Beslenmeden önce enteral tüpün yeri kontrol edilmelidir. Enteral yoldan beslenemeyen YBÜ'deki hastalarda parenteral beslenme yöntemi (santral/periferal kateter ile) uygulanmalıdır. Bu yöntemde saatlik verilmesi gereken parenteral beslenme ürünü hastanın günlük kalori gereksinimi diyetisyen tarafından hesaplanarak infüzyon pompası yardımı ile verilir. Parenteral beslenmenin gerçekleştirildiği santral/periferal kateterin bakımı aseptik tekniğe uygun şekilde hemşire tarafından yapılmalıdır. Aynı zamanda hastanın kan glukoz seviyesinin kontrolü hemşire tarafından yapılmalıdır. Ek beslenme destek ürünleri (vitaminler, aminoasitler vb.) doktor istemi ile ilave edilmelidir.^{51,52}

2.10.10. Mesane Kateterizasyonu

Üriner sistemde kateterin en sık uygulandığı bölüm mesanedir. Kateter mesaneye üretral ya da subrapubik yolla aseptik tekniklere uyarak hemşire tarafından takılır. Hemşire kateterizasyon işlemini gerçekleştirirken hastanın mahremiyatine dikkat etmeli bunun için paravan, stor perde gibi araçlar kullanılmalıdır. Hastaneye yatan hastalarda üriner kateterler %15-25 oranında kullanılmakta bu oran yoğun bakım hastaarında %75-90'lara kadar artmaktadır.^{1(s.147)}

2.11. Yoğun Bakımda Hasta Deneyimi, Etkileyen Faktörler ve Hemşirelik

Yoğun bakım üniteleri fizik görünümü, duyuşal çevresi, teknik donanımı ve tedavi yöntemleri açısından hastanenin diğer bölümlerinden oldukça farklıdır. YBÜ'de girişimsel işlemler yoğun olarak uygulanmakta, hastaların hastanede yatış süresi diğer hastalara göre daha uzun olmakta, yüksek oranda mortalite ve morbidite görölmektedir. Yoğun bakım kavramı genellikle hasta ve ailesi için oldukça ürkütücü bir anlam taşıdığından yoğun bakım ünitesinde olmak hasta ve ailesini çok yönlü ve olumsuz etkilemektedir.^{1(s.355)}

Yoğun bakım hemşiresi, hastaların yoğun bakım deneyimlerini etkileyebilecek durumları ve bu durumlara yönelik sorumluluklarını bilmeli ve bu doğrultuda girişimlerde bulunmalıdır. Bu deneyimleri etkileyebilecek durumlar; iletişim, ağrı, uyku, ziyaret, bilgilendirme, mahremiyet, gürültü, aydınlatma, havalandırma, ısı ve nemlendirme olarak sıralanabilir.⁴

2.11.1. Hasta ve Yakınları ile İletişim

YBÜ'de hastalar, aile üyeleri ve arkadaşlarıyla birlikte olamadıkları ve alışkanlıklarını sürdüremedikleri için yalnızlık ve izolasyon duyguları yaşayabilmekte, sosyal desteğe ihtiyaç duymaktadır.

Bu nedenle hemşire güven ilişkisine dayalı bir iletişimle hastanın gereksinimlerini belirleyerek karşılanmasını sağlamalıdır. Hemşirenin hasta ile iletişimde ismi ile hitap etmesi, rutinler, bakım ve tedavi hakkında bilgi vermesi, iletişimde kısa ve basit cümleler kullanması, bireyin özgüveninin ve benlik saygınlığının artmasını, anksiyete ve korkusunun azalmasını sağlayacaktır. Hastaya açıklama yapılması etik bir sorumluluk olduğu kadar, hastanın uyumunu kolaylaştırması ve yoğun bakımın olumsuz etkilerinin azaltılmasını sağlaması açısından da önemlidir.^{1(s.356)}

YBÜ’de hasta kadar hasta yakınları ile iletişimde önemli bir konudur. Yoğun bakım hemşiresi hasta yakınlarının bilgilendirilme, hastayla zaman geçirme, hastaya yardım etme, destek alma ve duygularını ifade etme gibi gereksinimlerine yönelik destek ve bakım sağlamalıdır. Yapılan çalışmada hasta yakınlarının en önemli gereksinimlerinin bilgilendirilme olduğu ve “gün içerisinde bir defa hastanın durumu ile ilgili bilgi verilmesi”, “bilgilendirilmenin hasta yakınlarının anlayabileceği dilde yapılması”, “hastanın durumundaki değişikliklerin eve telefonla haber verilmesi” gibi gereksinimlerin ilk sıralarda yer aldığı saptanmıştır.⁵³

2.11.2. Ağrı

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı’nın 1979’dan beri geçerli olan ağrı tanımı; “varolan ve olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen hoşagitmeyen duygusal ve emosyonel deneyimdir”. Bu tanıma göre ağrı her zaman öznel ve ağrı değerlendirmesinde hem fiziksel hem de fiziksel olmayan bileşenlerin bir arada ele alınması gerekmektedir.

Ağrı, hastaların en sık deneyimledikleri yakınmalardan biridir ve yoğun bakım ünitelerinde yatmakta olan hastaların önemli oranda ağrı yaşadıkları bilinmektedir. Yoğun bakım hastaları; uygulanan invaziv ve non invaziv işlemler, monitörizasyon,

bazı hemşirelik bakımları (havayolu aspirasyonu, pansuman değişimleri, mobilizasyon, pozisyon verme, kateter takma) nedeniyle ağrı yaşayabilmektedir.^{1(s.265,266)}

Literatür incelendiğinde, dahili ve cerrahi yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarda %50-77 oranında orta dereceden şiddetliye doğru değişen ağrı görülmektedir.^{54- 58} Ringdal ve ark.⁵³ tarafından 239 yoğun bakım hastasıyla yapılan çalışmada, ağrı hastalar tarafından deneyimlenen en yaygın deneyim olarak ifade edilmiştir.

Joint Commision On Accreditation Of Health Care Organizations(JCAHO) (Sağlık Organizasyonları Akreditasyon İçin Birleşmiş Komisyon) ağrıyı nabız, kan basıncı, ateş ve solunum gibi beşinci yaşam bulgusu olarak değerlendirilmesini ve düzenli olarak kayıt edilmesini önermektedir. Ağrı değerlendirmesinde en kolay uygulanan yöntem; hastaya “ağrısının olup olmadığını” sormaktır. Fakat ağrının sadece var” ya da “yok” şeklinde belirtilmesi ağrının değerlendirilmesi için yeterli olmamaktadır. Dolayısıyla hemşireler, hastanın ağrısının niteliğini, şeklini, süresini, yerini, ağrıyı artıran ya da azaltan faktörleri, hastasının ağrısını nasıl ifade ettiğini saptamalıdır. Hastaların farklı nedenlerle ağrısını sözel olarak ifade edemediği durumlarda; ise hastaların yaşadıkları ağrının farkında olmaları ve uygulamalarını bu doğrultuda yapmalarını hasta yakınlarının görüşlerini öğrenmeli, fizyolojik, psikolojik ve davranışsal ağrı belirtilerini gözleyerek ağrı değerlendirmesini dikkatli bir şekilde yapması gerekmektedir.^{59,60} Yoğun bakım ünitelerinde hemşirelerin hastalarla sürekli ve uzun süre birlikte olmaları, hastaları sürekli takip etmeleri ve uyguladıkları girişimlerle hastaların rahatlığını sağlamaları nedenleriyle, hemşireler ağrının belirlenmesinde ve tedavi edilmesinde oldukça önem taşımaktadırlar.⁶⁰

Hemşire hastanın ağrısını değerlendirdikten sonra uygun farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerden hastaya uygulamalıdır. Özellikle nonfarmakolojik

yöntemlerden müzik dinleme ile hastanın dikkatini başka yöne çekebilir, masaj, sıcak soğuk uygulama, meditasyon, düşleme, pozisyon verme ve hipnoz gibi uygulamalarla hastaların ağrısını giderebilmelidir.⁶⁰

2.11.3. Uyku

Yoğun bakım ortamı birey için önemli bir stresör olup uyku problemlerinin yaşanmasına neden olmaktadır. Uykusuzluk problemi, hastalar YBÜ'deyken sıklıkla görülmekte olup çıktıktan sonra da devam edebilmektedir.⁶¹Simini ve ark.⁶¹ tarafından yoğun bakım taburculuğundan üç gün sonra yapılan görüşmede hastaların %61'i YBÜ'de uyku problemi çektiklerini belirtmişlerdir. Honkus⁶² YBÜ'deki hastaların uyku sürelerinin %40-50'sini uyanık geçirdiklerini, REM ve Evre III uykuya geçişte zorlandıklarını ve uyku sürelerinin sadece %3-4'ünün REM uykusunda geçtiğini belirtmiştir. Aksine sağlıklı bireylerin ortalama %20 -25% REM uykusu uyudukları düşünülürse, yoğun bakım hastalarında REM uykusunun çok az, hatta olmadığı saptanmıştır.

Uyku problemlerinin hastalarda daha fazla gerginlik yaratacağı, yara iyileşmesini geciktireceğini, ağrıları artıracak ve günlük aktiviteleri yerine getirmede güçlük yaratacağı bilinmektedir. Yoğun bakım hastalarında uyku anormallikleri son derece yaygın görülmektedir. Yoğun bakım hastalarında günlük uykunun, yaklaşık yarısı gündüz oluşmaktadır ve sirkadiyen ritm belirgin şekilde azalmakta ya da kaybolmaktadır. Yoğun bakım hastalarının uyku düzenindeki bozulmanın nedenlerine bakıldığında; ilk sırada çevresel faktörler içinde gürültü ve bakım faaliyetleri, ikinci sırada hastalığın şiddeti, ilaçlar ve mekanik ventilatörlere bağlı olma, üçüncü sırada kan basıncının yükselmesi, negatif nitrojen dengesi ve bağışıklığın azalması yer almaktadır.^{1(s.317)}

YBÜ’de yatan hastalarda hemşirelik bakım uygulamaları uykusuzluğa neden olan diğer bir faktördür. Yoğun bakım ünitesinde gün boyunca gerçekleştirilen hemşirelik uygulamaları, tanı testleri, yaşam bulgularının ölçümü, kan örnekleme, vb. nedenlerle hastaların uykuları olumsuz etkilenmektedir.^{63,64}

Karagözoğlu’nun⁶⁴ çalışmasında uyku saatlerinde yapılan tanı ve tedavi uygulamalarının uyku üzerine etkisi %40.5 oranında bulunmuştur. Tamburri ve ark⁶⁵ yapmış olduğu gözlemsel bir çalışmada hastaların sadece %6’sının 2-3 saat kesintisiz uyku uyuduğu, çalışmanın sürdürüldüğü 147 gecedan sadece birinde uykunun bölündüğünün kayıt edildiği, her gece ortalama %42.6’ sine girişim yapıldığı, girişimlerin en sık geceleri, en az saat 03:00’de yapıldığı belirtilmiştir.

Hemşireler hastalar için dinlendirici bir ortam hazırlamak, hastaların uyku ve diğer temel fizyolojik gereksinimlerini yerine getirmesini sağlamalıdır. Bu nedenle hastaların hastane ortamında uykularını etkileyen olumsuz faktörlerin belirlenmesi, ortadan kaldırılması hastalara ve hemşirelik uygulamalarına katkıda bulunacaktır. Hastaların normal uyku saatleri sırasında gereksiz uygulamalar en aza indirgenmelidir.^{65,66}

2.11.4. Gürültü

Çevre koruma ajansına göre yoğun bakım ünitelerinde çevresel gürültünün gündüz 45 dB, akşam 40 dB, geceleri ise 20 dB geçmemesi gerektiği belirtilmektedir. Gürültü düzeyi 50-55 dB üzeri olduğunda uyku düzeni 80 dB ise fonksiyonel bozukluklara yol açacağı belirtilmektedir.^{1(s.57)}

Tunçay ve Uçar’ın⁶⁷ çalışmasında hastaların % 26.4’ ü makinelerin seslerinden rahatsız olduklarını belirtmişlerdir. Bu nedenle hemşireler bireysel ve çevresel faktörlerin neden olduğu gürültüyü azaltma ve önlemede hemşirenin sorumlulukları bulunmaktadır. Ayrıca yoğun bakım ünitelerinde kullanılan malzemelerin yer ve tavan

döşemlerinin ses izolasyonu sağlayan özellikte olanlarından seçilmesi, gürültüye yol açan uygulamaların ayrı bölümlerde tutulması, kulaklık kullanılması, hasta bölümlerinin ses iletimini azaltmayı sağlayacak şekilde karşı pozisyonda yerleştirilmesi, telefon ve monitör seslerinin azaltılması, monitörlerinin ışıklı alarmlarınınolması gürültüyü azaltmada ve önlemede alınacak önlemler arasındadır.

2.11.5. Ziyaret Uygulaması

Aile hastanın yanında olmaya gereksinim duyduğu için yoğun bakım ünitesinde aileye esnek ziyaret saatleri belirlenmelidir. Ziyaret öncesi yani yoğun bakım ünitesine gelmeden önce aileler ile konuşmak, ünite rutinlerini ve hasta bakım gereksinimlerini anlatmak onların yatan hastada ortaya çıkabilecekleri anlamalarına yardım eder. Hemşire aile ilişkilerini yakınaştırmak ve sürdürmek, ailenin hastaya destek olmasına izin vermek için aile ziyaretlerine yönelik kurallar belirlenmesine yardımcı olmalıdır. Hemşire esnek ziyaretlerin zamanının, süresini ve sıklığını hasta ve ailenin durumu dikkate alınarak bireysel gereksinimlere göre kararlaştırmalıdır. Aile üyelerinin hastanın yanında olması, hastayı ziyaret etmesi yalnızca hastaya destek sağlamaz, aynı zamanda ailenin hastaya nasıl bakım verebileceği konusunda bir fikir edinmesini sağlayabilir.^{1(s.358,359)}

2.11.6. Bilgilendirme

Hastanın yoğun bakım ünitesine yatışı plansız olduğundan bilgi gereksinimi hasta ailesinin en öncelikli gereksinimidir. Aile hemşire ve diğer sağlık personelinin hastanın genel durumu ile ilgili bilgi almak ister. Bu bilgi genellikle hastanın vital bulgularının stabil olup olmadığına, hastanın rahatlık düzeyine ve uyku özelliklerine yönelik olabilmektedir.

Hasta ailesine hemşire; yoğun bakım ünitesi, kullanılan araç-gereç, sağlık bakım ekibi, verilen bakım ve amacı, hastanın prognozu, ameliyat gerektirip-gerekmediği,

kullanılan ilaçlar, uygulanan tedavi, bekleme odası olanakları enfeksiyon kontrolüne yönelik alınması gereken önlemler, ziyaret günleri ve saatleri, iletişim için önemli telefon numaraları, hastaya ilişkin bilgilendirmenin kim tarafından ve ne zaman yapılacağı, ulaşılabilecek din görevlisi ve destek kaynakları hakkındada bilgi verilmesi gerekmektedir.^{1(s.358,359)}

2.11.7. Aydınlatma

Ünitenin doğal aydınlatılması ve doğal ışığa maruziyet, gece-gündüz geçişini hissettiren aydınlatmalar, simüle doğa resimleri kullanılması, hastalarda uyku kalitesi ve niteliğini iyileştirmede, analjezik kullanımını azaltmada, stres algılamasını azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir. Yoğun bakımlarda aydınlatmanın verimliliği açısından işyerinin açık renkte boya ve eşyalar ile donatılmasında yarar vardır. Hastaneler ve yoğun bakım üniteleri için parabolik aydınlatma önerilmektedir. Doğal aydınlatmanın olmadığı bölümler ile geceleri indirekt ve soft ışık kullanılarak aydınlatma yapılması ışık güç ayarını dışarıdan yapabilen aydınlatma düğmelerinin kullanımı önerilmektedir. Her hasta yatağının başında hasta tarafından kontrol edilebilen okuma ışığı kaynağı olmalıdır.

Hemşirelik işlevleri ve rutin gözlemler sırasında tavandan güçlü ışıkla çevrenin aydınlatılması, tüm ışıklandırmanın 30 footkandili, gece ışıklandırmasının 6.5 footkandili, kısa süreli kullanımlarda ise 19 footkandili geçmemelidir.^{1(s.56)}

2.11.8. Mahremiyet

Sağlık bakımı alıcıları yasal olarak gizliliğin garantisi altındadır ve bu da bireyin, fiziksel, ruhsal ve sosyal açılardan mahremiyetinin korumasını gerektirmektedir. Mahremiyetin korunması bireyin özerkliğinin bir ifadesi olmakla birlikte saygınlığımız yaşam kontrolü açısından çok önemlidir. Yoğun bakımlar fiziksel, tıbbi ve kayıtlı kayıtsız bilgi mahremiyetin korunması açısından özel bir dikkat gerektiren ünitelerdir.

Yoğun bakım ünitelerinde karmaşık ilaç tedavilerinin uygulanması, tıbbi ve teknolojik birçok cihaz kullanılması hasta ve yakının konforunun sağlanması ile birlikte hasta mahremiyetinin ve güvenliğinin sağlanmasında bir o kadar önemlidir. Hemşire hasta ile ilgili önemli bilgileri hasta yada yakınları ile paylaşmadan önce hastanın başka kimseleride yanında isteyip istemediğini anlamalı, karar aşamasındaki tercihini bilmelidir.^{1(s.409,410)}

2.11.9. Havalandırma, Isı ve Nemlendirme

Havalandırma sistemi uygun, güvenli ve kaliteli olacak şekilde planlanmalıdır. Isı her birim için ayarlanabilir olmalı ve ideal nem düzeyi statik elektrik oluşumundan doğabilecek tehlikeleri önlemek için %30-60 arasında olmalıdır. Havalandırma sistemi; hasta odaları, kirli malzeme odaları ve tuvalet havasını dışarı atıp, yerine taze hava verebilecek hastaların bulunduğu alanlarda ve temiz bölgelerde pozitif, tuvalet, resepsiyon, kirli odası gibi kirli alanlarda negatif basınç oluşturacak şekilde planlanmalıdır. Yoğun bakım ünitesinde düşük ve yüksek ısı ve nem oranlarının çalışan ve hasta sağlığını olumsuz etkilediği, ortamdaki mikroorganizmaların yerleşimine fırsat yarattığı belirtilmektedir. Yoğun bakım hemşiresi, hergün yoğun bakım alanının havalandırmasını sağlamalı, ısı ve nemlilik oranını değerlendirip kayıt altına almalıdır.^{1(s.57)}

2.12. Psikososyal Sorunlar

Yoğun bakım üniteleri tıbbi ve cerrahi hastalığı olan hastalara mümkün olan en ileri teknolojiyi kullanarak hizmet vermeyi sağlar. Belki bunun sunucu olarak, bu birimler hastane içindeki en stresli psikiyatrik durumların bazılarıyla sıklıkla ilişkilidir. Hastaların çoğu ölüm korkusu, bağımlılığa zorlanma ve geçici işlev kaybı tehlikesi gibi stresörlere maruz kaldıkları için, birçok psikososyal sorunlar ortaya çıkmaktadır. Hastalar, duygularını bastırarak, durumların stresli taraflarıyla ilgili espiri yapıp gülerek

ya da sağlığına kavuşmayı bekleyerek, stresleriyle bařa etmeye çalışabilirler. Yođun bakım ünite psikozu olarak da isimlendirilen deliryum, genellikle tek başına psikolojik strese bağlı değildir, daha çok bozulmuş beyin işlevine bağlı olarak gelişir. Anksiyete hastanın yoğun bakım ünitesinde bulunduğu herhangi bir dönemde olabilir (girişte yatarken veya taburcu olurken). Yođun bakım üniteleri hastalar için önemli bir anksiyete kaynağı olmaktadır. Depresyon da hastanede kalışının herhangi bir noktasında olabilir, ancak en sık olarak ani yaşam tehdidi ile karşılaşıldıktan sonra ve hastanın, hastalığının subakut seyri ve nihai sonucunu dűřünmesi gerektiğinde ortaya kar. Bu aşamada yoğun bakım hemşiresi hastanınanksiyetesinin ve depresyonun nedenlerini tanımlamalı, hastaya uygulanan tedavi ve bakımın etkinliği için tüm faktörleri ele almalıdır.^{68,69}

3. MATERİYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, kesitsel-tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Haziran 2018-Ocak 2020 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde yapılmıştır. KYBÜ' si20 yatak kapasiteli 3. düzey yoğun bakım olup ve bu ünite de toplam 12 hemşire çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evreni, Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde tedavi gören hastalar oluşturmıştır. Örneklemi ise örnekleme dahil edilme kriterlerine uygun 166 hasta oluşturmıştır. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde hedef kitlenin bilinmediği durumlar için kullanılan formülü ile %95 güvenirlilik düzeyinde ve %80 güçlülük için en az 166 gönüllünün alınması uygun bulunmuştur.

Örnekleme dahil edilme kriterleri: Ölçeklerdeki ifadeleri anlayabilen, iletişim güçlüğü olmayan, Glasgow Koma Skoru 15 olan, 18 yaş üzeri olan, fiziksel aktiviteleri engelleyici bedensel ve zihinsel engeli olmayan, en az 24 saat Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde tedavi ve bakım hizmeti almış hastalardır.

Örneklemden dışlama kriterleri: İletişim sorunu olan, 18 yaşından küçük olan, 24 saatten az Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde kalan, Glasgow Koma Skoru 15'in altında olan ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar araştırma dışında bırakılmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri: Yoğun bakım deneyim ölçeği ve Hastane anksiyete depresyon ölçeği ortalama puanları

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: Hastaların tanımlayıcı özellikleri

3.5. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından ilgili literatürler^{2-4,77,78} doğrultusunda hazırlanan “Hasta Tanıtım Formu”, “Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği” (YBDÖ) ve “Hastane Anksiyete ve Depresyon” Ölçeği (HAD) kullanılmıştır.

3.5.1. Hasta Tanıtım Formu (EK-5)

Hasta tanıtım formu araştırmacı tarafından literatürler^{2-4,77,78} doğrultusunda hazırlanmıştır. Formda, hastalarının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek gibi bireysel özellikleri ve hastaların yoğun bakım ünitesine yatışı ile ilgili, yoğun bakımda yatış nedeni kalış süresi ve yoğun bakıma yatış şekli, yoğun bakımda refakatçi olması, kronik hastalık durumu ve daha önce yoğun bakıma yatış durumu gibi özelliklerini belirlemeye yönelik hazırlanmış sorular yer almaktadır.

3.5.2. Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği (YBDÖ) (EK-6)

Ölçek Rattray ve ark.⁷⁰ tarafından 2004 yılında yoğun bakım hastalarının yaşadıkları deneyimleri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir,

Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği’nin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Demir ve ark.⁷¹ tarafından yapılmış ve Cronbach Alfa katsayısı 0.79 olarak saptanmıştır. Bu çalışma için Cronbach Alfa katsayısı 0.70 olarak saptanmıştır. Ölçek, toplam 19 maddeden oluşmaktadır ve 5’li likert şeklindedir. Ölçekte ilk 10 sorunun değerlendirmesinde; “her zaman” ifadesine 1, “çoğu zaman” ifadesine 2, “bazen” ifadesine 3, “nadiren” ifadesine 4, “hiçbir zaman” ifadesine 5 puan verilmekte, 11-19. sorularda ise; “kesinlikle katılıyorum” ifadesine 1, “katılıyorum” ifadesine 2,

“kararsızım” ifadesine 3, “katılmıyorum” ifadesine 4, “kesinlikle katılmıyorum” ifadesine 5 puan verilmektedir. Yoğun Bakım Deneyimi Ölçeği’nin “Yoğun Bakımda İken Çevrenin Farkında Olma” (1. alt boyut) (1-6 maddeler), “Yaşanan Kötümser Deneyimler” (2. alt boyut) (7-10 maddeler) , “Yoğun Bakımda Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması” (3. alt boyut) (15-19 maddeler) “Yoğun Bakım Ünitesindeki Bakımdan Memnuniyet” (4. alt boyut) (11-14 maddeler) olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır.^{70,71}

Ölçekten alınabilecek en düşük puan 19, en yüksek puan 95’dir. Ölçeğin alt boyutlar puan aralığı; 1. alt boyutta 6-30, 2. ve 3. boyutta 4-20 ve 4. alt boyutta 5-25’dir. Ölçekten düşük puan alan hastalar “bilinç durumunun yeterince açık değil ve yoğun bakımda yaşadıkları deneyimler olumsuz” olduğu şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekten yüksek puan alan hastaların durumu ise, “farkındalığı yüksek, yaşanan kötü deneyimlerin düşük” olduğu ve bunun yanında “bakımla ilgili memnuniyetin fazla” olduğu şeklinde değerlendirilmektedir.^{70,71}

3.5.3. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) (EK-7)

Zigmond ve Snaith⁷² tarafından 1983 yılında hastada anksiyete ve depresyon yönünden risk belirlemek, düzeyin ve şiddet değişimin ölçmek için geliştirilmiştir. HAD Türkiye’de geçerlilik güvenilirlik çalışması Aydemir ve ark.⁷³ tarafından 1997 yılında yapılmıştır. HADÖ-A yedi sorudan ve HADÖ-D yedisorudan olmak üzere ölçek toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Anksiyete alt ölçeği için 1, 3, 5, 7, 9, 11 ve 13 maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2, 4, 6, 8, 10, 12 ve 14 maddelerin puanları toplanır. Ölçektek maddelerden 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 ve 13 maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Bunun yanı sıra 2, 4, 7, 9, 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3, biçiminde puanlanırlar. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekler en düşük puan 0, en yüksek puan 21’dir. HADÖ’nin Türkçe formunun

kesme noktaları anksiyete alt ölçeği (HAD-A) için 10, depresyon alt ölçeği (HAD-D) için 7 olarak saptanmıştır. Türk hasta grubu için HAD ölçeğinin anksiyete (HAD-A) ve depresyon altboyutlarının (HAD-D) güvenirlik katsayıları sırasıyla 0.85 ve 0.78 olarak belirlenmiştir.⁷³ Bu çalışma için Cronbach Alfa katsayısı anksiyete (HAD-A) 0.80 ve 0.75 depresyon altboyutları için (HAD-D) tespit edilmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri araştırmacı tarafından ilgili hastanenin KYBÜ 'de Haziran 2018-Haziran 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler KYBÜ 'de hastalara araştırmanın amacı açıklanarak sözel izinleri alındıktan sonra birebir görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Her bir görüşme yaklaşık olarak 7-10 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 21 paket programında analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirmesinde yüzdelik hesaplamalar, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis ve korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (EK 3) ve araştırmanın yapılacağı merkezden yazılı izin (EK 4) alınmıştır. Araştırmaya katılan kişilere araştırma hakkında bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmak isteyen kişilerden sözlü onay alınmıştır. Araştırma verilerinin toplanması esnasında bireylere araştırma hakkında bilgi verilerek "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek "Özerkliğe Saygı" ilkesi, araştırmaya katılan bireylere bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi yerine getirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın yalnızca tek bir merkezde ve ilgili tarihler arasında yapılmış olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Araştırma sonuçları sadece bu gruba genellenebilir.



4. BULGULAR

Araştırma örneklemine alınan hastalar tanıtıcı özelliklerine göre incelendiğinde, hastaların %61.4'ünün 55-75 yaş grubunda,%62'sinin erkek ve %86.7'sinin evli, %57.8'isininokuryazar/ilkokul mezunu, %35.5'inin ev hanım olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.).

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=166)

Tanıtıcı Özellikler	S	%
Yaş Grupları (Yıl)	35-55	22.3
	55-75	61.4
	75 ve üzeri	16.3
Cinsiyet	Kadın	38.0
	Erkek	62.0
Medeni Durum	Evli	86.7
	Bekar	13.3
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	19.3
	Okuryazar/İlkokul mezunu	57.8
	Ortaokul/Lise mezunu	16.9
	Fakülte/Yüksekokul	6.0
Meslek	Memur	16.9
	Ev Hanımı	35.5
	Serbest	28.3
	Emekli	19.3

Hastaların yoğun bakım ünitesine yatışı ile ilgili özellikleri değerlendirildiğinde %56.6'sinin KAH nedeniyle ve %83.1'inin acil olarak YBÜ'de yatışının yapıldığı saptanmıştır. Hastaların %66.3'ünün 1-7 gün arasında YBÜ'de kaldığı ve kaldığı süre içinde %80.1'inin refaktçisinin olduğu saptanmıştır. Hastaların %51.2'sinin KAH dışında kronik bir hastalığının daha olduğu ve %27.7'sinin ilk defa yoğun bakıma yattığı saptanmıştır(Tablo 4.2.).

Tablo 4.2. Hastaların Yoğun Bakım Ünitesine Yatışı İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n=166)

Özellikler		S	%
Yoğun Bakımda Yatış Nedeni	Koroner arter hastalığı	94	56.6
	Miyokard enfaktüsü	35	21.1
	Kalp yetmezliği	17	10.2
	Kalp ritim bozuklukları	20	12.1
Yoğun Bakıma Yatış Sekli	Planlı	28	16.9
	Acil	138	83.1
Yoğun Bakımda Kalış Süresi	24 saat	48	28.9
	1-7 gün	110	66.3
	7-14 gün	8	4.8
Yoğun Bakımda Refakatçi Olması	Evet	133	80.1
	Hayır	33	19.9
Kronik Hastalık Durumu	Evet	85	51.2
	Hayır	81	48.8
Daha Önce Yoğun Bakıma Yatış Durumu	Hayır	46	27.7
	1 kez	22	13.3
	2 kez	40	24.1
	3 kez	23	13.9
	4 kez ve üzeri	35	21.1

Hastaların YBDÖ ve ölçek alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde “Çevrenin Farkında Olma” alt boyuttundan 17.95 ± 3.20 , “Yaşanan Kötümser Deneyimler” alt boyuttundan 17.75 ± 1.59 , “Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması” alt boyuttundan 11.16 ± 4.23 , “Alınan Bakımdan Memnuniyet” alt boyuttundan 10.13 ± 2.71 ve toplam YBDÖ’nden 57.01 ± 6.45 puan aldıkları saptanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Hastaların YBDÖ ve Ölçek Alt Boyutlarından Aldığı Puan Ortalamalarının Dağılımı

YBDÖ ve Alt boyutları	En düşük\	Ort $\pm$ SS
	En yüksek puan	
Çevrenin Farkında Olma	6-30	17.95 ± 3.20
Yaşanan Kötümser Deneyimler	4-20	17.75 ± 1.59
Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması	4-20	11.16 ± 4.23
Alınan Bakımdan Memnuniyet	5-25	10.13 ± 2.71
YBDÖ Toplam Puanı	19-95	57.01 ± 6.45

Hastaların HAD ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde anksiyete alt boyutundan 8.72 ± 4.59 ve depresyon alt boyutundan 7.17 ± 3.15 puan aldıkları tespit edilmiştir (Tablo 4.4.).

Tablo 4.4. Hastaların HAD ve Ölçek Alt Boyutlarından Aldığı Puan Ortalamalarının Dağılımı

HAD	En düşük / En yüksek puan	Ort $\pm$ SS
Anksiyete	0-21	8.72 ± 4.59
Depresyon	0-21	7.17 ± 3.15

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre YBDÖ ve alt boyutlarına ait puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.5.' de verilmiştir.

Hastaların yaş guruplarına göre YBDÖ ve alt boyut ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.5, $p > 0.05$).

Hastaların cinsiyetine göre toplam YBDÖ “Çevrenin Farkında Olma”, “Yaşanan Kötümser Deneyimler” ve “Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması” alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5, $p < 0.05$).

Hastaların medeni durumuna ve eğitim durumuna göre YBDÖ “Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması” alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5, $p < 0.05$).

Hastaların çalışma durumuna göre toplam YBDÖ “Çevrenin Farkında Olma”, “Yaşanan Kötümser Deneyimler” ve “Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması” alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5, $p < 0.05$).

Hastaların yoğun bakım ünitesine yatışı ile ilgili özelliklerinin YBDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.6, $p>0.05$).



Tablo 4.5. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre YBDÖ Ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı özellikler	n	Çevrenin Farkında Olma X±SS	Yaşanan Kötümser Deneyimler X±SS	Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması X±SS	Alınan Bakımdan Memnuniyet X±SS	Toplam Puan
Yaş grupları						
35-55	37	18.89±3.36	17.75±1.46	11.72±3.87	9.67±2.63	58.05±5.42
55-75	102	17.60±3.08	17.87±1.55	11.14±4.71	10.11±2.78	10.11±2.78
75 ve üzeri	27	18.00±3.31	17.33±1.88	10.44±2.43	10.85±2.47	56.62±6.99
		KW:3.734 p>0.05	KW:2.049 p>0.05	KW:3.498 p>0.05	KW: 3.353 p>0.05	KW: 1.437 p>0.05
Cinsiyet						
Kadın	63	16.71±2.89	17.41±1.43	9.93±2.31	10.41±2.35	54.47±5.25
Erkek	103	18.71±3.16	17.97±1.65	11.91±4.93	9.97±2.90	58.57±6.64
		T:-4.090 p<0.05	T:-2.218 p<0.05	T: -2.984 p<0.05	T: 1.019 p>0.05	T: -4.161 p<0.05
Medeni Durum						
Evli	144	18.18±3.28	17.77±1.59	11.40±4.25	10.06±2.82	57.43±6.69
Bekar	22	16.50±2.17	17.63±1.59	10.06±2.82	10.59±1.81	54.27±3.52
		MWU:1012.000 p>0.05	MWU:1482.500 p>0.05	MWU:994.500 p<0.05	MWU:1327.500 p>0.05	MWU:1035.000 p>0.05
Eğitim Durumu						
Okuryazar değil	32	16.87±2.64	17.31±1.87	10.56±2.53	10.81±2.74	55.56±5.27
Okuryazar /İlköğretim	96	17.86±3.37	17.75±1.39	10.91±4.82	10.16±2.67	56.69±6.84
Ortaokul/Lise	28	18.89±2.69	18.35±1.54	12.17±4.15	9.25±2.41	58.67±5.95
Fakülte Yükseköğretim	10	19.70±3.40	17.60±2.17	12.60±1.42	10.20±3.48	60.10±6.27
		KW:10.740 p>0.05	KW:8.703 p>0.05	KW:13.953 p<0.05	KW:5.079 p>0.05	KW:6.840 p>0.05
Meslek						
Memur	28	18.71±2.66	18.42±1.39	11.50±1.62	8.89±2.24	57.53±4.33
Ev hanımı	59	16.77±1.44	17.35±1.44	9.86±2.32	10.50±2.40	54.50±5.36
Serbest	47	19.02±3.80	17.91±1.55	13.19±6.85	10.72±3.44	60.85±7.70
Emekli	32	17.90±2.68	17.68±1.87	10.28±1.80	9.68±1.99	55.56±5.16
		KW:13.580 p<0.05	KW:14.785 p<0.05	KW:29.111 p<0.05	KW:7.486 p>0.05	KW:23.540 p<0.05

Tablo 4.6. Hastaların Yoğun Bakım Ünitesine Yatışı İle İlgili Özelliklerinin YBDÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler	n	Çevrenin Farkında Olma X±SS	Yaşanan Kötümser Deneyimler X±SS	Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması X±SS	Alınan Bakımdan Memnuniyet X±SS	Toplam Puan
Yatış Nedeni						
KAH	94	18.28±3.22	17.75±1.58	10.74±2.15	10.25±2.68	57.04±5.55
Miyokard Enfaktüsü	35	17.91±2.57	17.82±1.65	12.65±7.29	10.05±2.58	58.45±7.26
Kalp Yetmezliği	17	17.76±3.50	17.64±1.32	11.58±5.37	10.05±2.58	57.05±7.52
Ritim Bozuklukları	20	16.65±3.70	17.75±1.83	10.15±1.5	9.80±2.26	54.35±7.55
		KW:516 p>0.05	KW:663 p>0.05	KW:3.710 p>0.05	KW:766 p>0.05	KW:2.194 p>0.05
Yatış şekli						
Planlı	28	17.78±2.88	18.07±1.38	11.46±2.15	10.14±2.57	57.46±5.66
Acil	138	17.99±3.27	17.69±1.62	11.10±4.55	10.13±2.74	56.92±6.61
		MWU:1830.000 p>0.05	MWU:1655.500 p>0.05	MWU:1516.000 p>0.05	MWU:1856.500 p>0.05	MWU:1876.000 p>0.05
Kalış süresi						
24 saat	48	18.29±3.37	17.89±1.53	10.72±2.48	10.10±2.76	57.02±5.82
1-7 gün	110	17.84±3.04	17.79±1.50	11.29±4.90	9.93±2.51	56.86±6.47
7-14 gün	8	17.50±4.53	16.50±2.56	12.00±2.39	13.12±3.56	59.12±9.76
		KW:004 p>0.05	KW:2.466 p>0.05	KW:2.953 p>0.05	KW:6.354 p>0.05	KW:2.396 p>0.05
Kronik hastalık						
Evet	85	17.75±3.23	17.71±1.65	10.64±2.42	10.20±2.48	56.29±6.13
Hayır	81	18.19±3.18	17.80±1.53	11.70±5.50	10.07±2.94	57.77±6.72
		T:-0.940 p>0.05	T: -0.342 p>0.05	T: -1.613 p>0.05	T: 0.298 p>0.05	T: -1.486 p>0.05
Yoğun Bakıma Yatış Durumu						
Hayır	46	19.13±3.20	17.65±1.52	11.34±2.02	5.63±2.57	58.32±5.24
1 kez	22	18.45±2.15	17.63±1.52	12.13±4.79	6.13±2.79	58.90±6.78
2 kez	40	17.82±3.61	18.00±1.61	10.95±2.13	7.35±3.37	56.45±6.18
3 kez	23	16.73±2.97	18.08±1.34	12.47±9.04	8.13±2.56	56.82±9.02
4 kez ve üzeri	35	17.05±2.97	17.48±1.83	9.68±2.29	9.02±3.04	54.88±5.55
		KW:13.521 p>0.05	KW:4.212 p>0.05	KW:11.324 p>0.05	KW:4.623 p>0.05	KW:10.189 p>0.05

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre HAD ölçeği ve alt boyutlarına ait puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.7.' de verilmiştir.

Hastaların yaş grupları göre HAD ölçeği ve alt boyut puanları incelendiğinde “Depresyon” alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7, $p<0.05$).

Hastaların cinsiyetine göre HAD ölçeği ve alt boyut puanları incelendiğinde “Anksiyete” alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7, $p<0.05$).

Hastaların medeni durumuna göre HAD ölçeği ve alt boyut puanları incelendiğinde “Depresyon” alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7, $p<0.05$).

Hastaların eğitim durumuna göre HAD ölçeği ve alt boyut puanları incelendiğinde “Anksiyete” alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7, $p<0.05$).

Hastaların mesleğine göre HAD ölçeği ve alt boyut puanları incelendiğinde “Anksiyete” ve “Depresyon” alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7, $p<0.05$).

Tablo 4.7. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre HAD Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı özellikler	Anksiyete		Depresyon
	n	X±SS	X±SS
Yaş grupları			
35-55	37	9.35±4.83	5.81±3.13
55-75	102	8.68±4.57	8.03±4.57
75 ve üzeri	27	8.03±4.35	8.70±3.38
		KW:1.437	KW:15.572
		$p>0.05$	$p<0.05$

Tablo 4.7. (Devamı)

Tanıtıcı özellikler	n	Anksiyete	Depresyon
		X±SS	X±SS
Cinsiyet			
Kadın	63	12.47±3.29	8.04±2.99
Erkek	103	6.43±3.68	6.64±3.14
		T: 10.672	T:2.848
		p<0.05	p>0.05
Medeni Durum			
Evli	144	8.65±4.64	6.86±3.09
Bekar	22	9.22±4.29	9.22±2.77
		MWU:1438.000	MWU:896.500
		p>0.05	p<0.05
Eğitim Durumu			
Okuryazar değil	32	10.90±4.16	8.43±3.19
Okuryazar /İlköğretim mezunu	96	8.82±4.48	7.23±2.90
Ortaokul/Lise mezunu	28	6.50±4.29	5.78±3.51
Fakülte Yükseköğretim	10	7.10±4.86	6.40±2.95
		KW:13.905	KW:11.451
		p<0.05	p>0.05
Meslek			
Memur	28	7.28±4.80	7.07±3.42
Ev hanımı	59	12.27±3.45	7.96±3.06
Serbest	47	7.04±3.42	5.70±2.55
Emekli	32	5.93±2.86	7.96±3.22
		KW:38.579	KW:13.632
		p<0.05	p<0.05

Hastaların yoğunbakım ünitesine yatışı ile ilgili özelliklerinin HAD ölçeği ve alt boyutlarına ait puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.8’ de verilmiştir.

Hastaların yoğun bakım ünitesine yatışı ile ilgili özelliklerinin HAD ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın sadece hastanede yatış durumunun “Depresyon” alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8, $p<0.05$).

Tablo 4.8. Hastaların Yoğun Bakım Ünitesine Yatışı İle İlgili Özelliklerinin HAD Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler	n	Anksiyet X±SS	Depresyon X±SS
Yatış Nedeni			
KAH	94	8.77±4.55	7.11±3.33
Miyokard Enfaktüsü	35	7.48±4.29	6.65±2.46
Kalp Yetmezliği	17	9.11±5.17	7.47±3.82
Kalp Ritim Bozuklukları	20	10.35±4.51	8.10±2.69
		KW:2.134 p>0.05	KW:947 p>0.05
Yatış şekli			
Planlı	28	9.50±4.44	6.71±3.32
Acil	138	8.57±4.62	7.26±3.12
		MWU:1731.500 p>0.05	MWU:1792.500 p>0.05
Kalış süresi			
24 saat	48	8.95±4.79	6.91±3.51
1-7 gün	110	8.75±4.55	7.39±2.91
7-14 gün	8	7.00±4.00	5.75±3.95
		KW:1.528 p>0.05	KW:2.480 p>0.05
Kronik hastalık			
Evet	85	9.09±4.69	7.50±3.06
Hayır	81	8.34±4.47	6.82±3.22
		T: 1.050 p>0.05	T: 1.390 p>0.05
Yoğun Bakıma Yatış Durumu			
Hayır	46	8.00±4.38	5.63±2.57
1 kez	22	9.00±4.95	6.13±2.79
2 kez	40	8.60±4.77	7.35±3.37
3 kez	23	8.95±4.47	8.13±2.56
4 kez ve üzeri	35	9.51±4.59	9.02±3.04
		KW:2.665 p>0.05	KW:30.357 p<0.05

Tablo 4.9. HAD Ölçeği İle YBDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

		HAD	
		R	P
YBDÖ	-0.455	0.00	

Hastaların HAD ölçeği puan ortalaması ile YBDÖ puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde iki ölçek arasında negatif yönde anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9.).

5. TARTIŞMA

Araştırma sonucunda hastaların %61,4'ünün 55-75 yaş grubunda, %62'sinin erkek ve %86,7'sinin evli, %57,8'sinin okuryazar/ilkokul mezunu, %35,5'inin ev hanım olduğu saptanmıştır (tablo 4.1). Dinlegör Sekmen ve Ünsar⁷⁴ yaptıkları çalışmada yoğun bakım hastalarının %53,3'ünün 61 yaş ve üstünde, %70,1'inin erkek, %85,0'inin evli ve %63,6'sının ilköğretim mezunu olduğunu belirlemişlerdir. Literatürler incelendiğinde yoğun bakım hastalarının tanıtıcı özelliklerinin çalışma sonuçlarımıza benzer nitelikte olduğu tespit edilmiştir.^{76-78,83}

Hastaların yoğun bakım ünitesine yatışı ile ilgili özellikleri değerlendirildiğinde %56,6'sinin KAH nedeniyle yoğun bakım ünitesinde kaldığı ve %83,1'inin acil olarak hastaneye yatışının yapıldığı ve %66,3'ünün 1-7 gün arasında hastanede kaldığı saptanmıştır (Tablo 4.2.). Dinlegör Sekmen ve Ünsar'ın⁷⁴ çalışmasında hastaların %46,7'sinin akut koroner sendrom tanısı ile tedavi gördüğü ve %87,9'unun yoğun bakımda kalma süresinin 1-5 gün arasında olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonucunda hastaların %51,2'sinin KAH dışında kronik bir hastalığı daha olduğu ve %27,7'sinin ilk defa yoğun bakıma yattığı saptanmıştır (Tablo 4.2.). Akdemir⁷⁵ çalışmasında yoğun bakım hastalarının %72,5'inin başka bir kronik hastalığının olduğunu ve hastaların %60'ının daha önce YBÜ'ne yatmadığını belirlemiştir. Adsay ve Dedeli⁷⁶ çalışmalarında hastaların %18,4'ünün bir gün, %65,8'inin 2-8 gün, %11,6'sının 9-20 gün, %4,2'sinin 20 günden fazla yoğun bakım ünitesinde yattığı ve hastaların %65,3'ünün yoğun bakım ünitesine ilk kez yattığı tespit etmişlerdir.

Hastaların YBDÖ ve ölçek alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde “Çevrenin Farkında Olma” alt boyutundan 17.95 ± 3.20 , “Yaşanan Kötümser Deneyimler” alt boyutundan 17.75 ± 1.59 , “Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması” alt boyutundan 11.16 ± 4.23 , “Alınan Bakımdan Memnuniyet” alt boyutundan 10.13 ± 2.71 ve YBDÖ toplamında 57.01 ± 6.45 puan aldıkları saptanmıştır (Tablo 4.3.). Hindistan, Nural ve Öztürk⁴ çalışmalarında hastaların yoğun bakımda yatarken “Çevrenin Farkında Olma” alt boyutundan 20.63 ± 4.18 , “Yaşanan Kötümser Deneyimler” alt boyutundan 15.61 ± 2.68 , “Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması” alt boyutundan 11.28 ± 2.65 , “Alınan Bakımdan Memnuniyet” alt boyutundan 11.88 ± 2.35 puan ve YBDÖ toplamından 59.42 ± 6.85 puan aldıklarını saptamışlardır. Özdemir⁷⁷ ise çalışmasında hastaların YBDÖ ve ölçek alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarını; “Çevrenin Farkında Olma” alt boyutunda 19.9 ± 3.1 , “Yaşanan Kötümser Deneyimler” alt boyutunda 7.2 ± 2.2 , “Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması” alt boyutunda 9.8 ± 2.4 , “Alınan Bakımdan Memnuniyet” alt boyutundan 10.8 ± 3.4 ve YBDÖ toplamında 48.9 ± 11.1 puan olarak belirlemiştir.

Hastaların HAD ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde anksiyete alt boyutundan 8.72 ± 4.59 ve depresyon alt boyutundan 7.17 ± 3.15 puan aldıkları tespit edilmiştir (Tablo 4.4.). Çam ve Şahin⁷⁸’de çalışmalarında hastaların Anksiyete alt boyutundan 8.67 ± 3.84 , depresyon alt boyutu 9.36 ± 3.30 puan aldıklarını tespit etmiştir.

Alaca, Yiğit ve Özcan³ çalışmalarında anksiyete alt boyutundan 10.18 ± 0.49 ve depresyon alt boyutundan 10.43 ± 0.48 puan aldıklarını saptamışlardır.

Hastaların cinsiyetine göre YBDÖ ve alt boyut ölçek puanları incelendiğinde “Çevrenin Farkında Olma”, “Yaşanan Kötümser Deneyimler” ve “Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması” alt boyutlarında erkek hastaların aldıkları puan ortalamalarının kadın hastaların aldıkları puan ortalamalarından yüksek olduğu ve arada

ki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5, $p<0.05$). Dinlegör Dinlegör Sekmen ve ark.'nın⁷⁴ çalışmalarında yoğun bakım ünitelerinde yatan erkek hastaların YBDÖ genel puan ortalaması ve “Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması” alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının yoğun bakım ünitelerinde yatan kadın hastalarından daha yüksek olduğunu bulumuşlardır.

Hastaların medeni durumuna göre YBDÖ toplam ve alt boyut ölçek puanları incelendiğinde evli hastaların “Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması” alt boyutundan aldıkları paun ortalamalarının bekar hastalardan yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5, $p<0.05$). Dinlegör Sekmen ve ark.'nın⁷⁴ çalışmalarında evli hastalarının “Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması” alt boyut puan ortalamalarının bekar hastalara göre daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Zaybak ve Yapucu Güneř⁷⁹alıřmasında hastaların medeni durumlarının yoğun bakım deneyimlerini etkilediğini ve evli hastaların yoğun bakım deneyimlerinin bekar hastalara göre daha olumsuz olduğunu saptamıştır.

Hastaların eğitim durumuna göre YBDÖ toplam ve alt boyut ölçek puanları incelendiğinde fakölte/yüksekokul mezunu olan hastaların “Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması” alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının diğer hastalardan yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5, $p<0.05$).Hastaların eğitim durumuna göre YBDÖ toplam ve diğer alt boyut ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.5, $p>0.05$).Literatür incelendiğinde yapılan çalışmaların çoğunda eğitim düzeyinin hastaların yoğun bakım deneyimlerini etkilemediği saptanmıştır.^{4,74,76,77}

Çalışma sonucumuzda genel olarak eğitim düzeyi arttıkça puan ortalaması artmakla birlikte aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmamasının nedenin eğitim gruplarında yer alan hasta sayılarının farkı ortaya koyabilecek büyüklükte olmamasından kaynaklandığı düşünölebilir.

Hastaların çalışma durumuna göre YBDÖ toplam ve alt boyut ölçek puanları incelendiğinde serbest meslekte çalışan hastaların “Çevrenin Farkında Olma”, “Yaşanan Kötümser Deneyimler” ve “Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması” alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının diğer hastalardan yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5, $p<0.05$). Terzi⁸² çalışmasında meslek gruplarına göre YBDÖ alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte serbest meslek sahibi bireylerde “Yaşanan Kötümser Deneyimler” ve “Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması” alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının yüksek olduğu tespit etmiştir.

Hastaların yoğun bakım ünitesine yatışı ile ilgili özelliklerinin YBDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.6, $p<0.05$).Yapılan çalışmalarda da yoğun bakım ünitesine yatışı ile ilgili özelliklerin YBDÖ puan ortalamaları etkilemediği saptanmıştır.^{79,83}

Hastaların yaş gruplarına göre HAD ölçeği ve alt boyut puanları incelendiğinde “Depresyon” alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7, $p<0.05$). Çam ve Şahin⁷⁸ çalışmalarında hastaların yaş grupları göre HAD ölçeği ve alt boyut puanları incelendiğinde “Depresyon” alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Hastaların cinsiyetine göre HAD ölçeği ve “Anksiyet” alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde kadın hastaların erkek hastalara göre aldıkları puan ortalamasından yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7, $p<0.05$). Okanlı ve ark.’nın⁸⁴ çalışmalarında kadınlarda anksiyete puan ortalaması 10.3 ± 4.7 , depresyon puan ortalaması 9.5 ± 4.4 olarak belirlenmiştir, kadın hastaların anksiyete ve depresyon puan ortalamaları erkek hastalara

göre daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak önemlidir. Yapılan çalışmalarda kadınlarda depresyon ve anksiyete puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu belirtilmektedir.^{80,81,85-90} Bu sonuçlarla araştırma bulguları benzerlik göstermektedir.

Hastaların medeni durumuna göre HAD ölçeği ve alt boyut puanları incelendiğinde “Depresyon” alt boyutundan bekar hastaların aldıkları puan ortalamalarının evli hastalara göre yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7, $p<0.05$). Çam ve Şahin⁷⁸ ve Okanlı ve ark.’nın⁸⁴ yaptıkları çalışmalarda HAD ölçeği ve alt boyut puanları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını saptamışlardır. Oflaz ve Varol’un⁹¹ çalışmasında ise bekar hastaların depresyon puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların yaşadıkları anksiyete ve depresyon ile baş etmesinde aile ve eş desteği son derece önemlidir. Evli hastaların depresyon düzeylerinin bekar hastalardan düşük olmasının eş desteğinden kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir.

Hastaların eğitim durumuna göre HAD ölçeği ve alt boyut puanları incelendiğinde “Anksiyete” alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları okuryazar olmayanların diğer hastalardan yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7, $p<0.05$). Okanlı ve ark.’nın⁸⁴ çalışmalarında hastaların eğitim düzeylerine göre anksiyete ve depresyon puan ortalamaları incelendiğinde okuryazar olmayan hastaların anksiyete 9.5 ± 4.9 ve depresyon 10.3 ± 4.5 puan ortalamalarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu görülmüş, hastaların eğitim durumları ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Ruhsal hastalıklarla baş etmede eğitim düzeyinin önemli bir faktör olduğu söylenebilir.

Hastaların mesleğine göre HAD ölçeği ve alt boyut puanları incelendiğinde “Anksiyete” ve “Depresyon” alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının ev hanımı olanların diğer hastalardan yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı

olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7, $p<0.05$). Okanlı ve ark.'nın⁸⁴ çalışmalarında hastaların meslekleri anksiyete ve depresyon puan ortalamaları üzerinde anlamlı farklılık oluşturmuştur. Ev hanımı olanların anksiyete ve depresyon puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bazı çalışmalarda anksiyete ve depresyonun kadınlarda ve işi olmayanlarda daha yüksek olduğu belirtilmektedir^{79,89,90}. Bu araştırmada da kadınlarda ve ev hanımlarında anksiyete ve depresyon düzeyinin yüksek olması, yapılan çalışma bulgularıyla uyumludur.

Hastaların yoğun bakım ünitesine yatışı ile ilgili özelliklerinin HAD ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın sadece hastanede yatış durumunun “Depresyon” alt boyutunda 4 kez ve daha fazla olan hastalarda diğer hastalara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8, $p<0.05$). Çam ve Şahin⁷⁸ çalışmalarında hastaların yoğun bakım yatış sıklığı ile HAD puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır.

Hastaların HAD ölçeği puan ortalaması ile YBDÖ puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde iki ölçek arasında negatif yönde anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9.). Tuna ve ark.⁹⁵. ve Demir ve ark.²⁸'nin yaptıkları çalışmalarda iki ölçek puan ortalamaları arasında ters yönde ve düşük düzeyde bir ilişki olduğu saptamışlardır. Literatür incelendiğinde çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri düştükçe yoğun bakımdan yaşanan deneyimlerin daha olumlu olduğu görünmektedir.^{28,92-95}

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonuçları incelendiğinde;

- Hastaların YBDÖ ve ölçek alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının orta düzeyde (57.01 ± 6.45) olduğu ve hastalarından yüksek puanı “Yoğun Bakımda Çevrenin Farkında Olma” (17.95 ± 3.20) en düşük puanı “Yoğun Bakımda Alınan Bakımdan Memnuniyet” (10.13 ± 2.71) alt boyutlarından aldıkları,
- Cinsiyete göre, “Yoğun Bakımda Çevrenin Farkında Olma”, “Yoğun Bakımda Yaşanan Kötümser Deneyimler” ve “Yoğun Bakımda Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması” alt boyutlarından aldıkları puan istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, erkek hastaların aldıkları puan ortalamalarının kadın hastaların aldıkları puan ortalamalarından yüksek olduğu ($p < 0.05$),
- Medeni durumuna göre, “Yoğun Bakımda Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması” alt boyutundan evli hastaların aldıkları puan ortalamaları bekar hastalardan yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$),
- Eğitim durumuna göre fakülte/yüksekokul mezunu olan hastaların sadece “Yoğun Bakımda Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması” alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının diğer hastalardan yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$),
- Çalışma durumuna göre serbest meslekte çalışan hastaların “Yoğun Bakımda Çevrenin Farkında Olma”, “Yoğun Bakımda Yaşanan Kötümser Deneyimler” ve “Yoğun Bakımda Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması” alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının diğer hastalardan yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$),

- Hastaların HAD ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde anksiyete alt boyutundan 8.72 ± 4.59 ve depresyon alt boyutundan 7.17 ± 3.15 puan aldıkları,
- Hastaların yaş, medeni durum ve mesleğine göre HAD ölçeği “Depresyon” alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Hastaların cinsiyet, eğitim durumu ve mesleğine göre HAD ölçeği “Anksiyete” alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Yoğun bakımda yatan hastaların olumsuz deneyimler yaşamalarını önlemek ve aldıkları bakımdan memnuniyetlerini arttırmak amacıyla yoğun bakım hemşirelerine yönelik olarak hastalarına bakım verirken terapötik iletişim kurmaları, psikolojik destek sağlamaları, yoğun bakım ortamı, uygulanan bakım ve tedavilerle ilgili hem hasta hemde ailesine açıklamalarda bulunmaları ve hasta mahremiyetlerine özen göstermeleri konularında verilen eğitim sıklıklarının artırılması,
- Yoğun bakım ünitesine kabul edilen bireylerin yaş, cinsiyet ve hastalık durumu gibi tanıtıcı özellikleri dikkate alınarak bireye özgü hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanması,
- Araştırmanın daha büyük örneklem grupları ile tekrarlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Durmaz Akyol A. Yoğun Bakım Hemşireliği, Baskı:1, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2017:956
2. Dedeli Ö, Akyol A. Yoğun Bakım Sendromu, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2005, 9: 20-27
3. Alaca Ç, Yiğit R, Özcan A. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık süresince yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011, 2: 69-74
4. Hindistan S, Nural N, Öztürk H. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların deneyimleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2009, 13: 40-46.
5. Mallika V, Goswami B, Rajappa M. Atherosclerosis pathophysiology and the role of novel risk factors: a clinicobiochemical perspective. *Angiology* 2007; 58: 513-522.
6. Ovayolu N. Ovayolu Ö. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutları İle Kronik Hastalıklar Baskı:1 Çukurova, Nobel Tıp Kitabevi, 2017: 211-305
7. Durna Z. Kronik Hastalıklar ve Bakım, Baskı 1, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2012: 111-112
8. Mensah GA, Brown DW. An overview of cardiovascular disease burden in the United States. *Health Aff (Millwood)* 2007, 26:38–48.
9. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, De Simone G, et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2010;121:948–54.
10. Avrupa Kardiyoloji Derneği. Q 2013 ESC Kararlı Koroner Arter Hastalığı Yönetimi Kılavuzu, Baskı 1, 2013: 80

11. Yavuzgil O. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İzmir
Türk Kardiyoloji Derneği, 2016, 3:1-7
12. Eray A, Set T, Ateş E. Yetişkin bireylerde kardiyovasküler hastalık riskinin değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 2018,22:12-19
13. TRT haber. 2018 yılı "ölüm nedeni" istatistikleri.
<https://www.trthaber.com/haber/yasam/2018-yılı-ölüm-nedeni-istatistikleri-413265.html> 20 Aralık 2019
14. Onat A, Şurdum-Avcı G, Şenocak M. Türkiye’de erişkinlerde kalp hastalığı ve risk faktörleri sıklığı taraması: 3.Kalp hastalıkları prevalansı. *Türk Kardiyoloji Derneği*, 1991, 19:26-33
15. Onat A, Can G. Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevelansı, Yeni Koroner Olaylar ve Kalpten Ölüm Sıklığı. Logos Yayıncılık Tic. A.Ş. 2017
16. Onat A. Kronik Hastalıklar Yaklaşımına Öncülük. İstanbul, Logos Yayıncılık, 2017: 20- 29.
17. World health organization. The Global Health Observatory.[https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/GHO/healthy-life-expectancy-\(hale\)](https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/GHO/healthy-life-expectancy-(hale)) 20 Aralık 2019
18. Türk Kardiyoloji Dern. Avrupa klinik uygulamada kardiyovasküler hastalıklardan korunma klavuzu Özet. Baskı 1 2008: 161-181
19. Schoen F.J. Çeviri. S. Uğraş. Kan damarları. Kumar, V, Abbas, A.K: „Fausto N,(eds) Çeviri editörleri: A.Sav, Ş.O. Özdamar Robbins ve Cotran Hastalığın Patolojik Temeli. 7. Baskı, Ankara Güneş Tıp Kitapevleri. 2009:511-554
20. Bucher L. Castellucci D.Nursing management cooronary artery disease and acute coronary syndrome. *Medial Surgical Nurrsing* 2011, 760-796

21. Hansson G. İnflammation, athresclerosis, and coronary artery diseases. The New England Journal of Medicine, 2005; 352: 1685-1695.
22. Türkmen E. Koroner Arter Hastalıkları ve Bakım. İçinde: Durna Z (ed). Kronik Hastalıklar ve Bakım, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2012: 111-146.
23. Badır A, Korkmaz Demir F. Koroner Arter Hastalıkları Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, 2. Baskı. Adana, Nobel Tıp Kitapevleri, 2011: 473-508.
24. Beller GA. Non-invasive Diagnosis of Ischemic Heart Disease. Crawford MH, DiMarco JP, (eds), Cardiology. (1st ed). Mosby International Ltd. England, 2003
25. Browne L. Cardiology, Part 9: Diagnostic and assessment techniques. World Irish Nurs 2008, 16: 41-42
26. Solak H. Koroner arter hastalıkları ve cerrahisi 1. Baskı. Efil Yayınevi, 2010: 416
27. Pac M. Kalp ve Damar Cerrahisi 2. Baskı. Dünya Tıp Kitabevi, 2013: 2189
28. Demir Ö, Arslantaş H. Koroner anjiyografi ve perkütantransluminal koroner angioplasti işlemi öncesi uygulanan progresif kas gevşeme ve müzik dinlemenin bireylerin anksiyete düzeylerine olan etkisinin belirlenmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2014,5:113-121
29. Ildızlı M, Kayıkçıoğlu M, Yavuzgil O, Hasdemir C, Gürgün C, Kültürsay H. Koroner arter hastalığında güncel tedavi yaklaşımlarını ne düzeyde gerçekleştirebiliyoruz. *Türk Kardiyol Dem Arş*, 2004,32:542-549
30. Kiriş İ, Gülmen Ş, Tekin İ, Okutan H. Diabetes mellitusun koroner arter bypass cerrahisinde erken dönem morbidite ve mortaliteye etkisi. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg*, 2006, 13: 16-21
31. Vural F, Eti Aslan F. Koroner arter bypass greft uygulamasında düşünme ve müziğin iyileşme sürecine etkisi. *Türkiye Klinikleri*, 2014.
32. Özcan N. Koroner Kalp Hastalıkları. GATA Yayınları, Ankara, 1997: 95-99

33. Erentuğ V. Polat A. Kalp cerrahisi sırları, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2006: 82-87.
34. Ağaçdiken S, Aydoğan A. Hemşirelerde Empatik Beceri Ve Etik Duyarlılık İlişkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2010, 52: 76-81.
35. Çağlıyan H, Sucu Dağ G. Kardiyovasküler Cerrahi ve Koroner Yoğun Bakım Ünitesinden Taburcu Olan Hastaların Yoğun Bakım Deneyimlerinin Belirlenmesi. *Sdı Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019, Cilt 10. Sayı 4
36. Dede M, Çınar S. Dahiliye Yoğun Bakım Hemşirelerinin Karşılaştıkları Güçlükler ve İş Doyumlarının Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2008, Cilt:1,Sayı:1
37. Bitek D. E, Akyol A. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Ortamına İlişkin Algıları İle İş Doyumları Arasındaki İlişkinin. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2017,21:1-6
38. Freedman NS, Gazendam J, Levan L, Pack AI, Schwab RJ. Abnormal sellep/wake cycles and the effect of environmental noise on sleep distrupction in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med* 2001, 163: 452-457.
39. O'Connell NH, Humphreys H. Intensive care unit design and environmental factors in the acquisition of infection. *J Hosp Infect* 2000, 45: 255-62.
40. Haupt MT, Bekes CE, Brilll RJ, et al. Guidelines on critical care services and personel: recommendations based on a system of categorization of three levels of care. *Crit Care Med* 2003, 31:2677-2683.
41. Sağlık Bakanlığı. T.C. Resmî Gazete Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, sayı:28661, 29.05.2013

42. Topeli A, Laghi F, Tobin M. Effect of closed unit policy and appointing anintensivist in a developing country. *Crit Care Med* 2005, 33:299-306.
43. Guidelines for Intensive Care Unit Design. Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 1995, 23:582-588.
44. Özer N, Akyıl R. The effect of providing information to patients on their perception of the intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursin*, 2005, 25:4; 71-8.
45. Sarsılmaz H, Durmaz Akyol A. Yoğun bakım hemşireliği durum indeksi Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliği. *Yoğun Bakım Dergisi*, 2012, 10:190-201.
46. Uysal N, Gündoğdu N, Ekinci E. Üçüncü basamak merkezde dahili yoğunbakım hastalarının prognozu. *Yoğun Bakım Dergisi*, 2010,1:1-5.
47. Durna Z, Can G. Akut miyokard infarktüsü geçiren hastalarda koroner yoğun bakım stresörlerinin ve stres düzeylerini etkileyen faktörlerin saptanması. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 1997,1:25-31.
48. Batı B, Özyürek P. Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Santral Venöz Kateterlerle ilgili Bilgi Düzeyleri. *Yoğun Bakım Dergisi*, 2015, 6: 34-8.
49. Akıncı S. Kritik Hastada Hemodinamik Monitörizasyon. *Yoğun Bakım Dergisi*, 2003,3:5-21.
50. Çalıklan A, Demirtaş S, Manduz Ş. Arteriyel Kateterizasyon. Derman Tıbbi Yayıncılık, 18-23
51. Erdemir F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı 7. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2005
52. Engström A, Söderberg S. The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit. *ICCN* 2004, 20: 299-308.

53. Ringdal M, Johansson L, Lundberg D, Bergbom I. Delusional memories from the intensive care unit: experienced by patients with physical trauma. *Intensive Crit Care Nurs* 2006; 22: 346-54.
54. Çelik S. Ağrı. İçinden: Eti Aslan F, Olgun N, editörler. Yoğun Bakım Seçilmiş Semptom ve Bulguların Yönetimi. 1. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2016: 157-67.
55. Ayasrah SM, O'Neill TM, Abdalrahim MS, Sutary MM, Kharabsheh MS. Pain assessment and management in critically ill intubated patients in Jordan: a prospective study. *International Journal of Health Sciences*, 2014, 8: 287-98.
56. Jeitziner MM, Schwendimann R, Hamers JPH, Rohrer O, Hantikainen V, Jakob SM. Assessment of pain in sedated and mechanically ventilated patients: an observational study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2012, 56: 645-54.
57. Kirksey KM, McGlory G, Sefcik EF. Pain assessment and management in critically ill older adults. *Crit Care Nurs Q* 2015, 38: 237-44
58. Şapulu Alakan Y. Ünal E. Yoğun Bakım Hemşireliğinde Ağrı Değerlendirmesi ve Ağrı Yönetimi. *H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2017, Cilt:4, Sayı:2,
59. Payen JF, Bosson JL, Chanques G, Mantz J, Labarere J. Pain Assessment is associated with decreased duration of mechanical ventilation in the intensive care unit. *Anesthesiology* 2009: 111:08–16.
60. Cırık V. Efe E. Yoğun Bakım Ünitesinde Ağrı Ve Hemşirenin Rolü *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2014,18(1):15-21
61. Simini B. Patients' perceptions of intensive care. *Lancet* 1999: 354:571- 2. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)02728-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(99)02728-2) 15 Aralık 2019
62. Honkus V. Sleep deprivation in critical care units. *Crit Care Nurs Q* 2003, 26:179-89.

63. Elliott R, McKinley S, Cistulli P, Fien M. Characterisation of sleep in intensive care using 24-hour polysomnography: an observational study. Crit Care 2013; 17:R46. <http://dx.doi.org/10.1186/cc12565>. 27 15 Aralık 2019
64. Karagözoğlu Ş, Çabuk S, Tahta Y, Temel F. Hastanede Yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler. *Türk Toraks Dergisi*, 2007, 8: 234–40.
65. Tamburri L, DiBrienza R, Zozula R, Redeker N. Nocturnal care interactions with patients in critical care units. Am J Crit Care 2004, 13:102-12.
66. Weinhouse G, Schwab RJ. Sleep in the critically ill patient. Sleep 2006; 29:707-16.
67. Tunçay G.Y, Uçar H. Hastaların Yoğun Bakım Ünitesinin Fiziksel Ortam Özelliklerine İlişkin Görüşleri. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2010, 33–46
68. Çınar S, Barlas UG, Alpar E. Stressor and coping strategies in hemodialysis patients. Pak J Med Sci, 2009, 25:447-52.
69. Özkan S, ÖZKAN M. Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi, 1. Baskı 1996: 420
70. Rattray J, Johnston M, Wildsmith JA. The intensive care experience: development of the ICE questionnaire. J Adv Nurs 2004; 47:64-73.
71. Demir Y, Korhan E, Eşer İ, Khorshid L. Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Türkiye Klinikleri*, 2009, 1:1
72. Zigmond AS, Snaith PR. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psyciatry Scandinavia 1983, 67:361-70.
73. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey, L. Kültür, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1997, 8:280-287

74. Dinlegör Sekmen I, Ünsar S. Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Deneyimlerinin Belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 2018, 9:113–119
75. Akdemir NB. Hastaların yoğun bakım deneyimleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2013.
76. Adsay E, Dedeli Ö. Yoğun Bakım Deneyimleri *Yoğun Bakım Dergisi*, 2015, 6: 90-7
77. Özdemir L. Koroner Yoğun Bakımda Kalan Hastaların Deneyimlerinin Belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2010, 1:5-12.
78. Çam R, Şahin B. Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan Hastaların Deneyimleri ve Anksiyete-Depresyon Durumları. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 2018, 1:10–14
79. Zaybak A, Yapucu Güneş Ü. Hastaların Yoğun Bakım Deneyimlerinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2010, 26:17-26,
80. Rotondi AJ, Chelluri L, Sirio C, Mendersohn A, Schulz R, Belle S, Im K, Donahoe M, Pinsky MR. Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 2002;30, 746-752.
81. Grau MA, Suner R, Abuli P. Anxiety and depression levels in medical inpatients and their relation to the severity of illness. *J Behaviour Medicine*. 2003;26: 119-32.
82. Terzi B. Reanimasyon Ünitesinden Taburcu Olan Bireylerin Yoğun Bakım Deneyimleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2009

83. Rızalar S. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Geçiren Bireylerin Yoğun Bakım Deneyimleri ve Etkileyen Faktörlerin Saptanması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Medipol Üniversitesi, 2016
84. Okanlı, A, Özer, N. Akyıl R.Ç, Koçkar, Ç. Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2006,9:38-44.
85. Soskolne V, Bonne O, Denour AK et al. Depressive symptoms in hospitalized patients: a cross-sectional survey. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 1996, 26: 271-285.
86. Dönmez Z. Ameliyat olmak üzere yatan hastaların hastaneye yatışındaki anksiyeteleri ve anksiyeteyi gidermede hemşirelik yaklaşımının etkisinin incelenmesi. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Erzurum, 1999: 181-185.
87. DaCanhota CM, Piterman L. Depressive disorders in elderly Chinese patients in Macau: a comparison of general practitioners' consultations with a depression screening scale. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2003, 35:336-44.
88. Dowson C, Laing R, Barraclough R et al. The use of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a pilot study. *Medicine Clinic* 2001; 129: 751-757.
89. Martucci M, Balestrieri M, Bisoffi G et al. Evaluating psychiatric morbidity in a general hospital: a two-phase epidemiological survey. *Psychological Medicine* 1999; 29: 823-32.
90. Crespo D, Gil A, Porras Chavarino A. Prevalence of depressive disorders in consultation-liaison psychiatry. *Actas Espuie Psiquiatry* 2001; 29, 75-83.

91. Oflaz F, Varol H. Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon, GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Etlik, Ankara. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg*, 2010, 17:1-7
92. Hofhuis JGM, Spronk PE, Van-Stel HF, Schrijvers JP, Rommes JH, Bakker J. Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive Crit Care Nurs*; 2008, 24:300-13.
93. Löf L, Berggren L, Ahlström G. Severely ill ICU patients recall of factual events and unreal experiences of hospital admission and ICU stay-3 and 12 months after discharge *intensive Crit Care Nurs* 2006, 22: 154-66.
94. Hanssen TA, Nordrehaug JE, Eide GE, Bjelland I, Rokne B. Anxiety and depression after acute myocardial infarction: an 18-month follow-up study with repeated measures and comparison with a reference population. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2009, 16:651-9.
95. Tuna A, Bektaş M, Orhan F, Ayran G, Oyur Ç. G. Koroner Yoğun Bakımda Hasta Deneyimleri. *Anatol J Clin Investig*, 2014, 8:77-81

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Elanur SARIGÜL Doğum tarihi: 20 Haziran 1995 Doğum Yeri: Pasinler /Erzurum Medeni Hali: Bekâr Uyruğu: T.C. Adres: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tel: 0551 602 10 89 Faks: - E-mail: elanursarigul78@gmail.com
Eğitim
Lise: Pasinler Lisesi Lisans: Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Yüksek lisans: Atatürk Üniversitesi Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2019-2020) Doktora:
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce: - Almanca: - Rusça: -
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
İlgi Alanları ve Hobiler
Müzik dinlemek, Kitap okumak, Alışveriş yapmak

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

İç Hastalıkları Hemşireliği ana bilim dalında Yüksek Lisans Tezi olarak Doç. Dr. Mehtap KAVURMACI danışmanlığında sunulan “Koroner Yoğun Bakımda Hasta Deneyimleri ve Etkileyen Faktörlerin Saptanması” başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre yazıldığını, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	%5	15
Genel Bilgiler	%30	30
Materyal ve Metod	%30	35
Bulgular	%10	10
Tartışma	%15	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 07 / 01/ 2020

Öğrenci Adı-Soyadı

İmza

Elanur SARIGÜL

Danışman Adı-Soyadı

İmza

Mehtap KAVURMACI

* Tez ile ilgili YÖKTEZ’de yayınlamasına ilişkin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

☐ Tezle ilgili patent başvurusu yapılması / patent alma sürecinin devam etmesi sebebiyle Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 2 (iki) yıl süreyle engellenmiştir.

☐ Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 6 (altı) ay süreyle engellenmiştir.

EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU

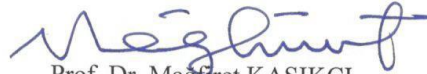


ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU

Sayı: 2018-4/6

Tarih: 11.06.2018

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu Elanur SARIGÜL, Mehtap KAVURMACI isimli araştırmacılar tarafından yapılması planlanan “Koroner Yoğun Bakımda Hasta Deneyimleri ve Etkileyen Faktörlerin Saptanması” başlıklı araştırmayı etik açıdan **uygun** bulmuştur.


Prof. Dr. Maghret KAŞIKÇI
Başkan


Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Üye


Prof. Dr. Neziha KARABULUT
Üye


Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR
Üye


Prof. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ
Üye

EK-4. KURUM İZİNLERİ



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı
Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 42190979-300-E.1800296019
Konu : Uygulama İzni (Elanur SARIGÜL)

17.10.2018

SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 16.10.2018 tarihli ve 45361945-300-E.1800295600 sayılı belge.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Elanur SARIGÜL'ün "**Koroner Yoğun Bakımda Hasta Deneyimleri ve Etkileyen Faktörlerin Saptanması**" konulu tez çalışmasını 20 Ekim 2018-20 Kasım 2019 tarihleri arasında Anabilim Dalımız Koroner Yoğun Bakım ve Kardiyoloji Ünitesinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr. Fuat GÜNDOĞDU
Anabilim Dalı Başkanı

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 25240 Erzurum
Tel: +90 442 3446501
Elektronik Ağ: <http://www.atauni.edu.tr/#!birim=tip-fakultesi>
Kep Adresi: atauni@hs01.kep.tr

Bilgi: Yasemin Esra KAYA
Faks: +90 442 3446528
E-Posta: tipfak@atauni.edu.tr



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
<https://ubys.atauni.edu.tr/ERMS/Record/Confirmation/Confirmation?code=14A721F>

EK-5. HASTA TANITIM FORMU

Adı- soyadı:

1.Yaşınız () 35-55 () 55-75 () 75

2.Cinsiyetiniz

Kadın () Erkek ()

3.Medeni Durumunuz

Evli () Bekar()

4.Eğitim durumunuz :

() Okur-yazar değil () Okur-yazar/ İlkokul mezunu () Ortaokul/Lise mezunu ()

Fakülte/Yüksekokul

() Diğer

5.Mesleğiniz

() Memur () Ev hanımı () Serbest () işçi () Emekli () issiz () Diğer

6.Yoğun bakımda yatış nedeniniz nedir?.....

7. Hastaneye yatışınız planlı mı oldu acil mi ?

() Planlı () Acil

8.Yoğun Bakım ünitesinde kaç gün kaldınız ?.....

() 24 saat () 1-7 gün () 7-14 gün () 15 günden fazla

9.Yoğun bakımda kaldığınız süre içinde refakatçiniz var mı?

10.Başka bir kronik hastalığınız var mı ?

() Evet () Hayır

11. Daha önce yoğun bakım ünitesinde yattınız mı ?

() Hayır () 1 kez () 2 kez () 3 kez () 4 kez ve üzeri

EK-6. YOĞUN BAKIM DENEYİM ÖLÇEĞİ (YBDÖ)

Sayın Katılımcı; Bu araştırma koroner yoğun bakım ünitesinde en az 24 saat geçirmiş olan bireylerin yoğun bakım deneyimlerinin saptanması amacıyla yapılmaktadır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Verilen ifadeler içinde size en uygun olan seçeneği işaretlemenize doğru sonuçlara ulaşılmasını sağlayacaktır. Anketi eksiksiz doldurmanız analiz edebilmemiz için önem taşımaktadır. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

YOĞUN BAKIM DENEYİM ÖLÇEĞİ					
	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1.Yoğun bakımda gündüz kendimi daha çok güvende hissettim					
2.Yoğun bakımda gece mi gündüz mü olduğunu asla fark etmedim					
3.Yoğun bakımda kaldığım süre içerisinde ölebileceğimi düşündüm					
4.Yoğun bakım ortamı her zaman çok gürültülüydü.					
5.Yoğun bakımda çok fazla uyuduğumu düşünüyorum					
6.Yoğun bakımda sürekli rahatsız edildim					
7.Yoğun bakımda bakımımın olabildiğince en iyi şekilde yapıldığını düşünüyorum					
8.Yoğun bakımda benimle ilgilenen insanlara ne istediğimi anlatabildim					

9.Yoğun bakım ortamıyla ilgili hatırladıklarımın çoğu bulanık					
10.Yoğun bakımda yanıma birisinin geldiğini fark ediyordum					
11.Yoğun bakımda bana neler olduğunun farkındaydım.					
12.Yoğun bakımda etrafımda anlayamadığım şeyler gördüm.					
13.Yoğun bakımda kendimi çaresiz hissettim.					
14.Yoğun bakımda ağrım olduğunu hissettim.					
15.Yoğun bakımda korktuğumu hissettim.					
16.Yoğun bakımda kendimi güvende hissettim.					
17.Yoğun bakımda kötü rüyalar gördüm.					
18.Yoğun bakımda ihtiyaçlarımı karşılamada bağımlı olmaktan çok rahatsız oldum.					
19.Yoğun bakımda iken yakınlarımla yokluğunu çok hissettim.					

EK-7. HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ(HAD ÖLÇEĞİ)

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

1) Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.

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

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

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

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- ()Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- ()Evet, ama çok da şiddetli değil
- ()Biraz, ama beni endişelendiriyor
- ()Hayır, hiç de öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

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

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

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

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- ()Hiçbir zaman
- ()Sık değil
- ()Bazen
- ()Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- ()Kesinlikle
- ()Genellikle
- ()Sık değil
- ()Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

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

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

- ()Hiçbir zaman
- ()Bazen
- ()Oldukça sık
- ()Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- ☐ Pek o kadar özen göstermeyebilirim
- ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

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

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

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

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

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

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

- ☐ Sıklıkla
- ☐ Bazen
- ☐ Pek sık değil
- ☐ Çok seyrek